AUDITORIA MEDICO-CLINICA: EVOLUCION, DESARROLLO Y CONCEPTOS DE UNA DISCIPLINA EN PLENO CRECIMIENTO.

ARLEX URIEL PALACIOS BARAHONA
JOSE MANUEL BARROS SUAREZ
ANGELICA MARIA LLANO HOYOS

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA AUDITORIA MEDICO- CLÍNICA EN EL MUNDO:

La revisión de la literatura científica relacionados con los comienzos de la Auditoria en el mundo no es muy abundante y los primeros datos siempre hacen referencia al código de Hammurabi, en Babilonia, en los años de 1790-1750 A.C., el cual, aunque no hace una referencia directa a la Auditoria, si hace referencia a una serie de leyes y normas por medio de las cuales se pretendían unificar criterios de sanción ante hechos y conductas en contra de las buenas costumbres vigentes en ese entonces, evitando de esta manera que cada quien tomase la justicia por sus manos pues "sin ley escrita que los jueces hubieran de aplicar obligatoriamente, era fácil que cada uno actuase como mas le conviniera".

Sin embargo, este código fue sistematizado de una manera simple y las leyes y normas se suceden en relación con los acontecimientos, enumerándose posibles casos y lo que se debía hacer, obrándose en consecuencia. La gran mayoría de los castigos son de sanción pecuniaria, aunque también existen penas de mutilaron e incluso la pena de muerte, aplicándose entonces la Ley del Talión, o sea, aplicando al agresor lo mismo que el le hizo a su victima y como dato curioso, siempre teniendo muy en cuenta la categoría social y cultural del agresor, dejando ver una marcada discriminación de tipo social. (1)

Se puede entonces deducir de dicho código, que a quienes correspondían las labores de aplicar las sanciones, debían entonces estudiar el caso y hacer una relación con dicho código y sus normas, para así poder tomar las determinaciones pertinentes a la pena impuesta, las cuales son las bases iniciales del proceso de Auditoria.

Mas tarde, encontramos algunas referencias, ya propiamente en el campo medico, en la antigua Grecia, en los escritos de Hipócrates de Cos, (460-377 AC) relacionados con el

tema. Este famoso medico, quien es considerado el padre de la medicina, consiguió darle al arte una connotación científica y estableció la observación clínica como base de la terapéutica, “a determinada enfermedad deben suministrarse tales medicamentos”, dando comienzo entonces a la explicación de las enfermedades basadas en desequilibrios biológicos.

Los conceptos por los cuales Hipócrates se regia, hacen parte del juramento Hipocrático, documento que es leído cuando el profesional de la Medicina asume sus funciones en los actos de graduación y que marcan el ejercicio ético en el desarrollo de sus funciones ante la sociedad en general y ante si mismo.

En el siglo XIX (1854) tiene lugar otro hecho importante, esta vez en Turquía, en los hospitales de Scurati, en la Guerra de Crimea, cuando Inglaterra y Francia apoyan a Turquía en su conflicto con Rusia, cuando en los hospitales Británicos se presento un relevante aumento de la mortalidad por sepsis entre los enfermos, encargándole el Reino Unido a la enfermera Florence Nightingale y a su equipo la investigación de las posibles causas. Relata entonces la enfermera las deficientes condiciones de asepsia imperantes en estos hospitales, y haciendo entonces recomendaciones muy puntuales, las cuales eran producto de la observación las cuales en un corto plazo logro reducir la mortalidad de un 40% a un 2% con las considerables ganancias en costo beneficio y en vidas humanas. (1)

Este si es un gran ejemplo, para el momento, de una auditoria en el campo de la salud, que contempla los principios de la actual normatividad en su manejo y basados en la observación y análisis de los casos.

La revolución de la enseñanza en la medicina a inicios del siglo XX, deviene igualmente de una valoración de la calidad de la atención cuando en el año de 1910, el trascendente informe del Dr. A. Flexner (2), en un reporte realizado con el apoyo de la Fundación Carnegie, presento la propuesta de introducir cambios en las Escuelas y Facultades de Medicina y en las instituciones hospitalarias de los Estados Unidos de Norteamérica, las cuales en su época se encontraban integradas en su mayoría por médicos que tenían una deficiente preparación académica y técnica, resaltando en su informe que en el periodo que data entre 1900 y 1909, alrededor de una 165 Escuelas y Facultades de Medicina

producían cerca de 5.200 médicos al año, exponiendo que en su gran mayoría ni siquiera habían logrado terminar la enseñanza secundaria antes de continuar por cerca de dos a dos años y medio los cursos de preparación medica, los cuales en su mayoría consistían en una gran parte de conferencias y un repaso para los exámenes, con una parte practica de laboratorio muy escasa o nula y una labor clínica que escasamente merecía ser llamada como tal. En este informe el Dr. Flexner textualmente dice que observo "hospitales miserables, trampas mortales sin equipos suficientes para hacer un examen clínico ordinario". (3)

En 1912 el Congreso Clínico de Cirujanos conformo una comisión conjunta para realizar la acreditación de los hospitales y clínicas, colocando especial énfasis, en aquella época, en el perfeccionamiento de las historias clínicas. Tomando como base el informe del Dr. A. Flexner, las instituciones hospitalarias abogaron por un cumplimiento de sus recomendaciones y sugerencias. Esto dio lugar a que se establecieran estándares mínimos para la profesión y a que la enseñanza medica fuera solo patrimonio de las universidades. Entre estas instituciones se encontraban el Consejo de Educación de la Asociación Medica Americana, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina, el Congreso Clínico de Cirujanos de Norteamérica, la Asociación Medica de Cirujanos de Filadelfia, el Colegio Americano de Cirujanos y la Asociación Americana de Hospitales, contando todas estas con el apoyo de la Fundación Carnegie, empezaron en el año de 1916, la evaluación de las Instituciones Hospitalarias y Clínicas de los Estados Unidos de Norteamérica y del Canadá, adelantándose un programa de la siguiente manera:

Primero: definir los estándares mínimos.
Segundo: lograr la cooperación de todos los hospitales y clínicas en el cumplimiento de estos estándares, lográndose esta tarea por medio de las visitas personales a los centros hospitalarios por parte del personal que conformaba el colegio.
Tercero: realizar una publicación periódica con el listado de las instituciones de los dos países que cumplían con los estándares mínimos. (2)

Los métodos para valorar sistemáticamente el trabajo de los médicos tienen referencia de origen entonces hacia el año de 1914, en los Estados Unidos, donde fueron impulsados por el Dr. E. Codman, presidente del Comité de Estandarización de Hospitales del Colegio Americano de Cirujanos; en esa época se señalaba como "el objetivo de la evaluación de

una medicina de mejor calidad" y además se hacia un reconocimiento en el terreno y la respectiva calificación de los hospitales de los Estados Unidos y Canadá. (4)

Años antes, en 1910, el Dr. E. Codman en Boston, había adelantado un estudio retrospectivo de las intervenciones quirúrgicas después de un año de realizadas, tratando de establecer un método mediante el cual se intentaba establecer los resultados del tratamiento de los paciente internados; se quería saber "si el tratamiento había sido exitoso y en caso negativo, por que", a fin de prevenir los errores en el futuro (5). Para ello se analizaba el estudio de los pacientes egresados (en lo concerniente a la enfermedad atendida), luego de un prolongado y exhaustivo seguimiento prospectivo. Luego, en 1918, el Colegio Americano de Cirujanos, define los principios de la estructuración orgánica hospitalaria y los criterios mínimos de acreditación por auditoria médica (5).

En 1929, el Dr. Thomas Ponton, del Colegio Americano de Cirujanos presento un plan de contabilidad de servicios profesionales, en Estados Unidos, publicando en el boletín del ACS un artículo titulado: Auditoria Medica en base a métodos de contabilidad financiera, que fue rechazada por que la codificación buena, regular o mala no podía aplicarse a pacientes no quirúrgicos. (3)

En 1950, la Universidad de Michigan (USA) procesa "estudio piloto" en 15 hospitales y luego de dos años de su aplicación por el cuerpo medico, se institucionaliza, venciéndose el temor y la suspicacia de considerar a la auditoria como un instrumento de control y punición. Incluso desde 1955, la auditoria es concebida como una herramienta de mejora de la calidad, además Virgil N. Slee desarrolla el tema de la auditoria médica como un proceso de Educación Medica Continua para aminorar la morbilidad (3).

En Gran Bretaña, en 1967, el reporte Cogwheel sobre mortalidad materna y el servicio de consejería hospitalaria en 1969 (HAS: Hospital Advisory Service) fueron los primeros esfuerzos de implementar la auditoria, sin embargo, el documento "Trabajando para los pacientes" marco un hito en el desarrollo de la auditoria medica. En ese mismo sentido, el primer gran intento ingles por auditar es realizado por el Royal Collage of General Practitioners en 1977, el cual percibió deficiencias en la calidad de la practica general y reconoció la influencia de la auditoria medica como una manera de mejorar los estándares de atención (3)

Transcurre el tiempo con acciones de control mas o menos regulares, hasta que entonces la comisión de acreditación de hospitales en los Estados Unidos, en los años 50`s, impulsa definitivamente la disciplina de la Auditoria, la cual hoy en día se constituye como parte fundamental de las acciones institucionales en pro de la calidad y del mejoramiento continuo de la atención, no solamente aplicadas a los médicos, como fue en un principio, sino que se extendió a todo el equipo de salud (1).

EN COLOMBIA:

En nuestro país, hasta el año de 1984, el entonces Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), en su oficina Nacional de Evaluación de Calidad (División de Auditoria Medica) inicio formalmente, este tipo de actividades en las diferentes seccionales del territorio nacional, con muchas dificultades, debido a falta de conocimientos y a la novedad en el tema por parte de la profesión medica y del equipo de salud en ese momento vinculado al Instituto, sobre los propósitos de tipo educativo, formativo y de mejoramiento de la calidad en la atención en salud que se pretendía divulgar y que en muchas ocasiones fueron juzgados como propugnados por una instancia fiscalizadora y de represión, ante actos médicos que se salían claramente de la norma de atención vigente.

Había multitud de demandas por irregularidades en la atención de pacientes, de las cuales muchas se quedaban en la impunidad pues no había herramientas ni procedimientos para su control y manejo, se encontraban médicos privados de su libertad por presuntos malos manejos que no se podían aclarar por ausencia de datos claves en los registros básicos, se veía la necesidad urgente de mejorar los procesos de atención integral y se detectaba insatisfacción en los usuarios por mala calidad en la atención, poniendo en peligro la pertenencia de los mismos al ICSS. (1)

Las consideraciones anteriormente mencionadas, originaron el desarrollo por parte del instituto de un programa intenso de capacitación, educación y actualización médica, seminarios de inducción, elaboración de material educativo, manuales de procedimientos y el impulso a la investigación sobre estudios diagnósticos de calidad de la historia clínica, mortalidad institucional, estancia hospitalaria, utilidad de la cama hospitalaria, admisiones

innecesarias, uso y abuso de los procedimientos de ayuda diagnostica y de tratamiento, insatisfacción del usuario y muchos otros, resultados que motivaron al cuerpo medico del país y a sus directivas, a implantar en otras instituciones de salud programas relacionados con esta disciplina, incentivando la investigación de los procesos de salud que ocurrían en las demás profesiones.

