

AUDITORIA MEDICA Y EDUCACION MEDICA

Dr. EDUARDO ACEBAL

1. GENERALIDADES Y ANTECEDENTES. DEFINICIÓN

El médico tiene, naturalmente, una actitud crítica permanente que proyecta hacia su propia actividad profesional y a la de sus colegas. Se inspira en la necesidad de perfeccionar los resultados de su labor, en beneficio de la comunidad servida.

Observada en este plano, esta actitud significa la conciencia acerca de la responsabilidad de mejorar la atención médica, es decir, practicar una medicina acorde con las necesidades de la población atendida, sobre la base de los adelantos científicos y técnicos, enmarcados en la realidad social y económica que se pretende mejorar.

En otras palabras, la atención médica progresa en la medida que:

- 1.— Se producen adelantos científicos y técnicos,
- 2.— El médico y sus colaboradores los conocen y aplican,

- 3.— La comunidad tiene acceso y los utiliza.

En este trabajo, nos referimos al segundo factor enunciado, es decir, al conocimiento y aplicación de los adelantos científicos y técnicos, por parte del médico.

“Debe tenerse muy especialmente en cuenta, que lo que beneficia al paciente es lo que el médico *hace* y no lo que el médico *sabe* y más aún, lo que *se sabe que debiera hacer*”. (Molinero J. E.).

Al respecto, se considera fundamental para actualizar y aplicar conocimientos que el médico debe asimilarse a un sistema de educación médica continuada. Ello encuentra, por otra parte, un poderoso motor en la actitud crítica médico-profesional, a que hacíamos referencia al comienzo.

Así, la canalización, organización y sistematización de esa autocrítica y la necesidad de perfeccionamiento pueden concretarse de distintas maneras, ya sea en forma de residencias médicas, cursos de perfeccionamiento y de especializa-

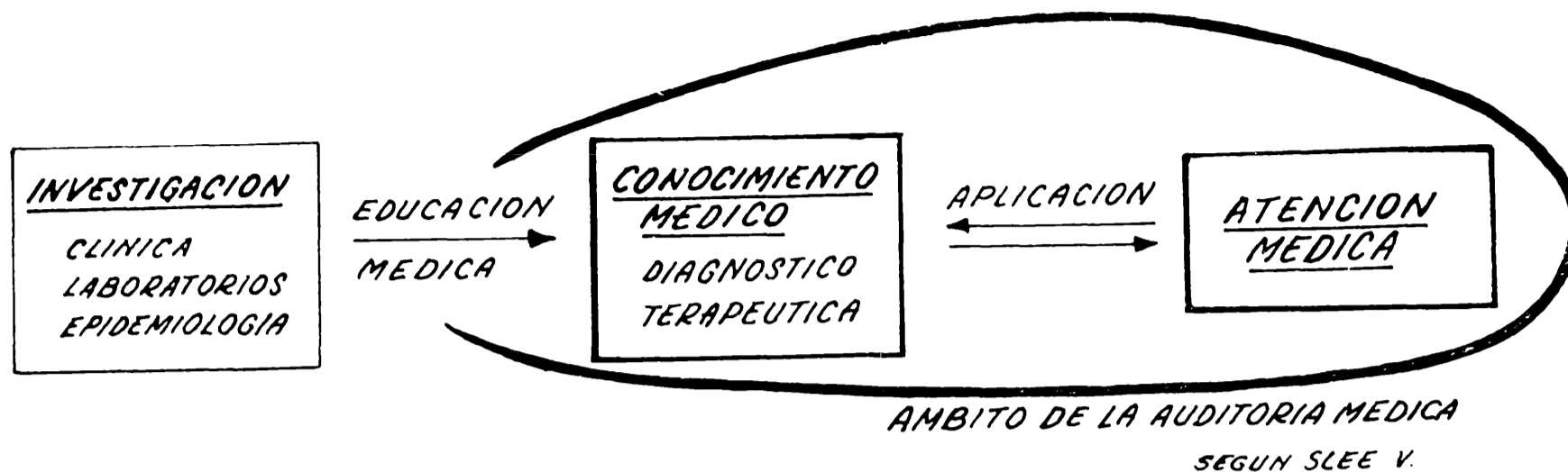


Fig. Nº 1

ción y otros, pero también conforme a un valioso mecanismo, que se ha convenido en denominar "Auditoría Médica".

