

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO**



Propuesta de Implementación de la Auditoría Médica Interna en Historias Clínicas de la Unidad de Cirugía General – Hospital de Clínicas La Paz

**POSTULANTE: Dr. M.Sc. Miguel Andrés Inchauste Rioja
TUTOR: Dr. M.Sc. Franz Calani Lazcano**

Propuesta de Intervención presentada para optar al título de Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica

La Paz - Bolivia
2014

PRESENTACION

El acto médico es eminentemente intelectual, que requiere la aplicación del rigor científico de la misma forma que la investigación. Para lograr el éxito debe basarse en datos cuya calidad sea conocida. Además el procedimiento de diagnóstico y la toma de decisiones en la medicina deben realizarse con método para evitar el error hasta donde sea posible. Debe tenerse en cuenta la importancia del azar y el cegamiento en la búsqueda de nuevos conocimientos y para seleccionar los estudios que ofrezcan lineamientos para la práctica clínica.

Los aportes que has dado la investigación y el desarrollo técnico de la medicina moderna proporcionan recursos muy poderosos al acto médico. Pero, debe cuidarse que la tecnología no desvirtúe la naturaleza intrínseca de la medicina que busca el alivio del sufrimiento humano.

Desde los primeros intentos realizados en el medio para conocer la calidad que se otorga en la atención médica, el expediente clínico representó el instrumento fundamental. Numerosas publicaciones han aparecido con carácter normativo en las instituciones y en el caso de Bolivia, la promulgación de la Ley 3131 del 8 de agosto del 2006 inherente al “Ejercicio Profesional Médico”, ha llenado el vacío existente en el trabajo asistencial

En la evaluación de la atención médica
la eficiencia se cuantifica, la calidad se califica.

Si los médicos no nos autoevaluamos
otros lo harán por nosotros.

DEDICATORIA

A.

Mi papá Dr. Miguel Inchauste García por sus principios inflexibles que guiaron mi vida.

Mi mamá Dra. Yolanda Rioja de Inchauste por estimular en sus hijos las actividades intelectuales.

Mi esposa Dra. Carmen Rosa Melgarejo Trujillo por su esplendorosa dedicación a la familia.

Mis hermanos Marisabel e Iván Patricio quienes vivieron y crecieron junto a mí en el pasado remoto.

Mis hijos Alvaro Fernando y Patricia por hacer que todo valga la pena hoy y siempre.

Y al más pequeñito Álvaro Nicolás con el cariño inmenso, la alegría eterna del presente y la esperanza futura de seguir los pasos de quienes le antecedieron.

PROPUESTA DE IMPLEMENTACION DE AUDITORIA MEDICA INTERNA EN HISTORIAS CLÍNICAS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL DE CLINICAS DE LA PAZ

RESÚMEN EJECUTIVO

❖ INTRODUCCION.

En el contexto de calidad en salud, es necesaria la implementación de un sistema de auditoría médica, teniendo presente que la misma es el proceso de revisión de la atención médica con el fin de identificar deficiencias que pueden ser corregidas.

La auditoría médica implica el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en la evolución clínica y en la calidad de vida de los pacientes.

❖ ANALISIS DEL PROBLEMA.

En nuestro país, se cuenta con una norma técnica para la auditoría a través de la historia clínica, que en la práctica el instrumento es muy complejo y poco práctico para aplicarlo en el sistema de salud debido a múltiples variables y una diferente realidad del proceso de atención.

A través del presente trabajo se pretende implementar tres instrumentos de Auditoría Médica en pacientes quirúrgicos concordantes con la ley 3131 en actual vigencia, validando los mismos a través de un análisis estadístico correspondiente para la gestión de calidad.

❖ BENEFACTORES DIRECTOS/INDIRECTOS.

Se consideran los siguientes benefactores:

DIRECTOS. Personal profesional de planta (médicos y enfermeras)

INDIRECTOS. Usuari@s y familiares.

❖ MATRIZ LÓGICA:

➤ ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.

El objetivo fundamental del presente trabajo es proponer un marco normativo e instrumental para la implementación de la Auditoría Médica tanto programática como especial a través del análisis de la historia clínica.