En el campo de material educativo y de formación, la oficina elaboro y publico a través de la División de Auditoria Medica, para su difusión institucional, entre otros, los documentos EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL ISS, documento básico, febrero de 1984, LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA. Cristus de los métodos educativos, EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, criterios para su organización y operación en el ISS 1984, GARANTÍA DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ISS 1989 y mas tarde en 1996 SALUD. COMO GARANTIZAR LA CALIDAD, a estos documentos se adicionaron multitud de protocolos de trabajo sobre el tema, que con carácter interno enriquecieron los conocimientos de las oficinas centrales sobre este nuevo tema de interés institucional y capacitaron al personal en el tema propuesto.

A través del contexto de estos documentos, se concibe la Auditoria como una de las herramientas más útiles en el logro de la garantía de la calidad en los procesos de atención en salud.

Citando unos ejemplos en el campo de la investigación: para evaluación de la historia clínica de consulta externa en Medicina y Odontología, se implemento en todas las seccionales un modelo que evaluaba el diligenciamiento de 10 rubros considerados como básicos para el propósito, uno de ellos se refería a la legibilidad de los datos anotados, los resultados del análisis demostraron que un 30% de ellas era ilegible, lo cual dificultaba completamente su evaluación, se presentaron los resultados al personal involucrado para concientizarlos del error y una nueva evaluación permitió reconocer una marcada mejoría en los rubros, que en cada nueva evaluación posterior se hacia progresiva, esto nos demostró que utilizando una estrategia de fácil manejo y aplicación, se podía lograr la corrección de una inconformidad que impedía cumplir con los objetivos iniciales de calidad propuesta , ya que sin una historia debidamente elaborada era imposible hacer Auditoria de proceso.

El estudio de Mortalidad Intrahospitalaria (primer estudio desarrollado en el ICSS) efectuado en octubre de 1984 durante un periodo de 12 meses (1983-1984) en clínicas propias y a contrato del ICSS y teniendo como fuente de datos de la historia clínica nos demostró un total de 3.951 defunciones. En el estudio se puso investigar las defunciones por seccional, por hospital, por grupos de edades y sexo, causas de la mortalidad, manejo de los procesos, calidad de las autopsias y otros rubros contenidos en los formularios diseñados para el estudio, que indujeron a las directivas a iniciar estudios retrospectivos sobre la calidad de la atención prestada, así como en la necesidad de implementar programas de Promoción y Prevención de la salud dentro de los afiliados tendientes a disminuir la morbimortalidad detectada.

Los estudios de cama y estancia hospitalaria demostraron una mala utilización de la misma, por cirugías mal programadas, preparación insuficiente del paciente prequirúrgico y en algunos casos pacientes no afiliados al ISS que eran intervenidos irregularmente sin la documentación exigida por parte de los controles administrativos y sus directivos.

La implantación de la Auditoria Medica en el ISS presentaba otras dificultades ocasionadas tanto por el desconocimiento del tema tanto en las directivas como en el personal asistencial y administrativo en todo el país, el temor a la represión, ya que en muchos lugares se utilizaba el error del profesional en el manejo del proceso como causa de despido, esto le creaba a la naciente disciplina una imagen de fiscalización que ocasionaba el rechazo a ser implementada, existía también el rechazo al cambio, modalidad conocida ante un nuevo proyecto, los criterios personales en el tratamiento de la enfermedad o del proceso eran evidentes, ante la ausencia de manuales o de protocolos de manejo, que si existían, eran para algunas patologías y además el criterio de que cada escuela tenia sus procedimientos fundados en las practicas regionales, esto hacia muy difícil la estandarización de criterios. Por otro lado, a nivel de la oficina central había multitud de conceptos en cuanto a que modelo debía ser utilizado e implantado, si el de Donabedian, el de Ishikawa o el de otros tratadistas del tema que iniciaban la introducción de la calidad y la Auditoria para su aplicación en el sector salud (1).

Fue tan evidente la bondad de esta herramienta de calidad a través del tiempo que como veremos mas adelante, las autoridades nacionales por intermedio del en ese entonces

Ministerio de la Salud, reglamentaron la atención en salud mediante una Ley de Seguridad Social en 1993 (Ley 100 de 1993) y los decretos y resoluciones complementarios, recomendando la utilización e implementación de la norma en todas las prestadoras de salud del Estado.

Fue esta normatividad, la que hasta 1993, nos permitió justificar la implantación de un sistema de calidad, ya que hasta esta fecha solamente teníamos el respaldo de la normatividad referente a la historia clínica en las profesiones medica y odontológica, con las leyes 23 de 1981 y 35 de 1996 respectivamente.

No obstante el interés demostrado por las autoridades en salud sobre el tema, hasta noviembre del año 2002 no existía ninguna reglamentación especifica sobre el manejo de la auditoria diferente a la resolución 2285 de 1998, expedida también por el Instituto de Seguros Sociales donde basado en los aspectos de Ley y de reglamentación institucional (reglamento interno) se daban algunas normas sobre las actividades y manejo en Auditoria Clínica, Medica o de servicios de Salud, como se definió en ese entonces.

Se incluye en el documento el objeto de la misma, el articulo 2 que comprende 21 actividades relacionadas con contratos, supervisión y vigilancia, satisfacción del usuario, evaluación y verificación, control de procesos y coordinación, contempla también algún perfil del auditor medico y reglamentación de las funciones del mismo, señala algunos instrumentos de Auditoria en salud, métodos en general y da algunas normas para la creación de los grupos especiales de Auditoria dentro del Instituto.

Si bien estos 12 artículos de la mencionada resolución presentan una panorámica de la disciplina a manera de reglamentación, no constituyen un documento que permita aclarar conceptos para la generalidad de los lectores dada la complejidad de la temática y la manera de ser implementada en los sitios de trabajo, propósito que solo se obtendrá a través de la capacitación continua del personal encargado de la prestación de los servicios de salud dentro de la Institución.