Auditoría Médica. Definición. Así concebida, puede definirse como la revisión crítica, científica y sistematizada del trabajo médico (no del médico), con el objeto de mejorar la calidad de la Atención Médica. En otras palabras, según Solar M., "lo esencial de la Auditoría es la actitud de revisar lo hecho, para tomar conciencia de lo bueno y repetirlo y conocer lo malo, para corregirlo".

Esta idea, se generalizó a principios de este siglo. Recuérdase, al efecto, el impacto que produjo el crudo informe Flexner, en E.E.U.U. condenando la deficiente actividad profesional, especialmente a cargo de inexpertos cirujanos, en improvisados hospitales, considerados verdaderas trampas para la muerte.

Las conclusiones de Flexner provocaron una drástica reforma de la Educación Médica, además del eco que halló en los colegios profesionales, especialmente en el American College of Sur-

geons y en otras instituciones interesadas en el progreso y perfeccionamiento de la atención médica. A partir de ello, se desarrollaron, además de la reforma educativa, por lo menos dos programas: uno de ellos destinado a evaluar la calidad de la atención médica propiamente dicha. Así "nació" la Auditoría Médica.

Tres conceptos se desprenden de lo afirmado:

- 1º La Auditoría Médica no es un fin en sí misma, sino un medio para mejorar la calidad del trabajo médico, en base a la educación médica continua.
- 2º La Auditoría Médica consiste en una revisión de la práctica médica y no una calificación de quién la practica.
- 3º La Auditoría Médica, por eso mismo, no es un mecanismo destinado a juzgar o a sancionar al médico, sino ofrecerle medios para educarse.

Así concebida, la Auditoría Médica, plenamente desarrollada, se con-

vierte en un eficaz mecanismo de educación médica continua.

Lo hasta aquí expuesto, puede esquematizarse según Slee V. de la siguiente manera:

2. ELEMENTOS Y MECANISMOS DE LA AUDITORÍA MÉDICA. IMPLANTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Corresponde, luego de definida la filosofía, el espíritu y los objetivos de la Auditoría Médica, establecer los elementos que se requieren para su ejecución, así como la forma de obtenerlos.

Si tenemos presente que la Auditoría Médica es la evaluación del trabajo médico, es necesario buscar el o los elementos que informen, objetiva y científicamente, acerca de la práctica profesional. Al efecto, podría considerarse lo que el médico hace, o bien los resultados que obtiene.

Historia Clínica

A los efectos de la auditoría médica, se prefiere lo primero, es decir, lo que el médico hace; en tal caso se considera que la Historia Clínica, y los demás formularios en que el médico registra su actividad profesional, en relación a la experiencia vivida con el enfermo, constituyen el mejor testimonio. De allí la importancia y el valor que la misma reviste. De éste y otros aspectos de la Historia Clínica se ocupa el Profesor Fidel SCHAPOSNIK, en el capítulo 1º de estos anales.

Normas de atención

El otro elemento básico de la auditoría lo constituyen las *normas (standards) de atención médica* elaboradas o adaptadas y que sirven para *comparar lo hecho*, según se desprende de la revisión y análisis de la Historia Clínica, y *lo que en realidad correspondió hacer*,

conforme a las normas aceptadas y al caso considerado.

Obviamente, dichas normas se definen a partir de los conocimientos científicos vigentes y de la experiencia del propio cuerpo médico y su adecuación a la realidad y posibilidades del medio en que se actúa, siempre tratando de obtener un mínimo de seguridad para el paciente. En todo caso, las normas a que hacemos referencia, se refieren al mínimo de calidad, como un medio para lograr el óptimo.

Resumiendo

Para la auditoría son indispensables básicamente:

- 1º *Definición de las normas de atención*, elaboradas o aceptadas, por el cuerpo médico, sobre la base de los conocimientos científicos, tecnología, experiencia y posibilidades reales.
- 2º *Historia Clínica* y demás documentación médica sobre la actividad profesional, en relación con la atención del enfermo.
- 3º *Comparación entre las normas de atención aceptadas y lo efectuado*, esto último según lo describe la historia clínica del o de los casos en estudio.

3. ETAPAS QUE DEBEN CUMPLIRSE PARA LLEGAR Y DESARROLLAR LA AUDITORÍA MÉDICA

De lo expuesto, surge que para efectuar la Auditoría Médica es preciso contar, además de un hecho fundamental como lo es la actitud favorable del cuerpo médico, con los elementos operativos, concretos, es decir: Historia Clínica y normas de atención médica.

