

## **MEDICAL AUDIT: Control de la calidad de la asistencia médica hospitalaria**

*Dr. M. Ángel Asenjo Sebastián*

Máxima calidad en la asistencia médica y mínimo coste para proporcionarla es la meta de todo Hospital y la pauta para conseguirlo la marcan los dirigentes de la Institución.

Médicos con la eficiente calidad técnica y con el debido sentido de la responsabilidad y una sana contabilidad, son los medios para conseguirlo; de controlar esta última, se encargan los presupuestos para la primera existe el Medical Audit o Auditoria Médica.

El Hospital es una empresa en común, que necesita la comunidad y por la cual paga, lógico es que se dé cuentas a dicha Sociedad con respecto a lo que se hace con su dinero, de qué forma se emplea y qué rendimiento se le consigue. Existen ciertas dificultades para valorar dicho rendimiento porque todavía no se tiene un módulo que nos permita asignar un valor tangible a la "peseta sanitaria", pero

no por ello se debe de renunciar a tratar de conseguirlo y en ello están interesados todos los que de alguna manera intervienen en dicha empresa.

Es bien sabido que el Hospital nace como una necesidad que la Sociedad siente y para cumplir sus fines debe de estar perfectamente organizado y todos los trabajadores del mismo son instrumentos al servicio de un fin, pero en modo alguno el fin de la Institución. Precisamente de la unión de voluntades y de la comunión de trabajo, olvidando los intereses personales en beneficio de los generales y los privados en beneficio de los públicos, a través de una organización, se brinda este trabajo a los enfermos del hospital, pero como por otra parte el hospital es una encrucijada de interacción social, tiene que surgir una organización con delimitaciones de atribuciones y responsabilidades, que con un or-

ganigrama racional, al que pone en funcionamiento un acorde Reglamento de régimen interior, regule las funciones encomendadas a cada trabajador de la Institución.

Superada, hoy día, la gestión directa indiferenciada de los Servicios hospitalarios de las Corporaciones Locales, que limita y resta agilidad al buen funcionamiento de las mismas, por una gestión directa con Organismo Especial de Gestión que se colegia y que con su Consejo de Administración y su Gerente, dedicado exclusivamente a esta función, con un presupuesto independiente, que le permite una más rápida actuación y una más eficiente planificación al conocer de antemano los recursos con los que cuenta, se organiza el hospital en las tres vertientes fundamentales: la médica, la médico-administrativa y la administrativa pura; ésta al servicio de las otras dos, asegurando el menor costo posible de la prestación de servicios; la primera procura para el enfermo la mejor calidad de la medicina y la segunda participa de ambas funciones. Al frente de cada una de las divisiones se encuentra un Jefe, con la categoría de Director de su respectiva rama y con la misma jerarquía administrativa en el organigrama. Al propio tiempo una Junta Facultativa y otra Económica asesora al Consejo de Administración, para el logro del objetivo: MAXIMA CALIDAD DE LA

#### ASISTENCIA MEDICA CON EL MENOR COSTO POSIBLE.

Para asesorar al Gerente y velar por los intereses de la Institución, deben organizarse una serie de Comités dentro del seno del Hospital, que serán los siguientes:

a) Comité ejecutivo.—Instituido como el cuerpo disciplinario del personal médico. Está formado por un Presidente, el Director de la División Médica, un Secretario, el miembro más joven del cuerpo médico y tres vocales elegidos por el Consejo de Administración, entre los cinco propuestos por elección del Cuerpo médico. Se reúne mensualmente y es responsable ante el Consejo de Administración, a través del Gerente.

b) Comité de credenciales o de eficiencia y admisión.—Califica a los médicos que solicitan puestos en la Institución y lleva su expediente personal y del resto del cuerpo facultativo. Propone los más idóneos y asigna privilegios. Está formado por cinco miembros activos del Cuerpo médico. Son nombrados por el Comité ejecutivo. Se reúnen a requerimiento del Comité ejecutivo y al menos una vez al mes. Es responsable ante el Comité ejecutivo.

c) Comité de Farmacia.—Elabora el cuadro básico de medicamentos y regula su uso. Está formado por cinco miembros: el Jefe de la Farmacia, un médico y un cirujano y dos médicos más, nombra-

dos por el Comité ejecutivo. Se reúne mensualmente o a instancias del Comité ejecutivo y es responsable ante el mismo.

d) Comité de Archivo Clínico. Evalúa la calidad de las historias clínicas. Está formado por tres miembros: el Jefe del archivo clínico y dos miembros más nombrados por el Comité ejecutivo. Se reúne mensualmente o si fuera preciso semanalmente. Es responsable ante el Comité ejecutivo.

e) Comité de tejidos.—Aprecia la justificación de las intervenciones quirúrgicas de acuerdo con las historias clínicas y el diagnóstico del anatomopatólogo. Está formado por tres miembros: el anatomopatólogo, el cirujano y el internista. Es nombrado por el Comité ejecutivo. Se reúne semanal o mensualmente. Es responsable ante el Comité ejecutivo.

