

La auditoría médico-clínica (y IV). Perspectivas

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

Con el reciente establecimiento de una nueva forma de planificación, ordenación y gestión de los servicios sanitarios de la que han sido testigos ciertos países occidentales (como el Reino Unido) y que introduce el «mercado interno» entre los servicios públicos, cuando no una más abierta economía competitiva de mercado, el control de calidad (donde se incluye la calidad profesional o auditoría médico-clínica) se convierte en un tema a abordar perentoriamente.

Para su introducción y aceptación por parte de los profesionales de la salud, se requiere que se realice un debate horizontal, en el que todos los participantes vean reflejadas sus opiniones. Sin embargo, inicialmente y dado su componente innovador, a la par que su posible complejidad metodológica, es conveniente que existan organismos de referencia que exhorten, apoyen y guíen la introducción de la auditoría durante las primeras fases y hasta que esta esté firmemente asentada.

Esto no equivale a centralización. La auditoría puede ser, y de hecho lo es, una actividad eminentemente local (y, por tanto, descentralizada), pero los problemas que surgen en estadios iniciales son más fácilmente identificables (y, por tanto, se pueden anticipar con mayor eficacia) si existen centros de referencia a varios niveles de la estructura de los servicios sanitarios.

Si en este país (ya sea en la totalidad del Estado español o en Comunidades Autónomas como la vasca) se opta en los servicios de salud públicos, por la separación entre *compradores* (planificación y ordenación) y *proveedores* (servicios de asistencia), es conveniente, si no necesaria, la creación de una *comisión de auditoría* central (p. ej., una comisión de auditoría del País Vasco), en donde participen los representantes oficiales de todos los posibles implicados, que se encargue de iniciar y monitorizar el proceso, en primera instancia, con la posterior función de coordinar las auditorías efectuadas por niveles más inferiores en la escala. Dichos niveles incluirían comités provinciales de auditoría (tabla 1), así como en los centros asistenciales.

A modo de ejemplo, baste relacionar los objetivos más probables con los que contaría un comité hospitalario de auditoría:

1. Coordinar y fomentar la auditoría clínica en cada médico de la institución.
2. Determinar prácticas de auditorías ya existentes, en todos los departamentos.
3. Asistir y ayudar a los clínicos de todos los departamentos a poner en práctica los métodos de la auditoría.
4. Monitorizar los resultados y las conclusiones del proceso de auditoría.

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

Manuscrito aceptado el 10-1-1994

Med Clin (Barc) 1995; 104: 103-104

5. Estimular, cuando sea apropiado, la puesta en marcha de formas de auditoría más elaboradas.

6. Asegurar que se llevan a cabo los cambios que el proceso de auditoría señala como necesarios.

7. Asegurar que la auditoría sea parte integral del proceso educativo, para que el conjunto del ejercicio, incluyendo los resultados clínicos, se perciba como algo formativo, a la vez que se forma a los clínicos en la práctica de la misma auditoría.

8. Procurar minimizar la percepción de que la auditoría es algo amenazante y señalar, en cambio, sus beneficios.

9. Formar y dirigir a los asistentes o administrativos empleados en la auditoría.

10. Mantener la discreción y la confidencialidad.

11. Asegurar vínculos efectivos con gestores, atención primaria y contratadores de servicios.

12. Estimar los fondos necesarios para dedicar a la auditoría, preparar un informe anual, y anticipar programas futuros.

Estos comités de auditoría estarían compuestos por un grupo de profesionales (p. ej., cirujano general, urólogo, internista, pediatra o geriatra), en cuanto a auditoría médica, e incluirían a técnicos sanitarios y terapeutas en lo referente a auditoría clínica.

Dada la complejidad inherente a comités multiespecialistas y/o multidisciplinares, es conveniente contar con un coordinador de la auditoría que bien puede ser uno de sus miembros ya apuntados, o bien una persona designada ex profeso, pero siempre con deberes similares a los siguientes:

1. Coordinar las diversas especialidades participantes en la auditoría.

2. Actuar como «oficial de enlace» para disponer las reuniones de auditoría, aportar soporte administrativo y discutir con la gerencia las recomendaciones emanadas del proceso

TABLA 1

Asuntos tratados en reuniones de un comité de auditoría en un distrito de salud británico

Producción de una política (o protocolo) de distrito sobre resucitación, para prevenir resucitaciones innecesarias
Mejorar la comunicación con atención primaria
Definición y estandarización de «buena práctica clínica», incluyendo la producción de manuales de trabajo para el personal <i>junior</i>
Agilización y perfeccionamiento de los resúmenes del alta
Cómo asegurar que se anota y archiva la información proporcionada a los pacientes y/o familiares
Mejorar la calidad de las historias clínicas, incluyendo cómo asegurar que tanto las historias como la firma de los facultativos sean legibles
Cómo evitar las admisiones a consultas externas inapropiadas
Cómo reducir los periodos de tiempo excesivamente largos de las admisiones
Cómo promover la cirugía de día
Mecanismos de corrección de deficiencias evidenciadas por el proceso de la auditoría, y su revaloración tras dicha corrección

Tomada de Gumpert R, Lyons C¹.

de auditoría cuando éstas implican cambios de política y/o recuerdos extras.

3. Recabar toda la información pertinente generada por el proceso.

4. Monitorizar las acciones recomendadas por el proceso de auditoría.

5. Proporcionar estadísticas pertinentes, incluyendo indicadores de rendimiento, y pedir comentarios.

6. Organizar reuniones interdisciplinarias.

7. Revisar y hacer circular los informes y/o las publicaciones surgidos por la auditoría.

8. Sugerir a los grupos temas de discusión.

9. Aconsejar, cuando se requiera, sobre qué y cómo auditar.

10. Revisar quejas e incidentes.

Si el proceso de la auditoría se introduce organizado en torno a una estructura sólida en cuanto a significado profesional, los problemas que se pueden plantear, como el de amenaza o el de consumir mucho tiempo (que argüiblemente se detrae

de la asistencia al paciente), se pueden llegar a minimizar de antemano. Si no se hace así, es probable que el ejercicio se convierta en una experiencia temporal y parcial que no llegue a completar el ciclo con la introducción de cambios que mejoren la asistencia.

Si, por otra parte, no se establecen órganos de auditoría locales, regidos por profesionales locales, y se depende de estructuras más centralizadas, o no se protege debidamente la confidencialidad del ejercicio, entonces puede llegar a remedar a las organizaciones norteamericanas de revisión por pares (*peer review*), tan discutidas actualmente por los facultativos y probablemente condenadas a cambiar sus *modus operandi*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gumpert R, Lyons C. Setting up a district audit programme. *Br Med J* 1990; 301: 162-165.