

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MÉDICO AUDITOR

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Cía, de Seguros

>>> ■ Un fallo reciente que condena a una médica auditora por los daños ocasionados a una paciente a raíz de la negativa de aquella a la realización de un estudio, nos invita a reflexionar sobre la naturaleza de la actividad del auditor y de la responsabilidad individual que les cabe a estos profesionales. Los auditores médicos, que suelen encontrarse en relación de dependencia o contratados por las instituciones y financiadores, se desenvuelven en un medio cada vez más demandante de recursos escasos, los cuales deben ser administrados eficientemente. No se discute que dentro de las importantes funciones que cumplen los auditores, la del control de tratamientos o estudios que se consideran excesivos o innecesarios resulta fundamental. No puede hablarse de una atención de calidad si no hay eficiencia y equidad en la administración de los recursos. Esta responsabilidad los enfrenta cotidianamente con situaciones conflictivas, en las cuales deben balancear los intereses del médico tratante, del paciente y del financiador. La medicina gerenciada, por otra parte, aumenta cada vez más la presión sobre sus auditores para contener costos innecesarios, y el excesivo celo en el control de los recursos puede llegar a ocasionar daños a los pacientes y exponer a los médicos auditores a juicios por responsabilidad profesional.

Los hechos y el fallo

El 16 de diciembre de 2011, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala E, condenó a una obra

social, al centro asistencial y a la médica auditora de esta última, a la reparación de los daños ocasionados a una beneficiaria por la denegación de un estudio, lo que retrasó el diagnóstico de un cáncer de mama y restó chances a una paciente que finalmente falleció durante el proceso, siendo finalmente su hija la acreedora de la sentencia de condena. (1)

La paciente, de 63 años, había concurrido en julio de 2002 a una consulta ginecológica en la clínica demandada en donde fue examinada por una médica ginecóloga, quien constató la presencia de una displasia mamaria bilateral y requirió la realización de una “mamografía bilateral con prolongación axilar”. En su pedido, la médica puntualizó la edad de la paciente y el hecho de que habían pasado 3 años desde la última mamografía. La auditora del centro asistencial denegó el estudio con una leyenda lacónica: “No justifica práctica por el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE)”. Nueve meses después, en abril de 2003, la paciente concurrió al Hospital de Clínicas José de San Martín, donde finalmente se realizó la mamografía bilateral y un estudio histopatológico que determinó la presencia de un carcinoma intraductal infiltrante con receptores estrogénicos positivos. Fue intervenida quirúrgicamente en mayo del 2003, continuando con quimioterapia adyuvante. Pese a este y otros tratamientos, la paciente falleció en abril del 2006.

La paciente inició la demanda contra la obra social,

la clínica y la médica auditora alegando que el retraso en el estudio incidió significativamente en la posibilidad de su curación.

Durante el proceso, los peritos pudieron demostrar la impericia y la responsabilidad de la médica auditora, basándose en los siguientes argumentos:

- El estudio (mamografía bilateral) y la paciente, de 63 años con diagnóstico de displasia, se encontraban comprendidos dentro del PMOE bajo el código 340602.
- “La mamografía bilateral con proyección axilar no es un estudio costoso, siendo de gran valor para la detección precoz del cáncer mamario. La misma puede detectar tumores de pocos milímetros y que como pautas de orientación aceptables para mujeres de hasta 40 años se realizan en forma bianual y para las de más edad con una frecuencia anual. Si bien la displasia no es un factor predisponente para producir cáncer, la justificación del este estudio en esta paciente puntual estaba dada por su edad y por el hecho de que habían transcurrido tres años sin realizar dichos estudios”
- “No hay constancias de que la médica auditora haya examinado a la actora y no se detectó la justificación científica para denegar el estudio”
- “Es muy probable que se hubiese detectado la patología en ese mes de julio, no pudiendo afirmarse que la evolución hubiese sido distinta. Pero no hay ninguna duda que el diagnóstico precoz favorece al paciente.”

