



Auditoría médica

José Antonio Fonseca Lazcano,* Eduardo Rivero Sigarrosa,* José Ángel Baltazar Torres,* Silvio Antonio Ñamendys Silva,* Guillermo Domínguez Cherrit*

RESUMEN

La auditoría es un procedimiento que revisa sistemáticamente que se realice lo planeado, tal como se esperaba; cuando se efectúa oportunamente, en forma sistemática y constante, previene graves problemas posteriores. Su aplicación durante casi cuatro décadas ha disminuido la incidencia de error y las causas del mismo al aprender de éste. Abate costos y evita complejas querellas judiciales tan perjudiciales en prestigio y dinero para los hospitales. Modificar la idea que tienen los médicos respecto a la auditoría ayudará a desterrar la percepción inquisitiva y persecutoria que generan dichos procedimientos, porque no persiguen, exclusivamente, fraudes, ni médicos negligentes. Mediante la revisión de la bibliografía se destacan las características principales del sistema de auditar, así como la definición correcta del mismo; las diferencias con otros sistemas de evaluación de los cuidados médicos y los objetivos del procedimiento. Se muestran experiencias prácticas de diversos autores y su repercusión en la morbilidad y mortalidad de diferentes centros hospitalarios. Se menciona, como ejemplo, el instrumento de auditoría en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Hay renuencia, por parte de los médicos, a aceptar la auditoría en su práctica clínica; la labor de sensibilizar y educar es aún muy incipiente y escasa. La plena comprensión del procedimiento motivará su utilización como un instrumento más al servicio del clínico.

Palabras clave: auditoría médica, calidad de la atención médica, cuidados intensivos, morbilidad, mortalidad, bioética.

ABSTRACT

Audit reviews systematically that the glided thing previously is made as it was expected, when it is made opportunely, systematic and constantly prevents further and bigger complications. It is application for almost four decades, has been a useful tool to reduce the error incidence and to learn from them. It helps to reduce costs and avoids severe so expensive legal complaints. It is necessary to modify the medical thinking about auditory and the inquisitive and persecutory perception that generates these procedures. It does not persecute negligent doctors and frauds exclusively. An analysis of medical literature demonstrates the basic characteristics of the auditory system and the correct definition. The most important differences between another medical care evaluation's procedures and the objectives of this method are reviewed. It exposes the experience of many authors in this area, and the influence on the health care quality. We have an example of the instrument to audit in a polyvalent intensive care unit. Many doctors do not accept the auditory in the daily clinical practice. The work to sensitize and educate is even very incipient. The total understanding of the procedure will motivate its use as an instrument to the service of the clinical one.

Key words: medical audit, health care quality, intensive care, morbidity, mortality, bioethical.

* Subdirección de Medicina Crítica, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Correspondencia: Dr. José Antonio Fonseca Lazcano, Vasco de Quiroga 15, colonia Tlalpan, 14000, México, DF. Correo electrónico: lazcapepe@hotmail.com
Recibido: septiembre, 2008. Aceptado: diciembre, 2008.

Este artículo debe citarse como: Fonseca LJA, Rivero SE, Baltazar TJA, Ñamendys SSA, Domínguez CG. Auditoría médica. Med Int Mex 2009;25(1):23-30.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

El 80% de las actividades laborales que desempeñan las personas, las realizan en la industria de servicios. El ámbito de la atención médica se encuentra en este rubro. La unidad de cuidados intensivos es un sistema productivo, que genera como producto: servicios de salud y pacientes saludables.

La unidad de cuidados intensivos presta el servicio de retornar la salud al paciente, al menos al estado que tenía antes de entrar en estado crítico. Al igual que toda actividad humana, deben fijarse estándares de calidad para satisfacer la demanda del paciente y sus familiares.

El problema de auditar a empresas de servicios radica en poder fijar dichos estándares, dado que un servicio es un producto intangible por naturaleza. Es algo que se consume de manera más o menos simultánea, por lo que el margen de error al brindarlo debe ser mínimo. La vigilancia de la calidad debe ser muy estrecha: “debe fabricarse bien porque se consume de inmediato”.¹ El usuario del servicio no puede “probar” el producto antes de consumirlo, sino que se forma una opinión del mismo al recibirlo.