En los últimos años han sido evidentes los logros en el tiempo: el creciente interés académico desencadeno la formación de especialistas en el tema luego de desarrollar pensum aprobados y adaptados parcialmente a las necesidades de formación de talento

humano y es así como en la actualidad hay mas de veinte universidades que otorgan títulos en Auditoria en Salud como especialidad, además de múltiples programas de diplomado tanto presenciales como virtuales, que capacitan personal en el tema. Vale anotar la poca credibilidad que se le daba al tema en sus comienzos (año 1996) cuando se inicio la formación académica en el país, a partir de esa fecha el interés académico se despertó, para llegar al numero de entidades formativas que están graduando especialistas en el tema (1).

La formación universitaria se esta complementando permanentemente con textos de autores nacionales lo cual permite facilitar la formación del auditor, con modelos y experiencias propias que mejoran la conceptualizacion del tema. A esto se añade el progresivo desarrollo de la investigación de la disciplina en el país, buscando nuevos modelos de procesos y de la metodología y estrategias en su manejo (1)

En el año 2000 el entonces Ministerio de Salud dio inicio a un proyecto denominado "Programa de apoyo a la reforma de salud", apoyado en un crédito de BID, el cual haría una evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación de Sistema de Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de Servicios y el cual tenia tres componentes, el de acreditación de las EPS´s, el de acreditación de las IPS´s y el componente de Auditoria Medica. Este ultimo adelantado en dos etapas. La primera consta de un informe acerca de los resultados sobre la aplicación del enfoque de Auditoria y la segunda, de un informe de evaluación de oferta de los programas de auditoria y calidad en salud y que fueron elaborados todos ellos por el Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, el Canadian Council on Health y Qualimed (6) (7).

A continuación se presentan las principales conclusiones que resultan del estudio de los programas de oferta de Auditoría y calidad, en relación con los factores y variables que se han considerado como inductores de calidad para los programas de educación superior en Colombia, y en relación con su congruencia con los lineamientos de Auditoría propuestos para el país. Muchas de estas conclusiones se asemejan a los resultados reportados por el ICFES y el Consejo Nacional de Acreditación, en el año de 1.996, con aprobación del Ministerio de Educación.

- Los programas objeto de este estudio se denominan en su totalidad programas de especialización pero su requerimiento de horas presenciales es muy variada, y en algunos casos se asemeja más a la exigencia de un diplomado.

- No se evidencian esfuerzos encaminados a desarrollar un programa de maestría. Los profesores de estos programas son casi en su totalidad profesores de cátedra, con especialización, solo un porcentaje pequeño de las horas son dictadas por profesores con maestría o doctorado en el tema que enseñan y no se hace investigación en el tema de calidad.

- De forma coherente con su entorno (formar lo que la sociedad requiere) las especializaciones en Auditoría y calidad nacieron como respuesta a la expedición de la ley 100 y el Decreto 2174 de 1.996. En muchos casos ,es débil la congruencia con su ámbito interno (cumplir con la misión institucional al crear el programa), lo que se refleja en la comparación de lo que expresa su misión con la razón de crear el programa, los objetivos y enfoque del mismo, y, en el soporte de conocimiento previo representado en programas de medicina, epidemiología, etc.

- La falta de lineamientos para Auditoría, previos al nacimiento de los programas, hace que los planes de estudio de ellos sean muy variados y tengan diferentes énfasis, algunos de ellos están enfocados a gerencia o a Auditoría de contratación y cuentas, y otros están más cercanos a la Auditoría de calidad y a las necesidades que plantea el Sistema de Garantía de Calidad.

- Se nota gran dispersión en los conceptos y términos utilizados para nombrar los programas, y en los títulos de recibidos por los profesionales egresados de los mismos. Bajo un mismo nombre o título se encuentran programas cuyos planes de estudio reflejan énfasis muy diferentes, lo que dificulta a empleadores y estudiantes, la comparación de los programas y la selección de aquel más acorde con sus necesidades.

- No existe un perfil definido para un auditor de salud, lo que se refleja en los requisitos de entrada a los programas que van desde solicitar un médico hasta cualquier tipo de profesional sin experiencia. En contraposición a ello el trabajo de Auditoría requiere un par, lo que implica determinada profesión, reconocimiento y habilidades en manejo del

recurso humano, como liderazgo y capacidad de negociación, que normalmente van acompañados de la experiencia.

- La demanda de cupos para los programas supera la oferta, pero la matrícula real es un 19% menor, por lo que se puede afirmar que existe una holgura en la capacidad de formación.

Además, el estudio deja plasmadas una serie de recomendaciones para fortalecer los Programas de Formación en Auditoría y Calidad, con el fin de fortalecerlos en su capacidad de repuesta para la formación de auditores y profesionales para abordar el trabajo de garantía de calidad en las instituciones. Las recomendaciones se trabajaron de manera conjunta con el Grupo de Expertos que apoyó el desarrollo de los lineamientos de Auditoría, y con las instituciones que participaron en los pilotos. Fueron revisadas también con el Comité de Apoyo Técnico del Proyecto de Garantía de Calidad. Las recomendaciones para el fortalecimiento de los Programas de Formación de Auditoria y Calidad son las siguientes:

Trabajar conjuntamente con el Ministerio de Educación, en la definición de requisitos mínimos de calidad para los programas de especialización en Auditoría y calidad.

Entre ellas se considera que un programa que tenga menos de 500 horas presenciales se asemeja más a un diplomado que a una especialización.

