

**MANUAL DE AUDITORIA
EN SALUD**

HOSPITAL SAN JOSÉ – CALLAO

2004

INTRODUCCIÓN

El presente documento es un marco normativo para el desarrollo de la Auditoría en Salud, como instrumento técnico para el mejoramiento de la calidad en los servicios que presta el Hospital "San José" – Callao.

Es un proceso de investigación, consulta, verificación, comprobación y generación de evidencia sobre el funcionamiento correcto de un sistema conforme a un patrón pre establecido de cualquier aspecto que concierne a las actividades que realiza el Hospital "San José" – Callao, como organización de salud perteneciente al Sector Público y con una finalidad preventiva y no fiscalizadora y sancionadora.

El presente manual consta de IX Capítulos. En el Primer Capítulo, se define los conceptos de Auditoría en Salud, un Glosario de términos, Disposiciones Generales relacionado al sistema, así como se menciona las Auditorías de los Procesos Paramédicos y Médicos.

En el Segundo Capítulo al Noveno trata al detalle todos los procesos relacionados con la Auditoría Médica, sus protocolos e instrumentos, así como un modelo de Auditoría Médica para evaluar la Hospitalización y la Consulta Externa.

Capítulo I. MANUAL DE AUDITORIA EN SALUD DEL HOSPITAL SAN JOSÉ – CALLAO	1
I. Auditoria de Salud	1
II. Glosario	1
Auditoria de Gestión	1
Auditoria Clínica.....	2
Auditoria de Caso.....	2
Auditoria de Historia clínica.....	2
Comité de Auditoria.....	2
Informe de Auditoria.....	2
Protocolo de Atención.....	2
Sistema Auditado.....	3
III. Disposiciones Generales.....	3
El Sistema de Auditoria en Salud.....	3
Conformación del Sistema de Auditoria en Salud.....	3
Atribuciones del Sistema de Auditoria en Salud.....	3
Regulación del Sistema de Auditoria.....	4
Designación y separación del Coordinador de Auditoria en Salud del Equipo de Gestión de Auditoria en Salud.....	4
Conformación y Organización de Equipos Auditores.....	5
Ejercicio Funcional.....	5
Documentación en Auditoria en Salud.....	6
• Auditorias Internas de Procesos.....	7
Capítulo II. AUDITORIA MÉDICA	8
• Tipos de Auditoria Médica.....	8
• Valores de la Auditoria Médica.....	9
• Esquema de la Auditoria Médica.....	10
• Aspectos Éticos de la Auditoria.....	11
• El Sentido de lo Moral.....	11
• Principios Éticos.....	11
• Objetivos de la Auditoria Médica.....	13
○ Objetivo General y Objetivos Especificos.....	13
• Perfil del Médico Auditor.....	14
• Obligaciones y Deberes de los Auditores Médicos.....	15
• Derechos de los Auditores Médicos.....	15
Capítulo III. REQUERIMIENTOS ESTRATEGICOS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA AUDITORIA CLÍNICA HOSPITALARIA	17

Capítulo IV. FORMACIÓN DEL COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA INTERNA	19
<ul style="list-style-type: none"> • Conformación del comité Auditor..... 19 • Perfil de los Miembros del Comité o Médicos Auditores..... 19 • Estructura del Comité de Auditoria..... 21 • Funciones del Comité de Auditoria Médica..... 21 • Metas del Comité de Auditoria Médica..... 22 • Técnica del Trabajo Médico Auditor en Equipo..... 24 • Descripción de las principales técnicas..... 24 • Criterios de Evaluación que deberá tener un Comité de Auditoria Médica..... 32 	
Capítulo V. PROTOCOLOS E INSTRUMENTOS PARA LA AUDITORIA MEDICA	36
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de Manejo..... 36 • Elaboración del Protocolo..... 36 • Falta de Protocolos de Manejo..... 36 	
Capítulo VI. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	38
<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de Enfoque..... 38 • Encuestas..... 38 • Formulario de Verificación de Información..... 40 • Histograma..... 41 • Gráficos de Pareto..... 42 • Gráficas de Tendencia y control..... 43 • Diagrama de Causa y Efecto..... 43 	
Capítulo VII. PAPELES DE TRABAJO DEL AUDITOR MÉDICO	44
<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo de los papeles de trabajo..... 44 • Planeación de los papeles de trabajo..... 44 • Características de los papeles de trabajo..... 45 • Contenido de los papeles de trabajo..... 46 	
Capítulo VIII. INSTRUMENTOS PARA LA CAPTURA DE PUNTAJE OBTENIDO EN LA EVALUACIÓN	48
Capítulo IX. LAS HISTORIAS CLÍNICAS QUE SON DE ANÁLISIS OBLIGATORIO POR EL COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA	54
<ul style="list-style-type: none"> • Modelo sugerido para el llenado de formato de Auditoria Médica de Hospitalización..... 56 	

• Modelo sugerido – Hoja de evaluación de Historia Clínica en Hospitalización.....	64
• Instructivo para llenado de Formato de Auditoria Médica en Consulta Externa.....	66
• Modelo sugerido – Hoja de Evaluación de Historia Clínica en Consulta Externa.....	71

CAPITULO I

MANUAL DE AUDITORIA EN SALUD DEL HOSPITAL SAN JOSÉ - CALLAO

I. AUDITORIA DE SALUD

Es la que aborda todo el conjunto de acciones derivadas de la estructura, proceso, resultado e impactos de equipos multidisciplinario de salud.

Esta orientada a diseñar, implantar y desarrollar sistema de garantía de calidad, establecer criterios de acreditación de hospitales, diseñar indicadores y estándares de calidad, evaluar eficiencia, eficacia y efectividad de la administración, evaluar calidad de la atención medica y sus impactos. En ese sentido, esta auditoria deber ser abordada por un equipo de auditores que incluya: médicos, enfermeras, obstetricas, tecnólogos médicos, nutricionistas, odontólogos y administradores.

II. GLOSARIO

2.1. **Auditoria de Gestión:** Es un examen objetivo, sistemático y profesional de evidencias, realizado con el fin de proporcionar una evaluación independiente sobre el desempeño (rendimiento) de una entidad, programa o actividad, orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos, para facilitar la toma de decisiones por quienes son responsables de adoptar acciones correctivas y, mejorar la responsabilidad ante el público.

La auditoria de gestión puede asimismo, tener como objetivos:

- Determinar si están lográndose los resultados o beneficios previstos por la normativa, por la propia entidad, el programa o actividad pertinente.
- Establecer si la entidad adquiere, protege y utiliza sus recursos de manera eficiente y económica.
- Comprobar si la entidad, programa o actividad ha cumplido con las leyes y reglamentos aplicables en materia de efectividad, eficiencia o economía.
- Determinar si los controles gerenciales implementados en la entidad o programa son efectivos y aseguran el desarrollo eficiente de las actividades y operaciones.

2.2. **Auditoría Clínica:** Es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizado por profesionales de la salud (médico o no médico), cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales.

2.3. **Auditoría de Caso:** Son aquellas en las que por su implicancia en las políticas de la institución, su carácter legal, o su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades médicas. La participación de los integrantes de este tipo de Auditoría se fundamenta en el análisis de la Historia Clínica y sus anexos y en el consenso técnico-científico basado en el conocimiento académico legal y que regula el trabajo profesional. En ocasiones, exige el manejo de cargos y descargos por quienes participaron en el proceso de atención. Será llevada a cabo por un equipo conformado por tres integrantes del Comité de Auditoría y un perito en el tema médico que es materia del caso.

2.4. **Auditoría de Historia Clínica:** También llamada “Análisis de la Calidad de las Historias Clínicas” es aquella Auditoría cuyo objeto de estudio es la Historia Clínica y sus resultados dependerá de la forma como se encuentra organizada la información existente en ella.

2.5. **Comité de Auditoría:** Es el órgano constituido en la organización de salud, dependiente de la Oficina o Unidad de Gestión de la Calidad, ubicado dentro del Área de Garantía y Mejora de la Calidad, encargado de realizar Auditorías de modo regular y continuo de las historias clínicas de los servicios y de los casos de eventos centinelas y de otros de interés para la institución o que sean solicitados por la Dirección General de la organización de salud por alguna razón en particular.

Al cabo de su actividad, emitirá un informe de Auditoría dirigido al Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad de la organización de salud.

2.6. **Informe de Auditoría:** Documento escrito que describe las características y circunstancias observadas durante el proceso de auditoría y que se emite al término de ésta.

2.7. **Protocolo de Atención:** Documento en el cual se describe la secuencia del proceso de atención de un paciente con relación a su estado de salud o entidad nosológica. Actúa como guía operativa al contener un listado de técnicas y recursos de un proceso de atención. Garantiza efectividad con el menor riesgo y con el menor costo. Varía de acuerdo al nivel de atención.

- 2.8. **Sistema Auditado:** Es la totalidad de la organización de salud o la parte de ella que es sometida, dentro del marco de esta directiva, a Auditoria de historias clínicas o a Auditorias de casos.

III. DISPOSICIONES GENERALES

3.1. El Sistema de Auditoria en Salud

El Sistema de Auditoria en Salud es el conjunto de unidades orgánicas o funcionales, normas, métodos y procedimientos, estructurados e integrados funcionalmente, destinados a conducir y desarrollar el ejercicio de la auditoria en Salud.

3.2. Conformación del Sistema de Auditoria en Salud

En el Hospital "San José" - Callao, el responsable de los procesos de Auditoria será la Unidad de Gestión de la Calidad, a través de su equipo de auditoria o equipos auditores, para la realización de procesos de auditoria en salud.

3.3. Atribuciones del Sistema de Auditoria en Salud

- 3.3.1. Supervisar, vigilar y evaluar el desarrollo de las actividades de los profesionales de los establecimientos de salud a fin de garantizar la calidad y corrección de los procesos organizacionales.
- 3.3.2. Optimizar, mediante el desarrollo de la Auditoria, la calidad de los documentos referenciales de los procesos organizacionales.
- 3.3.3. Formular oportunamente las recomendaciones necesarias para implementar procesos de mejora continua de la calidad en las organizaciones de salud.
- 3.3.4. Emitir informes necesarios correspondientes a las acciones desarrolladas en la auditoria y de las generadas por las recomendaciones de la Auditoria para retroalimentar el sistema de auditoria en salud.
- 3.3.5. Auditar la Gestión en sus diferentes áreas con enfoque de prevención de eventos con un potencial efecto negativo sobre la calidad de la gestión y el uso racional de los recursos organizacionales.

- 3.3.6. Efectuar la supervisión, vigilancia y verificación del correcto accionar de los profesionales de la salud, dentro del marco normativo vigente.
- 3.3.7. Formular oportunamente recomendaciones para mejorar el desempeño de los profesionales de la salud y/o establecimientos donde ejercen, facilitar la toma de decisiones y para mejorar el manejo de sus recursos, así como de los procedimientos y operaciones que emplean en su accionar, a fin de optimizar sus sistemas administrativos y de gestión.
- 3.3.8. Emitir como resultado de las acciones efectuadas, los informes respectivos con el debido sustento técnico y normativo.

3.4. Regulación del Sistema de Auditoria

El ejercicio de la Auditoria en Salud efectuado por los integrantes del sistema establecido en el hospital, se desarrolla bajo la autoridad normativa y funcional de la Dirección Ejecutiva del Hospital, a través de la Unidad de Gestión de Calidad, quien debe establecer los lineamientos, disposiciones y procedimientos técnicos correspondientes a su proceso en función a la naturaleza y/o especialización de la institución. Cabe precisar que lo antes mencionado no abarca a los OCI, quienes se rigen por la normativa que emana de la CGR (Art. 5º y 14º de la ley 27785).

3.5. Designación y separación del Coordinador de Auditoria en Salud del Equipo de Gestión de auditoria en Salud

La Unidad de Gestión de la Calidad del hospital designará a un Coordinador de Auditoria.

El Coordinador de Auditoria brindará sugerencias y recomendaciones a la Unidad de Gestión de la Calidad para su toma de decisiones.

