

Primer consenso colombiano sobre la práctica de endoscopia digestiva “Acuerdo en lo fundamental” (Primera parte: Aspectos formativos)

First Colombian Consensus on Digestive Endoscopy “Agreement on fundamentals” (First part: Formative aspects)

Diego Aponte Martín, MD,¹ Camilo Blanco Avellaneda, MD, MSc,² Nadia Sofía Flores, MD, MSc,³ Alix Yineth Forero Acosta, MD, MSc,⁴ Raúl Cañadas, MD,⁵ Arcio Peñaloza Ramírez, MD,⁶ Fabio Gil, MD,⁷ Fabián Emura, MD, PhD.⁸

¹ Internista, Gastroenterólogo y Endoscopista, Presidente ACED. Bogotá, Colombia

² Magister en Educación, Instructor Asociado Univ. El Bosque, Profesor de Cátedra Pont. Universidad Javeriana, MD Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva. Bogotá, Colombia

³ Magister en Educación, Docente de Cátedra Univ. La Gran Colombia, Asesora de investigación Universidad Pedagógica Nacional- Centro Investigación de la Universidad Pedagógica, Licenciada en Pedagogía Infantil

⁴ Magister en Educación, Profesora de Cátedra Pont. Universidad Javeriana, Fonoaudióloga

⁵ Profesor de Gastroenterología Pont. Universidad Javeriana, Internista, Gastroenterólogo y Endoscopista

⁶ Instructor Asistente Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Internista, Gastroenterólogo y Endoscopista

⁷ Internista, Gastroenterólogo y Endoscopista, Expresidente ACED. Clínica Colombia, Bogotá

⁸ Especialista en Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Profesor Universidad de la Sabana. Bogotá, Colombia

Directores (o sus representantes) de programas de postgrado (gastroenterología y endoscopia digestiva, cirugía gastrointestinal y endoscopia digestiva, coloproctología) acreditados en Colombia: Arango Lázaro (Univ. de Caldas); Hani Albis (Pont. Univ. Javeriana); Oliveros Ricardo (Univ. Militar Nueva Granada-Inst. Nal. de Cancerología); Peñaloza Ramírez Arcio (Univ. de Ciencias de la Salud); Rey Tovar Mario (Univ. del Rosario); Sabbagh Luis Carlos (Fund. Universitaria Sanitas); Salej Jorge (Univ. Militar Nueva Granada-Hosp. Militar Central); Santacoloma Mario (Univ. de Caldas).

Presidentes (o sus representantes) de Asociaciones Científicas de Enfermedades Digestivas en Colombia: Aponte Diego (Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva); Archila Paulo Emilio (Asociación Colombiana de Medicina Interna); Galiano María Teresa (Asociación Colombiana de Gastroenterología); Ibáñez Heinz (Asociación Colombiana de Coloproctología); Landazábal Gustavo (Asociación Colombiana de Cirugía).

Expresidentes Asociaciones Científicas de Enfermedades Digestivas en Colombia: Alvarado Jaime; Aponte Luciano; Cuello Eduardo; Gil Parada Fabio Leonel; Peñaloza Rosas Arcio; Plata Guillermo; Rojas Elsa; Roldán Luis Fernando.

Vicepresidente Asociación Iberoamericana de Enfermería en Gastroenterología y Endoscopia (ASIEGE): Ruiz Flor Alba.

Train the Trainers - Organización Mundial de Gastroenterología: Emura Fabián; Valdivieso Rueda Eduardo; Vargas Rómulo.

Docentes y Líderes de Opinión: Blanco Camilo; Cañadas Raúl; Solano Jaime; Unigarro Iván; Vélez Fausto.

Jefes de Residentes de Programas acreditados en gastroenterología: Casas Fernando (Cirujano); Herrán Martha (Internista); Imbeth Pedro (Internista); Suárez Juliana (Cirujana).

Fecha recibido: 24-04-12
Fecha aceptado: 17-08-12

Código QR. Abrase código para observar “Socialización de conclusiones de las mesas redondas”.



Resumen

Propósito del trabajo: La práctica de la endoscopia digestiva en Colombia sufrió una modificación cuando la resolución 1043 de 2006 autorizó que especialistas de cirugía general, medicina interna o pediatría pudieran ejercerla si acreditaban entrenamiento de un año en endoscopia otorgado por una institución de educación superior. Esto, junto al desarrollo de relaciones de la endoscopia con diferentes especialidades, generó un escenario desordenado (y para muchos injusto y desigual) donde los requisitos formativos se volvieron diferenciados. En una realidad de tensiones e intereses variados entre especialistas, asociaciones científicas, sistema de salud y prestadores de servicios, se propició este consenso para que, desde acuerdos sobre lo fundamental, se permita hacer recomendaciones sobre unas características formativas unificadas que proporcionen prácticas endoscópicas dirigidas a la calidad, eje central del beneficio para los pacientes.

Material y métodos: El consenso es un estudio de investigación social, descriptivo, transversal, de enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo), basado en el método Delphi. La información se obtuvo durante el evento "Acuerdo en lo fundamental", citado el 23 de junio de 2012 por la presidencia de la Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva (ACED). Los datos cualitativos se tomaron de las discusiones en 4 mesas redondas en las que los 34 participantes abordaron las 25 preguntas de la encuesta; los cuantitativos, de la votación final, individual, privada y electrónica de la encuesta, definiendo que el 75% o más, constituían consenso. Para el análisis cualitativo, se empleó análisis de discurso orientado desde cinco variables relacionadas con aspectos formativos. Para el cuantitativo, se usó estadística descriptiva básica centrada en porcentajes.

Resultados: Participaron en el consenso 34 directores o representantes de 8 de los 9 programas universitarios de postgrado con especialidades del tracto digestivo, de presidentes de asociaciones científicas, 11 expresidentes de las asociaciones científicas, maestros de la endoscopia digestiva, enfermera vicepresidente iberoamericana de asociación de enfermería, directores y docentes de institutos de endoscopia y 4 jefes de residentes de programas de postgrado. Algunos de los consensos obtenidos, fueron: con un 81,9% no considerar a la endoscopia como una simple técnica de ayuda diagnóstica; con un 88,2% no estar de acuerdo con entrenamientos de un año como recomendables para realizar endoscopia digestiva con parámetros de calidad; con un 100% resaltar que la formación de endoscopia la deben realizar docentes universitarios dentro de programas con registro calificado y acreditado; con porcentajes superiores a 84,9% no recomendar la formación en endoscopia a médicos generales ni a personal de enfermería o de tecnología médica; y con un 85,3% recomendar programas de 2 años para formación en endoscopia básica y de 1 a 2 años más para endoscopia avanzada.

Conclusiones: El consenso colombiano acuerda entender la endoscopia digestiva como un elemento de apoyo dentro de la práctica diagnóstica y terapéutica. La formación para endoscopia de calidad exige sólidos conocimientos teóricos, habilidades y destrezas técnicas e implementación de juicios y conductas éticas. Requisito formativo básico para capacitarse en endoscopia digestiva debe ser pertenecer a un programa de subespecialidad gastroenterológica, clínica o quirúrgica, de adultos o niños. La responsabilidad de formación en endoscopia digestiva es de docentes universitarios y en escenarios avalados como centros de formación. El tiempo de formación para endoscopia digestiva básica debe ser dos años; para endoscopia avanzada, por lo menos un año más y direccionada a un campo avanzado específico.

Palabras clave

Entrenamiento en endoscopia, enfermedades digestivas, consensos en endoscopia, calidad en endoscopia, Colombia.

Abstract

Purpose of the work. The practice of endoscopy in Colombia was modified when Resolution 1043 of 2006 authorized specialists in general surgery, internal medicine and pediatrics to perform endoscopy after completing one year of training in endoscopy at an institution of higher education. This, together with the development of relationships with different specialties within endoscopy, generated a disordered scenario which many considered to be unjust and unequal. Training requirements became differentiated. A world of tensions and interests among specialists, scientists, health care providers and service providers led to this consensus. Starting with fundamental agreements, it makes recommendations for unification of educational features that will allow endoscopic practices which aim for quality and whose central axis is the best interest of our patients.

Materials and Methods. This consensus is a descriptive, cross-sectional social research study with a mixed approach (qualitative and quantitative) based on the Delphi method. The information in this study was obtained from the event titled "Acuerdo en lo fundamental" (agreement on fundamental issues) organized on June 23, 2012 by the president of the Colombian Association of Digestive Endoscopy (ACED). Qualitative data were taken from four roundtables discussions in which 34 participants discussed 25 survey questions. The quantitative data were taken from final voting and from an individual, private electronic survey. 75% or greater agreement was defined as consensus. Qualitative analysis employed discourse analysis oriented around five variables related to formative aspects. Basic descriptive statistics centered around percentages were used for quantitative analysis.

