

Auditando Calidad en Obras Sociales

Caso de Estudio: Obra Social de Personal de Fábricas de Pinturas

CURSO ANUAL DE AUDITORÍA MÉDICA DEL HOSPITAL
ALEMÁN 2014

Autores: Dra. Felisa E. Mlynkiewicz –auditora
medica - Sr. Juan Cruz Varela –vicepresidente
de la Obra Social



Introducción

- En los últimos años ha habido un creciente interés en la **calidad** como componente esencial en todo sistema de salud.
- Pensar en calidad en salud puede sonar ambicioso, vasto, poco concreto y subjetivo. Sin embargo, se trata de un proceso definido y medible que lleva a resultados limitados a la realidad, con reducción de la subjetividad.
- El objetivo buscado es un imperativo ético: ***hacer las cosas lo mejor posible***.
- En el presente trabajo expondremos sobre la calidad de la atención médica ofrecida desde un *financiador* que puede ser modificable con un programa que incluya una adecuada auditoría médica.

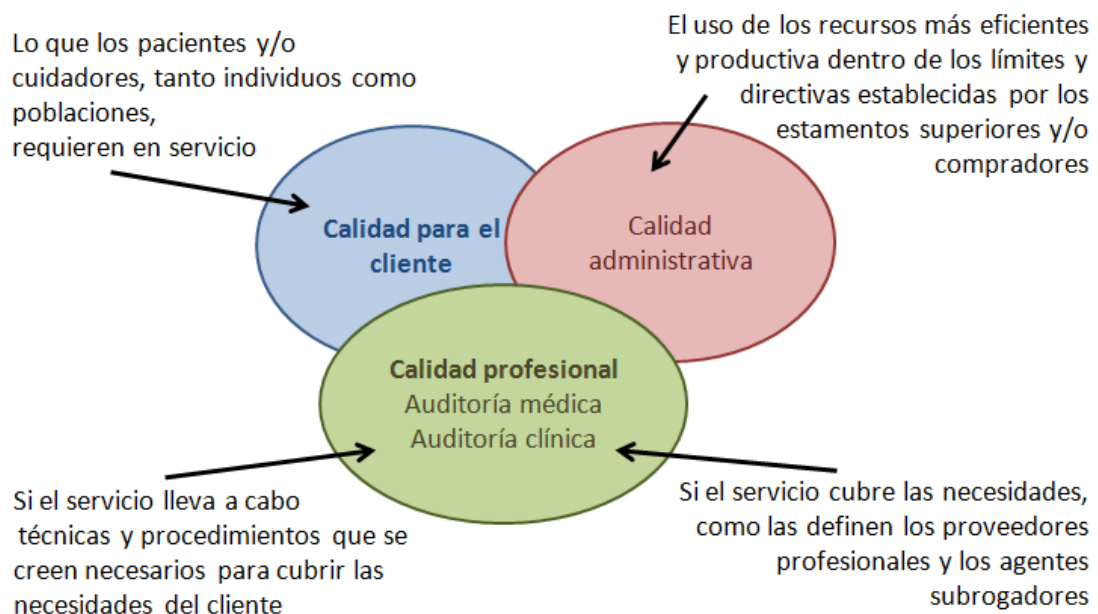
Calidad De La Atención Médica

- Procesos industriales (Definición de Calidad):
 - **Juran**: idoneidad o aptitud para el uso de un determinado producto o servicio; es decir, un producto o servicio será de Calidad si sirve para lo que está previsto que sirva.
 - **Deming**: define la Calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio.
 - **Ishikawa**: concepto similar, ya que la Calidad del producto o servicio es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio.
- Procesos industriales:
 - **American Society for Quality Control**: como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario.
 - **Manuales de normas ISO (ISO 29004-2)**: conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.
- Calidad de la asistencia sanitaria:
 - **OMS (1985)**: es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor

resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.

- **Institute of Medicine (US, 2008):** Es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual. Visión MAXIMALISTA centrada en la Calidad científico-técnica.
- **Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (España, 2010):** Provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y la satisfacción del usuario.

Las 3 dimensiones de la Calidad



Ninguno de ellos puede, aisladamente, conseguir una mejora en la calidad de la asistencial.