El Coordinador de Auditoria en Salud designará a un equipo de gestión de Auditoria constituido por un número mínimo de tres personas: un miembro para secretaria y dos miembros adjuntos.

El miembro de secretaría deberá garantizar el ordenamiento de la documentación de la Coordinación de Auditoria y facilitará su trabajo.

Los adjuntos apoyarán en sus funciones al Coordinador de Auditoria de quien dependen jerárquicamente.

El Coordinador de Auditoria puede ser separado de la institución así como cualquier miembro de su Equipo de Gestión, de no cumplir con la presente norma, con la imparcialidad y los criterios éticos que su cargo reviste.

3.6. Conformación y Organización de Equipos Auditores

Los Equipos Auditores serán constituidos por los servicios finales e intermedios de quienes dependen las unidades funcionales y operativas del hospital en coordinación con la Unidad de Gestión de la Calidad.

Cada Equipo Auditor tendrá una composición multiprofesional, de acuerdo a la naturaleza e intereses del hospital.

El número de Equipos Auditores conformado dependerá del criterio organizacional de acuerdo al número de unidades funcionales con las que cuenta, conforme a la estructura funcional de la institución

Los Equipos Auditores podrán organizarse en un comité de Auditoria si así lo decide el hospital.

La Constitución de los Equipos Auditores deberá contar con la aprobación del Coordinador de Auditoria del Hospital "San José" - Callao a fin de que pueda procederse a su formalización por Resolución Directoral.

3.7. Ejercicio Funcional

Las unidades del Sistema ejercen su función de Auditoria de acuerdo a lo establecido en la presente norma y a los dispositivos que emite la Dirección Ejecutiva para normar sus actividades, obligaciones y responsabilidades, siendo su cumplimiento objeto de supervisión permanente por el Ente Rector del Sistema. Siendo de precisar que lo mencionado, no se extiende a los OCI, que como se mencionó anteriormente, se rigen por la normativa que emana de la CGR.

En el Hospital "San José" – Callao, las instancias representativas de cada uno de los dos ámbitos conceptuales de Auditoria considerados, elaborarán un Plan o (y una) Programación anual de Auditoria, conforme a las prioridades institucionales y a sus necesidades de evaluación.

El Plan o (y la) Programación Anual de Auditoria será elevado a la Dirección Ejecutiva y a la Unidad de Gestión de la Calidad.

3.8. Documentación en Auditoría en Salud

Para efecto del desarrollo de los procesos y procedimientos de Auditoría en Salud, se consideran tres tipos de documentación:

- 3.8.1. **Documentación previa:** es aquella documentación que se requiere para preparar el desarrollo de los procesos y/o procedimientos de Auditoría. Ejemplo: Plan de Auditoría, Plan de trabajo de la Auditoría, etc.
- 3.8.2. **Documentación propia de los procesos y procedimientos:** es aquella que permiten el desarrollo de los procesos y procedimientos de Auditoría, dependiendo del tipo de Auditoría a desarrollarse. Ejemplo: Historia Clínica, Protocolos de Atención, documentos de gestión, etc.
- 3.8.3. **Documentación final:** es aquella documentación que resume los procesos y procedimientos desarrollados, presentando sus hallazgos, su análisis, sus conclusiones y recomendaciones. Este tipo de documentación genera información para establecer procesos de mejora continua de la calidad así como procesos correctivos de los procesos y procedimientos, de acuerdo con el ámbito conceptual de la Auditoría. Ejemplo: Informe preliminar de Auditoría, Informe final de Auditoría, etc.

AUDITORÍAS INTERNAS DE PROCESOS

AUDITORÍA PARAMÉDICA			
AUDITORÍA	OBJETIVO	FRECUENCIA	RESPONSABLE
Calidad historia clínica	Velar por la calidad de la Historia Clínica	Concurrente: semanal	Enfermeras: Jefe de Dpto., de Consulta Externa y Auditoría paramédica
Sistema de administración de medicamentos	Asegurar la calidad en la administración de medicamentos y disminuir la incidentalidad medicamentosa	Mensual	Enfermeras Jefes de Dptos. y Consulta Externa, Auditoría Paramédica y Química Farmacéutica
Proceso de cobro por el servicio prestado	Concordancia entre: lo realizado, registro en la HC, digitado en el sistema y cobro en caja	Diaria	Enfermeras Jefes de Dptos. y Consulta Externa, Auditoría Paramédica
Seguridad física del paciente hospitalizado	Cumplimiento de normas de seguridad y disminuir accidentes por caídas	Semanal	Auditoría Paramédica

AUDITORÍA MÉDICA			
AUDITORÍA	OBJETIVO	FRECUENCIA	RESPONSABLE
Calidad historia clínica	Velar por la calidad de la Historia Clínica, evolución y plan de tratamiento	Concurrente: semanal	Jefe de Gestión de la Calidad, Auditoría Médica y Dptos. Médicos
Formulación de medicamentos esenciales	Ajustar la formulación de medicamentos de acuerdo a la Ley General de Salud N° 26842 Art. 26°	Semanal	Química Farmacéutica, Jefe de Gestión de la Calidad y Dptos. Médicos
Consentimiento informado	Corroborar su obtención, consignación en la historia	Semanal	Jefe de Gestión de la Calidad, Dptos. Médicos, Laboratorio y Auditoría Médica
Pertinencia Médica	Velar por pertinencia de hospitalización, exámenes de laboratorio, diagnósticos y procedimientos	Semanal	Jefe de Gestión de la Calidad y Dptos. Médicos; Auditoría Médica
Días evitables y larga estancia	Optimizar estancia	Semanal	Jefe de Gestión de la Calidad, Dptos. Médicos y Auditoría Médica
Reingresos hospitalarios < a 72 horas	Evaluar calidad técnico científica	Mensual	Jefe de Auditoría Médica

CAPITULO II

AUDITORIA MÉDICA

CONCEPTO:-Auditoria Médica, es un proceso evaluativo del acto médico realizada por médicos, sobre la base de los datos suministrados por la Historia Clínica con fines específicos.

Estos fines específicos pueden ser Evaluación de la Calidad, educación continua, corrección de errores, valuación y optimización de costos, medición de participación y responsabilidad profesional y finalmente para fines de peritaje medico legal.

TIPOS DE AUDITORIA MÉDICA

Auditoria Médica Interna:

La ejercida por un grupo médico en relación con la calidad de las propias atenciones de salud que realiza.

Auditoria Médica Externa:

La que ejerce un grupo médico ajeno al grupo profesional que realiza la atención de salud, a solicitud de este y sin su participación. Revisando los mismos expedientes ya calificados en la Auditoria Interna, siguiendo normas y procedimientos del Manual de Auditoria.

Auditoria Médica Mixta:

La que ejerce un grupo médico ajeno, pero con la participación del grupo médico solicitante.

Auditoria Médica Compartida:

La realiza por los sectores vinculados institucionalmente (centros asistenciales), con representantes de ambas partes a través de sus respectivos cuerpos médicos con objetivos exclusivamente educacionales y de mejoramiento de la calidad de la atención médica brindada a la población.

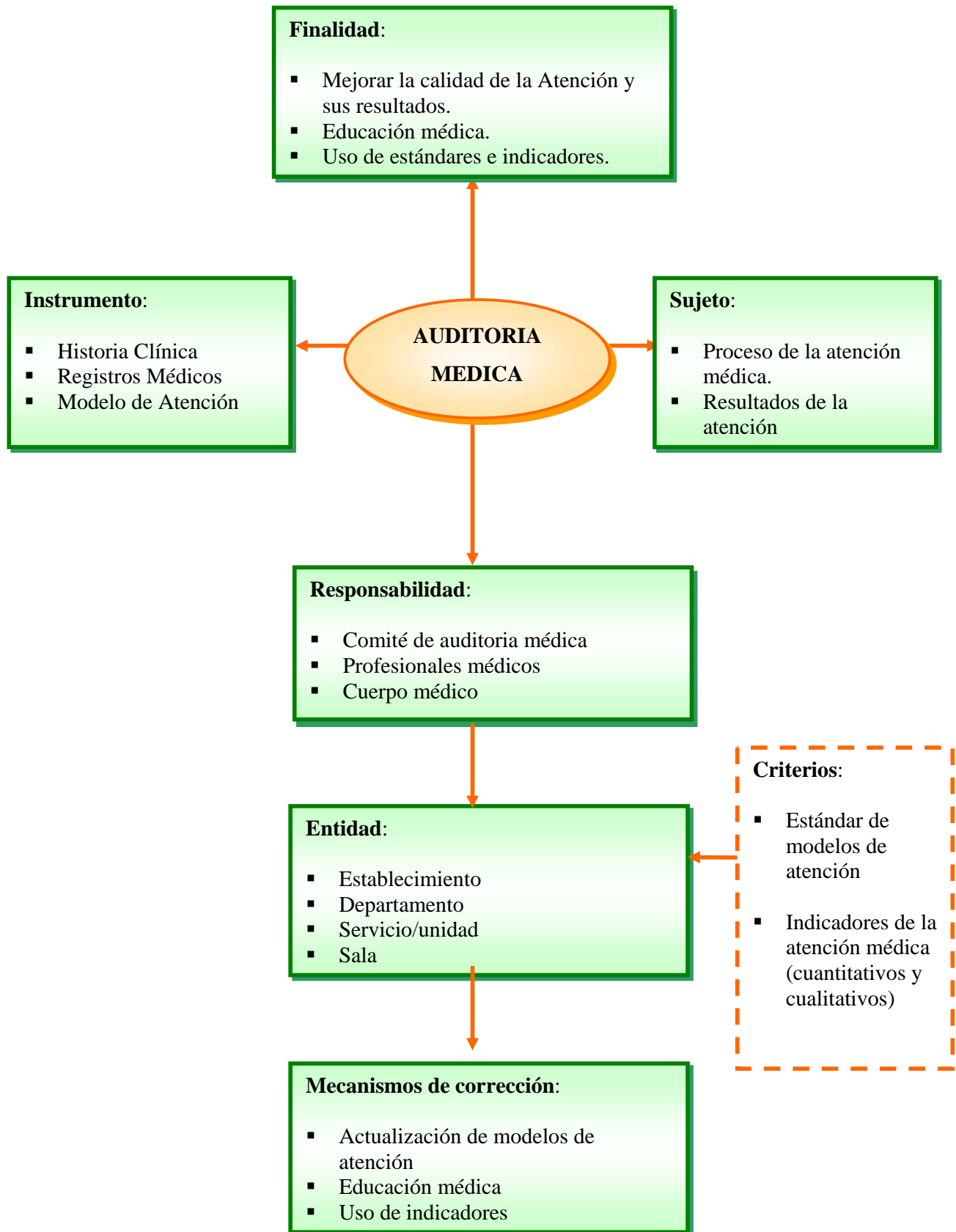
Dependiendo del sitio en que se practique:

1. AUDITORIA EN HOSPITALIZACIÓN
2. AUDITORIA EN CONSULTA EXTERNA
3. AUDITORIA EN EMERGENCIA

VALORES DE LA AUDITORÍA MÉDICA

- **Objetividad:** basada en realidades observadas y analizadas con unidad de criterios científicos, técnicos y administrativos.
- **Participación:** integra en solo fin, a administradores, proveedores y usuarios alrededor de la eficiencia, eficacia y calidad.
- **Confidencialidad:** divulgación de resultados únicamente con fines educativos y de mejoramiento, no debe ser de conocimiento general los nombres de los protagonistas de los casos.
- **Confiabilidad;** garantiza la disponibilidad, consistencia y correcta utilización de los datos.
- **Honestidad:** actúa sin discriminación, con veracidad y justicia en todos sus actos, conceptos y recomendaciones.
- **Planeación:** responde adecuadamente a las preguntas: qué necesito auditar, para qué, cuánto, cómo, con qué recursos y qué indicadores utilizo.
- **Continuidad:** permanente en el tiempo, como parte de los planes y programas institucionales de calidad.
- **Flexibilidad:** adaptable a las condiciones, recursos y necesidades del hospital.
- **Eficiencia:** busca la mejor aplicación del conocimiento técnico – científico y del talento humano, con criterios de oportunidad, calidad y rentabilidad.
- **Calidad:** orienta soluciones para la mejoría de los patrones que caracterizan la gestión hospitalaria.