Results. Participants in the consensus included 34 directors or representatives of 8 of the 9 graduate university programs with specialties in the digestive tract, former presidents of 11 scientific associations, professors of gastrointestinal endoscopy, the vice president of the Ibero-American Nurses Association, directors of institutes of endoscopy, teachers at institutes of endoscopy and four chiefs of graduate resident programs. Some issues upon which consensus was reached include: 81.9% agreed that endoscopy is not simply a diagnostic technique; 88.2% disagreed with one year training as recommended for gastrointestinal endoscopy with quality parameters; 100% underlined that training in endoscopy should take place within qualified and accredited university teaching; More than 84.9% did not recommend training general practitioners, nurses or medical technicians in endoscopy; 85.3% recommended 2-year programs for basic training in endoscopy with 1 to 2 years for advanced endoscopy.

Conclusions. The Colombian consensus agrees that endoscopy is an element of support for both diagnostic and therapeutic practice. Training for quality endoscopy requires solid theoretical knowledge and skills, solid technical skills and knowledge and training in how to make ethical judgments. The basic requirement for training in gastrointestinal endoscopy should be that the student is enrolled in a clinical, surgical or pediatric gastroenterology subspecialty program. Responsibility for training in endoscopy should be in the hands of university professors and at well supported teaching hospitals and medical centers. The training time for basic endoscopy should be two years while advanced endoscopy requires at least another year and should be targeted towards a specific advanced field.

Key words

Endoscopy training, digestive diseases, endoscopy consensus, quality of endoscopy, Colombia.

INTRODUCCIÓN

El escenario de la práctica gastroenterológica y endoscópica en Colombia es muy complejo, toda vez que está determinado por diferentes concepciones, normatividades e intereses.

La resolución 1043 de 2006 (por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios), determina en su Anexo Técnico No. 1, numeral 1 Recurso Humano, que la gastroenterología y endoscopia de vías digestivas puede ser ejercida por “médicos especializados en gastroenterología, gastroenterología pediátrica, coloproctología, medicina interna con subespecialidad en gastroenterología; y pediatría, cirugía pediátrica, cirugía general o medicina interna que en su formación demuestren haber recibido entrenamiento de un año en endoscopia de vías digestivas certificado por una institución de educación superior reconocida por el Estado”(1).

La ley 1164 de 2007 (por la cual se dictan disposiciones en materia de Talento Humano en Salud) (2) modificada posteriormente con la Ley 1438 de 2011 (3), estipula “las características acerca de la formación, ejercicio y gestión de las profesiones del área de la salud” en coherencia con la población colombiana y las características y objetivos del sistema general de seguridad social en salud definidos en la Ley 100 de 1993 (4).

Las mencionadas leyes complejizan el escenario cuando determinan las relaciones que debe tener el talento humano en salud desde su ejercicio (estas leyes son expedidas desde

el Ministerio de Protección Social), con el escenario del Ministerio de Educación cuyas directrices generales, que tocan la formación de postgrado, están estipuladas en la Ley 30 de 1992 (5) y la ley 115 de 1994 (6).

Como se puede apreciar, la definición de las características formativas para la práctica de la gastroenterología y endoscopia digestiva se dictaron desde un escenario diferente al educativo y con antelación a la búsqueda de las relaciones armónicas y comprensivas que han de tener los espacios laborales y pedagógicos, especialmente en un campo tan sensible de la población colombiana como es el de la salud digestiva.

Las evidentes incongruencias generadas por esta amplia normatividad han propiciado múltiples tensiones entre los diferentes especialistas; las asociaciones científicas; entre estas y los ministerios mencionados; los médicos que han ido a recibir algún tipo de formación (usualmente endoscópica) en el exterior y que a su retorno buscan la convalidación de su título profesional (ICFES); entre quienes ejercen la gastroenterología (clínica y/o quirúrgica) luego de ser especialistas y realizar una subespecialidad y aquellos que la ejercen luego de ser especialistas y recibir capacitación de un año.

Es en esta realidad donde se convoca este consenso, con el convencimiento de que el traer a un mismo espacio a todos los representantes de los diferentes escenarios que se han suscitado (especialmente alrededor del ejercicio de la endoscopia digestiva) permitirá una aproximación conceptual y muy sólida acerca de los aspectos formativos, éticos, pedagógicos y gremiales esenciales que deberían reordenar

la situación actual. De allí que se le haya llamado “Acuerdo en lo Fundamental”.

El estudio apunta entonces, a mostrar unos acuerdos básicos que deben ser tenidos en cuenta por los estamentos gubernamentales, pues finalmente son las voces de las universidades, las asociaciones científicas, las máximas autoridades científicas, quienes han construido la historia y el presente de la gastroenterología y la endoscopia digestiva de los últimos 50 años en Colombia.

Esta primera parte de la investigación se centra en los consensos obtenidos respecto a los aspectos formativos de la endoscopia digestiva.

OBJETIVO GENERAL

Establecer acuerdos sobre aspectos básicos y mínimos que debe tener la formación de especialistas para ejercer con calidad la endoscopia digestiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las concepciones y alcances que se tienen de la endoscopia digestiva.
- Proponer los conocimientos, habilidades, destrezas y formación previa que requiere el ejercicio con calidad de la endoscopia digestiva.
- Establecer las características que deben tener los encargados de formar en endoscopia digestiva.
- Definir qué tipo de profesionales podrían ser formados para realizar endoscopia digestiva.
- Proponer los tiempos, formación previa y los niveles de complejidad que debe tener un especialista para ejercer con calidad la endoscopia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, transversal, con enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo).

Participantes

Al consenso “Acuerdo en lo Fundamental” fueron invitados y participaron una enfermera (vicepresidente de una asociación iberoamericana de enfermería en gastroenterología); 4 estudiantes (jefes de residentes) de postgrado en programas de gastroenterología y endoscopia digestiva; y 29 médicos especialistas (internistas, cirujanos generales, gastroenterólogos, coloproctólogos, cirujanos gastrointestinales) dentro de los cuales se encontraban 8 de los 9 directores (o sus representantes) de los programas de postgrado

acreditados en el país; 5 presidentes (o sus representantes) de asociaciones científicas de enfermedades del tracto digestivo y 11 expresidentes de las mismas; maestros de la endoscopia; docentes y directores de institutos de endoscopia digestiva, considerados como líderes de opinión.

El grupo de investigación pedagógica estuvo constituido por 3 magisteres en Educación y una auxiliar investigativa, quienes realizaron el diseño metodológico, implementación, sistematización, análisis y redacción del documento.

El 83% de los participantes fueron de sexo masculino y el 17% de sexo femenino; el 80% tenía una edad mayor a 40 años; el 13% de los participantes tenía un tiempo de práctica profesional entre 15 y 20 años; y el 63% más de 20 años.

Técnica de recolección de información

En la recolección de datos se utilizó el método Delphy para realización de consensos (7) de manera que, dentro de un ambiente científico y humanista, los expertos expresaron sus opiniones en un debate democrático. Las conclusiones a manera de recomendaciones fueron elaboradas de forma independiente y objetiva basándose en los argumentos expresados por todos los participantes.

Se definieron dos variables principales (o dimensiones): lo formativo y lo ético. En el presente artículo se están presentando los consensos alcanzados respecto a la primera variable “aspectos formativos”.

Se elaboró la Encuesta N° 1 (figura 1) con 25 preguntas, que se distribuyeron en 5 grupos a manera de variables secundarias (o categorías):

- Concepción de la endoscopia digestiva
- Requerimientos para práctica de calidad en endoscopia
- Encargados de formar en endoscopia
- Candidatos a formarse en endoscopia
- Tiempos, requisitos previos y niveles de complejidad en formación endoscópica.

A la encuesta se le realizaron 2 pilotajes, siendo aplicada a 8 gastroenterólogos pertenecientes a la Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva (ACED) quienes la respondieron en forma individual y privada. Al terminar el diligenciamiento se discutió con todos acerca de la claridad, la pertinencia y la intencionalidad de cada pregunta. Con sus observaciones, se realizaron los ajustes correspondientes hasta llegar a la encuesta final.

Fueron definidas las actividades a realizar en las cuatro mesas redondas en las que se distribuyeron los 34 participantes; en cada una se nombró un moderador, un secretario y un orientador del grupo de investigación.

