

La auditoría médico-clínica (III). Facetas

José María Ortega-Benito

Director del Programa de Formación en Salud Pública. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Miembro de la Facultad de Medicina de la Salud Pública del Reino Unido.

auditoría médica

Aun cuando la meta última de la auditoría sea la mejora de la salud de la población, cuya asistencia cubre el servicio o unidad que se audita, es necesario puntualizar también otros aspectos que hacen de la auditoría un ejercicio extremadamente positivo. En este sentido se expondrán, a continuación, los componentes *educativo, evaluativo y de mejora*, claramente inherentes a la auditoría.

La auditoría como ejercicio educativo

Si a la educación se la puede definir como: *a)* la transmisión de la herencia cultural; *b)* la iniciación a modos de comportamientos válidos, y *c)* el fomento del desarrollo individual, está claro que la auditoría tiene fuertes lazos con los dos últimos argumentos. Igualmente, está claro que el aprendizaje basado en la experiencia y en la reflexión sobre la misma es más efectivo que el estudio teórico aislado¹.

Tanto los Reales Colegios de Médicos y Cirujanos del Reino Unido^{2,3} como el Comité Británico de Decanos de Posgraduados Médicos⁴, recalcan el aspecto educacional de la auditoría, a la que consideran parte fundamental de la educación profesional continuada.

La misma opinión tiene el Comité Permanente sobre Educación Médica de Posgrado de Inglaterra (SCOPME)⁵, que describe el potencial educativo de la auditoría (tabla 1).

Para Batstone⁶, la auditoría conduce a la mejora de la asistencia clínica por medio de mecanismos educativos y/u operacionales, ya que considera que aquella funciona a dos niveles: *1)* por medio de la autoevaluación y desarrollo profesional, y *2)* a través de revisiones del rendimiento del equipo clínico para mejorar la calidad de los resultados de tal equipo.

El convencimiento de Schon¹ de que la reflexión sobre el conocimiento profesional y posterior acción es el mejor medio de tornar la experiencia en aprendizaje es compartido y completado por Kolb⁷, quien enfatiza la habilidad de transferir el conocimiento a nuevas situaciones (fig. 1). Como puede observarse este ciclo de aprendizaje difiere del ciclo de la auditoría en el hecho de que empieza con la observación de la práctica y es sólo tras la reflexión sobre lo que se hace que se determinan los principios.

Batstone⁶ y Coles⁸ intentan resolver las diferencias entre ambos círculos y describen un modelo que integra a ambos (fig. 2), sin que ninguno de ellos cambie sustancialmente. Los 2 autores también apuntan que, quizás, el ciclo de aprendizaje es más un fenómeno individual, en cuanto que los aspectos operacionales se imbrican más en las actividades de un equipo clínico.

Correspondencia: Dr. J.M. Ortega-Benito. Departamento de Sanidad. Delegación Territorial de Guipúzcoa. Avda. de Navarra, 4. 20013 San Sebastián.

Aceptado para su publicación el 5-12-1993

Med Clin (Barc) 1995; 104: 25-28

Relaciones entre auditoría e investigación evaluativa

La investigación evaluativa y la auditoría son dos actividades distintas con diferentes propósitos. La investigación implica el establecimiento del valor de los servicios sanitarios o de los cuidados para la salud; pretende contestar preguntas tan fundamentales como la de si una intervención es efectiva, o humana, o coste-efectiva; si se lleva a cabo con rigor científico-

TABLA 1

La fortaleza educativa de la auditoría

La fortaleza educativa de la auditoría incluye:

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

Según el Standing Committee On Postgraduate Medical Education, Medical Audit: The Educational Implications. Londres SCOPME, 1989: 4⁵.