ESQUEMA DE LA AUDITORIA MEDICA



ASPECTOS ÉTICOS DE LA AUDITORÍA

DEFINICIÓN

El diccionario de la Real Academia de la lengua Española define la Ética como: “La parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre”. El ethos es el perfil del comportamiento de una persona o de una sociedad.

EL SENTIDO DE LO MORAL

La moral es un sistema de normas, principios y valores de acuerdo con el cual se regulan las relaciones mutuas entre el individuo y la sociedad. Es una forma de comportamiento humano que comprende las reglas de juego que una sociedad exige.

PRINCIPIOS ÉTICOS

El auditor médico consciente del papel que juega en la interacción del individuo, en la institución de salud y sociedad debería tener claros los siguientes principios:

- **Integridad.**
En su ejercicio profesional se espera que actúe íntegramente, esto es, con rectitud, honestidad y sinceridad.
- **Objetividad.**
Consiste en ser imparcial en sus actuaciones y analizar sin perjuicios los diferentes aspectos objeto de su trabajo.
- **Independencia.**
Debe tener y desarrollar independencia mental.
- **Responsabilidad.**
Es un principio elemental de ética que está implícito en todas las actuaciones del auditor, lo que permite que sus actuaciones sean confiables.
- **Confidencialidad**
Se requiere de un compromiso de lealtad del auditor médico con las fuentes de información, por lo cual es necesaria la reserva profesional.
- **Competencia profesional**
El auditor médico sólo debe comprometerse a realizar trabajos que estén en el campo de su capacidad e idoneidad. Deberá recurrir a otros profesionales en aquellos campos que no sean de su competencia.

- **Normas técnicas.**
El auditor deberá cumplir su trabajo profesional de acuerdo con normas técnicas y profesionales reconocidas y aceptadas. Su trabajo es objetivo y debe contar con instrumentos y documentación que valide su actuación.
- **Respeto con los colegas.**
Consiste en no afectar negativamente la honra y fama de sus colegas con el fin de sacar provecho de sus actuaciones.
- **Conducta ética.**
El auditor médico debe abstenerse de realizar actos que atenten contra la profesión; procediendo en todo momento de acuerdo con los más elevados preceptos de la moral universal; actuando siempre en forma leal, digna y de buena fe; evitando su participación en acciones fraudulentas de cualquier índole.
- **Respeto a las instituciones y áreas auditadas.**
El auditor no puede aplicar unas normas ideales, sin tener en cuenta las circunstancias de operación del personal o de la institución que audita. Por lo tanto debe tener en cuenta casos de orden estructural, organizativo, académico, financiero, tecnológico, etc. Con el fin de que sus análisis sean objetivos.

Lo anterior lleva a no mantener relaciones prepotentes que generen rechazo por la persona o entidad auditada, dificultando así la tarea del auditor médico.

OBJETIVOS DE LA AUDITORIA MEDICA

OBJETIVO GENERAL

El objetivo fundamental de la auditoria médica es mantener niveles óptimos de calidad mediante el seguimiento, la evaluación, la identificación de problemas y soluciones en la prestación de los servicios de salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Promover el perfeccionamiento de Nivel de la atención Médica, constituyendo un valioso instrumento para la educación continua, basada en el mecanismo de la autocrítica e integrando a todo el cuerpo médico comprometido en la atención brindada.
- Determinar la calidad de la atención médica en los servicio de consulta Externa y Hospitalización.
- Estimar el grado de coordinación alcanzada, entre los diferentes servicios que actúan en forma conjunta, para atender al paciente.
- Programar la atención médica para mejorar los servicios, en base a las experiencias obtenidas.
- Disminuir los índices de ocupación, intervalo de sustitución al valorar el número y tipo de pacientes que permanecen hospitalizados un tiempo mayor del necesario y que podrán tratarse como externos. Este objetivo se aplica a Hospitalización.
- Disminuir el número de pacientes que asisten innecesariamente a consulta externa (reciclador), mediante el estudio y tratamiento completo y adecuado a su patología.
- Coordinar, interpretar y promover las relaciones de trabajo de los médicos entre si, con las autoridades y los usuarios.
- Examinar los datos obtenidos a efectos de identificar índices de rendimiento en las áreas de atención médica para posteriormente corregir sus desviaciones.
- Valuar costos de funcionamiento tendientes a mejorar instalaciones, equipos y servicios.
- Proporcionar al médico, un instrumento de auto-evaluación de sus experiencia clínica, para contribuir en la superación profesional del mismo.

- Seleccionar casos clínicos que por su interés, sean objeto de actividades de investigación y/o enseñanza.
- Evaluar los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los diferentes niveles de atención de los Centros asistenciales de la GDLima.

No es objetivo de la auditoria Médica la fiscalización ni el control de la atención brindada, cuya importancia o se desconoce, pero que deben operar en forma independiente de aquella.

PERFIL DEL MEDICO AUDITOR

En la actualidad no existe norma alguna que establezca la actividad de la auditoria médica, pero podemos citar o sugerir algún perfil ideal del médico auditor.

- Experiencia laboral mayor de 8 años para el Nivel III, mayor de 5 años para el Nivel II, mayor de 4 años Nivel I en la Institución.
- Haber realizado cargos jefaturales o de coordinación en los servicios de Hospitalización y/o Consulta Externa.
- Tener título de médico Especialista en: medicina Interna, medicina Intensiva, Cirugía, ginecología, Pediatría y otros especialidades.
- Haber realizado cursos de capacitación en Administración de Salud o Salud Pública.
- Profesional médico dedicado a la labor docente en las áreas médicas.
- Presentar juicio clínico acertado, capacidad para tomar decisiones apropiadas sobre la atención del enfermo.
- Desarrollar buenas relaciones inter-personales de los empleados y profesionales a fin de favorecer un óptimo trabajo en equipo.
- Tener reconocido prestigio, ser objetivo e imparcial en sus evaluaciones.

OBLIGACIONES Y DEBERES DE LOS AUDITORES MEDICOS

- Velar por la integralidad y confidencialidad de las historias clínicas y documentos sometidos a auditaje.
- Planear las actividades de auditoría.
- Rendir los informes a las entidades a las cuales presta sus servicios y a las autoridades competentes, cuando lo consideren pertinente o éstas lo soliciten.
- Cumplir con los planes y horarios previamente acordados.
- Observar un comportamiento cordial, respetuoso e imparcial con los colegas de la entidad donde ejerce su función de auditor.
- Informarse acerca de acciones correctivas orientadas a mejorar la calidad de atención que hayan sido sugeridas por la Auditoria.
- Ejercer su labor bajo los principios y las características de la Auditoria Médica consagrados en el Código de Ética Médica.
- Abstenerse de todo tipo de discusión, controversia pública con sus colegas, personal de salud, en relación con los casos objeto de auditoria y de censurar cualquier otro acto médico.
- Abstenerse de suministrar información a terceros sobre los resultados de la auditoria.
- En caso de reemplazo de su responsabilidad por cualquier motivo, deberá informar al auditor que lo sustituya sobre el desarrollo y avance de los respectivos planes y programas de auditoria, además de hacer entrega formal de todos los documentos y recursos, que le hayan sido confiados para cumplir su función.
- Dar traslado a otras autoridades, cuando sea el caso.

DERECHOS DE LOS AUDITORES MÉDICOS

- Obtener la información necesaria para realizar su labor.
- Citar a los profesionales y/o trabajadores de la salud para ampliarles información laboral.
- Contar con recursos necesarios para trabajar.

- Participar en reuniones sobre auditoria.
- Ser escuchado por los directivos.
- Ser oídos en descargo por infracciones.
- Presentar quejas ante las autoridades competentes cuando sus recomendaciones no son escuchadas ó se impiden sus labores.

CAPITULO III

REQUERIMIENTOS ESTRATEGICOS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA AUDITORIA CLINICA HOSPITALARIA

El programa se debe iniciar con actividades sencillas, que permitan desarrollar y perfeccionar las actividades de medición y control, con las que se evalúe la calidad de la atención médica. Los siguientes son los insumos estratégicos a partir de los cuales conviene la implantación del programa de auditoría clínica.

- La dirección corporativa asume el liderazgo del desarrollo de la Auditoría Médica.
- La auditoría Médica tiene definidas: misión, visión y objetivos y está basada en claros principios y valores conocidos y compartidos por todos.
- La Auditoría Médica contribuye al mejoramiento continuo de los servicios y de los actores de la atención. No es para castigar o sancionar.
- La auditoría Médica actúa con reglas de juego conocidas, aceptadas y acordadas por todos; cultura de la calidad, estándares, métodos, indicadores.
- La Auditoría Médica se alimenta de información confiable y veraz, indispensable para construir indicadores de gestión útiles y objetivos.
- La auditoría Médica fundamenta el éxito de su gestión en relaciones de mutua confianza y credibilidad para el trabajo en equipo de auditores clínicos, administradores, proveedores y usuarios.
- La auditoría Médica se programa por adelantado y se ejecuta con el conocimiento y participación de aquellos cuya actividad es objeto de examen.
- Los datos de auditoría Médica se discuten antes de elevar el informe al gerente.

- Los problemas se descubren y resuelven en su nivel de ocurrencia.
- El comité o el coordinador del programa de auditoria Médica no son los que resulten los problemas.
- El gerente del hospital con el comité de control interno en funciones de Auditoria Médica, examina resultados y recomendaciones, implanta medidas correctoras y establece normas de vigilancia que garanticen el cumplimiento.
- El objetivo último del control de calidad a través de la Auditoria Médica es eliminar las causas de los problemas.

CAPITULO IV

FORMACIÓN DEL COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA INTERNA

Son Miembros Permanentes:

Aquellos profesionales médicos que reúnan las condiciones de auditor, de acuerdo al perfil, siendo responsables directos de la auditorías médicas, convocando a sesión permanente, de acuerdo a programación según nivel de complejidad:

- 1 hora semanal para hospital nivel I.
- 3 horas semanales para hospital nivel II y III.

Son Miembros Transitorios:

Aquellos profesionales que son convocados por el Presidente del Comité de Auditoría Médica, según corresponda el caso motivo de auditoría siendo:
Los jefes de servicios y/o coordinadores de las diferentes Especialidades Médicas y otros profesionales médicos que se consideren pertinentes.

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ AUDITOR :

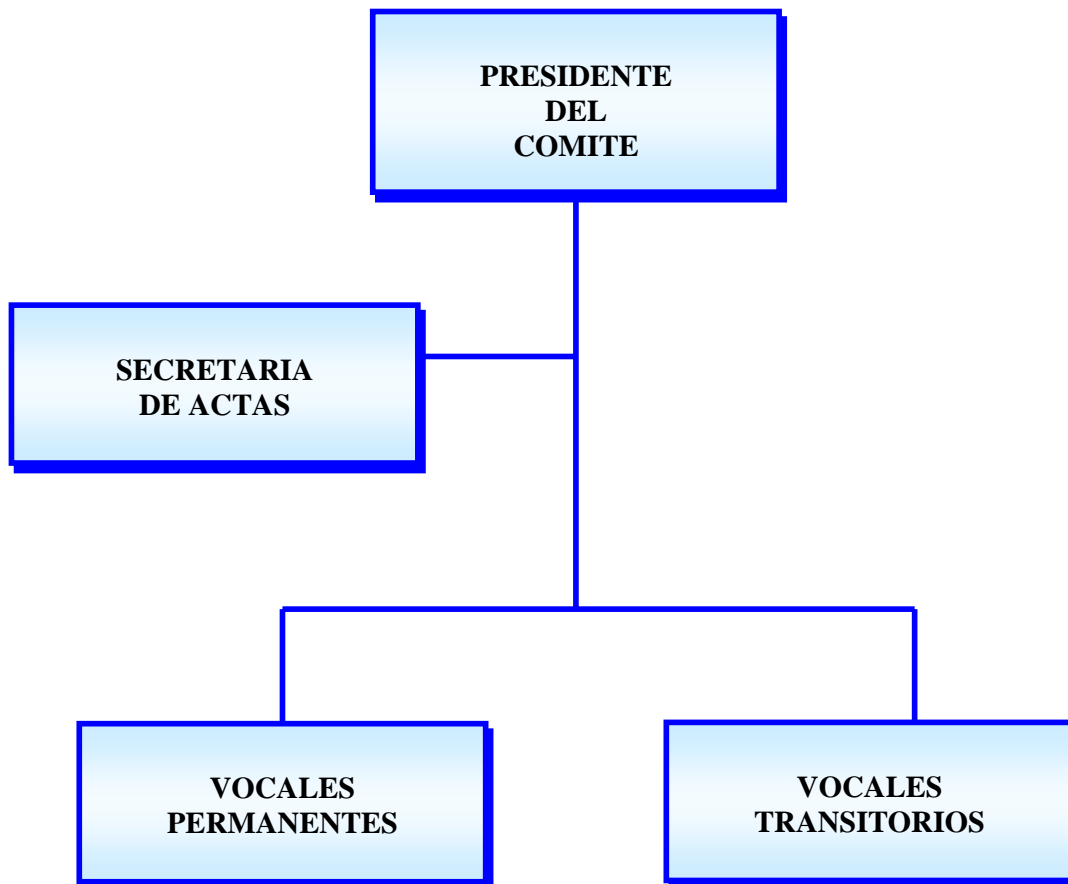
La Presidencia del Comité. Recaerá en el director o su representante o el Médico Internista designado por el Director de la Clínica, de acuerdo al perfil del médico auditor.

