

**DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE
UNA ESTRATEGIA EN SALUD DESDE EL
ENFOQUE DE AUDITORIA**

Gloria Stella Posada Ruiz

Juan David Téllez Díez

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 45
MEDELLÍN – ANTIOQUIA
2009**

**DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE
UNA ESTRATEGIA EN SALUD DESDE EL
ENFOQUE DE AUDITORIA.**

POR:

Gloria Stella Posada Ruiz

Juan David Téllez Díez

***PROPUESTA DE MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD***

ASESOR:

Dr. Francisco Luis Ochoa Jaramillo

Msc. Epidemiología

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 45
MEDELLÍN – ANTIOQUIA
2009**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTOS.....	6
INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN.....	10
OBJETIVOS.....	12
GENERAL.....	12
ESPECÍFICOS.....	12
CAPITULO I.....	13
QUE SON LAS GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)?	13
CAPITULO II.....	17
2.1. ORIGEN DE LA AUDITORÍA.....	17
2.2. QUE ES AUDITORÍA MÉDICA?.....	18
2.3. EL CRITERIO O ESTÁNDAR.....	21
CAPITULO III.....	22
3.1. IMPORTANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL USO DE CORREDORES ENDÉMICOS.....	22
CAPITULO IV.....	27
4.1. PROCESO DE IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA PARA LA NEUMONÍA Y SUS CAMPOS DE ACCIÓN	27
4.2. EJEMPLO DE IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA:.....	33
RECOMENDACIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA	39

AGRADECIMIENTOS

- EPS|Sura
- Dr. José Miguel Abad, Director Científico EPS|Sura

INTRODUCCIÓN

Cada día las instituciones y sistemas de salud han identificado deficiencias y errores importantes en la atención médica, lo cual se ve reflejado en fallas en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento, prescripción de medicamentos y ayudas diagnósticas injustificadas y remisión de pacientes a niveles de mayor complejidad, encareciendo la prestación del servicio y exponiendo al paciente a complicaciones por falta de pertinencia. Es por esto que se deben diseñar estrategias que busquen lograr un impacto tanto en la salud como en el costo. La implementación de guías y estrategias de seguimiento contribuye a abordar parte de esta problemática, disminuyendo la posibilidad de riesgos o el uso de tecnología innecesaria¹.

La neumonía es una infección frecuente, potencialmente grave, que condiciona una morbilidad significativa. Su incidencia anual en adultos oscila entre 1,6 y 13,4 por cada 1 000 habitantes, con tasas más altas en las edades extremas de la vida y en varones. Es importante aclarar, la dificultad que existe para la obtención de datos de incidencia debido a los diferentes criterios diagnósticos y al hecho de que la NAC no es una enfermedad de declaración obligatoria, por lo que muchos casos no se notifican ni registran².

En la atención en salud es preciso mantener un equilibrio entre los componentes de validez científica, eficiencia económica y variabilidad en el criterio médico. El valor principal de la implementación de guías y estrategias es la contribución al mantenimiento de la calidad mediante el uso adecuado de los recursos disponibles, el evitar decisiones clínicas no fundamentadas científicamente y reducir la variabilidad incompetente de la práctica médica, sin limitar la autonomía profesional y sin afectar la calidad del servicio³.

Una vez establecida cual será la patología a impactar y para poder abordar el tema en cuestión, es importante destacar los tres grandes pasos a seguir, en primer lugar, está la adaptación e implementación de una guía clínica, en segundo lugar, el enfoque desde la auditoria y los objetivos a cubrir, y en tercer lugar, lograr articularlo todo bajo unos mismo principio y lineamientos generales, estableciéndose así la estrategia que permita impactar positivamente sobre el problema planteado.

La variabilidad que acompaña la práctica médica, las decisiones individuales, las diferentes escuelas de aprendizaje de los profesionales de la salud, la innovación en tecnología biomédica y los avances en la comunicación, hacen que el ejercicio médico se torne cada día más confuso e inseguro. Además la complejidad de la condición humana hace imposible lograr siempre el diagnóstico más apropiado o predecir con certeza una respuesta al tratamiento. Las guías clínicas nacen como una necesidad de ajustar la atención médica a los estándares científicos, contribuyen a generar un servicio con mayores niveles de calidad y seguridad para el usuario y su familia, facilitándole al profesional la toma de decisiones basadas en un conocimiento racional, basado en evidencia científica y no simplemente generado por su experiencia y juicio personal⁴.

La auditoría busca como resultado el mejoramiento de la práctica médica y de la calidad de la atención (satisfacción del paciente), garantizando profesionales con adecuados conocimientos técnico – científicos, adherencia a guías y protocolos, empleo eficiente de los recursos y el cumplimiento de las expectativas y necesidades de los pacientes y sus familias. La auditoría abarca diferentes áreas tales como: asistencial, administrativa, financiera, ética, entre otras, convirtiéndose entonces, en una actividad multidisciplinaria que busca mediante el asesoramiento y acompañamiento, brindar consejo en diferentes aspectos para ajustar y validar de acuerdo a la ciencia, la legislación y el cumplimiento de normas o estándares, en aras de la eficiencia y la eficacia de los procesos⁵.

Por último la estrategia, definida no sólo como un plan, sino como un concepto que acompañe el comportamiento resultante, es decir, que exista coherencia entre el planteamiento inicial y el resultado. Consiste entonces en la creación de compromisos por cada uno de los actores participantes y el seguimiento a los cumplimientos de los mismos, permitiendo realizar los ajustes necesarios para la consecución del resultado. A través de la participación e implicación activa de todos los agentes, la estrategia plantea un enfoque global de cara al bienestar del paciente, teniendo en cuenta todas las variables que puedan afectar una prestación con calidad y generando una cultura de trabajo en equipo al interior de la organización que la implementa y lleva a contribuir en la creación de una cultura de promoción de cambios en el comportamiento social de la patología y prevención sanitaria dirigida a toda la

sociedad. En esta perspectiva, la integración de la salud y la seguridad en los programas de educación y formación a todos los niveles del ciclo y en todos los ámbitos, incluidas la formación de los profesionales, tiene una importancia capital.⁶⁻⁷.

Este documento contiene por lo tanto una revisión del proceso de implementación de una estrategia, planeada desde el enfoque de la auditoria, la adaptación de guías y el seguimiento a la implementación de las mismas, la participación de los diferentes actores del proceso de atención, así como la utilización de herramientas de monitoreo y control que permitan dimensionar a futuro el comportamiento de una patología en unas condiciones predeterminadas. Se realiza una revisión bibliográfica de la elaboración e implementación de guías de práctica clínica o estrategias similares que se describan dentro de la literatura valorada, además implica la revisión y utilización de algunos datos y estadísticas generadas por la EPS para el seguimiento y aplicación de la estrategia, a manera de contextualización de la estrategia en nuestro medio.

JUSTIFICACIÓN

Por medio de la presente monografía pretendemos documentar el proceso de diseño, adecuación e implementación de guías de práctica clínica y la creación de estrategias transversales de impacto en los diferentes niveles de atención, sobre la NAC, enfermedad definida como endémica, de alto costo y alta frecuencia.

Después de un análisis del comportamiento de los egresos hospitalarios de 5 años atrás de la Empresa Promotora de Salud de Suramericana de Seguros S.A. (EPS|Sura) de la frecuencia y el costo de la hospitalización, se encontró que la primera causa de egresos hospitalarios, excluyendo partos y cesáreas, era la neumonía. El egreso hospitalario por esta enfermedad, cumplía con los criterios de enfermedad potencialmente evitable y en la cual se podría impactar si se abordaba desde diferentes frentes, en los diferentes niveles de atención. La EPS|Sura diseñó la estrategia "*Todos juntos por la neumonía*", enfocada en el manejo rápido y oportuno del paciente, la disminución de las hospitalizaciones, la disminución de los días estancia hospitalarios, los costos y las complicaciones que trae el manejo de dicha enfermedad, a través de una estrategia transversal donde cada área aporta al resultado final, el cual se registra y mide a través de la implementación de corredores endémicos basados en la información del diagnóstico al alta, de los egresos hospitalarios en los últimos 5 años por esta enfermedad, por regional y por mes, en donde tiene influencia la EPS.