Resulta útil, al efecto, seguir los enunciados básicos de Bo.S, quien establece las siguientes etapas:

1. *Estructuración o reestructuración hospitalaria que permita:*
 - a) departamentalización de servicios,
 - b) servicio de archivo de historias y de estadísticas, progresivamente centralizado,
 - c) historia clínica única,
 - d) administración y organización hospitalaria modernas.
 - e) cuerpo médico organizado con un comité o consejo técnico, y otros comités de trabajo (de historias clínicas, de educación médica, de auditoría médica, de biopsias, de terapéutica, etc.)
 - f) actividades coordinadas de educación médica,
 - g) cuerpo de médicos internos, de rotatorios o de residentes.
2. *Dotación y capacitación de personal de archivo médico, incluso para tareas auxiliares específicas de Auditoría Médica.*
3. *Incorporación a las reglamentaciones del cuerpo médico de las previsiones que hagan posible la Auditoría Médica.*
4. *Registro metódico de las prácticas profesionales, aplicadas a cada caso hospitalizado e incluso del consultorio externo.*
5. *Evaluación de la actividad profesional individual o de grupo.*

No existe ninguna duda que las descritas constituyen las secuencias o condiciones lógicas para el desarrollo de la Auditoría Médica. Sin embargo, la realidad no siempre es la enunciada, por lo menos para nuestro medio; pero ello no debe ser un obstáculo fundamental, ni menos condición necesaria para el desarrollo de la Auditoría Médica.

En efecto, nuestra consideración es que en realidad es tal vez más im-

portante que la estructura perfecta y previa de un sistema administrativo y estadístico, la vocación y voluntad, al menos inicialmente, de un sector del cuerpo médico dispuesto a desarrollar la Auditoría Médica. Esta es por lo menos nuestra experiencia, en un establecimiento como es el Instituto General San Martín de La Plata, en el cual no están dadas aún todas las condiciones que propone Bo.

En efecto, como describiremos al relatar nuestra experiencia, se concluye que, en un comienzo, basta que el Comité de Auditoría Médica comience a trabajar y enuncie los primeros resultados de su actividad, independientemente del estado inicial en que se halle el desarrollo de la Historia Clínica, para que el propio cuerpo médico se interese para perfeccionarla, con el eco favorable de las autoridades administrativas para facilitar, a su vez, el desarrollo o el perfeccionamiento del Sistema de Registros.

En otras palabras, en este caso, el motor que pone en marcha el Sistema de Historia Clínica, registro y archivo correspondiente es la propia auditoría médica, que el funcionar demuestra la necesidad y exige la existencia de una buena historia clínica.

Es decir que, en tales circunstancias, el Comité de Auditoría, funciona inicialmente confundido con el Comité de Historia Clínica, ya que establece las normas básicas para la estructuración, confección, registro e incluso archivo de la documentación material que, a su vez, necesita para realizar la Auditoría.

Además, sucede que el efecto de demostración que produce un buen sistema de auditoría a nivel servicio o incluso sala hospitalaria, resulta suficiente para que, forzando el desarrollo "secundario" de la Historia Clínica Única y de

su infraestructura correspondiente, incluyendo el Comité de Historias Clínicas del Hospital.

Otros obstáculos que deben superarse

Criteriosamente, Hawley P. R., del American College of Surgeons, considera que debieran superarse tres obstáculos principales para el desarrollo de la Auditoría Médica:

- 1) *el error humano*; no ha llegado aún el momento en que la atención médica pueda ser evaluada con precisión matemática. El juicio médico, resulta de componentes objetivos y subjetivos.
- 2) *las grandes lagunas del conocimiento humano*, que obligan a meditar antes de afirmar la verdad absoluta. La verdad de ayer no siempre es la de hoy.
- 3) *la resistencia del cuerpo médico*, a lo que pueda interpretarse como una interferencia en la práctica profesional individual.

Afortunadamente, reconocemos que este último aspecto está en contradicción con una actitud natural y progresiva de autocrítica que, perfectamente canalizada, es suficiente para neutralizar ciertos reparos individuales y posibilitar una amplia apertura y actitud favorable hacia la Auditoría Médica. Esto, es por lo menos lo que se observa actualmente entre nosotros.

Eso mismo lo establece Bo, cuando afirma "Los obstáculos no son insuperables. Los médicos en cuyos programas se desarrollan actividades de control de la calidad de la atención médica, con su amplia colaboración, han revelado un desprendimiento y falta de egoísmo, que evidencia su devoción hacia los elevados principios de la profesión".

4. ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DE LOS COMITÉS

Corresponde, en forma sintética, enunciar la estructura y funciones que competen a los Comités de Historia Clínica y Auditoría Médica, respectivamente. Al respecto, Barkin, establece:

4.- *Comité de Historia Clínica* (de Documentación Clínica)

Tiene por objeto:

1. Proponer o adoptar, previa discusión, el modelo de Historia Clínica y los formularios anexos a emplearse, y su eventual perfeccionamiento.
2. Controlar las historias y verificar que los médicos empleen la terminología aprobada, y estén escritas pulcra, correcta y completamente.
Controlar la codificación de enfermedades y otros códigos convenidos.
3. Supervisar el archivo de las Historias Clínicas, asegurándose de su correcto funcionamiento, con un orden determinado y de fácil ubicación para que el Comité de Auditoría Médica pueda tener fácil acceso a la documentación.
4. Asegurar un método de conservación de la información ya sea encuadernando las Historias Clínicas o bien mediante el microfilmado.
5. Estar al corriente de los procedimientos modernos de archivo y de registro, destinados a perfeccionar el correspondiente sistema, incluyendo la circulación intra o inter hospitalaria de la Historia Clínica o de la información contenida (duplicación, etcétera).

6. Proponer las bases reglamentarias para el funcionamiento correcto del archivo.

Estructura del Comité de Historia Clínica

Habitualmente, está constituido por varios médicos de distintos servicios, asesorados por el jefe del archivo clínico o de Estadísticas.

4.2. Comité de Auditoría Médica

1. Integración.

Está constituido exclusivamente por médicos. El número de los mismos es variable pero se aconseja que no sean menos de 3 y no más de 5; comprendiendo clínicos, cirujanos y especialistas. Es aconsejable que la duración en la función de cada profesional, no exceda 1 año, y que la renovación sea parcial, asegurando, por una parte, cierta continuidad en la experiencia acumulada pero, por otra parte, con la rotación, procurar que todos los miembros del servicio o del hospital, según el caso, tengan oportunidad de participar activamente en el Comité. Asegúrese así mayor participación de los colegas, perfeccionamiento con nuevos aportes, mayor ecuanimidad, al tiempo que se evita la falsa sensación de censura y las suspicacias correspondientes.

De todos modos, es aconsejable que entre los miembros siempre figure un profesional de gran prestigio dentro del cuerpo médico, pero además, debe integrarse con médicos jóvenes y dinámicos, deseosos de colaborar y de entregar importante parte de su tiempo a la tarea de Auditoría.

Funciones del Comité de Auditoría Médica

- Determinar y discutir con el cuerpo médico los criterios de auditoría y las normas de atención médica,

sobre cuya base se comparará con lo actuado, a través de la Historia Clínica.

- Fijar un programa de actividades, en forma regular y sistemática. Es práctico que la reunión de evaluación se realice por lo menos semanalmente. Incluye el método para la selección de las historias a revisar; por ejemplo el tamaño y la forma de extracción de la muestra (en el caso de no revisar la totalidad de las historias).
- Reunirse periódicamente con los colegas auditados para discutir los hallazgos, analizar los errores o los aciertos de interés, y proponer las rectificaciones y soluciones, tendientes a mejorar la Atención Médica.
- Proponer y discutir la actualización de las pautas y normas de atención médica, acordes a los progresos científicos y técnicos, y a la experiencia recogida.

5. ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA AUDITORÍA

La Auditoría, intenta establecer entre otros aspectos fundamentales:

1. Cuál fue el o los diagnósticos del caso y si los mismos fueron o no correctos.
2. Cuáles fueron los procedimientos diagnósticos empleados y si no se cometieron excesos o defectos en relación a la naturaleza u oportunidad de empleo de los mismos. (Omisión de prácticas diagnósticas fundamentales, etc).
3. Cuál fue la terapéutica instituida y su correspondencia con el diagnóstico.
4. Valoración del régimen higiénico-dietético.

5. Si el tratamiento dio o no el resultado esperado; en tal caso, la eventual explicación.
6. Si se evitaron o sobrevinieron complicaciones, incluso la muerte, y cuál fue la explicación de tal circunstancia.
7. Alternativas y complicaciones de la anestesia.
8. Tipo y complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
9. Si se consideraron otros diagnósticos diferenciales y la manera de descartarlos o rechazarlos.
10. Epicrisis.
11. Otros aspectos relacionados con la atención médica, y eventuales resultados.
12. Interconsultas, anatomía patológica, autopsia y sus comentarios.