El moderador fue el encargado de desarrollar la segunda parte del modelo de investigación (figura 2), es decir, explicar el problema; hacer el primer lanzamiento

Pregunta	1	2	3	4	5
1. Para Ud. ¿qué es la endoscopia?					
Es solo un método diagnóstico y terapéutico, asociado a algunas especialidades	1	2	3	4	5
Podría constituirse en toda una especialidad médica	1	2	3	4	5
Es una técnica que requiere entrenamiento	1	2	3	4	5
2. ¿Qué requiere el ejercicio de calidad de la endoscopia digestiva?					
Conocimientos teóricos	1	2	3	4	5
Entrenamiento práctico en destrezas y habilidades	1	2	3	4	5
Formación previa en especialización clínica	1	2	3	4	5
Formación previa en especialización quirúrgica	1	2	3	4	5
Formación integral teórico-práctica (incluida ética y valores, administración y gestión)	1	2	3	4	5
3. ¿Quién debe entrenar-formar en endoscopia digestiva?					
Los gastroenterólogos	1	2	3	4	5
Los cirujanos endoscopistas	1	2	3	4	5
Docentes de programas universitarios de postgrado	1	2	3	4	5
Profesionales de institutos de endoscopia de alta tecnología	1	2	3	4	5
Profesionales en institutos de endoscopia de alta tecnología con reconocimiento universitario	1	2	3	4	5
Profesionales en instituciones avaladas por asociaciones gremiales de endoscopia	1	2	3	4	5
4. ¿Quién se debe formar en endoscopia digestiva?					
Médico general que trabaje en territorios nacionales	1	2	3	4	5
Tecnólogos profesionales que trabajen en zonas rurales	1	2	3	4	5
Enfermeras profesionales para programas de pesquiasaje	1	2	3	4	5
Médicos especialistas en Medicina Interna	1	2	3	4	5
Médicos especialistas en Cirugía General	1	2	3	4	5
Médicos especialistas en Pediatría	1	2	3	4	5
Otros: ¿cuál?:					
5. ¿Cuánto tiempo y qué prioridades debe tener la formación de un endoscopista de calidad?					
Seis meses, incluidos en los programas de Medicina Interna y Cirugía General, que prioricen en endoscopia básica	1	2	3	4	5
Un año, luego de terminar cirugía general	1	2	3	4	5
Dos años, incluidos en los programas de especialización en Medicina y Cirugía General, alcanzando endoscopia básica y avanzada	1	2	3	4	5
Dos años, luego de terminar los programas de Medicina Interna, Cirugía o Pediatría, como subespecialidad, en endoscopia básica y avanzada	1	2	3	4	5
Tres o cuatro años, incluidos en programas de subespecialidad en Gastroenterología, Hepatología, Coloproctología, Cirugía gastrointestinal, con énfasis en endoscopia avanzada.	1	2	3	4	5

Figura 1. Encuesta No. 1. Aspectos formativos en endoscopia digestiva. Cada pregunta podía calificarse de acuerdo con una escala de Likert de 1 a 5 (1 Totalmente en desacuerdo; 2 Desacuerdo; 3 Neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo); 4 De acuerdo; y 5 Totalmente de acuerdo).

del cuestionario (contestado individualmente por escrito); posteriormente hacer el segundo lanzamiento de la encuesta, discutida públicamente dentro del grupo hasta intentar llegar a un consenso; ser el presentador de este consenso ante las otras tres mesas de trabajo; y

finalmente, incentivar la respuesta final del consenso de manera electrónica, individual y privada, como un tercer lanzamiento de la encuesta para evitar el efecto de la opinión del líder que se podía presentar en la discusión grupal (8).

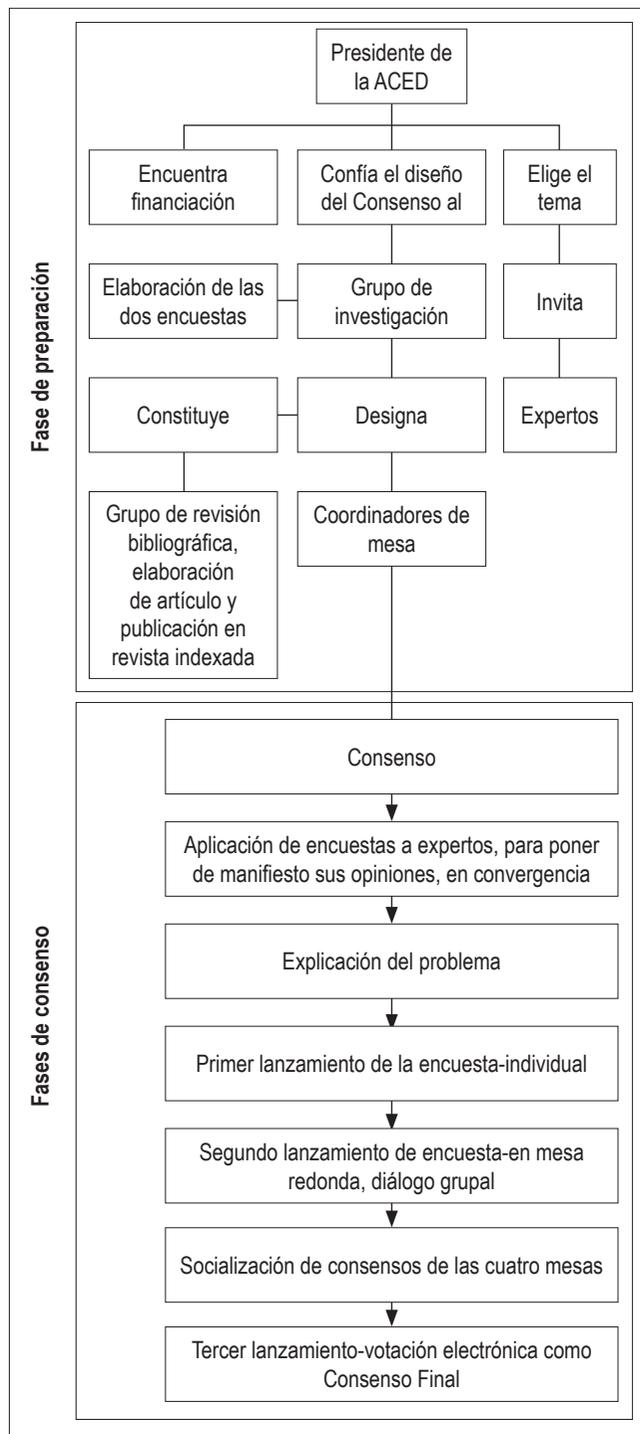


Figura 2. Diseño metodológico de “Acuerdo en lo fundamental” (Tomada y modificada de Batarrita J. Entre el consenso y la evidencia científica. Evaluación de tecnologías médicas 2005. p. 67.)

METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS

La parte cuantitativa se manejó con estadística descriptiva centrada en determinación de porcentajes. Se consideró

consenso a la obtención del 75% o más de la votación total en el 3er lanzamiento de la encuesta (votación electrónica, individual y privada). Finalmente se decidieron 3 grupos que definirían el consenso: uno correspondiente a la sumatoria de los porcentajes obtenidos como “Totalmente de acuerdo” y “De acuerdo”; el segundo a la sumatoria de los porcentajes obtenidos como “Totalmente en desacuerdo” y “Desacuerdo”; y el tercer grupo, al porcentaje obtenido como “Neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo)”.

La parte cualitativa se abordó desde el Método de análisis de contenido, recuperando las discusiones de las mesas redondas grabadas en audio. El eje del análisis estuvo orientado por las categorías definidas y expuestas previamente (9).

ASPECTOS ÉTICOS

Al inicio de toda la actividad de recolección de datos, los participantes fueron informados de los objetivos del consenso y de la investigación, en especial sobre la confidencialidad con que se manejarían los datos obtenidos. Igualmente se solicitó la autorización por escrito (a manera de consentimiento) para que todas las sesiones (mesas redondas y encuentros generales de todo el grupo) fueran grabados en audio y video. Estos registros están custodiados y bajo salvaguardia.

RESULTADOS

La forma de presentación de los consensos que se muestra a continuación está organizada de acuerdo a las categorías mencionadas previamente.

Se recuerda la pregunta y la intencionalidad con la que se exploró cada categoría. Posteriormente está la figura con el resultado estadístico mayor a 75% en la votación final (que se resalta con negro) e inmediatamente se evidencia con cifras la sumatoria de las votaciones; luego se exponen los argumentos que llevaron al respectivo consenso (voces textuales de las discusiones desarrolladas en cada mesa redonda, identificadas entre comillas), argumentos que son el eje conductor del análisis de contenido cualitativo.

