

Auditoría médica en el primer nivel de atención.

LLANOS ZAVALAGA, Fernando*

SUMMARY

We revised briefly: The origins of audit in the health sector and the historical variation of this concept. This concept has switched from a sanctional tool to a methodology of quality assurance and continuous quality improvement. International trends and the so called Evidence-based audit are also analyzed. (*Rev Med Hered* 2000; 11:107-112).

Auditoría es un término que viene del vocablo “audire” que significa oír, escuchar. Un auditor era la persona que aprendía por instrucción ‘de oídas’, quien escuchaba judicialmente y trataba casos como en la Audiencia de la Corte. Desde el punto de vista financiero, la auditoría es la evaluación oficial de los estados contables de una institución y su respectiva verificación. Una definición más amplia de este tipo de auditoría es: Proceso sistemático que obtiene y evalúa objetivamente la evidencia con respecto a las declaraciones acerca de acciones económicas y eventos; dicho proceso determinará el grado de correspondencia entre estas declaraciones y el criterio para comunicar los resultados a los usuarios interesados (1).

En el campo de la salud, el término Auditoría Médica ha sido usado durante mucho tiempo con diferentes acepciones, dependiendo del contexto donde se aplicaba. No fue sino hasta la publicación de los documentos de trabajo para la reestructuración del Sistema Nacional de Salud Británico (NHS) en que se da la siguiente definición, ampliamente aceptada y utilizada por los profesionales de salud, especialmente en Europa: “Es el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del

paciente”(2).

La auditoría, en un sentido amplio del término, se ha llevado a cabo desde varios siglos atrás, empezando con el desarrollo de estadísticas nacionales de nacimientos y muertes en el Libro Domesday de 1066, los Registros de París de 1597, el Acta de Población de 1840 y el primer Censo Nacional de Inglaterra en 1801 (17). Ernest Hey Groves (18), propuso en 1908, una organización nacional para el recojo de datos de manera uniforme, solicitando a 15 grandes hospitales descubrir la mortalidad operativa de varias cirugías aceptables.

En 1914, Edward A. Godman en Boston, EE.UU., coincidiendo con los primeros esfuerzos ordenados de estructuración hospitalaria, propugnó un método en base al cual se intentaba establecer los resultados del tratamiento de los pacientes internados, se quería saber “si el tratamiento había sido exitoso y en caso negativo por qué”, a fin de prevenir los errores en el futuro. Para ello se analizaba el estudio de los pacientes egresados (en lo concerniente a enfermedad atendida) luego de un prolongado y exhaustivo seguimiento prospectivo. En 1918, el American College of Surgeons define los principios de la estructuración orgánica hospitalaria y los criterios mínimos de acreditación por auditoría.

* Profesor Asociado. Departamento de Administración y Economía. Facultad de Salud Pública y Administración. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Incluso desde 1955, la auditoría es concebida como una herramienta de mejora de la calidad. Slee (3) desarrolla el tema de auditoría médica como un proceso educativo que debe permitir mejorar la calidad de atención mediante la disminución de la morbilidad. En este mismo sentido, el primer gran intento inglés por auditar realizado por el Royal College of General Practitioners en 1977, percibía deficiencias en la calidad de la práctica general, y reconocía la influencia de la auditoría médica como una manera de mejorar los estándares de atención (3).

Definición

Como se mencionó anteriormente, la auditoría médica es definida como el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente (2). Sin embargo, esta definición no incluye dos componentes importantes en el proceso de auditoría: primero, la necesidad de que los participantes en la auditoría estén preparados para promover y ejecutar los cambios necesarios en el comportamiento profesional; y segundo, el requisito de conseguir demostrar mejoras en la calidad y/o costo-efectividad de la atención brindada como consecuencia de la participación de una auditoría (3).

Por ello, Marinker (4), sugirió que la auditoría médica es “asistir a la mejora de la calidad del cuidado médico, a través de la medida del rendimiento de aquellos que brindan dicho cuidado, considerando aquel rendimiento de acuerdo a los estándares deseados y mejorando éstos rendimientos”. Una definición similar fue dada por Crombie et al (5): “auditoría es el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica con el fin de identificar deficiencias que puedan ser remediadas”. Estas definiciones enfatizan que el propósito de la auditoría es mejorar la atención, sin dejar de lado la necesidad de conducir la revisión sistemática de la misma (3), buscando identificar las irregularidades y disfunciones, tanto en el ámbito médico como administrativo, para proponer alternativas que permitan un mejor funcionamiento en ambos niveles (6-8). Más aún, debe tener una función educativa para los profesionales de salud (9-12).