Debe haber un contenido básico mínimo, de materias que deberían recibir los auditores para implementar el Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad de la Atención en Salud propuesto, y que se enumeran a continuación, aclarando que corresponde a cada programa definir su plan de estudios, en ejercicio del derecho de autonomía contemplado en la Ley 30 de 1.992. Los contenidos básicos se refieren a los siguientes temas:

- Modelos de atención en salud.
- Modelos Organizacionales.
- Marco Legal.
- Ética.

- Calidad.
- Estadística.
- Epidemiología.
- Medicina Basada en la evidencia.
- Evaluación Costo – Efectividad.
- Liderazgo.
- Técnicas de Negociación.
- Técnicas de Comunicación, trabajo en grupo.
- Técnicas de Resolución de Conflictos.
- Técnicas de Evaluación.
- Proceso y técnicas de Auditoría.

Definir criterios para la Acreditación de programas de Calidad y Auditoría, y mientras esto se hace realidad se debería solicitar que ellos están soportados por programas de medicina, administración y otros de salud, acreditados.

Desarrollar una estrategia de difusión y homologación de conceptos frente al Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, a las instituciones educativas que tienen programas de Auditoría y Calidad. Es necesario precisar y difundir un glosario homogéneo para lo cual se sugieren entre otras las siguientes definiciones las cuales desarrollaremos los concepto de auditoria medica y clínica mas adelante:
Auditoría de la calidad de la atención en salud. Es la evaluación sistemática de la Atención en Salud, con el objetivo fundamental de mejorar la Calidad de los servicios. Significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada, de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud.

Auditoría clínica. Es el análisis sistemático y crítico en salud, que incluye los procedimientos diagnósticos y la calidad de la atención y tratamiento, el uso de recursos y los resultados obtenidos y la calidad del cuidado del paciente por los profesionales de la salud.

Auditoría médica. Es el análisis sistemático y crítico en salud, que incluye los procedimientos diagnósticos y la calidad de la atención y tratamiento, el uso de recursos y

los resultados obtenidos y la calidad del cuidado del paciente por los profesionales médicos.

Los nombres de los programas y el título que otorgan deben ser congruentes con el plan de estudios, deben permitir inferir las habilidades del egresado y obligan unos requisitos de ingreso.

Así por ejemplo, si un Programa se llama a si mismo Especialización en Auditoría Médica, el perfil de ingreso debería exigir profesional en medicina y sería ideal que promoviera el ingreso de personas con experiencia clínica. Si el título fuera Auditoria Clínica se esperaría que como requisito se exigiera ser profesional del área de la salud, y se pidiera experiencia asistencial. Finalmente si es nombre del programa es Auditoría de Calidad en Salud podría aceptar el ingreso de profesiones afines a Salud, y experiencia en una institución de salud.

Desarrollar una estrategia de capacitación sobre el Modelo y análisis de la formación necesaria para actuar dentro del marco del Sistema de Garantía de Calidad.

En el año 2006 (8), el Ministerio de la Protección Social adelanto un estudio denominado "Implementación del componente de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, informe línea de base", el cual se hizo con el animo de evaluar la implementación efectiva del componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud , y establecer la línea de base respectiva. En el segundo semestre del año 2006 se diseño y distribuyo un instrumento de verificación construido sobre la metodología propuesta por las Pautas Indicativas de Auditoria a las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud del País, quienes con base en el realizaron una auto evaluación y posteriormente remitieron los resultados . Las conclusiones de este estudio fueron las siguientes:

- la implementación de componente de auditoria para el mejoramiento de las calidad de la atención en salud en las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud es incipiente.
- a partir de los resultados obtenidos se elaborara un plan de asistencia técnica hacia las direcciones territoriales y Distritales de salud, enfatizando en la necesidad de la

implementación del componente de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, articulada con los demás componentes del SOGC.
- el instrumento diseñado se aplicara anualmente a las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud con el animo de evaluar los adelantos obtenidos en la implementación del componente.
- se realizara una evaluación sobre la implementación del componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad con una metodología similar en los hospitales objeto del programa de reorganización, rediseño y modernización del Ministerio de la Protección Social.

En el año 2007 (9), en Ministerio de la Protección social, a través del programa de apoyo a la reforma presento el documento elaborado por la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria denominado: "Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud". En este documento se presentan como conclusiones finales las siguientes:

Definir la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como un componente de mejoramiento continuo implica:
- Que su accionar se orienta a la obtención de resultados centrados en el cliente.
- Que aun cuando una proporción importante de las situaciones se evalúen procesos de atención, dicha evaluación estará orientada a buscar la mejora de los resultados con los cuales esta correlacionado el proceso. Si no hay correlación entre los procesos evaluados y el resultado de calidad, no tiene sentido la auditoria.
- Que sus evaluaciones no se enfocan hacia las unidades administrativas particulares, sino que entiende el proceso de atención como un continuo clínico-administrativo que atraviesa toda la organización, examinando tanto el desempeño de la repartición clínica o administrativa como la forma en la cual interactúa con las otras unidades para la prestación del servicio con calidad.
- Que se basa en la evidencia, tanto en la medida en que examina si los resultados que busca o consigue sean relevantes y prioritarios, así como en la que determina que los métodos que utiliza son validos, confiables y probados, lo cual implica revisión tanto de la literatura científica nacional e internacional relevante y pertinente, así como de otras experiencias similares.

- Que los recursos que la organización en particular y el sistema general destine a ella deben generar retorno, ojalá medible en términos de contención de costos de no calidad y en todo caso por lo menos en términos de mejora del comportamiento de indicadores validos y confiables (basados en la evidencia).
- Que su impacto se orienta hacia la mejora de procesos y no hacia la búsqueda de culpables, y promueve la internalizacion en el profesional y en la organización de las mejoras obtenidas a través de la promoción de la autoevaluacion y el autocontrol.
- La auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud es un proceso técnico, que va inmerso en la misma prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema de atención acerca de su desempeño comparado con el marco de estándares optimo, a través del cual la organización o el profesional pueda implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención (eficiencia clínica y administrativa), mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica) y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tenga derecho en un ambiente de respeto e interacción en la dimensión interpersonal de la atención, de tal manera que le genere satisfacción (aceptabilidad) pero también buscando incentivar un justo y optimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad (optimización).