Tales son, en resumidas cuentas, los datos a los que se refirió el juez al ponderar la conducta de la médica auditora demandada:

- “Se advierte que existió **una negativa basada en puras razones presupuestarias**, la cual tampoco se sostenía en justificación sólida alguna toda vez que la actora era inequívocamente acreedora a este tipo de prestaciones en razón del referido programa médico. Concretamente el propio personal

médico de la clínica pidió un estudio adecuado para el diagnóstico de la enfermedad que padecía la causante y **el mismo fue denegado sin motivo alguno por otra dependiente de la misma clínica.**

Finalmente, la Cámara confirmó los montos establecidos en Primera Instancia, obligando a los codemandados a indemnizar a la hija de la paciente a título de pérdida de chances de curación, daño moral y gastos médicos por la suma total de \$117.000, más intereses y costas.

Lo novedoso de este fallo, es que a la clásica condena que suele recaer en estos casos sobre el financiador y el centro en su función de garantes y responsables por la selección y vigilancia del personal que emplean, se condenó también al médico auditor, cuyo desempeño constituyó una mala praxis médica a título personal, toda vez que en su labor de análisis ejerció la medicina. Su opinión, dictamen o consejo cae dentro del ejercicio monopólico de la medicina, que “sólo puede ser llevado a cabo por un médico legitimado y que recae sobre el cuerpo humano vivo o muerto y que tiene una finalidad curativa directa o indirecta. En definitiva, el acto de autorizar o denegar un estudio constituye un acto médico y el mismo puede ser reprobado cuando no se asienta sobre bases científicas.(2)

Dada esta posibilidad, conviene entonces repasar la evolución de la auditoría médica como especialidad determinando además el perfil y el espectro de responsabilidades que tiene un auditor médico en nuestros días, que van mucho más allá de ser un mero “filtro” de las indicaciones prescriptas por los médicos con el fin de reducir o controlar el gasto prestacional.

Evolución de la auditoría médica

La definición más amplia de la Auditoría Médica es aquella que la considera como el conjunto de acciones desarrolladas por médicos y colaboradores sobre las acciones de los diferentes sectores responsables de la atención médico asistencial, para garantizar a los usuarios de los

servicios prestaciones de la más alta calidad, actuando ante los desvíos sobre los orígenes de los mismos, no con una actitud punitiva sino con una acción educativa (correctiva) previniendo así la incidencia de los mismos errores. (3)

El uso del término Auditoría Médica es relativamente reciente, pero a lo largo de la historia, los profesionales de la salud han realizado múltiples actividades que se relacionan con que hoy denominamos auditoría médica (registros estadísticos de nacimientos y defunciones, revisión de resultados entre pares, clasificación de enfermedades, etc.). (4) Ya en el año 1854, Florence Nightingale señala un hito importante generando un reporte pionero sobre la calidad de los cuidados médicos y las soluciones a los problemas identificados por ese entonces, situación que logró disminuir la mortalidad de los hospitales de un 40% a un 2%. La auditoría médica moderna tiene su origen a principios del siglo XX en los Estados Unidos, cuando la Fundación Carnegie encargó al Dr. Abraham Flexner un estudio sobre la preparación académica de los cirujanos. Este informe resultó determinante, concluyendo que los médicos estaban mal preparados y carecían de la adecuada experiencia al salir de los ámbitos académicos, no existiendo una infraestructura hospitalaria adecuada para el entrenamiento de los cirujanos. A partir de esto, se realizan los primeros ensayos para evaluar la calidad de la atención médica en los hospitales y en la práctica quirúrgica. Luego de esta evaluación se reestructuran los hospitales y se crean los estándares mínimos a cumplir en la atención médica. (4)

A partir de la aparición de las obras sociales y prepagas a mediados del siglo pasado, la auditoría médica toma mayor ímpetu y se profesionaliza para establecerse definitivamente como una nueva especialidad médica. La medicina gerenciada nació como parte de un proceso destinado a facilitar el acceso a los servicios médicos. Estas organizaciones comenzaron entonces a requerir sistemas de auditoría para controlar la calidad de atención brindada a los asegurados evitando el abuso y/o el fraude por

parte de los prestadores. Estos programas tenían una meta: controlar la calidad de atención y contener los costos. (4)

