

FALLAS DE PERTINENCIA EN REMISIONES EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE
AFILIADOS A SUSALUD, ASIGNADOS A LAS IPS's DE COMFAMA

INVESTIGADORES:

MARTÍN ALBERTO BAENA HENAO
JAIME LEÓN CÁRDENAS CARMONA

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
MEDELLÍN
2008

FALLAS DE PERTINENCIA EN REMISIONES EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE
AFILIADOS A SUSALUD, ASIGNADOS A LAS IPS's DE COMFAMA

INVESTIGADORES:

MARTÍN ALBERTO BAENA HENAO
JAIME LEÓN CÁRDENAS CARMONA

TESIS DE GRADO

DR JUAN ESTEBAN VALENCIA ZAPATA
DIRECTOR DE EXTENSIÓN

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA

MEDELLÍN

2008

CONTENIDO

	Pág.
1. Resumen	5
2. Formulación del Problema	7
3. Justificación	8
4. Pregunta de investigación	9
5. Marco Teórico	10
6. Objetivos	22
7. Metodología	23
8. Tablas	24
9. Resultados	32
10. Discusión	33
11. Conclusiones	34
12. Referencias Bibliográficas	35

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Grafica # 1	24
Grafica # 2	24
Grafica # 3	25
Grafica # 4	26
Grafica # 5	27
Grafica # 6	27
Grafica # 7	28
Grafica # 8	29
Grafica # 9	30
Tabla # 1	25
Tabla # 2	26
Tabla # 3	28
Tabla # 4	29
Tabla # 5	30

RESUMEN

Introducción y objetivo: La generación de remisiones a especialistas por parte de los médicos generales se puede encontrarse falta de pertinencia por lo tanto se requiere la evaluación constante de dichas actividades con el fin racionalizar recursos que permitan el mejoramiento de la prestación del servicio en salud. El propósito de este estudio es determinar si los médicos generales del Centro de Integral de Salud de Bello de Comfama realizan adecuadamente las remisiones a las diferentes especialidades y si cumplen con todos los parámetros establecidos para una buena remisión. Materiales y métodos: Se evaluaron 308 historias clínicas realizadas entre los meses de junio de 2007 y junio de 2008 divididas en cuatro especialidades, Cirugía, Dermatología, Ginecología y Pediatría. Resultados: El 88.6% de las historias clínicas revisadas tenían una remisión pertinente y al realizar una revisión de la totalidad de las historias clínicas evaluadas, sin tener en cuenta que sean pertinentes o no se encontró que el 67.8% tenían anamnesis adecuada, el 65.1% tenían un examen físico adecuado con ayudas diagnósticas pertinentes el 80.1% El porcentaje de los diagnósticos adecuados encontrados en la totalidad de las historias clínicas fue del 87.3%. Conclusiones: Los médicos del Centro de Integral de Salud de Bello de Comfama realizan remisiones a especialista de forma pertinente y sus diagnósticos guardan concordancia con estas remisiones. A pesar del considerable porcentaje de anamnesis y exámenes físicos incompletos, los diagnósticos fueron considerados como pertinentes por los especialistas. Palabras claves: Pertinencia medica, Auditoria Clínica, Historia Clínica.

ABSTRACT

Introduction and Objectives: The generation of references to specialists on the part of the general doctors can be lack of relevancy therefore there is needed the constant evaluation of the above mentioned activities by the purpose to rationalize resources that allow the improvement of the service in health. The intention of this study is to determine if the general doctors of the Center of Integral of Health of Bello of Comfama realize adequately the references to the different specialities and if they expire with all the parameters established for a good reference. Materials and methods: 308 clinical histories were evaluated realized between June, 2007 and June, 2008 divided in four specialities, Surgery, Dermatology, Gynecology and Pediatrics. Results: 88.6 % of the clinical checked

histories had a pertinent reference and on having realized a review of the totality of the clinical evaluated histories, without bearing in mind that they are pertinent or one did not think that 67.8 % had anamnesis suitable, 65.1 % had a physical examination adapted with diagnostic pertinent helps 80.1 % The percentage of the suitable diagnoses found in the totality of the clinical histories was 87.3 %. Conclusions: The doctors of the Center of Integral of Health of Bello of Comfama realize references to specialist of pertinent form and his diagnoses guard conformity with these references. In spite of the considerable percentage of anamnesis and physical incomplete examinations, the diagnoses were considered to be like pertinent by the specialists. Key words: Relevancy medicates, Clinical Audit, Clinical History.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La generación de remisiones por parte de los médicos se encuentra viciada por la falta de pertinencia en frecuentes ocasiones debido a falta de actualización, desconocimiento de la Ley 100 y presión ejercida por parte de los usuarios o sus familias, entre otras causas.

Lo anterior se traduce en negaciones por parte de los auditores que generan insatisfacción de los usuarios, pues no entienden el proceso de Auditoría, ni comprenden el concepto de racionalización de los recursos, necesario para la sostenibilidad del sistema.

No hay criterios únicos para establecer la pertinencia de las remisiones. Los actores del Sistema, frecuentemente, no están de acuerdo acerca del objetivo de estas actividades y difieren en la valoración de su pertinencia.

Algunos auditores permiten la realización de estas actividades cayendo en un círculo vicioso de falta de pertinencia que termina afectando directamente el costo para las EPS's y los usuarios.

JUSTIFICACIÓN:

El proceso de Auditoría Médica es necesario para racionalizar los recursos con el fin de utilizarlos en actividades de mayor impacto sobre las poblaciones.

Se hace imprescindible para las EPS's e IPS's conocer el monto de dinero desperdiciado en actividades generadas por falta de pertinencia de los profesionales que atienden a sus usuarios. De este modo se podrían invertir dichos recursos en procesos necesarios y racionales, que permitan la sostenibilidad del sistema.

El conocimiento de los servicios ofrecidos es necesario para la generación de políticas en salud por parte de los integrantes del Sistema. Para lo anterior se requiere la evaluación constante de la pertinencia de dichas actividades. El sector salud, sus organizaciones y las instituciones de atención, requieren la valoración permanente, entre otros, de la pertinencia de sus servicios y los procedimientos que lo conforman, para la definición de políticas adecuadas y el planeamiento racional de sus acciones.

La equidad en el acceso universal a los servicios de salud y la atención oportuna e integral a los usuarios debe ser realizada mediante procesos técnicos y administrativos bien elaborados.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el grado de pertinencia en las remisiones generadas por los profesionales médicos asistenciales y autorizadas por los coordinadores médicos en las IPS's de Comfama?

MARCO TEÓRICO

La necesidad de enfrentar el incremento de la cobertura con recursos limitados y los costos elevados de la atención hace necesaria la búsqueda de herramientas de gestión que permitan la satisfacción del usuario, adecuando el modelo industrial en el sector salud donde la calidad de la prestación se mide mediante la diferencia que hay entre las expectativas del paciente y el servicio recibido.

Los cambios creados gracias a la globalización, los avances en la información y la competencia, los cuales no operan separadamente sino que están ligados a los cambios demográficos, desarrollo de la tecnología y sistemas de información al alcance de todos y sobre todo incrementando la demanda y expectativas de los usuarios, los métodos de evaluación de la calidad son fuente de permanente retroalimentación del sistema.