➤ INDICADORES.

A través de las plantillas propuestas se establece el análisis de tres criterios básicos establecidos en la ley 3131 en actual vigencia: Elaboración de la historia clínica, integridad y legibilidad, así como las fases de planificación en el caso de auditorías especiales.

➤ SUPUESTOS.

Se considera que con el instrumento propuesto se facilitaría la Auditoría Médica a través de la historia clínica para un mejoramiento de la calidad a través de la misma, aplicándose exclusivamente en unidades quirúrgicas.

❖ FUENTES DE VERIFICACION.

- Anexo Nº 3 – Variables a considerar en la Auditoría de Historia Clínica.
- Anexo Nº 4 – Matriz de Auditoría Médica.
- Anexo Nº 5 – Formato de Informe de Auditoría Médica

❖ FUENTE DE FINANCIAMIENTO.

Al ser el presente trabajo una propuesta de intervención a validarse posterior a su aplicación y el correspondiente análisis estadístico, la fuente de financiamiento es a partir del POA de la Unidad de Gestión de Calidad y Auditoría Médica del Hospital de Clínicas.

1. INTRODUCCION.

La Auditoría Médica es un proceso que tiende a mejorar la calidad de la atención médica mediante la revisión sistemática de la atención recibida registrada en la Historia Clínica contrastada con criterios y estándares reconocidos¹.

Al mismo tiempo el desarrollo incesante de la medicina, la aparición de nuevas especialidades, la innovación tecnológica, la variación de los perfiles epidemiológicos, hacen necesaria una aproximación racional que permita a los profesionales de la salud afrontar los conflictos derivados de la atención del paciente en forma independiente del centro asistencial.

El concepto de calidad de atención varía de acuerdo al nivel de compromiso del personal médico, diferente tanto para pacientes internados, como ambulatorios, familiares o amigos.

En la actualidad, se considera a la calidad en salud con cuatro componentes importantes, que incluyen:

- Buen rendimiento profesional.
- Uso eficiente de los recursos disponibles,
- Mínimo riesgo del paciente.
- Satisfacción del usuario².
- Es de recordar que en el pasado, la calidad era interpretada en términos de un producto o producción final, hoy la calidad se orienta hacia el paciente que es quien percibe la calidad del servicio.

La Auditoria Médica es una especialidad médica que permite un análisis crítico de la práctica médica, cuyo fin fundamental es para mejorar la calidad de atención ofrecida a los pacientes. La Historia Clínica llamada también Expediente Clínico, Registro Médico o Registro Clínico, es un documento confidencial constituido por un conjunto de formularios en los cuales se registran en forma detallada y ordenada los datos relativos a la salud de una persona³.

La calidad de la atención médica constituye uno de los objetivos fundamentales de los sistemas de salud en el país, por lo que es necesario desarrollar la Auditoria Médica para garantizar la calidad del acto médico.

En la actualidad, el trabajo asistencial sigue normas establecidas por niveles superiores, hecho que obliga a cada centro de atención independientemente de su nivel a contar con un Comité de Auditoría Médica, como instrumento técnico

para la evaluación de las prestaciones que reciben los pacientes, en concordancia con la ley 3131 que regula y norma el Ejercicio Profesional Médico en actual vigencia.

Por otro lado la gestión de calidad de los servicios de salud, implica mejorar las diferentes prestaciones en función a problemas específicos, que en el caso de los servicios quirúrgicos implica patología prevalente, que en cada nivel de atención de la red asistencial tiene tareas específicas, siendo de capital importancia el permitir cumplir las normas y protocolos de atención en los niveles segundo y tercero, que son los que realizan las prestaciones para la solución de los problemas quirúrgicos de incidencia que aquejan a la población.

En consecuencia se considera esta la oportunidad histórica para verificar a través de auditorías tanto programáticas como especiales el cumplimiento de las normas propuestas y validadas para patología quirúrgica prevalente, permitiéndose además establecer medidas correctivas para casos específicos de no cumplimiento.