Otro hito importante dentro de la historia de la auditoría médica se da en el año 1980, cuando Avedis Donabedian plantea en su clásica tríada los elementos a tener en cuenta para evaluar la calidad de la atención médica: la **Estructura**, representada por los recursos del proceso (físicos y humanos), los **Procesos**, es decir la forma en la cual se realiza la atención y los **Resultados**, entendiendo como tal al efecto final (ej: tasa de complicaciones, de muerte, etc.). Autores más modernos incorporan dos nuevos elementos a ser auditados: la satisfacción del paciente y la del tercer pagador, situación vital cuando existe un intermediario o financiador en el proceso asistencial.

Funciones del Auditor Médico

Para poder definir la responsabilidad que le cabe a los médicos auditores en su ejercicio profesional, resulta oportuno mencionar a título ilustrativo la multifacética tarea que les suele ser encomendada, entre ellas: (5)

- Cumplimiento de los contratos
- Control de las prestaciones
- Uso racional de los recursos
- Análisis de los procesos
- Evaluación de la calidad
- Generación y registro de información
- Elaboración de normas
- Coordinación de tareas específicas
- Elaboración de informes y dictámenes

Sin lugar a dudas, algunas actividades los exponen más que otras, pero es bueno recordar que además de labores meramente administrativas el auditor es requerido a opinar muchas veces como médico, y en este sentido es un integrante básico del proceso de atención de la salud. Debe demostrar un real dominio de la profesión, con experiencia y preparación suficientes como para distinguir mediante la simple observación las prestaciones eficientes de las ineficientes. No puede haber calidad médica sin eficiencia, entendida como la

relación entre los resultados asistenciales, los recursos utilizados y sus costos. La costo efectividad de los servicios brindados hace referencia tanto al costo de un servicio como a la distribución de los recursos en relación a la demanda de los mismos, ya que los recursos son finitos pero las necesidades de la población no. Un buen auditor necesita por sobre todo sentido común.

Conflicto de intereses

Un conflicto de intereses tiene lugar en cualquier situación en la que un interés interfiere o puede interferir con la capacidad de una persona, organización o institución para actuar de acuerdo con el interés de la otra parte, siempre que aquella persona, organización o institución tenga una obligación (legal o ética) de actuar de acuerdo con el interés de la otra parte. (6)

El conflicto es una situación inherente a la auditoría médica ya que el auditor debe muchas veces mediar entre: (7) (8)

- El interés del paciente, que desea contar con una medicina integral, para la cual le alcance el presupuesto; quiere tener la mejor cobertura posible al menor costo, con la posibilidad de acudir a centros médicos conocidos y de prestigio. A este no le interesa mayormente la equidad y costoeficiencia sino su caso individual exigiendo estudios y tratamientos que no se encuentran cubiertos por su cobertura.
- El interés del médico, que se resiste muchas veces a imposiciones o restricciones de terceros. Son en general profesionales autónomos con independencia científica y desean tener el control absoluto sobre su libertad de decisión clínica.
- El interés del financiador, que debe asignar en forma eficiente los recursos, siempre escasos, entre su masa de afiliados.

Frecuentemente los auditores deben denegar prestaciones que no se encuentran cubiertas en el

plan de salud del afiliado, entre las que se pueden mencionar: (9)

- Internaciones o prácticas en establecimientos no incluidos en la cartilla o incluidos pero en un plan superior.
- Extensión de la internación una vez dada el alta hospitalaria.
- Ampliación de la cobertura al 100% en medicamentos de alto costo, o en drogas de uso habitual aduciendo escasos ingresos del beneficiario.
- Cobertura de prácticas o medicamentos por fuera del Programa Médico Obligatorio.
- Cobertura de elementos o prestaciones con escasa evidencia científica.
- Ampliación de la cobertura en prótesis: se exige la utilización de prótesis importadas pese a la existencia de alternativas nacionales.