Con estos cinco Comités se aumenta la eficacia, se asegura la continuidad de pensamiento y acción y aumentan las probabilidades de una solución meditada y equitativa de cualquier problema.

Para ser nombrado miembro activo de cualquiera de dichos Comités, es preciso: asistir con regularidad a todas las actividades docentes y académicas programadas en la Institución y por ser miembro de dichos comités, recibirán una gratificación económica, en la forma y cuantía que determine el Consejo de Administración a propuesta del

Gerente, con la finalidad de responsabilizar, al máximo, en sus funciones a los componentes de los mencionados comités.

No de forma preceptiva, pero sí por conveniencia para los propios miembros activos de la Institución, para los enfermos y a efectos de organización de los dos últimos comités, es decir, el de historias clínicas y el de tejidos se reúnen, en uno solo, que constituye la auditoría médica o Medical Audit, término anglosajón introducido por el doctor E. Colman, Presidente del Comité de Standardización de Hospitales del Congreso Clínico de Cirujanos de Norteamérica cuyo principio era una medicina de mejor calidad.

El nacimiento de la Auditoría Médica, es debida a múltiples factores: una preocupación constante de la clase médica por mejorar la calidad de la práctica médica; la incertidumbre y la duda que caracterizan a la Medicina actual y su crecimiento desarrollo burocrático.

A lo largo de la Historia de la Medicina se puede observar una manifiesta preocupación por la calidad de la medicina y no sólo, por la clase médica, sino también por el público receptor de la misma, esta preocupación actualmente está en constante aumento por ambas partes. De siempre, al médico se le ha dado un gran poder, como consecuencia de su propia actividad, en sus manos está la vida de

sus semejantes. El conoce la biología y la química del organismo humano, él conoce los venenos y los agentes internos o externos que acechan la vida de los individuos, a él se le confían los secretos que también les da un cierto poder y la sociedad está temerosa de un abuso de este poder, para lo que establece normas de actuación y de conducta de los médicos y volviendo nuestra mirada hacia la historia, observamos que ya en el año 2.000 antes de Jesucristo existía el famoso código de Hammurabie, en el que se puede leer que se le cortarían las manos al médico que por un tratamiento deje morir a un enfermo noble; igualmente, si al abrirle un absceso de ojo pierde la visión.

Estas legislaciones de tipo jurídico del pueblo no vinieron a añadir nada nuevo a la mentalidad del médico pues ya él mismo, que sacó a la medicina de su aspecto mágico para ponerlo en un plan de tipo científico, se preocupa de establecer reglas deontológicas que regulen su propia profesión y así en el libro de la Ley que se atribuye a Hipócrates comienza con una queja por no castigar a aquellos médicos que no practican bien la Medicina. Todos los reglamentos que regulan la actuación médica, no hechos por los juristas, sino por los propios médicos, se preocupan de establecer normas de actuación y de castigar las negligencias y los descuidos en

la práctica de la misma, por la clase sanitaria.

La medicina de hoy, por otra parte, vive una etapa de incertidumbre. El progreso técnico que ha sufrido en los últimos años abruma al propio médico al conocer la multiplicidad de artículos que no puede leer, la multiplicidad de técnicas que no puede conocer, por cuyo motivo llega a dudar de su propio saber; en otras ocasiones sabe que sentado un diagnóstico no va a tener a su alcance la eficiente terapéutica, llegando a dudar si el fallo es de sí mismo o de la propia medicina. El médico actual, seguro de sí mismo, se inclina a la autocrítica y a la responsabilidad parcial y restrictiva.

Durante la propia Licenciatura el estudiante duda para elegir entre las dos vertientes: la especialización masiva en alguna de las facetas que le brinda la misma o su deseo de conocer toda la medicina en su vasto campo, aceptando sus propias responsabilidades y con la incertidumbre de saberse desconocedor de gran parte de la misma.