Respecto a la *primera categoría* (concepción de la endoscopia digestiva) referente a la pregunta *¿Para usted la endoscopia digestiva es?* (que buscaba explorar el tipo de concepción general que se tiene sobre la endoscopia digestiva), los consensos fueron los vistos en la figura 3.

En las afirmaciones de la figura 3 se obtuvo consenso de 81,9% y 90,9% en cuanto a las concepciones y alcances que se le atribuyen a la endoscopia digestiva. Como lo mencionó uno de los asistentes “la endoscopia no se simplemente meter un tubo y sacarlo, es algo integrado”. Con esto se quiso significar que no se puede tomar como un simple método diagnóstico o terapéutico sino que hace parte de

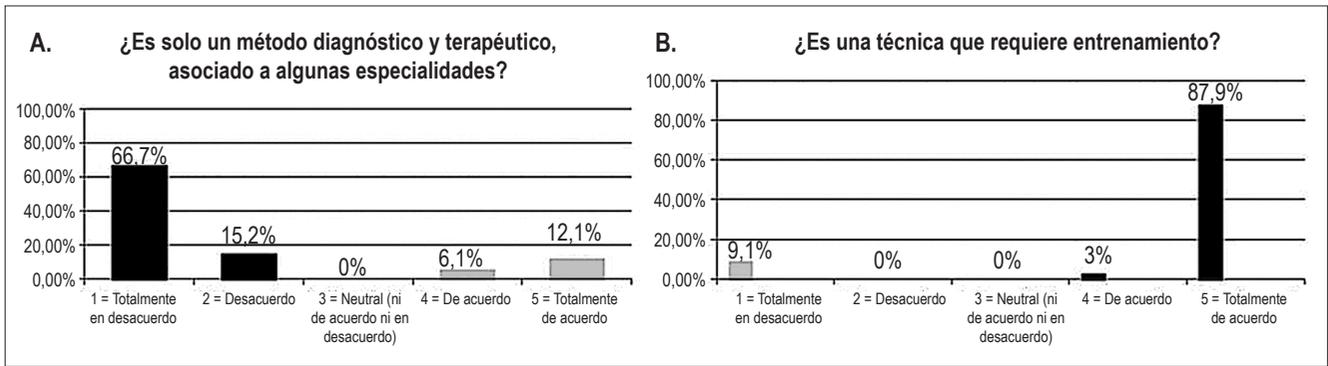


Figura 3. A. ¿Es solo un método diagnóstico y terapéutico? **B.** ¿Es una técnica que requiere entrenamiento?

un concepto más amplio y general del conocimiento clínico y quirúrgico de las enfermedades digestivas, pues la adecuada interpretación de los resultados depende del dominio conceptual que se tenga de ellas.

En el mismo sentido, no puede verse la endoscopia solo como una técnica (sencilla o muy avanzada), pues su utilización exige una formación integral, tanto en el orden teórico como el práctico o el ético, pues su realización en personas implica tener consideraciones humanistas y de calidad pues “... incluye toda la relación con el paciente, desde su historia previa hasta el desenlace de su diagnóstico”; como tal “... está ligada a un todo que es el abordaje global del paciente”, por tanto “está ligada al acto o quehacer médico total”.

Respecto a la *segunda categoría*, referente a la pregunta ¿Qué requiere el ejercicio de calidad de la endoscopia digestiva?

(que exploraba sobre los requerimientos académicos, institucionales y formativos), los consensos fueron los vistos en la figura 4.

Frente a algunas de las características que determinan el ejercicio de endoscopia digestiva de calidad, hubo consenso de 94,1%, 97,1% y 100% respectivamente, tal como se aprecia en la figura 4.

Para los participantes, el hablar de calidad en el ejercicio de la endoscopia digestiva contempla necesariamente el dominio de conocimientos, habilidades (“desarrolladas con la ayuda del docente”) y destrezas (“perfeccionadas en el transcurso del entrenamiento y la práctica”); y el lograr un “desarrollo ético y humanista que debe estar inmerso en los programas de formación pues son parte central del ejercicio profesional”.

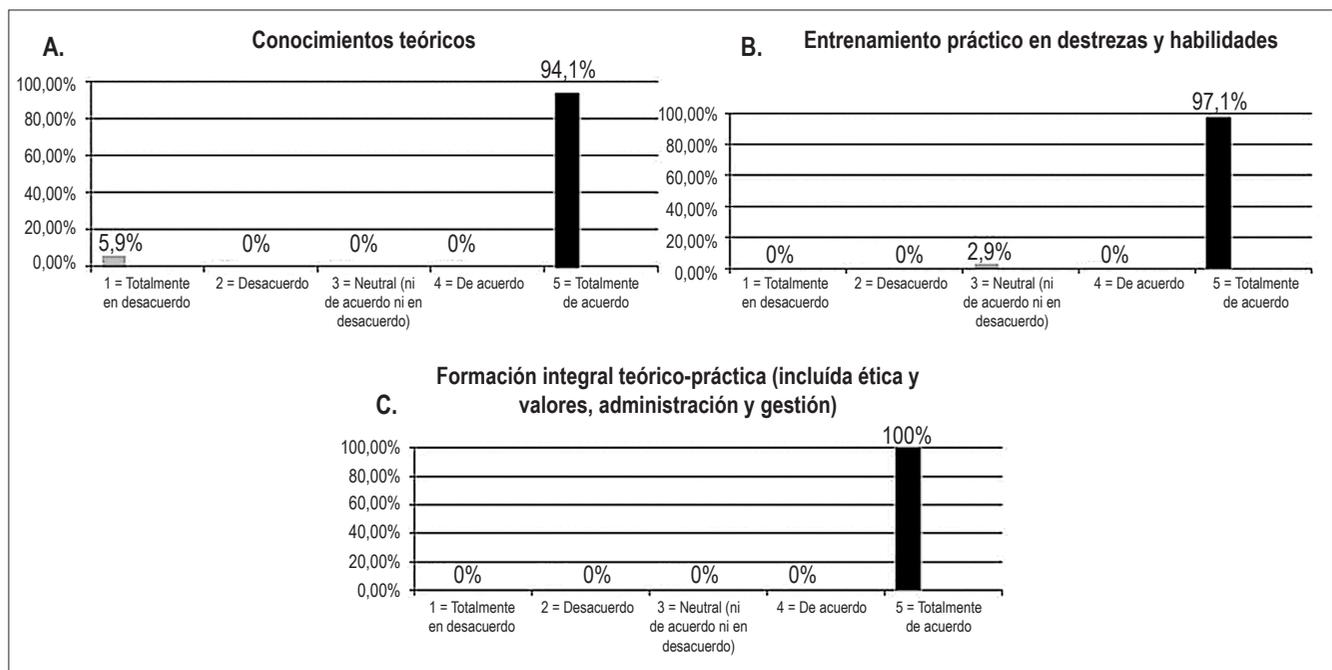


Figura 4A. Conocimientos teóricos **B.** Entrenamiento práctico en destrezas y habilidades **C.** Formación integral teórico-práctica.

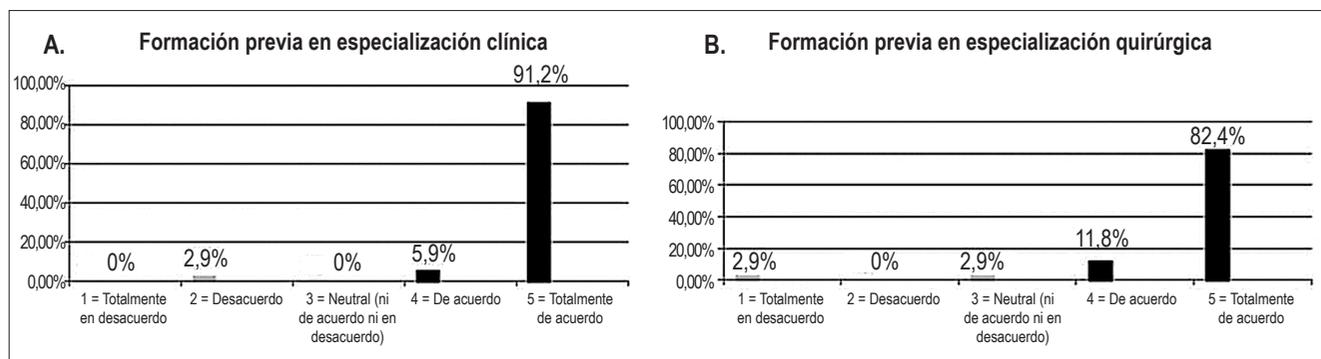


Figura 5A. Formación previa en especialización clínica **B.** Formación previa en especialización quirúrgica.