La auditoria continúa siendo ampliamente usada como estrategia para mejorar la práctica profesional. Parece lógico pensar que los profesionales de la salud podrían mejorar su desempeño si al recibir información sobre su propia práctica esta fuera inconsistente con la de sus pares o la de las pautas clínicas aceptadas. Sin embargo todavía no se ha encontrado suficiente consistencia sobre la efectividad de este instrumento.

La auditoria ha pasado a ser parte de la vida de los profesionales de la salud, la rapidez de su desarrollo ha creado confusión acerca de cómo puede ser instaurada y por sobretodo como puede otorgársele sostenibilidad.

Jamtvedt define la auditoria como " cualquier resumen del desempeño clínico de la asistencia sanitaria durante un período específico de tiempo" entregado en un formato escrito, electrónico o verbal.⁸

La auditoria clínica es un análisis de la calidad de la atención médica, la cual incluye los procedimientos diagnósticos y las decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos deben repercutir en la calidad de vida del paciente; es importante describir que lo anteriormente descrito no es posible sin que los participantes de la auditoria estén preparados para poder promover y ejecutar los cambios que la auditoria sugiere; además de promover y realizar los cambios sugeridos estos deben

demostrar las mejoras en la calidad y analizar el costo-efectividad de la atención brindada como consecuencia de la participación de la auditoría.

Como se ha descrito anteriormente el propósito principal de la auditoría es mejorar la atención al usuario, sin dejar a un lado la búsqueda de irregularidades tanto en el ámbito médico como en el administrativo y de esta forma proponer alternativas para un mejor funcionamiento sin dejar a un lado la función educativa que se debe implementar para de esta forma no caer en un círculo vicioso del cual nunca se saldrá.

La misión de la auditoría médica es garantizar las habilidades técnicas de los profesionales, permitir el uso eficiente de los recursos disponibles, y lograr la satisfacción del paciente en sus demandas y expectativas.

Continúa utilizándose ampliamente la auditoría como una estrategia para mejorar la práctica profesional. Sin embargo, no se observó que la auditoría fuera consistentemente efectiva según Grimshaw.⁷

El personal de salud en general tiene un concepto erróneo de la auditoría, pues la entienden como un proceso punitivo y no como una oportunidad de mejoramiento y racionalización de los recursos.

Grimshaw. Realizaron una revisión amplia de las estrategias de implementación de las guías y hallaron que la auditoría puede dar lugar a mejoras moderadas de la implementación de las guías cuando se compararon con ninguna intervención⁷.

Por el contrario, los estudios en los que se combinó la auditoría y la retroalimentación con reuniones educativas y materiales didácticos sólo encontraron un efecto pequeño sobre la práctica profesional.

Según Kanouse otro de los aspectos no evaluado es la motivación de los profesionales, factor contextual a tener en cuenta según algunos autores. Así pues, sería posible que los efectos de la Auditoría fueran mayores en el caso de que los profesionales sanitarios participaran activamente, con responsabilidades específicas y formales para implementar el cambio⁹.

La posición educativa de la auditoría se basa en el trabajo en pequeños grupos capaz de modificar actitudes mediante la revisión de la práctica, la formulación de estándares, la revisión bibliográfica permanente y actualizada, la puesta al día en técnicas diagnósticas y terapéuticas. Así mismo la auto evaluación, esto es el reflexión del rendimiento de uno mismo, se posibilita por la auditoría y ayuda a hacer la enseñanza más explícita.

La percepción de la auditoria como una acción fiscalizadora es una forma de retrasar el proceso de lo que una verdadera auditoria conlleva, también es vista 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 auditoria médica sea una manera útil de mejorar los estándares de la práctica, los médicos deben convencerse de su valor como herramienta educativa y como herramienta para una utilización con eficiencia y equidad de los recursos.

Jamtvedt realizó una revisión sistemática de 26 estudios de auditorias para mejorar el diagnóstico y las prácticas de atención preventiva en la atención primaria. Se clasificó la disponibilidad de información que ocurrió después o durante el desempeño esperado como retroalimentación, mientras que la facilitación de información que ocurrió antes del desempeño esperado recibió el nombre de recordatorio. Diez de los 26 estudios utilizaron diseños aleatorios, pero no se informó la calidad de los ensayos incluidos. Los autores llegaron a la conclusión que tanto la auditoria como los recordatorios pueden reducir el uso de pruebas de diagnóstico y mejorar la prestación de los servicios de atención preventiva. Sin embargo, también se informó que la forma en que la auditoria y los recordatorios funcionaron fue incierta, especialmente en el uso de las comparaciones de grupos por pares⁸.

Lembcke explica que la utilidad de la auditoria médica depende de que tenga su base en métodos científicos. Estos métodos deberían incluir el empleo de definiciones uniformes para clasificar diagnósticos y tratamientos, la comprobación de los procesos realizados con base a la documentación clínica, la medición de la calidad en función de criterios objetivos y su valoración en relación a hospitales "testigos"¹⁰.

Son fuentes de información de la Auditoría Médica la Historia clínica, los protocolos de diagnóstico y tratamiento, y los protocolos de exámenes de ayuda diagnóstica. La historia clínica es uno de los elementos fundamentales para el trabajo médico, y es la pieza clave en toda auditoría médica. La historia clínica es importante por cuanto contiene datos acerca de lo que se ha encontrado en un paciente, lo que se ha pensado y lo que se ha hecho por su atención.

Sin embargo los datos de la historia clínica pueden tener varios propósitos:

Es un instrumento para transmitir la información acerca de un paciente, permitiendo su conocimiento por varios especialistas, convirtiéndose en relato sobre la biografía médica del paciente. Un segundo propósito de la historia clínica es la investigación científica, sirviendo como elemento base para la colección de datos con respecto a diagnóstico, tratamiento, o procedimientos realizados. Se emplean además las historias clínicas en el campo administrativo, con muchos propósitos entre ellos el pago de servicios prestados. La historia clínica es un instrumento médico legal, especialmente en casos derivados del ejercicio inadecuado de la profesión.

Desde 1956 la auditoria médica ha andado mucho camino, especialmente en Estados Unidos donde auditoria médica, realizada por las Peer Review Organizations, es obligatoria para todos los centros que quieren ser concertados por Medicare, el programa federal que financia la atención sanitaria para mayores de 65 años. La auditoria también ha tenido un gran desarrollo en Canadá y en el Reino Unido, donde se consideró que las reformas de mercado emprendidas durante el último periodo de gobierno conservador debían ir acompañadas de una estrecha monitorización de la calidad asistencial.

El Sistema de Seguridad Social en Salud actual, hace que la medicina sea percibida por los usuarios y las Empresas Promotoras de Salud EPS como un instrumento comercial principalmente; esto despersionaliza la atención médica y la convierte en una relación comercial donde prima la oferta y la demanda de servicios donde el paciente se convierte en un simple cliente. Lo anterior tiene como consecuencia la falta de credibilidad y confianza de los usuarios en los profesionales de las áreas de la salud.