2. ANTECEDENTES.

La Auditoria Médica está ligada íntimamente a la calidad del cuidado médico, tanto por el conocimiento de los cuadros nosológicos, su adecuado manejo y los resultados alcanzados; en ese sentido es posible afirmar que los códigos de la práctica de la medicina datan de hace miles de años y son bien conocidos.

La primera referencia a nivel mundial la encontramos en el Código de Hammurabi (1750 a.C.), que acepta la pena de la ley del Talió (“*ojo por ojo y diente por diente*”) y castiga severamente la negligencia⁴. Es por todos conocido el Juramento Hipocrático (460 a.C.), que forma parte de la Colección Hipocrática junto con otros Aforismos, este señala explícitamente en uno de sus párrafos que “... *no practicaré la talla vesical quien no sabe hacerla..*”, aludiendo puntualmente a un tema de calidad que a pesar del transcurrir del tiempo no es conceptualizado en toda su dimensión.

En el siglo XIX sorprende una lección de calidad en la atención médica, esta se da en una península del Mar Negro, durante la Guerra de Crimea (1854) cuando Inglaterra y Francia invaden la península sobre la costa norte para ayudar a Turquía en su guerra contra Rusia; después del éxito inicial en la Batalla de Alma River, sobrevino una mortalidad impresionante en los hospitales británicos.

En enero de 1855 hubieron 3168 fallecimientos: 83 por heridas, 2761 por enfermedades infecciosas y 300 por otras causas; por ello el parlamento británico encargó a la enfermera Florence Nightingale que fuera a los hospitales de Scutari cerca de Constantinopla. El relato de ella sobre el Hospital Barraca es pavoroso, estaba inundado con aguas de albañal y no había provisión de agua potable, infiriéndose las condiciones de ese centro. Hecho el diagnóstico, propuso soluciones a corto plazo.

El ejemplo de Scutari es remarcable por dos razones: La primera porque es reporte pionero sobre calidad del cuidado médico y soluciones viables y el segundo porque en Scutari en los seis meses siguientes bajó la mortalidad de 40 % de soldados admitidos a los hospitales a 2 %. Aunque estas evidencias puedan parecer remotas, ilustran algunos de los rasgos básicos de la Auditoria Médica⁵

A fines del siglo XIX las Universidades y Escuelas de Medicina daban énfasis a las ciencias físicas más que las humanidades, y el interés hacia la ciencia y tecnología tendía a promover la noción que el cientificismo no sólo podía ser útil en la industria sino también en las ciencias sociales. Existía en consecuencia la noción de que la ciencia podía solucionar cualquier problema en cualquier campo, impregnándose la medicina también en este paradigma de positivismo científico, rechazándose en consecuencia la idea del enfoque social de las enfermedades.

La institucionalización de la medicina científica comenzó en Estados Unidos en 1893 con la apertura de el “John’s Hopkins Medical School”. Se requerían 4 años de estudio previo para ingresar y la institución, a su vez proveía un plan de 4 años para medicina. El informe de Abraham Flexner (1910), reporta en su momento una deficiente capacitación en 165 Facultades de Medicina, criticándose al sistema de enseñanza en Estados Unidos, considerándose el estímulo inicial para la acreditación hospitalaria, en un modelo pedagógico conocido como “flexneriano” que influyó en la estructuración orgánica de los hospitales.

Flexner criticó a las escuelas de medicina por tres razones:

- No requerir ninguna formación preliminar del postulante.
- Presentar instalaciones inadecuadas y déficit de entrenamiento en procedimientos de laboratorio y medicina clínica.
- Sobreproducción de médicos (5000 al año en 165 facultades o escuelas).

Enfatizó que gran parte de estos problemas eran debidos a que las escuelas y facultades eran privadas, empresas meramente comerciales de propiedad de médicos. Para Flexner, el egresado de la John's Hopkins era el único rescatable y que brillaba entre los demás⁶.

Posteriormente en 1917 el American College of Surgeons (Colegio Norteamericano de Cirujanos), aplica estas recomendaciones y se plantean reformas con el único propósito de elevar el nivel de la profesión, tanto moral como intelectual a fin de promover la investigación y demostrar a la población que existía una diferencia entre el cirujano honesto consiente y bien preparado y la persona que operaba con fines puramente comerciales.