PERFIL DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ O MÉDICOS AUDITORES

- Que cuenten con una experiencia laboral mayor de 8 años para el Nivel III, mayor de 5 años para el Nivel II, mayor de 4 años Nivel I en su Institución.
- Que hallan realizado cargos jefaturales o de coordinación en los servicios de Hospitalización y/o Consulta Externa.
- Que tengan título de médico Especialista en: Medicina Interna, Medicina Intensiva, cirugía, Ginecología, Pediatría y otras especialidades.
- Que hallan realizado cursos de capacitación en Administración de Salud o Salud Pública.

- Que sean médicos dedicados a la labor docente en las áreas médicas.
- Que tengan capacidad de presentar juicio clínico acertado, capacidad para tomar decisiones apropiadas sobre la atención del enfermo.
- Que tengan capacidad de desarrollar buenas relaciones inter-personales de los empleados y profesionales a fin de favorecer un óptimo trabajo en equipo.
- Que tengan reconocido prestigio, ser objetivo e imparcial en sus evaluaciones.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



ESTRUCTURA DEL COMITÉ DE AUDITORIA

ÓRGANO DIRECTIVO:

Presidente, director o su representante médico internista o médico con perfil del médico auditor.

ÓRGANO DE APOYO:

Secretaría de actas, médico nominado por el presidente.

ÓRGANO DE LÍNEA:

Los vocales:

Serán los jefes de Departamento y/o servicio involucrados en la atención del paciente, así como los Médicos que se considere pertinente, todos ellos con derecho a voz y voto.

Vocales:

- **Permanentes:** médicos especialistas
- **Transitorios:** Enfermera, obstetrix, químico farmacéutico, odontólogo, así como médico que se considere pertinente.

La Secretaría de Actas. Recaerá en el jefe o Coordinador de capacitación o el médico designado por el presidente del comité considerando el perfil del médico auditor.

FUNCIONES DEL COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA

Las funciones del Comité responsable de la Auditoria Médica son:

1. Elaborar informes de Auditoria Médica.
2. Evaluar cuantitativa y cualitativamente la labor profesional de los servicios médicos a todo nivel y proponer soluciones de mejora que serán implementados en cada centro asistencial.

3. Evaluar los estudios de Técnicas y Métodos diagnósticos y terapéuticos utilizados, determinando la problemática identificada en cada área y propuestas de mejora en cada uno de ellos.
4. Estudiar analíticamente las prestaciones efectuadas mediante la evaluación de la historia clínica.
5. Analizar toda queja por incorrecta o inadecuada práctica profesional que se formule de los médicos de la institución.
6. Proyectar propuestas de mejora en base a la información obtenida de la Auditoria Médica.
7. Propugnar normas estándares de atención médica para las diferentes especialidades y patología.
8. Evaluar aspectos administrativos pertinentes para establecer flujogramas de trabajo eficientes (ejemplo admisión, pre-entrega, almacén).
9. Los resultados del trabajo del comité serán presentados periódicamente (cada mes) al Director del Hospital.
10. Promover la Educación Médica permanente.
11. Realizar Auditoria de Procesos y Costos.

METAS DEL COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA

Las metas son:

- a. Reconocimiento de errores y causales con miras a su corrección y mejorar la calidad de atención médica.
- b. Formación de conciencia en los profesionales Médicos sobre la responsabilidad que le corresponde prestar involucrando a los cuerpos médicos de cada hospital.
- c. Perfeccionamiento del trabajo médico en función del material de evaluación continua que es inherente a la auditoria Médica.
- d. Mejorar racionalidad en exámenes auxiliares, uso de recursos humanos y financieros considerando el uso de protocolos.

- e. Mejorar calidad de atención en salud y racionalidad de uso de recursos mediante la utilización de protocolos e indicadores, estándares y la auditoria de Procesos y costos.
- f. Promover conocimientos médicos, éticos y deontológico.
- g. Actualizar normas y mejorar el uso de instructivos, guías y protocolos.

TECNICA DEL TRABAJO MEDICO AUDITOR EN EQUIPO

Las técnicas son:

- Los procedimientos para luego de identificado el problema, buscar las soluciones, optimizar la mejor de estas y decidir cual es la mas adecuada.
- Caminos que orientan al Comité de Auditoria Médica sobre cómo debe trabajar, y que le indican la ruta a seguir, pues facilitan la consecución de los objetivos a lograr.
- Las maneras, procedimientos o medios sistematizados de organizar y desarrollar las actividades del Comité de Auditoria Médica.
- Los medios o los métodos empleados en situaciones grupales, buscando la interacción de todos los miembros de un equipo a fin de lograr los objetivos propuestos.

Descripción de las principales técnicas.

A. TECNICAS EXPLICATIVAS

Se distinguen porque el conductor o algunos especialistas son quienes exponen el tema o asunto a tratar.

La intervención del individuo es mínima.

1. TECNICA INTERROGATIVA O DE PREGUNTAS.

A) Objetivos

- Establecer comunicación en tres sentidos (Conductor – Comité de Auditoria Médica; Comité de Auditoria Médica – Conductor y Dentro del Comité de Auditoria Médica).
- Conocer las experiencias de los individuos y explorar sus conocimientos.
- Intercambiar opiniones con el Comité de Auditoria Médica.
- Detectar la comprensión que se va teniendo sobre el tema.
- Evaluar el logro de los objetivos.

B) Descripción

En esta técnica se establece un diálogo conductor – Comité de auditoría Médica aprovechando el intercambio de preguntas y respuestas que se formulan dentro de la sesión. Dentro del interrogatorio existen dos tipos de preguntas:

Informativos o de memoria

Reflexivos o de raciocinio, éstas pueden ser analíticas, sintéticas, introductorias, deductivas, selectivas, clasificadoras, valorativas, críticas y explicativas.

C) Ventajas

- Atrae mucho la atención de los individuos y estimula el raciocinio haciéndoles comparar, relacionar, juzgar y apreciar críticamente las respuestas.
- Sirva de diagnóstico para saber el conocimiento individual sobre un tema nuevo.
- Permite ir evaluando si los objetivos se van cumpliendo.
- Propicia una relación conductor-equipo más estrecha.
- Permite al conductor conocer más a su Comité de Auditoría Médica.

D) Desventajas

Cuando el interrogante se convierte en un medio para calificar.

E) Recomendaciones

- Prepare las preguntas antes de iniciar la sesión, no las improvise.
- Formule preguntas que no sean tan fáciles ni tan difíciles como para que ocasionen desaliento o pérdida de interés.
- Las preguntas deben de incitar a pensar, evite las que puedan ser contestadas con un SI o con un NO.

- Utilice los refuerzos positivos.
- Corrija inmediatamente las respuestas erróneas.

2. MESA REDONDA

a) Objetivos

- Que el individuo aprenda a expresar sus propias ideas.
- Que el individuo aprenda a defender su punto de vista.
- Inducir a que el individuo investigue.

b) Descripción

Se necesita un grupo seleccionado de personas (de 3 a 6), un moderador y un auditorio.

Puede haber también un secretario, que tendrá la función de dar un reporte por escrito de la discusión y lo más importante sobre las conclusiones a las que se llegó. El grupo, el moderador y el auditorio tendrán que haber investigado antes sobre el tema que se a discutir. Los que habrán estudiado más a fondo serán los miembros del grupo seleccionado. El moderador tendrá como labor dirigir la polémica e impedir que los miembros se salgan del tema. Este se debe reunir previamente con los integrantes de la mesa redonda para coordinar el programa, dividir el problema general en partes adecuadas para su exposición asignándole a cada uno un tiempo determinado y preparar el plan de trabajo. La forma de discusión es de tipo conversación (no se permiten los discursos).

La atmósfera puede ser formal o informal. No puede haber control completo por el moderador, dado que los miembros de la mesa pueden ignorar las preguntas e instrucciones.

Se pueden exponer y enfocar diferentes puntos de vista, diferentes hechos diferentes actitudes sobre un tema, asuntos de actualidad y asuntos controvertidos.

c) Ventajas

- Enseña a las personas a discutir, escuchar argumentos de otros, a reflexionar acerca de lo dicho y aceptar opiniones ajenas.
- Enseña a los conducidos a defender sus propias opiniones con argumentos adecuados y con una exposición lógica y coherente.
- Es un intercambio de impresiones y de críticas. Los resultados de la discusión son generalmente positivos.
- Es un excelente método para desarrollar sentimiento de quipo, actitud y cortesía y espíritu de reflexión.
- Permite al conductor observar en sus conducidos participación, pensamiento y valores.
- Permite recolectar gran cantidad de información, ideas y conocimientos.
- Estimula el trabajo en equipo.

d) Desventajas

- Como los resultados no son inmediatos, dan la sensación de que es una pérdida de tiempo y que se fomenta la indisciplina.
- Exige mucho tiempo para ser llevada a cabo.
- Requiere un muy buen dominio del equipo por el conductor.
- Si no es bien llevada por el moderador, puede ser dispersiva, todos hablan y discuten a la vez y ninguno se escucha.
- Sólo sirve para pequeños equipos.
- Es aplicable sólo cuando los miembros del equipo tengan conocimientos previos acerca del tema.

e) Recomendaciones

- Se deben de tratar asuntos de actualidad.
- Se les debe de dar la bibliografía sobre el tema.
- Se debe llevar a cabo cuando se compruebe que las personas estén bien preparadas.

3. SEMINARIO

a) Objetivos

- Enseñar a sistematizar los hechos observados y a reflexionar sobre ellos.
- Intercambiar opiniones entre lo investigado con el especialista en el tema.

Fomentar y ayudar a :

- Al análisis de los hechos.
- A la reflexión de los problemas antes de exponerlos.
- Al pensamiento original.
- Ala exposición de trabajos hechos con órdenes, exactitud y honestidad.

b) Descripción

Generalmente en el desarrollo de un seminario se siguen varias formas de acuerdo a las necesidades y circunstancias de la enseñanza; sin embargo son tres las formas más comunes en el desarrollo de un seminario. El conductor señala temas y fechas en que los temas serán tratados, señala la bibliografía a usar para seguir el seminario. En cada sesión el conductor expone lo fundamental del tema y sus diversas problemáticas. Los conducidos exponen los resultados de sus investigaciones y estudios sobre dicho tema, y se inicia la discusión. Cuando alguna parte del tema no queda lo suficientemente aclarada, el conductor presentará su ayuda u orientará a nuevas investigaciones a presentar y discutir en una nueva reunión. Se coordinarán las conclusiones s que lleguen los conducidos con la ayuda del conductor.

c) Ventajas

- Es muy útil para el estudio de situaciones o problemas donde no hay soluciones predeterminadas.
- Favorece y desarrolla la capacidad de razonamiento.
- Despierta el espíritu de investigación.

d) Desventajas

- Se aplica sólo a equipos pequeños.

e) Recomendaciones

- Se recomienda su uso en preparatoria y profesional para fomentar el espíritu de investigación.
- Se recomienda elegir muy bien a los expositores.