Desde el surgimiento de la Ley 100, los médicos se han visto expuestos a la medición de su desempeño profesional por variables de tipo meramente económico, como el rendimiento hora en su consulta programada, la cantidad de medicamentos que prescribe, el número de ayudas diagnósticas y remisiones que ordena, la buena calidad de sus múltiples registros, etc., todas ellas medidas de eficiencia; de esta forma, el tiempo que el médico dedica a la buena anamnesis, examen físico del paciente y a establecer una buena empatía con él, se utiliza en la realización de los registros que está obligado a diligenciar, y al cumplimiento de los estándares impuestos por la EPS para la que labora. Así, la ética y la humanidad de la atención y la calidad de la misma son vulneradas, lo que conlleva a riesgos innecesarios que hacen imprescindible la aparición de la Auditoría Médica como un instrumento que garantice la pertinencia y calidad de la atención de los usuarios.

Para algunas entidades la Auditoría Médica se debe manifestar como un proceso analítico a priori de un acto médico. Otros entendemos que es un sistema de evaluación retrospectiva, ejercido en forma sistemática y que, para esto, se cuenta con algunos medios de análisis que pueden orientar hacia la calificación de los procesos de atención³.

Es preciso hacer diferencia entre el sistema de análisis de calidad de atención médica, hechos que comprometen en una forma global a las personas que ejecutan procedimientos con el fin de hacer un diagnóstico o tratamiento mediante el uso apropiado de los recursos, con otro sistema que es el que efectúa una revisión sistemática y objetiva de la estructura del trabajo profesional y de la atención médica, es decir, la auditoría clínica. Es entendible que para poder ejercer este tipo de oficio, necesariamente se tiene que ser médico, quizás con características muy especiales².

Anteriormente, la evaluación médica fue definida, entre otras, como la revisión sistemática, objetiva y continua de la atención médica en general y del acto médico en particular, teniendo como base el análisis de los documentos que registran el sistema de atención³.

En nuestro medio, en 1975 en el Instituto de Seguros Sociales se creó la oficina de Evaluación médica y docencia que, diez años después, fue reemplazada por la oficina de evaluación de calidad. Este sistema de evaluación nació con el objetivo de salvaguardar al enfermo, a la vez que propendía por la práctica de una medicina mejor para una vida mejor³.

El sistema de evaluación médica debe cumplir entre otros los siguientes objetivos:

Conocer la calidad de los servicios y valorar los factores que inciden sobre la buena marcha de los mismos.

Analizar el trabajo médico en sus diferentes áreas, con el propósito de conseguir el más alto nivel de eficiencia en la atención prestada.

Establecer los criterios para programar la capacitación científica.

Estimular el conocimiento y buenas relaciones entre los profesionales de la salud.

Dar cumplimiento a las disposiciones legales³.

La Auditoria Médica debe regirse, como toda atención en salud, por los principios éticos básicos: Principio de respeto por las personas, principio de beneficencia y principio de justicia. Estos profesionales, si bien deben preocuparse por la estabilidad económica de la EPS contratante, deben principalmente garantizar la atención ética y equitativa de los pacientes, donde prime el concepto de pertinencia:

Pertinencia médica: "...medida en que la atención médica se corresponde con las necesidades del paciente, es decir, adecuado como sinónimo de correcto, conveniente y necesario para la patología concreta que es atendida".

Remisión: "es transferir la atención en salud de un usuario, a otro profesional, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo"

Con el fin de aclarar las características de la Auditoría Médica, según la legislación colombiana, resulta pertinente señalar algunos apartes de una comunicación de la Superintendencia Nacional de Salud, del Ministerio de Salud de la República de Colombia, emitida por la Dirección General de Control del Sistema de Salud. En primer lugar cita el artículo 15 del Decreto 2174 de 1996, que estipula lo siguiente:

"En cumplimiento de las actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud, y hasta tanto se reglamente el ejercicio de la Auditoría Médica, los profesionales que ejercen esta disciplina podrán aplicar las técnicas de auditoría de aceptación común".

Los papeles de trabajo generados durante las labores de auditoría, hacen parte de los informes de calidad y deberán ser presentados cuando así lo requieran las autoridades competentes, en el curso de las investigaciones y las acciones de Vigilancia y Control.

La mencionada comunicación añade: "Al respecto de este tema y de acuerdo a lo anterior, esta Dirección considera que las entidades administradoras pueden elaborar y seguir procedimientos y técnicas de Auditoría generalmente aceptadas, pero estas siempre deben hacerse con el fin de evaluar la atención brindada a los pacientes y desarrollar procesos de mejoramiento".

Así mismo, señala que: "En lo que respecta a la pertinencia del manejo y tratamiento ordenado, esta Dirección considera que los Auditores Médicos deben respetar el criterio de los médicos tratantes que están prestando sus servicios asistenciales de una forma directa al paciente y que ordenan sus manejos de acuerdo a sus conocimientos científicos, su experiencia, las guías o protocolos de manejo adoptados por la institución, las condiciones clínicas del paciente, entre otros factores. Estas discusiones son del acto médico como tal y las discrepancias que se generen entre colegas deben ser dirimidas por la Federación Médica Colombiana de conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la Ley 23 de 1981 y no ser estos motivos para glosar las cuentas".

Tafur explica que la ley 100 de 1993 establece como principio básico la calidad en la prestación de servicios y la define como: "conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención a la salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludable y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados"¹⁴.

Gómez explica que el conjunto de las organizaciones y las instituciones de atención, requieren una valoración permanente, tanto de la pertinencia de sus servicios como de los procedimientos que lo conforman⁶; de esta forma poder establecer políticas adecuadas generando acciones racionales; lo mas importante es que estas acciones adoptadas deben mejorar la calidad en la atención pero fundamentalmente estas deben ser medibles y verificables para constatar que las políticas creadas si generaron la acción esperada; al termino de esta verificación y medición debe ser posible volver a valorar la pertinencia de los servicios y sus procedimientos creando así un ciclo de mejoramiento constante en la calidad de la atención; esto se vera también reflejado en los costos tanto para el paciente como para las instituciones en general.

Para Galarza el concepto de remisión de pacientes es un mecanismo que organiza y orienta el envío de pacientes para recibir la atención médica requerida de acuerdo con la gravedad de su enfermedad; una vez recuperado el paciente, regresaba al médico tratante original con indicaciones claras de diagnóstico definitivo, tratamiento realizado y medidas a seguir⁵.

Lo expresado por Galarza es el verdadera función de las remisiones por lo cual es tan importante realizarlas adecuadamente ya que en la práctica médica diaria es común el hecho de que por petición expresa del paciente o sus familiares, el médico incurra en la generación de ayudas diagnósticas o remisiones no justificadas y por lo tanto no pertinentes. Esto genera la negación de dichos servicios por los médicos auditores, decisión que es traducida por los pacientes como negligencia, que el auditor sólo está preocupado por los costos que representan dichos servicios para la EPS, y que se les está negando un derecho adquirido al afiliarse al sistema.