Ello dista mucho de la aproximación hacia las auditorías que tienen los trabajadores y directivos (12), que ven en ellas acciones de fiscalización las que casi siempre terminan interfiriendo en sus actividades cotidianas. Finalmente, una auditoría también debería incluir el análisis de los resultados en los pacientes una

vez recibida la atención médica (13,14), dado que todas las acciones a tomar serán brindadas a un usuario que espera calidad (15,16).

Auditoría médica y auditoría clínica

En los servicios de salud se vienen utilizando diversos términos, tales como auditoría médica, auditoría clínica y auditoría del cuidado del paciente. La auditoría médica es definida como la revisión del cuidado clínico de los pacientes, realizada solamente por el personal médico; auditoría clínica es la revisión de la actividad en todos los aspectos del cuidado clínico realizado por profesionales de salud, tanto médico como no médico (3,20-22); y la auditoría del cuidado del paciente, es definida como la revisión de todas las actividades dentro del servicio de salud que tienen un efecto directo en el cuidado del paciente (22).

Si bien, pareciera que la discusión es fundamentalmente semántica, ello no es así tal como lo describe Packwood (22) (Ver tabla N° 1). Para el autor, el tipo de auditoría va a tener implicancias diferentes en lo referente a la actividad que se audita, el grado de compromiso gerencial, el flujo de autoridad y sus aplicaciones. Más aun si la actividad de salud es entendida como una actividad multidisciplinaria, y según algunos autores como una actividad transdisciplinaria, lo propio en el marco de la calidad del proceso prestacional, debe estar en el paso de la auditoría médica (unidisciplinaria) a la auditoría clínica, con la participación más amplia de los diversos grupos profesionales.

Auditoría y garantía de la calidad

La auditoría debe ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad (3,10,12,21,24). Este ciclo continuo pasa por las siguientes etapas: identificación del tema a ser auditado, establecimiento de estándares, medición de la calidad y verificación de los resultados comparados con el estándar fijado, decidir estrategias para el cambio, implementación de los cambios necesarios, monitorización de los efectos del cambio en comparación del estándar (25). La percepción de la auditoría como una acción fiscalizadora es una visión reduccionista del proceso, es visto como una intervención en donde se identifican problemas, sin implementar medidas que conlleven a mejoras en la calidad de atención y el empleo de recursos.

Por el contrario, para que la auditoría médica sea una manera útil de mejorar los estándares de la práctica médica, los médicos deben convencerse de su valor como herramienta educativa, y como herramienta para

Tabla N°1. Características de los tipos de auditoría.

	AUDITORIA MEDICA	AUDITORIA ENFERMERIA TERAPEUTICA	ASEGURAMIENTO DE CALIDAD CORPORATIVO	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD A COMPRADORES	AUDITORIA CLINICA
ENFOQUE	Proceso técnico	Calidad técnica en procesos genéricos	Calidad técnica en procesos genéricos. Calidad sistémica	Calidad técnica en procesos genéricos. Calidad sistémica.	Calidad técnica en procesos genéricos. Calidad sistémica.
PARTICIPANTES	Médicos	Enfermería y Terapia como disciplinas separadas.	Todo el staff (escaso compromiso médico).	Compradores Servicios separados para especialidad.	Servicios unidos y separados por disciplinas.
COMPROMISO GERENCIAL	Baja	Jefes de enfermería y Terapia.	Gerentes generales de todos los niveles.	Gerentes de ventas Gerentes de las especialidades que proveen servicios.	Directivos senior y de divisiones. Gerentes de las especialidades que proveen servicios.
FLUJO DE AUTORIDAD	De abajo-arriba.	Arriba-abajo de los jefes de servicio.	De arriba-abajo con un elemento de abajo-arriba.	Arriba-abajo con un elemento al inicio de abajo-arriba.	De arriba-abajo y de abajo-arriba.
APROXIMACION	Formativa	Formativo y sumativo.	Formativo y sumativo.	Formativo.	Formativo.
MEDIOS DE LA APLICACION	Desempeño individual Educación Entrenamiento	Desempeño del servicio. Desempeño individual gerencial	Requerimientos de los consumidores. Desempeño individual gerencial.	Cuidado del paciente Gerencia de contratos de servicios.	Cuidado de paciente Educación Entrenamiento Gerencia.