4. ESTUDIOS DE CASOS

a) Objetivos

- Aplicar conocimientos teóricos de la disciplina estudiada en situaciones reales.
- Realizar tareas de fijación e integración del aprendizaje.
- Llevar a la vivencia de hechos.
- Habituar y analizar soluciones bajo sus aspectos positivos y negativos.
- Enseñar al miembro a formar juicios de realidad y valor.

b) Descripción

Es el relato de un problema o un caso incluyendo detalles suficientes para facilitar a los equipos el análisis. El caso debe de ser algo que requiera diagnóstico, prescripción y tratamiento adecuado.

Puede presentarse por escrito, oralmente, en forma dramatizada, en proyección luminosa o una grabación. Los casos deben de ser reales, pero nada impide que se imaginen casos análogos a los reales.

c) Ventajas

- El caso se puede presentar en diferentes formas.
- Puede asignarse para estudio antes de discutirlo.

- Da oportunidades iguales para que los miembros sugieran soluciones.
- Crea una atmósfera propicia para intercambio de ideas.
- Se relaciona con problemas de la vida real.

d) Recomendaciones

Explicar los objetivos y tareas a desarrollar.

- Distribuir el material.
- Propiciar que todos los participantes entreguen conclusiones o soluciones.
- Procurar que sea el conductor quien clasifique el material recolectado y lo prepare para la discusión.

5. FORO

a) Objetivos

- Permite la libre expresión de ideas de todos los miembros del equipo.
- Propicia la integración el espíritu crítico y participativo.

b) Descripción

El foro se lleva casi siempre después de una actividad (película, teatro, simposio, etc.).

c) Ventajas

- Se propicia la participación de todos los miembros del equipo.
- Se profundiza en el tema.
- No requiere de materiales didácticos y planeación exhaustiva.

- Son útiles para el estudio de situaciones donde no hay soluciones predeterminadas.
- Desarrolla la capacidad de razonamiento.

d) Desventajas

- No es útil cuando el equipo no está preparado para dar opiniones.
- Se puede aplicar sólo a equipos pequeños.

e) Recomendaciones

Nombrar un secretario para que anote por orden a quien solicite la palabra.

Procurar mantener una actitud imparcial; por parte del moderador para evitar desviaciones.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN QUE DEBERÁ TENER UN COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA

Criterios Administrativos:

- Conocimiento básico de las Normas relacionadas con la salud.
- Conocimiento de los Reglamentos Internos institucionales, Manuales de Organización y Funciones de cada servicio.
- Conocimiento de los Manuales de Reglamento de cada servicio.
- Conocimiento de información sobre los fines específicos de la Auditoria a realizar.
- Conocimiento de los instrumentos a manejar en la aplicación de la Auditoria.
- Conocimiento de las formas.

Formas mínimas. Se consideran:

- Carpeta para archivo.
- Hoja de identificación (nombre del usuario, sexo, edad, número de historia clínica, dirección y teléfono).
- Hoja de evolución.
- Hoja para exámenes de laboratorio.
- Otros exámenes y ayudas diagnósticas.

Orden de la historia clínica.

- Hoja de inscripción.
- Hoja de historia clínica de adultos o pediátrica.
- Hoja de evolución.
- Hoja para exámenes de laboratorio.
- Otros exámenes y ayudas diagnósticas.
- Hoja de referencia y contrarreferencia.

Orden de la historia clínica para servicios de hospitalización.

- Inscripción.
- Resumen de egreso.
- Historia clínica que contenga:
 1. identificación,
 2. evolución,
 3. ordenes médicas,
 4. informes de laboratorio,
 5. incapacidades,
 6. otras ayudas diagnósticas.

- Registro de anestesia y recuperación.
- Descripción intervención quirúrgica.
- Hoja de temperatura.
- Hoja de observaciones de enfermería (ingresos-egresos).
- Hoja de actividades de enfermería.
- Control de medicamentos.
- Control de signos vitales.
- Hoja de monitoría fetal.
- Historia de recién nacido:
 - Nombre y número de la historia clínica.
 - Nombre, código, firma y sello del médico responsable de cada actividad.

Criterios Clínicos.

- Edad, ocupación, lugar de origen, procedencia del usuario.
- Motivo de consulta y enfermedad actual.
- Antecedentes personales (indagar por hipertensión arterial, diabetes, asma, tuberculosis, cáncer, etc.).
- Antecedentes Familiares.
- Antecedentes Ginecobstétricos.

- (menarca, número de embarazos, partos, abortos, fecha de la última menstruación, planificación familiar).

Examen Físico:

- Signos vitales
- Aspecto General
- Cabeza
- Órganos de los Sentidos
- Cuello
- Tórax, Corazón y Pulmones
- Abdomen
- Genitales
- Examen Rectal
- Osteoarticular
- Extremidades
- Neuromuscular

Signos vitales:

- Pulso
- Presión arterial
- Temperatura
- Frecuencia respiratoria

Registro e interpretación de exámenes para clínicos

- Impresión diagnóstica.
- Plan de tratamiento.
- Exámenes paraclínicos ordenados.
- Clase y dosis de medicamentos ordenados.

CALIFICACION

Se califica de 1 a 5 cada criterio y la suma total se divide por el número de criterios evaluados.

CONCLUSION

Una buena historia clínica debe registrar:

- Cuál es el estado subjetivo del paciente y los hallazgos objetivos del médico.
- Cuál fue el diagnóstico presuntivo que formuló el médico.
- Qué elementos de ayuda diagnóstica presuntiva que formuló el médico.
- Cuál fue el tratamiento establecido
- Cuál fue la evaluación del paciente
- Tiempo de duración del proceso
- Diagnóstico definitivo

CAPITULO V

PROTOCOLOS E INSTRUMENTOS PARA LA AUDITORIA MEDICA

PROTOCOLOS DE MANEJO

Definición.-

Es una línea de acción o guía de manejo de una patología determinada.

Es una gran síntesis de las normas mínimas que se deben aplicar a los pacientes.

Un protocolo de atención puede ser una especie de marca institucional, lo que le da a una institución hospitalaria el carácter de escuela.

Asimismo, los protocolos pueden ser impuestos por las entidades prestadoras de salud con un criterio de calidad y costo-beneficio.

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

Todo protocolo debe tener los siguientes elementos:

- **Título**
- **Definición:** Se aplica qué se entiende por dicha patología.
- **Orientación diagnóstica:** se establecen las principales características diagnósticas en cuanto a: cuadro clínico, examen físico, exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas, anatomía patológica.
- **Orientación terapéutica:** el tipo de manejo general, farmacológica, quirúrgica.
- **Observaciones y recomendaciones.**

FALTA DE PROTOCOLOS DE MANEJO

Cuando una institución prestadora de servicios de salud no cuenta con protocolos de manejo, se pueden presentar una serie de problemas, entre los cuales tenemos:

- Aumento de mortalidad
- Aumento de infecciones
- Aumento de reingresos
- Aumento de costos

- Aumento de demandas
- Aumento de problemas éticos
- Rechazo de los usuarios
- No hay mejoras
- No hay calidad
- No hay tiempo para mejorar procesos de atención

Todo lo anterior nos lleva a destacar la importancia que los protocolos de manejo clínico o guías de atención representan para cualquier institución de salud que quiera mantener altos estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud.

CAPITULO VI

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

GRUPOS DE ENFOQUE

Se busca conocer las opiniones sobre un tema, mediante la discusión y análisis en grupos pequeños. Los grupos de enfoque sirven para:

- Poner en marcha ideas de mejoramiento
- Probar cambios, soluciones, con el fin de perfeccionarlos
- Aclarar las dinámicas de interacción de un área
- Solicitar propuestas de las personas involucradas en un programa.
- Determinar expectativas de los clientes (interno y externo)

ENCUESTAS

Son instrumentos que, a manera de cuestionarios, permiten renovar una información.

Las encuestas se utilizan para:

- Detectar nivel de satisfacción del cliente.
- Conocer los efectos de un programa de mejoramiento
- Medir la distancia entre lo efectuado y lo que aún falta por desarrollar
- Conocer anticipadamente las reacciones ante posibles cambios
- Tener una imagen más directa de las características del cliente.

Criterios para elaborar encuestas.

Para el diseño de la encuesta se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Las preguntas deben ser claras, sencillas y fáciles de comprender.
- Las preguntas deben tener varias opciones.
- La encuesta debe ser imparcial
- La encuesta debe tener interés para el encuestado

- Hay que evitar el exceso de encuestas
- Cada pregunta sólo debe originar una respuesta

Como ejemplo, presentamos una encuesta sobre opinión del servicio recibido en una institución hospitalaria.

Ejemplo de formulario de encuesta

Gracias por contestar este formulario.		
Su opinión es valiosa para servirle mejor.		
1. ¿Usted recibió un trato respetuoso y amable?:	SI	NO
a) Del vigilante	_____	_____
b) Personal de Kárdex	_____	_____
c) Personal de admisiones	_____	_____
d) Persona de la caja	_____	_____
e) Persona que le dio la cita	_____	_____
f) Personal de enfermería	_____	_____
g) Personal médico	_____	_____
2. ¿Cuánto tiempo se demoró pidiendo una cita? (Marque una sola respuesta)	SI	NO
Entre 15 minutos y media hora	_____	_____
Más de media hora	_____	_____
No se la dieron	_____	_____
3. ¿Fue atendido a la hora de la cita?.	_____	_____
4. El médico le permitió comentar acerca de la enfermedad?	_____	_____
5. ¿Usted se siente satisfecho con el servicio?	_____	_____
Si su respuesta es NO, explique brevemente por qué _____		

6. Sugerencias que nos ayuden a mejorar el servicio _____		

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

Son formatos diseñados para efectuar registro de información de toda índole. Nos permite conocer la frecuencia de los eventos, así como los responsables de los mismos. La información debe ser sistemática.

Un formulario de verificación de información, nos permite, entre otros, conocer:

- El número de quejas por servicio
- El consumo de elementos de alto costo
- El personal ausente del servicio
- Las fallas en el proceso de facturación

La información recolectada nos llevaría a buscar las causas de los problemas, los responsables y el seguimiento de las recomendaciones de mejoramiento.

Algunos ejemplos de formularios de verificación de información, serían:

Razones por las cuales se rechaza el despacho de una fórmula médica

RAZON	MES		
	Nombre del Médico y Código		
	Consulta Externa	Hospitalización	Emergencias
Letra ilegible			
Droga fuera de formulario			
Información incompleta			
Otras			

Hoja de control para las quejas de usuarios

Número de quejas												
Meses	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Clase de queja												
Trato												
Demora en el servicio												
Habitación en mal estado												
Factura mal elaborada												
Otras												

HISTOGRAMA

Es una gráfica de barras que muestra claramente unos datos mensuales. Comunica visualmente información sobre la variación de un proceso.

Técnicamente consiste en una serie de columnas de igual anchura o barras de distintas alturas. La altura de cada columna varía porque cada una refleja el número de detalles de los datos.

Debe ser utilizado con datos continuos. Los intervalos de clase no se pueden superponer. En la línea horizontal se muestran los intervalos de clase y en la línea vertical la frecuencia:

Ejemplo: datos de 125 pacientes de consulta externa de acuerdo con la hora de llegada.

HORA DE LLEGADA	Nº DE PACIENTES
1 – 3	10
3 – 8	2
8 – 12	20
12 – 15	25
15 – 16	50
16 – 20	18
Total	125

GRAFICOS DE PARETO

Pareto fue un economista europeo del siglo pasado que mostró cómo el 20 por ciento de la población capta el 80 por ciento de las riquezas (Principio de Pareto)

También conocido como la regla 80 – 20.