Robinson dice que en los últimos años se han incrementado notablemente el número de pruebas de laboratorio solicitadas en la práctica médica. Han sido diferentes las causas que han motivado este considerable aumento: mayor monitorización de los pacientes, screenings, aparición de nuevos test, mayor demanda por los usuarios, práctica de la medicina defensiva, entre otras¹³.

Connelly manifiesta que un importante número de pruebas solicitadas son inapropiadas, basándose en la variación del número de pruebas solicitadas por diferentes médicos en pacientes con la misma patología y de similares características¹.

Lo anteriormente descrito es una realidad y lo vemos en el día a día en nuestro medio y es en estos casos donde la auditoria medica entra ha realizar su papel de principal, auditar si la realización de estas pruebas son realmente pertinentes o son por lo contrario practica defensiva como dice Robinson. El incremento de las pruebas de laboratorio puede tener varias causas; entre las que tenemos la falta de protocolos para la solicitud de pruebas, la falta de capacitación por parte de las instituciones a los profesionales acerca de estos protocolos cuando las instituciones los tienen; otra causa del incremento

de estas, son los seguimientos de las diferentes patologías por parte de las investigaciones.

Stafford explica que para controlar los costos, sin reducir el acceso o disminuir la calidad de la atención, debe conocerse previamente la pertinencia y la efectividad de las drogas, las pruebas y los procedimientos, así como la manera en que la atención es suministrada por las instituciones y el personal de salud¹³.

El costo de la no calidad se traduce no sólo en insatisfacción sino también en la utilización excesiva de recursos. Conlleva a repetición de tareas con la duplicación de insumos, que pueden ser materiales o de recursos humanos y todos ellos tienen una valoración económica. En la atención de servicios de salud, no utilizar racional y eficientemente los recursos, implica que se pueden dejar de atender otras necesidades, y las satisfechas podrían haberse hecho a un costo menor. Dentro de la filosofía de la calidad total, los recursos humanos, sus conductas, aptitudes y actitudes tienen incidencia en los procesos

Franks encontro que los porcentajes en que los médicos generales, del nivel primario de atención, remiten pacientes a especialistas varían considerablemente, no solo entre regiones sino también dentro de áreas definidas. Diferencias en las tasas de remisión también han sido identificadas entre médicos del mismo nivel de atención⁴.

Nuevamente encontramos que la auditoria medica no solo es un mecanismo de verificación sino que también es un mecanismo educativo el cual no es muy empleado entre las instituciones, como Franks explica la variación en las remisiones cambian no solo entre regiones sino también entre áreas específicas, esto tiene una explicación netamente educativa por parte de las instituciones, las cuales no exponen los resultados de sus auditorias a los médicos generando así en ellos una ignorancia acerca del protocolo de remisiones que debió crearse después de comprobar la acción de la auditoria⁴.

Lipman argumenta que estas variaciones son relevantes debido a los costos generados y sus implicaciones en la calidad y cantidad de la atención prestada en salud, siendo motivo de controversia entre gobiernos, administradores de la salud y médicos, estos últimos reciben una fuerte presión para reducir el número de remisiones y por lo tanto los costos implícitos en los servicios prestados¹¹.

Por otra parte, el ofrecimiento de incentivos económicos a los profesionales debe ser entendido como un estímulo generado por las EPS' para quienes demuestren un mayor grado de pertinencia médica, y no como en algunos casos, una bonificación para quienes generan actividades médicas limitadas basándose simplemente en la contención del costo, sin tener en cuenta la necesidad real del usuario.

La función de la auditoría clínica es proporcionar herramientas para la creación de políticas adecuadas con las cuales esta controversia generada a causa de los costos generados por las altas remisiones y calidad de atención sea superada. Debe realizarse una estrategia en donde los costos no sean excesivamente altos pero la calidad en la atención si lo sea.

Coulter propone implementar estrategias para optimizar la demanda de las remisiones a especialistas, generadas por médicos generales de atención primaria en salud¹⁸, entre las cuales tenemos:

Crear la retroalimentación periódica de las tasas de remisión a cada uno de los médicos y diseñar de guías o protocolos de atención integral, dirigidos a estandarizar los procesos de atención en salud².

Coulter indica que los criterios para remitir son difíciles de medir y los datos rutinarios no permiten obtener claras respuestas. Médicos, especialistas y pacientes, a menudo, no están de acuerdo acerca del propósito de las remisiones y difieren en la valoración de su

pertinencia. A pesar de que se presume que los médicos generales con tasas altas de remisión tienden a remitir innecesariamente, estudios que compararon las remisiones de médicos con tasas altas y bajas no la confirmaron por ahora².

El hecho que existan médicos con altas tasas de remisión no significa que estos remitan innecesariamente, pueden existir causas diferentes como son las de tipo geográfico, de contexto social, entre otras.

Recientemente se ha discutido si la remisión debe basarse en el costo-efectividad de esta y cual es la forma más apropiada para que tales tratamientos sean ofrecidos. Esto debe ser una prioridad para las comisiones y estudios de revisión de eficacia de opciones terapéuticas para entidades mas comúnmente remitidas a los especialistas¹⁸.

Intentos de modificar el comportamiento de remisión usualmente han reposado en el desarrollo de guías clínicas diseñadas para colaborar en la toma de decisión acerca de cuando esta es pertinente. Existe buena evidencia de que las guías pueden ayudar a cambiar el comportamiento clínico, pero se sabe que tienen un impacto real sobre las prácticas sólo si son apoyadas por responsables directos de su implementación¹⁹.

Si bien es cierto que los protocolos diseñados a partir de la experiencia clínica ayudan a contener los costos, se deben entender simplemente como guías de atención y no pueden limitar la libertad del médico en su práctica diaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Indicar las remisiones pertinentes que cumplieron con los pasos establecidos para la realización de una historia clínica completa
2. Evaluar las historias clínicas con anamnesis adecuada para la elaboración de una historia clínica completa
3. Establecer la relación entre las historias clínicas con examen físico adecuado respecto a la ayuda diagnóstica suficiente, ayuda diagnóstica pertinente y el diagnóstico pertinente
4. Comprobar la correlación entre las historias clínicas con ayudas diagnósticas suficientes y las ayudas diagnósticas pertinentes
5. Demostrar la relación existente entre las historias clínicas con Diagnóstico pertinente y las ayudas diagnósticas suficiente

DISEÑO METODOLOGICO PRELIMINAR

TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal en dos grupos de médicos (asistenciales y auditores), que laboran en las IPS's de Comfama.

