

**AUDITORÍA DE CALIDAD TRADICIONAL VS AUDITORÍA DE CALIDAD Y
COSTOS EN SALUD. UNA REVISIÓN DE SUS ELEMENTOS
DIFERENCIADORES Y COMUNES**

Investigador: **ABELARDO GUZMÁN HURTADO**

Asesor de investigación: **ARLEX URIEL PALACIOS BARAHONA**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
GRUPOS DE INVESTIGACIÓN: DESEMPEÑO DE PROGRAMAS EN SALUD
MEDELLÍN
2014**

**AUDITORÍA DE CALIDAD TRADICIONAL VS AUDITORÍA DE CALIDAD Y
COSTOS EN SALUD. UNA REVISIÓN DE SUS ELEMENTOS
DIFERENCIADORES Y COMUNES**

Investigador: **ABELARDO GUZMÁN HURTADO**

Asesor de investigación: **ARLEX URIEL PALACIOS BARAHONA**

Trabajo de investigación para optar al título de:
MAGISTER EN CALIDAD EN SALUD

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
MEDELLÍN
2014**

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| RESUMEN..... | 4 |
| ABSTRACT..... | 6 |
| 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 7 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 7 |
| 1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA..... | 9 |
| 1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN..... | 9 |
| 2. MARCO TEÓRICO..... | 10 |
| 2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y MARCO NORMATIVO..... | 10 |
| 2.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS..... | 14 |
| 2.3 MARCO CONCEPTUAL..... | 14 |
| 2.3.1 La calidad en los servicios de salud..... | 14 |
| 2.3.2 La auditoría de los servicios de salud..... | 16 |
| 2.3.3 Los costos de la atención en salud..... | 18 |
| 2.4 MARCO CONCEPTUAL DE AMBOS ENFOQUES – ELEMENTOS COMUNES Y DIFERENCIADORES..... | 20 |
| 3. OBJETIVOS..... | 22 |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL..... | 23 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 23 |
| 4. METODOLOGÍA..... | 23 |
| 4.1 Tipo de estudio..... | 24 |
| 4.2 Población y fuente de información..... | 24 |
| 4.3 Proceso de obtención de la información..... | 24 |
| 4.4 Instrumento de recolección de información..... | 28 |
| 4.5 Plan de recopilación de datos..... | 29 |
| 4.6 Plan de divulgación de los resultados..... | 30 |
| 5. CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 30 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6. | RESULTADOS..... | 31 |
| 6.1 | RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA EN LA LITERATURA..... | 31 |
| 6.2 | ESTUDIOS EXCLUIDOS..... | 32 |
| 6.3 | DESCRIPCIÓN DE ELEMENTOS DIFERENCIADORES Y COMUNES DE AMBOS ENFOQUES..... | 33 |
| 6.3.1 | El enfoque tradicional de la auditoría de la calidad en salud..... | 33 |
| 6.3.2 | El enfoque que integra la auditoría, la calidad y los costos..... | 37 |
| 6.3.3 | Los elementos comunes a ambos enfoques..... | 43 |
| 7. | DISCUSIÓN..... | 49 |
| 8. | CONCLUSIONES..... | 53 |
| 9. | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 55 |

RESUMEN

Se realiza una revisión de los elementos que se abordan en la literatura cuando se trata el enfoque tradicional de la auditoría de la calidad en salud y de los elementos que se mencionan cuando se trata la auditoría de calidad asociada a los costos de los servicios. Paralelamente, se identifican algunos elementos comunes a ambos enfoques. La totalidad de los documentos revisados son de corte descriptivo.

Elementos como la actitud no punitiva, la retroalimentación y la revisión por pares, se destacan en torno a la auditoría de calidad tradicional; la relación calidad y costo, la costo eficacia de la auditoría y el costo del ejercicio de la auditoría son los elementos diferenciadores que pertenecen al enfoque de auditoría conjunta de la calidad y los costos.

Se identifican además como elementos transversales a ambos enfoques el cambio actitudinal de los auditados, el desconocimiento de los profesionales en torno a los costos y las opiniones en contra de la auditoría.

Se desprende de esta revisión que a la auditoría de la calidad en salud, independientemente de su enfoque, se le reconocen méritos en el mejoramiento de los procesos organizacionales, incluyendo los asistenciales. Sin embargo, se enfrenta a muchos obstáculos en su ejercicio, producto de sus propias fallas estructurales y de la percepción negativa que de ella tienen los auditados.

Palabras clave

Revisión, auditoría de calidad, costos, elementos diferenciadores, elementos comunes.

ABSTRACT

A review of the elements addressed in the literature when the traditional approach to the audit of the health and quality of the items mentioned is when the quality audit costs associated with the services is performed. Similarly, some elements common to both approaches are identified. All the documents reviewed are descriptive court.

Elements such as the non-punitive attitude, feedback and peer review, stand around the traditional audit quality; the value and cost effectiveness of the audit cost and the cost of the audit exercise are the differentiating elements belonging to approach joint audit quality and costs.

Are further identified as cross both approaches the attitudinal change of audited, ignorance of professionals around the costs and opinions against the audit.

It is clear from this review that the audit quality health, regardless of your approach, you will recognize merit in improving organizational processes, including healthcare. However, it faces many obstacles in its exercise, the product of its own structural flaws and negative perceptions of it have audited.

Keywords

Review, quality audit, costs, differentiating elements, common elements.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de las definiciones tradicionales de calidad, en su aspecto técnico, de servicio, de satisfacción del paciente, etc., no incluyen el costo de la asistencia. La calidad de la atención en salud, concebida como la obtención de los niveles de salud óptimos para los usuarios, debe ser el resultado de la correcta aplicación de estándares asistenciales y administrativos. En medio de un ambiente en el que se encuentra cierta hostilidad hacia los controles sistemáticos, es difícil identificar en tiempo real los errores cometidos y lograr la aceptación de los mismos por parte del equipo de salud. Todo ello hace obligatoria la actuación de la auditoría en los servicios de salud.

Los criterios aplicados para las evaluaciones de los servicios se enfrentan a dos enfoques fundamentales: primero, los basados en la medición del nivel de calidad de los servicios, sin tener en cuenta el costo que representa la mala calidad; segundo, los basados en la contención del costo de los servicios, dando poca importancia a la calidad.

Ambos enfoques son inapropiados. La sobreutilización, la subutilización y el despilfarro en salud equivalen al 30% de los recursos que en ella se gastan (29). Esto, en EEUU equivale en el año a U\$420.000 millones. Según las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013 de la OMS (65), el gasto total en salud como porcentaje del PIB en muchos países crece exponencialmente, sin que éste aumento refleje necesariamente una mejor situación de salud para la población. Dicho informe reporta que Estados Unidos realizó el mayor gasto en salud en el mundo en el 2010 como porcentaje del PIB, con un 17.6%. Por su parte Colombia reporta 6.5%, colocándose en un nivel medio a nivel mundial.

No se puede entonces cerrar los ojos ante esta realidad. A nivel general en algunas instituciones de salud se sigue girando en torno a esfuerzos institucionales aislados para consolidar modelos de auditoría que evalúen la calidad del componente asistencial, pero muy poco se ha avanzado en la identificación paralela que dichos modelos deberían hacer de los costos de la atención. En muchos casos se ha tergiversado su objetivo bajo el pretexto de controlar la actuación poco racional del equipo de salud que tiene a cargo un paciente.

El aporte de la auditoría de calidad tradicional para la identificación de los costos ha sido pobre. La auditoría debe representar una herramienta de control administrativo y técnico, que hoy se tiende a denominarse auditoría integral sistémica (66), buscando determinar la eficiencia, la eficacia y la economía con que se manejan los recursos disponibles de una organización para el logro de sus objetivos.

No existe la plena convicción entre los propios auditores o los escritores del tema que un enfoque de auditoría sea mejor que otro, en tanto que a todas se les reconocen méritos en relación con sus aportes para las decisiones gerenciales en las instituciones.

Sin embargo, también han sido cuestionados desde diversos ámbitos tanto los criterios de evaluación utilizados por la auditoría como el costo beneficio de sus actuaciones. Algunos opinan que la auditoría no ha logrado modificar las actuaciones profesionales como producto de su intervención y que la falta de credibilidad en la auditoría seguirá creciendo, independientemente de su enfoque.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Calidad y costo se consideran, hoy más que nunca, dos elementos inseparables en la gestión de los servicios de salud y deberían ser el eje central de la actuación de la auditoría en las instituciones de este sector. Un sistema de control de calidad en salud podría agregar valor si se acompaña de la valoración de los costos de las actuaciones profesionales.

Aunque los sistemas de evaluación y control son ampliamente utilizados para promover la mejora de la calidad en las organizaciones de salud, las características de sus diferentes enfoques han sido poco investigadas y no existen en la literatura mundial revisiones comparativas de los mismos.

Es importante entonces disponer de información organizada en la que se muestren los elementos que asemejan y diferencian a la auditoría de la calidad tradicional en relación con la que integra los costos en los servicios de salud.

Como se verá en esta revisión, ambos enfoques tienen sus particularidades y sus elementos comunes. No se trata de calificar cual es mejor o peor, sino de explorar los elementos coincidentes y divergentes que presenta la literatura mundial en cada caso.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los elementos diferenciadores y comunes entre el enfoque de auditoría de calidad tradicional y el enfoque que integra los conceptos de auditoría, calidad y costos en salud?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y MARCO NORMATIVO

La auditoría como profesión fue reconocida por vez primera bajo la Ley Británica de Sociedades Anónimas en 1862, con la intención de prevenir el fraude y los desfalcos contables. Entre este año y 1905 la profesión floreció en Inglaterra y se introduce en Estados Unidos en 1900, cambiando paulatinamente su enfoque original por el de detectar la condición financiera que presentaban las empresas (67).

Paralelamente se desarrollaba en Estados Unidos la auditoría interna y del Gobierno y se advertía la importancia de un buen sistema de control interno organizacional, independiente de la auditoría contable.

Algunos datos importantes sobre el desarrollo de la auditoría en los servicios de salud en el mundo se pueden resumir así (3, 68):

- El primer programa de Auditoría Médica, fue instaurado en 1910 por Flexner, cuando da a conocer un informe denominado “cirugías, verdaderas trampas mortales”, en el que condena las intervenciones quirúrgicas realizadas por médicos generales, faltos de capacitación adecuada y sin pericia, sumadas a la deficiencia del sector hospitalario.
- En 1951 se crea en Norteamérica la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales.
- En Gran Bretaña se tienen reportes de calidad desde mediados del siglo XIX, cuando se pusieron en marcha controles de calidad en la atención anestésica.

