



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Postgrado de Auditoria y Calidad de la Atención Médica
Especialidad en Auditoría Médica
TRABAJO FINAL INTEGRADOR

AUDITORIA CLÍNICA

¿HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL?

Evaluación de las metas del Programa ONUSIDA (90-90-90) en un centro Hospitalario y
revisión del tema.

Autor: Dr. Galluccio Federico R. Médico

Director: Dr. Abdelahad José María

Santa Fe, Argentina

Mayo de 2022

Agradecimientos:

A todos los que hicieron posible de alguna manera u otra la realización de este trabajo final:

- A mis padres que me dieron la vida y estimularon la posibilidad de ser Médico;
- A Mariana, Luisina y Paulina, que todos los días me acompañan en el difícil camino de la vida, tanto en los momentos buenos como en los malos.
- A los docentes de las diferentes etapas de formación como persona y como médico.
- A los docentes y responsables del Posgrado en Auditoria Médica de la FCM- UNL.
- Al Director del trabajo final. Dr. José María Abdelahad.
- Al Servicio de Clínica Médica del Hospital J. B. Iturraspe.
- Al Comité de Docencia y a la división de Estadística del Hospital J. B. Iturraspe.
- A la Mutual Jerárquicos Salud.

Acerca del Autor:

Dr. Galluccio Federico Rafael: Médico especialista en Clínica Médica. Jefe de Servicio del Servicio de Clínica Médica del Hospital Iturraspe. Jefe de Trabajos Prácticos. Disciplina Clínica Médica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Litoral. Auditor de la Mutual Jerárquicos Salud. Contacto. E-mail: fgalluccio2000@yahoo.com.ar

INDICE: título y página

Resumen, 4

Introducción, 5

Material y métodos, 7

Análisis Estadístico, 8

Resultados, 9

Discusión, 11

Revisión del tema, 16

Conclusiones, 23

Bibliografía, 24

Anexo Gráficos y Tablas, 29

RESUMEN:

Objetivos: evaluar las metas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) denominadas 90-90-90, en un hospital público. Realizar una revisión del tema auditoría clínica. Evaluar si la auditoría clínica sirve como herramienta de la mejora de la calidad asistencial.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y prospectivo para evaluar el porcentaje de solicitud de serología para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en las personas que ingresaron al Servicio de Clínica Médica del Hospital Iturraspe durante 3 años consecutivos. Se consideró solo el último trimestre del año, dado que coincidió con el mayor número de ingresos hospitalarios durante la pandemia por COVID-19. Se registró la solicitud de serología para VIH y otras ITS. Se evaluaron los resultados positivos. Se intentaron identificar factores asociados con la solicitud analítica. Se fijaron los estándares. Se midieron los resultados parciales para ver el grado de cumplimiento y la aplicación de medidas de refuerzo posteriores, en caso de no haberse alcanzado los estándares prefijados. Finalmente, se realizó una revisión del tema “Auditoría Clínica”

Resultados: la muestra quedó constituida por 781 ingresos. La medición fue realizada antes, durante y en fases avanzadas de la pandemia por COVID-19. El 50% correspondió al año 2020. El 59% fueron de género masculino. La mediana de edad fue 50 años. Se solicitó serología para VIH al 37,9% de los ingresos. Hubo un descenso porcentual durante la pandemia de casi 10 puntos porcentuales en las solicitudes. En 2019 fue del 43% y en 2020 fue del 34%. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la solicitud de VIH, con un sentido negativo, es decir, a mayor edad mayor chance de no solicitar serología. Luego de la evaluación parcial de resultados y la intervención médica, el porcentaje de solicitudes se elevó a 39% en 2021. La solicitud conjunta con serología para Sífilis fue del 88%. Hubo un porcentaje de positividad para VIH del 0,67%. La seroprevalencia de Chagas fue del 13%.

Conclusiones: la auditoría clínica podría ser utilizada para mejorar la calidad asistencial. En este caso no se pudo demostrar con claridad su efectividad. El porcentaje de solicitud de VIH, de acuerdo a las metas ONUSIDA estuvieron muy por debajo del estándar. La solicitud de serología para Sífilis fue elevada y cercana al estándar propuesto. La seroprevalencia de Chagas fue elevada y debería ser verificada con mayor exactitud.

INTRODUCCION:

El término “Auditoría Clínica” se ha utilizado a menudo como sinónimo de auditoría médica, pero aquel implica un concepto más amplio, ya que suele hacer referencia tanto a la atención brindada por médicos, como la dispensada por enfermeros, psicólogos, paramédicos, kinesiólogos, entre otros, por lo tanto, intenta abarcar, todos los aspectos de la atención clínica. Su enfoque principalmente está orientado a la estructura, al proceso y a los resultados de dicha atención más que al uso de los recursos y su financiación, aunque puede haber cierta superposición con la denominada auditoría financiera.¹

ONUSIDA es el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. La dirección del Programa Conjunto la lleva a cabo la Junta Coordinadora del Programa (JCP), una estructura de gobierno que está formada por los Estados miembros, copatrocinadores y sociedad civil y, en particular, por personas que viven con el VIH o afectadas por este.²

En diciembre de 2013, la Junta Coordinadora del Programa, recurrió a ONUSIDA con la finalidad de dar apoyo a los esfuerzos tanto nacionales como regionales, cuya intención era establecer objetivos nuevos en materia de tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) para después del año 2015. Los anteriores objetivos en materia de sida buscaban conseguir un incremento gradual en la respuesta, mientras que la meta después de 2015 es nada menos que el fin de la epidemia de sida para el año 2030. Consecuente con la meta planteada surge la estrategia 90/90/90 con la cual se intenta contribuir al fin de la epidemia mencionada. Según modelos matemáticos, la puesta en marcha de dicha estrategia, permitirá según se ha pronosticado, que al menos el 73% de las personas que viven con el VIH en todo el mundo tengan supresión viral, logrando de esta forma, el fin de la epidemia.³

Los objetivos de la estrategia establecida por ONUSIDA hacen referencia a: que el 90% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, es decir, su diagnóstico; que el 90% que lo conoce tenga acceso al tratamiento y que el 90% de las personas en tratamiento antirretroviral logre la supresión virológica.³

Para alcanzar estos objetivos se han puesto en marcha distintas estrategias globales, regionales o locales, desde donde surge con fuerza la recomendación de la solicitud del test para el diagnóstico de VIH en el momento que la persona toma contacto con el sistema de salud. En este sentido, los Centers for Disease Control and Prevention de EE.UU. (CDC) recomiendan el screening regular en adultos, adolescentes y mujeres embarazadas al entrar en contacto con el sistema de salud. Asimismo, proponen realizar el estudio a toda persona entre 13 y 64 años de edad, al menos una vez en la vida.⁴ En nuestro país, si bien las guías nacionales recomiendan ofrecer el test a todos los grupos poblacionales, se destacan personas y circunstancias sobre las que es necesario enfatizar la oferta,

entre ellas: personas que deseen hacerse el test; personas frente a una probable situación de riesgo; personas con alguna infección de transmisión sexual (ITS) y su/s pareja/s sexual/es; mujeres embarazadas; parejas de personas con VIH; trabajadoras/es sexuales; población de la diversidad sexual; usuarios de drogas; varones heterosexuales; finalmente niños y adolescentes. Conjuntamente con dicha solicitud se sugiere fuertemente evaluar sífilis y otras ITS tratables.⁵

Debido a la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) que sufre el mundo y que pudiera haber afectado el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de diferentes patologías crónicas, entre ellas el VIH/Sida se tomaron diferentes períodos de tiempo tanto pre pandemia como durante la misma para evaluar el grado de adherencia a las metas mencionadas.⁶

Con el objetivo de evaluar el grado de cumplimiento de dicha meta en un centro hospitalario de 3er nivel de atención, se llevó a cabo este estudio.

El grado de cumplimiento y su posterior intento de mejorarlo, en caso de no ser óptimo, se encuadran dentro de la auditoría clínica.

Como objetivo secundario se planteó la revisión narrativa del tema “auditoría clínica”.

MATERIAL Y METODOS:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo/prospectivo de corte transversal en 3 períodos de tiempo, 2019, 2020 y 2021, cada uno de los cuales incluyó 3 meses consecutivos desde el 01 de octubre hasta el 31 de diciembre. La elección de dichos periodos de tiempo tuvo que ver con los cambios que se observaron durante la pandemia de COVID-19 en lo referente al diagnóstico, seguimiento y tratamiento de diferentes patologías, las cuales fueron, por lo menos en parte, “relegadas” por el efecto que esta tuvo sobre el sistema sanitario.⁶ El año 2019 fue tomado como referencia por ser previo a la pandemia. Por su parte, el último trimestre de 2020 coincidió con el “pico” de incidencia de la llamada primer ola de COVID-19 en la provincia de Santa Fe⁷. En 2021 hubo un regreso progresivo a las actividades laborales, recreativas, sociales, religiosas, entre otras y cierta normalización de la asistencia médica en general, por lo cual se consideró adecuado para su comparación.⁸

Se analizó la solicitud de serología para VIH, además de la correspondiente a hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC), enfermedad de Chagas y sífilis (incluyendo pruebas de screening y prueba confirmatoria). La elección de las restantes serologías, se debió al hecho de ser pruebas diagnósticas que se solicitan frecuentemente en forma simultánea en nuestro servicio y como ya se mencionara, particularmente para la sífilis, son sugeridas por las guías nacionales.⁵