Gestión de Calidad Total (o Total Quality Management [TQM])

William Deming y Joseph Juran

Elementos esenciales:

- 1) un **compromiso** hacia la calidad desde los más altos niveles del servicio;
- 2) un **entorno participativo**, donde todos los miembros son apreciados;

- 3) un buen **sistema de calidad**, concentrándose más en los procesos que en los individuos;
- 4) una aproximación al personal basada en **la formación y/o entrenamiento** y en el desarrollo del mismo;
- 5) **una relación para con el cliente** enfocada en sus puntos de vista y en sus deseos;
- 6) un reconocimiento a la importancia de la **mejora continuada** de la calidad,
- 7) una **inversión** en el desarrollo de la calidad, al reconocer que ésta mejora los niveles de beneficios al disminuir lo que se gasta.

Auditoría Médica

- La auditoría, en un sentido amplio del término, se ha llevado a cabo desde varios siglos atrás:
 - 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.
 - Ernest Hey Groves, propuso en 1908, una organización nacional para el recojo de datos de manera uniforme, solicitando a 15 hospitales mayores descubrir la mortalidad perioperatoria 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 en base al cual se intentaba establecer los resultados del tratamiento de los pacientes internados
 - En 1918, el American College of Surgeons define los principios de la estructuración orgánica hospitalaria y los criterios mínimos de acreditación por auditoría.
 - En 1955 Slee desarrolla el tema de auditoría médica como un proceso educativo que debe permitir mejorar la calidad de atención mediante la disminución de la morbilidad.

Definición de Auditoría Médica

- **Marinker**, sugirió que la auditoría médica es “asistir a la mejora de la calidad del cuidado médico, a través de la medida del rendimiento de aquellos que

brindan dicho cuidado, considerando aquel rendimiento de acuerdo a los estándares deseados y mejorando éstos rendimientos”.

- **Crombie:** “auditoría es el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica con el fin de identificar deficiencias que puedan ser remediadas”.

Instancia EDUCADORA más que PUNITIVA

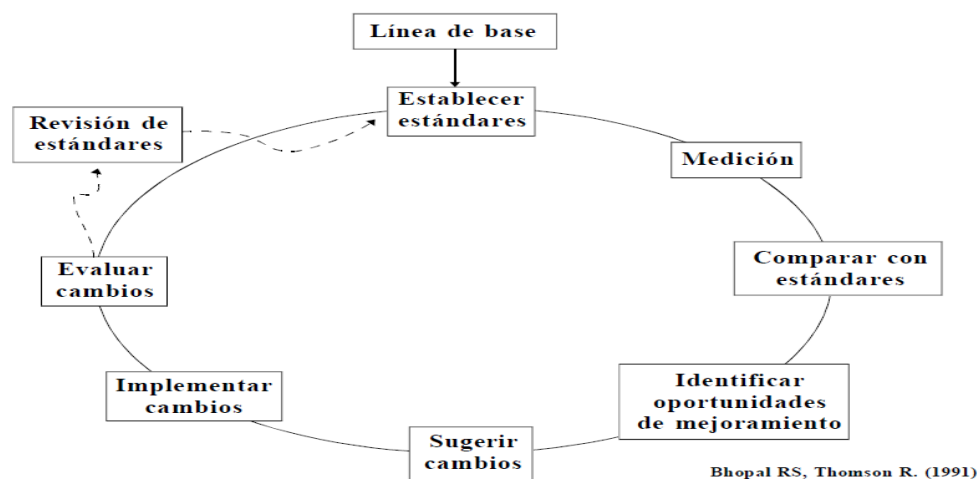
Auditoría Médica vs Auditoría Clínica

- La **auditoría médica** es definida como la revisión del cuidado clínico de los pacientes, realizada solamente por el personal médico;
- La **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;
- 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.

Auditoría y garantía de la calidad

- La auditoría debe ser concebida como un **ciclo continuo** para la garantía y mejoramiento de la calidad.
- La auditoría será una pérdida de tiempo, dinero y esfuerzo si no realiza este ciclo y no se da un cambio en la estructura y proceso prestacional.
- La auditoría es una actividad propia de los servicios que tiene por fin mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos profesionales con una finalidad formativa.

¿Cómo auditar? Y auditoría basada en evidencias



¿Cómo auditar? Y auditoría basada en evidencias

Uno de los aspectos críticos en este ciclo de auditoría se encuentra en la definición de los *criterios de evaluación y sus estándares*. Fraser establece cuatro criterios para la auditoría:

-Basado en evidencias.

-Prioridad.

-Susceptible de ser medido.

-Apropiado a la realidad.

La prioridad de los criterios va a depender de la fuerza de asociación y el riesgo atribuible aplicable a cada una de las variables a seleccionar. De acuerdo a ello se podrán establecer tres **categorías de prioridad**:

- **“Must do”.**
- **“Should do”.**
- **“Could do”.**

Auditando Calidad en un ente Financiador

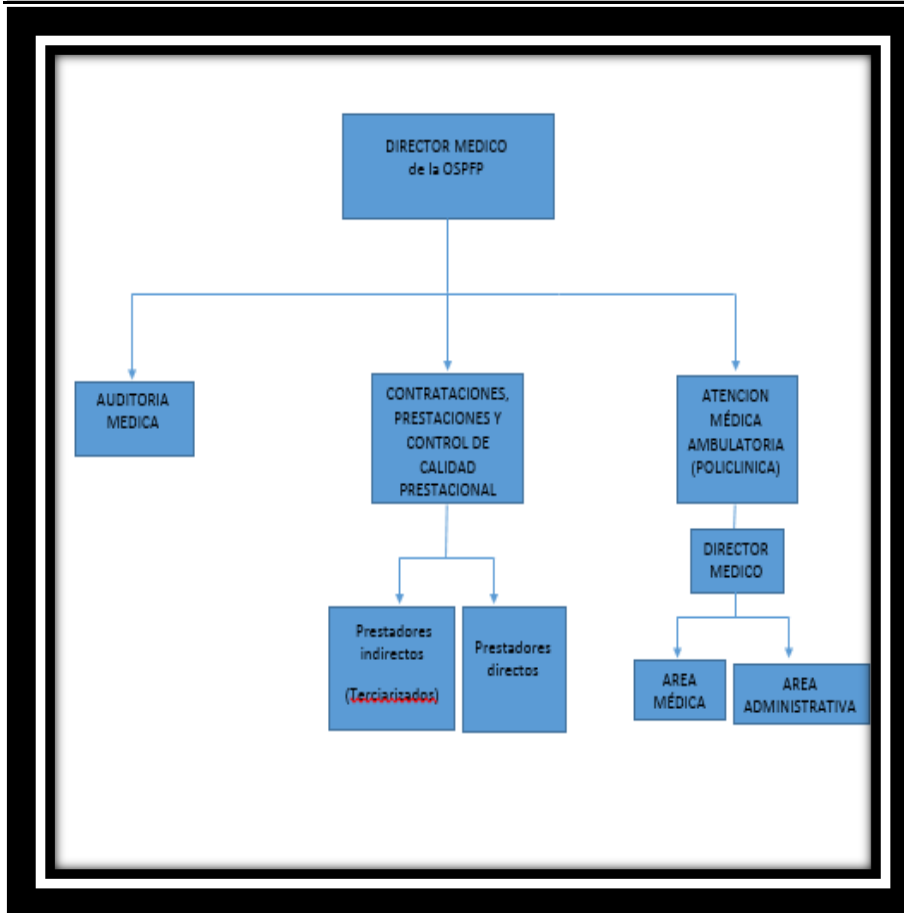
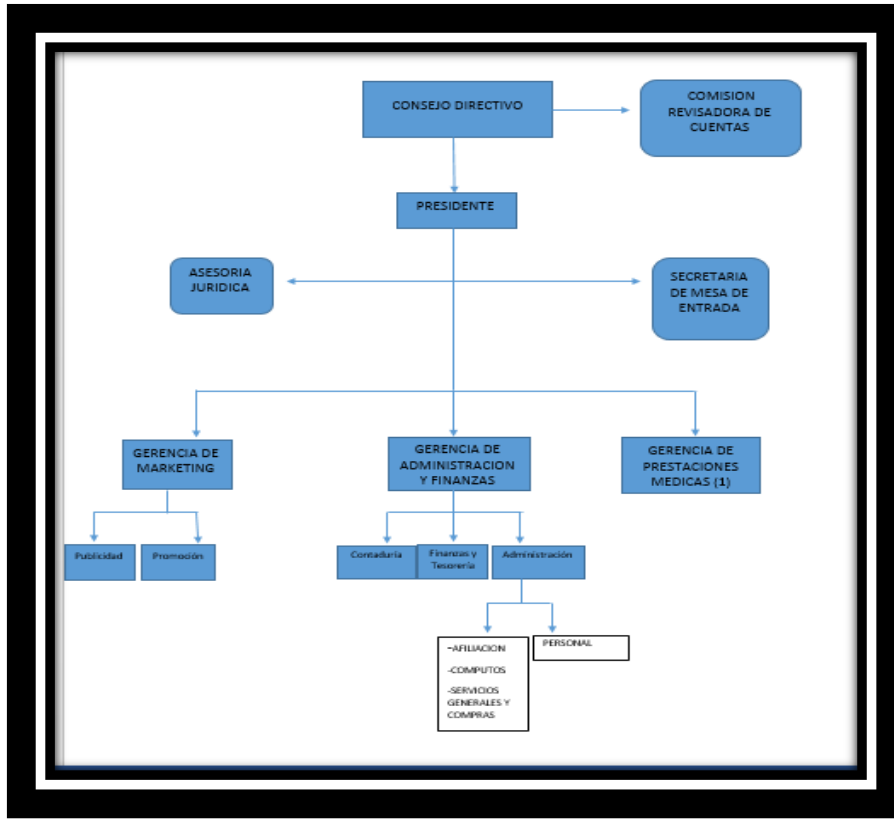
- La Auditoría Médica en entes financiadores no escapa a los principios vertidos hasta aquí, donde debería concebirse como una **instancia educadora** más que punitiva y sancionadora, donde se trata de **aprovechar las experiencias**, tanto las negativas, a través del análisis de incidentes-accidentes, como de las positivas para ir introduciendo en **forma gradual correcciones y mejoramiento** en cada uno de los procesos de atención, para **satisfacer los requerimientos de los clientes/beneficiarios** y sus familiares.
- A modo de ejemplo tomamos a la Obra Social del Personal de Fábrica de Pinturas y Afines (OSPFP) para ejemplificar nuestra idea del concepto de Auditoría Médica que mejora la Calidad Asistencial desde la visión del financiador.