- En 1960 el Seguro Social Mexicano inicia programas de Evaluación de Calidad en Salud.
- También en la década de los 60' la expansión de las obras sociales crea en Argentina la necesidad de controlar la calidad de la atención médica, la cantidad de las prestaciones y la verificación de la facturación.
- En 1972 en Estados Unidos se crea el PSRO (Professional Standard Review Organization), con el objetivo de evaluar si los servicios provistos por Medicare y Medicaid eran médicamente necesarios, acordes a estándares de calidad y con el nivel más económico que pudiera garantizar calidad.
- En 1983 en Canadá se exige por parte del gobierno poner en marcha programas de Garantía de Calidad.
- En 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
- En Estados Unidos se crea en 1989 la Agency For Health Care Policy and Research (AHCPR), con el objetivo de controlar el gasto en salud y crear guías de práctica clínica, en una intención que se aproximaba a los objetivos actuales de la auditoría en los servicios de salud.

En Colombia el Instituto de Seguros Sociales, entre 1983 y 1987, empezó a realizar abordajes teóricos sobre calidad en los servicios de salud, que se detallaron en el documento "Garantía de Calidad de los Servicios de salud".

El marco normativo de la auditoría de calidad en Colombia se remonta a la

reforma constitucional de 1991, que en sus artículos 209 y 269 estableció el deber de la administración pública, de diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control, cuya calidad y eficiencia sería evaluada por la Contraloría General de la Nación.

La Ley 87 de 1993, reglamentada parcialmente por el Decreto 1537 de 2001, implementa, desarrolla y consolida las auditorías internas en el sector estatal, y su filosofía y enfoque es el de retomar del sector privado la práctica de la auditoría, el control interno y otras herramientas de tipo gerencial.

La Ley 100 de 1993, en el artículo 227, control y evaluación de la calidad del servicio de salud, estipula que es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, incluyendo la Auditoría Médica como componente de obligatorio desarrollo en las entidades actoras del sistema de salud.

El mayor impulso dado al desarrollo de la auditoría de calidad en Colombia se produce con la expedición del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (69, 70, 71), cuyo origen se remonta a 1996 con la expedición del Decreto 2174, reglamentario de la Ley 100, que incluyó como uno de sus componentes fundamentales la denominada “Auditoría Médica”, con el objetivo esencial de mejorar la calidad de los servicios de salud mediante la aplicación de las técnicas de auditoría de aceptación común.

Seis años más tarde aparece el Decreto 2309, que define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cambia la denominación del componente Auditoría Médica por el de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC),

enfaticando en la evaluación sistemática de los estándares de calidad de los servicios de salud.

Esta norma es derogada por el Decreto 1011 de 2002, que ratifica la denominación del componente PAMEC y lo define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. Al colocarlas de obligatoria aplicación, transforma en norma las Pautas Indicativas expedidas el Ministerio de Protección Social (72), documento que establece la ruta crítica de implementación del Programa de Auditoría en las Instituciones de Salud, cuyas actividades se enmarcan en la categoría de métodos de evaluación de problemas de calidad, pero paralelamente define que los recursos que una organización destine 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 válidos y confiables.

Finalmente, puesto que no existe en la normatividad vigente una reglamentación explícita para el ejercicio de la auditoría, se acepta que las técnicas y la metodología para realizar las auditorías de calidad en salud pueden desarrollarse en un marco normativo genérico, que se relaciona con las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA), en las cuales se admiten 10 elementos, a saber (73):

Normas Generales o Personales

1. Entrenamiento y capacidad profesional
2. Independencia
3. Cuidado o esmero profesional.

Normas de Ejecución del Trabajo

4. Planeamiento y Supervisión

5. Estudio y Evaluación del Control Interno

6. Evidencia Suficiente y Competente

Normas de Preparación del Informe

7. Aplicación de los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados.

8. Consistencia

9. Revelación Suficiente

10. Opinión del Auditor

Estas son normas de carácter general, que tuvieron origen en los Boletines emitidos por el Comité de Auditoría del Instituto Americano de Contadores Públicos de los Estados Unidos de Norteamérica en 1948. Regulan la ejecución de las actividades de auditoría, sea cual fuere su enfoque, y ayudan al auditor a cumplir con los requisitos de personalidad, del trabajo que ejecuta y de lo que debe informar. Evidentemente, tienen un enfoque financiero.

2.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

No se encuentran en la literatura nacional e internacional procesos investigativos con enfoques similares al que se propone en esta revisión de tema.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Esta revisión exige la definición de por lo menos tres términos de gran relevancia en el quehacer moderno de las instituciones de salud: la calidad, la auditoría y los costos.

2.3.1 La calidad en los servicios de salud

El primer término a definir es la *calidad*. Donabedian (1966) dijo: “la calidad de la atención médica es una idea extraordinariamente difícil de definir” y pasó gran parte de su vida explorando diferentes formas de evaluarla. Por otra parte, Philip Crosby consideró que la calidad era simplemente “hacerlo bien desde la primera vez” (1979), concepto que bien podría reemplazarse a la luz de una concepción de mejora continua por el de “hacerlo cada vez mejor” (1). Las organizaciones tienen el deber, ético y socialmente irrenunciable, de intentar mejorar permanentemente.

El padre de la calidad, Dr. Armand Feigenbaum, en su libro sobre Control Total de Calidad (1951), define la calidad como "un sistema eficaz para coordinar el mantenimiento de la calidad y los esfuerzos de mejora de la calidad de los diversos grupos de una organización, para hacer posibles niveles económicos de producción que permitan la máxima satisfacción del cliente" (74). Se comenzaban a involucrar los costos como una consecuencia lógica de la actuación con calidad de las instituciones.

La calidad es un concepto multidimensional y por tanto con diferentes líneas de abordaje. Por ejemplo, desde la óptica de los sistemas de gestión de la calidad, se refiere al grado en que un conjunto de características inherentes responde a una necesidad o expectativa de que se declaró, bien sea implícita u obligatoria, es decir, al cumplimiento de un requisito (7, 8, 18).

Debe advertirse además, que desde la perspectiva de los actores de la salud la calidad se basa en el desempeño idóneo de su profesión y en la obligación ética que tienen de hacer el bien con el mínimo de riesgos, acorde con el principio de beneficencia y no maleficencia. De hecho, el acto médico (entendido como la actuación del equipo de salud), incorpora la obligación de garantizar al máximo los beneficios, reduciendo al mínimo los daños o perjuicios (11, 22).

Este concepto es coherente con la definición de Donabedian (1980), para quien "calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (23). El mayor bienestar posible se define en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención, es decir, una vez más se hacen visibles los costos en relación con la calidad.

2.3.2 La auditoría de los servicios de salud

Aparece el segundo concepto a definir: la *auditoría*, con su pretensión de mantener los estándares de calidad determinados por las instituciones de salud.

Las auditorías se utilizan en todas las organizaciones con el objetivo de mejorar los procesos. Si se parte de su concepción etimológica, la palabra es originaria del verbo latino "*audire*", que significa "oír". Más allá de esta concepción, actualmente es considerada como una herramienta esencial de gestión clínica, que puede abarcar diferentes aspectos del quehacer médico asistencial, administrativo y financiero-contable (3). Es así como su campo de acción puede ser tan variado que mida aspectos médico legales, normativos, técnicos (relacionados propiamente con la actuación del equipo de salud), económicos, docente investigativos y éticos (la denominada deontología médica) (24).

Desde siempre se ha relacionado la auditoría con controles o con conformidad con los procesos que ella monitorea. Pero hay que decir que el término industrial de "control de calidad" ha sido sustituido paulatinamente en salud por el de aseguramiento o garantía de la calidad (*Quality Assurance*), con el propósito de eliminar la connotación negativa de la palabra "control". Donabedian por su parte

prefirió hablar del “mantenimiento de la calidad”, un término mejor aceptado desde el enfoque sanitario y definitivamente es Juran quien suple todos estos conceptos al hablar de la “mejora continua de la calidad” (4).

Más allá del término utilizado, un proceso puede ser controlado por diversos mecanismos, que incluyen la supervisión por los mandos medios, el control de procesos en línea mediante el uso de dispositivos electrónicos, las auditorías internas, las auditorías por organismos externos, etc.. Éstas últimas reciben nombres diferentes que se han superpuesto y han sido usados para describir las diferentes actividades de auditaje, tales como Acreditación, Inspección, Certificación o Auditoría Externa. Esta terminología tan disímil lleva a grandes diferencias entre los agentes responsables de estas actividades así como entre los enfoques y metodologías empleadas (5, 6), y consecuentemente crea algún grado de desorientación y excepticismo en los auditados, que afecta negativamente la efectividad de los cambios propuestos.

Cualquiera sea el tipo de control establecido, una auditoría pone de manifiesto las discrepancias entre las condiciones ideales y las actuaciones reales (4, 6), lo cual se conoce en el ámbito de las auditorías como la “brecha”, que se pretende cerrar paulatinamente. Estas brechas, traducidas por la auditoría en costos de mala calidad, probablemente se ajustarían al lenguaje que mejor entiende el nivel gerencial de las organizaciones: el del dinero (62).

En síntesis, cuando se habla de cualquier actividad verificadora relacionada con la palabra calidad, simplemente se refiere a la extensión o grado en que se cumple un requisito (7), y es precisamente esto lo que debe garantizar un modelo de auditoría tradicional. La discusión se ha centrado en la efectividad de estos enfoques, en relación con el continuo proceso - resultado y la poca capacidad para producir cambios en la práctica o influir en el uso de los recursos por parte

de los profesionales involucrados (2, 10, 16, 24, 25). Más aún, como consecuencia de su enfoque tradicional y algunas actuaciones inapropiadas, algunos cuestionan la necesidad de su existencia en las instituciones (26, 27).

2.3.3 Los costos de la atención en salud

El tercer concepto a definir es el de los costos, entendido como el monto económico resultante de la prestación del servicio. En los servicios de salud el concepto tiene una íntima relación con la eficiencia, en relación con la consecución de un objetivo sanitario a un mínimo costo. No utilizar racional y eficientemente los recursos, implica que se pueden dejar de atender otras necesidades y las que fueron satisfechas podrían haberse hecho a un costo menor (28)

La creciente necesidad de racionamiento en los Sistemas de Salud ha llevado a conceptos más complejos de la calidad, como el de que ésta debe ser vista como el grado en que se logran los estándares y que esas normas se relacionen con las necesidades más prioritarias de uso del servicio, teniendo en cuenta los recursos existentes y otro tipo de restricciones institucionales (8). De hecho, algunos incluyen la eficiencia y los costos en el centro de la definición de calidad, postulando que si no se dan, no tiene sentido la discusión sobre calidad (11).

Es evidente entonces que a medida que los costos aumentan, el interés en la calidad de los servicios también ha aumentado, no solo debido a la presión para determinar si esos servicios son de buena calidad, sino fundamentalmente por la gran inquietud que existe respecto de la magnitud de algunos costos en relación con el incremento correspondiente de la calidad (30).