POBLACIÓN DE REFERENCIA

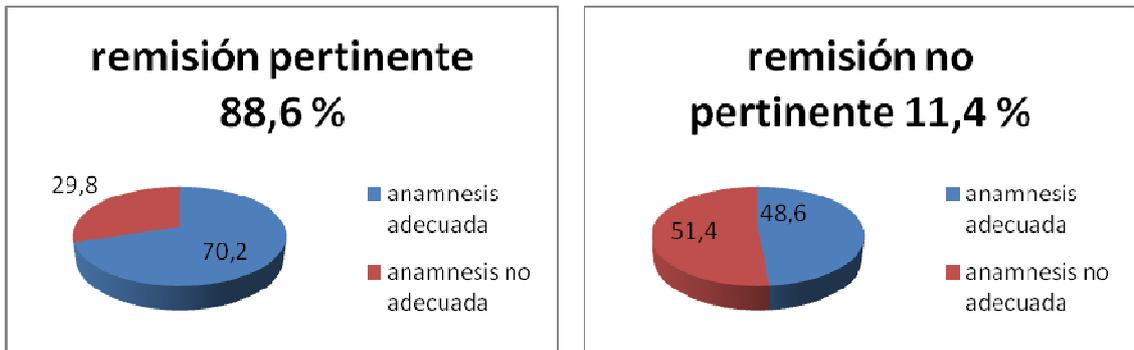
Los médicos asistenciales y auditores del primer nivel de atención en salud, que atienden usuarios afiliados a Susalud asignados a IPS's de Comfama.

VARIABLES PRELIMINARES

NOMBRE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y ESCALA	CÓDIGO	OBJETIVOS
ANAMNESIS ADECUADA Y SUFICIENTE	adecuada/ suficiente	Cualitativa / Nominal	1: 1 2: 2	1-2
EXAMEN FISICO ADECUADO Y SUFICIENTE	adecuada/ suficiente	Cualitativa / Nominal	1: 1 2: 2	1-2-3
AYUDAS DIAGNOSTICAS SUFICIENTES	Si/ No	Cualitativa / Nominal	1: 1 2: 2	1-2-3-4
AYUDA DIAGNOSTICA PERTINENTE	Si/ No	Cualitativa / Nominal	1: 1 2: 2	1-2-3-4
DIAGNOSTICO PERTINENTE	Si/ No	Cualitativa / Nominal	1: 1 2: 2	1-2-3-4-5
REMISION PERTINENTE	Si/ No	Cualitativa / Nominal	1: 1 2: 2	1

Grafico # 1

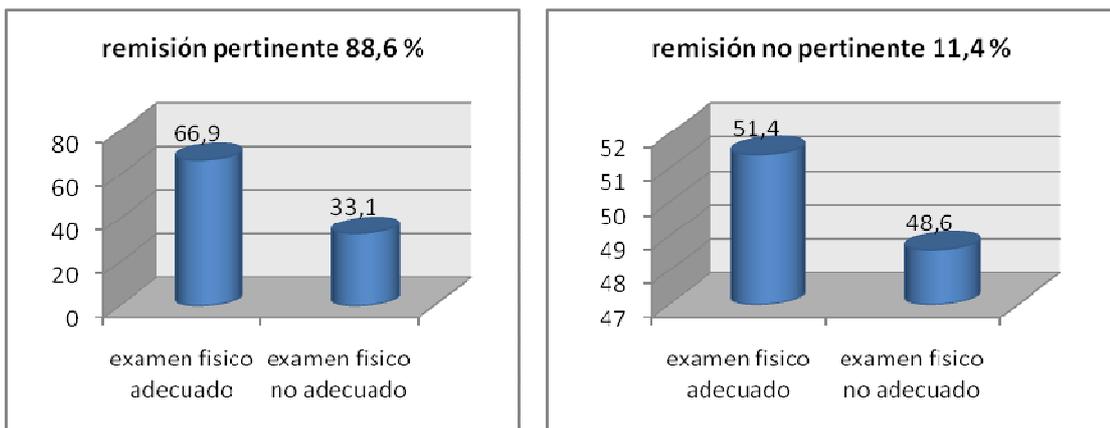
Distribución según remisión y anamnesis



De la totalidad de las historias clínicas el 88.6 % tenían remisión adecuada. De éstas, el 70.2% tuvieron anamnesis adecuada y el porcentaje restante tuvieron un interrogatorio insuficiente. Sólo el 11.4% de la totalidad de las historias clínicas evaluadas fueron consideradas con remisión no pertinente. De éstas, sólo la mitad los usuarios fueron adecuadamente interrogados.

Grafico # 2

Distribución según remisión y examen físico



De la totalidad de las remisiones consideradas como pertinentes, las dos terceras partes tenían un examen físico adecuado. El porcentaje restante fueron insuficientemente

examinados. Sólo la mitad de los pacientes de las historias clínicas consideradas como de remisión no pertinente, fueron adecuadamente examinados.

Tabla # 1

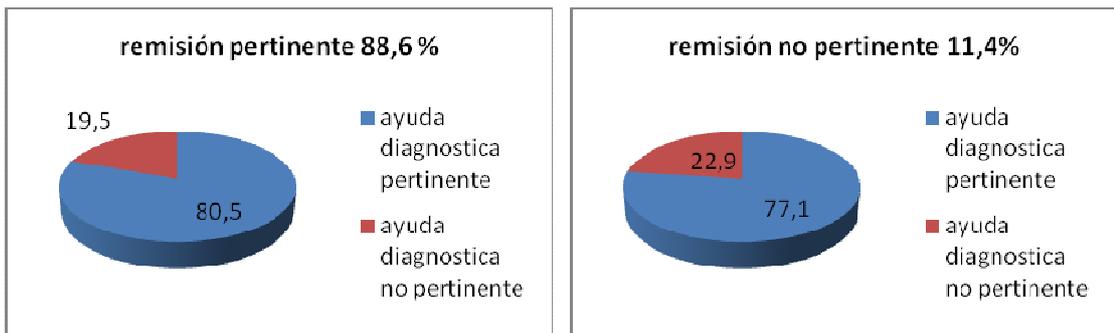
Distribución según remisión y ayuda diagnóstica suficiente

	Remisión pertinente	Remisión no pertinente
Ayuda diagnóstica suficiente	71%	80%
Ayuda diagnóstica No suficiente	29%	20%
Total	88.6 %	11.4 %

Sólo el 71% de las remisiones consideradas como pertinentes tuvieron ayudas diagnósticas suficientes; y a pesar que el 11.4% de las historias evaluadas fueron consideradas con remisiones no pertinentes, a la mayoría (80%) se les realizaron estudios suficientes.

Grafica # 3

Distribución según remisión y ayuda diagnóstica pertinente

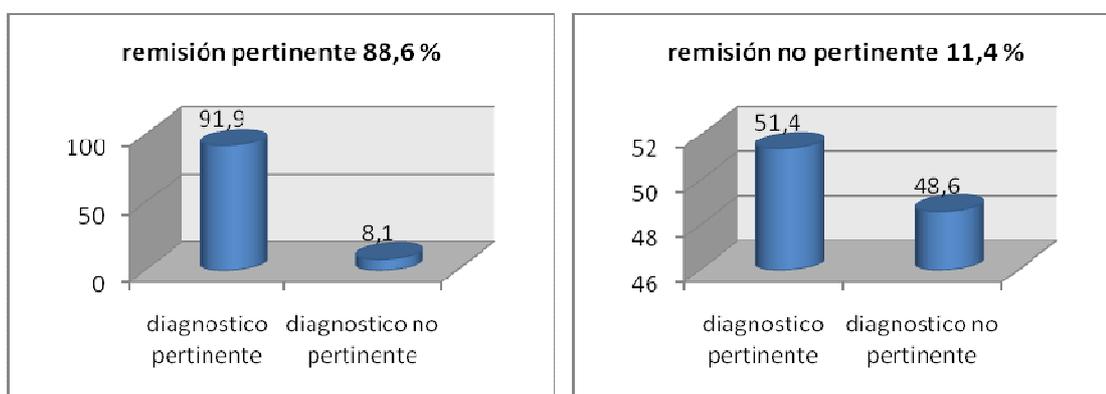


De las historias clínicas con remisión pertinente, la mayoría (80.5%) tuvieron ayudas diagnósticas pertinentes. Para la quinta parte de las mismas, no hubo pertinencia en las ayudas diagnósticas solicitadas. Llama la atención que del 11.4% de historias calificadas

como de remisión no pertinente, el 77.1% tuvo ayudas diagnósticas pertinentes. Algo más de la cuarta parte de los mismos tuvo ayudas diagnósticas no pertinentes.