Se incluyeron pacientes adultos y adolescentes mayores de 14 años, internados en el Servicio de Clínica Médica del Hospital J.B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe, capital de la provincia homónima, que fueran ingresados por diversas condiciones clínicas y a los cuales se les había solicitado estudios de laboratorio diversos según el criterio del médico asistencial. El promedio mensual de ingresos en el servicio oscila entre 120 y 130 casos mensuales aproximadamente. La selección de la muestra fue realizada por conveniencia del listado general de pacientes ingresados que fuera aportado por el Servicio de estadística del hospital. Se seleccionó de acuerdo al orden de ingreso y día del calendario, a uno de cada tres personas comenzando por el primero de dicho listado y cuando el número de casos fue considerado insuficiente, se seleccionó a uno de cada dos. Los datos fueron recabados de las historias clínicas respectivas con la autorización previa del Comité de Docencia e Investigación del Hospital. Se documentaron las variables clínicas: número de historia clínica, nombre, apellido, edad, género, mes y año de ingreso y los resultados de los estudios de laboratorio mencionados. Se evaluó la cantidad y porcentaje (nº, %) de solicitudes de serología para VIH, VHB, VHC, enfermedad de Chagas y Sífilis; también se midió la cantidad y porcentaje (nº, %) de resultados positivos. El método de screening utilizado para la detección del VIH fue un inmunoensayo de electroquimioluminiscencia (electrochemiluminescence immunoassay) “ECLIA” previsto para el uso en inmunoanalizadores cobas

e (Elecys HIV combi PT- cobas®) y como método confirmatorio la determinación de la carga viral y subpoblación linfocitaria, los cuales no fueron reportados por no ser el objetivo de este estudio. Para la detección de sífilis se utilizó una prueba inicial no treponémica (Venereal Disease Research Laboratory [VDRL]) cuantitativa, seguida de una prueba de detección de anticuerpos treponémicos confirmatoria. Esta última es similar a la utilizada para la detección de VHB, VHC y enfermedad de Chagas y consiste en la utilización de inmunoensayos de electroquimioluminiscencia (electrochemiluminescence immunoassay) "ECLIA" previsto para el uso en inmunoanalizadores cobas e 411 (Elecys- Sífilis, Elecys HBsAg, Elecys Anti HCV, Elecys- Chagas). Para la enfermedad de Chagas se utilizó además la prueba de hemaglutinación indirecta, Chagatest HAI de Wiener lab. Para su confirmación se requirió que ambas pruebas fueran positivas.

Inicialmente se evaluaron los períodos de octubre a diciembre del año 2019 y 2020 para medir el grado de adhesión a las metas de diagnóstico y su comparación con el estándar propuesto. En este punto se realizó una pequeña evaluación, no formal ni estructurada, entre los médicos asistenciales y responsables directos de la atención de los pacientes, sobre los motivos y la modalidad de solicitud de dichas serologías. Luego se realizó una breve instrucción con el objetivo de llevar a cabo solicitudes rutinarias a todos los pacientes que ingresaban al sector de internación antes del último período evaluado. Finalmente se analizaron los resultados posteriores a dicha intervención.

Para la revisión bibliográfica del tema "auditoria clínica", se realizó una búsqueda bibliográfica no exhaustiva y específica tomando como referencia las publicaciones del NHS británico como punto de partida para la misma.

Análisis estadístico.

Para el análisis descriptivo, las variables categóricas fueron expresadas como recuento (n) y porcentaje; las variables continuas fueron contrastadas con la distribución normal mediante el test de Kolmogorov-Smirnov y fueron expresadas como media \pm desvío estándar (SD) o mediana y rango intercuartílico (IQR) según corresponda. El análisis bivariado se realizó utilizando la prueba de chi-cuadrado o exacta de Fisher para las variables categóricas, y mediante pruebas paramétricas (test T de Student) o no paramétricas (U de Mann-Whitney) para las variables continuas según correspondiera. Para determinar los factores que influyeron en la solicitud de VIH, se realizó un análisis de regresión logística binaria con las variables que resultaron significativas en el bivariado. Se calcularon los odds ratios y los intervalos de confianza del 95%. Se consideró estadísticamente significativas a las asociaciones con valores de $P < 0,05$.

Todo el análisis fue ejecutado mediante el software IBM® SPSS® Statistics versión 23 y Microsoft® Excel® 2019.

RESULTADOS:

Se incluyeron 781 ingresos hospitalarios al Servicio de Clínica Médica en los tres períodos analizados, de los cuales 221 (28,3%) correspondieron a 2019, 397 (50,8%) a 2020 y 163 (20,9%) a 2021. Ver Gráfico 1.

En cuanto a la distribución mensual de los ingresos, 318 (40,7%) correspondieron al mes de octubre, 285 (36,5%) a noviembre y 178 (22,8%) al mes de diciembre. Las distribuciones mensual y mensual/anual se muestran en las tablas 1 y 2.

El 59,4% ($n^{\circ}=464$) de los ingresados fueron de género masculino. La mediana de edad fue de 50 años (IQR=25). Se solicitaron serologías para VIH en 296 (37,9%) del total de ingresos analizados en los tres períodos, de las cuales 292 (98,64%) fueron negativas, 2 (0,67%) fueron positivas y en otras 2 se desconoce el resultado por no haber registro de los mismos. La frecuencia y el porcentaje de las solicitudes de serología para VIH en los diferentes períodos anuales fueron los siguientes: en 2019=97 (43,89%), en 2020=135 (34%) y en 2021=64 (39,26%). El gráfico 2 muestra la distribución por período anual de las solicitudes de VIH.

La distribución mensual por cada año analizado de las solicitudes de VIH se muestra en el gráfico 3.

En todos los meses evaluados, la NO solicitud de serología para VIH fue superior a los casos en los cuáles SI fue solicitada, a excepción de diciembre de 2021, donde las solicitudes fueron superiores a las NO solicitudes.

Los dos casos que resultaron positivos para VIH se observaron en noviembre de 2020, y correspondieron a un varón de 35 años y una mujer de 41. En el análisis estadístico no se observaron diferencias en la probabilidad de solicitud de serología para VIH en relación con el género ($p=0,747$, test de chi cuadrado), mientras que si se observaron asociaciones estadísticamente significativas con el período o año de ingreso ($p=0,048$, test de Chi-cuadrado) y con la edad de la persona ($p=0,0001$, U de Mann Whitney para muestras independientes). Ver gráficos 4 y 5.

La mediana de edad de cada grupo fue: 52 para los del grupo NO solicitado y 46 para el grupo de Si solicitado. Cuando se comparó la mediana de edad en relación a los períodos se observó una asociación estadísticamente significativa ($p=0,009$, Prueba de Kruskal- Wallis para muestras independientes). Ver gráfico 6.

En el análisis multivariado fueron incluidas aquellas variables que tuvieron una asociación estadísticamente significativa en el bivariado. Como variables independientes, se incorporaron edad y período de ingreso (año) y como variable dependiente la solicitud de VIH. El modelo utilizado fue la regresión logística binaria, siguiendo el método de entrada por bloque. En dicho modelo la edad se

mantuvo como predictor de la solicitud de serología para VIH ($p=0,001$). El B fue negativo por lo cual se observó una relación inversa entre edad y solicitud. El OR (inversa del Exp B por ser menor de 1) fue de 1,01 implicando que, por cada año de aumento de la edad, la chance de solicitud de VIH disminuye un punto. El modelo explica entre el 0,023 (R cuadrado de Cox y Snell) y el 0,031 (R cuadrado de Nagelkerke) de la variable dependiente y la clasificación de los casos fue correcta en el 60,6 %.

Tabla 3.

Las solicitudes de las restantes serologías en los tres periodos fueron las siguientes: VHB 226 (28,93%), VHC 199 (25,48%), VDRL 269 (34,44%) y Chagas 87 (11,13%). No se hicieron análisis estadísticos específicos por no ser el objetivo de la investigación. La cantidad y el % de resultados positivos para cada serología fueron: VHB 3 (1,32%), VHC 2 (1%), VDRL 22 (8,17%), confirmada con prueba específica en 17 (77,27%) y para Chagas 12 (13,79%).

La solicitud conjunta de VIH y VDRL se observó en 262 ingresos, representando el 88,50% de los casos, tomando como referencia la del VIH ($n^{\circ}=296$). En 34 se solicitó solamente para VIH (11,50%) y en 7 solo para sífilis (VDRL).

DISCUSIÓN:

El 50,8% de los casos analizados correspondieron al año 2020 en coincidencia con la primera ola de COVID-19, donde la ocupación de las camas hospitalarias fue muy elevada, alcanzando, por ejemplo, al 83% en los primeros días de octubre en la ciudad de Santa Fe, según lo publicado en el boletín oficial del día 12.^{7,9} Analizando los datos según estacionalidad, el mes de octubre aportó el 40,7% mientras que los meses de noviembre y diciembre registraron la menor cantidad de ingresos hospitalarios. El mes de diciembre de 2021 coincidió con una disminución de ingresos hospitalarios incluidos los enfermos con COVID-19 y aportó el menor número de casos analizados en este estudio, representando solamente el 2,9%.

Del total de personas ingresadas, el 59% fue de género masculino. La mediana de edad fue de 50 años con un IRQ de 25, es decir, que la mitad de las personas se distribuyó entre los 36 y 61 años.

En cuanto a las solicitudes de serologías para VIH, se destaca el hecho que solo se realizaron en el 37,9% del total de ingresos, considerando los tres períodos anuales en conjunto. Tomando como referencia los datos de 2019, cuando la pandemia de COVID-19 aún no había sido declarada la frecuencia de solicitud alcanzó el 43,89; vemos que las mismas descendieron de manera significativa en 2020, casi 10 puntos porcentuales, cayendo al 34% y recuperando posteriormente algunos puntos de lo perdido, alcanzando en 2021 el 39,26% de solicitudes. En relación a estos datos podemos afirmar que no solo están lejos del valor de referencia pre pandemia sino que claramente están alejados de la meta establecida por ONUSIDA e incluso de las propias emanadas de las autoridades o guías nacionales, que recomiendan su solicitud, en conjunto con la VDRL, en cualquier momento del contacto personal con el sistema de salud, más aún en aquellos grupos vulnerables, tal como lo mencionáramos anteriormente.³⁻⁵

Si analizamos la distribución mensual/anual, en todos los casos, las solicitudes estuvieron por debajo del 50%, excepto en el mes de diciembre de 2021 donde alcanzó el 56% (13 solicitudes en 23 ingresos). Respecto a este dato, se debe tomar con precaución ya que dicho mes solo aportó el 2,9% del total de la muestra y por lo tanto existe la posibilidad de cometer un error cuando se utilizan porcentajes como medida estadística al considerar un número pequeño de casos.