En el área de la salud tenemos:

- El 80% de los errores es cometido por el 20% del personal.
- El 80% del maltrato a los usuarios proviene del 20% del personal.
- El 80% de las fallas de atención es cometido por el 20% de los médicos.
- El 80% de las fallas en equipos es producido por el 20% de los equipos.

Para la gráfica de Pareto nos permite:

- Concentrar la atención en lo esencial
- Conocer las secuencias de un problema
- Verificar cambios en el tiempo
- Tener un impacto visual inmediato

Para elaborar la gráfica, es necesario

- Recolectar la información
- Organizar la información
- Organizar la información en puntaje descendente de izquierda a derecha
- El eje vertical representa la frecuencia de datos y el eje horizontal el tipo de problema
- Cada barra se suma y el porcentaje se diagrama encima de cada barra, demostrando esta gráfica la tendencia acumulativa.

GRAFICAS DE TENDENCIA Y CONTROL

Son instrumentos que permiten visualizar la información a través del tiempo.
Posibilitan:

- Conocer el comportamiento de un fenómeno (ventas, egresos, temperatura, muertes) en diversos momentos.
- Permiten vigilar la marcha de un proceso.

DIAGRAMA DE CAUSA Y EFECTO

Llamado también diagrama de Ishikawa o espina de pescado.

Sirve para formular problemas y sus causas principales, así como para elaborar un diagrama que permita desarrollar un plan de implementación.

Antes de elaborar el diagrama mediante una lluvia de ideas se buscan posibles causas del problema. Estas causas dadas por Ishikawa, en grandes categorías, hasta construir el diagrama. Para que el diagrama de causa y efecto tenga relevancia, se debe tener en cuenta:

- El grupo de personas debe conocer el problema.
- Las personas que tienen que ver con el problema deben estar involucradas en su solución.
- Si el problema tiene una multitud de causas, hay que discriminarlo y analizarlo aparte en otros diagramas.
- Es frecuente ver causas que se repiten en las distintas categorías.

CAPITULO VII

PAPELES DE TRABAJO DEL AUDITOR MÉDICO

DEFINICIÓN

El auditor médico debe elaborar papeles de trabajo en los que deja constancia de las labores realizadas con el fin de emitir un juicio profesional.

Dichos papeles de trabajo están sujetos a reserva y podrán ser examinados por las autoridades competentes, en caso necesario.

OBJETIVO DE LOS PAPELES DE TRABAJO

Los papeles de trabajo son una evidencia válida de la labor del auditor, y cumplen los siguientes objetivos:

- Facilitar la preparación del informe
- Comprobar y explicar las opiniones expresadas en el informe
- Coordinar las diversas fases del trabajo.
- Mantener un registro histórico permanente de la información examinada y los procedimientos aplicados.
- Servir de guía en revisiones posteriores.

PLANEACIÓN DE LOS PAPELES DE TRABAJO

La preparación adecuada de los papeles de trabajo requiere una cuidadosa planeación antes y durante el curso de la auditoria. Generalmente se utiliza una hoja de trabajo para cada cuenta o área sujeta a análisis o comprobación.

Los papeles de trabajo contienen los archivos necesarios de acuerdo con el ente que se evalúa.

Hay dos clases de expedientes:

- a. El expediente que tiene la información del año o período que se evalúa.
- b. El expediente del archivo permanente que contiene información que no cambia de un periodo a otro y que por lo tanto no debe ser duplicado.

En este tipo de archivos primeramente tenemos la información general de la entidad, por ejemplo:

- Escritura de constitución de la entidad
- Junta Directiva, composición, actas.
- Estatutos
- Organigrama
- Reglamentos
- Manuales de procedimientos
- Tipo de servicios que prestan
- Planta física
- Sistemas de control
- Comités y actas
- Políticas salariales
- Políticas de compras
- Políticas de contratación civil y comercial
- Programas de seguros, etc.

Este tipo de información debe ser cuidadosamente guardado con el fin de evitar repetición innecesaria en auditorias posteriores.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PAPELES DE TRABAJO

El contenido de la información de auditoria requerida variaría de acuerdo con las circunstancias específicas y del tipo de institución que se quiere evaluar. Es conveniente establecer un programa de auditoria, así como los responsables de cada área que se requiera analizar. Los papeles de trabajo deben tener índices que relacionen las hojas de trabajo, con una hoja resumen de cada proceso evaluado.

Los papeles de trabajo deben describir los procedimientos de verificación aplicado; no se trata de transcribir toda la información, por la cual debe adoptarse el procedimiento de solución de solicitar duplicados o fotocopias. El auditor está obligado a guardar reserva de todo aquello que conozca y que haga parte de los papeles de trabajo. Hay que recordar que dichos documentos son privados, sometidos a reserva y que sólo pueden ser conocidos por terceros, con autorización del cliente o en los casos previstos en la ley.

CONTENIDO DE LOS PAPELES DE TRABAJO

No es posible aquí entrar a determinar todas las posibilidades de una auditoría en salud, pero a manera de ejemplo podríamos decir que la mayor parte de los papeles de trabajo estarían en las siguientes categorías:

Estructura Orgánica

- Junta directiva
- Estatutos
- Manuales de funcionamiento
- Manuales de normas y procedimientos
- Comités

Área Administrativa

- Registro de proveedores
- Procesos de adquisiciones
- Contratación de servicios
- Programas de seguros
- Inventarios
- Planeamiento hospitalario
- Mantenimiento
- Servicios de alimentación y lavandería

Área Asistencial

- Número de camas
- Índices de ocupación, morbimortalidad, estancia, infecciones, reingresos, etc.
- Manuales de normas y procedimientos
- Protocolos de manejo
- Actas de comités
- Equipamiento y dotación
- Historias clínicas, organización y manejo.

Área Financiera

- Presupuesto de rentas y gastos
- Control presupuestal
- Sistema contable
- Registro y control de ingresos
- Proceso de facturación
- Gestión de cartera
- Estados financieros
- Pasivos
- Costos y tarifas
- Copia de los dictámenes de estados financieros

Atención al Cliente:

- Medición de índices de satisfacción
- Oportunidad de la atención
- Demandas por mala práctica
- Programas de información a la comunidad
- Registro de quejas y respuestas a los usuarios

Toda la información anterior de acuerdo con las circunstancias, específicas de cada intervención, deberá ser consignada en:

- Hoja de trabajo
- Cuestionarios
- Planillas
- Hojas de análisis
- Actas u otros papeles relativos
- Certificaciones
- Asientos de ajustes
- Gráficas.

Sólo así se facilitará la recolección de la información y la utilización por parte de otras personas.

CAPITULO VIII

INSTRUMENTOS PARA LA CAPTURA DE PUNTAJE OBTENIDO EN LA EVALUACIÓN

Instrumento para la captura de puntaje obtenido en la evaluación

Institución: _____ Servicio: _____ Fecha: _____

Historia Clínica N°. _____ Código Médico: _____

Información administrativa requerida	completo		Datos faltantes
	Sí	No	
Datos de identificación del paciente			
Datos de la administradora			
Datos del ingreso			

Información clínica requerida

Ítems a evaluar (características)	Subtotal Puntos posibles	Total Puntos Posibles	Total Puntos Obtenidos
1. Anote el motivo de consulta		10	
2. Describa la enfermedad actual		20	
3. Registre los antecedentes		10	
Antecedentes quirúrgico	1		
Antecedentes infecciosos	1		
Antecedentes obstétricos	1		
Antecedentes traumáticos	1		
Antecedentes alérgicos	1		
Antecedentes venéreos	1		
Antecedentes tóxicos	1		
Antecedentes psiquiátricos	1		

Evaluación de riesgos (ocupacionales, otros)	1		
Antecedentes familiares	1		
4. Anote la revisión por sistemas		10	
5. Describa el examen físico		20	
Signos vitales	5		
Examen físico general	5		
Examen físico sistemas problema	10		
6. Registre los diagnósticos		20	
7. Anote la conducta. Plan de estudio y manejo		10	
1. Pruebas diagnósticas (Lab + Rx + otras)	2.5		
2. Interconsultas	2.5		
3. Prescripción, terapias	2.5		
4. Manejo no farmacológico, dieta, ejercicio, etc.	2.5		
8. Cumple requisitos administrativos		5	
Total Puntos Posibles		100	

Se considera una historia clínica inicial o de primera vez con registro de calidad inaceptable la que obtiene menos de 80 puntos, aceptable entre 80 y 90 puntos, y de buena calidad entre 90 y 100 puntos.

Indicador

Relación Operativa	Fuente	Periodicidad	Estándar
Sumatoria puntajes obtenidos Número de historias examinadas	Historia Clínica	Muestras Trimestrales	Aceptable 80 -90 Satisfactorio 90 - 100

Porcentaje técnico de calidad de elaboración de historia clínica de evolución o control

Objetivo: evaluar aspectos de la calidad de la prestación de servicios de salud, relacionados con la eficacia del proceso de atención, medida a través de la relación técnico – científica y continuidad guardada entre una nota de evolución o control con la historia clínica precedente, en la que existe una nota de evaluación o ingreso que expone un problema de salud no resuelto o en evolución, que ameritó una nueva evaluación de seguimiento.

Incluye las notas de ingreso, reingreso, evolución de consulta externa, controles a consultas de emergencias, evolución del paciente hospitalizado, cirugía, anestesia, notas de egreso.

Proceso: se considera pertinente un registro clínico de control, cuando:

- Hay secuencias cronológicas y lógicas de las notas iniciales y de control.
- Expone el motivo del control y retorna y evalúa aquellas condiciones preocupantes de su progresión y magnitud. Es decir, los cuali-cuantifica.
- Busca nuevos hallazgos de síntomas.
- Signos relacionados con la condición general.
- La enfermedad del paciente, haciendo énfasis en la exploración de órganos blanco susceptibles al proceso motivo de control.
- Con base en las observaciones, ratifica, modifica o plantea nuevos diagnósticos.
- Evalúa los resultados de conductas previas.
- Describe las órdenes o conductas tomadas (¿y los resultados esperados?).
- Anote la fecha, hora e identificación del profesional.
- Consigna el plan de seguimiento

Instrumento para la captura de puntaje obtenido en la evaluación.

Institución: _____ Servicio: _____ Fecha: _____

Historia Clínica N°. _____ Código Médico: _____

Ítems a evaluar (características que debe tener)	Puntos Posibles	Puntos Obtenidos
1. Secuencia cronológica y lógica de la evolución.	5	
2. Evolución y evaluación de los síntomas vigilados.	10	
3. Revisión por sistemas, énfasis órgano blanco de la E.A.	5	
4. Examen físico general. Signos vitales y otros sistemas.	10	
5. Examen físico órganos blanco.	20	
6. Diagnósticos nuevos o ratificación anteriores.	20	
7. Evaluación conductas previas y acatamiento de órdenes.	10	
8. Ordenes o conducta a seguir.	10	
9. Requisitos administrativos.	5	
10. Plan de seguimiento.	5	
Total Puntos	100	

Se considera una historia clínica de evolución o control con registro de calidad inaceptable la que obtiene menos de 80 puntos, aceptable entre 80 y 90 puntos y de buena calidad entre 90 y 100 puntos.

Porcentaje de calidad técnico – científica de la conducta prescriptiva de medicamentos

Objetivos: evaluar aspectos de calidad de la atención a un paciente por un profesional tratante, relacionados con la eficacia, suficiencia e integridad medidas a través de la calidad técnico científica y racionalidad de costos de la prescripción de medicamentos, con el objeto de resolver farmacológicamente un problema de salud identificado. Verifica la aplicación de criterios establecidos por las escuelas médicas, normas de atención adoptadas por la institución o a políticas de calidad predeterminadas.

Proceso: determinar si la prescripción registrada en el expediente clínico del paciente, corresponde en sus indicaciones a las necesidades clínicas diagnosticadas al paciente. Verificar en el registro la especulación del nombre genérico o comercial, presentación dosis y periodicidad.

Eventualmente se puede validar lo anotado en la historia contra la receta médica. En el paciente hospitalizado la evolución y formulación por el médico tratante mínimo debe ser diaria, o cuantas veces el estado clínico del paciente lo exija. La prescripción en todas las evoluciones debe describirse en forma completa y no utilizar abreviatura o frases como: igual medicación anterior o iguales órdenes médicas.