Tomado de Packwood T. (1996) Clinical audit: Integrating the management of quality.

una utilización con eficiencia y equidad de los recursos (26).

Está demostrado que la auditoría sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos como un método de implementación de un cambio, puede ser promovida por el acercamiento al uso de protocolos e intervenciones educacionales (27,28).

La participación en la auditoría es probablemente la manera más efectiva que permite a los médicos y a los equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes (3,29,30). Para finalizar, la auditoría será una pérdida de tiempo, dinero y esfuerzo si no se realiza el ciclo continuo y no se da un cambio en la estructura y proceso prestacional (31-33).

Hasta este punto, debe quedar claro que la auditoría es una actividad propia de los servicios que tiene por finalidad mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos profesionales con una finalidad formativa. Por tanto, sería válido preguntarse si ¿las actividades que se realizan en algunos establecimientos hospitalarios llamadas “Muerte y Complicaciones”, donde se discuten los casos clínicos de pacientes que fallecieron o presentaron

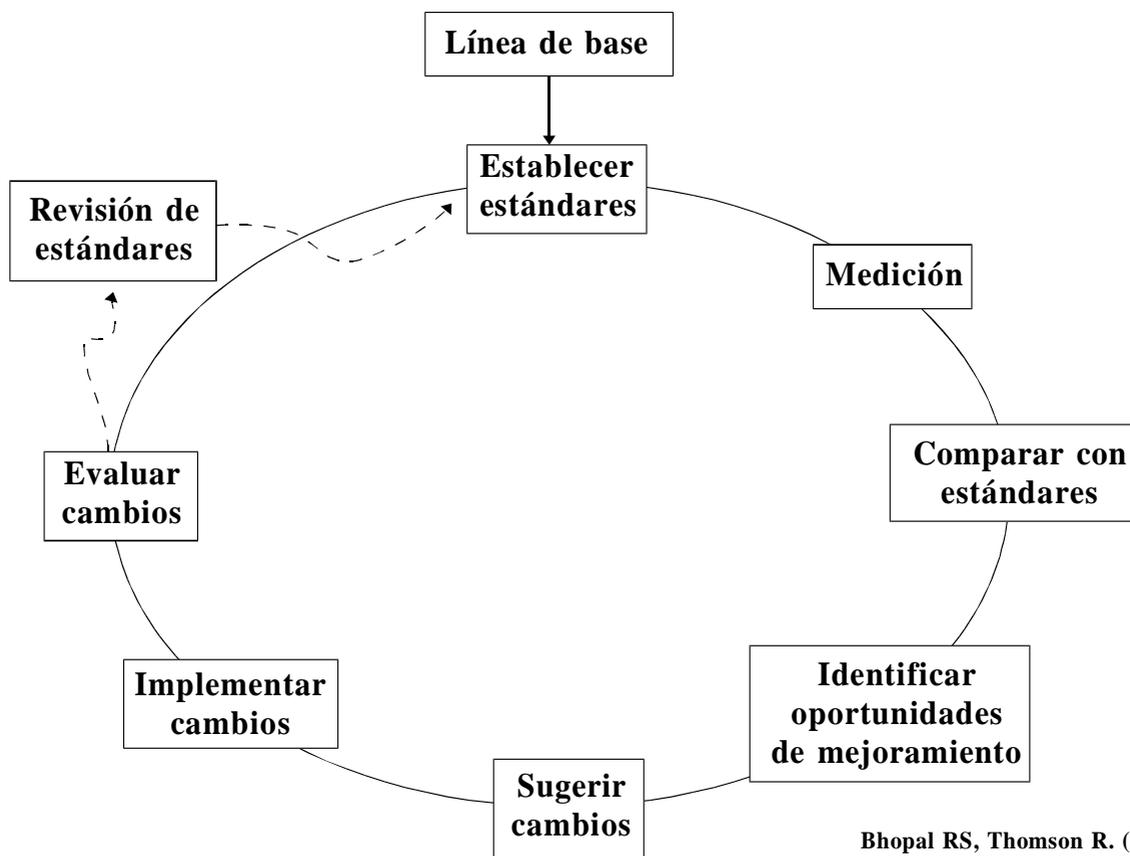
complicaciones, son actividades de auditoría? Personalmente, considero que es una forma de realizar auditoría de casos, porque cuenta con la participación de los profesionales del establecimiento (aunque no de los diversos grupos profesionales) con una intencionalidad formativa y por consiguiente mejorando la calidad de atención en la institución.