La atención poco diligente y sensible de los auditores médicos ante estas situaciones suele derivar muchas veces en amparos judiciales que terminan resolviéndose en general a favor del paciente. También pueden ser la semilla de juicios por mala praxis. Para evitar llegar a estos escenarios, todos los auditores médicos deben saber que la Superintendencia de Seguros de Salud cuenta con un procedimiento de formulación y solución de reclamos frente a hechos que afecten la normal cobertura asistencial: Resolución 075/98 S.S.Salud. Para efectivizar el trámite, el afiliado titular o apoderado puede concurrir a la sede central de la obra social o a la Superintendencia de Salud y solicitar la opinión del Organismo completando un formulario y aportando todos los medios de prueba que hagan a su derecho. La respuesta debe ser dada dentro de plazos relativamente breves (15 días), clasificándose los reclamos en normales, especiales o urgentes. Para este último caso existe un procedimiento especial. (10)

Es de esperar que en el corto y mediano plazo este problema se acreciente, porque los costos seguirán incrementándose y porque la presión por imponer nuevas tecnologías o fármacos y la medicina defensiva tienden a desplazar los estándares actuales, aún con evidencia insuficiente. Independientemente de que corresponda rechazar la prestación, la forma en la cual se lo hace es importante. Un buen auditor médico debería servir como enlace conciliador entre el financiador, el prestador y el paciente o su familia. Es necesario contar con una estrategia, alternativas y, en ocasiones, hacer concesiones. Es básica una relación interpersonal empática que genere una confianza que permita llegar a una solución en que ganen ambas partes. (11)

El auditor también puede tener roces con el prestador auditado, ya que la realización de un procedimiento de auditoría conlleva una situación de tensión ante la posibilidad de observación o sugerencia de cambios. Cualquier resultado de auditoría que recomiende modificaciones en la práctica habitual suele ser resistido, por considerarse una imposición de un tercero, en especial si éste es ajeno al equipo de trabajo del auditado. La resistencia al cambio siempre estará presente. En estas situaciones se debe manejar la ansiedad y la resistencia involucrando al profesional auditado en la toma de decisiones, tanto en la creación de los estándares como en la búsqueda de las soluciones. (3)

Responsabilidad civil profesional del médico auditor (12)(13)

El auditor médico es en esencia un profesional de la salud con autonomía científica, más allá de la subordinación laboral que pueda tener, y sobre él recaen todas aquellas obligaciones y derechos propios de su función específica. En la práctica, el médico auditor de una obra social, prepaga o institución médica actúa fiscalizando la realización efectiva de las prestaciones y controlando el consumo proveniente de las solicitudes o indicaciones de los médicos que forman parte de la

cartilla de prestadores. Esta labor de “filtro” de las indicaciones prescriptas por otros profesionales, de cara a reducir -o al menos controlar- el gasto prestacional, es la que cobra mayor relevancia para el derecho de daños y la que más expone al médico auditor.

Al hablar de responsabilidad profesional en esta especialidad, deben analizarse entonces los daños que podrían ocasionarse en la salud de los usuarios que tuviesen como causal directa el desempeño de los auditores en el ejercicio estricto de su actividad.

El análisis se complica por la inexistencia de un marco legal que contenga y defina la actividad de estos profesionales. En general, la responsabilidad del auditor se incluyó siempre dentro de la responsabilidad de las instituciones que actúan como empleadoras. Es que más allá de la relación jurídica laboral que puedan tener los auditores con estas últimas, lo concreto es que actúan como dependientes. Si bien en cada acto o consejo los auditores ponen en juego su autonomía científica y su capacidad técnica como profesionales de la medicina, ello no implica desplazarlo del área de la dependencia, en la medida en que la dirección y organización de la actividad compete a quien en definitiva posee o comparte el interés en la satisfacción de la prestación principal, que es la entidad de salud como deudor obligado.