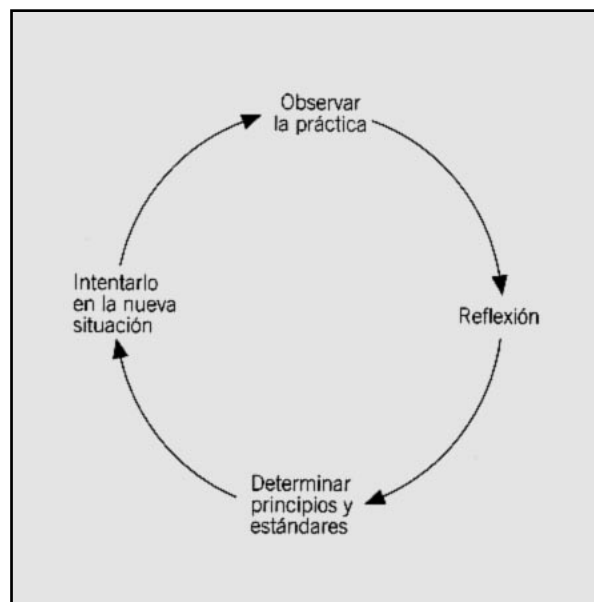


Fig. 1. El ciclo del aprendizaje (tomada de Kolb).

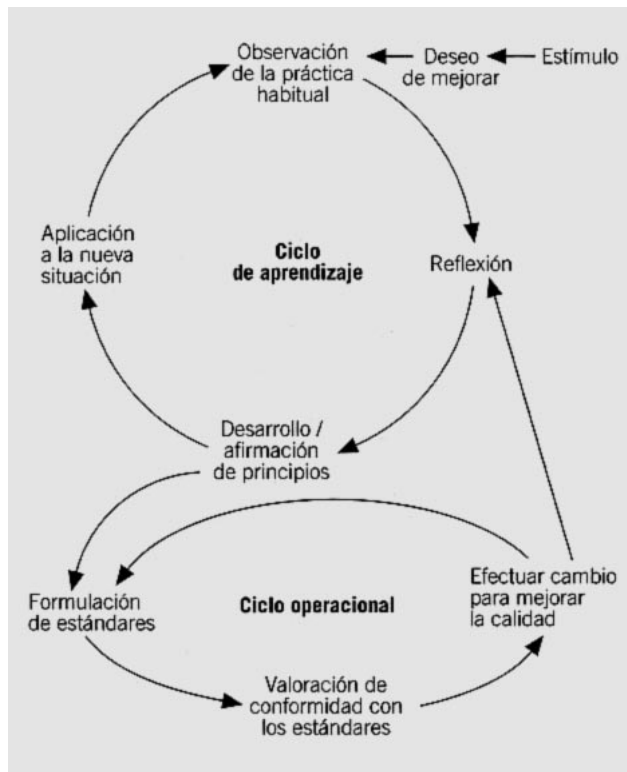


Fig. 2. Integración de los ciclos de aprendizaje y auditoría (tomada de Batstone⁶).

co, o si los resultados pueden extrapolarse a diferentes lugares y situaciones. La auditoría, por otro lado y como apunta Black⁹, implica una valoración y/o monitorización de la provisión de la asistencia para asegurar que ésta sea de la más alta calidad posible, siendo el nivel de calidad sugerido por los resultados de las investigaciones; es, esencialmente, una actividad local, y los resultados tienen valor, principalmente, para lugares y situaciones específicos. Sin embargo, la investigación evaluativa y la auditoría están interrelacionadas de modos diversos, que se pueden sintetizar en cuatro vías o vínculos¹⁰.

1. La investigación proporciona las bases para definir la asistencia de buena calidad, con el propósito de aplicar tal definición al proceso de la auditoría. Otras contribuciones vitales que la investigación hace a la auditoría son las de proporcionar métodos de ajuste para diferentes *case-mix*, o espectros de casos^{11,12}, producir válidos indicadores de resultados¹³⁻¹⁵ y proporcionar macroindicadores fiables de la calidad de la asistencia¹⁶.
 2. La auditoría puede proporcionar información y datos de muy alta calidad para ser usados en investigaciones evaluativas no experimentales.
 3. Para establecer el valor de diferentes intervenciones se necesita investigar la eficacia y coste-efectividad de la auditoría. Los estudios de eficacia de la auditoría se enfocan sobre los efectos de la retroalimentación (*feedback*) de información^{17,18}, sobre la efectividad de programas educativos^{19,20}, sobre regulaciones administrativas²¹ o sobre incentivos²².
 4. La investigación evaluativa debe, a su vez, ser auditada si se pretende asegurar que se realicen trabajos de calidad óptima.
- En suma, y parafraseando de nuevo a Black¹⁰, hay que reconocer los diferentes papeles que desempeñan estas dos ac-

tividades tan íntimamente ligadas ya que, de lo contrario, se corre el peligro de que la auditoría se enmascare como investigación -pero sin el necesario rigor científico- o que la investigación pretenda ser una auditoría -pero sin intentar mejorar la calidad de la asistencia bajo escrutinio.

¿Cambia la auditoría algo en la práctica clínica?

Como ya se ha expuesto, la auditoría consta, a grandes rasgos, de tres fases bien diferenciadas: una primera fase en la que se definen expectativas, una segunda en donde se comparan éstas con la realidad que se observa y una tercera que introduce cambios apropiados allá donde se requieran. Si esta última fase se negligea, se proporciona un fuerte argumento en contra de embarcarse, en primera instancia, en las dos fases previas²³. Incluso aunque se intenten introducir cambios en la práctica clínica, éstos no son necesariamente obvios de forma inmediata y, no pocas veces, resulta difícil asociar causalmente las mejoras en los resultados a la auditoría, aun cuando ésta pueda haber producido dichas mejoras.

No obstante, existen una gran cantidad de publicaciones e informes en diversos países que muestran una asociación entre la introducción de la auditoría con cambios sustanciales y sostenidos en la práctica clínica. En Ohio (EE.UU.) Kincaid²⁴ encontró que el escrutinio regular, y subsiguiente retroalimentación, condujo a una reducción de la tasa de admisiones y de la duración media de estancia, y Martin²⁵ observó cómo la pruebas diagnósticas se reducían a la mitad cuando se usaba la auditoría en conjunción con guías y recomendaciones explícitas. En Gran Bretaña, se han comunicado reducciones sostenidas en las pruebas diagnósticas cuando se introducían revisiones activas^{26,27}, pero cuando la retroalimentación de datos se efectúa de forma pasiva y no se acompaña de participación activa y guías explícitas, ni Mitchell²⁸, ni Heasman²⁹, ni Health³⁰ pudieron demostrar ningún cambio en la práctica clínica. O sea, que para que las revisiones surtan efecto, se debe abordarlas de forma activa. Una somera relación de otros estudios sobre los resultados de la retroalimentación de información se detallan en la **tabla 2**.

Entre otros ejemplos, contamos también con el comunicado por Gruer et al³⁹ en la zona de Edimburgo, en donde los primeros 5 años de instauración formal de una auditoría quirúrgica tuvieron como efecto la disminución de la cirugía radical y el aumento de las derivaciones cruzadas de pacientes entre cirujanos especialistas (en particular para proctectomías y cirugías vascular y de mama) habida cuenta de que la auditoría había evidenciado mejores resultados en las unidades especialistas. Igualmente, un importante hospital maternal escocés pudo frenar el aumento de la tasa de cesáreas sufrido durante los anteriores 10 años, e iniciar una disminución de la misma, tras iniciar discusiones para la introducción de una auditoría prospectiva⁴⁰.

Conclusiones

La auditoría médico-clínica tiene tres aspectos fundamentales. Uno es que puede ser utilizada como método de aprendizaje y de formación continuada: haciendo auditoría se aprende. Este aspecto proporciona un sólido argumento contra los que, aduciendo la gran inversión de tiempo profesional que la auditoría requiere para su puesta en marcha y mantenimiento, tiempo que habría que sustraer de la atención al paciente, se resisten u oponen a la introducción de la auditoría en los servicios sanitarios. Después de todo, la profesión médica (y verdaderamente la mayoría de las profesio-

TABLA 2

Estudios sobre los efectos de la retroalimentación informativa (feedback) en la práctica médica