5. DIFERENTES TIPOS O MECANISMOS DE AUDITORÍA MÉDICA

No existe un mecanismo uniforme y universal de Auditoría Médica y varía según el criterio utilizado para llevarla a cabo y las posibilidades y modalidades del cuerpo médico, en cada caso.

Criterios de clasificación

6.1. Según la dependencia y relación de los médicos auditores

1. Por los propios profesionales del establecimiento: *Interna*.
2. Por profesionales médicos ajenos al sistema, contratados o comprometidos por la tarea: *Externa*.
3. Por ambos: *Mixta*.
4. Por profesionales médicos de instituciones prestadoras y prestatarias de los servicios de Atención Médica: *Compartida*.

6.2. Según la oportunidad en que se realiza

1. Luego de egresado el paciente:
2. En el curso de la internación: *Dinámica* (Balmaceda).

6.3. Según el procedimiento empleado

1. Revisión directa de la Historia Clínica o de su resumen: *Manual* (tradicional).
2. Revisión de resumen de Historia Clínica procesadas por computadora: *Automatizada*.

7. SÍNTESIS

Independientemente del procedimiento elegido, para efectuar la auditoría médica, existe estrecha vinculación, y ya lo hemos señalado, entre la actividad del Comité de Historia Clínica y el Comité de Auditoría, tanto que pueden confundirse en una sola estructura.

El siguiente esquema personal, puede servir para entender las relaciones del sistema (Figura 2).

8. UNA EXPERIENCIA DE AUDITORÍA MÉDICA EN SALA DE CLÍNICA MÉDICA

Desde 1969, se está llevando a cabo un programa de Auditoría Médica en la Sala III del Instituto General San Martín, asiento de la Cátedra de Medicina Interna D., cuyo titular es el profesor Dr. Fidel Schaposnik.

Si bien es cierto que aún no se han completado todos los requisitos de la Auditoría Médica, es posible asegurar que desde el inicio hasta la actualidad, se han obtenido algunas modificaciones significativamente favorables en cuanto a:

- Organización del archivo y registro de historia clínica, incluyendo la codificación de morbilidad.