Los años de vida que el médico ha añadido a cada individuo está, para la mayor parte, lleno de enfermedades, lo que estadísticamente se expresa en el aumento de la morbilidad, que se ve, sobre todo, en enfermedades mentales y afectos crónicos, en los que la medicina, aún, no es muy eficiente. Al afinar en los diagnósticos, otras mu-

chas enfermedades han aparecido en el arsenal médico. Las dificultades enormes de suprimir ciertas enfermedades se han acentuado última y continuamente.

A todo ello hay que añadir que los avances en el diagnóstico y en la terapéutica han producido una revolución tecnológica que han conducido a mayor eficacia en la asistencia, un esclarecimiento en la misma (los aspectos sico-sociales preocupan en gran medida por ello) y la necesidad de trabajar en equipo, cuya consecuencia lógica es que el mismo equipo organice y juzgue el trabajo de cada uno de los miembros del mismo, obligando irremisiblemente a una valoración permanente y a un juicio crítico de la tarea realizada a fin de responder lo más exactamente posible a las esperanzas depositadas.

El médico individual se convierte en un eslabón de un sistema de servicio de salud organizada, ya que no es posible separar la medicina preventiva de la curativa y rehabilitadora, pues son facetas de una misma actividad, enfocadas en su aspecto temporal y aún dentro de cada uno de los grupos se impone el trabajo en equipo en virtud de la mencionada especialización consecuencia de la incertidumbre y de la imposibilidad de abarcar una sola persona sus variados aspectos.

A pesar de todo ello Medical Audit parece a mucha gente una queja contra la medicina, pero el

interés por alejar la incertidumbre debe de conducir sin mucha resistencia a un juicio sistemático de la calidad del trabajo médico producido.

Finalmente la medicina actual más que nunca se burocratiza y un sistema burocrático, según Max Weber se caracteriza por:

- 1.—La actividad del sistema es continua.
- 2.—Dicha actividad está previamente reglamentada.
- 3.—La actividad y responsabilidad de cada uno está en función a sus relaciones jerárquicas y sus trabajos son muy precisos.
- 4.—Los funcionarios superiores tienen derecho de supervisión. Los inferiores derecho de apelación.
- 5.—Los funcionarios no son propietarios de los medios que utilizan para desarrollar su tarea muy precisa.
- 6.—El acceso a la función está condicionado por el contrato y por una vigilancia y un control sistemático.
- 7.—En cumplimiento de lo anterior toda comunicación se hace por escrito.

Todo ello, pues, ha condicionado que el Medical Audit si no se ha impuesto plenamente está en vías de ello y cada vez, son más las Instituciones que lo ponen en práctica. No obstante es preciso hacer algu-

nas consideraciones más, antes de estudiar la sistemática a seguir en dicho proceso. Efectivamente 1.º—No existe un criterio unánime, pero parece tiende a orientarse en virtud de los trabajos emprendidos.

2.—Para poner en práctica el Medical Audit es preciso, también, pues en caso contrario no se intentará, tener un cuadro médico muy bien organizado, teniendo en lugar perfectamente definido entre los órganos administrativos y de gobierno del hospital, con líneas formales de autoridad y comunicación, pues en modo alguno es el Medical Audit una solución a los problemas que se derivan de la ausencia de una organización médica.

3.—Para imponer el Medical Audit es preciso un modelo único de Historias Clínicas, un Archivo Central de las mismas y una redacción en forma perfecta y general.

4.—En modo alguno Medical Audit pretende sorprender a los médicos en sus equivocaciones, sino que trata de ayudar mejor a los pacientes en el futuro, buscando la serenidad y objetividad ante todo, en caso contrario excitaría la desconfianza y la repulsa del cuerpo médico, sin resultados positivos.

Si todo lo dicho hasta este momento se cumple en el Hospital ya estamos en condiciones de implantar el Medical Audit para lo cual lo primero consiste en nombrar el comité que ha de llevarlo a la prác-

tica. Dicho comité estará formado por cinco miembros, de los cuales, dos son permanentes y tres temporales, los dos primeros son el Director del Cuerpo Médico y el Jefe de Archivo Clínico y los temporales serán nombrados por el Consejo de Administración entre los cinco que le eleve el Gerente por votación del Cuerpo médico. Hay que tener en cuenta no obstante que existen dos formas de Auditoría médica, una la externa y otra la interna, aquella está formada por un Comité de médicos no pertenecientes al Cuerpo facultativo del Hospital, la que en el momento actual no nos parece procedente poner en práctica, ella nace como consecuencia de que algunas veces solamente existe un especialista en determinada especialidad y el resto del Comité no se encuentra en condiciones de juzgar la actuación del mismo. La forma interna, al realizarse intercolegialmente, crea menos recelos y es aceptada sin reservas.