Autor/cita	Intervención	Diseño	Efectos	Autor/cita	Intervención	Diseño	Efectos
Schaffner et al ³¹	Comparación de tres estrategias para la prescripción de antibióticos: a) folleto por correo; b) visita de facilitador en prescribir, y c) visita de médico	Estudio controlado llevado a cabo por médicos	Sin efecto con el folleto Las visitas de médicos sí tuvieron efecto	Cohen et al ³⁶	Material escrito dirigido a recomendaciones específicas sobre prácticas preventivas	Ensayo clínico controlado	Los que cumplían las recomendaciones previamente se volvieron más cumplidores; poco efecto en los que más necesitaban cambiar
Harris et al ³²	Feedback a generalistas sobre el número y los costes de sus prescripciones; reuniones de discusión	Estudio controlado llevado a cabo por generalistas	Las tasas de recetas por paciente en el grupo intervenido disminuyeron más que en el grupo control	Braham y Ruchlin ³⁷	Feedback computarizado para los que toman decisiones que generan costes en servicios ambulatorios	Observación de costes antes y después	Reducción de los costes por paciente
Grant et al ³³	Formulario limitado y acordado por el grupo de intervención	Estudio controlado por generalistas; grupo de estudio = tumores; grupo control = no enseñantes	El grupo control recetó una proporción más alta de fármacos que no aparecen en el formulario	McPhee et al ³⁸	Tres métodos para aumentar la aceptación de 7 tests para la detección del cáncer, a médicos residentes: (a) se les dio un recordatorio sobre pacientes sin cribado; (b) se le indicó en auditorías, y (c) controles. La mitad de los pacientes de (a), (b) y (c) recibieron información sobre 2 tests	Ensayo clínico controlado	La intervención: (a) aumentó la aceptación de 6 de los 7 tests, y la intervención (b) la aumentó en 4 tests; la información al paciente mejoró la aceptación en 1 de los 2 tests
Whiteside et al ³⁴	Guías educativas sobre el uso de cefalosporinas	Observacional: antes y después	Cambio en prescripciones del 28% de pacientes dentro de las 48 h de la intervención				
Schlager ³⁵	Resúmenes médicos computarizados para pacientes de generalistas	Observación de la compliance con el tratamiento y resultados clínicos antes y después	Aumento de la compliance con consejos de manutención de la salud; ningún cambio en la presión arterial de hipertensos crónicos				

nes sanitarias) se distinguen por la necesidad de asimilar conocimientos nuevos de forma constante y con una tasa de recambio del conocimiento muy alta.

Se impone, pues, una sistematización de la formación continuada que esté integrada a la práctica cotidiana y sea multidisciplinaria.

Otro aspecto está en relación con la capacidad de la auditoría para actuar como gestora del cambio. Ya no es sólo que se puedan identificar áreas susceptibles de mejoras y, por ende, de cambio, sino que se posibilite la elección del camino a seguir y se facilita la puesta en marcha de dicho cambio. Sin embargo, para cerrarse el ciclo, se debe evaluar el efecto de los cambios introducidos, lo que enfatiza el aspecto evaluativo de la auditoría.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Schon DA. The reflective practitioner: two professionals think in action. Nueva York: Basic Books, 1983.
- Medical Audit-a first report: what, why and how? Londres: Royal College of Physicians, 1989.
- Guidelines to clinical audit in surgical practice. Londres: Royal College of Surgeons, 1989.
- Roberts JBM. Educational benefits of audit. Br Med J 1991; 302: 174.
- SCOPME. Medical Audit: The Educational Implications. Londres:

SCOPME, 1989.

- Batstone GF. Educational aspects of medical audit. Br Med J 1990; 301: 326-328.
- Kolb DA. Experimental learning: experiences as a source of learning and development. Nueva Jersey: Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1984.
- Coles C. Making Audit truly educational. Postgrad Med J 1990; 66 Supl 3: 32-36.
- Black NA. Quality assurance of medical care. J Publ Hlth Med 1990; 11: 97-104.
- Black NA. Evaluative research and audit. J Publ Hlth Med 1990; 14: 361-366.
- Fetter RB, Shin Y, Freeman JH, Averill RF, Thompson JD. Case-mix definition by diagnostic related groups. Med Care 1980; 18 Supl: 1-53.
- Knaus WA. APACHE: a physiologically based classification system. Crit Care Med 1981; 9: 591-597.
- Spilker B, Molinek FR, Johnston KA, Simpson RL Jr, Tilson HH. Quality of life bibliography and indexes. Med Care 1990; 12 Supl: p DS1-77.
- McDowell I, Newell C. Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires. Londres: Souvenir Press, 1991.
- Ortega-Benito JM, Mundy K. Towards the Audit of Geriatric Day Hospitals: A pilot project in West Surrey/North East Hants. J Publ Hlth Med 1992; 14: 310-320.
- Milne R, Clarke A. Can readmission rates be used as an outcome indicator? Br Med J 1990; 301: 1.139-1.140.
- Wones RG. Failure of low-cost audits with feedback to reduce laboratory test utilisation. Med Care 1987; 25: 78-82.
- Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. Br Med J 1991; 303: 398-402.
- Johnson MW, Mitch WE, Heller AH, Spector R. The impact of an educational program on gentamicin use in a teaching hospital. Ann J Med