Para la EPS|Sura, los costos que genera la hospitalización y manejo de los pacientes con diagnóstico de neumonía alcanzaron los 6 505 millones de pesos para el año 2008, con un promedio de días estancia de 5,6 por cada egreso. Con esta estrategia y la adecuación e implementación de la guía, se establecieron parámetros de atención, basados en la clasificación CURB-65 y el SCORE⁸⁻⁹ de validación diagnóstica, que permiten una atención oportuna.

El objetivo de la adecuación y diseño de la guía de abordaje¹⁰ pretende que todos aquellos pacientes mayores de 15 años, con diagnóstico de neumonía, sean tratados de manera homogénea, eficiente y eficaz de acuerdo a la clasificación y utilización de las herramientas (CURB-65 Y SCORE) haciendo uso racional de los recursos incluidos

en el plan de beneficios del plan obligatorio de salud (POS), sin que se vea afectada la calidad de la atención del usuario, buscando su pronta recuperación y reintegración a sus actividades cotidianas. Una de las metas propuestas por la EPS|Sura, luego de la implementación de la estrategia es lograr la disminución del promedio días estancia hospitalaria en 4 días.

Para la implementación adecuada de esta estrategia se requirió un estricto control y vigilancia epidemiológica a través del “monitoreo epidemiológico virtual” (herramienta de auditoría para evaluar la adherencia y seguimiento de la guía por parte de los médicos generales y especialistas de las IPS básicas, a través del reporte y notificación automática y vía correo electrónico, a los auditores de IPS básicas, de tres códigos de NAC de la clasificación CIE-10 (J159, J181 y J189) seleccionados por la dirección científica de la EPS). Además del seguimiento al indicador de evitabilidad hospitalaria y días estancia hospitalarios realizado por los auditores de segundo y tercer nivel de complejidad.

Los resultados de este ejercicio fueron montados en un sistema de corredores endémicos para cada oficina regional y enfermedad y poder brindar una orientación en el manejo de la estrategia de acuerdo a la región analizada. Teniendo como parámetro el comportamiento de los egresos hospitalarios en los últimos 5 años y realizando los ajustes necesarios con factores de corrección de acuerdo a la población expuesta de cada año, permite que se construya el canal y se compare con el comportamiento del año en curso.

En el texto que se desarrollará a continuación, se hace referencia al proceso de implementación de una estrategia transversal de abordaje de una enfermedad como la neumonía, desde todos los niveles de atención y mediante la realización de actividades articuladas de seguimiento, auditoría y acompañamiento a todos los actores que participan en el proceso de atención.

OBJETIVOS

General

Desarrollar un documento con información extraída de la bibliografía existente sobre la creación de estrategias de impacto en salud, la adecuación e implementación de guías de práctica clínica, bajo el enfoque, acompañamiento y verificación de la auditoría de modo tal que permitan dimensionar el comportamiento de una enfermedad y su adecuado control.

Específicos

- Conocer el proceso general para el diseño, elaboración, adaptación e implementación de guías de práctica clínica.
- Describir brevemente el origen de la auditoría en la prestación de salud.
- Detallar los componentes de una estrategia de salud basada en el enfoque de auditoría y la interacción con los diferentes procesos, actores y niveles de atención.
- Describir el desarrollo de la estrategia “Todos Juntos por la Neumonía” en la EPS|Sura, la importancia del acompañamiento la auditoría en todos los niveles y la construcción de los canales endémicos para el seguimiento del comportamiento de la enfermedad y evaluación del impacto de las estrategias desarrolladas.

CAPITULO I

QUE SON LAS GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)?

Las guías de práctica clínica nacen como una necesidad de ajustar la atención médica a los estándares científicos, la identificación de deficiencias y errores importantes reflejados en todo el proceso de la atención, hacen que contribuyan a generar un servicio con mayores niveles de calidad y seguridad para el usuario y su familia¹⁻⁴.

Las GPC son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar al profesional de la salud y al paciente a tomar las decisiones adecuadas en circunstancias clínicas específicas. Su objetivo es elaborar recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos¹¹.

La definición de las GPC más común encontrada en la literatura científica es la propuesta por el Institute of Medicine¹², en 1990 y que las define como: “El conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas”. Su finalidad primordial consiste en ofrecer al clínico una serie de directrices con las que poder resolver, a través de la evidencia científica, los problemas que surgen diariamente con los pacientes¹³.

En los últimos años las guías clínicas han tenido una evolución importante y su presencia es cada vez más trascendental en el ámbito médico. Son una herramienta útil para asistir a los médicos en la toma de decisiones durante la atención de sus pacientes, son utilizadas para actividades de educación médica continua, para mejorar la calidad de la atención, la efectividad de las decisiones clínicas y para evaluar el desempeño médico. Desde un punto de vista conceptual, las guías son un apoyo para el médico, facilitan la elección y utilización de la tecnología apropiada y su utilización puede tener un impacto potencialmente demostrable en los resultados de la atención médica. Las guías no sustituyen el ejercicio clínico deductivo del médico. Un atributo fundamental es que no deben interferir con el razonamiento clínico, sino acompañar

las decisiones, representan gráficamente la secuencia lógica del pensamiento médico que permiten al médico elegir, con una valoración de riesgo-beneficio, la mejor alternativa, teniendo en cuenta los limitados recursos que existen para la atención a la salud. Sin embargo, en la práctica la utilización de las guías representa un reto debido a la experticia del médico, a la credibilidad de la guía, a su utilización selectiva, a la aplicabilidad local y a la posibilidad de modificarlas y adaptarlas a otros medios¹⁻⁴.

Los profesionales de la salud se enfrentan a una serie de inconvenientes durante la atención, dentro de los cuales pueden enunciarse los siguientes:

- **Incertidumbre:** No existe buena evidencia científica sobre el valor de los posibles tratamientos o de los métodos diagnósticos.
- **Ignorancia:** Existe evidencia científica, pero el clínico la desconoce o no la tiene actualizada.
- **Presiones externas:** El profesional conoce el valor de las pruebas o tratamientos, pero emplea otras pautas.
- **Recursos y oferta de servicios:** Al no disponer de la técnica diagnóstica o del tratamiento recomendado se utiliza una alternativa. También ocurre lo contrario, una disponibilidad elevada puede inducir a un uso excesivo.
- **Preferencias del paciente:** En la mayoría de los casos la decisión última la tiene el paciente o su familia y sus valores y preferencias también cuentan de forma que pueden hacer que las acciones varíen significativamente de un paciente a otro¹³.

No cabe duda que la medicina está cambiando en cuanto a cómo gestiona su conocimiento y cómo lo comparte con los pacientes y las guías forman parte de este cambio. En el mundo de hoy la evidencia es global pero las decisiones son locales y se toman en circunstancias concretas sobre pacientes concretos. Para que los profesionales tomen las decisiones correctas han de disponer de información de calidad que se pueda interpretar y aplicar en el sitio donde se necesita.

Por lo tanto, las guías de práctica clínica aportan a la prestación de la atención en aspectos como: recomendaciones sobre el actuar en circunstancias determinadas, elaboración de manera sistemática, basadas en exhaustivo análisis de la literatura científica, metodología con resultados rigurosos y fiable, evitando sesgos en las recomendaciones propuestas, dirigidas a profesionales de la salud y usuarios.

Para que una guía sea integral se requiere que sea realizada de manera multidisciplinaria, clara, reproducible, flexible, aplicable, válida y actualizada. Las guías suelen elaborarse sobre temas donde no existe homologación o idoneidad en la aplicación de determinadas pruebas o estilos de práctica clínica, donde exista un tratamiento efectivo y pueda esperarse una reducción de la morbimortalidad, sobre enfermedades iatrogénicas o intervenciones de alto riesgo y alto costo, en Áreas donde los Sistemas de Salud puedan considerar necesaria su elaboración y cuando aparecen nuevas tecnologías que compiten con las existentes previamente. En términos generales, dependiendo del método que se ha utilizado para su elaboración las guías pueden ser: Basadas en la opinión de expertos, en consenso y en la evidencia¹³⁻¹⁴.