El programa de “normatización hospitalaria” como se llamó en su momento, se inició con la intención de realizar auditorías de la atención profesional, pero pronto se evidenció que sus recursos eran insuficientes, por lo cual su alcance se limitó a los siguientes cuatro aspectos:

- La organización e idoneidad del personal médico.
- Las normas y directrices que rigen el trabajo en los hospitales.
- Los registros médicos.
- Las instalaciones de diagnóstico y tratamiento.

Un trabajo realizado por E.A.Codman desde 1912, relacionados al Massachussets General Hospital, sobre el producto de los hospitales, muestra que el punto de partida de la estandarización se relacionaba a un movimiento general cuyo objetivo era mejorar la calidad de los productos. Esta referencia analizaba que el Massachussets contaba entonces con 320 camas, había internado a 6.896 pacientes y atendido 22.639 consultas.

Codman decía que en casi todos los hospitales se podía disponer de datos similares, pero si se buscaba hacer estudios comparativos debía compararse el costo-beneficio de las atenciones médicas, este hecho se relacionaba además a la capacitación de los estudiantes de medicina, el número de enfermeras, los médicos que se gradúan y la asistencia social. Los trabajos científicos y el cumplimiento de normas ya establecidas en ese tiempo deberían ser insumo importante para la sociedad con la finalidad de calificar y acreditar a los hospitales.

En 1927 Gustav Ward estudia la tasa de mortalidad en infecciones

postoperatorias durante ocho años en el Women’s Hospital of New York correlacionando a cada cirujano del plantel profesional. Tomas Ponton en 1929, establece criterios de calificación cualitativa de procedimientos realizados en pacientes internados en áreas quirúrgicas y sometidos a cirugía electiva como bueno, regular o malo⁷.

Las referencias históricas de los estudios clásicos de Mindel & Sheps referente a métodos para evaluar la Calidad de Atención Hospitalaria (Harvard Medical School, 1955), el método estadístico de Myers & Slee (Michigan, 1955), el trabajo de Paul Lembcke (Chicago, 1956) sobre la auditoria científica aplicada a la cirugía pelviana de la mujer, dieron un importante avance en lo referente a la Auditoria Médica y sistematizaron los siguientes índices utilizados desde entonces hasta el establecimiento de otros no menos importantes, cuya base corresponde al programa de normatización hospitalaria originada en el American College of Surgeons.

En Gran Bretaña en 1967 el reporte Cogwheel sobre mortalidad materna y el Servicio de Consejería Hospitalaria en 1969 (HAS: Hospital Advisory Service) fueron los primeros esfuerzos de implementar la Auditoria, sin embargo el documento “Trabajando para los pacientes”, marcó un hito en el desarrollo de la Auditoria Médica⁸.

En 1972 se sanciona en Estados Unidos la ley que implanta la organización para la revisión de estándares profesionales (PSRO: Professional Standard Organization)⁹.

A partir de entonces, en muchos países europeos los programas de Garantía de Calidad surgieron de grupos de profesionales que desarrollaron estándares y proporcionaron servicios de consultoría y capacitación para desarrollo de programas en los hospitales.

La motivación para generar una cultura de calidad en la atención de salud, ha encontrado en Abedis Donabedian su más reconocido exponente, quien en 1984, la define como *“lograr los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente...”*.

En 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, y en 1988 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), recibió mandato de sus cuerpos directivos para reforzar las actividades de cooperación técnica a los países miembros para movilizar recursos y

transformar los sistemas de salud nacionales en sistemas locales de salud para mejorar la calidad de atención.

En 1989, Palmer R.H. de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, amplía la definición de Donabedian sobre la calidad de atención en salud como: *“la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tenga en cuenta los recursos disponibles y logre adhesión y satisfacción del usuario”*

En Latinoamérica se implementa la cultura de la calidad de atención en salud, alrededor de los años 60, siendo México el iniciador y uno de sus mejores representantes. Muchos de los países cuentan con legislaciones sobre ejercicio profesional, como ser Argentina, