

Auditoría médica concurrente de certificados de incapacidad temporal para el trabajo.

LLANOS ZAVALAGA Fernando*, LEYVA HURTADO Francisco**, MIRANDA MONTERO Juan J., MAYCA PÉREZ Julio** y ZEBALLOS PALACIOS Carlos***

SUMMARY

Medical audit, a quality assurance tool, attempts to identify irregularities and dysfunction with the aim to offer alternatives to improve quality. Objective: To identify and analyse the causes and features of Temporary Disability to Work Certificates (TDWC) emissions. Material and Methods: This study was carried out in 17 EsSalud medical centres from Lima and Callao in 1996. A total of 41,918 TDWC given were audit, preferred in a concurrent way, as possible. We excluded those given for antenatal and postnatal rest and those which belonged to “Home Health Care Programme” (PAAD). Eight criteria were established to determine the adequacy of emission. Results: From the total TDWC audited 52.93% had observations, most of them of the administrative type. The most frequent criteria for a TDWC observed were “TDWC not registered in the medical record” (45.46%), “Medical consultation not registered in the medical record” (16.61%) and “No concordance of rest days between medical record and TDWC” (10.82%). Conclusions: Most of the criteria for a TDWC observed were administrative related, usually because of inappropriate filling of medical records and TDWC. We recommend the implementation of a self-sustainable system of concurrent audit and an educational and training programme. (Rev Med Hered 2002; 13: 26-31).

KEY WORDS: audit, medical audit, patient care.

RESUMEN

La auditoría médica, busca identificar las irregularidades y disfunciones médicas y administrativa con miras a proponer alternativas que permitan mejorar la calidad. **Objetivo:** Identificar y analizar las causas de la emisión de los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT). **Material y Métodos:** El estudio se realizó en 17 centros asistenciales de EsSalud de Lima y Callao, en 1996. Se auditaron 41,918 CITT, excluyendo aquellos emitidos para descanso pre y post natal, y por los servicios médicos PAAD (Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria). Se establecieron 8 criterios para determinar la adecuada emisión de los mismos. **Resultados:** Del total de CITT auditados 52.93% presentaron observaciones. La mayor parte de las observaciones fueron de tipo administrativo, las relacionadas a la práctica médica fueron escasas. Las observaciones más frecuentes fueron: “No estar registrado en la historia clínica” (45.46% de CITT observados), “No estar la consulta registrada en la historia clínica” (16.61%) y “No coincidir la fecha registrada en la historia clínica con la fecha del CITT” (10.82%). **Conclusiones:** Muchos de los errores encontrados que justificaron la observación técnica de los CITT estaban relacionados con problemas administrativos, producto generalmente del llenado inadecuado de los documentos (historias clínicas y CITT). Se recomienda la implementación de un sistema autosostenible de auditoría concurrente, y diseños de programas de educación y capacitación en este tema. (Rev Med Hered 2002; 13: 26-31).

PALABRAS CLAVE: Auditoría, auditoría médica, atención del paciente.

-
- * Master en Políticas, Planificación y Financiamiento en Salud. Profesor Asociado de la Facultad de Salud Pública y Administración. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
** Facultad de Salud Pública y Administración. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
*** Médico Cirujano. EsSalud

INTRODUCCIÓN

La “auditoría médica”, como herramienta de la Garantía de la Calidad, ha sido definida con diversas acepciones, dependiendo del contexto donde se aplicaba. En el marco de la reestructuración del Sistema Nacional de Salud Británico (NHS) se le define como “el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente”(1), siendo ésta ampliamente aceptada y utilizada por los profesionales de salud, especialmente en Europa:

Esta definición no incluye, sin embargo, a dos componentes importantes en el proceso de auditoría: primero, la necesidad de que los participantes en la auditoría estén preparados para promover y ejecutar los cambios necesarios en el comportamiento profesional; y segundo, el requisito de conseguir demostrar mejoras en la calidad o costo-efectividad de la atención brindada como consecuencia de la participación de una auditoría (2). Nuevas definiciones enfatizan que el propósito de la auditoría es mejorar la atención, junto con la necesidad de la revisión sistemática de la misma (2-4), buscando identificar irregularidades y disfunciones en el ámbito médico y administrativo, para proponer alternativas que permitan un mejor funcionamiento en ambos niveles (5-7). Más aún, debe tener una función educativa para los profesionales de salud (8-11). Ello dista mucho de la percepción que tienen los trabajadores y directivos hacia las auditorías (11), que las ven como acciones de fiscalización que casi siempre terminan interfiriendo en sus actividades cotidianas. Finalmente, una auditoría también debe incluir el análisis de los resultados en los pacientes una vez recibida la atención médica, dado que todas las acciones a tomar serán brindadas a un usuario que espera calidad (12-15).

La prestación de salud ligada a la emisión de certificados de descanso médico es una actividad sanitaria que requiere ser auditada, porque relaciona la actividad asistencial con las repercusiones económicas de las mismas, especialmente en la población que cuenta con un trabajo estable. En este grupo poblacional se generan desembolsos para el empleador y la Seguridad Social. En el Perú, estos certificados, llamados Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT), son emitidos por la EsSalud, según Directiva N° 30-DE-IPSS-92. En ellos se registra el diagnóstico motivo de la prestación, descanso médico y número de días de descanso que reciben sus clientes asegurados por la patología que presenta. El CITT permite, al trabajador, percibir el subsidio que le corresponde según

ley; y debe ser emitido por un periodo máximo de 30 días. En caso que la convalecencia sea mayor, puede renovarse cada 30 días por el médico tratante. Los costos de los primeros 20 días de ausencia laboral anual son cubiertos por el empleador, quedando los días posteriores a cargo de EsSalud, que asume los pagos de los asegurados si se prolonga la enfermedad.

El presente estudio, se realizó con el objetivo de evaluar la pertinencia y calidad de los CITT emitidos por EsSalud del 1° de Agosto al 31 de Diciembre de 1996. Esto constituye la línea de base que permitirá definir las estrategias de intervención y el uso de la auditoría médica para mejorar la calidad de los CITT y consecuentemente disminuir los pagos inapropiados por descanso médico.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó en 17 centros asistenciales de EsSalud de Lima y Callao (Almenara, Angamos, Canto Grande, Castilla, Comas, Construcción Civil, Chíncha, Chosica, Fiori, Grau, Negreiros, Pizarro, Próceres, Rebagliati, Sabogal, Villa María del Triunfo y Vitarte). En este estudio transversal de calidad de los CITT, se auditaron la totalidad de los certificados emitidos en el período de estudio, excluyendo aquellos emitidos para descanso pre y post natal, así como los emitidos por los servicios médicos PAAD (Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria).

Los CITT emitidos junto con las historia clínicas eran recibidos y revisados por los auditores, en cada uno de los centros asistenciales, en un lapso menor a las 72 horas de su emisión. Para la calificación de la calidad de los CITT, se elaboró una ficha específica para este estudio. Las variables evaluadas fueron: Disponibilidad de la historia clínica, registro de la atención médica en la historia clínica, concordancia en la fecha de descanso entre la historia clínica y el CITT, registro de CITT en la historia clínica, registro del descanso médico en la historia clínica, concordancia en el número de días de descanso entre la historia clínica y el CITT, evaluación de la relación entre el diagnóstico y los días de permiso otorgados, y finalmente concordancia entre el(los) diagnóstico(s) registrado(s) en la historia clínica y el CITT. Con estos criterios se evaluaron aspectos administrativos y prestacionales, considerando el marco legal vigente y los principios de auditoría. Es importante tener en mente que estas variables no son excluyentes.

Los auditores fueron médicos con varios años de experiencia y previamente capacitados en el uso de material de auditoría.

Se implementó un doble sistema de control de calidad de la auditoría. El primero fue a través del grupo de revisores, quienes tuvieron la responsabilidad de auditar cinco CITT por día con sus respectivas historias clínicas, que habían sido previamente auditados por otro médico del equipo. Un segundo mecanismo fue la “re-auditoría” a través de la cual una muestra reducida de historias fue nuevamente evaluada por el mismo auditor, sin que sepa de ello; este mecanismo permitió evaluar la confiabilidad del trabajo de los auditores.