En nuestro concepto la definición que mejor se acerca al concepto de guía, es que las guías no son reglas inflexibles o requerimientos de la práctica y no deben ser usadas para establecer estándares legales de atención médica. Cuando una conducta médica difiere de las guías, por si sola, no necesariamente implica que la conducta estuvo por debajo de los estándares de atención. Un médico puede de manera consciente y responsable, adoptar un curso de acción diferente al de las guías cuando con un juicio razonable, tal curso de acción esté indicado por la condición del paciente, limitaciones en los recursos disponibles o en avances del conocimiento o de la tecnología, subsiguiente a la publicación de la guía. Sin embargo, si un médico emplea una conducta sustancialmente diferente a las guías debe documentarse lo suficiente para explicar la conducta tomada¹⁵.

El diseño, adaptación, ajuste e implementación de una guía de práctica clínica, es el primer paso obligado luego de haberse realizado el diagnóstico y definición del problema o enfermedad a impactar. Para garantizar el éxito en el diseño y desarrollo de una buena guía, es importante además de la conformación del equipo idóneo que

la desarrolle, el conocimiento del medio y de la población que se impactará con ella. Debe estar enfocada en las necesidades fundamentales y específicas de la región o regiones a intervenir, a las facilidades en el acceso a los servicios de salud de la población a tratar, de los costos de la prestación con base en proyecciones diseñadas, de las coberturas de los sistemas de salud, de los recursos tecnológicos y científicos de que se dispongan, de modo tal que se pueda estandarizar una atención acorde a las necesidades de la población y totalmente conectada con el objetivo de la estrategia diseñada y con el entorno.

CAPITULO II

2.1. ORIGEN DE LA AUDITORÍA

La auditoría es tan antigua como la humanidad y tiene origen en la práctica de la contabilidad. El término auditor se empieza a utilizar en Inglaterra, durante el reinado de Eduardo I, refiriéndose a quien practicaba de modo independiente la verificación de los registros patrimoniales de las haciendas para observar su exactitud. Etimológicamente proviene del latín *audito - ôris*. En inglés el verbo *to audit* significa verificar, inspeccionar y también posee la acepción de intervención y ajuste de cuentas, mientras en español su significado se refiere a quien tiene la virtud de oír¹⁶.

Antes de 1900 la auditoría se desarrolló en Europa (Inglaterra, Francia e Italia). Durante la Edad Media aparecieron las primeras asociaciones profesionales encargadas de ejecutar funciones de auditoría (Consejos Londinenses en Inglaterra 1310 y el Colegio de Contadores de Venecia, en Italia, 1580). Luego de 1900 la auditoría fue llevada a los Estados Unidos para prestar asesoría a los accionistas británicos, y es en esta nación donde mayores avances ha adquirido la auditoría hasta la época actual. Después de la Segunda Guerra Mundial se empieza hacer mención de la auditoría de gestión, analizando la información desde el enfoque de la productividad buscando aumentar la eficiencia de los procesos y calidad y eficacia de los resultados, para llegar hasta la efectividad administrativa y la economía operativa de las decisiones administrativas¹⁶.

Con respecto a historia de la auditoría en el área médica, a continuación presentaremos un cuadro resumen con los hechos más relevantes (ver cuadro 1):

Cuadro 1 Historia de la Auditoría ⁵⁻¹⁷

FECHA	PERSONAJE	ACTIVIDAD
1750 AC	Código de Leyes de Hammurabi	Acepta la pena del Talión ("Ojo por ojo y diente por diente") y castiga severamente la negligencia.
460 AC	Juramento Hipocrático	Señala en uno de sus párrafos que "... no practicará la talla vesical quien no sabe hacerla" aludiendo puntualmente a un tema de calidad que a pesar del transcurrir del tiempo no es conceptualizado en toda su dimensión.
1854 (S. XIX)	Florence Nightingale	Comparó la mortalidad de los hospitales de Crimea y los de Londres.
1910	Dr. A. Flexner	Promueve un cambio en escuelas y hospitales de Estados Unidos, integrados en gran parte por médicos que tenían una formación técnica deficiente. Concluyó en la no acreditación de 47 Facultades de Medicina.
1910	Ernest Codman	Realizó un estudio retrospectivo de las intervenciones quirúrgicas, después de un año de haberse efectuado.
1914	Ernest Codman	Preside el Comité de Estandarización de Hospitales del Colegio Americano de Cirujanos, donde se daba reconocimiento y calificación a los Hospitales de Estados Unidos.
1952	Joint Commission	Aportes en temas como Acreditación con estándares de estructura, de proceso, luego los audits y las comisiones clínicas de auto evaluación de procesos (peer-review). En 1990 la Agenda para el Cambio.
1961	Dr. Avedis Donabedian	IncurSIONa en el tema de Calidad en Salud, hace su primera publicación, proponiendo como modelo de gestión la evaluación de la Infraestructura, el Proceso y el Resultado y se adopta la siguiente definición: "Aplicación de la ciencia y de la tecnología de tal modo que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos y de conformidad con los recursos disponibles".

En nuestro medio, hacia el año 1975, el Instituto de Seguros Sociales creó la oficina de Evaluación médica y docencia que, diez años después, fue reemplaza 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 mejor¹⁸.

2.2. QUE ES AUDITORÍA MÉDICA?

En la literatura se encuentran múltiples definiciones de la Auditoría Médica dentro de las cuales podemos citar:

“La Auditoría Médica es la evaluación sistemática de la calidad, de la racionalidad técnico-científica y de la racionalización de los recursos de la atención en salud, enfocada principalmente en su proceso y resultado, con el objetivo de evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud, mediante el análisis de la aplicación del conocimiento profesional en la prestación de los servicios de salud. 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”¹⁹.

La Auditoría es la comparación entre una situación observada y el marco referencial normado técnica, legal y/o administrativamente. Los hallazgos o desviaciones se registran para generar acciones que corrijan la situación observada. En la Auditoría Médica se realiza una revisión sistemática y objetiva del trabajo profesional en relación con la atención médica, efectuada por los profesionales de la salud, con base en la historia clínica. Es importante destacar que se trata de una revisión de la práctica médica y no del que la practica, es decir, la auditoría se basa en el acto médico y no se audita la persona. Se trata finalmente de un mecanismo de mejoramiento y perfeccionamiento del acto médico⁵⁻²⁰.

El 80% de las actividades laborales que desempeñan las personas, las realizan en la industria de servicios. El problema de auditar a empresas de servicios de salud radica en poder fijar estándares de calidad para satisfacer la demanda del paciente y su familia. El servicio es un producto intangible por naturaleza, es algo que se consume de manera más o menos simultánea, por lo que el margen de error al brindarlo debe ser mínimo. El usuario del servicio no puede “probar” el producto antes de consumirlo, sino que se forma una opinión del mismo al recibirlo. En este tipo de servicios “el beneficiario del producto” no es sólo el paciente, sino el equipo de médicos que lo atienden. Confiar en la diligencia de las personas es una actitud inocente y errónea. De acuerdo con la curva de la experiencia, a mayor realización de una actividad, el sistema se vuelve más eficiente y eficaz. Sin embargo, se puede caer en vicios de realización con el paso del tiempo, sobre todo, cuando no se hace evaluación y retroalimentación constante y periódica⁵⁻¹⁶.

Auditar a través de métodos sencillos y prácticos, fundamentados en una base firme de conocimiento científico, derivados su vez de los problemas observados y corregidos

en la unidad auditada, son los puntos clave para obtener una evaluación constante. En primer término deben establecerse guías de atención o protocolos, evaluar constantemente si se cumplen como se había planeado y hacer encuestas frecuentes entre los usuarios del servicio. La auditoría se proyecta como una actividad multidisciplinaria, donde prima la idoneidad en los conocimientos de los procesos auditados y en donde se brinda una labor de asesoramiento en aspectos que requieren ser ajustados y validados con base en la ciencia, la tecnología, la legislación y la normatividad vigentes, para dar cumplimiento adecuado a la prestación en aras de la eficiencia y eficacia⁵. Es por esto que la auditoría basada en el proceso sistemático de la atención médica, la historia clínica, el seguimiento de guías de diagnóstico y tratamiento, hacen que ésta, lejos de ser un instrumento punitivo, cumpla sus características de instrumento educativo, correctivo, continuo y de optimización del área médica.