Hoy no se trata sólo de hacer lo mejor posible al mínimo costo para ahorrar o aumentar beneficios; el principio de justicia no permite desaprovechar recursos, siempre escasos hoy en día, que podrían ser utilizados para solventar las necesidades de otros individuos (11).

Existe entonces una relación natural entre calidad en salud y costos. Por ejemplo, cuando la atención es excesiva y dañina, es más costosa y de menor calidad; cuando la atención es excesiva pero no produce daños, también es costosa, pero ese costo no corresponde a los beneficios esperados de acuerdo al costo y ello produce desperdicio de recursos (9).

Otra relación interesante entre la calidad y los costos se manifiesta por el impacto de los costos sobre la calidad. Por un lado, existe una clara evidencia de que un incremento en los costos, con el propósito de incrementar la calidad, proporcionando mayores recursos, no necesariamente conduce al efecto deseado (9). Por otro lado, existe evidencia de que la mala calidad influye en el costo de la actividad de salud (representando hasta el 35% en las empresas de servicios) y que la cuantificación de los costos de la calidad y la no calidad justifica la puesta en marcha de un programa de mejora de la calidad (10, 11, 29).

Más allá de un enfoque puramente economicista, una auditoría tendrá valor agregado para el nivel directivo de una institución de salud, si es capaz de traducir en costos las brechas encontradas en sus evaluaciones. En otras palabras, si identifica todos los costos asociados a las actividades adicionales que se deben realizar debido a la mala calidad, constituyéndose en un modelo en el que se entiende que un problema es un área que tiene un costo de calidad elevado (10).

Finalmente, se debe mencionar una triada bastante común: productividad, calidad

y costos. Se ha demostrado que la búsqueda obsesiva de la productividad en los servicios de salud, a pesar de que puede disminuir los costos, suele deteriorar la calidad. Ello significa que, aunque la eficiencia productiva es un componente de la calidad del sistema de salud, no es un componente de la calidad de la atención en sí (9, 30).

2.4 MARCO CONCEPTUAL DE AMBOS ENFOQUES – ELEMENTOS COMUNES Y DIFERENCIADORES

Sea cual fuere el enfoque, se considera que la manera más efectiva de garantizar el cumplimiento permanente de los procesos y adoptar las mejores alternativas de solución frente a las brechas encontradas es mediante mediciones periódicas, objetivas y sistemáticas (64), generando acciones que aporten valor en su cumplimiento y motiven otras iniciativas de calidad.

Para ello se requiere de un proceso cíclico que define estándares, recoge datos, identifica áreas de mejora mediante comparación y propone las mejoras necesarias (3, 6).

El ENFOQUE TRADICIONAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios (71).

La auditoría de calidad ha sido considerada una importante herramienta de mejoramiento continuo en las instituciones de salud, siendo su principal objetivo la evaluación de la calidad asistencial o del cuidado médico (4, 26, 39), conociendo qué se hace, cómo se hace y qué resultado se obtiene.

Se destaca en este enfoque el apego a patrones o estándares de comparación ideales (3, 4, 10, 66), así como la participación en la evaluación de personal profesional calificado (3, 20, 26, 40, 50, 53), técnicamente conocidos como pares.

Los otros elementos de la auditoría de calidad tradicional son el carácter no punitivo de la auditoría (4, 20, 39, 53) es decir, evitar la búsqueda de culpables o errores como su objetivo fundamental, y la retroalimentación (4, 12, 42, 53), entendida como el aspecto educativo de la auditoría que pretende que las acciones sucesivas tendrán presente el resultado arrojado por dichas evaluaciones.

EL ENFOQUE CONJUNTO DE AUDITORÍA DE CALIDAD Y COSTOS se entiende como lo que cuesta mantener y controlar la calidad y evitar la posibilidad de que un servicio de mala calidad llegue hasta el paciente (10, 34, 52). Se relaciona además con la medición de la conformidad con las especificaciones de un servicio (llamados costos de evaluación) y la estimación de lo que cuesta hacer mal las cosas (10, 62, 63). Éste último aspecto, conocido como el costo de la mala calidad, se traduce no sólo en la utilización excesiva de recursos, mayores costos para el paciente, para el prestador del servicio y para los responsables de pago, sino también en insatisfacción de todos estos actores (9).

Este enfoque da respuesta a la presión creciente sobre la sostenibilidad institucional, que ha hecho que las formas de control vayan transformando su preocupación por la eficacia (el mejor resultado para el paciente), en preocupación por la eficiencia (buen resultado soportado en correcto uso de los recursos) (4, 43).

Otros elementos relevantes son la costo-eficacia del actuar de la auditoría (10, 53) entendiendo que es una actividad que consume recursos y consecuentemente

exige determinar si sus costos están justificados o no de acuerdo con los resultados obtenidos.

En general, las características de los diferentes enfoques que tienen las auditorías de calidad han sido poco investigadas y no existen en la literatura mundial revisiones comparativas de los mismos, que permitan identificar sus elementos diferenciadores y comunes.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los elementos diferenciadores y comunes entre el enfoque de auditoría de calidad tradicional y el que integra los conceptos de auditoría, calidad y costos en salud.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características del enfoque de auditoría de calidad en salud tradicional.
- Identificar las características del enfoque de la auditoría que integra la calidad y costos en los servicios de salud.
- Describir los elementos comunes y diferenciadores de ambos enfoques.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Se realizó una revisión de tema, consistente en un trabajo selectivo y crítico que integró la información contenida en evidencias disponibles en medios electrónicos e impresos.

4.2 Población y fuente de información

Está conformada por las publicaciones existentes en todo tipo de literatura. Se consideraron bases de datos, páginas web, revistas indexadas o no indexadas, tesis, libros. Se consideraron artículos en inglés y español. La fuente fue secundaria.

4.3 Proceso de obtención de la información

La recopilación de la información existente sobre el tema obedeció a unos criterios de inclusión amplios, tales como artículos disponibles en idioma inglés español, textos completos y artículos originales que evaluaran al menos dos de los conceptos de auditoría, costos y calidad. Dichos criterios se describen en la tabla 1.

El proceso de obtención de información fue realizado de acuerdo con los siguientes pasos:

- Paso 1: Priorización y selección del objeto de las búsquedas y de las valoraciones. En esta revisión el objeto clave de búsqueda es Auditoría de Calidad y Costos, con aplicación en la prestación de servicios de salud.
- Paso 2. Determinación de las bases de datos, con acceso libre, en las que se

hicieron las búsquedas. Las bases de datos principales, con acceso libre, en las que se concentraron las búsquedas, fueron:

| |
|---|
| PubMed |
| http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed |
| MedlinePlus |
| http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ |
| Google Scholar (complementaria) |
| https://www.google.com.co/ |
| Biblioteca Universidad CES. |

Las búsquedas fueron realizadas en el período comprendido entre noviembre del 2012 y septiembre de 2014. No existió restricción de tiempo para la búsqueda.

- Paso 3. Determinación de otras fuentes de información para revisión de material impreso. Fueron consultados libros impresos y trabajos de tesis provenientes de la Biblioteca de la Universidad CES y de la biblioteca personal del autor.
- Paso 4. Determinación del alcance del tipo de evidencia sometida a revisión y valoración. Se admitieron como susceptibles de revisión y valoración, los siguientes tipos de evidencia: artículos de revisión, artículos de investigación, documentos técnicos, editoriales, libros, tesis.
- Paso 5. Selección de palabras clave en español para realizar búsqueda de evidencias. Se admitieron como palabras clave en español, las siguientes: *auditoría de calidad; costo de servicios de salud; auditoría médica; costo médico; costo del cuidado en salud.*
- Paso 6. Selección de palabras clave en inglés para realizar búsqueda de evidencias.

Se seleccionaron términos de búsqueda con similitud o conexidad con los términos "auditoría, calidad y costos" en el enlace a MeSH (Medical Subject Headings): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

Se identificaron los siguientes términos en MeSH (Medical Subject Headings), con conexión con "auditoría, calidad y costos": (*"quality audit"[Mesh]*) AND (*"healthcare cost"[Mesh]*) AND (*"medical audit"[Mesh]*) AND (*"medical cost"[Mesh]*).

Se seleccionaron y admitieron como palabras clave en inglés, las siguientes: *quality audit; healthcare cost; medical audit; medical cost.*

Las siguientes son las definiciones de términos MESH que enmarcan conceptualmente esta revisión:

- *Quality Audit:* evaluación sistemática, independiente y documentada para obtener evidencia y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios o requisitos de un proceso.
- *Healthcare costs:* valor de los recursos utilizados durante la provisión de los cuidados de salud. El concepto es de costo económico, no financiero. Se diferencia de los gastos en salud, que se refiere a la cantidad de dinero pagado por los servicios.
- *Medical audit:* Una evaluación detallada de las actividades clínicas seleccionadas por personal profesional calificado para mejorar la calidad de la atención y los resultados del paciente.
- *Medical cost:* aquellos que valoran la utilización de recursos por o atribuibles a la tecnología estudiada. Incluyen costos como los medicamentos, las pruebas diagnósticas, el gasto en infraestructuras

sanitarias, los salarios del personal sanitario, la inversión en equipos médicos o los salarios monetarios del personal sanitario.

- Paso 7. Se determinaron las ecuaciones de búsqueda en español. Se construyeron y probaron las siguientes ecuaciones de búsqueda en español:
 - Auditoria de calidad
 - Auditoria de calidad AND costo del cuidado sanitario
 - Auditoria de calidad AND costo del cuidado sanitario AND auditoría médica
 - Auditoria de calidad AND costo del cuidado sanitario AND auditoría médica AND costo médico

- Paso 8. Se determinaron las ecuaciones de búsqueda en inglés. La combinación de términos descriptores, relacionados con la pregunta de investigación, se realizó así:
 - ("quality audit"[Mesh])
 - ("quality audit"[Mesh]) AND ("healthcare cost"[Mesh])
 - ("quality audit"[Mesh]) AND ("healthcare cost"[Mesh]) AND ("medical audit"[Mesh])
 - ("quality audit"[Mesh]) AND ("healthcare cost"[Mesh]) AND ("medical audit"[Mesh]) AND ("medical cost"[Mesh]).

- Paso 9. Ejecución de las búsquedas. Se realizaron las búsquedas en español e inglés, incorporando las ecuaciones de búsqueda en las bases de datos seleccionadas. Todos los títulos y resúmenes encontrados por la estrategia de búsqueda fueron filtrados para que obedecieran al objetivo del estudio. Los documentos debían incluir como mínimo datos sobre la auditoría de calidad

y/o auditoría médica y/o auditoría y costos en salud, de tal forma que permitieran realizar análisis comparativo y sacar conclusiones sobre los diferentes enfoques y sus elementos comunes y diferenciadores.

Se excluyeron aquellos artículos que en su contenido no abordaban el tema seleccionado, sólo mencionaban el tema pero no lo desarrollaban a profundidad o por encontrarse duplicidad de la información. De igual manera se excluyeron artículos que estuvieran en idioma diferente a inglés o español.