Grafica # 4

Distribución según remisión y diagnostico pertinente



Hay congruencia entre el porcentaje de historias clínicas consideradas como de remisión pertinente y un diagnóstico adecuado, mientras que la mitad de las historias clínicas calificadas como de remisión no pertinente tuvieron falla en el diagnóstico.

Tabla # 2

Distribución según anamnesis y examen fisico

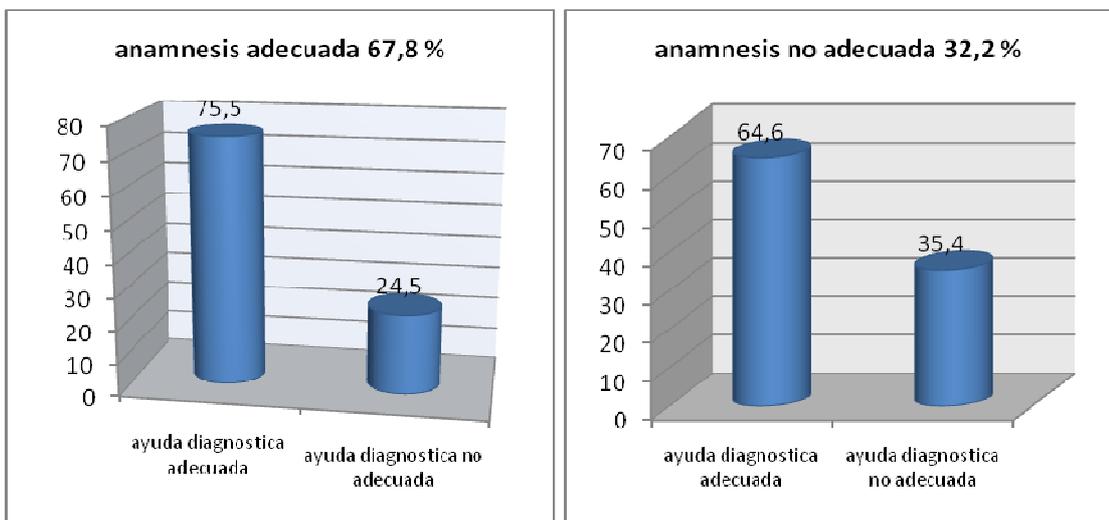
	Examen físico adecuado	Examen físico no adecuado	Total
Anamnesis adecuada	79,3	20,7	67,8
Anamnesis no adecuada	35,4	64,6	32,2

Del total de la muestra, las historias clínicas con anamnesis adecuadas fueron sólo el 67.8%. De éstas, la quinta parte tuvo un examen físico inadecuado. El 32.2% del

total de las historias calificadas tuvo una anamnesis insuficiente, y la mayoría de éstas (64.6%) tuvieron un examen físico calificado como deficiente.

Grafica # 5

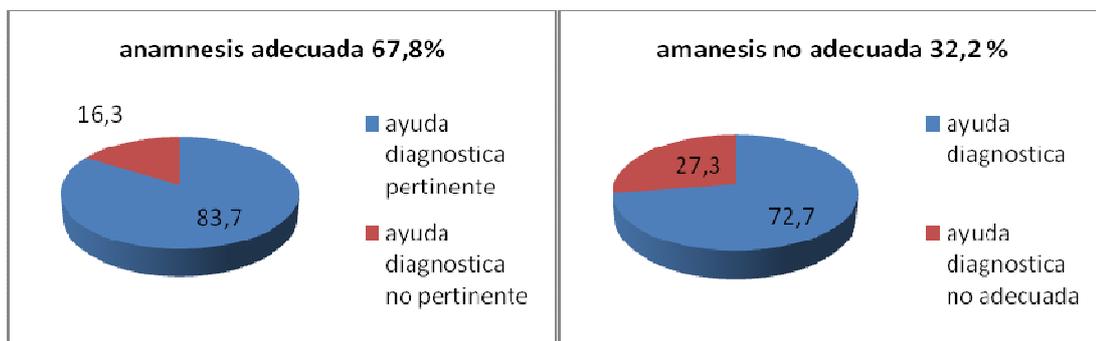
Distribución según anamnesis y ayuda diagnóstica



De las historias clínicas con anamnesis adecuada (67.8%), casi tres cuartas partes tenían ayudas diagnósticas suficientes. De las historias clínicas con anamnesis inadecuada, algo más de la tercera parte tuvo ayudas diagnósticas insuficientes.

Grafica # 6

Distribución según anamnesis y ayuda diagnóstica



De las historias clínicas con anamnesis adecuada (67.8%), la mayoría (83.7%) tuvo ayudas diagnósticas pertinentes. A pesar de que el 32.2% de las historias clínicas fueron consideradas como de anamnesis inadecuada, sólo el 27.3% tuvo ayudas diagnósticas no pertinentes.

Tabla #3

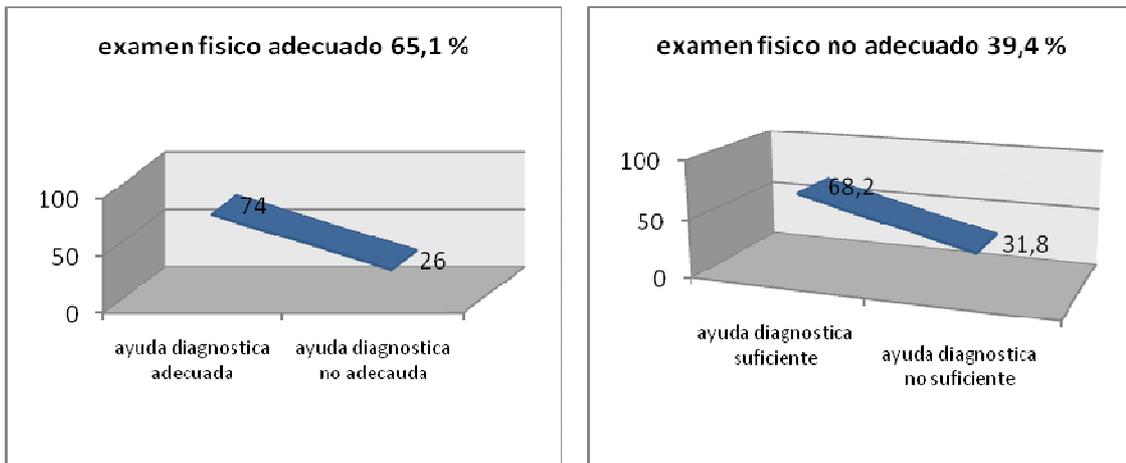
Distribución según anamnesis y diagnostico

	Diagnostico adecuado	diagnostico no adecuado	Total
Anamnesis adecuada	93,3	6,7	67,8
Anamnesis no adecuada	74,7	25,3	32,2

Existe una correlación clara entre las historias clínicas con anamnesis adecuada (67.8% del total de la muestra) y los diagnósticos considerados como pertinentes entre las mismas (93.3%), y en sólo 6.7% de ellas hubo error diagnóstico. A pesar de que el 32.2% de las historias clínicas fueron consideradas como de anamnesis inadecuada, sólo la cuarta parte de las mismas tenía error en el diagnóstico.