La pobre calidad de la atención implica sufrimiento para el paciente y su familia, sobrecostos en la atención, desperdicio de recursos y problemas legales. Es por esto que la auditoría busca como resultado el mejoramiento de la práctica médica y de la calidad de la atención. La finalidad es hacer un análisis crítico y sistemático, incluyendo los procedimientos utilizados para el diagnóstico y tratamiento, el uso de recursos y el efecto resultante en la calidad de vida del paciente. En consecuencia, el ciclo debe comprender tres niveles¹⁶:

- Fijar estándares
- Medir el desempeño (comparar práctica con normas)
- Instrumentar cambios

Para que el enfoque de la auditoría tenga la suficiente fuerza y contundencia dentro de los objetivos propuestos, debe centrarse en la objetividad del parámetro contra el cual se compara un hallazgo, por lo tanto, es fundamental la implementación de criterios o estándares de comparación que tengan un marco teórico lo suficientemente fuerte que lo respalde y permita generar confianza en la labor realizada por el auditor.

2.3. EL CRITERIO O ESTÁNDAR

El criterio o estándar se forma para poder evaluar si la situación analizada, cumple o no con él. Se debe revestir de certeza y es considerado como “el deber ser”, entendiéndose como los parámetros ajustados a las normas, leyes, prácticas correctas, adecuadas y óptimas que se deben seguir, creando así una línea de referencia entre lo acertado y lo errado. Es el parámetro comparativo que forma el auditor, mediante el proceso de conocimiento del cliente y que tenga relación directa o indirecta con el objeto de estudio o situación auditada⁵.

Estandarizar constituye un mecanismo de formalización y documentación de los procesos que han sido mejorados, es decir, de aquellos que constituyen el núcleo vital del conocimiento de las organizaciones. Tienen que ser realizados con base en los estándares elaborados por consenso que garanticen la previsibilidad sobre los resultados a favor de los usuarios de la organización. El fin último es mantener la previsibilidad sobre los resultados, no con el ánimo de que la variabilidad sea cero, pero sí con el propósito de mantener un rango deseado. Es un proceso selectivo que se aplica sólo a procesos repetitivos⁵⁻¹⁷.

En la medida que se ejecuta un proceso de una misma manera y se hace consciente, se puede mejorar más fácilmente. Se considera a la estandarización como motor de la innovación y como incentivo para la creatividad de las personas que están al frente del proceso. Un buen estándar es aquel que es modificado por lo menos una vez cada 6 meses. Esta premisa obliga a estar buscando mejores maneras de hacer las cosas y con el desarrollo de las personas²¹.

Los objetivos principales que se pretenden con la estandarización de los procesos son: a) el mantenimiento de la calidad para prevenir problemas recurrentes, asegurar el desempeño, la función, la confiabilidad y la seguridad; b) la reducción del costo: logrando la simplificación y optimización; c) mantenimiento de la productividad; d) el manejo y divulgación de la información tanto del cliente externo como interno; y por último, e) participación y contribución social²¹.

CAPITULO III

3.1. IMPORTANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL USO DE CORREDORES ENDÉMICOS

La vigilancia epidemiológica se puede definir como una actividad oportuna, sistemática y periódica de recolección de datos, cuyo objetivo es conocer la distribución de las enfermedades y de todos los factores que afectan directa o indirectamente a la salud de la población. También se incluye el análisis e interpretación oportuna de dichos datos, la difusión de los resultados y las recomendaciones. Conceptualmente es información para la acción²².

Los propósitos de monitorear hechos relacionados con la salud permiten:

- Detectar cambios bruscos en la aparición y distribución de la enfermedad.
- Seguir las tendencias y patrones de enfermedad.
- Identificar cambios en los factores de los agentes y huéspedes.
- Detectar cambios en las prácticas de salud.
- Conocer de manera continua el comportamiento epidemiológico de las enfermedades seleccionadas, sujetas a vigilancia, para ejecutar medidas eficaces y oportunas de intervención.

La vigilancia epidemiológica permite detectar variaciones en el patrón de comportamiento habitual de las enfermedades, es decir, permite identificar cambios anormales (epidemia), con base en el conocimiento de registros históricos y en la proyección del número de casos esperados en una población y espacio particulares, en un período de tiempo definido²². Para que un sistema de vigilancia sea eficiente, debe estar amparado por un marco legal y una normatividad impartida por el Estado, lo que permite generar una comparación e interpretación de datos entre el estándar de

salud definido y los cambios que se presenten en la población, es aquí en donde la auditoria toma como insumo la información extractada del seguimiento y vigilancia epidemiológica para ejercer su labor de evaluación, verificación, seguimiento y control de los resultados en pos de lograr una prestación de servicios de salud de calidad, regidos por estándares científicamente comprobables. Así mismo, los resultados de la auditoria permiten realizar investigación, aplicación de cambios y medidas que generen acciones oportunas.

Para llevar a cabo el seguimiento del comportamiento epidemiológico, existen diversos sistemas de vigilancia epidemiológica y una herramienta muy útil son los corredores endémicos.

El corredor o canal endémico es la representación gráfica de la incidencia actual sobre la histórica, permitiendo detectar de manera temprana cifras anormalmente altas o bajas de casos de la enfermedad en estudio. Lo ideal es la implementación de los corredores endémicos preferiblemente para enfermedades endémicas de incubación breve y evolución aguda. El uso de corredores en pequeñas áreas geográficas, favorece la posibilidad de detectar pequeños brotes locales que resultarían diluidos en el análisis de cifras de regiones más amplias. La selección de la entidad, la población, los años a incluir y los intervalos de tiempo, condicionarán el grado de precisión de los corredores endémicos²²⁻²³. El corredor ideal es el semanal, los mensuales limitan la posibilidad de detectar oportunamente los brotes y por tanto la implementación de medidas de control oportunas, más bien proporcionan una buena descripción del comportamiento comunitario de un problema de salud.

En las enfermedades de evolución crónica, la acumulación de nuevos casos en un breve período de tiempo, no tendrá mayor significación para la vigilancia epidemiológica y seguramente serán la consecuencia de cambios o intensificación de los métodos diagnósticos (tamizajes) o simplemente del azar²⁴.

La elaboración de canales o corredores endémicos permite definir los valores de casos esperados de determinada enfermedad y de esta forma evidenciar de forma gráfica la aparición de un número mayor de casos de los esperados para determinado mes o periodo de tiempo, al graficar el número máximo y mínimo de casos denunciados en cada mes, se genera una “banda endémica” con un área inferior de seguridad y una superior o epidémica lo cual se traduce en una alerta²⁴.

Dentro de las ventajas de la utilización de canales endémicos en la vigilancia epidemiológica debemos destacar lo siguiente^{22_23_25_26}:

- Al ser un proceso continuo y sistemático y no una actividad aislada en el tiempo, permite observar las tendencias de una enfermedad en el tiempo, facilitando el desarrollo de estrategias de impacto.
- No se puede ejecutar sin métodos, requiere de la disciplina en el reporte y notificación de datos, generando una cultura de información que enriquece la labor de diseño y desarrollo de estrategias.
- Permite la comparación entre lo observado y lo esperado, permitiendo detectar cambios rápidamente y anticiparse en estrategias que impacten en la frecuencia, distribución o factores de riesgo determinantes de la enfermedad dentro de una población definida.
- Permite identificar, cuantificar y monitorear las tendencia y patrones del proceso salud-enfermedad en la población, facilitando la labor de acompañamiento de la auditoria.
- Permite también la realización permanente de auditoria de casos clínicos y auditoria concurrente, en donde se establezcan los planes de acción a ser llevados a cabo por el resto del equipo y una retroalimentación conjunta para el mejoramiento de los procesos de atención.
- Permite monitorear los cambios de tendencias de la enfermedad después de haber sido implementadas cada una de las partes que conforman la estrategia. Es importante destacar en este aspecto, la relevancia de tener un evento trazador claramente definido, que refleje el comportamiento de la enfermedad a seguir en todos los niveles y pueda ser seguido de manera continua.
- Así mismo, permite realizar mediciones sobre el impacto de la estrategia y la implementación de planes de mejoramiento que impacten de manera oportuna en los diferentes puntos en donde se interviene.