- Paso 10. Se seleccionó la literatura disponible tanto de la captura de bases de datos, como la proveniente de las otras fuentes.
 - Se clasificaron las evidencias por tipo de enfoque, así:
 - Enfoque auditoría de calidad tradicional.
 - Enfoque auditoría, calidad y costos.
 - Elementos comunes.
 - Se archivaron en carpetas electrónicas las evidencias provenientes de bases de datos electrónicas, por tipo de enfoque.
 - Se archivaron en carpeta física, las evidencias en medio impreso provenientes de otras fuentes diferentes a las bases electrónicas.

4.4 Instrumento de recolección de información

La recolección de la información se hizo en un formato diseñado en forma de fichas bibliográficas, en las cuales se consignó un resumen de la información encontrada útil para el estudio y su bibliografía. Estas fichas fueron clasificadas en diferentes carpetas de acuerdo con los subtemas de interés.

Los textos completos y/o los resúmenes de los artículos potencialmente

relevantes fueron sometidos a los criterios mínimos de inclusión que figuran en la tabla 1, para asegurarse de que cumplen las normas metodológicas básicas para ser incluidos en la revisión.

Tabla 1. Criterios de inclusión de la revisión del tema

| Aspecto | Criterio mínimo para inclusión |
|--|---|
| El enfoque del estudio / Artículo | <ul style="list-style-type: none"> • El título, el objetivo general o el resumen del estudio / artículo relacionan al menos dos (2) de los conceptos de auditoría, calidad y costos en salud. • El tema seleccionado es de carácter genérico. • El tema está enfocado en una Institución o una patología en particular pero enfatiza en los elementos auditoría, calidad y/o costos en salud. |
| Descripción de los datos | <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de los estudios relacionados con el tema, deben incluir criterios de selección de datos, descripción de la población objeto de estudio, el método de recogida de datos y la descripción del análisis estadístico. • En el caso de artículos relacionados con el tema, el objetivo, los resultados, la discusión y/o las conclusiones integran los conceptos auditoría-calidad, auditoría-costos o auditoría-calidad-costos. |
| Presentación de los datos | <ul style="list-style-type: none"> • Los datos y las tablas son consistentes. • Si se realizaron pruebas estadísticas, las pruebas tienen que ser apropiadas para el tipo de datos que están siendo analizados. • Los resultados, la discusión y las conclusiones son coherentes con el objetivo del estudio o con el tema propuesto por el articulista. |
| Control de Sesgo | <ul style="list-style-type: none"> • No se detectan situaciones importantes en el diseño, en la realización o el análisis. • Para el control de sesgos de información, no se establecieron límites en fechas de publicación. |

4.5 Plan de recopilación de datos

Con base en el tipo de artículos buscados, el número de documentos evaluados y la relevancia de los mismos, se realizó selección, elegibilidad e inclusión de los estudios que cumplen los criterios (figura 1).

4.6 Plan de divulgación de los resultados

Se presenta una síntesis de los resultados, de carácter cualitativo, sin estimador estadístico.

Se entrega un informe final como requisito de grado para la Maestría de Calidad en Salud y se hace presentación pública de la misma. Se prevee la publicación de un artículo de revisión en al menos una revista indexada y la publicación de un capítulo sobre el tema, en un libro sobre Calidad de la Atención en Salud en Colombia.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con lo estipulado en el literal a, artículo 11, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, se trata de una investigación sin riesgo, dado que la

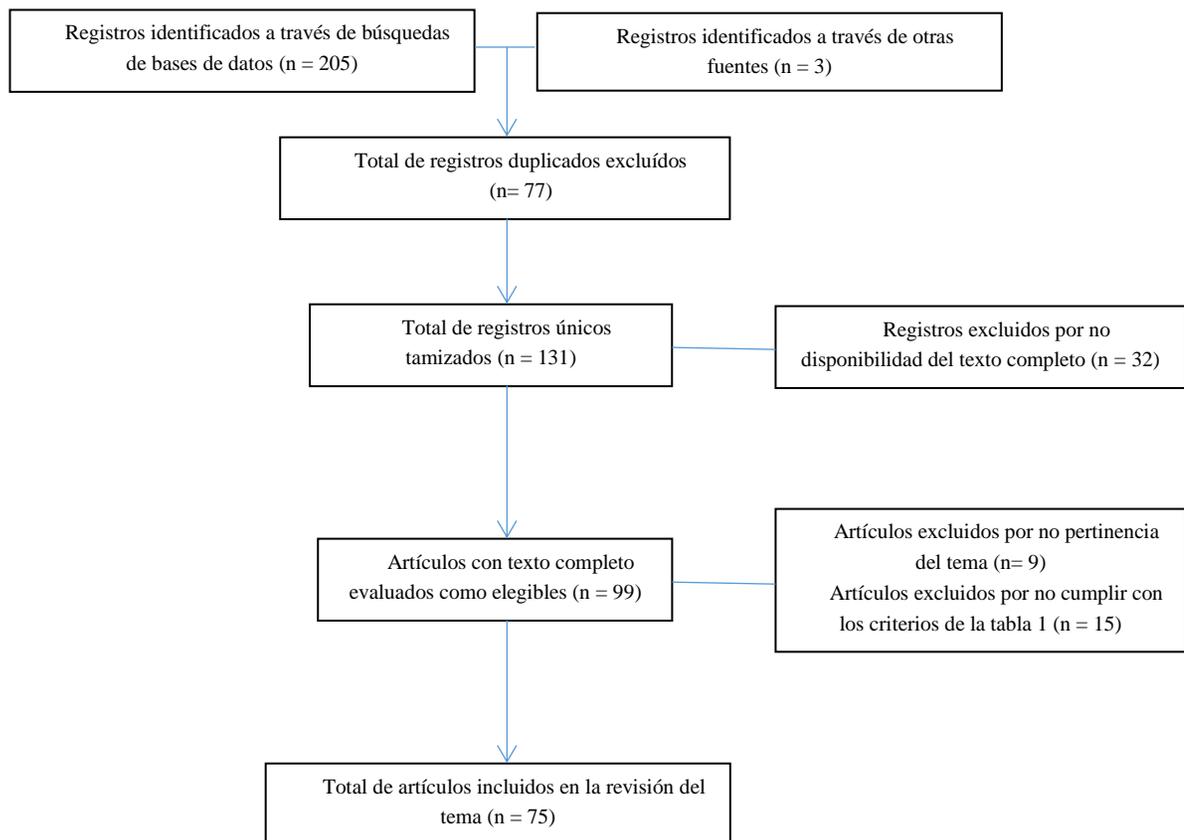
fuentes de información es secundaria.

6. RESULTADOS

6.1 RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA EN LA LITERATURA

La búsqueda permitió identificar 205 artículos potenciales. Luego de analizar sus resúmenes y/o resultados, 99 cumplieron con los criterios de inclusión. Estos fueron sometidos a lectura rigurosa completa con elaboración de ficha individual, luego de lo cual quedaron como soporte de los resultados que se presentan a continuación 75 documentos, relacionados con el objetivo del presente trabajo (figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de los estudios/artículos



6.2 ESTUDIOS EXCLUIDOS

La información detallada sobre los estudios excluidos luego de su tamización

como elegibles se encuentra en el anexo 1.

6.3 DESCRIPCIÓN DE ELEMENTOS DIFERENCIADORES Y COMUNES DE AMBOS ENFOQUES

En torno a la revisión realizada de la literatura se identificaron elementos que se mencionan reiterativamente en conexidad con la auditoría de calidad tradicional, en comparación con otros elementos diferenciadores que se abordan sistemáticamente en la literatura que integra la evaluación del nivel de calidad con los costos (tabla 2). Sin embargo, en ambos enfoques se encuentran también elementos comunes que merecen un análisis independiente.

Tabla 2 – Elementos diferenciadores y comunes de los enfoques de auditoría de calidad tradicional y de auditoría de calidad y costos

| ELEMENTO | ENFOQUE AUDITORIA DE CALIDAD TRADICIONAL | ENFOQUE AUDITORIA DE CALIDAD Y COSTOS |
|---|--|---------------------------------------|
| La actitud no punitiva | X | |
| La retroalimentación | X | |
| La revisión por pares | X | |
| La relación calidad - costo | | X |
| La costo – eficacia de la auditoría | | X |
| El costo del ejercicio de la auditoría | | X |
| El cambio actitudinal de los auditados | X | X |
| El desconocimiento de los profesionales | X | X |
| Las opiniones en contra de la auditoría | X | X |

6.3.1 El enfoque tradicional de la auditoría de la calidad en salud

Los elementos diferenciadores identificados en este primer enfoque se relacionan con la actitud no punitiva, el énfasis educativo de la auditoría (entendido como la

retroalimentación) y la revisión por pares.

6.3.1.1. La actitud no punitiva

En este elemento se parte de una premisa: a nadie le gusta actuar bajo amenaza. Una auditoría busca encontrar los aciertos y las fallas en un proceso evaluado, sin pretender acallar las personas responsables o silenciando reclamos de diferentes fuentes. Los artículos relacionados enfatizan en que la pretensión no es premiar o castigar a los profesionales, sino mejorar el impacto de todo el proceso de mejora y de evaluación (39, 45, 46).

La auditoría debe situarse lejos de los enfoques punitivos y recuperar sus características de instrumento educativo, correctivo, continuo y de optimización del actuar médico y no debe ser un instrumento disciplinario, sino una herramienta para aprendizaje. No es un proceso de búsqueda de culpables, sino un proceso de generación de cambio para trabajar proactiva y no reactivamente (3, 4, 6, 12, 20, 28, 35, 38, 53).

Coherente con el elemento que se describe en el siguiente numeral, se evidencia una clara relación entre la retroalimentación a los auditados y la forma como se entrega la información. Ésta última debería centrarse sobre el objetivo fundamental y no ser policiva; la retroalimentación entregada de una manera amable y positiva es esperable que sea menos resistida por el auditado, independientemente de su contenido, por lo que es probable que mejor aceptada (17, 24).

6.3.1.2. La retroalimentación

Representa para los diferentes articulistas el elemento educativo de la auditoría.

Siendo ésta un ejercicio fundamentalmente educativo y orientado a lograr mejoras, no puede evitar ser crítica y facilitar la perpetuación de prácticas erróneas por parte de los evaluados. Pero, tal como se mencionó previamente, la retroalimentación debe ser entregada únicamente desde la perspectiva de la mejora y el desarrollo profesional, con el único ánimo de cerrar brechas (4, 39).