Cuando no se actúa con eficiencia, el desperdicio de recursos humanos y materiales es muy alto. Esto es de suma importancia en cuidados intensivos, dado que el costo de atención de este tipo de pacientes es muy elevado.

Por tanto, en las organizaciones de servicios la reputación es decisiva, debido a que gran parte de la imagen de calidad se logra por las recomendaciones de los usuarios. Por lo general, en este tipo de unidades “el beneficiario del servicio” no es sólo el paciente y sus familiares, sino el grupo de médicos que llevan a terapia intensiva a sus enfermos, con la esperanza de que sean atendidos en forma óptima.

Confiar en la diligencia es una actitud inocente y errónea. Según la curva de la experiencia,² a mayor realización de una actividad, el sistema se vuelve más eficiente y eficaz; sin embargo, el sistema puede caer en vicios de realización al paso del tiempo. Esto sucede, sobre todo, cuando no se hace evaluación y retroalimentación constante y periódica. Incluso, las evaluaciones de un sistema pueden volverse obsoletas y parciales en poco tiempo. La inteligencia humana tiende a automatizar, lo cual es una fuente inevitable de error.³

¿CUÁNDO NACIÓ LA AUDITORÍA MÉDICA?

Los orígenes de la auditoría médica datan, quizá, del siglo XIX, cuando la enfermera Florence Nightingale comparó la mortalidad de los hospitales de Crimea y los de Londres. Los métodos para valorar sistemáticamente el trabajo de los médicos se originaron en Estados Unidos, hacia el año 1914, impulsados por Ernest Codman, presidente del comité de estandarización de hospitales del Colegio Americano de Cirujanos, donde se daba reconocimiento y calificación a los hospitales de Estados Unidos. En la ciudad de Boston, hacia 1910, Codman realizó un estudio retrospectivo de las intervenciones quirúrgicas, después de un año de haberse efectuado.⁴

Uno de los pilares de la orientación médica en aspectos de calidad, son los trabajos de A. Donabedian, que desde el decenio de 1960 se preocupó por crear modelos de gestión de calidad aplicados a la medicina. La trascendencia de sus trabajos radica en la aportación teórica, además del acercamiento de la rama médica a las cuestiones de calidad y seguridad.

¿QUÉ ES AUDITAR?

Los médicos tienen la creencia errónea de que una buena práctica médica depende de la pericia, que se trata de una cuestión puramente técnica. Esto es, si conocen los aspectos técnicos, entonces son infalibles. Esto implica dejar prácticamente a la deriva la práctica médica.

Donabedian considera que la capacidad profesional (conocimiento y experiencia) es sólo uno de los múltiples factores que repercuten en la calidad; también son importantes la infraestructura médica (equipamiento), la oportunidad (momento de atención adecuado) y el costo de la misma.⁵ Entonces, la estrategia correcta para evaluar la calidad y sostenerla debe efectuarse en tres pasos:

1. Establecer guías de acción y protocolizar actividades
2. Auditoría médica permanente
3. Encuestas a pacientes y familiares (satisfacción)

Uno de los errores en nuestros tiempos radica en confiar que los procesos de certificación empresariales, tan de moda en la actualidad, son garantía de una atención de salud de calidad. Estos famosos instrumentos de evaluación pretenden revisar la existencia de una constancia por escrito de lo que cada departamento va a realizar, y que todos sus integrantes lo conozcan. Esto es, que todos hagan lo mismo y al mismo nivel. De hecho, a uno de los más populares de estos métodos se le puso un nombre con el prefijo griego que quiere decir igual o semejante.

Una de las herramientas más valiosas para sostener un servicio de calidad es la auditoría y la evaluación constantes.

Auditar proviene del verbo *oír*. Se trata de una confrontación entre una situación observada (procedimiento de evaluación) y el marco referencial normado técnica y administrativamente (parámetros e indicadores preestablecidos). Las eventuales desviaciones se registran en un

informe (dictamen y recomendaciones) para corregir una situación observada.

Se hace una revisión sistemática y objetiva del trabajo profesional en relación con la atención médica, efectuada por los profesionales de la salud, sobre la base de la historia clínica. Se debe dejar en claro que se trata de una revisión de la práctica médica, y no del que la practica. Se trata finalmente de un mecanismo de mejoramiento y perfeccionamiento médico.