Como dependientes de las organizaciones para las cuales trabajan, los auditores realizan en ocasiones tareas meramente administrativas, consistentes en la verificar que las prácticas médicas realizadas por los efectores se encuentren contempladas en la cobertura legal o contratada. En esta labor no se aprecia la necesidad de aplicar su conocimiento científico, ya que el auditor sólo se limita a determinar cuándo una práctica médica será brindada, independientemente de que se encuentre justificada médicamente. Por ejemplo, para el supuesto de que la práctica se encuentre por fuera del PMO y que no se encuentre en el plan de salud del afiliado, todo daría a pensar que ningún reclamo podría prosperar contra el auditor, por la razón de que su decisión responde a la orden precisa de su principal. Sin embargo, esta tesitura

comienza a ser discutible a la luz de razonamientos jurisprudenciales que trazan cada vez un umbral más lejano al contenido de las prestaciones médicas, muchas veces por vías de amparos judiciales. Pese a la evidente dependencia del médico auditor de quien debe financiar la prestación, es cada vez mayor el clamor que resalta el compromiso ético del profesional de la medicina con la población usuaria del servicio de salud, lo que le impediría exonerarse acreditando que su conducta se alineó con exactitud a la orden impartida.

Existen otras situaciones en las cuales la responsabilidad del auditor va más allá de los aspectos puramente administrativos. Cuando se les pide que controlen el consumo prestacional determinando si una práctica se encuentra justificada desde el punto de vista médico, se les está pidiendo que apliquen su criterio y conocimiento científico. Esto los compromete personalmente, toda vez que sus decisiones en cuanto a la aceptación o rechazo de las prestaciones médicas solicitadas puede gravitar sobre la salud y las chances del usuario del servicio.

Lo que resulta gravitante para determinar la responsabilidad individual del médico auditor es distinguir entre los actos que provienen de la ejecución exacta de las instrucciones recibidas por parte de la organización de salud a la que pertenece de aquellos actos que provienen de su condición de médico. En el primer caso, resulta imprescindible para una adecuada defensa que el auditor cuente con una norma escrita que le especifique cuál es la extensión de la cobertura y cuáles son las prácticas autorizadas. Si el auditor, en atribuciones conferidas expresamente por la obra social, autoriza o deniega una práctica y se ajusta para ello en un recto criterio médico, no le podrá ser reprochada falta alguna y será eventualmente el financiador quien deberá responder por dicha denegatoria.

Lo que sí debe hacer el auditor, es poner en conocimiento de sus empleadores aquellas circunstancias especiales que justifican, desde el punto de vista médico, la autorización de un

determinado estudio o tratamiento a priori no incluido en la cobertura, para que sea en definitiva el financiador quien asuma la responsabilidad final. De no hacerlo, y resultara la obra social, el prepago o el centro de salud demandado y condenado por los daños ocasionados por la denegatoria, estos podrán repetir la demanda contra el auditor por incumplimiento de su deber de comunicar aquellas situaciones o presuntos focos potenciales de problemas.

Puede darse también el caso de pacientes que sufren algún tipo de daño a consecuencia de un accionar culposo directo del auditor en el ejercicio de su función, cuando este último no cumple con diligencia las tareas que le competen. Esto puede manifestarse cuando estos profesionales fallan en sus deberes de vigilancia y control, cuando eluden dar consejos o cuando suministran dictámenes equivocados a las autoridades administrativas acerca de la aplicación de un tratamiento o intervención (tal fue el caso reseñado al principio de este trabajo, en donde el auditor se equivocó en su informe, afirmando que la mamografía no estaba incluida en el PMO.). Es evidente que en estos casos el auditor será responsable ante su empleador e incluso frente a la víctima, quienes se encontrarán legitimados a iniciar acciones legales en su contra.

Otra situación que expone al auditor suele darse cuando éste autoriza una práctica o atención en un sanatorio o clínica del que fehacientemente conozca que no reúne las condiciones idóneas para su realización (ej: se autoriza una cirugía en paciente con alto riesgo en una institución sin terapia intensiva).