¿Cómo auditar? y auditoría basada en evidencias

La auditoría debe ser entendida como un ciclo (desde la aproximación sistemática). El ciclo se inicia con la selección del tópico que será objeto de la auditoría. Este puede ser un tópico clínico, luego de ello se deberá establecer explícitamente los criterios de evaluación y establecer claramente los estándares. Para ello deberá basarse en evidencias clínicas. Luego de realizar la medición entre lo deseable (establecido como el “gold standard”) y lo existente, se determinan las oportunidades de mejoramiento del proceso prestacional. Ello debe llevar a la implementación de las estrategias de cambio, así como la evaluación de las mismas (Figura N° 1). Todo ello debe estar enmarcado en una lógica de mejoramiento de la atención y no en el marco de un proceso punitivo.

Uno de los aspectos críticos en este ciclo de auditoría

Figura N°1. Ciclo de Auditoría.



Bhopal RS, Thomson R. (1991)

se encuentra en la definición de los criterios de evaluación y sus estándares. Fraser y col (3), establecen cuatro criterios para la auditoría:

- Basado en evidencias.
- Prioridad.
- Susceptible de ser medido.
- Apropiado a la realidad.

La prioridad de los criterios va a depender de la fuerza de asociación y el riesgo atribuible aplicable a cada una de las variables a seleccionar. De acuerdo a ello se podrán establecer tres categorías de prioridad (3):

- “Must do”. Se refiere a aquellas actividades que deben ser realizadas por los prestadores de salud. Se basa en la existencia de evidencia clínica del impacto de estas acciones en la calidad de vida del paciente. En el caso de un paciente diabético, el diagnóstico de diabetes es correcto (y está debidamente registrado), se evalúa anualmente, como mínimo, fondo de ojo, pies y presión arterial.

- “Should do”. Son aquellas actividades que no tienen un impacto significativo en el estado de salud de un paciente y/o que no tienen una evidencia científica sólida.

En el caso de un paciente diabético, se evalúa anualmente, como mínimo, dieta, peso y agudeza visual.

- “Could do”. Son aquellas actividades que tienen un impacto irrelevante en la salud del paciente y además no existe una evidencia en investigaciones.

Un elemento que hará el cambio en la percepción de

Tabla N°2. Estrategias de cambio en el Primer nivel de atención.

Estrategia	Ejemplos
Educación / Entrenamiento	- Seminarios en servicio - Capacitación en servicio
Sistema de recuerdo	- Posters sobre tratamiento - Fichas de registro estructuradas
Cambios en el equipo	- Participación de facilitador externo - Contratación de personal - Creación de subgrupos multidisciplinarios

Adaptado de Fraser y col. Evidence-based audit in General Practice.

la utilidad y significado de la auditoría es la implementación de estrategias que favorezcan el cambio. En la tabla N°2 se listan algunas de las estrategias más comunes para implementación del cambio en los establecimientos de salud del nivel primario, que son resultado de las actividades de auditoría.

Finalmente, en caso que las actividades de auditoría no se traduzcan en acciones de intervención para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud, la auditoría sólo se habrá convertido en una pérdida de tiempo, dinero y esfuerzos de todos aquellos que participan en el proceso prestacional, incluyendo los pacientes.