Los médicos tienen la tendencia a rechazar este tipo de acciones por considerarlas no propias de su actividad, sino del administrador. Una de las aportaciones más importantes que realizó Donabedian en este sentido, fue la creación de un modelo propio de la gestión de calidad aplicado, específicamente, a las actividades médicas. Esto generó cierta confianza y aceptación entre el gremio médico, en la actualidad se le conoce como modelo médico de calidad.⁶

Al auditar, encontramos que muchos de los procesos de la atención médica (intervenciones diagnósticas y terapéuticas) están más relacionados con la tradición que con el conocimiento científico. La atención se vuelve, entonces, heterogénea y dependiente de la pericia o la capacidad. En consecuencia, hay anarquía en el sistema prestador del servicio.

Auditar es una revisión sistemática y objetiva del trabajo profesional y de la atención médica; en cambio, hacer análisis de calidad en la atención médica es un proceso analítico y *a priori* de un acto médico, que compromete de forma global a las personas que ejecutan los procedimientos.⁷

La investigación médica busca lo que hay que hacer o lo que es correcto hacer, la auditoría si es correcto lo que se hace o lo que se había planeado. Erróneamente se había pensado que la auditoría es una forma barata de hacer investigación médica.

La pobre calidad de la atención implica sufrimiento de pacientes y familiares, altos costos, desperdicio de recursos y, actualmente, graves problemas judiciales.

¿QUÉ OBJETIVOS SE PERSIGUEN?

Dicho procedimiento debe responder las siguientes preguntas:⁸

1. ¿Qué atención brindamos?

2. ¿Hicimos lo que proyectamos hacer?
3. ¿Qué deberíamos haber hecho?
4. ¿Hacemos lo que debemos hacer?
5. ¿Podemos mejorar lo que hacemos?

El resultado que se persigue es mejorar la práctica médica y la calidad de la atención (satisfacción del paciente); sobre todo, se obtiene una fuente de educación médica continua y un manantial inagotable de enseñanza.

La misión institucional de la auditoría médica es garantizar la habilidad técnica de los profesionales, el empleo eficiente de los recursos y lograr la satisfacción de las demandas y expectativas de los pacientes y familiares.

Es una herramienta de gestión clínica muy valiosa, con aplicación en varias áreas y abarca diferentes aspectos del quehacer médico: asistencial, administrativo, financiero, ético, docente y de investigación. Se trata de un buen mecanismo de retroalimentación para garantizar calidad.

Al auditar conocemos la calidad de los servicios que prestamos, realizamos un diagnóstico. En consecuencia, permite formular proyectos y sugerencias para mejorarlos. Nos ayuda a conocer las condiciones en que se desarrolla el trabajo profesional. Se trata, pues, de un mecanismo de mejoramiento y perfeccionamiento médico, basado en la utilización de normas y registros.

La finalidad es hacer un análisis crítico y sistemático de la calidad de los cuidados, incluyendo los procedimientos utilizados para el diagnóstico y tratamiento, el uso de recursos y el efecto resultante en la calidad de vida del paciente. En consecuencia, el ciclo debe comprender tres niveles:⁹ fijar estándares, medir el desempeño (comparar prácticas con normas) e instrumentar cambios.

Los pasos en que se clasifica el proceso de auditar varían, casi tanto como autores existen; sin embargo, para influir en la calidad, en primer término deben establecerse guías de acción o protocolos, evaluar constantemente si se cumplen como se había planeado y hacer encuestas frecuentes entre los usuarios del servicio.¹⁰

¿QUIÉN DEBE AUDITAR?

Para evitar sesgos, lo ideal es que sea personal externo y ajeno a la institución, debidamente capacitado en los aspectos técnicos y administrativos que evaluará.¹¹ Incluso, hay la tendencia a formar comités en los hospitales, dentro de los cuales se recomienda el de auditoría, aunque la

mayor parte de ellos (infecciones nosocomiales, bioética, etcétera) se dedica a auditar. Tal vez lo más recomendable y práctico en la actualidad es que se haga en forma mixta o multidisciplinaria, incluyendo personal externo e interno, así como un médico auditor y personal clínico del área involucrada.

¿CÓMO SE HACE UNA AUDITORÍA?