En cuanto a la medición de las solicitudes luego de realizada la intervención sobre el personal del Servicio de Clínica Médica en los meses previos al último trimestre de 2021, donde se instaba a la realización de forma más rutinaria de la serología para VIH, vemos que no se logró el objetivo esperado, ya que se pretendía alcanzar un porcentaje más cercano al recomendado. Si bien en diciembre se registró un ascenso, deberá corroborarse en los meses venideros si se trata de una

tendencia hacia la prosecución del objetivo de solicitar a todos la serología para VIH o simplemente se trata de una observación casual.

Los motivos de la no adhesión a las recomendaciones no pudieron ser evaluados en profundidad, pero pueden mencionarse algunos: la realidad mostró que la COVID-19 seguía siendo la infección más tenida en cuenta por las autoridades, los profesionales y quizá por la sociedad en su conjunto; las reuniones con los profesionales no fueron organizadas de una manera formal debido al cambio en la modalidad asistencial que se implementó durante la pandemia; no existía experiencia en el Servicio y tampoco en el hospital sobre las auditorías clínicas; tampoco existe un grupo dedicado a ella: si bien existe un departamento de Auditoría Médica, este se ocupa principalmente de la llamada auditoría interna, de la auditoría de historias clínicas, entre otras. Será oportuno realizar otras intervenciones si se quiere alcanzar el objetivo mencionado, incluso se deberá pensar en institucionalizar la auditoría clínica si se quieren evaluar otros procesos y resultados de la atención clínica.

Las consecuencias de no solicitar serología para VIH traen aparejados numerosos inconvenientes de salud, ya que de esta manera se priva del tratamiento y de la oportunidad del mismo a muchas personas. Siguiendo a ONUSIDA, entre los beneficios del tratamiento podemos citar: la prevención de las enfermedades relacionadas con el VIH, la posibilidad de evitar las muertes relacionadas con el sida, la prevención de nuevas infecciones (sobre todo si se logra supresión viral), la suposición de un ahorro económico.³

En nuestro país, se estima que para el año 2020, el 17% de las personas con VIH desconocían su estado serológico. Es decir que todavía resta al menos unos 7 puntos porcentuales para poder alcanzar la primera meta del 90% (que el 90% de las personas con VIH conozca su estado serológico, es decir, sea diagnosticado). En cuanto a los nuevos casos reportados por año, a nivel país rondan los 4.500 casos y a nivel de la provincia de Santa Fe, asciende a unas 230 personas en promedio en el último lustro, según datos de 2018-2019. Santa Fe, representa el 4,6% del nivel nacional. La proporción de diagnósticos tardíos para 2019-2020 a nivel país rondan el 30% y a nivel provincial el 15%, siendo esta la segunda más baja de Argentina, luego de la provincia de San Luis. En Argentina, el diagnóstico tardío se define como aquel que ocurre cuando una persona se encuentra en una situación sintomática, con o sin criterio definidor de sida y/o con un conteo de CD4 menor a 200. Las personas más afectadas siguen siendo los varones cis (se refiere a la coincidencia de la identidad de género con el sexo biológico asignado al nacimiento) y, entre ellos, aquellos infectados durante relaciones sexuales desprotegidas con mujeres, las personas con menor nivel de instrucción y aquellas de mayor edad.¹⁰

Analizando las solicitudes para VIH y considerando como válido el resultado de 2 (0,67%) muestras positivas en los 3 trimestres anuales evaluados, tomando una postura muy conservadora y extrapolando los resultados al total de la muestra analizada (n°781), de haberse realizado el screening al total de los ingresados, se hubiese esperado obtener al menos 5 casos positivos, es decir unos 3 casos adicionales. Recordamos que solo se solicitó serología al 38% de los ingresos.

Si tenemos en cuenta que solo se analizó un trimestre de cada año, la cifra podría cuadruplicarse, llegando a 20 casos positivos posibles en los 3 años. Es decir, que la pérdida de oportunidad potencial rondaría los 18 casos de VIH en dicho período, unos 6 casos anuales no detectados y consecuentemente no tratados. Si estos cálculos son cercanos a la realidad y los comparamos con las cifras de los nuevos casos reportados en promedio en la provincia de Santa Fe (n°=230)¹⁰, vemos que solamente el Servicio de Clínica Médica del Hospital J. B. Iturraspe, contribuiría al 2,89 del total provincial, cifra que debería hacernos reflexionar sobre la importancia del efector, sobre la realidad asistencial y sobre la potencialidad de modificarla.

La posibilidad de iniciar tratamiento precoz antes de la aparición de las complicaciones es la base fundamental para alcanzar la meta propuesta de erradicación de la pandemia de VIH/SIDA para 2030 y fundamenta la solicitud ante cualquier contacto con el sistema de salud, siempre y cuando se asesore previamente al paciente y este brinde su consentimiento.^{3,5}

En este sentido, durante el 2021 se redefinieron las metas 90-90-90 que habían sido propuestas en el año 2014 para ser alcanzadas en 2020. Las nuevas metas establecen para el 2025: que el 95% de las personas con VIH conozcan su diagnóstico, que el 95% que lo conoce tenga acceso al tratamiento y que el 95% de las personas en tratamiento antirretroviral logre la supresión virológica. Además, incluye metas en materia de prevención del VIH para reducir a cero el número de nuevas infecciones y alcanzar la cero discriminación.¹¹

En cuanto a la edad de los 2 casos positivos, los cuales se observaron en noviembre de 2020, correspondieron a un varón de 35 años y una mujer de 41. Si bien no es posible obtener conclusiones relevantes al respecto dado la pequeñez de los números, podemos mencionar que las edades están dentro de lo esperado. Según datos del boletín n°38 sobre VIH e ITS en Argentina, la mediana de edad de diagnóstico de VIH fue ascendiendo en todos los géneros, salvo en los varones cis, entre quienes este indicador se ubica en 32 años desde hace más de cinco años; entre las mujeres cis, la mediana alcanzó los 35 años el último bienio. Por su parte entre las mujeres trans y varones trans se situó en 30 y 32 años respectivamente.¹⁰ Ver gráfico N°7 sobre la evolución desde 2013.

Considerando los posibles motivos que determinaron la solicitud o no de serología para VIH, a través de la búsqueda de asociaciones con variables como sexo, edad, período de tiempo, se realizó un análisis estadístico bivariado exploratorio. La edad y el período anual se asociaron estadísticamente

con la variable dependiente solicitud de VIH, no así el género. Posteriormente se llevó a cabo una regresión logística binaria con dichas variables. Según el modelo de regresión, la edad se asoció estadísticamente con la solicitud de serología. El sentido de la asociación fue negativo, es decir, que a mayor edad menor chance de que sea solicitada. Esto nos permitiría inferir que existe un sesgo hacia la solicitud de serología para VIH en las personas de menor edad. Si consideramos la mediana de edad al diagnóstico, alrededor de los 30/35 años en general y sin considerar el género, el 50% de los nuevos diagnósticos tiene más de 30/35 años. Los mayores de 54 años representaron entre un 18 y un 25% aproximadamente de los nuevos casos diagnosticados en 2019-2020, por lo cual, no debemos seguir pensando que el VIH es una cosa de “adultos jóvenes solamente”.¹⁰

Si bien la pandemia de COVID-19 trajo aparejado numerosos inconvenientes en la atención de otras patologías crónicas, incluso el VIH, en nuestro caso vimos que los 2 casos positivos se diagnosticaron en noviembre de 2020, en pleno desarrollo de esta, donde se observó una caída importante en las solicitudes de serología a nivel porcentual pero que no fueron relevantes desde el punto de vista del análisis estadístico, ya que como refleja el modelo de regresión es posible que se haya debido a la mayor edad de los pacientes internados en ese momento como consecuencia de la pandemia.

Las solicitudes de las restantes serologías también fueron bajas: VHB 28,93%, VHC 25,48%, VDRL 34,44% y Chagas 11,13%. Las cantidades y el % de resultados positivos para cada infección fue la siguiente: VHB 3 (1,32%), VHC 2 (1%), Sífilis confirmada 17 (6,31%) y Chagas 12 (13,79%). Todos los casos positivos superaron al VIH.

Una forma de evaluar la incidencia de la sífilis es ver los resultados de las pruebas de tamizaje realizadas por laboratorio, a través del porcentaje de positividad de las muestras. La unidad de análisis de este indicador son las muestras positivas sobre el total de muestras estudiadas.¹² En 2020, a nivel nacional, hubo un aumento de un punto porcentual con respecto a 2019, en los resultados positivos reportados, los cuales pasaron de 5,9% a 6,9%.^{10,12} En nuestro caso la cifra de 6,31%, es similar a la reportada, si consideramos los casos confirmados con pruebas específicas, ya que con pruebas de screening (VDRL) el porcentaje fue de 8,17%.