La auditoría y la retroalimentación se han utilizado para mejorar la atención médica con resultados diversos. A manera de ejemplos, en la revisión de este elemento se encuentra que el establecimiento de una auditoría formal y un programa de retroalimentación parece ser un medio seguro y eficaz para dar lugar a la evaluación más rápida de los pacientes inestables en unidades de cuidado crítico hospitalario (12), mejorar la prescripción de medicamentos por parte de los profesionales (31, 41), lograr disminución de estancias hospitalarias, disminuir la incidencia de eventos adversos quirúrgicos, mejorar la comunicación entre los profesionales y lograr el mejoramiento de los resultados generales de un hospital (42, 54, 75).

La auditoría puede mejorar la calidad si utiliza los datos de desempeño profesional como fuente de información, y si los métodos para divulgar los datos se dan de una manera oportuna, individualizada, completa y positiva (3, 13, 36, 47).

En relación con la oportunidad, investigaciones han sugerido que el momento de entrega de la retroalimentación puede influir en el cambio resultante del comportamiento, al igual que la credibilidad de la fuente de información, su formato (por ejemplo, verbal vs escrito), su valoración (es decir, si es positiva o negativa), y su contenido (por ejemplo, si es centrada en personas, centrada en grupos, o basada en procesos) (17, 19). Como mínimo, la información también debe ser práctica, a fin de que sea útil. Es factible tener situaciones en las que

una información personalizada interesante resulte inútil si se entrega demasiado tarde.

Probablemente la mezcla específica de las estrategias de retroalimentación individual, sumada a la intensidad de ésta, a una comunicación no sólo ascendente sino principalmente descendente y al uso de la educación médica continua, podrían ser responsables del éxito (34). No en vano algunos escritos señalan que si la retroalimentación no va seguida de cambios y que éstos se conserven en el tiempo, la evaluación se convierte en una pérdida de esfuerzos, de dilapidación de recursos y se hace imposible cerrar el ciclo de auditoría (24, 54).

6.3.1.3. La revisión por pares

Elemento de mención obligada en la literatura en relación con las auditorías de calidad. La revisión por pares significa, literalmente, la evaluación de un colega. En la auditoría de salud este elemento significa describir la revisión del trabajo médico por personal médico. Dicho de otra forma, es garantizar la idoneidad del auditor. En la revisión realizada se aborda este elemento como un dilema de nunca acabar cuando los profesionales de la salud consideran que sólo pueden ser evaluados por personas con su mismo nivel de competencia o entrenamiento (3, 21, 26, 40, 53).

Organizaciones europeas y algunas norteamericanas, dedicadas a evaluar y mejorar la calidad de la atención, adoptaron, con éxito, modelos centrados en evaluaciones hechas por pares, en contraposición al empleo de métodos eminentemente industriales, como las auditorías de calidad bajo Sistema ISO (40, 50).

Por su parte en Inglaterra los profesionales de la salud han conservado un gran grado de control sobre el proceso de la auditoría clínica. Ello favorece su aceptabilidad a la misma. En este caso cualquier brecha en el cumplimiento de los estándares se ve como un problema clínico en lugar de un problema de gestión (20).

Es factible entonces que la revisión por pares esté vinculada a conclusiones sobre el cambio de comportamiento en el cuidado de la salud, que hacen hincapié en la importancia de su influencia en el proceso de cambio. Se considera que el análisis de resultados por pares de auditoría, la retroalimentación y el apoyo mutuo entre colegas son cruciales en la inducción de cambio (19, 20).

6.3.2 El enfoque que integra la auditoría, la calidad y los costos

Los elementos diferenciadores encontrados en la revisión del enfoque que integra la auditoría, la calidad y los costos en salud se relacionan con la relación calidad - costo, la costo eficacia de la auditoría y el costo de la auditoría en sí misma.

6.3.2.1 La relación calidad - costo

Coincide la literatura que relaciona este elemento que el costo en salud y la calidad de la atención no son, de ninguna manera, independientes. La relación entre la calidad y los costos existe intrínsecamente desde la definición propuesta por Donabedian, en la que calidad se entiende como los beneficios obtenidos, menos la sumatoria de los riesgos más los costos (11).

Por ello adquiere gran importancia que las instituciones consideren el costo cuando estén contemplando programas de mejora de calidad. Contar con datos de los costos asociados a los problemas de calidad es fundamental para tomar decisiones acertadas de mediano y largo plazo (8, 11, 48, 55).

Desde Crosby (1979), siempre se creyó que la eliminación de los defectos era un costo incorporado en el funcionamiento de cualquier negocio, incluyendo el de salud. Como se verá más adelante, para obtener la calidad se tiene que pagar por los evaluadores (entiéndase auditores) para detectar los errores, lo cual también cuesta. Existe entonces coincidencia en la literatura revisada en torno a que la eliminación de todos los errores y el poder acercarse a la meta de cero defectos, no sólo reduciría los costos, sino que también aumentaría el nivel de satisfacción de los clientes en diferentes aspectos (10, 18, 28, 30).

Es llamativo, sin embargo, que al tratar los aspectos de la calidad de la atención en salud desde el enfoque de la auditoría de calidad tradicional, se haya excluido sistemáticamente su costo, como si este elemento fuera poco importante y cualquier paciente tuviera acceso a todo cuanto la medicina puede ofrecer. Como lo menciona Fernández B. (55), el cuidado médico hace parte de la macroeconomía y la calidad, incluso vista sólo como una filosofía, obliga a optimizar la utilización de los recursos (28).

Por otra parte, para la gestión de calidad en general y la auditoría en particular, el contar con datos de los costos asociados a los problemas de calidad (también denominados costos de error), es fundamental para tomar decisiones acertadas de mediano y largo plazo. Cuando dichos costos se conocen, son visibles y se miden, permiten orientar a las empresas a ser más eficientes y competitivas (8, 29, 30).

Una preocupación de varios autores es cómo equilibrar la oposición existente entre estas dos fuerzas: la contención de los costos y el deber ético de proveer toda la atención necesaria para mantener la salud o la vida. El dilema aparece en torno a la probabilidad de que en las instituciones que tratan de reducir los costos para aumentar los márgenes de utilidad, la calidad del cuidado del paciente podría verse comprometida (9, 11, 30, 48).

6.3.2.2 La costo eficacia de la auditoría

La eficacia representa diferentes interpretaciones en relación con la auditoría. Definida en este entorno, la eficacia supone hacer las cosas correlacionando una actividad evaluadora con el logro de determinado resultado (4). En la revisión de este elemento se encuentra que son tan variados los beneficios esperados de la auditoría que es deseable asumir métodos de evaluación de ésta, incluyendo análisis de costo – eficacia o costo – efectividad (11, 61).

Para comenzar, son coincidentes las definiciones de auditoría en relación con este elemento. La auditoría es considerada una herramienta de gestión que integra los conocimientos científicos con las herramientas económicas. En otras palabras, integra la valoración de la calidad asistencial con la calidad de la gestión administrativa, en una tarea de supervisión sistemática, con el objetivo de evaluar aspectos relacionados con la atención eficiente y eficaz, los costos y la calidad de la atención brindada. (8, 28, 37, 57, 58).

Desde su incorporación a Sistemas de Salud como el del Reino Unido y el de los Estados Unidos, la auditoría se basó más en la fe o la confianza de lo que pudiera lograr al introducirla como una actividad rutinaria. Hubo pocas pruebas para sugerir que habría beneficios concretos que justificaran la magnitud de la inversión. La mayoría de los autores no se atreven a afirmar que la auditoría es

ineficaz, sino que los grandes costos financieros de la auditoría aún no han sido justificados en muchos sistemas o instituciones (49, 51, 59). A manera de ejemplo, Estados Unidos, el país que a nivel mundial más ha desarrollado y practicado los procesos de auditoría, es también el que ha aceptado los mayores problemas para hacer la contención de costos y frenar la utilización excesiva (52).

En este elemento la consideración fundamental parte de lo que algunos autores opinan sobre el rol de la auditoría, al entregar evidencias que demuestran que es una herramienta necesaria para sacar adelante una gestión eficiente de los recursos, sin descuidar la calidad de la atención médica. Se piensa que la auditoría es fuente potencial de ahorros en dinero por ajustes de los procesos que evalúa, por impacto en la morbilidad y mortalidad de los pacientes, por reducción del exceso o del uso innecesario de tecnologías, por no realización de prácticas complejas no pertinentes. En todo caso, la preocupación por la costo eficacia de la auditoría clínica ha sido ampliamente expresada en diferentes instancias (15, 28, 44, 49, 61).

En este contexto, algunos estudios ponderan la necesidad de la existencia de la auditoría y valoran su costo eficacia cuando ésta es capaz de proporcionar seguridad de que las directrices institucionales se están aplicando, proteger los resultados clínicos, mantener la calidad de la atención clínica, disminuir los eventos adversos o disminuir los costos. Ejemplos de estos logros se tienen cuando se mejoran los hábitos de prescripción para personas en tratamiento dentro de algún programa específico o cuando se realizan auditorías sistemáticas en un servicio quirúrgico de alta complejidad o en una Unidad de Cuidado Crítico (3, 31, 32, 42).

En resumen, se piensa que las actividades de auditoría deben traducirse en acciones eficaces para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud y

que éstas deben proporcionar información para tomar decisiones fundamentadas en las instituciones. De lo contrario sólo se habrá convertido en una pérdida de tiempo, de dinero y de esfuerzos de todos aquellos que participan en el proceso asistencial, incluyendo los pacientes (45, 58).

6.3.2.3 El costo de la auditoría y la asignación de recursos para su ejecución

La calidad, vista como un objetivo y una filosofía, obliga a optimizar la utilización de los recursos (28). Y ello se confirma con la preocupación de varios autores por lo que se denomina “el costo de la vigilancia de la calidad”. Es claro que al efectuar comprobaciones para conocer el nivel de calidad que ofrece una institución se producen costos, ya que esta comprobación exige desarrollar actividades como auditorías, inspecciones y revisiones de calidad (10, 52).

En general no son muy halagüeños los resultados relacionados con la revisión de este elemento. Con mucha más frecuencia de la esperada, la auditoría suele considerarse por diferentes actores como costosa (14, 15, 16, 44, 51, 52, 60). Es así como este aspecto perfectamente podría incluirse en el capítulo de las opiniones en contra de la auditoría, pero se menciona dentro de este enfoque por constituir uno de sus elementos diferenciadores.

En primer lugar, en relación con el costo de las auditorías, un tema a debatir es la asignación de recursos y tiempo para la ejecución de las mismas. La barrera más frecuentemente citada en la literatura para una auditoría exitosa es el fracaso de una organización para proporcionar recursos suficientes y asignar tiempo para los ejecutores de la misma (3, 14). Los recursos son, sin duda, necesarios para obtener datos confiables para la auditoría (15, 25, 49).

En segundo lugar, entendiendo la asignación de recursos como asignación presupuestal, se asume que la auditoría no toma en cuenta el presupuesto que le fue fijado, y por tanto no suele comparar su costo de operación con los beneficios que proporciona (44). De hecho, suele no asignársele presupuesto en muchas instituciones de salud.