Se trata de un análisis sistemático no necesariamente retrospectivo, que puede ser dinámico; esto es, evaluar con el paciente que está actualmente internado. La auditoría basa sus actividades en los registros, éstos en consecuencia deben ser de buena calidad para poder evaluarse, de hecho también deben auditarse.^{12,13} Los puntos a examinar deben definirse con base en la experiencia universal (bibliografía médica) y las potenciales fuentes de error, o fuentes del mismo ya conocidas en cada servicio en particular.

El programa de auditoría debe materializarse y definirse en documentos por escrito, incluyendo por lo menos los siguientes puntos:

- a. Planificación: objetivos debidamente definidos y alcances de la auditoría.
- b. Examen y evaluación de la información: captura e interpretación de datos.
- c. Presentación de resultados: produce conclusiones y recomendaciones.
- d. Fase de seguimiento: se determina si las acciones correctas se aplican o no, y si éstas alcanzan los objetivos deseados.

Una auditoría debidamente realizada debe arrojar los siguientes datos:

- a. Conocimiento de errores cometidos y sus causas.
- b. Prontitud de acción y reacción.
- c. Conciencia informada por parte del personal de salud de los resultados de su trabajo.
- d. Estado de registros, como notas e historias clínicas, con miras a perfeccionarlos.
- e. Herramienta de educación de posgrado.
- f. Información administrativa a directivos del hospital.

El cuadro 1 muestra el instrumento que se utiliza para evaluar a la Unidad de Cuidados Intensivos del Institu-

to Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Dicho tabulador de evaluación se aplica mensualmente. Su diseño es sencillo de aplicar. La decisión de los parámetros a evaluar y el rango tolerado o de normalidad se tomó con base en lo descrito en la bibliografía,¹⁴ y en los puntos críticos potenciales que observamos en nuestra unidad. Todos tienen gran repercusión en la morbilidad y mortalidad. Este sistema comprende tres categorías: en la primera, el parámetro calificado se encuentra en límites aceptables, según la recomendación universal. En la segunda, se rebasa lo esperado, y en la tercera los valores se consideran de alerta inmediata. Los límites esperados se expresan en porcentaje, a excepción de los relacionados con la ventilación mecánica, que se definieron como eventos ocurridos por cada 1,000 horas de ventilación mecánica proporcionadas. Cuando un valor se identifica fuera de la normalidad (segunda categoría) en una sola medición se consideró un hecho y se sostuvo una conversación informal con las personas involucradas, como medida correctiva. En caso de obtenerse dicha calificación en dos meses consecutivos, se considera una tendencia; en consecuencia, se realiza una reunión de comité (jefe de servicio, jefe de enfermería, médicos revisores y jefe de residentes) para tomar las medidas correspondientes. Cuando se obtiene cualquier medición en límites de alerta, inmediatamente se reúne el comité mencionado. El objetivo de este sistema es disminuir la mortalidad en un lapso de dos años, en forma significativa, siempre y cuando los errores observados tengan repercusión en la misma.

Cada unidad hospitalaria requiere un diseño de evaluación y estrategias propias, de acuerdo con sus características de funcionamiento.

¿CUESTIONES ÉTICAS?

La auditoría genera información confidencial y potencialmente controvertida. Es un informe formal de errores en la atención de la salud. Puede, incluso, utilizarse contra la institución para procesos judiciales; es un documento en poder del adversario.¹⁵ Este factor “conspira” en contra de la institucionalización del procedimiento. Por esto, el auditor médico, externo o interno, debe actuar siempre con lealtad, sinceridad y buena fe, además de estar debidamente actualizado.

El auditor no es un enemigo de su colega. La figura de este personaje se ha ligado con fantasías persecutorias

Cuadro 1. Instrumento de auditoría mensual de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