La Auditoría Médica pretende valorar la calidad médica dada a los pacientes de la Institución por el estudio de las historias clínicas tomadas del archivo central por muestreo de las mismas y pretende contestar a los siguientes interrogantes: ¿Fue correcto el diagnóstico del paciente? ¿El tratamiento fue adecuado en razón al diagnóstico? ¿Si no dió resultado el tratamiento a que fue debido?

Como condición previa es preciso determinar a que médico corresponde el enfermo cuya historia clínica se estudia, para lo cual se tendrá en cuenta:

a).—El médico responsable es aquel que diagnostica y trata al paciente en cuestión.

b).—Cuando el médico responsable necesite colaboración de otro especialista, aunque éste haya dado su opinión escrita, es el primero el encargado del paciente.

c).—Cuando un enfermo pase a otro servicio por la índole de su diagnóstico y para su tratamiento este último será el médico responsable.

d).—Si un médico responsable del enfermo se ausenta y queda otro en sustitución, si éste último no varía ni el diagnóstico ni el tratamiento, es el primero el encargado o responsable del enfermo.

e).—Cuando existan discrepancias entre dos médicos tratantes de distinto servicio se calificarán ambas actuaciones independientemente.

f).—La Auditoría médica califica al médico responsable y éste pedirá por su cuenta la responsabilidad que corresponda a los médicos adscritos a su servicio.

Para juzgar el expediente es preciso valorar todos y cada uno de los elementos que sirvieron para llegar al diagnóstico y los relativos

al tratamiento y resultado obtenido, valorando también la necesidad o no del internamiento del paciente, si esta fué oportuna y si las estancias están acordes con las previstas.

Reunido el Comité comenzará su labor y no analizará nunca más del 10% del total de las historias clínicas existentes en el Archivo.

A la vista de las historias clínicas, se comenzará por asignar una calificación a la presentación del expediente en forma correcta y cuya puntuación puede ser un 5% del total. Se calificará a continuación el correcto interrogatorio de los antecedentes familiares, personales y patológicos, asignándoles una calificación máxima del 4%; el interrogatorio de la enfermedad actual y por aparatos: piel, cabeza, ojos, oídos, fosas nasales, garganta, respiratorio, músculo esquelético, cardiovascular, gastrointestinal, genitourinarios, ginecología, nervioso que se calificará con un 8%. Con ello se llega a un diagnóstico inicial calificado con un 5% y posteriormente al definitivo con un valor del 10%; Las notas de evolución y los exámenes complementarios solicitados, si han sido correctamente escritos y pedidos merecen una calificación del 25%. El tratamiento impuesto y la presencia o no de complicaciones justificadas merece la calificación del 20%; fi-

nalmente la adecuación de los días de estancia supone el 10% restante. Una forma de presentar la calificación final podía ser la siguiente:

HOJA DE CALIFICACION Auditoría Médica		HOSPITAL .....
Departamento:	Servicio:	Fecha ...../...../.....
Nombre del enfermo:	Núm. Servicio:	Núm. Hospital:
Estudio clínico: Interrogatorio y Exploración		PUNTUACION FINAL: (1)

Antecedentes <input type="checkbox"/> Enf. Actual <input type="checkbox"/> Exploración <input type="checkbox"/> Diagnóstico probable <input type="checkbox"/> Hoja de evolución <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Auxiliares de diagnósticos <input type="checkbox"/> Consultas interhospitalarias <input type="checkbox"/> Tratamiento medicamentoso <input type="checkbox"/> Tratamiento quirúrgico <input type="checkbox"/> Duración <input type="checkbox"/> Dietética <input type="checkbox"/> Días estancia <input type="checkbox"/> Citas en consulta externa <input type="checkbox"/> Presentación expediente <input type="checkbox"/> Diagnóstico final <input type="checkbox"/>	MEDICO TRATANTE:
...../...../..... El Secretario del Comité Vocales: ..... ..... El Presidente: .....	

(1) Excelente, 9 - 10. Buena, 7 - 9. Aceptable, 6 - 7. Regular, 4 - 6. Mala, 2 - 4. Muy Mala, 0 - 2.