La auditoria para el mejoramiento de la calidad, si es correctamente implementada debe constituirse en un componente de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud que al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, incentive el respeto a los derechos del paciente y la buena practica profesional, así como impacte en fortalecer la viabilidad de la institución y del sistema dentro de un contexto de efectividad, eficacia y ética.

AUDITORIA MEDICA

La auditoria médica ha sido definida con diversas aceptaciones y depende del contexto donde se aplique. En el marco de la reestructuración del Sistema Nacional de Salud Británico en 1989 del white paper- working for patient se le define como ” el análisis crítico y sistemático de la calidad de asistencia médica incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos

en cuanto a desenlaces clínico y calidad de vida del paciente”(10). Esta definición ha sido ampliamente aceptada y usada por todos los profesionales de salud en Europa.

Existen ciertos elementos en esta definición analizados por Ortega-Benito JM referidos en la anterior y son la medición del proceso de la asistencia y a la estimación de los resultados de la misma. Desde un punto de vista administrativo y de gestión, parece correcto que se enfatice en el uso optimo de los recursos, para lograr esto es necesario analizar la estructura y saber de que recursos se dispone, así como analizar el proceso de cómo se utilizan dichos recursos.
Según Ortega-Benito JM “el ejercicio de la auditoria resultaría estéril e incluso dañino para el sistema asistencial si la gestión de la organización solo se concentra en la optimización del uso de recursos y eludieran tomar en consideración los resultados de tal asistencia. Por otra parte, el punto de vista de los clínicos considera que la esencia de la asistencia médica reside en los resultados de las intervenciones, lo que inevitablemente se ve influenciado por la estructura y el proceso. Uno de los propósitos del estudio de los resultados es, por tanto, el intento de mejorar la estructura y el proceso, con el convencimiento que esta mejora facilitará que se consigan mejores resultados. Para llevar a cabo tales mejoras, el análisis de lo que se hace tiene que ser, por fuerza, crítico, ya que la falta de contraste con estándares consensuados, facilita la autocomplacencia y ésta, por ende, la autoperpetuación de prácticas que, en algunos casos, son de escasa eficiencia y sistemático que hace referencia al uso de metodologías afines e implica que debe ser continuada.” [1](11)
“Esta definición enfatiza que el propósito de la auditoria es la mejorar de la atención, sin dejar de lado a necesidad de conducir la revisión sistemática de la misma, buscando identificar las irregularidades y disfunciones tanto en el ámbito medico como administrativo, para proponer alternativas que permitan un mejor funcionamiento en ambos niveles”. (11)

Sin embargo, algunos críticos como Piscoya J, consideran que esta definición no identifica los propósitos de la auditoria (12). Virgil N. Slee la defina como “"Evaluación de calidad del cuidado médico como se refleja en las historias clínica” , Heath D.H. "Regulación y mantenimiento de los más altos estándares posibles apropiados a cada situación" y

[1] Tomado de Ortega-Benito JM. La auditoria médico-clínica (II). Definiciones y topología. Medicina Clínica (Barcelona) 1994;103: 741-744

Crombie antepone el propósito en su definición "Auditoria es el proceso crítico del cuidado de la salud, identificando deficiencias para proponer soluciones" (13).Estas definiciones enfatizan que el propósito d la auditoria es el de mejorar la atención, sin dejar de lado la necesidad de conducir la revisión sistemática de la misma, buscando identificar las irregularidades y disfunciones en e ámbito medico y administrativo para proponer alternativas que permitan un adecuado funcionamiento organizacional (12).

Ello dista mucho de la aproximación hacia las auditorias que tiene los trabajadores y directivos, que ven en ellas acciones de fiscalización las que casi siempre terminan interfiriendo en sus actividades cotidianas(14).

AUDITORIA CLINICA

Es el análisis sistemático y crítico en salud, que incluye los procedimientos diagnósticos y la calidad de la atención y tratamiento, el uso de recursos y los resultados obtenidos y la calidad del cuidado del paciente por los profesionales de la salud.

"Esto implica la revisión de la actividad en todos los aspectos del cuidado clínico realizado por profesionales de salud tanto medico como no medico; esto es cuando en la actividad de la unidad o servicio que se esta auditando interviene un equipo multidisciplinario que afecta directamente, a través del mismo funcionamiento del equipo, a los resultados clínicos que se consiguen y que es la base para el contraste con los estándares"[2](11).

Si bien pareciera una discusión semántica, ello no es así, como lo describe Pacwood. (Tabla Nº 1)(15, 20). Para el autor el tipo de auditoria va atener implicaciones diferentes respecto a lo que se audita, el grado de compromiso gerencial, el flujo de autoridad y sus aplicaciones. Mas aun si la auditoria clínica como actividad transdisciplinaria, lo propio en el marco en el marco de la calidad del proceso, auditoria medica (unidisciplinaria) y a la auditoria clínica (multidisciplinaria).

[2] Tomado de Ortega-Benito JM. La auditoria médico-clínica (II). Definiciones y topología. Medicina Clínica (Barcelona) 1994;103: 741-744

Tabla N°1. Caracteristicas 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	Fromativa	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.