<i>Parámetros</i>	<i>En rango</i>	<i>Fuera de rango</i>	<i>Alerta</i>
1. Mortalidad			
a. Global	< 15%	< 25%	> 25%
b. Con ventilación mecánica	< 40%	< 60%	> 60%
c. No deseada	< 15%	< 25%	> 25%
d. No explicada	< 5%	< 10%	> 10%
2. Infecciones hospitalarias	< 10%	< 15%	> 15%
3. Manejo de la vía aérea			
a. Recambios de cánulas	< 5/1000	< 7/1000	> 7/1000
b. Fracaso en la extubación	< 3/1000	< 5/1000	> 5/1000
4. Egresos mal valorados	< 10%	< 20%	> 25%
5. Equipo electromédico			
a. Fallas de equipo	< 10%	< 15%	> 15%
b. Desconexión de equipo	< 10%	< 15%	> 15%
c. Ignorado de alarmas	< 5%	< 10%	> 10%
6. Errores en la administración			
a. Medicamentos	< 5%	< 10%	> 10%
b. Soluciones	< 10%	< 15%	> 15%
c. Nutrición artificial	< 10%	< 15%	> 15%
7. Tubos removidos accidentalmente			
a. Arteriales	< 10%	< 15%	> 15%
b. Venosos	< 10%	< 15%	> 15%
c. Sondas	< 10%	< 15%	> 15%
d. Drenajes	< 10%	< 15%	> 15%
8. Accidentes			
a. Durante traslados	< 5%	< 10%	> 10%
b. Lesiones en procedimientos	< 10%	< 15%	> 15%
c. Reanimación cardiopulmonar	< 10%	< 15%	> 15%
9. Expectativas del usuario			
a. Quejas hospitalarias	< 5%	< 10%	> 10%
b. Quejas extra hospitalarias	< 5%	< 10%	> 10%
c. Conflictos graves	< 5%	< 10%	> 10%

como un inquisidor en busca de fraudes y negligencias. Por desgracia, muchos profesionales dedicados a ello son ambiciosos y asfixiantes, pues sólo quieren castigar o bajar costos. En condiciones ideales es un aliado, el cual contribuirá en forma importante al mejor desempeño del servicio.

Un auditor nunca debe caer en la falta de compromiso con la institución, negligencia, deshumanización, censura, inflexibilidad o despotismo. Hay que recordar que la diferencia la hacen las personas, no las instituciones.

El gran aumento de las demandas ha vuelto la práctica de la medicina costosa y con una actitud francamente

defensiva.¹⁶ Un buen sistema de auditorías debe romper este círculo vicioso, servir como enlace conciliador, entre el prestador del servicio (médico) y el paciente o sus familiares. En consecuencia, una atención diligente y oportuna disminuye en mucho el riesgo de ser susceptibles a una querrela judicial o civil.¹⁷

Antes de iniciar el procedimiento escrutador deben definirse con precisión los niveles de divulgación de la información, considerando todas las partes involucradas. El área administrativa debe tener acceso a información adicional y anónima, siempre que se tenga la certeza de que no se establecen nexos entre las conclusiones del auditor

y los pacientes mencionados. Es una forma de mantener la confidencialidad, sobre todo en unidades pequeñas en que se realizan proyectos conjuntos.¹⁸

La confidencialidad es el mayor obstáculo que tienen los auditores por temor, sobre todo cuando hay interrogatorio a pacientes o sobre el desempeño de sus colegas.

En muchas ocasiones, el paciente tiene expectativas irreales y mal fundadas; pero ante la amenaza de demandas, quejas o mala publicidad, logra presionar a la institución a ceder ante cuestiones francamente indebidas. Por tanto, es muy importante que todos los médicos participen y den las facilidades a estos grupos escrutadores. Insistimos *el auditor médico no es enemigo de su colega*.

¿Está debidamente demostrada la utilidad de auditar?

Si bien es cierto que institucionalizar las actividades a realizar por algún servicio clínico reduce en mucho el margen de error, nada garantiza que se está haciendo realmente lo que ahí dice, y que al paso del tiempo eso siga siendo lo más conveniente. El análisis sistemático y actualizado es la clave en el logro de la calidad y su permanencia constante.¹⁹

El análisis detallado y periódico de los factores revela la aparición de nuevos errores y sus potenciales causas. Un buen ejemplo de ello es el trabajo realizado por Wright y colaboradores, quienes decidieron efectuar una auditoría de mortalidad en su unidad hospitalaria, sin notar cambios que llamaran la atención en el comportamiento de la mortalidad habitual. Integraron un comité formado por un auditor, un internista, una enfermera y un químico farmacólogo, y evaluaron las cuatro áreas con mayor mortalidad: Geriátrica, Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia. Se revisaron 30 defunciones en cada grupo, encontraron observaciones subóptimas en 63% de los casos, infecciones hospitalarias en 23% y errores en la administración de medicamentos en 11%, todo ello a pesar de no haber observado ninguna variación en la mortalidad, salvo las fluctuaciones temporales que se habían presentado todos los años. Al revisar caso por caso, con base en las variaciones, se encontraron los errores mencionados. A partir de entonces, el grupo emitió recomendaciones específicas dirigidas, principalmente, al control de infecciones nosocomiales, supervisión en la evaluación clínica; además, se estableció la obligación de analizar mensualmente la mortalidad, con el propósito de obtener un descenso de 2% anual. De he-