Por otra parte, el desarrollo tecnológico de la endoscopia y los altos costos de insumos, instrumentos, soportes y mantenimiento, exigen tener conocimientos administrativos y de gestión, de manera que la formación debe trascender más allá de los espacios centrados en las enfermedades digestivas.

La figura 5 muestra un amplio consenso con 97,1% y 94,2% respectivamente que se obtuvo frente a la necesidad de tener una formación clínica o quirúrgica previa a la formación de endoscopia, en concordancia con la exigencia legal actual: “el cirujano debe tener los conceptos y conocimientos clínicos; y el internista debe tener ciertas habilidades y destrezas quirúrgicas”. Sin embargo, la normatividad vigente solo exige un año de formación en endoscopia, para que desde las especialidades generales de cirugía, medicina interna o pediatría se pueda ser parte del Talento humano que realice endoscopia digestiva. Se presenta en Colombia entonces, en este momento, un doble estándar de exigencias formativas pues quienes hacen subespecialidad en Gastroenterología o Cirugía Gastrointestinal o Coloproctología, se les exige realizar dos años de formación para poder ejercer la endoscopia digestiva.

Se acuerda que, a futuro y como escenario ideal, se ha de exigir la necesidad de tener una formación previa en enfermedades digestivas, desde el punto de vista clínico o quirúrgico (con las especialidades de gastroenterología, cirugía gastrointestinal, coloproctología o gastroenterología pediátrica), pues ambos han de enfrentar, en mayor o menor grado, retos clínicos o quirúrgicos que deben saber sortear. Además, se cumpliría con un mismo y equitativo tiempo de formación.

Respecto a la *tercera categoría*, mediante la pregunta *¿Quién debe enseñar-formar en endoscopia digestiva?* (que exploraba acerca de las personas encargadas de impartir la formación en endoscopia digestiva), los consensos fueron los vistos en la figura 6.

La figura muestra que hubo consenso de 78,8%, 100%, 82,3% y 90,9% respecto a que el hecho de ser especialista

como tal, sea gastroenterología o cirugía general con entrenamiento en endoscopia digestiva no avala, per se, a ser formador de endoscopistas. Igualmente tampoco lo es el hecho de laborar en una institución de alta tecnología en la cual se realice endoscopia digestiva, sea básica o avanzada.

Por el contrario, los escenarios deben tener toda la infraestructura física y la estructura pedagógica, soportada desde programas universitarios con registro calificado o con acreditación, características a las que deben apuntar todas las instituciones que aspiren a ser sitios de formación, incluidos los institutos de alta tecnología; es decir, los procesos formativos no pueden estar por encima de la ley la cual “...dice claramente que no debemos tener programas de entrenamiento por fuera de programas universitarios”.

Un consenso de 100% (figura 7) se obtuvo respecto a que quienes enseñan deben ser docentes de o en relación con programas universitarios. En esta lógica, debe enseñar “... el que sepa lo que va a enseñar... y que sepa enseñar lo que va a enseñar... de acuerdo a la ley”.

De manera que debe enseñar endoscopia digestiva quien reúna tres calidades: “...ser docente universitario; que la enseñanza de la endoscopia se dé dentro de programas universitarios; y que la realice en centros docentes”.

La defensa de estas calidades del docente procura salvaguardar uno de los riesgos de la formación como es la adecuada capacitación de los profesores; pero no se pueden olvidar otros riesgos como son las características mismas de cada universidad, su interés académico por encima del monetario, su real posibilidad de oferta de alta tecnología, sus adecuados sitios de práctica.

No todos los programas pueden asegurar estos requerimientos de alta calidad pues “...hay muchas universidades de garaje donde no está la tecnología y ese es un problema que no podemos desconocer”.

El desarrollo del docente es entonces un elemento que adquiere renovada importancia frente a nuevas necesidades y nuevas tecnologías: “...hay que entrenar a los educadores, que tengan formación y excelencia en educación” ; y

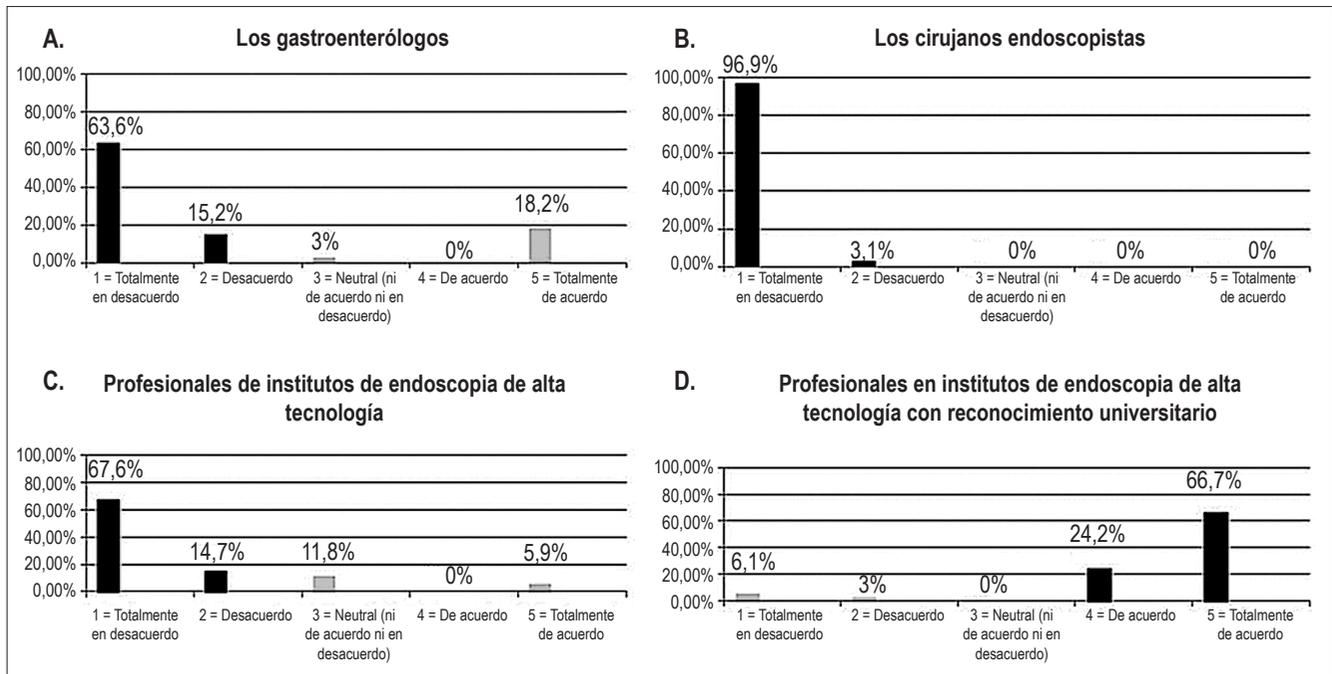


Figura 6A. Los gastroenterólogos **B.** Los cirujanos endoscopistas **C.** Profesionales de institutos de alta tecnología. **D.** Profesionales en institutos de endoscopia de alta tecnología con reconocimiento universitario.

en especial, no hay que confundir entrenamiento con formación, pues sus connotaciones y alcances de integralidad, ética, humanismo, apropiación conceptual son diferentes: “... usted puede estar en un sitio, puede formar o enseñar en una técnica; pero puede no estar en la capacidad de formar endoscopistas, una cosa es entrenar y otra es formar”.

gaba acerca de las personas que podrían ser candidatas a entrenarse-formarse en endoscopia digestiva), los consensos fueron los vistos en la figura 9.

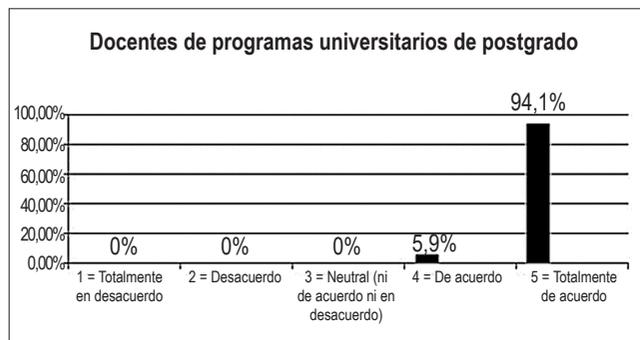


Figura 7. Docentes de programas universitarios de postgrado.