Para el análisis se contó con la base de datos otorgada por EsSalud (excepto la de los centros asistenciales Chosica y Construcción Civil, que no contaban con ella), así como la elaborada por el equipo investigador. Los datos fueron almacenados y procesados en FoxPro 2.6 para DOS y Epi-Info 6.0.

RESULTADOS

Se auditaron 41918 CITT, poniendo especial énfasis en auditar los CITT en forma concurrente. Como era de esperar, los centros asistenciales con mayor cantidad de CITT auditados fueron aquellos que tienen mayor volumen de pacientes y mayor capacidad resolutive: Rebagliati (6874; 16.4%), Sabogal (6686; 15.95%), Almenara (4778; 11.4%), Grau (4551; 10.86%) y Angamos (4378; 10.44%). Del total de CITT auditados, 22188 (52.93%) presentaron observaciones. Los centros con mayor proporción de CITT observados fueron: Almenara (3558; 74.47%), Rebagliati (4974; 72.66%), Ramón Castilla (1716; 73.71%) y Vitarte (1702; 71.6%) (Tabla N° 1).

Considerando el total de CITT observados, la distribución de los criterios para observar los CITT fue

“No estar registrado el CITT en la Historia clínica” (45.46% de los CITT observados), “No estar la consulta registrada en la historia clínica” (16.61%) y “No coincidir la fecha registrada en la historia clínica con la fecha del CITT” (10.82%). Estas tres variables excluyentes entre sí, muestran que la mayor parte de las observaciones fueron de tipo administrativo, mientras que las observaciones relacionadas con la práctica médica fueron escasas. Por ejemplo, la observación de un CITT por no haber concordancia entre el diagnóstico y el número de días de descanso médico otorgados se presentó sólo en 7.08% de los CITT observados.

Para determinar el número de días de descanso médico otorgados por cada establecimiento, se realizó el cruce entre la base de datos de auditoría y la base de datos de los CITT. Se encontró que los centros asistenciales con mayor cantidad de días de descanso otorgados en total fueron: Rebagliati (119,548), Almenara (104,753) y Sabogal (62,530). Asimismo, los centros asistenciales con mayor proporción de días observados en función del total de días de descanso fueron: Castilla (11,894; 80.99%), Rebagliati (90,670; 75.84%), Almenara (77,216; 73.71%), Vitarte (20,641; 71.80%) y Canto Grande (1,656; 68.01%) (Tabla N° 2).

La tabla N°3 muestra la distribución de patologías más frecuentes por cada establecimiento auditado. Se observa que ésta es bastante heterogénea, llamando la atención la alta proporción de CITT por patologías odontológicas; siendo la primera causa de emisión de los mismos en los Centros Asistenciales Sabogal, Próceres, Villa María, Pizarro y Comas. En los establecimientos de mayor complejidad, las patologías más frecuentes con emisión de CITT fueron neoplasias, patologías y procedimientos quirúrgicos, tal como se aprecia en los Hospitales

Tabla N°1. Distribución de CITT auditados y observados según Centro asistencial.

Establecimiento	CITT n	Auditados %	CITT n	Observados %
Guillermo Almenara	4778	11.40	3558	74.47
Edgardo Rebagliati	6873	16.40	4974	72.37
Alberto Sabogal	6686	15.95	1347	20.15
Angamos	4378	10.44	2615	59.73
Grau	4551	10.86	2952	64.86
Vitarte	2377	5.67	1702	71.60
Próceres	883	2.11	227	25.71
Chincha	1154	2.75	669	57.97
Ramón Castilla	2328	5.55	1716	73.71
Luis Negreiros	1054	2.51	110	10.44
Francisco Pizarro	1539	3.67	592	38.47
Canto Grande	432	1.03	256	59.26
Comas	1235	2.95	334	27.04
Fiori	1253	2.99	163	13.01
Villa María	1330	3.17	523	39.32
Construcción Civil	121	0.29	37	30.58
No definido	946	2.26	413	43.66
TOTAL	41918	100.00	22188	52.93

Tabla N°2. Días de descanso otorgados en los CITT auditados y observados, según Centro asistencial.