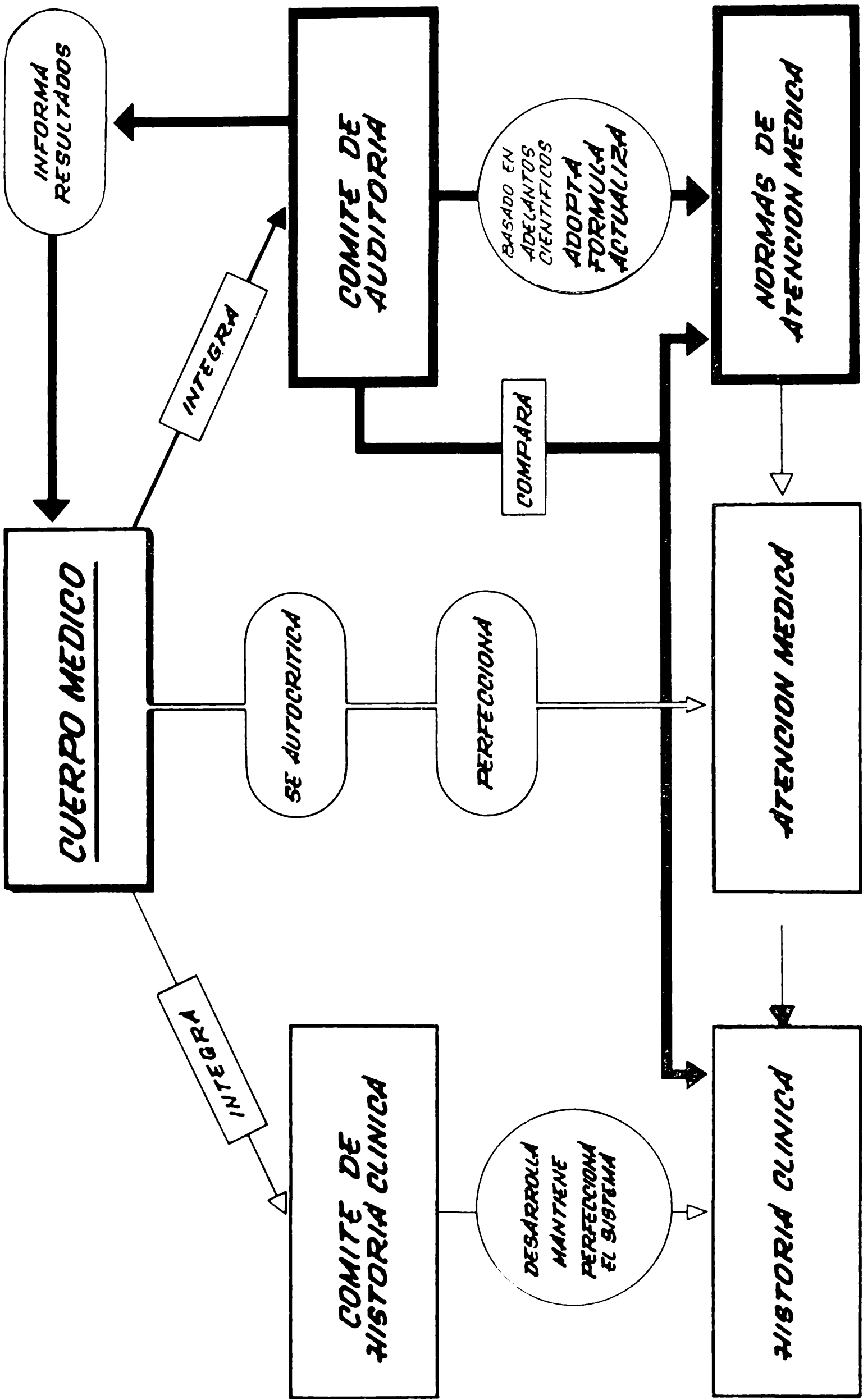


FIG. Nº 2

— Ordenamiento en la confección y entrega oportuna de la historia clínica, en relación con el egreso del paciente.

(El porcentaje de historias confeccionadas, y completas pasó del 60-70 % a, prácticamente, el 100 %).

-- Mejora sensible en la calidad de la historia clínica no sólo en cuanto a la pulcritud de su presentación, sino también a la estructura y ordenamiento de los componentes que la integran, incluyendo interconsultas, comentarios, fundamentación diagnóstica y epicrisis.

— Utilización de un modelo único de historia clínica, correspondiente al aprobado por el Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires, con ciertas modificaciones aconsejadas por la experiencia.

Si se repara en los aspectos enunciados, surge que más que un Comité de Auditoría el mismo ha funcionado como Comité Mixto, ya que además de ocuparse de la estructura de la Atención Médica, ha contribuido a mejorar sensiblemente la calidad de la Historia Clínica y a perfeccionar su registro y archivo.

Cabe, destacar en esta experiencia, el apoyo significativo de todos los médicos y la favorable actitud hacia la auditoría, evidenciada no sólo en el progreso de la historia clínica sino a la receptividad de las observaciones formuladas por el Comité de Auditoría, en oportunidad de las reuniones periódicas, que por otra parte han contribuido a un mayor acercamiento del cuerpo médico.

El Comité, que ha sido presidido por el titular de la cátedra, a su vez titular de la sala, profesor Dr. Schaposnik, se

completa con otros dos miembros, que han rotado anualmente. Las observaciones se anotan en formularios diseñados al efecto, y son discutidas en las reuniones, a las cuales hemos hecho referencia.

En la actualidad, el Comité está formalizando por escrito las normas y pautas mínimas de atención médica, a fin de discutir las con el cuerpo médico y completar así los instrumentos de la Auditoría Médica.

Hasta la fecha, se han interesado por el Sistema otros Servicios del establecimiento y, seguramente, el desarrollo de otros Comités a ese nivel facilitará la implantación de la Auditoría Médica que, finalmente, comprenda la totalidad del Hospital y otros Hospitales

9. RESUMEN Y CONCLUSIONES

— Se definen la doctrina y objetivos de la Auditoría Médica:

1. La Auditoría Médica, constituye un valioso mecanismo de Educación Médica continua, cuyo propósito final es el de mejorar la calidad de la Atención Médica.

2. Se describen componentes básicos de la Auditoría Médica, principalmente constituidos por la Historia Clínica, las pautas y normas de Atención Médica.

3. Se describen las etapas para alcanzar la Auditoría Médica, enfatizándose como fundamental, la decisión del cuerpo médico, dispuesto a revisar crítica y científicamente su propia actividad profesional.

4. Se definen la estructura y funciones de los Comités de Historia Clínica y de Auditoría Médica.

5. Se describen las distintas modalidades de Auditoría Médica, incluyendo la efectuada en forma automatizada, por computadora.

6. Se relata una experiencia, a nivel Sala de Hospital, en el Instituto General San Martín. La Plata, asiento de la Cátedra de Medicina Interna D.