En cuanto a la solicitud conjunta de VIH y VDRL, se observó 262 casos, representando el 88,50% del total, tomando como referencia la solicitud de VIH (n°=296). En 34 casos se solicitó solamente VIH (11,50%) y en 7 solo VDRL. Este dato permite afirmar que el grado de cumplimiento del objetivo planteado en las recomendaciones, está cerca del estándar de ofrecer y eventualmente realizar conjuntamente ambas pruebas.⁵

Por el lado de las recomendaciones para Sífilis, podemos citar también las realizadas por el Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de los EE.UU. (USPSTF), que sugieren la detección de

sífilis en personas que tienen un mayor riesgo de infección. Estos grupos serían los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y los hombres y mujeres que viven con el VIH, lo cual avalaría la solicitud de ambas en forma simultánea.¹³

Finalmente, una breve mención a la positividad de las pruebas para enfermedad de Chagas. Si bien el porcentaje de solicitud fue bajo, solamente se ofreció al 11% de los ingresados, no existe una guía sobre la solicitud de esta serología en forma rutinaria en adultos mayores de 14 años de edad, por lo cual no es posible de comparaciones. En cuanto a la seroprevalencia, el porcentaje de positividad alcanzó el 14%. Esta cifra es más elevada que la reportada a nivel nacional donde “La Red de Chagas de los hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Consejo de Chagas de la Sociedad Argentina de Cardiología, calculan que el porcentaje de infectados asciende aproximadamente al 7,2% de la población. Por su parte un estudio prospectivo, observacional llevado a cabo en el Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de la ciudad de La Plata, que atiende a pacientes adultos, reportó una seroprevalencia sobre 2.921 muestras analizadas del 11,4%.¹⁴ Estos datos nos deben alarmar y seguramente posteriores estudios de prevalencia deberían confirmar o no estos hallazgos. Consideramos de vital importancia la evaluación clínica de dichos pacientes para comprender mejor el sentido de los resultados positivos en lo referente a la presencia o no de enfermedad relevante.

Revisión del Tema Auditoría Clínica:

Los profesionales de salud en general y los médicos en particular, quienes asisten a personas en ámbitos de internación o ambulatorio, suelen estar habituados a conceptos como asistencia, docencia e investigación, incluso el término “gestión” no resulta extraño a dichos profesionales, pero no suelen estarlo cuando se menciona la palabra auditoría, no solo como concepto sino como actividad de verificación y comparación de sus quehaceres profesionales contra estándares establecidos en el proceso salud-enfermedad-atención.

La palabra Auditoría según la Real Academia Española significa: “revisión sistemática de una actividad o de una situación para evaluar el cumplimiento de las reglas o criterios objetivos a que aquellas deben someterse”.¹⁵ En relación al origen de la misma podemos afirmar que proviene del Latín *audītus*, de *audiō* (“Oigo”) o bien de *audīre* (oír, escuchar).¹⁶ Los primeros auditores ejercían su función juzgando la veracidad o no de lo que les era sometido a su verificación y lo hacían, fundamentalmente escuchando.¹⁷

Para intentar comprender donde se originan los primeros enfoques de lo que llamamos auditoría médica, realizaremos un poco de revisión histórica. Quizá la primera aproximación a la revisión de los resultados de las prácticas hospitalarias, la podemos ubicar en el siglo XIX en la guerra de Crimea, donde una mujer enfermera, Florence Nightingale, a su arribo a la base militar británica de Scutari, observó, registró y puso en evidencia las deficiencias sanitarias, alimenticias y de cuidado de los soldados británicos. Tales condiciones estaban diezmando a las tropas, a través de la ocurrencia de enfermedades que provocaron la muerte en un número 10 veces superior a las infligidas por las heridas o muertes producidas en combate.¹⁸

Ya en el siglo XX, alrededor del año 1914, Ernest A. Codman, cirujano ortopeda, en la ciudad de Boston, EEUU, sugiere que deberíamos estudiar los resultados de la atención médica brindada (“los resultados finales”) y de esta manera se transformó en el primer médico en hacerlo, ya que antes de él, solo Florence Nightingale había dicho y también hecho algo similar.¹⁹ A ambos les debemos la génesis de los estudios de resultados y los estudios basados en la evidencia. Hasta 1910, Codman escribió varios artículos sobre la idea del resultado final, que tuvo poca respuesta de los cirujanos locales, pero a nivel nacional hubo cierto interés, principalmente de Edward Martin, ginecólogo de Filadelfia. Él y Codman ayudaron a iniciar el American College of Surgeons (ACS) en 1910. Codman escribió: “Nosotros creemos que es deber de todo hospital establecer un sistema de seguimiento, para que, en la medida de lo posible, el resultado de cada caso estará disponible en todo momento para su investigación por miembros del personal, los fideicomisarios o la administración, o por otros

investigadores o estadísticos autorizados". Codman propugnó un método en base al cual se intentaba establecer los resultados del tratamiento de los pacientes internados, quería saber "si el tratamiento había sido exitoso y en caso negativo por qué", a fin de prevenir los errores en el futuro; lo hizo a través del estudio de la atención de la enfermedad de los pacientes egresados (resultado final).¹⁹

Mientras que el enfoque clínico de Codman contrasta con las auditorías más bien epidemiológicas de Nightingale, estos dos métodos sirven para destacar las diferentes metodologías que se pueden utilizar en el proceso de mejora de la atención del paciente.²⁰

Entre 1917-1918, el American College of Surgeons define los principios de la estructuración orgánica hospitalaria y los estándares mínimos para la acreditación, iniciando la verificación in situ de los hospitales.²¹ Codman y Martin también formaron varios comités, incluido el Comité de Normalización Hospitalaria, que Codman presidió. Dicho Comité de Normalización Hospitalaria comenzó como un intento de estudiar los resultados (finales) y ver cómo podrían mejorarse. El Comité sigue existiendo hoy, pero con el paso de los años se ha transformado en la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Hospitalarias (JCAHO).¹⁹

Desde la mitad del siglo XX la auditoría es concebida como una herramienta para mejorar la calidad en la atención médica y logra gran impulso en diferentes lugares del mundo. Aparecen muchas definiciones de auditoría que intentan delimitar su área de interés. Tanto las definiciones como las metodologías de auditoría pueden diferir en función del tiempo y del lugar. Slee V. en 1967 define a la auditoría médica como la evaluación de la calidad de la atención médica, como se refleja en los registros médicos y la considera un proceso educativo que debe permitir mejorar la calidad mediante la disminución de la morbilidad.²² A principios de la década de 1970 en los Países Bajos, la auditoría médica se definió como " la auto evaluación del desempeño en el marco del cuerpo médico en un hospital, con el objetivo de controlar y mejorar la calidad de la atención médica especializada".²³

El Sistema Nacional de Salud Británico (NHS) fue uno de los primeros en establecer una definición que fuera más tarde, ampliamente aceptada y utilizada por los profesionales de salud, especialmente en Europa, "es 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".²⁴ La auditoría clínica es un proceso de mejora de la calidad que se introdujo en el (NHS) en 1989. En el renombrado "White Paper" (Libro blanco) titulado "Working for Patients" (Trabajando para los pacientes) se incorpora el concepto de auditoría médica, que fuera posteriormente sustituido, a principios de la década de 1990, por el de "auditoría clínica".²⁵ Este último se refiere no solo a la atención brindada por los médicos sino también a la correspondiente a otros profesionales de la salud, incluyendo enfermería, salud mental, kinesiología, etc.¹ A partir de ese momento, muchos aspectos

de la atención brindada a los pacientes, comenzaron a ser auditados desde esta perspectiva por los distintos actores intervinientes en el proceso de atención de la salud.

Desde que se introdujo a fines de la década de 1980 en dicho sistema de salud, ha habido muchas definiciones diferentes. La definición actual apareció por primera vez en el libro “Principios para las mejores prácticas en auditoría clínica”, publicado por el National Institute for Clinical Excellence (NICE) británico en 2002: “la auditoría clínica es un proceso de mejora de la calidad que busca mejorar la atención al paciente y los resultados a través de una revisión sistemática de la atención frente a criterios explícitos y la implementación del cambio. Los aspectos de la estructura, proceso y resultado de la atención se seleccionan y evalúan sistemáticamente según criterios explícitos. Donde se indica, los cambios se implementan a nivel individual, de equipo o de servicio y se realiza un seguimiento posterior para confirmar la mejora en la prestación de la asistencia sanitaria”.²⁶

Aunque esta es una excelente definición técnica de auditoría clínica, también tiene (en su idioma original: inglés) 68 palabras y es poco probable que inspire a los profesionales de la salud a participar en el trabajo de auditoría clínica. En el ya mencionado libro blanco de 1989, se daba una definición mucho más corta y simple de auditoría: “la auditoría implica mejorar la calidad de la atención al paciente al observar la práctica actual y modificarla cuando sea necesario”.²⁵

En 2011 con la publicación del libro “Nuevos principios para las mejores prácticas en auditoría clínica” la definición dice lo siguiente: “Un ciclo de mejora de la calidad que involucra la medición de la efectividad de la asistencia sanitaria frente a estándares de alta calidad acordados y comprobados previamente y la toma de decisiones con el fin de reorientar la práctica en concordancia con estos estándares, para mejorar la calidad de la atención y los resultados de salud”.²⁷

Posteriormente en el año 2016, el NHS England publicó una nueva definición de auditoría clínica que dice lo siguiente: “la auditoría clínica es una forma de averiguar si la atención médica se brinda de acuerdo con los estándares y les permite a los proveedores de atención y a los pacientes saber dónde está funcionando bien su servicio y dónde podría haber mejoras. El objetivo es permitir que la mejora de la calidad tenga lugar donde sea más útil y mejorar los resultados para los pacientes.”²⁵

Estas definiciones enfatizan que el propósito de la auditoría es mejorar la atención, sin dejar de lado la necesidad de conducir la revisión sistemática de la misma, buscando identificar las irregularidades y disfunciones, tanto en el ámbito médico como administrativo, para proponer alternativas que permitan un mejor funcionamiento en ambos niveles. Debería buscarse que la auditoría tenga una función educativa para los profesionales de salud.²⁴

En el NHS en los últimos años, la auditoría clínica, ha pasado de ser “opcional” a un enfoque más “obligatorio”. Un buen ejemplo ocurrió en 2005 cuando la auditoría clínica se convirtió en una

obligación contractual para todos los farmacéuticos comunitarios. De hecho, ahora se espera que todos los profesionales de la salud participen en el trabajo de auditoría clínica y la auditoría clínica está integrada en la revalidación médica y también se espera que las enfermeras usen la auditoría para mostrar a sus evaluadores que se mantienen actualizados y reflexionan sobre el trabajo que realizan.²⁵