Establecimiento	CITT n	Auditados %	CITT n	Observados %
Guillermo Almenara	104753	24.25	77216	73.71
Edgardo Rebagliati	119548	26.67	90670	75.84
Alberto Sabogal	62530	14.47	13478	21.55
Angamos	24734	5.72	12253	49.54
Grau	2597	5.81	14482	57.70
Vitarte	2846	6.65	20641	71.80
Próceres	12664	2.93	1520	12.00
Chincha	4414	1.02	2543	57.61
Ramón Castilla	14686	3.40	11894	80.99
Luis Negreiros	1771	0.41	102	5.76
Francisco Pizarro	8132	1.88	2658	32.69
Canto Grande	2435	0.56	1656	68.01
Comas	9104	2.11	2521	27.69
Fiori	7902	1.83	843	10.67
Villa María	5386	1.25	2422	44.97
Construcción Civil	148	0.03	48	32.43
TOTAL	432050	100.00	254947	59.01

Edgardo Rebagliati y Guillermo Almenara.

DISCUSIÓN

La auditoría se ha llevado a cabo desde varios siglos atrás, empezando con el desarrollo de estadísticas nacionales de nacimientos y muertes en el Libro Domesday de 1066, los Registros de París de 1597, el Acta de Población de 1840 y el primer Censo Nacional de Inglaterra en 1801 (16). Ernest Hey Groves (17) propuso en 1908, una organización nacional para el recojo de datos de manera uniforme, solicitando a 15 grandes hospitales descubrir la mortalidad operativa de varias cirugías aceptables. En 1914, Edward A. Godman en Boston, EE.UU., coincidiendo con los primeros esfuerzos ordenados de estructuración hospitalaria, propugnó un método sobre la base del cual se intentaba establecer los resultados del tratamiento de los pacientes internados, se quería saber “si el tratamiento había sido exitoso y en caso negativo por qué”, a fin de prevenir los errores en el futuro. Para ello se analizaba el estudio de los pacientes egresados (en lo concerniente a enfermedad atendida) luego de un prolongado y exhaustivo seguimiento prospectivo. El primer gran intento inglés por auditar fue realizado por el Royal College of General Practitioners (RCGP) en 1977. Ellos percibían deficiencias en la calidad de la práctica general, y reconocían la potencial influencia de la auditoría médica como una manera de mejorar los estándares de atención (2).

Los criterios para seleccionar un tema a auditar son: que el problema sea prevalente, con un diagnóstico clínicamente significativo o donde el tratamiento sea efectivo y medible (18). Una auditoría está dirigida hacia el alcance y mejoramiento de la calidad en el cuidado médico, tratando de mejorar los resultados en el paciente, desarrollar un uso más costo-efectivo de los recursos y tener una función educativa para los profesionales (8). Pese a que todos estos aspectos son importantes en el análisis de una auditoría médica, no todos han podido ser incluidos en el presente estudio.

En los servicios de salud se vienen utilizando diversos términos, tales como auditoría médica, auditoría clínica y auditoría del cuidado del paciente. La auditoría médica es definida como la revisión del cuidado clínico de los pacientes, realizada solamente por el personal médico; auditoría clínica es la revisión de la actividad en todos los aspectos del cuidado clínico realizado por profesionales de salud, tanto médico como no médico (2,19-21); y la auditoría del cuidado del paciente, es definida como la revisión de todas las actividades dentro del servicio de salud que tienen un efecto directo en el cuidado del paciente (19).

De los 41,918 CITT auditados se encontró solamente un 47.02% de CITT adecuados. Ello es significativamente menor a lo observado en otras auditorías²², en las que se encuentra que el rango de adecuación fluctuaba entre 38.6 y 98.2%. Ello podría deberse al empleo de distintas metodologías; sin embargo, carecemos de información sobre la metodología utilizada en las auditorías previas para confirmar esta hipótesis. Por otro lado, el elevado porcentaje de CITT observados puede ser reflejo de una falta de capacitación del personal médico que ingresa a la institución en el uso de los CITT y de los libros de la Clasificación Internacional de Enfermedades (durante la ejecución del estudio se estaba usando el CIE-9). Esto conlleva a una pobre conciencia acerca de la importancia en el llenado de los mismos. A ello hay que añadir la falta de monitoreo y seguimiento, lo que genera un círculo vicioso de mala calidad en el proceso de emisión y llenado de los CITT.

Además, se auditaron algunos CITT que fueron enviados por empresas por presentar “problemas”. En éstos se encontró que los CITT habían sido adulterados por los pacientes, y que habían sido otorgados por “médicos” que no laboraban en los establecimientos de EsSalud. Desconocemos la magnitud de estos problemas ético-legales pues éstos sólo son auditados en función de las quejas o pedidos de los empleadores. Estos eventos no van a significar gastos a EsSalud, pero si se reflejan en pérdida de personas-días de trabajo.

Los establecimientos que mostraron un mayor porcentaje de CITT observados fueron: Almenara (74.47%), Ramón Castilla (73.71%), Rebagliati (72.66%) y Vitarte (71.6%). Se puede apreciar que el porcentaje de adecuación de los CITT no se relaciona con el nivel de complejidad del establecimiento. Esta situación refleja una desventaja no cuantificada en la eficiencia del sistema, ya que un CITT mal emitido implica una cantidad de horas-hombre perdidas, que es directamente proporcional a la cantidad de CITT observados.

Se esperaba que al interior de los establecimientos, los servicios con mayor cantidad de CITT otorgados fueran aquellos en los que la patología prevalente sean las enfermedades crónicas y/o invalidantes, tales como Neurocirugía y Oncología. Sin embargo, no se pudo analizar la patología por servicios porque se encontró que varios establecimientos utilizaban códigos de identificación para los servicios de forma diferente a lo establecido. Por ejemplo, había consultorios que según códigos correspondían a una determinada especialidad, pero una vez revisados los documentos se verificaba

que el tipo de patología atendida era diferente a la de la especialidad codificada.

La auditoría debe ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad (2,9,11,20,23). Este ciclo continuo pasa por las siguientes etapas: identificación del tema a ser auditado, establecimiento de estándares, medición de la calidad y verificación de los resultados comparados con el estándar fijado, decidir estrategias para el cambio, implementación de los cambios necesarios, monitorización de los efectos del cambio en comparación del estándar (24). La percepción de la auditoría como una acción fiscalizadora es una visión reduccionista del proceso, y es vista como una intervención en donde se identifican problemas, sin implementar medidas para mejorar la calidad de atención y el empleo de recursos. Para que la auditoría médica sea una manera útil de mejorar la práctica médica, los médicos deben convencerse de su valor como herramienta educativa, y como herramienta para una utilización con eficiencia y equidad de los recursos (25). Está demostrado que la auditoría sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos como un método de implementación de un cambio, puede ser promovida por el acercamiento al uso de protocolos e intervenciones educacionales (26,27).

La participación en la auditoría es probablemente la manera más efectiva que permite a los médicos y a los equipos multidisciplinares de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes (2,28,29). Para finalizar, la auditoría será una pérdida de tiempo, dinero y esfuerzo si no se realiza el ciclo continuo y no se da un cambio en la estructura y proceso prestacional (30-32).

Correspondencia:

Fernando Llanos Zavalaga
 Dirección: Av Honorio Delgado 430. San Martín de Porres.
 Teléfono: 511-4818283
 Correo electrónico: fllanos@upch.edu.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland, and Scotland. Medical audit. Working Paper 6. London: HMSO, 1989.
2. Fraser RC, Baker RH, Lakhani MK. Evidence-based clinical audit: an overview. In: Evidence-based audit in general practice. Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH eds. Butterworth-Heinemann. Oxford, 1998:1-15.
3. Marinker M. Principles. In: Medical audit and general practice. Marinker M ed. BMJ Publishing Group. London, 1990:1-14.
4. Crombie IK, Davies HTO, Abraham SCS, Florey CduV. The Audit Handbook. John Wiley and Sons. Chichester, 1993.
5. Foster A, Ratchford D, Taylor D. Auditing for patients. Quality in Health Care 1994;3(suppl):s16-s19.
6. St Leger AS, Schnieden H, Walsworth-Bell JP. Evaluating health services' effectiveness. A guide for health professionals, service managers and policy makers. Open University Press. Buckingham, 1993. 212 pp.
7. Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (I). La calidad en los servicios sanitarios. Medicina Clínica (Barcelona) 1994;103:663-6.
8. Bowling A. Research methods in health: Investigating health and health services. Open University Press. Buckingham, 1997. 431 pp.
9. Batstone GF. Educational aspects of medical audit. British Medical Journal 1990;301:326-8.
10. Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (III). Facetas. Medicina Clínica (Barcelona) 1995;104:25-8.
11. Shaw CL. Aspects of audit. 4: Acceptability of audit. British Medical Journal 1980;280:1443-6.
12. Chalkley M, Malcomson JM. Contracting for health services when patient demand does not reflect quality. Journal of Health Economics 1998;17:1-19.
13. Hester NO, Miller KL, Foster RL, Vojir CP. Symptom management outcomes. Do they reflect variations in care delivery systems? Medical Care 1997;35(suppl):NS69-NS83.
14. Bastian H. Raising the standard: practice guidelines and consumer participation. International Journal for Quality in Health Care 1996;8:485-90.
15. Evidence-based consumer health information: developing teaching in critical appraisal skills. International Journal for Quality in Health Care 1996;8:439-45.
16. Duthie RB. Audit: historical and future perspectives. In: Medical audit rationale and practicalities. Frostick S, Ratford PJ, Wallace A eds. Cambridge University Press. Cambridge, 1993:5-17.
17. Hey Groves EW. Surgical statistics: a plea for uniform registration of operation results. British Medical Journal 1908;2:1008-9.
18. Shaw CL. Aspects of audit. 5: Looking forward to audit. British Medical Journal 1980;280:1509-11.
19. Frostick S, Ratford PJ, Wallace A. Introduction. In: Medical audit rationale and practicalities. Frostick S, Ratford PJ, Wallace A eds. Cambridge University Press. Cambridge, 1993:1-4.
20. Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (II). Definiciones y tipología. Medicina Clínica (Barcelona) 1994;103:741-4.
21. Packwood T. Clinical audit: integrating the management of quality. Health Services Management Research 1996;9:115-24.
22. Empresa de Investigación y Servicios Empresariales SA (EISEMSA). Auditoría Médica a Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo - IPSS. Julio 1996.
23. Bhopal RS, Thomson R. A form to help learn and teach about assessing medical audit papers. BMJ 1991;303:1520-2.
24. Redfern SJ, Norman IJ. Clinical audit, related cycles and

- types of health care quality: a preliminary model. *International Journal for Quality in Health Care* 1996;8:331-40.
25. MacPherson D. Medical audit: a view from the centre. In: *Medical audit rationale and practicalities*. Frostick S, Ratford PJ, Wallace A eds. Cambridge University Press. Cambridge, 1993:26-36.
26. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health* 1995;4:55-64.
27. Davis DA, Thompson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of the continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274:700-5.
28. Kelman S. Improving doctor performance. A study in the use of information and organizational change. Human Science Press. New York, 1980, 349 pp.
29. Walshe K. Opportunities for improving the practice of clinical audit. *Quality in Health Care* 1995;4:231-2.
30. Frostick S. A practical guide to audit. In: *Medical audit rationale and practicalities*. Frostick S, Ratford PJ, Wallace A eds. Cambridge University Press. Cambridge, 1993:427-33.
31. Shaw CD, Costain DW. Guidelines for medical audit: seven principles. *British Medical Journal* 1989;299:498-9.
32. Baker R. Problem solving with audit in general practice. *British Medical Journal* 1990;300:378-80.