Obra Social del Personal de Fabricas de Pintura y Afines (OSPFP)

- Estructura Orgánica
- Estructura Medico-Administrativa
- Cobertura

- Delegados

ORGANIGRAMA



Planificación estratégica de la OSPFP:

- MISION: satisfacer las necesidades de los afiliados de la Institución, con la fuerte convicción de proporcionar los estándares más altos de calidad en las prestaciones de salud, con un sentido humanístico y de estricta profesionalidad. Focalizando nuestro centro de acción en la generación de un gran equipo de trabajo, donde los valores éticos y de respeto sean pilares inquebrantables de nuestra organización.

La Institución marca como factor fundamental la cercanía con los afiliados y una relación estrecha a su vez con los efectores de la salud, garantizando una medicina social basada en los principios de la medicina basada en la evidencia, humana y científica, con una fuerte orientación hacia la medicina familiar y el desarrollo de programas preventivos hacia toda la demografía de la Obra Social.

- VISION: la OSPFP será una Obra Social que expandirá su cobertura de acción, considerando la demanda de prestaciones de salud, tomando una activa intervención en las necesidades sociales y culturales de la comunidad.

En cinco años será una Obra Social de excelencia en la prestación de servicios de salud en la Argentina, alcanzando un excelente grado de satisfacción de sus clientes externos e internos que le permitirá posicionarse en el mercado como líder, mediante la modernización de la infraestructura, incrementando la complejidad de los servicios y desarrollando el talento humano a través de la capacitación permanente, ayudando al logro de las expectativas de los empleados.

-VALORES: Los valores de la Obra Social son los que representan el sentir de la organización, sus objetivos y prioridades estratégicas, siendo de esta forma los conductores que guiarán a la organización en el cumplimiento de la misión y la visión.

-PILARES:

- Compromiso: sentirse obligado con los objetivos de la organización y hacerlos propios.
- Ética: son los valores morales que se espera de todos los integrantes de la organización.
- Orientación al Afiliado: dirigir las acciones hacia el afiliado.
- Calidad de Trabajo: excelencia en la tarea a realizar.

- Sencillez: actuar en forma llana y directa, sin barreras al acceso no solo a las prestaciones de salud, sino a la asesoría médica y/ administrativa de la Obra Social, lo cual suma un valor social diferencial.
- Flexibilidad: disposición para adaptarse fácilmente a nuevas circunstancias o situaciones.

Ventaja competitiva:

- Cuando uno analiza las ventajas competitivas de una organización, las define como aquellas condición, situación o propiedad que la hacen diferencial, con una connotación positiva con respecto a otras organizaciones con el mismo fin.
- La principal ventaja competitiva de la organización es el fuerte vínculo generado con sus afiliados directos y las escasas barreras a la asesoría médico-administrativa y las prestaciones médicas y sociales.