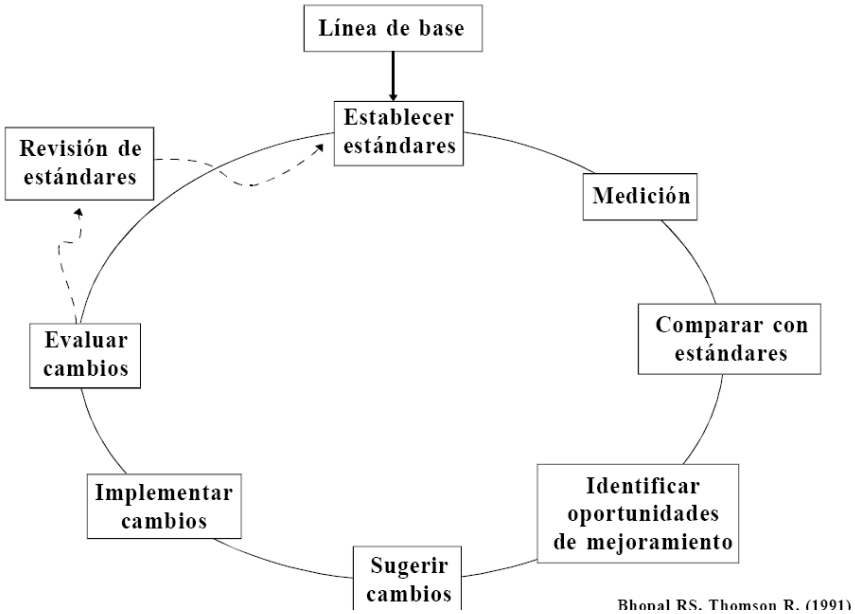
Tomado de Packwood T. (1996) Clinical audit:Integrating the management of quality.

Para que la auditoria medica y clínica sea útil debe mejorar los estándares de la practica medico-clínica el personal de salud convencerse de su valor como herramienta de gestión educativa, y como herramienta para una utilización con eficiencia y equidad de los recursos (16).

Está demostrado que la auditoria sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos como método de implementación de cambio, puede ser promovida por el

acercamiento al uso de protocolos, guías de atención e intervenciones educacionales y a participación en la auditoria es una manera efectiva que permite a los médicos y a los equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes, por eso se aplica el ciclo continuo de la auditoria, para evitar perdidas de tiempo, esfuerzo y dinero al cambio de la estructura y al proceso asistencial.(17,18,19) Figura Nº 1

Figura N°1. Ciclo de Auditoría.



TIPOS DE AUDITORIA[3]

Revisión de historias clínicas: es un tipo de auditoria en la medida en que permite la evaluación contra estándares y se compara la atención con la evidencia científica existente y permite la consulta a expertos(11,20).

Análisis de datos de los servicios recogidos rutinariamente: son útiles en la medida que se puedan comparar con algún indicador de resultado y se complementa con un sistema de información adecuado.

Auditoria basada en criterios de asistencia: en este tipo se establecen unos estándares asistenciales que deben ser suministras a los pacientes y se monitoriza el

[3] Tomado de Ortega-Benito JM. La auditoria médico-clínica (II). Definiciones y topología. Medicina Clínica (Barcelona) 1994;103: 741-744

cumplimiento de estos estándares en la practica asistencial, esto requiere de criterios explícitos e indicadores de resultados(11).

Revisión por pares: es un método de auditoria en el que no se establecen estándares, confía en los valores profesionales implícitos en el cual se realizan inspecciones ínter departamentales para valorar los resultados(11).

Screening de acontecimientos: es un método que se basa en la observación de eventos adversos al paciente. Esta intenta averiguar la secuencia de acontecimiento que llevaron que llevaron al resultado de manera confidencial, ya que su función no es punitiva. Tal confidencialidad facilita la recogida y análisis de la información, evita que sea amenazante(11).

DIFERENCIA ENTRE AUDITORIA Y REVISIONES TRADICIONALES[4]

- Las mediciones en auditoria requiere de criterios, estándares, guías protocolos, metas, indicadores previos en contraposición a criterios implícitos.
- Se compara la practica habitual contra esos criterios.
- La comparación se da entre pares o colegas.
- Hay identificación formal de las acciones requeridas para resolver cualquier discrepancia.
- El proceso es documentado y sistemático(21).

UTILIDADES DE LA AUDITORIA MEDICO-CLINICA[5]

- Permite el conocimiento de los errores cometidos y sus causas; además, de la corrección de ellos para obtener mejores rendimientos.

---

[4] Tomado de Shaw CD. Criterion Based audit. British Medical Journal 1990; 300: 649-651.

[5] Tomado de OSORIO S,Guido, SAYES V, Nilda, FERNANDEZ M, Lautaro et al. Auditoria Medica: herramienta de gestión moderna subvalorada. Rev med Chile, feb 2002, vol 130, N° 2, pag 226-229.

- Otorga la posibilidad de actuar con rapidez sobre aquellas causas que dicen relación con la organización del trabajo médico.
- Los médicos adquieren una conciencia informada respecto a la responsabilidad que les cabe en los resultados obtenidos.
- Influye favorablemente en el perfeccionamiento de las historias clínicas, lo que redunda en una mejoría de las auditorias.
- Se transforma en una herramienta de educación de post-grado que permite el perfeccionamiento del trabajo médico. TABLA Nº 2

TABLA Nº 2 **FORTALEZA EDUCATIVA DE LA AUDITORIARIA**

La fortaleza educativa de la auditoria incluye: 1. El trabajo en pequeños grupos es efectiva en modificar actitudes y la anticipación en tales grupos es en sí misma, educativa. 2. La revisión crítica de la práctica actual y la formulación de estándares alienta la adquisición y la puesta al día de conocimientos concernientes técnicas diagnosticas, monitorización de enfermedades y su tratamiento y avances terapéuticos. 3. La autoevaluación. El juicio del rendimiento de uno mismo se posibilita por medio de la auditoria y está en el centro neurálgico de la educación profesional continuada. 4. La auditoria médica identifica características clave de la práctica clínica y, por tanto, ayuda a hacer la enseñanza más explícita. 5. La auditoria subraya necesidades de conocimiento/información específicas, de investigación y de adquisición de habilidades nuevas y el perfeccionamiento de las existentes 6 La puesta en práctica del cambio para mejorar la calidad de la asistencia al paciente se estimula por medio de los comentarios (feedback) sobre el rendimiento, pero puede requerir que el facultativo individual sea formado en apropiadas técnicas de gestión

Segun el Standing Committee On Postgraduate Medical Education, Medical Audit: The Educational implications. Londres SCOPME, 1989: 4.(24)

- Este proceso entrega información a los Directivos del Hospital, permitiéndoles orientar recursos a la solución de los problemas detectados (22).