Gráfica # 7

Distribución según examen físico y ayuda diagnóstica



De los usuarios que fueron bien examinados en concepto de los especialistas, las tres cuartas partes tenían ayudas diagnósticas pertinentes, y en el resto se encontraron fallas de pertinencia. De las historias clínicas con examen físico inadecuado (34.9%), casi la tercera parte presentó estudios insuficientes.

Tabla # 4

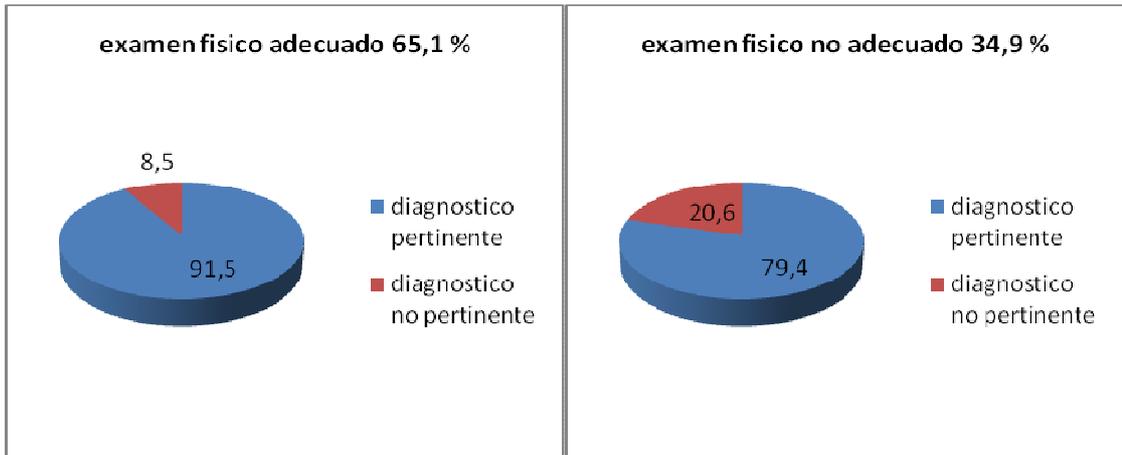
Distribución según examen físico y ayuda diagnostica

	Ayuda diagnostico suficiente	Ayuda diagnostico no suficiente	Total
Examen físico adecuado	80,5	19,5	65,1
Examen físico no adecuado	79,4	20,6	34,9

La mayor parte de las historias clínicas con examen físico adecuado (65.1%) tuvieron ayudas diagnósticas suficientes (80.5%), y a la quinta parte le faltaron estudios. De los pacientes con examen físico inadecuado (34.9%), a la quinta parte le faltaron estudios.

Grafica # 8

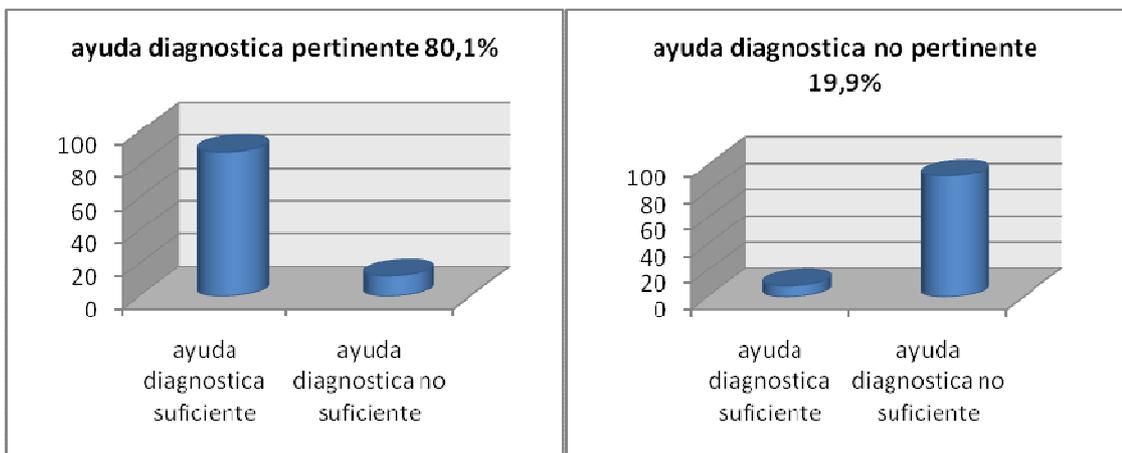
Distribución según examen físico y ayuda diagnostica



Existe correlación clara entre los usuarios bien examinados y un diagnóstico pertinente (91.5%). De las historias clínicas con examen físico considerado inadecuado (34.9%), a la quinta parte se le hizo un diagnóstico no pertinente.

Grafica # 9

Distribución según ayuda diagnostica pertinente y ayuda diagnostica suficiente



La mayoría de las historias clínicas tuvieron ayudas diagnósticas pertinentes (80.1%), y de éstas, el 87.8% se consideraron a la vez, suficientes. El 19.9% de las historias tuvieron ayudas diagnósticas no pertinentes, y de éstas, la gran mayoría (91.8%) fueron además insuficientes, encontrándose relación directa.

Tabla # 5

Distribución según diagnóstico pertinente y ayuda diagnóstica suficiente

	diagnostico pertinente	diagnostico pertinente
Ayuda diagnostica suficiente	73,1	64,1
Ayuda diagnostica No suficiente	26,9	35,9
Total	87,3	12,7

De las historias clínicas con diagnóstico pertinente (87.3%), casi las tres cuartas partes tuvieron además ayudas diagnósticas suficientes. En las historias clínicas en las que hubo falla en cuanto a pertinencia de diagnóstico (12.7%), más de la tercera parte (35.9%) tuvieron ayudas diagnósticas insuficientes.

RESULTADOS

Se evaluaron 308 historias clínicas del CIS de Bello de Comfama de usuarios atendidos entre los meses de junio de 2006 y junio de 2007 divididas en cuatro especialidades, cirugía general, dermatología, pediatría y ginecología.