Para todos estos supuestos, y a los fines de poder eximirse de responsabilidad por los daños que los rechazos o las elecciones de prestadores no aptos pudieran ocasionar sobre los pacientes, el médico auditor deberá dejar debidamente asentada su discrepancia y las razones científicas que determinan la misma. Sin embargo, esto suena demasiado teórico y en la práctica cotidiana es muy difícil que esto ocurra, por la subordinación que tiene el auditor desde el punto de vista

organizacional, la cual incide notoriamente en su modalidad de trabajo, sesgando (muchas veces de manera inconsciente) su opinión en favor del financiador, lo que puede también exponerlo a título personal.

En consecuencia, y pese a que la actividad del médico auditor pueda asemejarse a un mero control administrativo de las prestaciones médico-asistenciales, dicha labor es concebida materialmente como el ejercicio de un acto médico, por lo que el juzgamiento de su desempeño será a cobijo de los principios aplicables a los casos en que emerja una culpa inexcusable, a la luz de un ejercicio diligente de la profesión de médico como medida de conducta. ■ <<<

Bibliografía

1. S.I.H. c/Obra Social del Pers. De Entidades Deportivas y Civiles y otros/daños y perjuicios. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala E. 16 de diciembre de 2011. Publicado en Microjuris.com. Cita: MJ-JU-M-70567-AT/MJJ7056
 2. Canelo, Carlos J. Importantes consecuencias derivadas de la auditoría médica en la prestación de salud. Publicado en Microjuris.com el 19 de marzo de 2012. Salud y Derecho. Cita. MJ-DOC-5727-AR/MJD5727
 3. Rodríguez Fernández, M.A. Abordemos la Auditoría Médica. Foro Auditor (www.foroauditor.com.ar) Accedido por Internet el 4 de abril de 2012.
<http://www.foroauditor.com.ar/index.php/10-articulos/3-abordemos-la-auditoria-medica>
 4. Rodríguez Fernández, MA, Evolución de la Auditoría Médica. Foro Auditor (www.foroauditor.com.ar). Accedido por Internet el 4 de abril de 2012.
<http://www.foroauditor.com.ar/index.php/10-articulos/2-evolucion-de-la-auditoria-medica>
 5. Di Mascio, N. Funciones de la Auditoría Médica. Foro Auditor (www.foroauditor.com.ar). Accedido por Internet el 6 de abril de 2012.
<http://www.foroauditor.com.ar/index.php/10-articulos/7-funciones-de-la-auditoria-medica>
 6. Argandoña A. Conflicto de Intereses: El punto de vista ético. Cátedra de Economía y Ética IESE Business School, Universidad de Navarra. Presentado en la XII Conferencia anual de Ética, Economía y Dirección. Úbeda, 3 y 4 de junio de 2004.
 7. Carlsen Benedicte. The changing role of gatekeepers: Rationing and shared decision-making in primary care. Dissertation for degree Philosophiae Doctor (PhD). University of Bergen, Norway, 2006. Accesible en Internet:
https://bora.uib.no/bitstream/1956/1557/15/MainThesis_Carlsen.pdf
 8. Santander C. Medicina actual y sus conflictos de intereses II. Medwave. Edición online, Noviembre 2004. Accesible en Internet:
<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1157>
 9. Cochlar O. (Superintendencia de Servicios de Salud) Auditoría Médica y Mala Praxis. Presentación SADAM-ISALUD. Septiembre 2005
 10. Superintendencia de Servicios de Salud. Resolución 75/98. Publicada en el Boletín Oficial el 23 de Julio de 1998. Accesible en internet:
<http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/000139.pdf>
 11. Rencoret G. Auditoría Médica: Demandas y responsabilidad por negligencias médicas. Gestión de calidad. Riesgos y Conflictos. Revista Chilena de Radiología. Vol 9 N°3, 2003: 157-160
 12. Canelo, Carlos J. Responsabilidad de los médicos auditores. Compendio Jurídico. N° 58 pág. 27. Errepar, Buenos Aires, Diciembre 2011
- Bacigalupo G; Echevarría, C; Giordano FJ. Responsabilidad Médica y Responsabilidad del Médico Auditor. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. 9 de junio de 2005. Accesible en internet:
file:///F:/Auditoria%20medica/resp_auditor.htm