PARA IMPLEMENTAR COMO HERRAMIENTA DE GESTION

1. Crear un sistema de auditoria en los diferentes centros asistenciales que permitan coordinar y fomentar la auditoria medico-clínica como herramienta de gestión en salud dada la importancia de contar con mecanismos que permitan controlar y evaluar en forma permanente, la calidad de la atención médica proporcionada en la sala de hospitalización, consultorios de especialidades, Unidades de Emergencia y otros (22).

2. Formación de un Comité de Auditoria en cada Hospital o Unidad, constituido por un médico auditor y profesionales médicos de cada Servicio Clínico o Unidades, capacitados y formados en el área de auditoria(22).

3. Asegurar que la auditoria sea parte integral del proceso educativo, para que los clínicos, la perciban como algo formativo y se formen en la practica de la misma auditoria (23).

4. Estimar fondos para la auditoria, que permita el desarrollo de formas de auditoria mas elaboradas y anticipar programas futuros (23).

BIBLIOGRAFIA

1. RIAÑO G. Germán. Auditoria de la Gestión en Salud. Un reto a la excelencia en el nuevo milenio. Bogota D. C.: Casa Editorial Grupo Ecomedios. Abril de 2004.
2. AUDITORES ASOCIADOS. Historia de la Auditoria Médica. Reseña Histórica. Evaluación de calidad de la atención médica. www.auditoresasociados.com.arg. Consultado en agosto de 2007.
3. PISCOYA, José. Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica. Diplomatura de Auditoría Médica. Lima. UNMSM. 2000.
4. MEDILEGIS. Banco del conocimiento. Auditoría Médica. www.medilegis.com.co. Consultada en agosto de 2007.
5. LLANOS Z. Fernando. Auditoría Médica en el primer nivel de atención. Lima. Revista Médica Herediana 11 (3). 2000.
6. MINISTERIO DE SALUD. Programa de Apoyo a la Reforma en Salud. Proyecto: Evaluación y Ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos encargados de la Operación del Sistema de Garantía de la Calidad para las IPS´s. Componente Auditoría

Médica. Informe final de los seis proyectos sobre la aplicación de Enfoque de Auditoria. Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, Canadian Council on Health Services Accreditation y Qualimed. Bogotá D. C. 2000.
7. MINISTERIO DE SALUD. Programa de Apoyo a la Reforma en Salud. Proyecto: Evaluación y Ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos encargados de la Operación del Sistema de Garantía de la Calidad para las IPS´s. Componente Auditoría Médica. Informe final de Evaluación de Oferta de los Programas de Auditoría y Calidad en Salud. Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, Canadian Council on Health Services Accreditation y Qualimed. Bogotá D. C. 2000.
8. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección General de Calidad de Servicios. Implementación del Componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Informe Línea de Base. Jaime Guerrero G. Bogotá D. C. 2006.
9. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Programa de Apoyo a la Reforma en Salud. Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Pautas de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá D.C. 2007.
10. DEPARTMENT OF HEALTH. Working Paper 6-Medical audit. Londres: HMSO, 1989.
11. ORTEGA-BENITO JM. La auditoria médico-clínica (II). Definiciones y topología. Medicina Clínica (Barcelona) ;103: 741-744. 1994.
12. PISCOYA J. Calidad de la atención en salud a través de la auditoria médica. Lima. Anales de la facultad de medicina Universidad Mayor de San Marcos, Vol 61, N° 3-2000.

13. CROMBIE IK. The Audit Handbook; John Wiley & Sons 1993.

14. SHAW CL. Aspects of Audit. 4: Acceptability of audit. London. British Medical Journal 1980; 280:1443-6.

15. PACKWOOD T. Clinical audit: integrating the management f quality. Health Services Management Research 1996; 9: 115-24.

16. BATSONE GF. Educational aspects of medical audit. London. British Medical Journal 1990; 301:326-8.

17. BAKER R. Problem solving with audit in general practice. London. British Medical Journal 1990; 300: 378-80.

18. DAVIS DA, Thompson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of effect of the continuing medical education strategies. JAMA 1995; 274: 700-5.

19. BHOPAL RS, Thompson R. a form to help learn and teach about assessing medical audit papers. London. British Medical Journal 1991; 303: 1520-2.

20. LLANOS Zuluaga F. Auditoria medica en el primer nivel de atención. Lima. Revista Medica Herediana. 2000;11:107-112.

21. SHAW CD. Criterion Based audit. British Medical Journal 1990; 300: 649-651.

22. OSORIO S, Guido, SAYES V, Nilda, FERNANDEZ M, Lautaro et al. Auditoria Medica: herramienta de gestión moderna subvalorada. Chile. Revista Médica de Chile, feb 2002, Vol. 130, N° 2, Pág. 226-229. 2002.

23. ORTEGA-BENITO JM. La auditoria medico-clínica (IV). Perspectivas. Med Clin (Barcelona); 104:103-104. 1995.

24. SCOPME. Medical audit. : The educational Implications. Londres: SCOPME, 1989.