Por otra parte, en lugar de ser algo intrínseco a la práctica clínica habitual, algunos perciben la auditoría como carente de orientación estratégica y generadora de un excesivo consumo que no es operativamente útil (15). De esta manera se termina considerándola otra actividad administrativa o burocrática más que sólo suma costos (16, 44, 51, 60). Establecer el costo de la auditoría en cada nivel de la organización es un componente necesario para evidenciar su utilidad.

Pese a su público intento de mejorar los procesos mediante el control de la calidad de los servicios, se percibe que la auditoría no ha cesado de crecer institucionalmente, a cambio de la pobreza de sus aportes. Se considera que existe un gasto en auditoría que no justifica los ahorros o eficiencias que debiera producir (44).

Es claro entonces que el grado de cumplimiento define las áreas o procesos en los que se pueden hacer mejoras. Esta sigue siendo la base de la actuación de la auditoría. Desafortunadamente, a pesar de grandes inversiones en algunos procesos de evaluación, estos ejercicios no siempre dan lugar a las mejoras previstas en el cuidado de los pacientes (2).

Un último aspecto que se describe en la literatura dentro de este elemento, que va más allá del costo propio de operación de la auditoría, es el costo relacionado con la detección de fallas que las organizaciones de salud deben asumir (18, 29). Vale decir que en términos de un sistema de costos de calidad, la auditoría es

considerada por diferentes autores en sí misma un costo de mala calidad (10, 62, 63), dado que se entiende que su existencia está ligada al hecho de que las personas no ejecutan correctamente su trabajo. En otras palabras, se conecta a la auditoría directamente con las no conformidades de los procesos.

6.3.3 Los elementos comunes a ambos enfoques

En el marco de la búsqueda realizada se encuentran en la literatura elementos comunes a ambos enfoques que hacen pertinente su análisis en este trabajo. Son ellos el cambio actitudinal de los auditados, el desconocimiento de los profesionales en torno a los costos y la auditoría misma y las opiniones en contra de la auditoría.

6.3.3.1 El cambio actitudinal de los auditados

Este elemento es abordado en la literatura desde la preocupación por la actitud que asumen los profesionales de la salud ante la auditoría en general, cualquiera que sea su enfoque. Para empezar, se menciona que la auditoría cobra especial relevancia cuando enfrenta una cultura con mínima autocrítica como es la de los profesionales de la salud (4), elemento que es considerado fundamental para que la auditoría obtenga éxito. Si éstos, como equipo de salud, no pueden o no desean controlar su propia conducta, estarán propiciando una inspección cada vez más exhaustiva por parte de agentes externos a su proceso (12, 30).

En las menciones históricas de este elemento se encuentra que para finales de los 90', la auditoría ya había conducido a un cambio cultural en la actitud de los médicos hacia la calidad de la atención. Estos profesionales eran más conscientes de la necesidad de controlar y mejorar la calidad de la atención de lo

que eran en los primeros días de la auditoría en los 80'. Juntar aspectos de la gestión y la administración con la atención clínica, no habría sido posible sin la auditoría que, a pesar de sus limitaciones, es asociada por diversos autores con cambios en las actitudes de los profesionales de la salud hacia la mejora de la calidad y consecuentemente con la mejora de los resultados institucionales (4, 12, 13, 15, 32).

Coincide la literatura en que los profesionales han comenzado a cooperar más en la realización de las auditorías, porque han entendido que una revisión de la calidad de lo que hacen no es amenazante dado que proporciona información útil, constituyéndose en una forma de saber si se está haciendo lo que debería estarse haciendo (14, 17, 19). Tal como se mencionó en un elemento anterior, la retroalimentación que de ella se desprende es utilizada como una estrategia para cambiar los comportamientos de la práctica clínica del personal de salud.

Un argumento que refuerza esta última afirmación es la aceptación de que una pobre gestión clínica, un pobre trabajo de auditoría o la falta de enfoque de ésta en la práctica clínica, entre otros elementos, se relacionan con un ejercicio profesional de mala calidad, lo cual reforzaría la evidencia sobre los cambios de comportamiento del equipo de salud atribuibles a las intervenciones de la auditoría (19, 36).

Este tema también parece quedar refrendado cuando se realizan las denominadas revisiones de utilización, en las que se concluye la falta de control sistemático y una regulación débil producen diferencias institucionales preocupantes en temas como el costo de la formulación de medicamentos, en la pertinencia de sus ordenamientos quirúrgicos, y en general de la eficiencia de sus actuaciones (21).

Sin embargo, hay que comentar que en torno a este elemento las opiniones se encuentran francamente divididas. Para algunos la evidencia de que las auditorías de calidad mejoran las prácticas médicas no es tan fuerte (5, 14, 16, 24, 51, 56). Es menester por lo tanto mencionar las opiniones contrarias de varios autores en relación con este elemento, las cuales serán detalladas más adelante.

6.3.3.2 El desconocimiento de los profesionales en torno a la auditoría y los costos

Una de las preocupaciones expresadas por diferentes autores es la falta de conocimiento de los costos en general y de los de mala calidad en particular, por parte de los auditados, y la necesidad de vincular más estrechamente el uso de técnicas de gestión de calidad con la economía de la salud (37). Un efecto directo de este desconocimiento es la inadecuada utilización de recursos que no tienen valor agregado para la salud del paciente, ya sea porque no contribuyen a un mejor diagnóstico, o por tener un alto costo sin un efecto terapéutico diferenciado (28, 30).

En general, los profesionales de la salud poco o nada piensan en las implicaciones económicas de sus actuaciones. Los médicos en la práctica no se acostumbraron a medir los resultados de su tratamiento; esta renuencia a medir los resultados refleja la confianza absoluta en que todo lo que hacen se presume beneficioso (4, 61).

Pero es evidente además que profesional de la salud no está entrenado para evaluar los costos de sus actuaciones y de hecho, a la mayoría poco le interesa, lo cual choca contra la pretensión de la auditoría. Se requieren entonces intervenciones orientadas a conseguir que los profesionales, que tienen en sus

manos los recursos del sistema o de una institución, tengan los conocimientos y habilidades para tomar decisiones con una óptima relación entre el costo y la efectividad (34).

Esta sería la razón fundamental para sugerir a los clínicos acercarse más a los economistas de salud y a los definidores de políticas para ampliar y mejorar los datos financieros disponibles en las intervenciones hospitalarias que producen resultados adversos del paciente, como por ejemplo las infecciones nosocomiales o estancias no justificadas (33), en tanto que este acercamiento no sólo ayudará a mejorar resultados clínicos sino que también ayudará a entender a los profesionales asistenciales que la economía no necesariamente tiene que ver con dinero (37).

6.3.3.3 Las opiniones en contra de la auditoría

Las opiniones en contra de la auditoría constituyen un elemento encontrado repetitivamente en la revisión realizada de ambos enfoques, lo cual obliga a particularizar su análisis en este trabajo.

En primer lugar, y tal como se mencionó en un elemento anterior, se considera que las auditorías de calidad son marginalmente eficaces debido a la promesa limitada de cambiar el comportamiento del prestador del servicio, bajo los métodos actuales de hacerlo. Pasan por alto aspectos de organización en los que se generan incentivos que no harán cambiar su actuación. Las conclusiones más optimistas sobre el efecto de los costos y la calidad apuntan a una mejora del 1% en la adhesión después de una auditoría agresiva y la fijación de criterios para realizar trazabilidad (16).

Algunos estudios indican que no existe suficiente evidencia para afirmar que la retroalimentación haya aumentado la conciencia del personal y la mejora en la gestión clínica ni que un seguimiento de las actividades de los profesionales asistenciales muestre variaciones en la mejora de la atención. (5, 14, 56).

Otros afirman que los resultados de las auditorías son recibidos por los médicos con indiferencia y que no se produce ningún cambio en el cumplimiento de los criterios evaluados después de realizadas. En efecto, varios editorialistas y algunos estudios sugieren que las auditorías tienen un efecto marginal en los profesionales, dado que producen poco efecto sobre cambios en la práctica o en el uso de los recursos por parte de éstos (16, 24, 51).

Es más, algunos consideran a la auditoría repetitiva y aburrida (15), probablemente porque no se han convencido de la mejora de la calidad que ella puede producir. Consecuentemente las auditorías tienen poca capacidad de cambiar el rendimiento de las personas, con lo que su eficacia para producir mejoras se torna limitada (2, 5, 10, 16, 49, 58, 59).

En segundo lugar, se afirma que la auditoría tradicional trabaja en una campana de cristal. Se atiene excesivamente a las normas, sin razonar que éstas no provocan un cambio por sí mismas, máxime si no existe la voluntad de aplicarlas. Una razón para la resistencia del profesional asistencial es que la aplicación de algunas recomendaciones prácticas no es la ideal o no tenían ninguna base en los hallazgos de la auditoría (19, 39, 49). O que, simplemente, ven la auditoría como una amenaza.

A ello se le suma su aplicación para ciertos usos que nada tienen que ver con sus objetivos, por ejemplo, acallar a la gente o aislar el concepto calidad de la economía, desaprovechando oportunidades para acelerar la solución de los

problemas que se detectan, así como la adecuación de costos que resulten necesarios (6, 21, 43).

Algunos van más allá, cuestionando un cierto nivel de impunidad con que la auditoría se maneja mientras participa del rol punitivo de las instituciones (44). Por ejemplo, algunos estudios presumen la no publicación de evaluaciones económicas o clínicas que no hayan arrojado intervenciones satisfactorias o rentables por parte de la auditoría (8, 33, 54).

En tercer lugar, se piensa que las revisiones de calidad, incluyendo las externas, y su costo, tienen a lo sumo un impacto marginal y no compensan los gastos que representan llevarlas a cabo. Incluso, que los recursos que se gastan en auditoría deberían ser invertidos preferiblemente en atención de pacientes (5, 49, 59). La auditoría se ha ganado un lugar poco honroso si se toman en cuenta los gastos en salud cada vez más criticados por su magnitud e ineficiencia en aumento y a que no ha logrado aportes masivos, sustantivos y perdurables a la calidad ni al control del gasto en el sistema ni en sus instituciones ni servicios (44).

Muchas de las mejoras de la calidad buscadas a través de la auditoría no tienen vínculos claros con mejores resultados en salud o aumento de la eficiencia en términos económicos. Por el contrario, se considera que la auditoría no ha cesado de crecer institucionalmente, en contradicción con la pobreza de sus aportes, pues no logra contribuciones relevantes y perdurables a la calidad ni al control del costo en un sistema de salud ni en sus instituciones o servicios (5, 16, 44, 46, 61).

Por último, en la revisión de este elemento se encuentran otras razones estructurales que explican la falta de éxito de la auditoría en algunas organizaciones. Lejos de considerar todo el proceso de auditoría como inadecuado, una posible explicación radica en los criterios de evaluación

utilizados (2) o, en su defecto, en que las mejoras sugeridas no impactan el problema fundamental. En ambos casos existe una falencia técnica que desfavorece la imagen de la auditoría en las instituciones.