La auditoría clínica se puede describir como un proceso sistemático cíclico o en espiral, con el fin último de mejorar la atención. La espiral sugiere que a medida que el proceso continúa, cada ciclo aspira a un mayor nivel de calidad. La concepción como un ciclo continuo es fundamental para garantizar la mejora de la calidad de las prestaciones brindadas.²⁸

Dependiendo de la bibliografía consultada, el ciclo, similar al ciclo de aprendizaje y mejora de la Calidad descrito por Shewhart/ Deming, denominado PDCA o PDSA según el propio Deming²⁹, se suele describir con diferentes etapas. La cantidad de las mismas es variable, aunque podemos afirmar que suelen coincidir en términos generales en los momentos denominados claves y que pueden resumirse en las siguientes (figura 1):

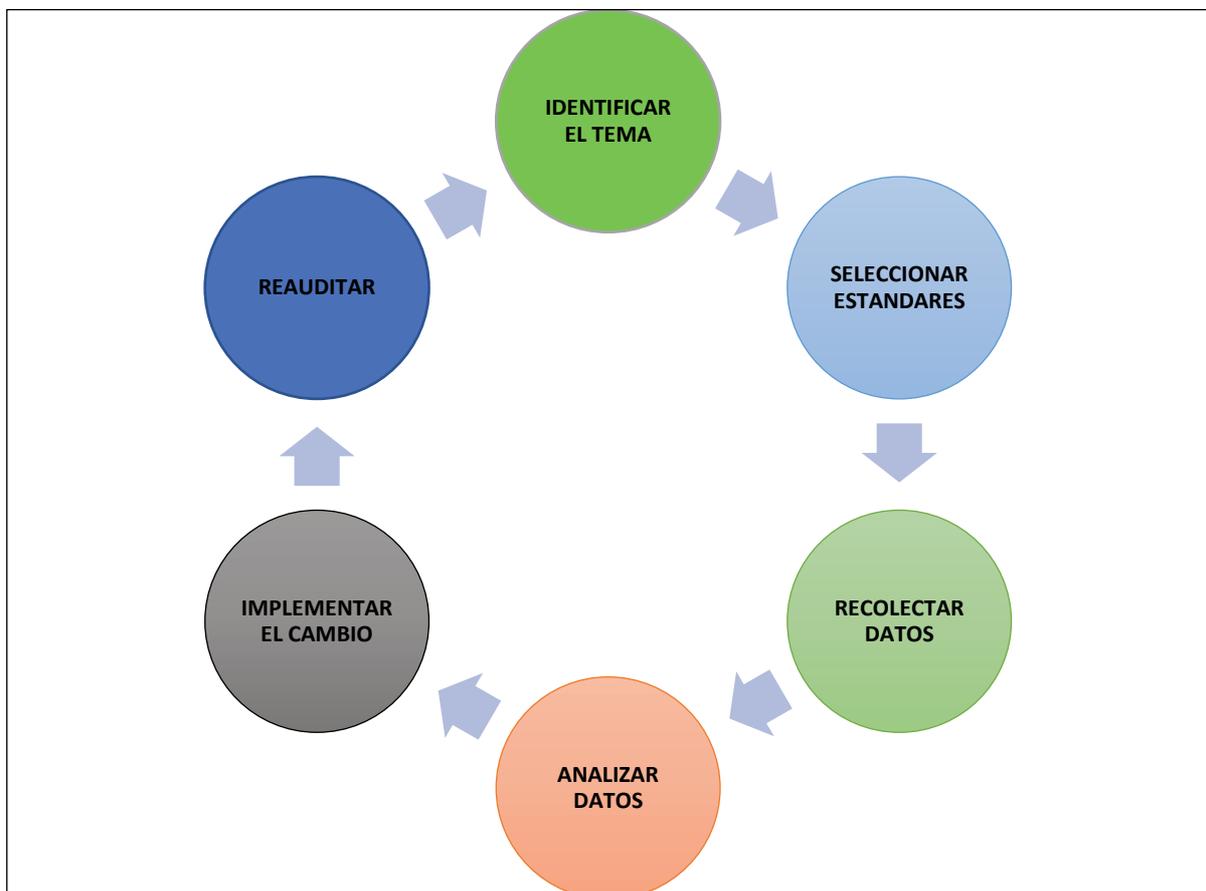


Figura 1: ciclo de la auditoria (modificado de Andrea Benjamin²⁸).

1) Identificar el tema: el tema debe ser un aspecto importante, ya que apunta toda la auditoría. Los ejemplos de temas importantes incluyen aquellos que son de alto riesgo para los pacientes o el personal, alto costo, áreas de preocupación del paciente (que podrían haberse recopilado de una encuesta) o áreas de gran volumen de trabajo.

2) Seleccionar los estándares: debe basarse en la “medicina basada en evidencias”. Seleccione una guía establecida (nacional o internacional) que se considere la mejor práctica. A menudo, los sitios web de Royal College para diferentes especialidades tienen plantillas de auditoría existentes que son muy útiles. Extraiga los objetivos necesarios de estas pautas (por ejemplo, al 100% de los pacientes se les debe ofrecer dejar de fumar).

3) Recopilación de datos: esto puede ser retrospectivo o prospectivo. Puede ser beneficioso hacer esto de forma retrospectiva para evitar sesgos de desempeño de los miembros del personal que están al tanto de cualquier posible auditoría. Además, los datos se pueden recopilar de registros físicos o informáticos.

4) Análisis de los datos: analice los datos recopilados y evalúe si la práctica local cumple con las normas de referencia. Explore qué tan bien se cumplieron los estándares y discuta las razones del bajo cumplimiento.

5) Implementar el cambio: presente los resultados en reuniones departamentales locales y posiblemente en conferencias locales o regionales. ¡Desarrolle un plan de acción que describa lo que se necesita hacer y luego cree estos cambios! Permita tiempo para que los cambios tengan lugar. Es importante dejar pasar suficiente tiempo para la adopción de nuevos cambios. La auditoría demasiado pronto puede subestimar el impacto de las nuevas intervenciones, ya que no han tenido tiempo de tener pleno efecto.

6) Re-auditoría: realice la auditoría nuevamente para evaluar si la práctica ha mejorado a la luz de los cambios de la auditoría anterior.

Para que la auditoría médica sea una manera útil de mejorar los estándares de 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. La participación en la auditoría es probablemente la manera más efectiva que permite a los médicos y a los equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes. Debe quedar claro que la auditoría es una actividad propia de los servicios que tiene por finalidad mejorar la calidad de atención.

Para finalizar, uno de los aspectos críticos en este ciclo de auditoría se encuentra en la definición de los criterios de evaluación y sus estándares. 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. Un elemento que hará el cambio en la percepción de la utilidad y significado de la auditoría es la implementación de estrategias que favorezcan el cambio.²⁴

Los tipos de auditorías posibles según Lisanne Hut-Mossel³⁰ se pueden dividir en: 1) auditorías externas, se utilizan para obtener información sobre el cumplimiento de los hospitales con los criterios externos (por ejemplo, acreditación, certificación, revisiones externas por pares); 2) auditorías internas, a menudo en preparación para una auditoría externa o como parte del trabajo de un equipo que se dedica a ello y 3) auditorías clínicas, realizadas de forma voluntaria por profesionales sanitarios. Aunque existen diferencias, tanto en el alcance como en el enfoque utilizado, entre los distintos tipos de auditorías, todas tienen el mismo objetivo: mejorar la calidad de la atención hospitalaria.

1) Las auditorías externas (es decir, acreditación, certificación, revisiones por pares y auditorías internas preparatorias) parecen estar más fuertemente ancladas en el aseguramiento de la calidad (QA), refiriéndose a iniciativas diseñadas para asegurar el cumplimiento de estándares mínimos de calidad. Se utilizan para evaluar ciertas dimensiones o características de una organización de prestación de servicios de salud frente a estándares especificados. Como tal, la implementación de una auditoría externa requiere un estándar externo y una colaboración más allá del hospital.

2) Las auditorías internas son realizadas por auditores de la propia organización, como oficiales de calidad o profesionales de la salud de un departamento diferente al que se está auditando para garantizar cierto nivel de juicio independiente. Las auditorías internas se utilizan para evaluar la atención prestada frente a estándares con diferentes propósitos. Por un lado, las organizaciones sanitarias utilizan auditorías internas para mejorar continuamente la calidad de la asistencia sanitaria. De esta manera, se podría esperar que, en comparación con las auditorías externas, las amenazas a la calidad se puedan revelar más rápidamente, lo que permitirá a la organización adaptar regularmente sus procesos para mejorar la calidad a nivel local. Las auditorías internas también se utilizan con frecuencia en el marco de las auditorías externas y se realizan para evitar que los estándares de desempeño caigan entre dos auditorías externas.