- 1982; 73: 9-14.
20. Fowkes FGR, Evans RC, Williams LA, Gehlbach SH, Roberts CH, Cooke BRB. Implementation of guidelines for the use of skull radiographs in patients with head injuries. *Lancet* 1984; 2: 795-796.
21. Check WA. How to affect antibiotic prescribing practices. *JAMA* 1980; 244: 2.594-2.595.
22. Sims PD, Cabral D, Daley W, Alfano L. The incentive plan: an approach for modification of physician behaviour. *Ann J Publ Hlth* 1984; 74: 150-152.
23. Shaw CD. *Medical Audit-a hospital handbook*. Londres: King's Fund Centre, 1989.
24. Kincaid WH. Changing physician behaviour: the peer data method. *QRB* 1984; 8: 238-242.
25. Martin AR, Wolf MA, Thibodeau AL, Dzau V, Braunwald E. A trial of two strategies to modify the test ordering behaviour of medical residents. *N Eng J Med* 1980; 303: 1.330.
26. Young DW. An aid to reducing unnecessary investigations. *Br Med J* 1980; 281: 1.610-1.611.
27. Fowkes FGR, Hall R, Jones JH, Scanlon MF, Elder GH, Hobbs DR et al. Trial of strategy for reducing the use of laboratory tests. *Br Med J* 1986; 292: 883-885.
28. Mitchell MW, Fowkes FGR. Audit reviewed: does feedback on performance change clinical behaviour? *J Roy Coll Phys* 1985; 19: 251-254.
29. Heasman MA. Scottish consultant review of inpatient statistics. *Scott Med J* 1970; 15: 386.
30. Heath DA. Medical Audit in general medicine. *J Roy Coll Phys* 1981; 15: 197.
31. Schaffner W, Ray WA, Federspiel CF, Miller WO. Improving antibiotic prescriptions in office practice. *JAMA* 1983; 250: 1.728-1.732.
32. Harris CM, Jarman B, Woodman E, White P, Fry JS. Prescribing-a suitable case for treatment [artículo especial n.º 24]. Londres: RCGP, 1984.
33. Grant GP, Gregory DA, Van Zwannenberg TD. Development of a limited formulary for general practice. *Lancet* 1985; 1: 1.030-1.032.
34. Whiteside ME, Lefkowitz S, Justiniani FR, Ratzan K. Changing practice patterns, a program of physician education. *Hospital Formulary* 1987; 22: 561-563, 566, 568.
35. Schlager DD. A comprehensive patient care system for the family practice. *J Med Syst* 1983; 7: 137-145.
36. Cohen SJ, Weinberger M, Hui SL, Tierney WM, McDonald CJ. The impact of reading on physicians' nonadherence to recommended standards of medical care. *Soc Sci Med* 1985; 21: 909-914.
37. Braham RL, Ruchlin HS. Physician practice profile: a case study of the use of audit and feedback in an ambulatory care group practice. *Health Care Manage Rev* 1987; 12: 11-16.
38. McPhee SJ, Bird JA, Jenkins CN, Fordham D. Promoting cancer screening. A randomised controlled trial of three interventions. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1.866-1.872.
39. Gruer R, Gunn AA, Gordon DS, Ruckley CV. Audit of surgical audit. *Lancet* 1986; 1: 23-26.
40. Rosenburg K, Hepburn M, McIlwaine G. An audit of caesarian section in a maternity district. *Br J Obstet Gynecol* 1982; 89: 787-792.