Como lo muestra la figura 8, el eventual papel de las asociaciones científico-gremiales como acreditadores de programas de formación no genera consenso positivo “pues no es su función principal... no reemplazan el papel de la universidad; deben ser entes veedores y de desarrollo gremial”.

Respecto a la *cuarta categoría*, mediante la pregunta ¿Quién debe ser formado en endoscopia digestiva? (inda-

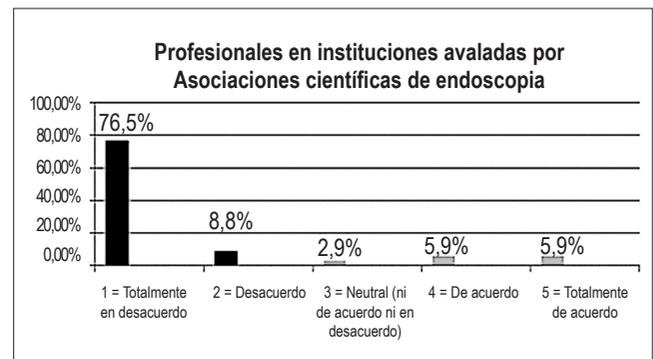


Figura 8. Profesionales en instituciones avaladas por Asociaciones científicas de endoscopias

La figura 9 muestra que en este grupo de preguntas se obtuvo un consenso general de 90,9%, 96,9%, 84,9%, 84,8%, 83,8% y 100% en cuanto a no aceptar la formación de técnicos, tecnólogos, otro tipo de profesionales (puntualmente enfermeras en este encuentro) y de médicos generales para recibir formación en endoscopia digestiva, específicamente para la realización de procedimientos.

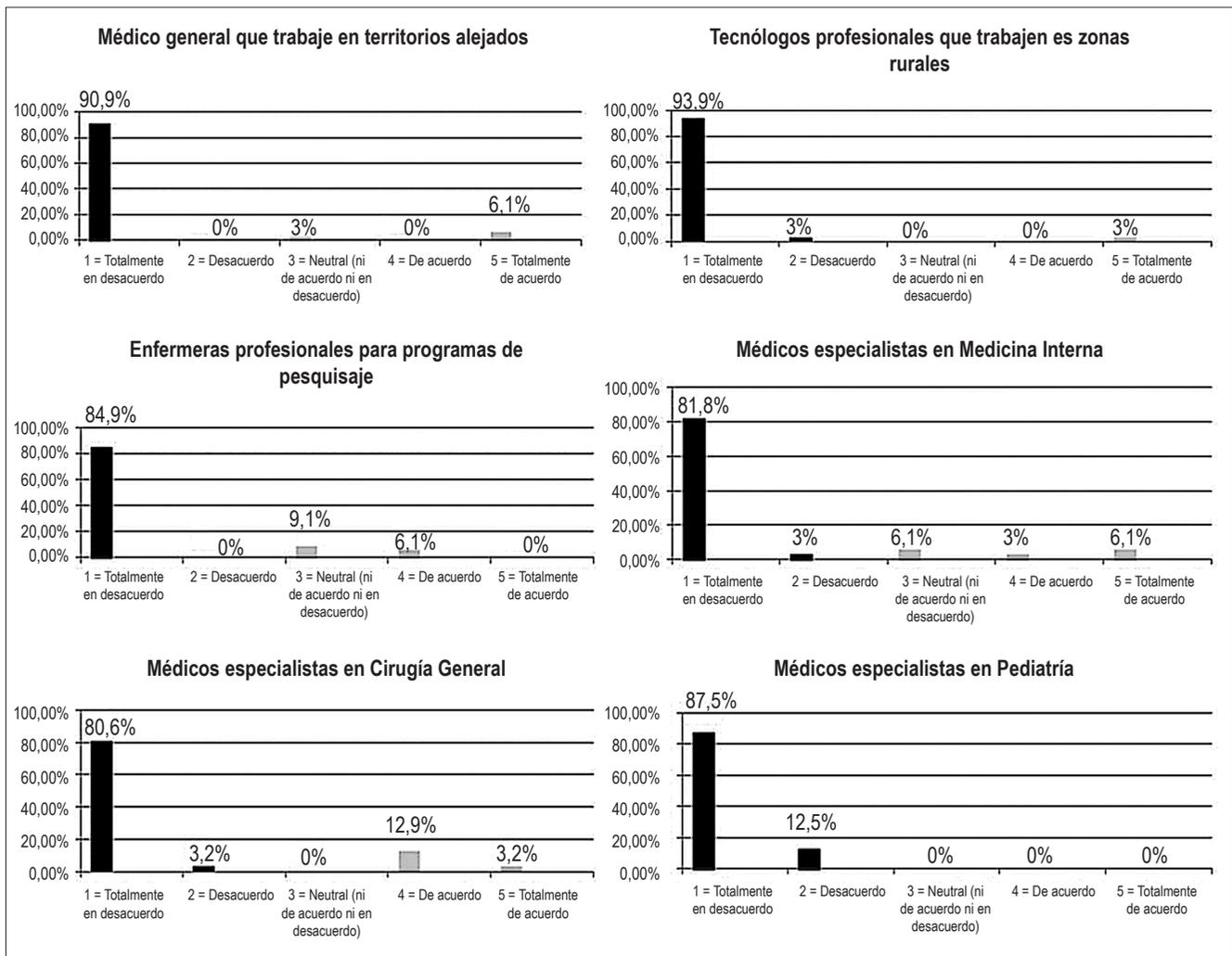


Figura 9. Médicos generales de territorios alejados, tecnólogos profesionales de zonas rurales, enfermeras profesionales para pesquijaje, médicos especialistas en Medicina Interna, Cirugía General o Pediatría.

Si se es coherente con los resultados de consenso del primer grupo de preguntas, el entender la endoscopia digestiva como un elemento integral del manejo de las enfermedades digestivas, conlleva a no aceptar que personas no médicas ni especializadas sean las idóneas para solucionar problemas de atención endoscópica así estén en las zonas más alejadas del país, pues no es ni equitativo ni justo con los pacientes.

De hecho se piensa que “...eso es un mal social, eso es una cosa antiética... es como si por la sola necesidad, es decir, porque no hay un neurocirujano en una zona alejada, tomamos a un médico general para entrenarlo en que opere aneurismas”. Y se menciona cómo ha sucedido que una persona que ha usado el trabajo en territorio alejado para avalarse como endoscopista “... al día siguiente (de conseguir su reconocimiento legal) retorna a las grandes ciudades a trabajar”.

Se entiende que a pesar de que la ley actual permite que “... el internista o el cirujano general, con un entrenamiento de 1 año” esté ejerciendo la endoscopia digestiva y “... esté prestando un servicio al que la gente de zonas alejadas tiene derecho...”, se obtiene consenso en que, a futuro, tanto internistas y cirujanos como pediatras no deberían tener este corto tipo de formación.

Pero en aras de la calidad (que tiene implicaciones éticas en cuanto a las características del tipo de profesional que está proveyendo los servicios de endoscopia), su formación debe ser exclusivamente para médicos en el nivel de subespecialidad en gastroenterología clínica o quirúrgica o coloproctología, de adultos o pediátrica, como se mostrará en los consensos siguientes. De todas maneras, se deja de presente que hay otros escenarios diferentes al colombiano, donde el papel del médico general, de enfermería o de otras

tecnologías en salud tiene un escenario real, especialmente en los programas de pesquijaje.

Respecto a la quinta categoría, mediante la pregunta ¿Cuánto tiempo, con qué formación previa y hasta qué nivel se debe formar en endoscopia digestiva? (exploraban los tiempos, alcances y requisitos formativos previos para ser formados en endoscopia digestiva), los consensos fueron los vistos en la figura 10.

Frente a las aseveraciones anteriores (figura 10) se obtuvo consenso de 100%, 88,2%, 85,3% respecto a no recomendar una formación de 6 meses para endoscopia básica, tiempo incluido dentro de los programas de cirugía general o de medicina interna; tampoco (y a pesar de estar aceptado hoy por la ley) una formación de 1 año en endoscopia básica luego de terminar cirugía general, medicina interna o pediatría; tampoco incluir dos años de formación dentro del tiempo total de los programas de especialización medicina interna o cirugía.