3) Las auditorías clínicas se diferencian de otros tipos de auditorías en el hecho que en su mayoría son realizadas e iniciadas por profesionales de la salud. Las auditorías clínicas representan un cambio de un proceso de garantía de calidad a un proceso de mejora de la calidad, con un enfoque en la búsqueda de mejorar la atención y prevenir una atención deficiente. Este proceso tiene lugar de forma continua como parte de las rutinas diarias. Como tal, los profesionales de la salud trabajan

juntos para recopilar datos y evaluar sus propias prácticas. Por tanto, las auditorías clínicas no necesariamente utilizan criterios externos y no se realizan en respuesta a demandas externas ya que la iniciativa proviene de los propios profesionales sanitarios.³⁰

En relación a la efectividad de las auditorías, una importante cantidad de publicaciones se refieren al tema y reportan resultados variables, tanto a favor como en contra.^{31,32} Una revisión sistemática de la auditoría y su retroalimentación realizada por la colaboración Cochrane concluyó que “la auditoría y la retroalimentación generalmente conducen a pequeñas pero potencialmente importantes mejoras en la práctica profesional”, es decir, que observaron un efecto positivo de la auditoría sobre la práctica clínica y que la eficacia parece depender del desempeño inicial (si es bajo la auditoría tendría mayor impacto) y de cómo es realizada la retroalimentación.³³ Sobre este punto los beneficios serían mayores cuando la auditoría y la retroalimentación son entregadas por un supervisor o colega, se proporciona más de una vez, se entrega tanto en formato verbal como escrito y cuando incluye tanto objetivos explícitos como un plan de acción.³³

Las discrepancias observadas en los resultados sobre la mejora de la calidad pueden deberse en parte a que las auditorías se utilizan en diferentes niveles, por ejemplo, auditorías externas para inducir cambios a nivel organizacional (p. ej., en políticas o procedimientos organizacionales), o auditorías clínicas para cambiar prácticas sanitarias locales, y en parte también al hecho que las auditorías se utilizan en diferentes contextos que dificulta la evaluación de sus efectos.^{30,34}

En relación a las categorías pasibles de ser auditadas en función de la calidad de la atención médica y siguiendo a A. Donabedian³⁵ podemos dividir las en tres grandes grupos: estructura, proceso y resultado de la atención. La estructura hace referencia a los recursos humanos, materiales y financieros. El proceso implica la interacción de los diferentes elementos de la estructura en la prestación del servicio e incluye acciones que le dan contenido a la atención. Puede evaluarse la atención en hospitalización, en consultorios, la aplicación de guías de cuidado, etc. Finalmente, el resultado es el producto final de la atención, incluye la satisfacción del usuario y del proveedor del servicio. El resultado de la atención médica, se ha utilizado con frecuencia como indicador de la calidad de la atención médica. Como ejemplo podemos citar la mortalidad perinatal, las tasas de letalidad quirúrgica, entre otros. Rara vez se cuestiona la validez del resultado como una dimensión de la calidad. Además, los resultados tienden a ser bastante concretos y como tales, aparentemente susceptibles de una medición más precisa.

CONCLUSIONES:

La auditoría clínica puede constituirse en una herramienta de mejora de la calidad asistencial. En este estudio no se pudo demostrar su utilidad en forma fehaciente. Tal vez la inexperiencia del servicio con el uso de esta herramienta, la falta de profesionales con formación en dicho campo, lo novedoso de la auditoría clínica no solo en Santa Fe, sino también en nuestro país, pudieron haber jugado un rol en la falta de efectividad. Respecto al VIH estamos ante el desafío de mejorar el desempeño intentando alcanzar lo antes posible las metas establecidas por ONUSIDA y el Ministerio de Salud de la Nación. La solicitud de serología para Sífilis estuvo muy cerca del estándar de cuidado. La elevada seroprevalencia de Chagas deberá ser confirmada o refutada en futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Charles D Shaw, D. W. (1989;299). Guidelines for medical audit: seven principles. Br Med j. , 498-9. Obtenido de BMJ: first published as 10.1136/bmj.299.6697.498 on 19 August 1989. Downloaded from <http://www.bmj.com/> on 26 June 2019 by guest.
2. ONUSIDA- Quienes somos. Gobernanza de ONUSIDA. Disponible en <https://www.unaids.org/es/howeare/governance> [Accedido 12 Mayo 2022].
3. 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. ONUSIDA. Ginebra. 2014. Disponible en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf [Accedido 15 Marzo 2022].
4. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, Clark JE; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. MMWR Recomm Rep. 2006 Sep 22;55(RR-14):1-17; quiz CE1-4. PMID: 16988643.
5. Recoder ML, Nadal M. Diagnóstico de VIH. Recomendaciones para el asesoramiento pre y post test. Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2015. Disponible en <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento124.pdf> [Accedido 02 Mayo 2022].
6. Informe del día mundial de la lucha contra el sida 2021 — Desiguales, no preparados, amenazados: por qué se necesitan acciones drásticas en contra de las desigualdades para poner fin al sida, detener el COVID-19 y prepararse para pandemias futuras. ONUSIDA. Ginebra. 2021. Disponible en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_WAD_report_es.pdf [Accedido 02 Mayo 2022].
7. Coronavirus. Tablero de evolución de casos en la Provincia. Subsecretaría de Innovación Pública. Secretaría de Tecnologías para la Gestión. Ministerio de Gestión Pública. Provincia de Santa Fe. Disponible en <https://www.santafe.gob.ar/ms/covid19/tablero/> [Accedido 28 Abril 2022].

8. Decreto N°1947-2021. Poder Ejecutivo. Provincia de Santa Fe. 01 OCT 2021. Disponible en <https://www.santafe.gov.ar/boletinoficial/recursos/boletines/2021/2021-10-02decreto1947-2021.pdf> [Accedido 02 Mayo 2022].
9. AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO. Decreto 792/2020. DECNU-2020-792-APN-PTE. Ciudad de Buenos Aires. Argentina. 11/10/2020. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/235931/20201012> [Accedido 04 Mayo 2022].
10. Boletín N°38. Respuesta al VIH y las ITS en Argentina. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud de la Nación. Año XXIV. Argentina. 2021. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-38-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina> [Accedido 01 Marzo 2020].
11. Superar las desigualdades y enderezar el rumbo para acabar con el sida de aquí a 2030. Informe del Secretario General. Asamblea General. Naciones Unidas. A/75/836. 2021. Disponible en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/A-75-836_es.pdf [Accedido 04 Mayo 2022].
12. Boletín N°37. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud de la Nación. Año XXIII. Argentina. 2020. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-11/Boletin%20VIH%202020%20final%20V2.pdf> [Accedido 05 Mayo 2022].
13. US Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for Syphilis Infection in Nonpregnant Adults and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016;315(21):2321–2327. doi:10.1001/jama.2016.5824.
14. Corallini, Juan Carlos et al . Enfermedad de Chagas-Mazza: seroprevalencia, características epidemiológicas y sociales. *Acta bioquím. clín. latinoam. La Plata* , v. 45, n. 3, p. 431-439, sept. 2011. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572011000300004&lng=es&nrm=iso [accedido 05 mayo 2022].

15. Real Academia Española. Disponible en <https://dle.rae.es/auditor%C3%ADa?m=form> [Accedido 22 Marzo 2022].
16. "audit" – WordSense Online Dictionary (22nd March, 2022) URL: <https://www.wordsense.eu/audit/>
17. ¿Qué es una auditoría? Auditores, Consultores y Expertos Independientes, S.L.P (AUDICON). <https://audicon.es/auditoria/> [accedido 23 Marzo 2022].
18. Marta Macho Stadler. Florence Nightingale, mucho más que la dama de la lámpara. Mujeres con ciencia. Cátedra de Cultura Científica de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Disponible en <https://mujeresconciencia.com/2017/08/22/florence-nightingale-mucho-mas-la-dama-la-lampara/> [Accedido 24 Marzo 2022].
19. William J. Mallon, MD. E. Amory Codman. Codman considered father of evidence-based medicine. AAOS. 2007. Disponible en <https://www.aaos.org/aaosnow/2007/janfeb/research/research1/> [Accedido 24 Marzo 2022].
20. Clinical Audit. A Manual for Lay Members of the Clinical Audit Team. Healthcare Quality Improvement Partnership. 2012. Disponible en <https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/developing-clinical-audit-patient-panels.pdf> [Accedido 28 Marzo 2022].
21. The Joint Commission: Over a century of quality and safety. Disponible en <https://www.jointcommission.org/about-us/facts-about-the-joint-commission/history-of-the-joint-commission/> [Accedido 24 Marzo 2022].
22. Sheldon MG. Medical audit in general practice. Butterworth Prize Essay 1981. J R Coll Gen Pract Occas Pap. 1982;20(20)1-21.
23. R. van Herk et al. Medical audit: threat or opportunity for the medical profession. A comparative study of medical audit among medical specialists in general hospitals in the Netherlands and England, 1970–1999. Social Science & Medicine. 2001;53,1721–1732.

24. Cousirat Patricia, D 'Albo Galassi Anabella, Sardáns María Ximena. Auditorias desde la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Curso de Auditoría Médica Hospital Alemán. Disponible en <http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/SRT%20XardansCF.pdf> [Accedido 15 Marzo 2022].
25. What is Clinical Audit. Clinical Audit Support Centre. https://www-clinicalauditsupport-com.translate.goog/what-is-clinical-audit.html? x tr sch=http& x tr sl=en& x tr tl=es& x tr hl=en& x tr_pto=op [Accedido 16 Marzo 2022].
26. Principles for Best Practice in Clinical Audit. National Institute for Clinical Excellence. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press, 2002.
27. Robin Burgess et al. New Principles of Best Practice in Clinical Audit. Healthcare Quality Improvement Partnership. CRC Press; 1:214,2011.
28. Andrea Benjamin. The Competent Novice. Audit: how to do it in practice. BMJ 2008;336:1241-5.
29. Ronald Moen. Foundation and History of the PDSA Cycle. Disponible en: <https://www.praxisframework.org/files/pdsa-history-ron-moen.pdf> [Accedido 05 Abril 2022].
30. Hut-Mossel L, Welker G, Ahaus K, et al. Understanding how and why audits work: protocol for a realist review of audit programmes to improve hospital care. BMJ Open 2017;7:e015121. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015121 [Accedido 15 Marzo 2022].
31. Brubakk, K., Vist, G.E., Bukholm, G. et al. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. BMC Health Serv Res 15, 280 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0933-x>
32. David Greenfield, Jeffrey Braithwaite, Health sector accreditation research: a systematic review, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 20, Issue 3, June 2008, Pages 172–183, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn005>
33. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, O'Brien MA, Johansen M, Grimshaw J, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare

outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art. No.: CD000259. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub3. Accessed 10 April 2022.