Correspondencia:

Fernando Llanos Zavalaga.
Av. Honorio Delgado 430, Urb. Ingeniería, San Martín de Porres. A.P. 4314

BIBLIOGRAFÍA

- Kell WG, Boynton WC y Ziegler RE. Auditoría Moderna. Compañía Editorial Continental S.A. México. 1997, 3-30.
- Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland, and Scotland. Medical audit. Working Paper 6. London: HMSO, 1989.
- Fraser RC, Baker RH, Lakhani MK. Evidence-based clinical audit: an overview. En: Evidence-based audit in general practice. Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH eds. Butterworth-Heinemann. Oxford 1998,1-15.
- Marinker M. Principles. En: Medical audit and general practice. Marinker M ed. BMJ Publishing Group. London 1990,1-14.
- Crombie IK, Davies HTO, Abraham SCS, Florey CduV. The Audit Handbook. John Wiley and Sons. Chichester, 1993.
- Foster A, Ratchford D, Taylor D. Auditing for patients. Quality in Health Care 1994;3(suppl):s16-s19.
- St Leger AS, Schnieden H, Walsworth-Bell JP. Using routinely gathered data to assist in evaluation. En: Evaluating health services' effectiveness. A guide for health professionals, service managers and policy makers. Open University Press. Buckingham 1993, 29-57.
- Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (I). La calidad en los servicios sanitarios. Medicina Clínica (Barcelona) 1994;103:663-6.
- Bowling A. Evaluating health services. En: Research methods in health: Investigating health and health services. Open University Press. Buckingham 1997,5-16.
- Batstone GF. Educational aspects of medical audit. British Medical Journal 1990;301:326-8.
- Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (III). Facetas. Medicina Clínica (Barcelona) 1995;104:25-8.
- Shaw CL. Aspects of audit. 4: Acceptability of audit. British Medical Journal 1980;280:1443-6.
- Chalkley M, Malcomson JM. Contracting for health services when patient demand does not reflect quality. Journal of Health Economics 1998;17:1-19.
- Hester NO, Miller KL, Foster RL, Vojir CP. Symptom management outcomes. Do they reflect variations in care delivery systems? Medical Care 1997;35(suppl):NS69-NS83.
- Bastian H. Raising the standard: practice guidelines and consumer participation. International Journal for Quality in Health Care 1996;8:485-90.
- Milne R, Olivier S. Evidence-based consumer health information: Developing teaching in critical appraisal skills. International Journal for Quality in Health Care 1996;8:439-45.
- Duthie RB. Audit: historical and future perspectives. En: Medical audit rationale and practicalities. Frostick S, Ratford PJ, Wallace A eds. Cambridge University Press. Cambridge 1993,5-17.
- Hey Groves EW. Surgical statistics: a plea for uniform registration of operation results. British Medical Journal 1908;2:1008-9.
- Shaw CL. Aspects of audit. 5: Looking forward to audit. British Medical Journal 1980;280:1509-11.
- Frostick S, Ratford PJ, Wallace A. Introduction. En: Medical audit rationale and practicalities. Frostick S, Ratford PJ, Wallace A eds. Cambridge University Press. Cambridge 1993,1-4.
- Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (II). Definiciones y tipología. Medicina Clínica (Barcelona) 1994;103:741-4.
- Packwood T. Clinical audit: integrating the management of quality. Health Services Management Research 1996;9:115-24.
- Empresa de Investigación y Servicios Empresariales SA (EISEMSA). Auditoría Médica a Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo - IPSS. Julio 1996.
- Bhopal RS, Thomson R. A form to help learn and teach about assessing medical audit papers. BMJ 1991;303:1520-2.
- Redfern SJ, Norman IJ. Clinical audit, related cycles and types of health care quality: a preliminary model. International Journal for Quality in Health Care 1996;8:331-40.
- MacPherson D. Medical audit: a view from the centre. In: Medical audit rationale and practicalities. Frostick S, Ratford PJ, Wallace A eds. Cambridge University Press. Cambridge 1993,26-36.
- Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. Quality in Health 1995;4:55-64.
- Davis DA, Thompson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of the continuing medical education strategies. JAMA 1995;274:700-5.
- Kelman S. The Problem of Doctor Performance. En: Improving doctor performance. A study in the use of information and organizational change. Human Science Press. New York 1980, 13-43.
- Walshe K. Opportunities for improving the practice of clinical audit. Quality in Health Care 1995;4:231-2.
- Frostick S. A practical guide to audit. En: Medical audit rationale and practicalities. Frostick S, Ratford PJ,

Wallace A eds. Cambridge University Press. Cambridge,
1993:427-33.
32.Shaw CD, Costain DW. Guidelines for medical audit: seven

principles. British Medical Journal 1989;299:498-9.
33.Baker R. Problem solving with audit in general practice.
British Medical Journal 1990;300:378-80.