Más allá de la identificación de problemas en la selección de criterios para las auditorías, también se mencionan problemas de planificación de las mismas, dificultades en la coordinación del personal para llevar a cabo la tarea, la falta de evidencias, falta de acceso a datos de alta calidad, falta de tiempo para la ejecución y la falta de motivación del personal auditado (2, 25, 49).

Un último elemento que suma a las opiniones en contra se relaciona con que la auditoría puede afectar la confidencialidad y que no garantiza el anonimato de los hallazgos, a la vez que desestima las variables sociales al no integrar lo técnico con lo social, económico y político. Se piensa que debería atender más las necesidades de los auditados que los problemas de seguridad o efectividad en los que se enfoca (43, 49).

7. DISCUSIÓN

Se realizó una revisión de los elementos que resalta la literatura mundial cuando se refieren a la auditoría de calidad tradicional y los que se identifican cuando se incorporan los costos al ejercicio de dicha auditoría.

En cumplimiento de este propósito, se encuentran unos elementos que son transversales a cada enfoque, que más allá de calificarlo o descalificarlo, le dan

una identidad al ejercicio de la auditoría, siendo más predominantes algunos en una organización que en otra. Esa dominancia indudablemente influye no sólo en el ejercicio mismo de la auditoría sino en su aceptación por parte de quienes son objeto de la misma.

En el enfoque de auditoría tradicional de la gestión de la calidad en salud, más allá del énfasis que se hace a la identificación de las oportunidades de mejora, en esta revisión se encuentran elementos que podrían considerarse norma convencional de auditoría, como el enfoque no punitivo, la retroalimentación y la evaluación por pares.

Un clamor transversal identificado en esta revisión es que la auditoría no puede ser un instrumento disciplinario, dado que pierde toda fuerza su pretensión de que sean aceptadas sus recomendaciones y consecuentemente desaparece cualquier posibilidad de producir cambios en la actuación de los profesionales, especialmente los asistenciales. Un hallazgo coincidente en este trabajo es que ya no sirven los antiguos métodos de confrontación para buscar, señalar y culpar, mucho menos en medio de un bajo nivel de autocrítica como es el de los profesionales de la salud.

De los tres elementos identificados en este enfoque, el que podría rescatarse para cualquier tipo de auditoría es el elemento educativo, puesto que se opina que la retroalimentación es fundamental para cambiar el comportamiento de los sujetos sometidos a evaluación, principalmente si su entrega es oportuna, preferiblemente individualizada y sin carácter punitivo. Cumplidas estas premisas, se considera la retroalimentación como el medio más eficaz para mejorar la práctica profesional.

El tercer elemento, la evaluación por pares, se fundamenta en un principio de la auditoría: la idoneidad del auditor. Se considera que el médico sólo debe ser

evaluado por el médico. Un dilema de nunca acabar en tanto que existen criterios de auditoría que no sólo evalúan la pertinencia de las actuaciones del profesional y que perfectamente pueden ser evaluadas por personal diferente, correctamente entrenado. En este elemento se destaca que con el par se facilita el establecimiento de criterios, la evaluación del trabajo individual, el intercambio de experiencias, la solución de problemas en la práctica y la concertación para el logro de cambios.

Por su parte, cuando se aborda la auditoría de calidad incorporando los costos de la prestación de los servicios, surgen elementos importantes como la relación calidad - costo, la costo eficacia de la auditoría y el costo de la auditoría en sí misma, que son repetitivos dentro de este enfoque.

El eje fundamental del primer elemento es la inclusión de los datos de los costos asociados a los problemas de calidad (entendidos como costos de mala calidad), para tomar decisiones en las organizaciones haciendo parte integral de un sistema de gestión de la calidad. Se presenta aquí otro dilema, consistente en que la calidad y el control de costos a cargo de la auditoría podrían ser incompatibles debido a que éstos últimos, de ser mal enfocados, podrían afectar la calidad. Este dilema se contrarresta con apego a principios éticos y de eficiencia tanto de los administradores como de los operadores de los servicios.

En relación con la costo eficacia de la auditoría, se piensa que ésta debería ser capaz de armonizar la evaluación del nivel de calidad con el costo que representa para las organizaciones el no lograr esa meta e incluso, la costo – efectividad de las intervenciones correctivas propuestas. Al estar las mediciones acompañadas del costo de las brechas encontradas se facilita que el nivel directivo de las organizaciones tome decisiones más rápidas con base en el lenguaje que mejor entiende: el del dinero.

Los hallazgos en torno al costo de operación de la auditoría no la favorecen. Hay una percepción generalizada de que es muy costosa si se le equipara con los ahorros o eficiencias que en la práctica produce. Algunos sugieren investigar sobre su rentabilidad en comparación con otras estrategias para mejorar la calidad. No obstante, deben incorporarse a este análisis las limitaciones de recursos a las que se ve sometida la auditoría y su falta de alineación con directrices estratégicas; no sería justo atribuir sólo a la auditoría estos hallazgos.

Los elementos comunes encontrados en esta revisión requieren un análisis general. Si bien se acepta que el cambio actitudinal de los auditados es producto de la intervención de la auditoría, no menos cierto es que siguen siendo divididas las opiniones por parte de los profesionales de la salud, que la siguen considerando una amenaza.

A ello se suma el desconocimiento y desinterés del personal asistencial sobre los efectos económicos de sus intervenciones. En torno a esto se sugiere un acercamiento de los economistas de la salud y los profesionales asistenciales que permita conciliar los intereses de ambos actores, que no son tan distantes como suele percibirse.

Pero sin duda el elemento transversal a resaltar en esta revisión es el de las opiniones en contra del ejercicio de la auditoría. Llama poderosamente la atención que en la literatura se le encuentren a la auditoría, independientemente de su enfoque, tantas objeciones a su ejercicio.

Temas como su escaso poder para cambiar los comportamientos de las personas; las fallas en la retroalimentación a los auditados; la indiferencia de éstos ante las recomendaciones realizadas, como resultado, entre otras razones,

de encontrarlas poco prácticas o inaplicables; la percepción de amenaza e intromisión en la práctica médica; la apreciación de lo costosa que resulta si se compara con el resultado de sus actuaciones. Estos hallazgos exigen cambios urgentes en la forma de practicar la auditoría.

8. CONCLUSIONES

- El abordaje en la literatura de la auditoría de la calidad en salud permite identificar unos elementos específicos tanto para el enfoque tradicional como para el que integra la auditoría de la calidad y los costos.
- Si bien hay un reconocimiento al protagonismo que tiene la auditoría en las mejoras implementadas en los procesos organizacionales, no menos cierto es que se identifican elementos transversales que se traducen en debilidades para su ejercicio y opacan sus resultados. Muchas de ellas no obedecen a

falencias estructurales de la auditoría, sino al énfasis erróneo que se le da en algunas organizaciones de salud.

- La mezcla de los elementos encontrados en cada enfoque produce la sinergia necesaria para una mejor aceptabilidad de la auditoría y favorece la obtención de unos resultados deseables en las organizaciones. Por ejemplo, la retroalimentación no punitiva, la evaluación por pares que facilita el cambio de comportamiento de los auditados, el conocimiento de los costos de sus actuaciones por parte de los profesionales asistenciales que también facilitaría su cambio actitudinal ante la auditoría, entre otros, son la muestra de que independientemente del enfoque dado a la auditoría existen elementos transversales que mezclados podrían convertirse en factores críticos de éxito de las auditorías en los servicios de salud.
- A nivel institucional en salud se deberían reforzar los conceptos integrados de auditoría, calidad y costos, con la pretensión de conocer lo que cuesta hacer mal las cosas y a partir de allí tomar decisiones informadas de carácter estratégico u operativo.
- Las percepciones en contra de la auditoría, persistentes en la literatura de diferentes décadas, obligan a pensar en un cambio estructural centrado en el desarrollo de metodologías sólidas para que ella garantice evaluaciones efectivas de la práctica clínica dentro de las organizaciones de salud.
- En relación con esto último, en la actualidad se dispone de alternativas como los Grupos Relacionados de Diagnóstico (DRG) o la implementación de modelos de Gestión Clínica como opciones integradoras de los dos enfoques mencionados en esta revisión, que garantizarían complementariedad del componente administrativo financiero con el componente asistencial.
- Es factible que el dilema ético que produce la contención de los costos y el deber de proveer toda la atención requerida para mantener la salud o la vida deba ser resuelto por los responsables de ejecutar la auditoría en las organizaciones de salud.

- Futuras investigaciones podrían aportar los datos disponibles para el seguimiento a la utilidad de los enfoques clasificados en esta revisión y hacer un análisis comparativo de los factores críticos de éxito o de fracaso de los mismos, integrando las metodologías propuestas en párrafos precedentes.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arbusa I, et al. El Sistema Nacional de Salud en el siglo XXI. La gestión de la calidad en la provisión de Servicios Sanitarios. Revista Administración Sanitaria. España. N° 3 (2005); Pág. 431-46.
2. Hearnshaw HM, Harker RM, Cheater FM, Baker RH, Grimshaw GM. Are audits wasting resources by measuring the wrong things? A survey of methods used to select audit review criteria. Qual Saf Health Care. 2003 Feb;12(1):24-8.