- A nivel de la auditoria, permite la detección de cambios en las prácticas clínicas, la adherencia o no guías y protocolos establecidos, facilitándose el proceso de planeación de nuevos programas y estrategias de salud, la investigación y control de enfermedades y la implementación de medidas de prevención y control. De esta manera el equipo auditor, interviene de manera proactiva y no reactiva, generando medidas de acción que impacten en el desarrollo y operatividad de la estrategia y el cumplimiento de sus objetivos.
- Con el uso de los canales o corredores endémicos se puede realizar de manera segura una proyección del costo de una prestación. Cuando se tiene definido el número de casos esperados y teniendo unos datos adicionales (costo promedio del evento trazador y promedio días estancias), permite conocer el comportamiento del costo de acuerdo a lo esperado. De esta manera se proyectan y predicen unos márgenes en los costos esperados y en los resultados que se van obteniendo según la meta establecida. Esta predicción del costo económico es fundamental en un sistema de prima fija, como es el sistema de seguridad colombiano, en el cual es necesario, tener un cálculo del costo por mes y por usuario de acuerdo a la unidad de pago por capitación (UPC) que se destina por cada afiliado. Con estos resultados se puede entonces, realizar planeaciones y proyecciones presupuestales acordes con la realidad.
- Igualmente el conocimiento del comportamiento clínico y el comportamiento del costo de una enfermedad, permite generar nuevas estrategias desde todas las áreas: direccionamiento, red de servicios, medicamentos, procesos de atención (atención pre-hospitalaria, urgencias, home care, centros reguladores de atención) formación y capacitación, estrategias en el nivel básico y programas de promoción y prevención.
- La implementación de una estrategia donde se puede predecir el comportamiento de una enfermedad, permite que sea extrapolable a cualquier enfermedad o evento, teniendo en cuenta que se debe escoger un trazador apropiado para realizar el corredor endémico.

En la bibliografía revisada se encontró la utilización de corredores para el seguimiento y comportamiento epidemiológico de muchas enfermedades, especialmente infecto-contagiosas y epidémicas, en donde se comparan la incidencia actual con la histórica, sin embargo, no se encontró que estos fueran utilizados para inferir y proyectar otras estrategias diferentes a las clínicas²²⁻²³⁻²⁷⁻²⁸.

El concepto de vigilancia epidemiológica es de gran magnitud y profundidad puesto que su propósito tiene que ver con la respuesta a la pregunta de qué hacer para mejorar las condiciones de salud y de bienestar de la población, permitido abrir un campo de trabajo a nivel de la salud colectiva.

CAPITULO IV

4.1. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA PARA LA NEUMONÍA Y SUS CAMPOS DE ACCIÓN

La acepción de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) depende del contexto desde el cual se defina. Así, desde el punto de vista patológico, es una inflamación aguda del alvéolo, las vías aéreas distales y el intersticio, secundaria a la invasión por una gran variedad de microorganismos. Sin embargo, la mayoría de las veces su definición está basada en la aparición de un síndrome infeccioso agudo de las vías aéreas inferiores, con hallazgos clínicos y radiológicos claramente establecidos, sin necesidad de acudir a estudios anatomopatológicos. Además el término “adquirida en la comunidad” denota que debe ser incubado en las primeras 48 horas del ingreso al hospital o 7 días después de un egreso hospitalario y no adquirido en acilos o centros de cuidados de índole similar².

En los últimos años hemos asistido a cambios importantes en la epidemiología y el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) con el aislamiento de nuevos patógenos y el desarrollo de resistencia a los antimicrobianos de los tradicionales. Fruto de la constante investigación han aparecido también nuevos agentes antibióticos de utilidad para su tratamiento.

La NAC es una causa importante de morbilidad y mortalidad en la población adulta, especialmente en grupos de riesgo. Constituye un motivo importante de hospitalización y consumo de recursos. La posibilidad de lograr un diagnóstico etiológico preciso está restringida por la gran diversidad de agentes causales, los que a su vez se expresan en un número reducido de formas clínicas. Obtener un diagnóstico preciso requiere la aplicación de numerosas pruebas, algunas de ellas invasivas, lo que limita su uso por el costo y/o complicaciones asociadas²⁹. Su gravedad oscila desde cuadros leves en personas sanas, que pueden confundirse con resfriados, bronquitis o infecciones no respiratorias, hasta cuadros graves que requieren ingreso en unidades de cuidados intensivos y ponen en peligro la vida de los pacientes².

En EE.UU. se estima que 258/100.000 habitantes en la población general y 962/100.000 por encima de los 65 años precisan hospitalización cada año por NAC. Si valoramos estudios de base poblacional, la tasa de hospitalización global por NAC se encuentra en torno al 22-50%, de los cuales un 6% requerirá ingreso en cuidados intensivos. Un aspecto importante es el relacionado con la mortalidad, cuando consideramos a los pacientes con neumonía tratados de forma ambulatoria, la mortalidad no supera el 1%. En pacientes hospitalizados la mortalidad es del 13,7%, en pacientes ancianos del 17,6% y en neumonía bacterémica del 19,6% en un metaanálisis reciente. Además, entre los pacientes que precisaron atención en cuidados intensivos, la mortalidad global ascendió al 36,5%³⁰.

En Chile, la neumonía constituye la principal causa de muerte por diagnóstico específico en la población adulta, superando al infarto agudo de miocardio y la enfermedad cerebro vascular (información del Ministerio de Salud, 1998). De forma similar a lo descrito en otros países, las tasas de ingresos hospitalarios y de mortalidad por neumonía adquirida en la comunidad aumentan en las edades extremas de la vida en la población chilena. En un estudio prospectivo reciente con 463 pacientes adultos inmunocompetentes hospitalizados por neumonía comunitaria, la mortalidad en el hospital fue cercana al 8%, el 2,6% de los pacientes ingresó en la sala de cuidados generales y el 17,5% en unidades de cuidados intensivos³⁰.

En Brasil, la NAC fue la cuarta causa de muerte en el año 2000, con una mayor frecuencia en los menores de 1 año y en los mayores de 70 años, tal como informó el Ministerio de Salud en dicho año³⁰.

En Colombia la NAC es la sexta causa de muerte y en 1995 se presentaron 84.020 casos de NAC y la mortalidad en una cohorte de pacientes de 4 centros hospitalarios del país en estudios recientemente publicados fue de 6.1%².

La NAC condiciona además una morbilidad significativa, ya que es causa de síntomas persistentes y ausentismo laboral. En un estudio poblacional reciente se observó que la desaparición de los síntomas requería una media de 5,4 días desde el diagnóstico, mientras que el tiempo medio para la reincorporación a la actividad habitual fue de 23 días. La resolución radiológica se alcanzó en los primeros 30 días en casi el 90% de los pacientes; sin embargo, en pacientes ancianos y portadores de otras

enfermedades es frecuente la persistencia de los síntomas atribuibles a la infección respiratoria 1- 2 meses después del episodio (evidencia de nivel II)³⁰.

De acuerdo con el análisis de la información generada por la EPS|Sura y según el canal endémico para neumonía adquirida en la comunidad en la Regional Antioquia, el 54% de los egresos anuales se presentan durante el primer semestre del año y el 46% en el segundo semestre.

Según las guías de la Asociación Americana del Tórax³¹ y de acuerdo a los resultados de las investigaciones realizadas en medicina basada en la evidencia, se ha logrado determinar que el manejo de la NAC basado en la estratificación del riesgo es más costo efectiva que el manejo convencional de esta enfermedad.

Por lo tanto en todo paciente con NAC es necesario conocer las siguientes características, en cuanto al SCORE⁸ (validación del diagnóstico de neumonía con base en los signos y síntomas de la enfermedad) y el CURB-65⁹, instrumento recientemente validado, el cual es la regla de predicción acogida por la Sociedad Británica del Tórax (BTS - British Thoracic Society). Este instrumento identifica cuatro parámetros clínicos y uno bioquímico resumidos bajo la nemotecnia CURB-65 (Confusion, Urea, Respiratory rate, low Blood pressure, age 65 years or greater) y propone subsecuentes grupos de riesgo, que son los pilares fundamentales de esta estrategia^{2,8}.

Todo paciente que ingrese a hospitalización con diagnóstico de neumonía se le aplicará en las primeras 24 horas del ingreso el SCORE y el CURB-65.

SCORE	
Signos de Neumonía	Síntomas de Neumonía
1. Temperatura > 38.3 < 36.5	1. Presencia de Tos.
2. Crépitos o signos de consolidación	2. Aumento o cambio en características del esputo.
3. Leucocitosis con desviación a la izquierda > de 12.000 o < 5.000, bandas mayor de 10%.	3. Taquipnea: FR > 30 respiraciones por minuto
	4. Dolor pleurítico

Tres de esto síntomas o signos más unos Rx de tórax sugestivos de neumonía hacen el diagnóstico.