Ciertamente que la hoja de calificación ultimada no tiene mucho valor en cuanto a mejorar la calidad de la medicina, puesto que, no existe un módulo que nos permita su comparación, pues los resultados obtenidos, muchas veces son ajenos a la propia calidad de los médicos (dotación de medios, personal, estado en que llegan los pacientes, condiciones socioeconómicas de los mismos, cultura médica de la región), que hacen que los resultados no sean comparables de unos hospitales a otros. Quizás una buena medida (de ponerse en práctica la planificada regionalización hospitalaria) sería enviar las hojas de calificación al respectivo hospital regional, concretamente al Comité de Auditoría Médica regional que debería radicar en la Facultad de Medicina respectiva y formado por los respectivos catedráticos, dichos comités por su parte envían una vez calificados, los resultados a una Central, que puede perfectamente comparar la calidad médica hospitalaria nacional, cotejando los resultados de las diversas regiones. Esto mismo favorecería la coordinación de los hospitales universitarios con el resto de los hospitales, sirviendo dichas hojas como "curriculaem vitae" para una posible coordinación docente.

Existen ciertos porcentajes generales para juzgar del rendimiento sanitario total de las diversas Instituciones, que también expuestos

a muchas variantes, son indicativos al menos de la preocupación reinante por mejorar la calidad de la asistencia del hospital en particular, y de la medicina en general. Estos porcentajes, generalmente aceptados, son los siguientes:

Mortalidad total, máximo ... ..	4%
Mortalidad del recién nacido, máximo ... ..	1'5%
Mortalidad de la madre, máximo ... ..	0'25%
Nacidos muertos, máximo ... ..	1'5%
Operación cesárea ...	6%
Muerte durante la anestesia, máximo ... ..	1/5.000
Muerte post-operatoria (10 días) ... ..	1%
Infección post-operatoria, máximo ... ..	2%
Complicaciones, máximo ... ..	4%
Interconsultas, mínimo	15%
Cirugía innecesaria, máximo ... ..	5%
Autopsias, mínimo ...	20%

Si estos porcentajes no se cumplieran en la Institución, es preciso abrir inmediatamente una investigación para aclarar y tratar de corregir las causas que impiden lograrlos. Estos datos estadísticos pueden ser complementados, estudiando por cada servicio el promedio de estancias y el índice de ocupación, ya que promedios de estan-

cia en un hospital general de enfermos agudos, superiores a 10-12 días por enfermo, obedecen a causas anómalas, e índices de ocupación inferiores al 80% por Servicio indican que el mismo está desperdiciando camas y los que tienen índices de ocupación superiores al 90% están necesitando se les aumente inmediatamente el número de camas. Además todos estos porcentajes tienen un gran interés desde el punto de vista contable ya que el número estadístico es el denominador del quebrado para calcular los costos unitarios.

Por otra parte los datos estadísticos finales son los más elocuentes para conocer el rendimiento hospitalario, pues muchas veces la implantación de la Auditoría Médica ha sido seguida de un rotundo fracaso, debido principalmente a la falta de tacto de quienes la impulsaron, ya que no se debe olvidar que es un control de la práctica médica hospitalaria, aunque en realidad fue promovida por los propios médicos que ejercen su profesión en hospitales privados y cuya finalidad era una medicina de mejorar calidad. En modo alguno Medical Audit debe de significar una amenaza para los profesionales ni siquiera con la sensación de ri-

dículo y mucho menos con la amenaza de desvincularle del Cuerpo Médico de la Institución, pues en definitiva no hay una forma objetiva de juzgar la labor del profesional médico y mucho menos representar todo su trabajo, la única finalidad de Medical Audit es obtener el máximo rendimiento de los recursos disponibles en la Institución. No obstante, muchas veces se falsean los resultados, no coincidiendo las calificaciones de Medical Audit con las cifras estadísticas generales de la Institución. Por todo ello de no existir un vivo deseo del Cuerpo facultativo por implantarlo, previa a una campaña de promoción es más aconsejable no hacerlo, valiéndose de las cifras estadísticas que pueden incluso ser juzgadas por profanos en la medicina, pues puede entorpecer lamentablemente las relaciones públicas intrahospitalarias y resentirse la organización del cuerpo médico que se debe cuidar las 24 horas del día durante los 365 días del año, pues nada puede sustituirla y todo depende de su éxito, ya que salarios y personal a la postre, van a ser los motivos de conflicto y como la Sociedad tiende al conflicto el hospital no es excepción (\*)

(\*) Un buen estudio del conflicto puede leerse en: Estudios de Sociología Política de Murillo Ferrol, F.; Editorial Tecnos, S. A.; Granada 1963.