34. Øvretveit J. Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success. *BMJ Quality & Safety* 2011;20:i18-i23.

35. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q.* 2005;83(4):691-729. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x

ANEXO: GRAFICOS Y TABLAS.

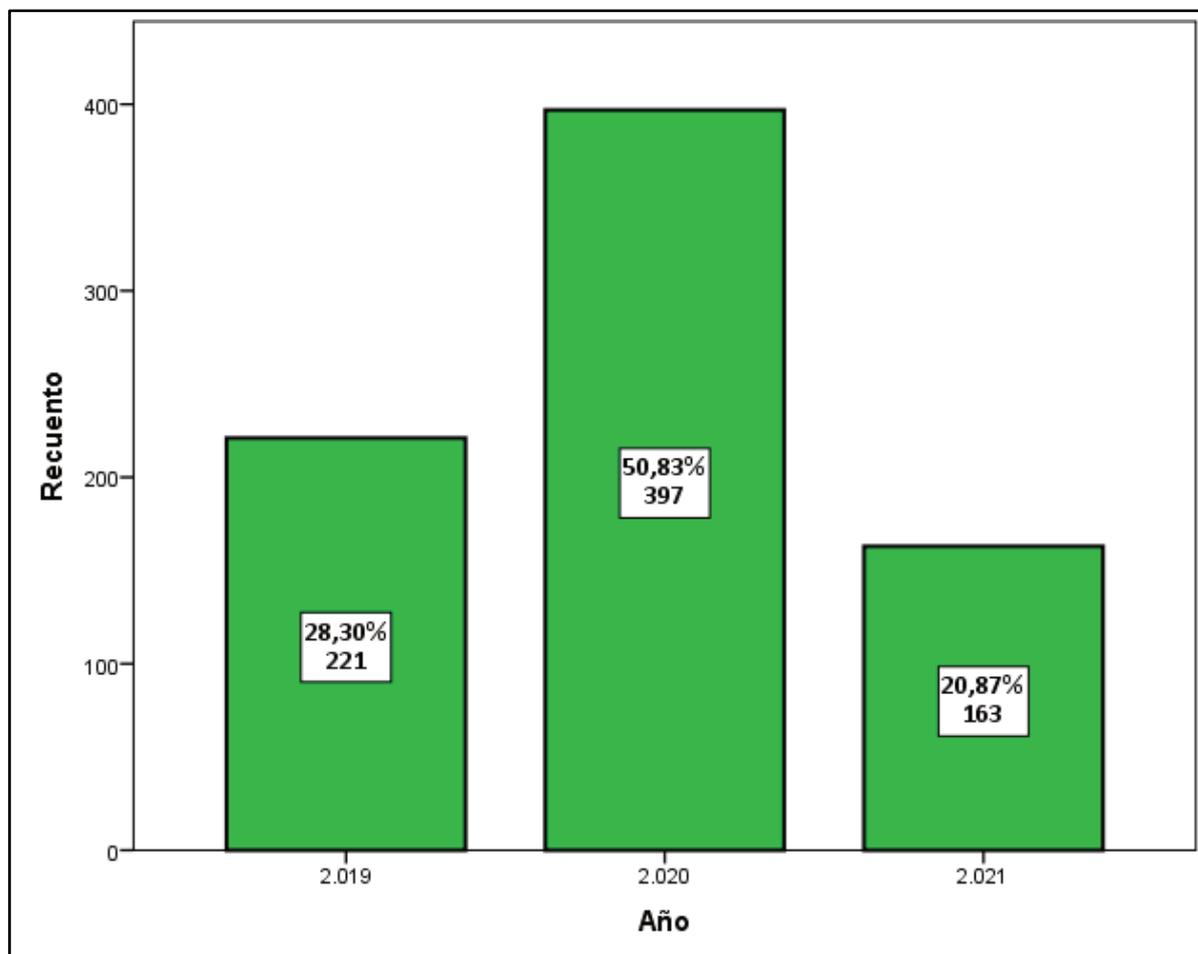


Gráfico 1: porcentaje (%) y recuento (n°) según año de ingreso.

Mes	Frecuencia (n°)	Porcentaje (%)
10	318	40,7
11	285	36,5
12	178	22,8
Total	781	100,0

Tabla 1: distribución de los casos ingresados por mes, frecuencia (n°) y %.

Mes/Año	Frecuencia (n°)	Porcentaje (%)
Oct 19	73	9,3
Nov 19	89	11,4
Dic 19	59	7,6
Oct 20	178	22,8
Nov 20	123	15,7
Dic 20	96	12,3
Oct 21	67	8,6
Nov 21	73	9,3
Dic 21	23	2,9
Total	781	100,0

Tabla 2: distribución de los casos por mes y año, frecuencia (n°) y %.

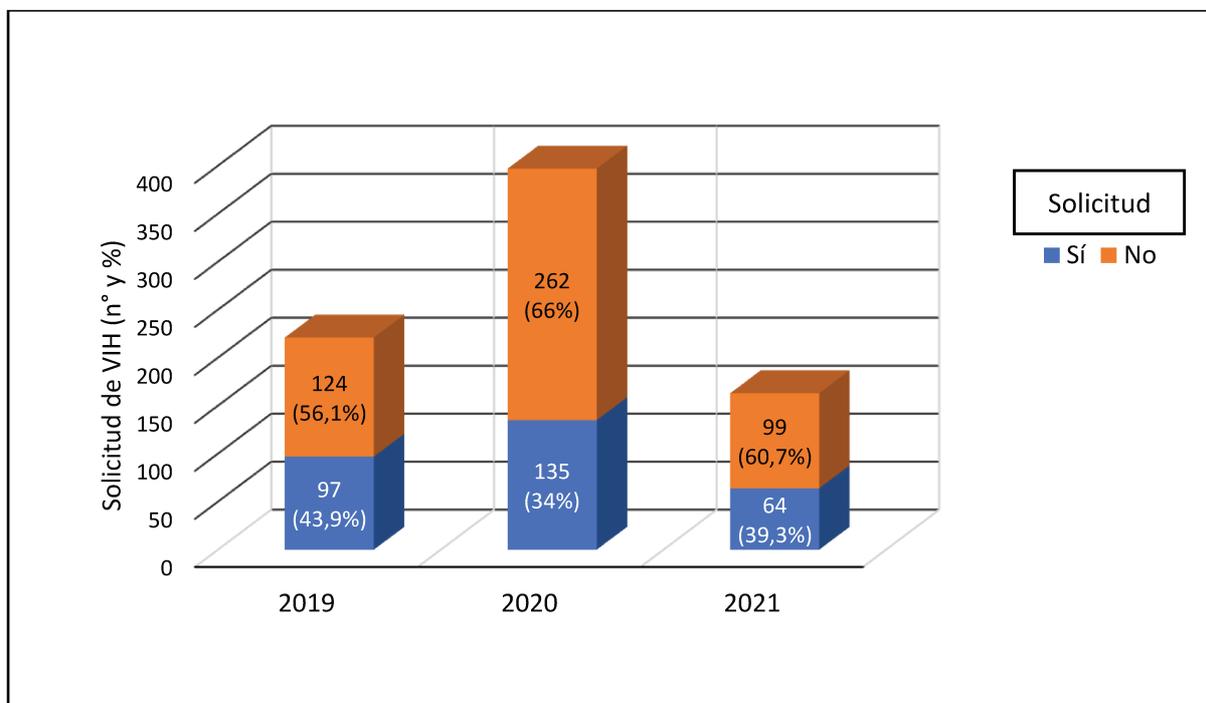


Gráfico 2: solicitud de VIH según año, frecuencia (n°) y porcentaje (%).

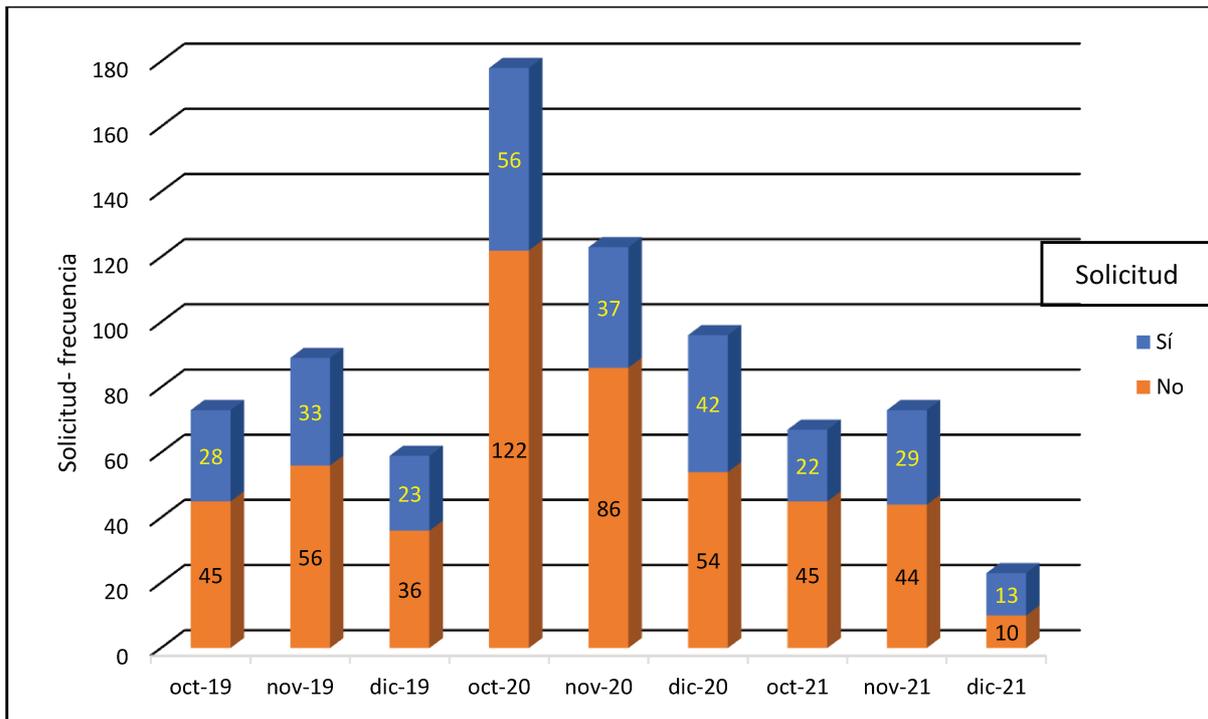


Gráfico 3: frecuencia de la solicitud de VIH según mes del año.