CURB-65

1. Estado de conciencia: Ubicado en las 3 esferas.
 2. Uremia: BUN mayor de 20.
 3. Presión Arterial Sistólica menor de 90 o menor de 30 mm / Hg de la presión arterial sistólica que maneja el paciente, si es hipertenso.
 4. Frecuencia respiratoria mayor de 35.
 5. Edad mayor de 65 años.
-

Cada ítem da un punto y el manejo según el resultado del SCORE es:

- 1 Ambulatorio.
- 2 ó 3 Hospitalizado.
- 4 ó 5 Hospitalizado en UCI.

La implementación de la estrategia consiste en un programa de manejo de enfermedad, el cual atraviesa todos los niveles de atención y procesos de la atención en Salud, permitiendo el enfoque en una población definida y en un grupo de IPS Básicas y de prestadores de segundo y tercer nivel, teniendo claras premisas como calidad en la atención y uso racional de los recursos incluidos en el plan de beneficios del POS.

El principal objetivo de la estrategia es una reducción continua, duradera y homogénea de los egresos hospitalarios por esta enfermedad, sin comprometer la calidad de la prestación y evitando someter al paciente a riesgos innecesarios por exposición a otros factores. Para lograr tales objetivos, es indispensable avanzar en las diferentes líneas de acción planteadas. La estrategia plantea claramente la importancia de incrementar el "capital profesional" del cual dispone y fomentar la sensibilización sobre cada uno de los lineamientos establecidos. Esto supone una visión innovadora, en línea con las tendencias actuales en este ámbito^{25,32}.

El proceso inicial implica el diseño y adecuación de la guía de atención de neumonía por parte de los asesores científicos y su respectiva validación y aprobación, la

implementación de la guía en el primer nivel de atención, el seguimiento al comportamiento del manejo de la neumonía en los diferentes centros de referencia evaluando días estancia, costo, rehospitalizaciones, análisis de evitabilidad hospitalaria y pertinencia clínica, el direccionamiento desde el centro regulador a los prestadores con mejores indicadores de calidad y un programa de Auditoría de acompañamiento en todos los niveles de atención y en cada una de las áreas que intervienen en el proceso de atención.

Para que la estrategia se desarrolle adecuadamente y logre su objetivo principal, es importante la creación de compromisos por parte de cada uno de los actores que participan en ella, de la adecuada comunicación e interacción entre los diferentes procesos que hacen parte de la prestación y a su vez de la coordinación y orientación desde un nivel central a través de una dirección científica que permita canalizar y recoger la gestión de cada área participante del proceso, consolidar la información, realizar seguimiento y análisis de trazabilidad del comportamiento de la enfermedad dentro de los canales, consolidar y presentar los resultados del impacto sobre la enfermedad en cuestión.

Dentro de las actividades que deben desarrollarse en cada área y que se deben articular para la implementación adecuada de la estrategia se encuentran:

- Diseño de cronograma de elaboración, implementación y seguimiento por cada una de las áreas integradoras del equipo.
- Actualización de la guía de neumonía adquirida en la comunidad (NAC).
- Definición de criterios de medición y evaluación de la severidad de la enfermedad para el manejo ambulatorio u Hospitalario (SCORE - CRUB-65).
- Implementación y socialización de la guía al personal médico y paramédico de las IPS básicas y los servicios de urgencias por donde accederán los pacientes.
- Formación del personal a través de formaciones virtuales, presenciales, evaluaciones, aplicación de talleres, streaming, entre otros.

- Elaboración de herramienta para el monitoreo epidemiológico virtual (MEV).
- Socialización y entrenamiento sobre el manejo de la herramienta y la consolidación de la información a los auditores del nivel básico y a los directores de las IPS para ser retroalimentados.
- Elaboración y seguimiento de corredores endémicos de neumonía con base en la información histórica de 5 años atrás.
- Socialización y entrenamiento al centro regulador, pues a través de éste se canalizan todos los casos para aplicar los criterios de ubicación y direccionamiento.
- Diseño de un plan de priorización de IPS por enfermedades o cluster de IPS que manejan un comportamiento epidemiológico similar con igual cantidad de usuarios asignados para poder ser comparables.
- Creación de un direccionamiento por enfermedad desde el nivel central.
- Estrategia de compensación a prestadores por concentración de hospitalizaciones para manejo médico.
- Diagnóstico de la situación de las variables del manejo de la neumonía.
- Elaboración de herramientas de seguimiento hospitalario en el manejo de la enfermedad.
- Capacitación al equipo de Auditores de los 3 niveles de atención.
- Creación de usuarios y acceso a software o aplicativos necesarios para la gestión tanto para los auditores de la EPS como para el manejo de la información desde las IPS básicas.
- Seguimiento al impacto de la estrategia.

- Auditoría en el nivel básico, atención domiciliaria, urgencias y atención pre hospitalaria en adherencia a la guía.

4.2. EJEMPLO DE IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA

A continuación se describirá la implementación de una estrategia de salud, enfocada en una enfermedad como la Neumonía adquirida en la Comunidad, diseñada e implementada por una empresa promotora de salud (EPS) del régimen contributivo, en Colombia y cuya sede principal se encuentra en la Ciudad de Medellín.

Para la Empresa Promotora de Salud de Suramericana de Seguros S.A. (EPS|Sura) los egresos hospitalarios alcanzan el 40 % del costo total. Estos egresos fueron evaluados con base en la frecuencia, estableciendo un indicador trazador, el cual hace referencia a la existencia de alguna falla en el proceso de atención a cualquier nivel de atención. Evaluaron el comportamiento de las 10 primeras causas de egresos hospitalarios, mes a mes durante los años 2006 y 2007 y encontraron que la neumonía adquirida en la comunidad era la primera causa de egresos, excluyendo partos y cesáreas. Determinaron así impactar sobre esta enfermedad y diseñaron la estrategia “*Todos juntos por la neumonía*”, enfocada al manejo rápido y oportuno del paciente, la disminución de las hospitalizaciones, la disminución de los días estancia hospitalarios, los costos y las complicaciones que trae el manejo de dicha enfermedad.

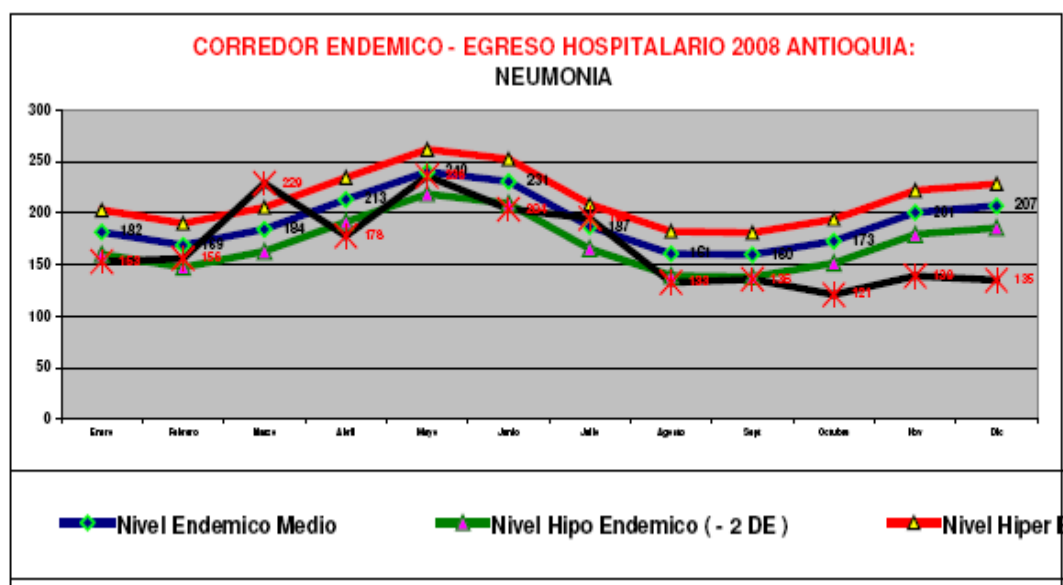
Partieron de la definición de enfermedad a impactar y definieron la implementación de corredores endémicos basados en la información del diagnóstico al alta del paciente, de los egresos hospitalarios en los últimos cinco años por esa enfermedad, por cada regional y por mes, en donde la EPS tiene influencia. Realizaron una adaptación a la herramienta cambiando las semanas epidemiológicas por meses calendario, permitiendo la utilización de la información disponible en las bases de datos. Igualmente utilizaron agrupación de diagnósticos relacionados con neumonía de la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 con el fin de obtener el mayor número de casos con diagnóstico de egreso hospitalario relacionados con esta enfermedad.