A pesar de que la normatividad actual permite que "...la endoscopia básica con el manejo de las urgencias básicas en áreas periféricas de Colombia, perfectamente la pueda hacer un cirujano con un entrenamiento de un año", hay consenso en que "...la formación de un año sirve para mirar una gastritis pero no alcanza a darle la capacidad de interpretación ni de manejo de las urgencias". Es así como "... con un entrenamiento básico se puede realizar la extracción de un cuerpo extraño o interpretar donde está el sangrado y qué lo está originando... no alcanza para tomar decisio-

nes o hacer tratamientos endoscópicos de control" pues el tiempo tomado de instrucción no le da los suficientes elementos para tomar decisiones o acciones más complejas.

Se considera que dada la complejidad que atañe hoy a la endoscopia, pero en especial su papel como elemento diagnóstico y terapéutico en el manejo de pacientes con enfermedades digestivas, la formación de calidad exige por lo menos 3 años para acercarse al nivel de endoscopia básica y avanzada, siempre y cuando se haga dentro de un programa de subespecialidad gastroenterológica clínica o quirúrgica: "el desarrollo tecnológico y de conocimientos de la endoscopia ha permitido avances y surgimiento de nuevas técnicas que exigen una formación y dedicación específica en cada área".

Así pues, la endoscopia básica podría alcanzarse suficientemente en dos años, pero la avanzada exigiría por lo menos un año más, pero siempre (una y otra) dentro de programas solamente para "gastroenterólogos, cirujanos gastrointestinales, proctólogos, eventualmente gastroenterólogos pediatras y cirujanos pediatras" y dentro de programas universitarios con registro calificado o con acreditación.

El tercer o cuarto año, que correspondería a la endoscopia avanzada tendría sus enfoques puntuales en CPRE, mucossectomía o DESM, endosonografía, enteroscopia, prótesis y otros; pues lo lógico es que "la dedicación se centre en un campo específico y que se llegue a hacerlo muy bien". Teniendo en cuenta que, hasta tanto no se desarrollen más centros especializados en Colombia (de los cuales ya hay

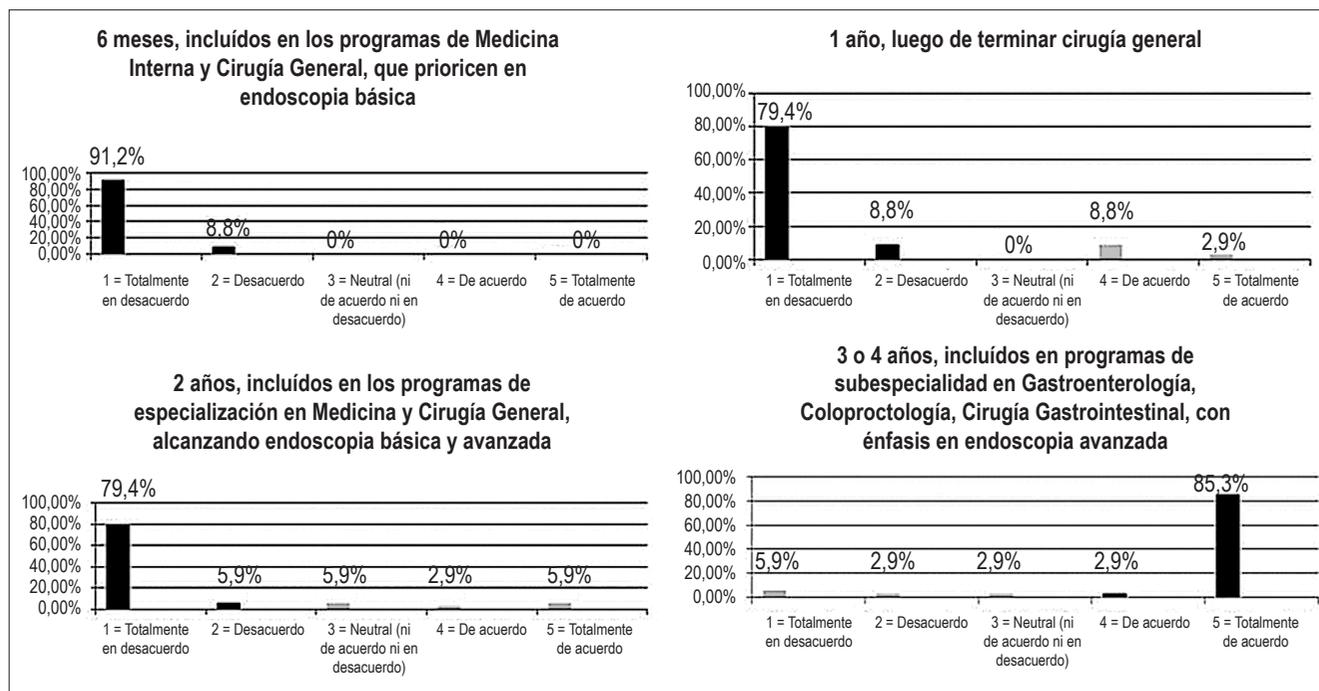


Figura 10. Requisitos previos, tiempos de formación y niveles de complejidad de formación en endoscopia.

algunos), la búsqueda de sitios de formación en el exterior seguirán siendo la ruta para formación de ciertos campos específicos de la endoscopia avanzada.

Finalmente, cuando se discuten y cuestionan las realidades formativas y de práctica profesional en endoscopia digestiva, el aumento en los tiempos y exigencias formativas previas para formarse en endoscopia digestiva tiene como mira principal la búsqueda del mayor beneficio para los pacientes y para la sociedad.

DISCUSIÓN

La Real Academia de Lengua Española define consenso como el “Acuerdo producido por consentimiento entre los miembros de un grupo” (10). A esta instancia se llega cuando a través de asesores o comisiones de expertos se busca alcanzar decisiones o acuerdos frente a situaciones diversas de orden social o profesional toda vez que se pueden estar presentando diferencias que de alguna forma crean tensiones que enrarecen el que debería ser un ambiente armónico.

Bajo estas premisas y frente a la percepción sentida de varias dificultades en el ejercicio de la endoscopia digestiva, la Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva (ACED) citó a este grupo de expertos al primer consenso “Acuerdo en lo fundamental” cuyos resultados han sido presentados. Los hallazgos de la investigación han permitido aportar evidencia respecto a las tensiones conceptuales, pedagógicas, profesionales y éticas que atraviesan a los distintos actores y contextos de formación en la endoscopia digestiva en Colombia.

Expresada la complejidad (y hasta cierto punto la desorganización) legal, académica y laboral en la que circula la endoscopia digestiva, el estudio ha hecho evidente que, a pesar de que en lo pedagógico los programas de formación nacionales para especialización en gastroenterología han definido un perfil del egresado encaminado a lograr “especialista con liderazgo, con habilidades para transmitir conocimiento y desarrollar programas de investigación”, con un amplio conocimiento en habilidades del sistema digestivo “para entender, aprender y aplicar los diversos avances tecnológicos en endoscopia gastrointestinal” (11, 12), la realidad muestra que no se está cumpliendo con la obtención plena de este perfil en los médicos que ejercen la endoscopia digestiva. Todos los programas en el país tienen como parámetro para su ingreso el ser especialista en Medicina Interna o Cirugía General. Por otra parte, hasta el 2006 el ejercicio de la endoscopia digestiva estaba autorizado solo para egresados de estos programas, entendiéndose a la endoscopia digestiva como elemento importante (más no central ni definitivo) del ejercicio médico relacionado con las enfermedades digestivas.

El consenso actual logró llegar a acuerdos encaminados a mostrar la impertinencia de aceptar tiempos de formación en endoscopia digestiva de solo un año y luego de una especialización general; y mostrar, la pertinencia (dados los avances científicos, tecnológicos y las implicaciones sociales y éticas) de exigir, para el ejercicio de la endoscopia básica un tiempo de formación no menor a 2 años; y para la endoscopia avanzada, un tiempo de formación total entre 3 y 4 años. En ambas circunstancias, siempre como parte de un programa de subespecialidad gastroenterológica, sea clínica (gastroenterología, gastroenterología pediátrica) o quirúrgica (cirugía gastrointestinal, coloproctología, cirugía pediátrica), acogiéndose a estándares internacionales (13-15).

Estas características formativas se apoyan en la importancia de acercarse al desarrollo de la capacidad cognitiva acerca de las patologías digestivas así como a la habilidad técnica en los procedimientos al igual que en la capacidad interpretativa y propositiva de los estudios para hacer una adecuada propuesta de tratamiento, recuperación o rehabilitación (13). Igualmente se llegó a un consenso positivo sobre la importancia de introducir explícitamente actividades formativas relacionadas con la ética y los valores, administración y la gestión.