Auditoria de la Calidad desde un ente financiador:

- -INDICADOR: se define con una medición cuantitativa de variables, a través de la cual se refleja una realidad particular y su comportamiento en el tiempo.
- Principios:
 - Disponibilidad (oportuno cuando se lo precisa)
 - Simple (de fácil obtención)
 - Accesible (obtenido con pocos recursos y en forma rápida)
 - Universal (debe expresar el efecto resultante de la interacción de distintos componentes medidos en forma independiente)
 - Cobertura (incluir a toda la población estudiada)
 - Aceptable (en consenso y difundido)
 - Especifico
 - Sensible (que mida el fenómeno y refleje rápidamente su variación)
 - Valido (medir solo lo que se quiere medir)
 - Factible (que se realice con los datos habituales)
 - Económicamente sustentable (costo efectivo, es decir que el costo, tiempos, recursos y dedicación deben estar alineados con la calidad y la utilidad de los datos)
 - Normatizados (la expresión debe ser en escala globalmente aceptada, para poder comparar los datos)

Tipos de indicadores:

- De rendimiento o producción: es un indicador vital de desempeño.

ej: Tasa quirúrgica: $\frac{\text{total de internaciones}}{\text{total de internaciones x año}}$ x internaciones

total de internaciones x año internaciones

- De calidad: ej. Tasa de re internaciones: reint no previsibles

total de re internaciones

-De estructura:

-De adecuación a las necesidades de la población a nuestro riesgo:

ej: Consultas por afiliado por año

Total de afiliados

- Financieros- económicos:

Tablero de control:

-El tablero de control es una herramienta que define indicadores cuyo seguimiento periódico posibilitara tener un mayor conocimiento de la situación de la Institución. Estos indicadores se nuclean, agrupándolos en las áreas claves que son responsables del sostén y la continuidad de la organización. Algunos autores mencionan a estos indicadores claves como los factores críticos de éxito (FCE), y se los agruparon en cuatro perspectivas de tableros:

- TC operativo
- TC directivo: seguimiento de indicadores de los resultados internos de la organización, en su conjunto y en el corto plazo.
- TC estratégico:
- **TC integral (llamado tablero de comando o balanced score card)**
- Muchos autores destacan la diferencia entre el tablero de control y el tablero de comando.
- Es importante marcar las diferencias de los sistemas tradicionales de gerenciamiento, los cuales miden variables tangibles, pero también es vital para un correcto control, poder medir variables intangibles como procesos clínicos de excelencia, personal bien instruido y capacitado, etc.
- Es vital poder determinar instrumentos de medición de performance, los cuales van a permitir relacionar la estrategia de la organización y los objetivos tácticos necesarios para poder alcanzarlos.

Impulsores:

- **Imprevisión** de situaciones vinculadas principalmente con el poder desde la gerencia preveer epidemiológicamente los tipos de demanda de la población, así como establecer los programas preventivos dirigidos a los mismos.

- **Impericia** en lo que respecta a la falta de educación continua en el personal administrativo que desempeñan roles bisagras en los procesos de autorización y facturación, factores que son el sustento de parte del control de auditoría.

Tableros de Control:

INDICADORES	Estándar	Real	Desvío Valor Abs	Desvío %
CONSULTA MÉDICA				
Agrupamiento: Por zona geográfica.				
<i>Total de consultas mensuales.</i>				
<i>Consultas por beneficiario mes</i>	5,5	6,0	0,5	9,09
<i>Relación consultas/Prácticas Laborat.</i>				
<i>Relación Consultas/Radiología Conven</i>				
<i>Relación Consultas/Ecografías</i>				
<i>Relación Consultas/Egresos</i>				
<i>Consultas abiertas por especialidad (1)</i>				
Agrupamiento: Por Plan.				
<i>Total de consultas mensuales.</i>	23700	25.384	1.684	7,11
<i>Consultas por beneficiario mes</i>				
<i>Relación consultas/Prácticas Laborat.</i>				
<i>Relación Consultas/Radiología Conven</i>				
<i>Relación Consultas/Ecografías</i>				
<i>Relación Consultas/Egresos</i>				
<i>Consultas abiertas por especialidad (1)</i>				

LABORATORIO				
Agrupamiento: Por zona geográfica.				
Total de Prácticas				
Total prácticas Nomencladas				
% Participación				
Total prácticas No Nomencladas				
% Participación				
Total de prácticas por pedido médico				
% Participación				
Agrupamiento: Por Efector				
Total de prácticas por elector				
RADIOLOGÍA				
Agrupamiento: Por zona geográfica.				
Total Prácticas Radiología Convención				
Total de Ecografías				
Total de TAC				
Total de RNM				
Tasa de consumo por paciente				

INDICADORES	Estándar	Real	Desvio Valor Abs	Desvio %
INTERNACIÓN				
Por zona geográfica				
Total Internaciones Clínicas de Urgencia				
% Participación (31 dividido 30)				
Total Internaciones Clínicas Programadas				
% Participación (33 dividido 30)				
Total de Partos				
Total de Cesáreas				
Tasa de Cesáreas (36 dividido 35 + 36)				
Tasa internación Áreas Intensivas (3)				
Promedio Días de Estada				
Costo por Egreso (4)				
Costo día cama (5)				
Facturación abierta por concepto (6)				
Penalón				
Derechos				
Honorarios				
Medicamentos				
Materiales Descartables				
Laboratorio				
Imágenes				
Otros				
% Participación de cada uno				
Agrupamiento: Por Elector				
Tasa de internación (2)				
Total de Internaciones Clínicas				
Total Internaciones Clínicas de Urgencia				
% Participación (45 dividido 44)				
Total Internaciones Clínicas Programadas				
% Participación (47 dividido 44)				
Total de Partos				
Total de Cesáreas				
Tasa de Cesáreas (50 dividido 49 + 50)				

- Este tipo de tableros de control tradicionales poseen limitaciones, que desde el punto de vista gerencial son determinantes:
 - Trabajan solo con datos históricos, reflejando únicamente datos cuantificables.
 - Por lo anteriormente expuesto, no explica variables de performance.
 - Solo mide situaciones pero no se marcan responsables.
 - No focalizan totalmente en la acción directiva.
 - No remplazan al juicio directivo (se debe aplicar el sentido común para emitir un informe o juicio sobre la información recibida).
 - No se determinan relaciones de causalidad entre Objetivos y acciones, ni como se articulan los diferentes objetivos.

No permite ser utilizado como la herramienta para implementar una estrategia global, ya que no refleja totalmente la estrategia.

Tablero de Comando (balanced score card):

-Da respuestas reales y oportunas debido a:

- Es casuístico: relaciona los efectos con las causas
- Es predictivo: permite marcar el comportamiento esperado a futuro
- Es flexible: permite alterar la arquitectura estratégica, de acuerdo a los resultados obtenidos, como medidas correctivas.

Es integrador: se aplica en distintos niveles de la organización.

Así es un elemento indispensable para dirigir una Organización de una manera pro-activa, basándose en dos aspectos fundamentales:

- La Dirección Estratégica
- La evaluación del desempeño

PERSPECTIVAS:

A) Aprendizaje y crecimiento:

- Es la base sobre la cual se apoyan las otras, los Programas de Mejora Continua focalizados en la innovación y la mejora son un punto clave, así como también la Infraestructura organizativa que requiere:

-Adecuado uso de los métodos tecnológicos con los que contamos.

-Lograr y mantener un óptimo clima laboral.

-Implementar programas formativos para el personal, con el objetivo de solicitar funciones y tareas.

-Fuerte interrelación entre el depto. de recursos humanos y las necesidades.

Aquí debemos medir:

-La capacidad de los empleados

-Capacidad del sistema de información

-Clima organizacional para medir la motivación e iniciativa del personal

B) Procesos Internos:

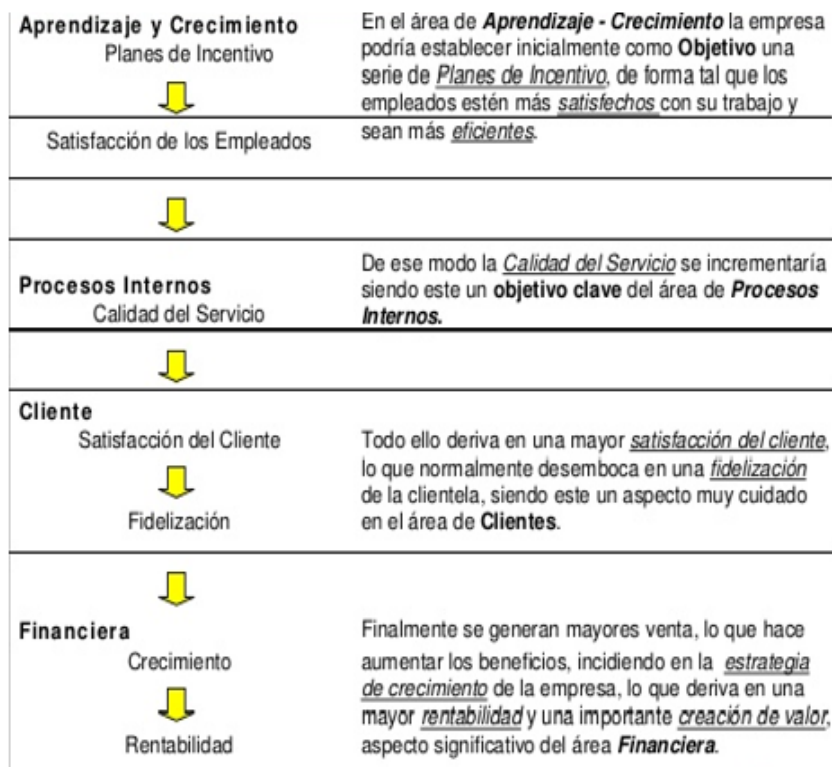
- Aquí es importante el análisis de la gestión de la cadena de valor (para poder eliminar las actividades y/o procesos que no contribuyen), los procesos operativos (generando valor a corto plazo, ej: nuevos flujogramas de autorizaciones) y los procesos estratégicos (generando valor a largo plazo, ej: nuevos servicios).
- Si los procesos funcionan mal, esto hará impactar negativamente en el Servicio al Cliente y finalmente en la creación de valor (resultado económico y social).

C) Satisfacción al Cliente:

- Son denominados indicadores avanzados, dado que los mismos proporcionan información más temprana y permiten implementar rápidamente medidas correctivas.
- La perspectiva del cliente nos da un reflejo del posicionamiento de la organización con respecto al mercado, y es importante centrar parte de nuestra atención en la misma, ya que nos da un parámetro válido de los procesos y actividades de la organización.

D) Financieras- económicas:

- Generar valor para los accionistas, aumentando la rentabilidad, que en el caso de un ente financiador de la seguridad social estará vinculado con la eficiente utilización de los recursos.



Etapas en el desarrollo de Tablero de Comando

1) Reflexión y planificación estratégica:

- Conocer la organización: los componentes organizacionales, prestacionales, y los contextos ya sea políticos, comerciales, legales y económicos.
- Conocer la MISION y la VISION, formulando los objetivos estratégicos y metas priorizadas.
- Realizar un análisis de los grupos de interés, donde nucleamos los clientes o afiliados en nuestro caso, los clientes internos, prestadores, entes reguladores nacionales, y los pares, otros financiadores.

Unir a la gente bajo una misma IDENTIDAD Y ASPIRACION COMUN, llamamos así a la CULTURA ORGANIZACIONAL.

2) Poner en óptimas condiciones el sistema de información:

- Consolidar el sistema de información gerencial.
- Seleccionar los indicadores y la disponibilidad en el sistema de información utilizado.
- Adaptarlo a las dimensiones de la organización.

3) Perspectivas e indicadores utilizados:

a) Perspectiva de aprendizaje y desarrollo:

PERSPECTIVA	INDICADORES	METAS	
		%	TIEMPO
Capacitación del personal <u>adm</u>	Gerencia de relaciones humanas: capacitaciones realizadas en el personal.	25% del personal	12 m
Desarrollo de nuevas áreas o servicios	<u>Depto</u> Medico: nuevos servicios enfocados a la atención primaria, nuevos convenios prestacionales.	30%	12m

Desarrollo de áreas de promoción y prevención en salud	<u>Depto</u> medico: programas obligatorios anuales	30%	6m
Prestadores con convenios formales	<u>Depto</u> auditoria y legales: convenios sobre el total de prestadores	50 %	12m
Resolución 650 y 331	Depto. De auditoria: total de trimestres presentados	75%	12m

b) Perspectiva del Proceso:

PERSPECTIVAS	INDICADORES	METAS	
		%	TIEMPO
Disminuir el número de expedientes rechazados de SUR	Depto de SUR: número de expedientes rechazados	0%	12m
Disminuir el número de expedientes de discapacidad rechazados	Dpto de Discapacidad: número de expedientes rechazados	10%	12m
Reducir el tiempo de autorización de prestaciones de diagnósticas	Depto de Autorizaciones: número de autorizaciones no autorizadas en 5 días.	10%	3m
Aumentar el número de intervenciones quirúrgicas programadas dirigidas por asesoría médica de la OS	Depto medico: número de cirugías programadas dirigidas por la OS	90%	4m
Aumentar el número de embarazos controlados	Depto. Auditoria	80%	12m

c) Perspectiva de satisfacción al cliente:

PERSPECTIVA	INDICADORES	METAS	
		%	TIEMPO
Satisfacción del paciente internado	Encuestas de satisfacción al egreso y domiciliaria, reclamos y sugerencias recibidos.	90%	12m
Satisfacción del paciente ambulatorio en prestadores externos.	Encuestas de satisfacción personal, reclamos y sugerencias recibidos.	90%	12m
Satisfacción del paciente ambulatorio en nuestra policlínica	Encuestas de satisfacción personal, reclamos y sugerencias recibidos.	95%	12m
Satisfacción del afiliado con respecto al personal administrativo	Encuestas de satisfacción personal, reclamos y sugerencias recibidos.	90%	6m
Satisfacción del personal con respecto a variables laborales.	Encuestas de satisfacción varias	90%	6m
Satisfacción del personal con respecto a las relaciones interpersonales	Encuestas de satisfacción varias	90%	6m

d) Perspectiva económico financiera:

PERSPECTIVA	INDICADORES	METAS
-------------	-------------	-------

		%	TIEMPO
Reducir el tiempo de pagos a prestadores	Pagos a prestadores dentro de los 45 días	80%	12m
Reducir el extra cápita en medicamentos	Facturación en medicamentos fuera de cápita	50%	12m

Reducir el número de pagos de prestaciones por reintegro	Facturación por reintegro	50%	12m
Aumentar el recupero de prestaciones por SUR prótesis y medicamentos	Recupero por la SSS	90%	12m
Aumentar el recupero de prestaciones por SUR discapacidad	Recupero por la SSS	90%	12m

CONCLUSION DE LAS CARACTERISTICAS DEL TC

- El TC debe cumplir los siguientes principios los cuales permitirán su revisión para poder expresar lo que fielmente se enmarque en las estrategias globales y objetivos de la organización.
- Debe poner en evidencia la información que deseamos obtener, de manera sintética, precisa y oportuna.
- Hacer destacable lo más significativo de la información que suministra.
- Estar normatizados con respecto a:
 - Dimensiones de cuadros y gráficos
 - Forma de presentaciones de cifras y gráficos
 - Siempre referenciar leyes, normas, objetivos o estándares establecidos

CONCLUSIONES

- La calidad en el sistema sanitario depende de la adopción de una aproximación sistemática, integral e interdisciplinaria.
- Así la introducción de la **Gestión Total de la Calidad** no significa borrar todo y comenzar de cero, sólo se refiere a organizar lo que se hace dentro de un marco sistemático, usando dicho marco para guiar acciones futuras y para reevaluar lo que se está haciendo.
- La calidad de la atención médica, es un tema complejo, e involucra a todo el sistema de salud en su conjunto.
- Esto no escapa al subsector de los financiadores del sistema sanitario. Implica integrar a todo el personal en un proceso de labor cotidiano, que sea equilibrado (cubriendo las tres dimensiones de la calidad: administrativa, para el cliente y profesional), sistemático, cíclico y permanente.
- Allí siempre deberá estar presente la tarea del auditor: controlando, evaluando, previendo e informando, para contribuir a este proceso de mejora continua.
- Se podrá, entonces, disminuir los riesgos y sus consecuencias físicas, psíquicas y económicas en los pacientes, familiares y personal sanitario, cumpliendo así con la finalidad de mejorar la **calidad, seguridad, humanidad, eficacia, eficiencia y disminuir los costos por reclamaciones**. Creemos que el futuro no se puede prever, si se puede preparar, y allí debe hacerse presente el campo de acción de la auditoría.
- La auditoría es fundamental en tanto cumple funciones esenciales como la de asesorar, reportar y mejorar, la calidad del cuidado de cualquier organización médica.
- Tal como mostramos en este trabajo, en una Obra Social con un número bajo de afiliados pero con distribución nacional, la búsqueda de indicadores adecuados enmarcados en un tablero de comando puede facilitar el trabajo del auditor, permitiendo conocer o detectar situaciones problemáticas o mejorables, incorporar mejoras, comparar con otros financiadores, incorporar o definir nuevos valores en concordancia con las mayores expectativas de los pacientes.
- En definitiva, la auditoría es una herramienta que bien aprovechada en un caso como el planteado, contribuye a lograr beneficios en toda la población cubierta, logrando el objetivo buscado que es la **Gestión Total de la Calidad**.