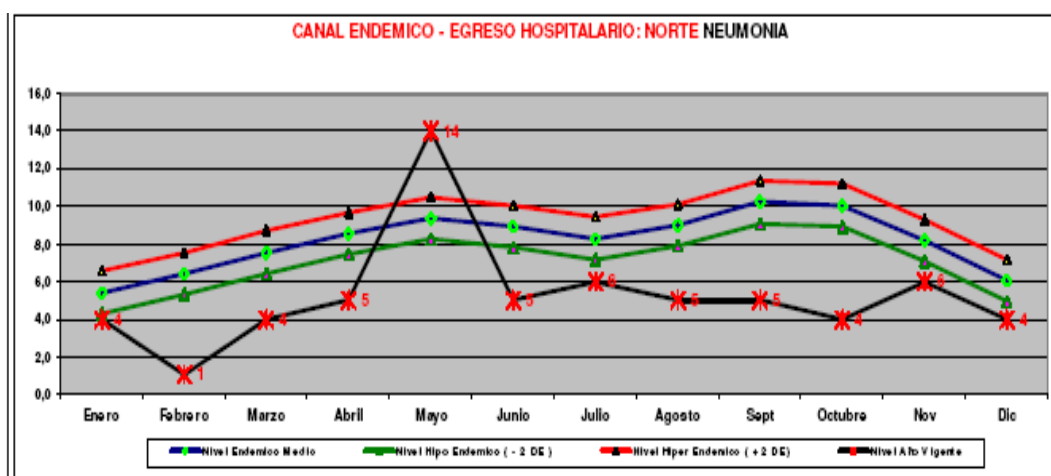
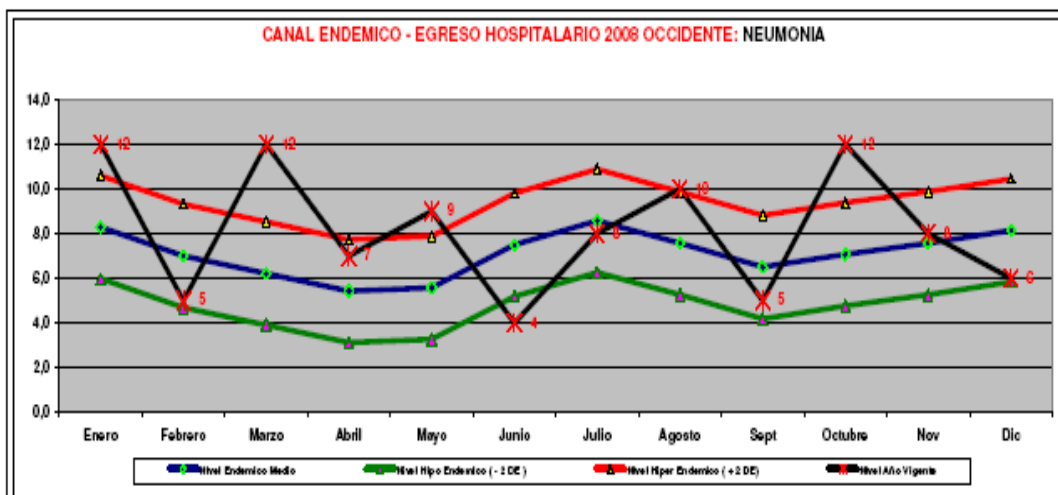
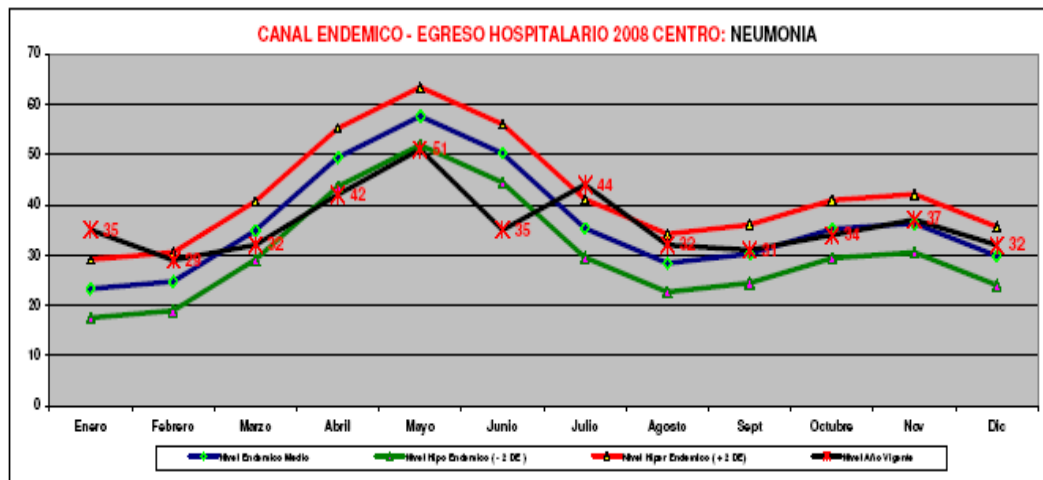
A través de los corredores endémicos definieron Indicadores de Evitabilidad para la neumonía. Obtuvieron el promedio de egresos hospitalarios por NAC en los últimos cinco años, y ponderaron el número esperado de egresos por cada 100.000 afiliados, teniendo en cuenta las variaciones mensuales de la población expuesta afiliada, definiendo así que para el 2008, tendrían 16.87 egresos por mes.

De la información arrojada por la herramienta, evidenciaron que el comportamiento epidemiológico de los egresos por NAC era diferente para cada regional, observándose similitudes en algunos meses del año debido a variables tales como los cambios climáticos estacionarios de cada una de las regiones.

El corredor endémico aplicado por la EPS|Sura para la implementación de la estrategia está construido con los parámetros de +2 y -2 desviaciones estándar, lo que incluye el 95,6% de los datos de los últimos 5 años (ver gráficos).

Corredor Endémico NAC por Regional Año 2008





La definición de este problema los llevó a tomar la decisión de abordar el tema de forma integral, primero desarrollaron y adaptaron una guía de abordaje basada en la evidencia científica disponible en el momento, en referentes internacionales ajustados a los diferentes procesos de atención y al plan de beneficios del Sistema de Seguridad Social (Ley 100 de 1993, sus modificaciones y adiciones).

Para el proceso de implementación de la guía y de la estrategia por parte de la EPS|Sura, al personal de salud de las IPS básicas, auditores de los diferentes niveles de atención, personal administrativo involucrado en el proceso de atención, incluyeron: formación virtual, difusión de las guías por Internet, video-conferencias y convenios de educación médica continuada con ASCOFAME en donde se trataron temas médicos relacionados con la NAC a través de folletos de auto estudio, con validación vía electrónica y la respectiva certificación por parte del ente responsable.

De igual forma desarrollaron e incluyeron actividades por parte del equipo de auditoría dentro de las que se destacan:

- Aplicación de encuesta a cada uno de los participantes de la atención, evaluándose: conocimiento de la guía y de la estrategia, herramientas de seguimiento, definición de los clusters por enfermedades e IPS, impacto de la misma, seguimiento del paciente ambulatorio, socialización de la estrategia, clasificación SCORE y CURB-65, tratamiento médico indicado por la guía.
- Implementación del monitoreo epidemiológico virtual (MEV) que relacionaba 3 códigos de NAC de la clasificación CIE-10 (J159, J181 y J189) seleccionados por la dirección científica los cuales se reportan de manera automática a través de correo electrónico a los auditores de IPS básicas.
- Consolidación de la información recolectada por los auditores y seguimiento a la implementación de la Estrategia de manera integral.

Así mismo integraron a la estrategia otros servicios de los cuales disponen dentro de la atención de sus afiliados, tales como la atención domiciliaria y el centro regulador, los cuales cumplen funciones importantes de regulación, administración y control de la estrategia.