cho, Bernzneyan y su grupo²⁰ recomiendan el análisis estricto de las variaciones, pues éstas pueden dar una falsa idea de estabilidad (variaciones naturales). Dado que en medicina se ha optado por tomar como verídicos los análisis sustentados en grandes muestras, es natural que aparezcan mayores picos de variabilidad, y dar por hecho que son esperadas y derivadas del muestreo. En este sentido, es importante recordar que las variaciones en un sistema son, finalmente, el factor de más peso en el fenómeno resultante.

En un hospital de Londres, Graham y colaboradores realizaron una auditoría mixta (externa e interna) en donde analizaron 154 egresos, en la búsqueda de posibles errores en el cuidado de la atención de los pacientes. Se encontraron 15 reacciones adversas y 41 incidentes críticos. Sólo la mitad de esos eventos se resolvió antes del alta del paciente. La mayor parte (casi la tercera parte) estaba relacionada con la administración de fluidos y medicamentos. Según concluyen los autores, dicho análisis fue muy provechoso en la retroalimentación de ese centro hospitalario.²¹

En las dos últimas referencias citadas consideramos dos hechos trascendentales: el primero es que los hallazgos fueron por casualidad, y no se auditó ante la alerta de alguna situación específica; es decir, se descubrieron errores con grave repercusión que se presentaban sin ningún aviso. El segundo, el hecho de que, por lo general, tendemos a analizar o auditar en retroactivo; esto es, cuando ya han sucedido los acontecimientos. En el contexto que nos ocupa, esto quiere decir que los pacientes ya fueron dañados, o incluso murieron.

Lamentablemente, al analizar en retrospectiva los errores encontrados, puede concluirse que muchos eran evitables. Brooks y colaboradores²² demostraron la utilidad de la auditoría sistemática en una terapia intensiva posquirúrgica, en un centro hospitalario de Londres. Decidieron analizar a detalle 90 casos, y las posibles complicaciones. En 35 de ellos se encontraron 72 complicaciones, principalmente neumonías, hipotermia y neumotórax; por lo menos en 14 de las 35 encontradas pudo determinarse que eran prevenibles. Finalmente, se consiguió mejoría en un periodo establecido, e hicieron recomendaciones en las áreas que demostraban mayor problema.

En una extensa auditoría efectuada en un centro hospitalario de trauma, en San Diego, California, se revisaron

cuatro años de ingresos, rastrearon posibles errores, los cuales se encontraron en 4% de los casos y 5.9% de ellos eran potencialmente evitables. Tuvieron mayor repercusión en la mortalidad los cometidos en la unidad de cuidados intensivos.²³

Cina evaluó el despacho del servicio de farmacia de un centro hospitalario de Boston durante siete meses, en total 140,755 prescripciones surtidas.²⁴ Este servicio tenía implantado un sistema de revisión de rutina para evitar posibles errores; de todas las prescripciones realizadas, 5,075 (3.6%) tenían equivocaciones, y de ellas 21% pasaron inadvertidas a las revisiones de rutina. Del total, 23.5% pudieron ocasionar algún efecto adverso, 28% un daño grave y 0.8% incluso la muerte. Este descubrimiento demuestra la insuficiencia de las verificaciones de rutina, porque permite que se cometan negligencias en forma inadvertida porque se tornan rutinarias y automatizadas y al paso del tiempo obsoletas.

Implantar un sistema de auditar, con marco de referencia teórica en las guías propuestas por la medicina basada en evidencias, provee a la práctica médica estándares de alta confiabilidad. Un programa dinámico de mejoras en calidad de este tipo ofrece excelentes y promisorios resultados en la atención hospitalaria; además, es una guía muy importante de investigación, enseñanza y planeación estratégica, e incluso como punto de apoyo a la investigación clínica.²⁵

Auditar a través de métodos sencillos y prácticos, pero fundados en una base firme de conocimiento científico, derivados éstos a su vez de los problemas observados y corregidos en la unidad evaluada, son los puntos clave para obtener una evaluación constante.