3. Escudero, Carlos H. Manual de Auditoría Médica. Editorial Dunken. 1° Edición. Buenos Aires (Argentina). 2013. 656 p. Disponible en: http://books.google.com.co/books/about/Manual_de_Auditor.
4. Piscoya, José. Calidad de la atención en salud a través de la auditoría médica. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. N° 3 (2000). Vol. 61. Pág. 227-240.
5. Walshe K, Wallace L, Freeman T, Latham L, Spurgeon P. The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study. Int J Qual Health Care. 2001 Oct;13(5):367-74.
6. Purushothama B. Internal quality audits: a strong tool for quality management. Effective implementation of quality management systems. New Delhi: Woodhead publishing India PVT Ltd., 2010. Pág. 52-95.
7. Hoyle D. Introduction to quality. Quality management essentials. Oxford: Elsevier Butterworth-Heinemann, 2007. Pág. 213-233.
8. Foster, Andrew, Ratchford, Daniel, Taylor, David. Auditing for patients. Quality in Health Care 1994;3. Supplement: S16-S19.
9. Ruelas-Barajas E.. Calidad, productividad y costos. Salud Publica Mex 1993;35. Pág. 298-304.
10. Vivas, David, Barrachina, Isabel.. Guía para metodología de cálculo de costos de calidad y no calidad. Ministerio de la Protección Social Dirección General de Calidad de Servicios. 2010.
11. Net, Alvar, Suñol, Rosa. La Calidad de la Atención. Ponencias y jornadas. [Consultado en marzo de 2013]. Disponible en http://www.salud.gob.do/Documentos/Publicaciones/PUB_LaCalidadDeLaAtencionSunol_20120813.pdf

12. Kirschenbaum, Linda, Kurtz, Susannah, Astiz, Mark. Improved Clinical Outcomes Combining House Staff Self-Assessment with an Audit-Based Quality Improvement Program. *Society of General Internal Medicine* 2010. 25:1078–82.
13. Hysong SJ, Teal CR, Khan MJ, Haidet P.. Improving quality of care through improved audit and feedback. *Health Services Research & Development Center of Excellence, Michael E, DeBakey VA Medical Center, Houston, TX, USA. Implement Sci.* 2012; 7: 45.
14. Cheriyan M., Prince, Kuyyattil P., Ragesh, Alex, Nisha. Audit in clinical practice. *Indian J Otolaryngol. Head Neck Surg.* (April–June 2009) 61:109–111.
15. Buetow, Stephen A., Martin, Roland. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in Health Care* 1999;8:184–190.
16. Anderson, Odin W., Shields, Mark C.. Quality Measurement and Control in Physician Decision Making: State of the Art. *Health Services Research* 17:2 (Summer 1982).
17. Hysong. Sylvia J., Best, Richard G., Pugh, Jacqueline A.. Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: Making feedback actionable. *Implementation Science* 2006, 1:9
18. Hoyle D. Introduction to quality. In: Hoyle D. *Quality management essentials*. Oxford: Elsevier Butterworth-Heinemann, 2007. Pag. 213-223
19. Parfrey P.S., Mona Gillespie, McManamon P.J., Fisher, Ricky. Audit of the Medical Audit Committee. *CMAJ*, Vol. 135, august 1, 1986. Pág. 205-208.
20. Grol, Richard. Quality improvement by peer review in primary care: a practical guide. *Quality in Health Care* 1994;3:147-152.

21. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D (2012) Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *PLoS Medicine*. June 2012. Volume 9. Issue 6.
22. Vélez Correa, Luis A, Maya Mejía, José M. *Etica y Salud Pública*. Universidad Nacional de Córdoba. Consultado en diciembre 2013. Disponible en <http://www.unc.edu.ar/extension-unc/vinculacion/instituciones-sociales.pdf>
23. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. 1980.
24. M J Bardsley and J M Coles. Practical experiences in auditing patient outcomes. *Qual Health Care*. 1992 June; 1(2): 124–130.
25. Collopy BT. Audit activities in Australia. *BMJ*. 1991 Dec 14;303(6816):1523-5.
26. Shaw CD. Aspects of audit. 1. The background. *Br Med J*. 1980 May 24;280(6226):1256-8.
27. Earl-Slater A, Wilcox V. Audit: an exploration of two models from outside the health care environment. *J Eval Clin Pract*. 1997 Nov;3(4):265-74.
28. *Revista Médicos*. El rol de la Auditoría. Año III. Edición nº XVII. Mayo 2001. Pág. 50-51.
29. Clínicas de Chile A.G. Los costos de la falta de calidad de atención en salud. *Temas de Coyuntura*.. Nº 18. Mayo de 2009.
30. Donabedian, Avedis, Wheeler, John R., Wyszewianski, Leon. Calidad, coste y salud: un modelo integrador. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:540-552.
31. Foreman C, Gazzard B, Johnson M, Sharott P, Collins S. Maintaining cost-effective access to antiretroviral drug therapy through a collaborative approach

- to drug procurement, consensus treatment guidelines and regular audit: the experience of London HIV commissioners and providers. *Sex Transm Infect.* 2012 Mar;88(2):112-5.
32. Gordon LG, Obermair A. Potential hospital cost-savings attributed to improvements in outcomes for colorectal cancer surgery following self-audit. *BMC Surg.* 2010 Jan 27;10:4.
33. Stone PW, Larson E, Kawar LN. A systematic audit of economic evidence linking nosocomial infections and infection control interventions: 1990-2000. *Am J Infect Control.* 2002 May;30(3):145-52.
34. Fortuny I Órgans, Biel. *La Gestión de la Excelencia en los Centros Sanitarios.* Pfizer. Madrid, 2009.
35. Gómez L., Duque, M. y Carmona, J. La información contable y de costos en las entidades de salud: una herramienta para su transformación. *Contaduría Universidad de Antioquia*, 53, 145-172. 2008.
36. Cawston, Thomas, Haldenby, Andrew, Seddon, Nick. *Doctors and Nurses. Reform.* November 2012.
37. Fetterolf, Donald. Economics and Finance in Medical Quality Management. In: Varkey P (editor). *Medical quality management. Theory and practice.* Sudbury (Massachusetts): American College of Medical Quality, Pag. 111-144. 2010.
38. Purushothama B. Face the audits. In: Purushothama B. *Effective implementation quality management systems.* New Delhi: Woodhead publishing India PVT Ltd., 2010.
39. Tejero González, J.M., Fernández Martín, J., Rodríguez Díaz, C., Gutiérrez Fernández, R.. Auditorías de la calidad en instituciones sanitarias. La auditoría operativa como instrumento de evaluación de la calidad en centros sanitarios del SESCOAM. España. *Auditoría Pública* N° 36 (2005). Pág. 61-70.

40. Aguirre-Gas Héctor G. Evaluación de la calidad de la atención médica. ¿Una tarea para médicos? *Cir Ciruj.* 2007;75:149-150.
41. Elligsen M, Walker SA, Pinto R, Simor A, Mubareka S, Rachlis A, Allen V, Daneman N. Audit and feedback to reduce broad-spectrum antibiotic use among intensive care unit patients: a controlled interrupted time series analysis. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2012 Apr;33(4):354-61.
42. Byrick RJ, Caskennette GM. Audit of critical care: aims, uses, costs and limitations of a Canadian system. *Can J Anaesth.* 1992 Mar;39(3):260-9.
43. Mira José J., Lorenzo, Susana, Rodriguez-Marín, Jesús, Sitges, Ester. La aplicación del modelo Europeo de Gestión de Calidad Total al sector Sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial.* 1998, 13: 92-97.
44. Borini, Mario, Auditoria medica: 6 estrategias para empezar a cumplir las promesas. *Revista del Colegio Argentino de Cardiología, Vol. II, nº 1:18-24, Bs. As..1997.*
45. Arter, Dennis R. Auditorias de calidad para mejorar la productividad. ASQ Quality Press. Tercera Edición. 2003.
46. Borini, Mario. Epidemiología guía nuevos caminos para la auditoria en salud. *Revista de Higiene y Medicina Social - Facultad de Medicina UBA. Vol 2, Nº 1. Abril 1998.*
47. Suñol, Rosa, Delgado, R., Esteban, A.. Medical audit: the Spanish experience. *BMJ.* 1991; 303:1249-51.
48. Guth KA, Kleiner B. Quality assurance in the health care industry. *J Health Care Finance.* 2005 Spring;31(3):33-40.
49. Johnston G., Crombie IK, Davies HT, Alder EM, Millard A.. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Qual Health Care.* 2000 Mar;9(1):23-36.

50. Aguirre-Gas, Héctor G.. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. *Cir Ciruj Volumen* 76:187-196, No. 2, Marzo-Abril 2008.
51. Barton A, Thomson R, Bhopal R. Clinical audit: more research is required. *J Epidemiol Community Health*. 1995 Oct;49(5):445-7.
52. Black, N.. Research, audit, and education. *BMJ*. 1992 March 14; 304(6828): 698–700.
53. Shaw CD. Aspects of audit. 4: Acceptability of audit. *Br Med J*. 1980 Jun 14;280(6229):1443-6.
54. Kitchiner D, Davidson C, Bundred P. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. *J Eval Clin Pract*. 1996 Feb;2(1):65-9.
55. Fernández Busso, Nélica. Calidad de la atención médica. Programa de Educación a Distancia “Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud”. Fascículo N° 1. Feb. 2008
56. Grol R. Between evidence-based practice and total quality management: the implementation of cost-effective care. *Int J Qual Health Care*. 2000 Aug;12(4):297-304.
57. Osorio S. Guido, Sayes Nilda, Fernández Lautaro, Araya Ester, Poblete Dennis. Auditoría médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. Facultad de Medicina Universidad de Chile, Hospital de Enfermedades Infecciosas Profesor Dr. Lucio Córdova. 2001.
58. Zavalaga, Llanos, Hered Fernando. Auditoría médica en el primer nivel de atención. V.11 N.3 Lima jul./set. 2000.
59. Miles A, Bentley P, Polychronis A, Price N, Grey J. Clinical audit in the National Health Service: fact or fiction?. *J Eval Clin Pract*. 1996. Feb; 2(1):29-35.

60. Robinson MB, Thompson E, Black NA. Why is evaluation of the cost effectiveness of audit so difficult? The example of thrombolysis for suspected acute myocardial infarction. *Qual Health Care*. 1998 Mar;7(1):19-26.
61. Freymann JG. Medical audit. *Bull N Y Acad Med*. 1975. Jun; 51(6):745-53.
62. Harrington, James. El coste de la mala calidad. Ediciones Díaz de Santos, 1990. 138 Pp.
63. Nofuentes Pérez, Santiago. Aplicación de los costes de no calidad en el sector sanitario. *Revista Calidad Asistencial*. 1997 Oct; 12 (5): 261-265.
64. González-Castillo Jaime A., Salas-López, Miguel A.. La acreditación como garantía de calidad. importancia de las auditorías internas de control. *Salud en Tabasco Vol. 16, No. 2 y 3, Mayo-Diciembre 2010*, pp. 905-920.
65. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013. Organización Mundial de la Salud, mayo 2013, pp. 131-143.
66. Ministerio de Protección Social. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. 2007.
67. Machuca Albarracín, Deysi. La Auditoría: concepto actual o antiguo. Universidad Francisco de Paula Santander. *Ciencia y Cuidado*. Vol. 4 N° 4. Mayo 2007.
68. Serrato, Mabel Yolanda. Antecedentes históricos de Auditoría en Salud. [En línea]. Disponible en <http://www.odontomarketing.com/anterior/16ago2001.htm>
69. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2174 de 1996 por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial 42931 (Dic. 3 1996)*.

70. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2309 de 2002 por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial 44967 (Oct. 17 2002).
71. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial 46230 (Abr. 03 2006).
72. Luengas, Sergio, Nuñez, Carmen Elisa. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social y Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. 2007.
73. Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas. [En línea]. Disponible en: <http://www.eafit.edu.co/escuelas/administracion/consultoriocontable/Documents/Nota%20de%20Clase%2021%20NAGA%C2%B4s.pdf>.
74. Reseña de "Control total de la calidad" de Armand V. Feigenbaum. Innovación Educativa 2009. [En línea]. Fecha de consulta: 5 de septiembre de 2014. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179414896009>.
75. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes (Review). The Cochrane Collaboration., Número 4, 2008.