En este estudio a cada una de las especialidades se le realizó un aplicativo que constaba de nueve preguntas las cuales fueron contestadas por los especialistas de cada área; estas preguntas estaban relacionadas con la remisión pertinente a la especialidad y la elaboración completa de la historia clínica

A partir de este aplicativo se recolectó toda la información que los especialistas ofrecieron, al realizar la depuración de los datos, y la elaboración de resultados, se encontró que:

El 88.6% de las historias clínicas revisadas tenían una remisión pertinente, de este porcentaje de historias el 70.2% fueron realizadas con una anamnesis adecuada, el 66.9% presentaron un examen físico adecuado, el 71% ayuda diagnósticas suficientes, el 80.5% ayudas diagnósticas pertinentes y que el 91.9% tenían una diagnóstico adecuado.

Al realizar una revisión de la totalidad de las historias clínicas evaluadas, sin tener en cuenta que sean pertinentes o no, se encontró que el 67.8% tenían anamnesis adecuada, y de éstas, el 79.3% tenían un examen físico adecuado, el 75.5% ayuda diagnóstica suficiente, el 83.7% ayuda diagnóstica pertinente, y el 93.3% un diagnóstico adecuado.

Al realizar una revisión de la totalidad de las historias clínicas evaluadas, sin tener en cuenta que sean pertinentes o no, se halló que el 65.1% tenían un examen físico adecuado, y de éstas, el 74.1% tenían ayudas diagnósticas suficientes, 80.5% ayudas diagnósticas pertinentes, y el 91.5 un diagnóstico adecuado.

Al realizar una revisión de la totalidad de las historias clínicas evaluadas, sin tener en cuenta que sean pertinentes o no, se encontraron con ayudas diagnósticas pertinentes el 80.1%; y de éstas, el 87.8% se consideraron ayudas diagnósticas suficientes.

El porcentaje de los diagnósticos adecuados encontrados en la totalidad de las historias clínicas fue del 87.3%.

DISCUSION

Las variables analizadas en el estudio arrojan datos bastante interesantes; encontramos que el grado de pertinencia en las remisiones es bastante alto pero al examinar los datos de los diferentes pasos para la elaboración de la historia clínica hallamos varias inconformidades:

Variable “anamnesis”: Al evaluar sólo las historias clínicas en las que se consideró que la remisión era pertinente, se encontró un dato de 70.2% de anamnesis adecuada. Cuando se evalúa esta variable de forma separada, nos damos cuenta que desciende a un 67.8%. Lo anterior indica que la tercera parte de los usuarios no está siendo interrogado de forma adecuada o completa. Si tenemos en cuenta que la anamnesis orienta el 90% del diagnóstico, nos encontramos ante un panorama preocupante.

Variable “examen físico”: Esta variable se comporta de una forma estable cuando se evalúa en conjunto y por separado; sin embargo, los resultados indican que la tercera parte de los usuarios no están siendo examinados de forma adecuada. Se conoce que el examen físico es importante para apoyar la impresión diagnóstica que se tiene del paciente a partir de la anamnesis, y que se debe hacer énfasis en el examen del órgano blanco.

Variable “ayudas diagnósticas”: El apoyo diagnóstico es importante para confirmar la impresión diagnóstica que parte de la anamnesis y del examen físico, cuando se tiene dudas al respecto, o cuando el apoyo es indispensable para la continuidad de la atención en cuanto a conducta a seguir se refiere. En el presente estudio se observó que sólo una quinta parte de las ayudas diagnósticas solicitadas fueron consideradas como no pertinentes. Al evaluar las que se consideraron como adecuadas, se encontró que fueron suficientes en casi su totalidad (87.8%), lo que indica que a los usuarios se les realizaron los estudios necesarios para el apoyo diagnóstico, y que hubo racionalización en el uso del recurso.

Variable “Diagnóstico”: Se encontró que en la mayoría de las historias clínicas evaluadas, el diagnóstico fue apropiado en un porcentaje significativamente mayor al esperado según los resultados de las demás variables. Esta variable entonces, no guarda una correlación proporcional en dicho sentido.

CONCLUSIONES

Los médicos del Centro Integral de Salud de Bello de Comfama realizan remisiones a especialista de forma pertinente y sus diagnósticos guardan concordancia con estas remisiones.

A pesar del considerable porcentaje de anamnesis y exámenes físicos incompletos (pilares sólidos considerados indispensables para definir el diagnóstico), los diagnósticos fueron considerados como pertinentes por los especialistas. Estos hallazgos sugieren una pericia adecuada de los médicos generales evaluados, pero a su vez, un subregistro en las historias clínicas. Lo anterior podría explicarse por el límite corto de tiempo asignado para cada consulta (20 minutos), o a otras razones como la importancia particular asignada por cada médico a estos registros, etc. No se piensa en que los parámetros que componen la historia clínica tengan un menor valor para establecer diagnósticos y conductas adecuadas, pues su relevancia está suficientemente demostrada en la literatura, por lo cual no son cuestionables.

También llama la atención lo adecuado de las ayudas diagnósticas en cuanto a pertinencia y suficiencia, que podrían verse también afectadas por los dos primeros parámetros evaluados (anamnesis y examen físico). Los hallazgos sugieren un uso racional de los recursos, así como un subregistro por parte de los profesionales médicos generales.

BIBLIOGRAFIA

1. Connelly D, Steele MD Laboratory Utilization. Arch Pathol Lab Med 1980; 104: 59-62.
2. Coulter A. Managing demand at the interface between primary and secondary care. BMJ 1998; 316: 1974-6.
3. Colombia. Ministerio de Salud. La seguridad Social Integral Ley 100 de Diciembre de 1993. Santafé de Bogotá; 1993, p. 78.
4. Franks P, Clancy C. Getting revisited-protecting patients from overtreatment. N Engl J Med 1992; 327 (6): 424-9.
5. Galarza M. Remisión de pacientes. Serie manuales para el desarrollo de la salud. CEPADS-FES-UNIVALLE. Unidad Regional de Salud de Santiago de Cali; 1983.
6. Gomez O, Carrasquilla G. Factors associated with unjustified cesarian. Section in four hospitals in Cali, Colombia. Int J Qual Health Care 1999; 11(5): 385-9
7. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L. Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. Med Care 2001;39 (supplement 2): II-2 II-45
8. Jamtvedt G. Efectos de la auditoria y la retroalimentación en la práctica profesional y las medidas de resultado de atención sanitaria. La Biblioteca Cochrane Plus, issue 2, 2008.
9. Kanouse DE, Jacoby I. When does information change practitioners behavior? Int J Technol Assess Health Care. 1998; 4:27-33.
10. Lembcke PA. Medical auditing by Scientific methods. JAMA 1956; 162:646-55.
11. Lipman D. appropriateness of referrals to hospital-letters. BMJ 1994; 309:1233.
12. Robinson A. Rationale for cost-effective laboratory medicine. Clin Microbiol Rev 1994; 7:185-99.
13. Stafford R. alternatives strategies for controlling rising cesarean section rates. JAMA 1990; 263(5): 683-7.
14. Tafur L. La salud en el sistema general de seguridad social –Ley 100 de 1993. Santiago de Cali: Centro Editorial Catorce; 1999.