Spigelman y colaboradores²⁶ introdujeron en un servicio quirúrgico un sistema que consistía en una lista de verificación de 15 puntos aplicada rutinariamente. Dicho procedimiento debería evaluar y supervisar a cada nuevo método quirúrgico que iba a ser introducido al hospital y se considerara potencialmente riesgoso. El diseño estuvo a cargo de clínicos, administradores y directivos, tomando en cuenta las áreas de especial conflicto o riesgo clínico alto, según experiencia y apoyo en la bibliografía médica. El autor demostró la utilidad del método al observar un adecuado escrutinio de riesgos y beneficios, así como de resultados y evolución del nuevo procedimiento. De manera implícita, el nuevo estimador fue una herramienta de apoyo para ver si el procedimiento estaba indicado co-

rectamente. A la sección administrativa de dicho hospital le ayudó mucho analizar la cantidad y el destino de los recursos necesarios.

DISCUSIÓN

El hecho de ser supervisado o evaluado aún no es una cuestión compatible con el ego del médico. La sensación persecutoria e inquisitiva es una sombra siempre presente en la percepción de una auditoría. Si bien es cierto que dicha situación ha sido coadyuvada por la misma actitud prepotente de los auditores, falta mucho en nuestra cultura médica para aceptar este tipo de procedimientos como parte integral y rutinaria de la práctica hospitalaria diaria.

Debe desecharse la idea de que una práctica médica correcta se basa en la pericia y la diligencia propias, asumiendo que sólo los no capaces cometen errores. La posibilidad de errar y el análisis constante de dicha posibilidad disminuyen en mucho la frecuencia, magnitud y repercusión de las negligencias.

Las certificaciones empresariales, tan de moda en las últimas dos décadas, son una herramienta valiosa en la búsqueda de la excelencia; sin embargo, dichos métodos están dirigidos a evaluar la estandarización por escrito de las actividades de los diferentes servicios, y el seguimiento en un corte transversal de dichas normas. Esto no es garantía de que se hace lo correcto, y que al paso del tiempo es lo mejor. No podemos sentirnos orgullosos por haber “pasado la certificación” hace dos años. Sólo una revisión exhaustiva, sistemática y periódica garantiza la vigencia de una atención de calidad.

Hacer revisiones de un evento desagradable, una queja judicial o administrativa por lo general arroja resultados tardíos y parcialmente inútiles. Debe erradicarse el hábito de escrutar en retrospectiva, cuando las cosas ya sucedieron, y comúnmente, han repercutido y son inevitables sus consecuencias.

Cometer errores en la unidad de cuidados intensivos tiene grandes consecuencias en el estado financiero del hospital y en el gasto que tienen que hacer el paciente y sus familiares, por lo costoso que es la atención de los enfermos en estas unidades dado su estado de gravedad. Los días de estancia llegan a duplicarse o triplicarse, así como el consumo de recursos humanos y financieros. En el cada vez más frecuente caso de un proceso penal, los costos por indemnizaciones y honorarios de abogados in-

crementan en forma muy considerable los gastos, además de la repercusión en el prestigio de la unidad hospitalaria y de sus médicos.

Los resultados de una auditoría médica son una herramienta de aprendizaje que puede dejar enseñanzas muy valiosas, sobre todo para el personal que se encuentra en adiestramiento. Los estudiantes de pregrado y posgrado, médicos y enfermeras, pueden ver en forma palpable la comparación entre lo que debe hacerse, tal y como lo recomienda la bibliografía médica mundial, y lo que realmente se hace. El error cometido debe tener gran repercusión en su percepción del ejercicio de la medicina, y de su responsabilidad presente y futura. Los datos presentados por una investigación de este tipo tienen utilidad en la investigación clínica altamente propositiva.

La auditoría médica es el paso que complementa o cierra el círculo en la administración de una unidad hospitalaria.

En la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán se puso en marcha un programa de auditoría constante con una perspectiva profiláctica, antes de que las negligencias se traduzcan en muertes de pacientes o querrelas legales. Será necesaria una fase concienzuda de diagnóstico para valorar la responsabilidad de las áreas del hospital, en lo que sucede a nuestros pacientes.