Características y atributos de una prescripción farmacológica de calidad:

- Existe correlación entre la indicación de los medicamentos seleccionados y el padecimiento diagnosticado clínicamente, de acuerdo con el conocimiento científico reconocido por la ciencia médica actual.
- No se dejaron de prescribir medicamentos necesarios.
- Los medicamentos seleccionados son de un precio más racional que otros de igual beneficio terapéutico, indicación y calidad.
- No existen interacciones indeseadas entre los medicamentos prescritos.
- Acata guías de manejo y/o vademécum adoptados por la institución.
- No existen contraindicaciones de los medicamentos prescritos, en referencia al problema de salud o estado general del paciente.
- La planeación del ciclo de tratamiento está de acuerdo con las normas terapéuticas recomendadas.
- La posología indicada está de acuerdo con la condición del paciente y sus necesidades de niveles terapéuticos.
- La vía de administración es apropiada a la necesidad clínica y al estado general del paciente.

Instrumento para la captura de puntaje obtenido en la evaluación.

Institución: _____ Servicio: _____ Fecha: _____

Historia Clínica N°. _____ Código Médico: _____

Ítems a evaluar (características que debe tener)	Puntos Posibles	Puntos Obtenidos
Correlación entre la prescripción y el diagnóstico clínico, indicación y pertinencia.	30	
Sin faltantes o carencias en la prescripción	10	
Costo razonable de los productos elegidos.	10	
Combinación apropiada de medicamentos.	10	
Acatamiento de protocolos y guías de manejo adoptadas.	5	
Medicación no contraindicada.	10	
Ciclo de tratamiento congruente con el padecimiento.	10	
Posología de acuerdo a conveniencia clínica y terapéutica.	10	
Vías de administración seleccionadas adecuadas.	5	
Total Puntos	100	

Relación Operativa	Fuente	Periodicidad	Estándar
Sumatoria puntajes obtenidos	Historia Clínica	Semestral o Trimestrales	Acceptable 80 -90
Número de historias examinadas			Satisfactorio 90 - 100

CAPITULO IX

LAS HISTORIAS CLÍNICAS QUE SON DE ANÁLISIS OBLIGATORIO POR EL COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA

Son las siguientes:

- Las defunciones con problemas diagnósticos y sin diagnóstico definitivo.
- Todos los pacientes hospitalizados más de 20 días.
- Queda a criterio del comité el auditar aleatoriamente las historias Clínicas de pacientes que hayan recibido transfusión de sangre.
- Todos los pacientes hospitalizados en cirugía que presentan complicaciones post-operatorias.
- Todos los pacientes reoperados.
- Operaciones cesáreas primarias.
- Historias clínicas que observen quejas de los usuarios por escrito.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Se aplicará la hoja de Evaluación de Historias Clínicas de Hospitalización y Consulta Externa.
- El auditor eliminará hasta un máximo posible la subjetividad aplicando estrictamente los criterios de evaluación establecida.

La historia clínica según las normas establecidas internacionalmente debe registra como mínimo:

- a) ¿Cuál es el estado subjetivo del paciente y los hallazgos objetivos del médico?
- b) ¿Cuál fue el diagnóstico presuntivo?
- c) ¿Qué elementos de ayuda diagnóstica se solicitan?
- d) ¿Qué tratamiento recibió (periódicos, vía, dosis, características)?
- e) ¿Cuál fue la evolución del paciente?

- f) ¿Lapso durante el que se desarrolló el proceso?
- g) ¿Cuál fue el diagnóstico definitivo?

El informe de auditoría médica está constituido por:

- Datos generales: hospital, clínica y servicio auditado.
- Motivo de la auditoría.
- N° de la auditoría
- Fecha y hora
- Equipo auditor, nombres y especialidades.
- Participantes en las reuniones de apertura y clausura
- Resultados de la calificación de la Historia Clínica
- Resumen de las observaciones
- Conclusiones
- Metas de trabajo (acciones correctivas)
- Recomendaciones

MODELO SUGERIDO PARA LLENADO DE FORMATO DE AUDITORIA MÉDICA DE HOSPITALIZACIÓN

1. Calidad de registros de Historia Clínica

a) Se anota fecha y hora

Ausente: 0
Mínimo: 5 sólo fecha o sólo hora
Máximo: 10 se registran ambos datos

b) Se registran datos de filiación

No: 0
Incompleto: 5
Completo: 10

Completo: Incluye nombre, apellido, número de seguro, número de historia clínica, edad, sexo, raza, ocupación, lugar de nacimiento y procedencia.

c) Se registra anamnesis y examen clínico

Ausente: 0
Mínimo: 20 anamnesis y examen clínico orientado al problema
Máximo: 40 antecedentes, anamnesis en orden cronológico y examen clínico completo, incluido peso.

d) Se anota Plan de Trabajo

Ausente: 0
Incompleto: 20
Completo: 40

e) Firma y sello del Médico

Ausente: 0
Mínimo: 5 solo firma o solo sello
Máximo: 10 firma y sello (post firma)

f) Presentación

Pulcritud
Orden

Legibilidad
No uso de abreviaturas

No cumple ninguno:	0
Cumple dos de ellas:	5
Cumple tres de ellas:	7
Cumple todas:	20

g) Utiliza hoja de problemas

No:	0
Si:	10

2. Metodología Diagnóstica

a) Se realiza examen físico:

Realizó examen física en forma incompleto (solo preferencial)	40
El examen físico se realizó en forma completa (con mayor énfasis en preferencial)	80

b) Dx. presuntivo congruente con Historia Clínica

No:	0
Si:	80

c) Adecuado planteamiento de problemas encontrados

No	0
Parcialmente	20
Totalmente adecuado	40

d) Tiempo promedio empleado de acuerdo a estándares para llegar al diagnóstico:

3 días o menos	40
4 a 5 días	20
Mayor a 5 días	0

e) Pertinencia de procedimientos diagnóstico e interconsulta

No	0
Parcialmente	20
Concuerda	40

f) Exámenes auxiliares están de acuerdo con la Historia Clínica y Diagnóstico presuntivo.

Ninguno: 0 Se solicitó exámenes pero no están de acuerdo con la Historia Clínica ni con el diagnóstico presuntivo o no se solicito y eran necesarios según Historia Clínica.

Algunos:	30
Todos:	60

3. Notas de evolución

a) Secuencia de notas entre si anotando fecha y hora

No hay secuencia ni fecha ni hora	0
Anota fecha y hora sin secuencia	10
Correlación de notas, fecha y hora	20

b) Se anota control de funciones vitales, balance hídrico y día de hospitalización:

No anota	0
Parcialmente	10
Completo	20

c) Seguimiento de los problemas planteados:

No hubo seguimiento	0
Se realizó seguimiento en forma parcial	15
Se realizó seguimiento en forma total con resolución de problemas planteados	30

d) Evolución de acuerdo al SOAP

No:	0
Solo subjetivo y objetivo	30
Subjetivo-objetivo-apreciación y plan de trabajo (siendo datos congruentes con el diagnóstico)	50

e) Se anota y comenta los resultados de exámenes e interconsultas solicitadas:

No anota ni comenta	0
Solo anota o solo comenta	10
Anota y comenta los resultados e interconsultas	20

f) Aparece el nombre y firma del médico que hizo la nota de evolución:

Ausente nombre y firma	0
Aparece solo nombre o solo firma	5
Aparece nombre y firma	10

g) Se anotan si el paciente esta de alta, será referido o contra referido:

No anotan	0
Anotan solo el alta no la referencia	5
Anota alta, referencia y contrarreferencia	10

h) Relato claro y conciso sin usar abreviaturas

No	0
Claro y conciso	5
Claro conciso, sin abreviaturas	10

4. Tratamiento

a) Se anota diariamente medicamentos, dosis, vías de administración, periodicidad duración y dieta.

No se anota	0
Solo dosis y vía de administración	20
Dosis, vía de administración y periodicidad	30
Anota todo lo señalado	40

b) La duración del tratamiento es congruente con el diagnóstico

No	0
Parcialmente	20
Es congruente	40

c) Tratamiento médico quirúrgico fueron apropiados de acuerdo a protocolo:

No	0
Tratamiento no fue del todo apropiado	30
Tratamiento fue apropiado	60

d) Ausencia de complicaciones o secuelas graves en relación al tratamiento médico y/o quirúrgico.

Si:	30
No:	0

e) Aparece firma y sello del médico que indica el tratamiento.

No:	0
Solo firma o solo sello	5
Firma y sello	10

5. Hoja de egreso: Epicrisis

a) Filiación

Filiación – fecha y hora	5
Solo filiación o solo fecha y hora de ingreso y egreso	7
Filiación – fecha y hora de ingreso y egreso	10

b) Diagnóstica de ingreso y diagnóstico definitivo es una transcripción literal de la Historia Clínica

Si	10
No	10

c) El resumen de Historia Clínica es claro y conciso

Si	20
No	0

d) Se anota tratamiento médico y quirúrgico impartido

No	0
Parcialmente	5
Si en su totalidad	10

e) Firma y sello del médico

Solo firma	5
Firma y posfirma o sello	10
Ninguno	0

f) Especifica referencia, contrarreferencia y problemas pendientes

Si	0
No	0

6. Evaluación final y observaciones

a) Los documentos aparecen en el orden establecidos por las normas

No	0
Algunos	2
Todos	5

b) En caso de enfermedades de vigilancia epidemiológica si notificó a la Unidad de Epidemiología

No	0
Si	0

c) Uso de formatos oficiales:

Ninguno	0
Algunos	2
Todos los formatos	0

d) El contenido de la Historia Clínica es útil para la enseñanza

No	0
Insuficiente	2
Completos	10

e) Registro de enfermería u obstetricia

Adecuado manejo de la hoja de signos vitales y partograma

No	0
Parcialmente	10
Adecuado	20

f) Secuencia de las notas de enfermería, fecha hora y turno:

No	0
Solo fecha y hora	5
Correlación de notas, fecha, hora y turno	10

g) Se anota grado de dependencia y plan de atención al ingreso del paciente:

No	0
Solo grado de dependencia o plan de atención	5
Ambos	10

h) Anota datos relacionados al estado del paciente, cumplimiento y procedimiento.

No	0
Parcialmente	2
Totalmente	10

i) Se anota diariamente en cada turno balance hídrico o diuresis:

No	0
Algunos días	2
Todos los días	10

j) Firma y sello de enfermera u obstetriz

No	0
Solo firma o solo sello	5
Firma y sello	10

Luego evaluar la Historia Clínica proceda a sumar los puntajes y compare con la siguiente escala valorativa:

EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)

H.C. EXCELENTE	:	91 A 100%
H.C. BUENA	:	71 A 90%
H.C. REGULAR	:	51 A 70%
H.C. MALA	:	00 A 50%

El máximo puntaje es 1,000 equivalente al 100%

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Se aplicará la hoja de Evaluación de Historias Clínicas de Hospitalización y Consulta Externa.
- El auditor eliminará hasta un máximo posible la subjetividad aplicando estrictamente los criterios de evaluación establecida.
- La historia clínica según las normas establecidas internacionalmente debe registrar como mínimo:
 1. ¿Cuál es el estado subjetivo del paciente y los hallazgos objetivos del médico?
 2. ¿Cuál fue el diagnóstico presuntivo?
 3. ¿Qué elementos de ayuda diagnóstica se solicitan?
 4. ¿Qué tratamiento recibió (periódicos, vía, dosis, características)?
 5. ¿Cuál fue la evolución del paciente?
 6. ¿Lapso durante el que se desarrolló el proceso?
 7. ¿Cuál fue el diagnóstico definitivo?