En términos generales, la EPS|Sura se encuentra en una etapa donde ha logrado evidenciar los primeros resultados de la estrategia, revelando la necesidad de seguir ajustando y verificando las acciones que se realizan en todos los niveles de atención.

Las mejoras al sistema las verán ratificadas en el tiempo, en la medida en que controlen variables como direccionamiento y estancia hospitalaria.

RECOMENDACIONES

La implementación de una estrategia en salud, basada en la información arrojada al analizar corredores endémicos de un problema definido, en la implementación y seguimiento de una guía de atención para una enfermedad en particular, todo enmarcado dentro de el seguimiento, acompañamiento y control de un programa de auditoria con alcance en todos los actores que participan de la prestación del servicio, demuestra que al integrar todos los niveles de atención y procesos de una compañía en un propósito común, se logran mejores resultados que si se asumiera el problema de manera desarticulada.

La implementación de estrategias de salud debe ir encaminada al fortalecimiento de la prestación de servicios de salud con calidad, en donde el paciente sea el objetivo principal, pero sin descuidar los factores administrativos y económicos que se encuentran enmarcados en el ámbito mismo del servicio, así como los factores inherentes al entorno socio-político, cultural y social en donde se enmarque el objeto de la atención.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹. Oviedo Mota MA, Trejo y Pérez JA, Reyes Morales H, Flores Hernández S, Pérez Cuevas R. Fundamentos de las guías clínicas basadas en evidencia. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/dpmedicas/guiasclinicas/marcoConceptual.html>
- ². González LG, Quintero A. Neumonía Adquirida en la Comunidad - Manejo del paciente adulto inmunocompetente. Programa de Actualización Médica. ASCOFAME-SUSALUD 2006; (2): 49-61.
- ³. Carbonell Abelló J, Benet Trave J. Praxis Clínica y Responsabilidad, Importancia del uso de los Protocolos y Guías de Práctica Clínica. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/Utilidad>
- ⁴. Romero, A. Como diseñar un plan de implementación de una guía de práctica clínica. REDEGUIAS-GuiaSalud, 2005. Disponible en : <http://www.guiasalud.com.es/> y <http://www.redeguias.edu.es/>
- ⁵. Fonseca Lazcano JA y col. Auditoría médica. Artículo de Revisión. Med Int (Mex). Enero-Febrero 2009, 25(1):23-30. Disponible en: http://www.nietoeditores.com.mx/download/med%20interna/ene-feb2009/MedInt25_23-30.pdf
- ⁶. González R. Destreza en la estrategia, basado en el libro “El Proceso Estratégico” de Mintzberg H y Quinn J.B. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana, México, 1993. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/henrym/henrym.shtml>
- ⁷. Calvete Oliva A. Estrategia de salud de la Unión Europea: salud pública para las personas europeas. Rev. Esp. Salud Publica [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2009 Oct 13] ; 82(3): 273-281. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300004&lng=es
- ⁸. Morgan, Diagnosis and Management of Pneumonia in the Emergency Department Infection Disease Clinical of Northamerica 22,2008:53-72.

-
- ⁹. Lara A, et al. Protocolo de Investigación Validación de Escala para predecir NAC (CURB-65) Rev Colombiana de Neumología [revista en la Internet]. 2004 16 (1). Disponible en:
www.scielo.org.co/pdf/rcneum/v16n1/v16n1a3.pdf
- ¹⁰. Abordaje del paciente adulto con Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC). Guías de Atención Integral EPS|Sura. Disponible en:
http://www.epssura.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=243&Itemid=121
- ¹¹. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version. Disponible en:
www.agreecollaboration.org
- ¹². Field MJ, Lohr KN, eds. Clinical practice guidelines: Directions for a new Agency. Institute of Medicine. Washington D.C.: National Academic Press; 1990. 58.
- ¹³. Casariego Vales E, Briones Pérez de la Blanca E, Costa Ribas C. Grupo de Red Temática de Investigación sobre Medicina Basada en la Evidencia. ¿Qué son las GPC? - Guías Clínicas 2009; 9 (1): 1. Disponible En: <http://www.fisterra.com/guias2/FMC/queson.asp>
- ¹⁴. Castiñeira Pérez C, Costa Ribas C, Louro González A. Grupo MBE Galicia, integrado en la Red Temática de Investigación sobre Medicina Basada en la Evidencia Lectura crítica de una Guía Clínica (GPC) - Guías Clínicas 2005; 5 (1): 1. Disponible en:
http://www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/20/gpc.asp
- ¹⁵. ACR Practice Guideline for the performance of screening mammography. American College of Radiology ACR.1999
- ¹⁶. Montilla Galvis OJ, Herrera Marchena LG. El Deber Ser de la Auditoría, Estudios Gerenciales, Universidad ICESI. Enero - Marzo de 2006. (98). Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/eg/v22n98/v22n98a04.pdf>
- ¹⁷. Piscocoya J. Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/anales/v61_n3/Cal_aten_Salu.htm

-
- ¹⁸. La Auditoría Médica, Gestión en Salud. Disponible en:
<http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/A/Auditoríamedica/Auditoríamedica.asp>
- ¹⁹. La Auditoría Médica. Disponible en: <http://auditoríamedica.wordpress.com/quienes-somos/rol-de-nuestros-auditores-medicos/>
- ²⁰. Tamayo León R. La Auditoría Médica Dentro del Sistema de EPS. Cajamarca-Perú Octubre 2008. Disponible en:
http://www.seps.gob.pe/educacion/foros/files_caj/D2_05%20La%20auditoría%20medica%20-%20SEPS%20Rtamayo.pdf
- ²¹. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Unión Temporal: Instituto de Ciencias de la Salud CES - Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Disponible en:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo16458DocumentNo4831.PDF>
- ²². Gómez Becerra CM. Corredores Endémicos con Media Geométrica y su Intervalo de Confianza: Una nueva y eficiente alternativa para la vigilancia. 2006 (12); 09-39. Disponible en:
file:///C:/Trabajo/Sitios Web/My Webs/bvs/rtv_files/rtv0400.htm
- ²³. Ferrario C, Rial MJ, Magariños M, Vacirca S, Califano G. Confección de corredores endémicos de virus respiratorios. Disponible en:
<http://www.elizalde.gov.ar/novedades/end%E9micos.pdf>
- ²⁴. Bortman M. Elaboración de corredores o canales endémicos mediante planillas de cálculo. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 5(1), 1999
- ²⁵. Restrepo HE. Conceptos, evolución histórica y enfoques de promoción de la salud. Facultad de medicina UdeA. Seminario Taller "Promoción de la salud" FNSP. Agosto, 2005. Disponible en:

<http://medicina.udea.edu.co/SYS/paginaweb/Documentos%20006/CONCEPTOS,%20ENFOQUES,%20ESTRATEGIAS%20DE%20PS.doc>

²⁶. Hernández Sosa L, Pérez García S, Apolinaire Pennini J, Valladares Vilches M. Implementación de un sistema de vigilancia en salud por corredores endémicos en el departamento de urgencias. *Rev Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* [serie en Internet]. 2008 agosto 29; [citado 2009 octubre 25]; 6(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/519>

²⁷. Rial MJ, Alarcón N, Ferrario C *et al.* Corredores endémicos: Una herramienta útil para la vigilancia epidemiológica de la influenza. *Rev. Argent. Microbiol.*, Ene./Mar. 2008, 40, (1); 37-40. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-75412008000100008&script=sci_arttext

²⁸. Buitrago G, Leal AL, Eslava J, Álvarez C, Méndez M. Canales Endémicos y Marcadores de Resistencia Bacteriana, en Instituciones de Tercer Nivel de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública* 2006; 859-70. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42289906>.

²⁹. Pineda Vélez MV. Neumonía adquirida en la comunidad. Instructora Fundación Salamandra. *Fisioterapeuta Universidad del Cauca*. 2008; (1): 1-14. Disponible en: http://www.salamandra.com.co/storage/documentos_109/Neumonia.pdf

³⁰. Mandell LA, Wunderick RG, Anzueto A, *et al.* Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis* 2007;44 (2):S27-72.

³¹. Burke A. C. Pneumonia, Community-Acquired. 2007. Disponible en: www.emedicine.org

³². Álvarez Hidalgo FJ. La estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo 2007 - 2012: un paso adelante en la protección de los trabajadores europeos. *Med. segur. trab.* [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2009 Oct 13]; 53(207): . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000200001&lng=es