La cultura de medir nuestro desempeño y la seguridad con la que tratamos a nuestros pacientes se encuentra aún en desarrollo, no es un área de mucho interés para la mayoría de los clínicos e incluso es rechazada por muchos otros. Las autoridades de los diversos centros hospitalarios obtendrían grandes beneficios si logran modificar esta actitud.²⁷

REFERENCIAS

- Schroeder RG. *Operations Management*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1989;pp:220-9.
- Ghemawat P. Building strategy on the experience curve. *Harvard Business Review*, 1985;pp:143-49.
- Reason JT, editor. *Human Error*. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1990;pp:120-9.
- Mason A. The emergent role of clinical audit. *Clin Med* 2000;2:294-6.
- Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114(11):1115-8.
- Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Qual Rev Bull* 1986;3:99-108.
- Scott PV. Differentiating between audit and research. *Clinical audit in research*. *Br M J* 2000;320:713-4.
- Ortega BJ. Auditoría médico clínica (II). Definiciones y tipología. *Rev Med Clin* 1994;69:771-4.
- Verheggen FW, Van Wijmen FC. Efectividad de comités de garantía de calidad en un hospital universitario. *Salud Publica Mex* 1993;35(3):311-5.
- Osorio SG, Sayes UN, Fernández ZM, Araya CE, Poblete MD. Auditoría médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Rev Med Chile* 2002;130(2):226-9.
- Hayward RA, Hofer TP. Estimating hospital deaths due to medical errors: Preventability is in the eye of the reviewer. *JAMA* 2004;286:415-20.
- Holzmueller CG, Pronovost PS, Dickman F. Creating the web-based Intensive Care Unit Safety Reporting System (ICUSRS). *J Am Med Inform Assoc* 2005;12:130-9.
- Luboniski L, Pronovost PJ, Thompson DA. Building a better incident reporting system: Perspectives from a multisite project. *J Clin Outcomes Mgmt* 2004;11:275-80.
- Fonseca LJ. Calidad de la atención médica en una terapia intensiva oncológica. *Rev Inst Nal Cancerol* 2000;46(1):28-32.
- Ocampo MJ. La bioética y la relación médico paciente. *Cir Ciruj* 2002;70(1):55-59.
- Rencores GS. Auditoría médica: demandas y responsabilidad por negligencias médicas. *Gestión de calidad: riesgos y conflictos*. *Rev Chilena Radiología* 2003;9:157-60.
- Berger A. Why doesn't audit work? *Br Med J* 1998;316:875-6.
- Taylor L, Jones S. Clinical governance in practice: Closing the loop with integrated audit systems. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13(2):228-33.
- Wright J, Dugdale B, Hammond I, Jarmman B, et al. Learning from death: A hospital mortality reduction programme. *J R Soc Med* 2006;99(6):303-8.
- Bernzneyan JC, Loyd RC, Pisek PE. Statistical process as a tool for research and health care improvement. *Qual Saf Health Care* 2003;12:458-64.
- Graham N, Chapman EJ, Hoare J, Olsen S. Recognizing adverse events and critical incidents in medical practice in a district general hospital. *Clin Med* 2006;6(2):157-62.
- Brooks A, Sperry D, Riley B, Girling K. Improving performance in the management of severely injured patients in critical care. *Injury* 2005;36(2):310-6.
- Davis JW, Hoyt DB, Mc Ardle DS, Mackerse RC, et al. An analysis of errors causing morbidity and mortality in a trauma system: A guide for quality improvement. *J Trauma* 1992;32(5):660-5.
- Cina JL, Ghandi TK, Churchill W, Fanikos J, et al. How many hospital pharmacy medication dispensing errors go detected? *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;32(2):73-80.
- Parkin C, Bullok I. Evidence-based health care: Development and audit of a clinical standard for research and its impact on an NHS trust. *J of Clin Nurs* 2005;14(4):418-25.
- Spigelman AD. Governance and innovation: Experience with a policy on the introduction of new interventional procedures. *ANZ J Surg* 2006;76(2):9-13.
- Pronovost P, Holzmueller CG, Needham DM, Sexton JB, et al. How will we know patients safer? An organization wide approach to measuring and improving safety. *Crit Care Med* 2006;34(7):1988-95.