El consenso no ha desconocido la normatividad legal vigente en Colombia a 2012, donde se permite que los Cirujanos Generales o Internistas con un año de entrenamiento (avalado por una institución universitaria) puedan realizar endoscopia digestiva. Tampoco desconoció la motivación gubernamental para haber autorizado este tipo de práctica médica, basado en criterios de universalidad, equidad e igualdad que son definidos como principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por un aparente o real déficit de especialistas en esta área de la Salud (Art. 153 de la Ley 100 de 1993 y Artículo 3 de la ley 1438 de 2011).

El consenso ha puesto, en contraposición a estos postulados, otro principio del mismo sistema y de las leyes mencionadas: nos referimos al principio de calidad. Han sido múltiples las manifestaciones por las cuales se ha llegado a un consenso para no recomendar que se siga permitiendo la práctica de la endoscopia digestiva, ni siquiera la básica diagnóstica, con tan poco tiempo de preparación. Pues no es esta una práctica ética ni moral, pues la supuesta equidad e igualdad no se les puede asegurar a los pacientes si el profesional que lo está examinando no cuenta con el adecuado y suficiente nivel de preparación, de acuerdo a la opinión de los mayores expertos de la gastroenterología del país.

No es el criterio central para avalar la adecuada formación en endoscopia digestiva el certificar un número determinado de procedimientos (15). Son las características académicas, tecnológicas supervisadas con seguimiento,

investigadas, las que vuelven a un determinado número de procedimientos efectivamente en una evidencia de adecuada formación. Evidencia formativa que sí se constituye en un instrumento que genere justicia social.

Estas consideraciones relativas al tipo de formación previa y a los tiempos mínimos de formación no surgieron de forma prejuiciosa; se observaron estructurados desde reflexiones en profesores y profesionales, la mayoría de ellos con más de 20 años de experiencia docente y laboral, para quienes el centro de la discusión está en la forma como se entiende lo que es la endoscopia digestiva.

El consenso rechazó con amplitud el ver a la endoscopia digestiva como una especialidad independiente de las especialidades relacionadas con enfermedades digestivas. Igualmente, no la aprecian como una simple técnica aplicable indiscriminadamente por otras especialidades no centradas en enfermedades digestivas. Por el contrario la endoscopia digestiva se aprecia como parte de toda una formación integral dentro de las especialidades gastroenterológicas mencionadas previamente.

En ese sentido, el consenso fue cuidadoso en no ceder la responsabilidad de la formación endoscópica a prácticas centradas en técnicas, por muy especializadas que ellas sean; ni los recursos económicos o tecnológicos pueden reemplazar ni desplazar la formación integral que debe aportar el docente de gastroenterología y endoscopia digestiva; docente que debe prepararse para ser tal, apoyándose en los diferentes programas de cualificación pedagógica existentes en las universidades o en algunas asociaciones científicas mundiales.

Cuando las discusiones, en instancias internacionales como Asociación Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) y Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva (SIED) se direccionan desde currículos centrales (Core Curriculum) y se centran en aspectos formativos y de calidad (compresión holística de la endoscopia; cumplimiento de bioseguridad; mejora en interpretación de hallazgos endoscópicos; identificación de factores de riesgo; limitaciones de los procedimientos; o mediciones de calidad) (14, 15), en nuestro escenario debemos aún resolver retos que no tienen que ver estrictamente con procesos formativos o asistenciales o investigativos (por ejemplo, el tipo de contratación laboral de los intermediarios del sistema o la definición de pisos tarifarios).

Pero es responsabilidad de todos los actores entrar a solucionar las divergencias, toda vez que la dimensión formativa en endoscopia digestiva acarrea, como toda práctica médica, un deber ético y moral que debe ir más allá de cualquier interés que lo aleje de ejercer una acción médica que asegure el bienestar integral del paciente.

CONCLUSIONES

Los principales consensos se precisan en la tabla 1, cuyos postulados exigen ser escuchados y atendidos por los entes gubernamentales, la academia y las universidades, las asociaciones científicas, las instituciones prestadores de salud y, especialmente, el cuerpo médico del cual depende mucha de la salud integral y gastroenterológica de los colombianos.

Tabla 1. Recomendaciones para aspectos formativos en endoscopia digestiva, 1er Consenso colombiano sobre la práctica en endoscopia digestiva “Acuerdo sobre lo fundamental” - Junio 23 de 2012.

Concepción de la endoscopia digestiva	La endoscopia digestiva debe entenderse como un elemento de apoyo dentro de la práctica diagnóstica y terapéutica para el manejo de las enfermedades digestivas.
Requerimientos para práctica de calidad en endoscopia	La formación en endoscopia digestiva de calidad requiere sólidos conocimientos teóricos, desarrollo de habilidades y destrezas técnicas e implementación de juicios, raciocinios y conductas científicas, sociales y éticas.
Encargados de formar en endoscopia	El requisito formativo para acceder a capacitarse en endoscopia digestiva debe ser el pertenecer a un programa de subespecialidad en enfermedades digestivas, clínico o quirúrgico, de adulto o niños.
Candidatos a formarse en endoscopia	La responsabilidad de formación en endoscopia digestiva es del docente cualificado como tal, perteneciente a un programa universitario, especialista en Gastroenterología (clínica o quirúrgica) y endoscopia digestiva y que enseñe en un escenario universitario o avalado por universidad.
Tiempos, requisitos previos y niveles de complejidad en formación endoscópica	El tiempo de formación mínima para endoscopia digestiva básica debe ser de dos años. Para endoscopia avanzada debe ser por lo menos un año más y direccionada a un campo avanzado específico. Tiempos que se deben ejecutar dentro de programas de subespecialización gastroenterológica.

REFERENCIAS

1. Resolución que establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución No. 1043 de 2006.
2. Talento humano en salud. Ley 1164 de 2007. Ley Pub. No. 1164 de 2007. Congreso de Colombia; 2007 (Octubre 3 de 2007).
3. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1438 de 2011. Ley Pub. No. 1438 de 2011. Congreso de Colombia; 2011 (Enero 19 de 2011).
4. Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Ley Pub. No. 100 de 1993. Congreso de Colombia; 1993 (Dic. 23 de 1993).
5. Organiza Servicio Público de la Educación Superior de la República de Colombia. Ley 30 de 1992. Ley Pub. No. 30 de 1992. Congreso de Colombia; 1992 (Dic. 28 de 1992).
6. Ley general de Educación de la República de Colombia Ley 115 de 1994. Ley Pub; 1994 (Febrero 8, 1994).
7. Astigarraga E. Método Delphi. Universidad de Deusto San Sebastián. (citado 1 de Junio de 20012) (s.f.). Disponible en URL: http://www.echalemojo.com/uploadsarchivos/metodo_delphi.pdf. Consultado 01 de junio de 2012.
8. Batarrita JA. Entre el consenso y la evidencia científica. *Gac Sanit* 2005; 19(1): 65-70.
9. Gil F. Análisis de datos cualitativos. Aplicaciones a la investigación educativa "El análisis de datos cualitativos" Aproximación interpretativa al contenido de la información textual. Barcelona: PPU, S.A.; 1994. p. 31-63.
10. Real Academia de la Lengua Española. Consenso (Serial en línea) (citado 16 de julio 2012). Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/>. Consultado 16 de julio de 2012.
11. Fundación Universitaria Sanitas. Organización sanitas internacional. Especialización en gastroenterología y endoscopia digestiva. Disponible URL: <http://www.unisanitas.edu.co/index.php/gastroenterologia-y-endoscopia-digestiva>. Consultado 9 de julio de 2012.
12. Universidad del Rosario. Escuela de medicina y ciencias de la salud. Especialización en gastroenterología. Disponible: <http://www.urosario.edu.co/EMCS/Especializaciones/gastroenterologia/> Consultado 9 de julio de 2012.
13. González JA, y cols. ¿El adquirir una habilidad técnica, es suficiente para realizar la endoscopia digestiva? Una reflexión de la experiencia de un centro de entrenamiento universitario. *Revista de Gastroenterología de México* 2011; 76(1): 1-5.
14. American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). Principles of training in GI endoscopy. Report on training 2012; 75(2): 231-235.
15. Taullard D. Mejor calidad de la endoscopia digestiva. Capacitación y certificación. La Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva (SIED). Foro Latinoamericano de Endoscopia Digestiva (FLAED) Dr. Roque Sáenz /2M Impresores: Chile; 2010. p. 20-28.