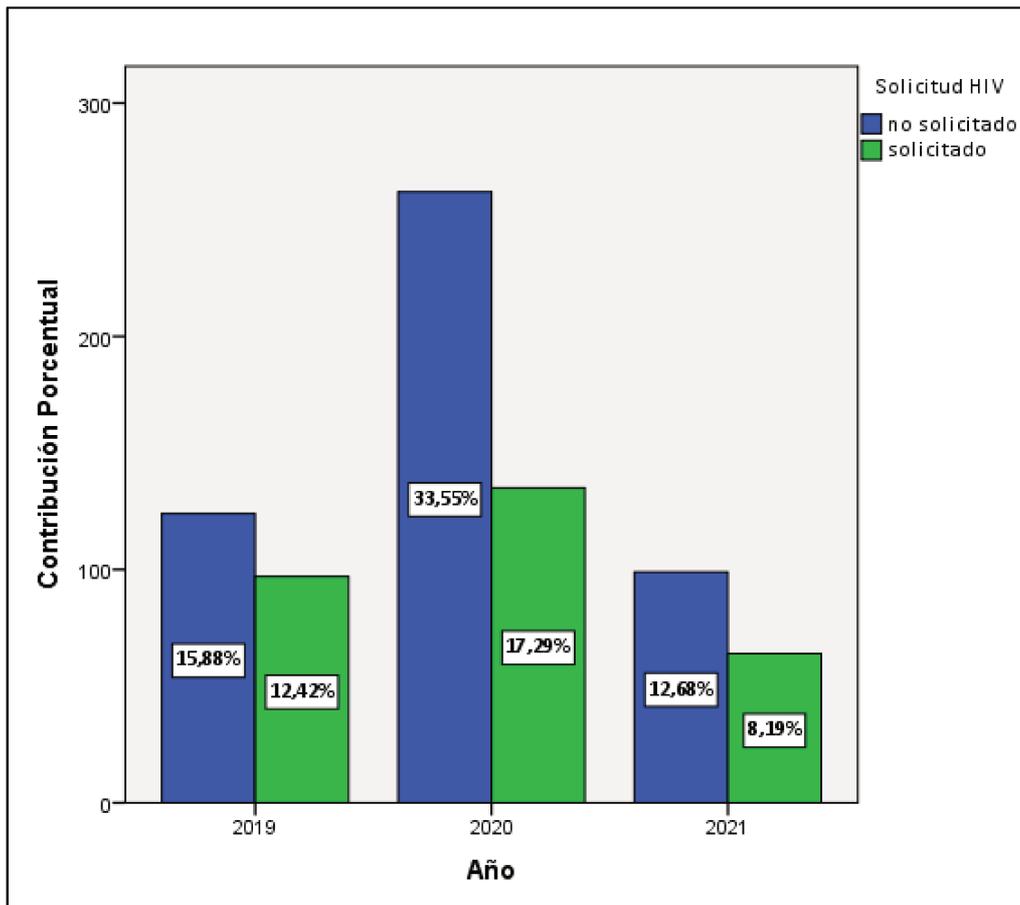


Gráfico 4: asociación entre año de ingreso y solicitud de VIH. $p=0,048$ - (χ^2)



Gráfico 5: asociación entre edad y solicitud de VIH. $p=0,0001$, U de Mann Whitney.

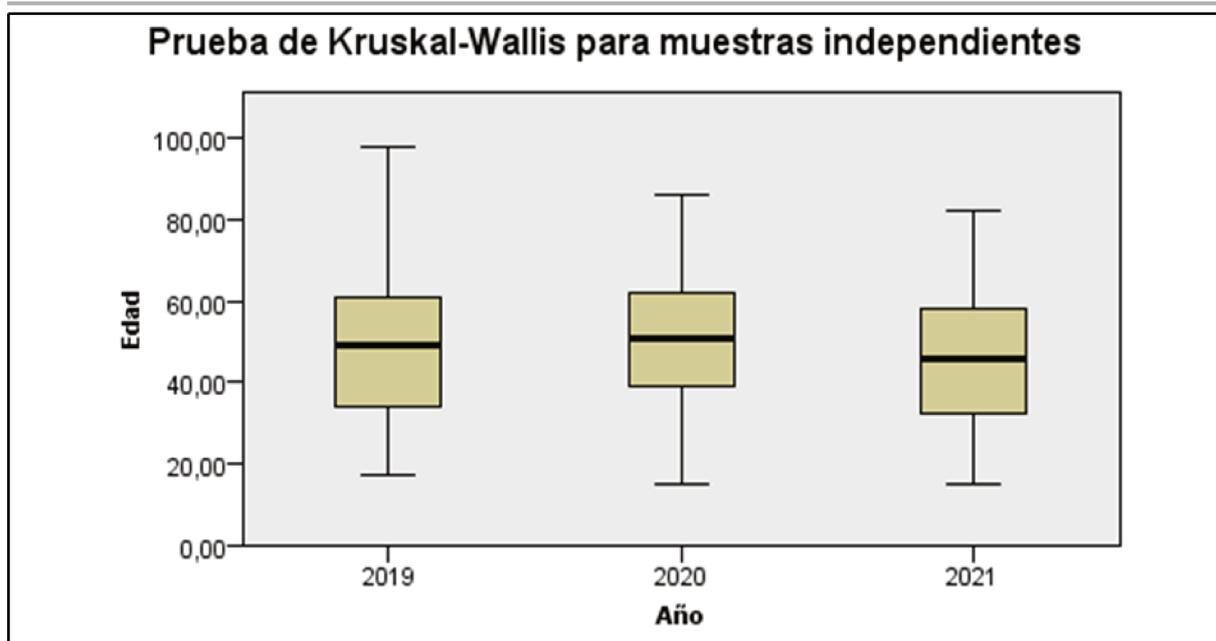


Gráfico 6: asociación entre edad y año de ingreso. $p= 0,009$. Prueba de Kruskal- Wallis.

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Paso 1^a								
Período			4,944	2	,084			
Período (1)	,235	,212	1,224	1	,268	1,265	,834	1,917
Período (2)	-,151	,195	,603	1	,437	,860	,587	1,259
Edad	-,016	,005	11,915	1	,001	,984	,976	,993
Constante	,265	,258	1,054	1	,305	1,303		

a. Variables especificadas en el paso 1: Período, Edad.

Tabla 3: variables en la ecuación de regresión.

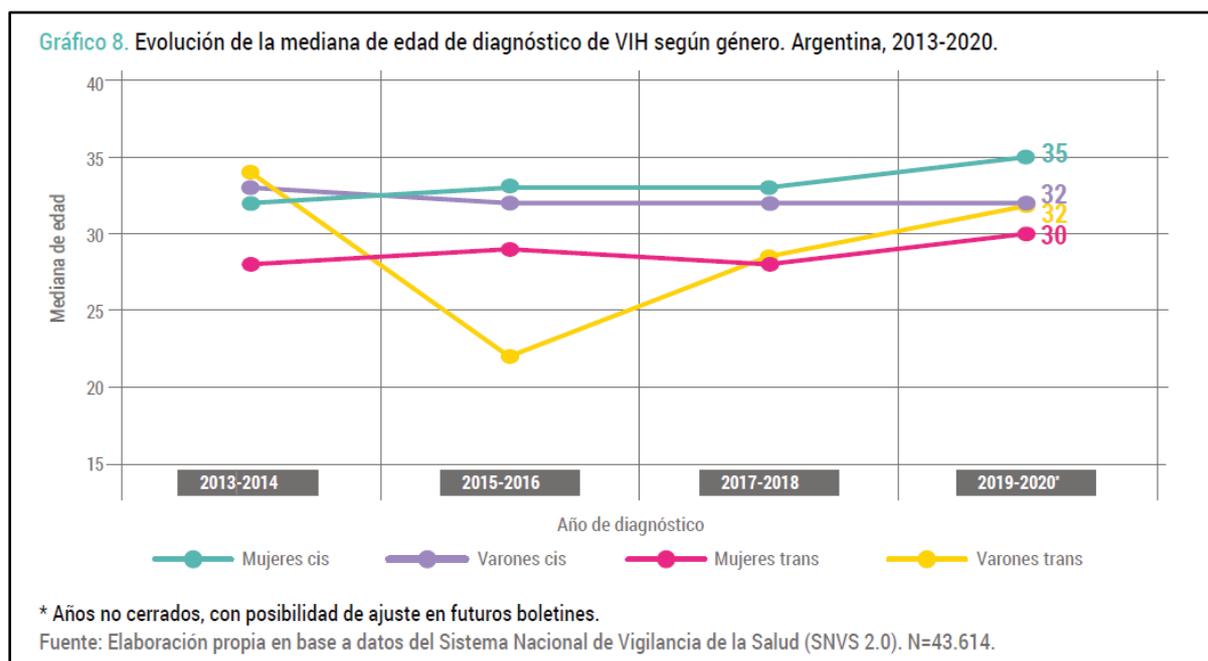


Gráfico N°7: evolución de la mediana de edad de diagnóstico: fuente Boletín N° 38. Respuesta al VIH y las ITS en Argentina. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud de la Nación.¹⁰