MODELO SUGERIDO

ANEXO 1 HOJA DE EVALUACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA EN HOSPITALIZACIÓN

PARAMETROS	PUNTAJE		
	Ausen.	Medio	Max
I. CALIDAD DE REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA			
a) Se anota fecha y hora.	0	5	10
b) Se registra datos de filiación.	0	5	10
c) Se registra anamnesis, relato cronológico y examen clínico.	0	20	40
d) Se anota plan de trabajo.	0	10	20
e) Firma y sello del médico que la elabora.	0	5	10
f) Presentación de la historia (pulcritud, orden, legibilidad, relato claro sin usar abreviaturas).	0	5	10
g) Utiliza hoja de problemas.	0	5	10
PUNTAJE MÁXIMO			120
II. METODOLOGIA DIAGNÓSTICA			
a) Exploración física completa por sistemas y evaluación preferencial congruente con anamnesis.	0	30	60
b) Diagnóstico presuntivo congruente con Historia clínica.	0	40	80
c) Adecuado planteamiento de problemas encontrados.	0	20	40
d) Tiempo adecuado en llegar al diagnóstico definitivo.	0	20	40
e) Pertinencia de procedimientos diagnósticos e interconsulta.	0	20	40
f) Exámenes auxiliares congruentes con diagnóstico presuntivo.	0	30	60
PUNTAJE MÁXIMO			320
III. NOTAS DE EVOLUCIÓN			
a) Secuencia de notas entre si anotando fecha y hora.	0	10	20
b) Se anota control de funciones vitales, balance hídrico y día de hospitalización.	0	10	20
c) Seguimiento de problemas planteados.	0	15	30
d) Se evoluciona respetando orden: subjetivo-objetivo-apreciación-plan (SOAP)	0	30	60
e) Se anota, interpreta o comenta los resultados de exámenes e interconsultas solicitadas.	0	15	30
f) Se anota, interpreta o comenta los resultados de exámenes e interconsultas solicitadas.	0	5	10
g) Aparecen nombre y firma del médico que hizo la nota de evolución.	0	5	10
h) Aparecen nombre y firma del médico que hizo la nota de evolución.	0	10	20
g) Se anota condición del paciente al alta y si es referido o contrareferido.			
h) Relato claro y conciso sin usar abreviaturas.			
PUNTAJE MÁXIMO			200
IV. TRATAMIENTO Y ORDENES DEL MEDICO			
a) Señala anotación diaria de medicamentos indicando presentación vía de administración periodicidad y dieta.	0	20	40
b) La duración del tratamiento es congruente con el diagnóstico.	0	20	40
c) Tratamiento médico y/o quirúrgico fueron apropiados.	0	30	60
d) Ausencia de complicaciones en relación al tratamiento. Vía de administración, periodicidad y dieta.	0		
e) Aparece firma y sello del médico que indica el tratamiento.	0	5	30
			10

PUNTAJE MÁXIMO	180		
VI. HOJA DE EGRESO – EPICRISIS			
a) filiación fecha y hora de ingreso y egreso, médicos tratantes.	0	2	10
b) Diagnóstico de ingreso y diagnóstico definitivo es una transcripción literal de Historia Clínica.	0		10
c) El resumen de historia Clínica es claro y conciso.	0	10	20
d) No se omite tratamiento médico y quirúrgico impartidos.	0	5	10
e) Firma y sello del médico.	0	5	10
f) Especificar referencia y contrarreferencia y problemas pendientes.	0	2	10
PUNTAJE MÁXIMO	70		
VII. EVALUACIÓN FINAL Y OBSERVACIONES			
a) Los documentos de la Historia Clínica aparecen en el orden establecido por las normas institucionales.	0	2	5
b) En caso de enfermedades de vigilancia Epidemiológica.	0		10
c) Uso de formatos oficiales en la Historia Clínica.	0		5
d) En contenido de la Historia Clínica es útil par la enseñanza e investigación.	0		10
PUNTAJE MÁXIMO	30		
VIII. REGISTROS DE ENFERMERÍA			
a) Adecuado manejo de la hoja de signos vitales.	0	10	20
b) Secuencia de las notas de enfermería, anotando fecha, hora y turno.	0	5	10
c) Se anota grado de dependencia y plan de atención al ingreso del paciente.	0	5	10
d) Se anota diariamente datos relacionados al estado del paciente, cumplimiento de indicadores y procedimientos de enfermería	0	10	20
e) Se anota diariamente y en cada turno balance hídrico.	0	2	10
f) Aparece firma y sello o post firma de enfermería que hizo la nota.	0	5	10
PUNTAJE MÁXIMO	80		
TOTAL	1,000		

EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)

El máximo puntaje es 1,000 equivalente al 100%

H.C. EXCELENTE	:	91 A 100%
H.C. BUENA	:	71 A 90%
H.C. REGLAR	:	51 A 70%
H.C. MALA	:	00 A 50%

INSTRUCTIVO PARA LLENADO DE FORMATO DE AUDITORIA MEDICA DE CONSULTA EXTERNA

Se realiza auditoria de las atenciones por patología (Motivo de la Consulta)
Hasta el alta

1) Calidad de registros de Historia Clínica

a. Se registra datos de filiación en la primera consulta

No: 0
Incompleto: 10
Completo: 20

Completo: incluye nombre, apellido, número de seguro, número de Historia Clínica, edad, sexo, raza, ocupación, lugar de nacimiento y procedencia.

b. Se anota fecha y hora

Ausente: 0
Mínimo: 10 solo fecha o solo hora
Máximo: 20 se registran ambos datos

c. Se registran anamnesis y examen clínico

Primera consulta:

Ausente: 0
Mínimo: 20 anamnesis y examen clínico orientado al problema
Máximo: 60 antecedentes, anamnesis en orden cronológico y examen clínico completo, incluido peso.

Continuador:

Ausente: 0
Mínimo: 30 solo aparece diagnóstico, síntomas actuales in examen clínico
Máximo: 60 anamnesis relato de persistencia o desaparición de síntomas o aparición de nuevos síntomas con relación a anteriores consultas. Examen clínico, funciones vitales, examen preferencial (pero en el caso de gestantes, patología endocrinológica o cuando el caso específico lo ameritara)

d. Firma y sello del médico

Ausente:	0
Mínimo:	10 firma y sello y no firma
Máximo:	20 firma y sello (post firma)

e. Presentación

1. Pulcritud
2. Orden
3. Legibilidad
4. No uso de abreviaturas

No cumple ninguno:	0
Cumple dos de ellas:	5
Cumple tres de ellas:	10
Cumple todas:	20

2) Metodología Diagnóstica

a) Se realiza examen físico completo congruente con anamnesis

No realiza examen físico:	0
Realizo examen físico en forma incompleta	40
El examen físico se realizó en forma completa	80

b) Dx. Presuntivo congruente con historia Clínica

No:	0
Si:	80

c) Exámenes auxiliares están de acuerdo con la Historia Clínica y Diagnóstico presuntivo

Ninguno:	0 (se realizó exámenes pero no están de acuerdo con la Historia Clínica ni con el diagnóstico presuntivo. No se solicitó y eran necesarios según Historia Clínica)
Algunos:	40
Todos:	80

Se evalúa de acuerdo a protocolos.

- Si el caso no amerita solicitar exámenes auxiliares se le asignará el máximo puntaje.

d) Número de consulta para llegar a Dx. Definitivo

Mayor de 4:	0
Mayor de 2 y menor de 4:	20
Menor o igual a 2:	60

e) Plan de trabajo

No registran plan	0
Incompleto	20
Completo	40

Contrastado con protocolos y estándares

3) Evolución, segunda consulta y posteriores:

a) Se anota e interpreta resultados de exámenes auxiliares:

No anota:	0
Solo anotan resultados	40
Anotan e interpretan resultados	80

b) Se anotan resultados de interconsulta

No se anotan	0
Si se anotan	20

c) Se anotan si el paciente esta de alta, será referido o contrareferido:

No se anotan	0
Si se anotan	20

d) Evolución de acuerdo al SOAP

No:	0
Solo subjetivo y objetivo	30
Subjetivo-objetivo- apreciación y plan de trabajo (siendo datos congruentes con el diagnóstico)	60

e) Aparece el nombre y firma del médico que hizo la nota de evolución:

Ausente nombre y firma	0
Aparece solo nombre y o solo firma	10
Aparece nombre y firma	20

4) Tratamiento

a) Tratamiento médico o procedimiento de cirugía menor fueron apropiados de acuerdo a protocolo:

No:	0
Tratamiento no fue del todo apropiado	40
Tratamiento fue apropiado	80

b) Se anotan medicamentos, dosis, vía de administración, periodicidad y duración.

No se anotan	0
Solo dosis y vía de administración	20
Dosis, vía de administración y periodicidad	40
Anota todo lo señalado	60

c) Se anota tipo de dieta de acuerdo a patología cuando es pertinente.

Si:	20
No:	0

Si el tratamiento de la patología no requiere indicación de dieta, se asignará el puntaje máximo.

d) Ausencia de complicaciones o secuelas no justificables.

Si:	60
No:	0

5) Evaluación final y observaciones

a) El ordenamiento de la Historia Clínica está de acuerdo a lo establecido por su institución.

No:	0
Parcialmente	10
Total	20

b) En caso de enfermedades de vigilancia epidemiológica se notificó a la Unidad de Epidemiología

No	0
Si	10

c) Uso de formatos oficiales de historia clínica.

Todos	30
Algunos	10
Ninguno	0

d) El contenido de la Historia Clínica es útil para enseñanza e investigación.

No	0
Si	30

e) Se consigno el código alfanumérico (CIE-10).

Si	0
No	20

MODELO SUGERIDO

ANEXO 2

HOJA DE EVALUACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA EN CONSULTA EXTERNA

PARAMETROS	PUNTAJE		
	Ausen.	Medio	Max
II. CALIDAD DE REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA			
h) Se anota fecha y hora.	0	10	20
i) Se registra datos de filiación.	0	10	20
j) Se registra anamnesis y examen clínico.	0	30	60
k) Firma y sello del médico que la elabora.	0	10	20
l) Presentación de la historia (pulcritud, orden, legibilidad, relato claro sin usar abreviaturas).	0	10	20
PUNTAJE MÁXIMO			140
III. METODOLOGIA DIAGNÓSTICA			
f) Exploración física completa por sistemas y evaluación preferencial congruente con anamnesis.	0	40	80
g) Criterio diagnóstico fundamento en Historia Clínica.	0	40	80
h) Exámenes auxiliares pertinentes con Historia Clínica y diagnóstico presuntivo.	0	30	60
i) Número de consultas para llegar al diagnóstico definitivo (no mayor de 2 consultas)	0	20	40
j) Plan de trabajo completo.			
PUNTAJE MÁXIMO			340
IV. NOTAS DE EVOLUCIÓN			
a) Se anota, interpreta resultados de exámenes auxiliares.	0	40	80
b) Se anota interconsulta e indicaciones del médico consultante.	0		20
c) Se anota si el paciente esta de alta, será referido o contrareferido.	0		20
d) Evolución de acuerdo al SOAP	0	30	60
e) Aparece nombre y firma del médico que hizo la nota de evolución.	0	10	20
PUNTAJE MÁXIMO			200
V. TRATAMIENTO Y ORDENES DEL MEDICO			
a) Tratamiento médico o procedimiento de Cirugía menor fueron apropiados de acuerdo a protocolos.	0	20	40
b) Se anota medicamentos dosis, vía de administración, periodicidad y duración.	0	40	60
c) Se anota el tipo de dieta de acuerdo a patología cuando es pertinente.	0		20
d) Presencia o ausencia de complicaciones.	0		60
PUNTAJE MÁXIMO			180

VI. EVALUACIÓN FINAL Y OBSERVACIONES			
	0	10	20
a) Los documentos de la Historia Clínica aparecen en el orden establecido por las normas institucionales.	0		10
b) En caso de enfermedades de vigilancia Epidemiológica, obligatoria se comunicó oportunamente a epidemiología.	0	10	10
c) Se consignó código alfanumérico (CIE-10)	0	15	30
d) Uso de formatos oficiales en la Historia Clínica.	0	15	30
e) En contenido de la Historia Clínica es útil par la enseñanza e investigación.			
PUNTAJE MÁXIMO			100

TOTALPUNTAJE MÁXIMO	1,000
----------------------------	--------------

EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)

H.C. EXCELENTE :	91 A 100%
H.C. BUENA :	71 A 90%
H.C. REGULAR :	51 A 70%
H.C. MALA :	00 A 50%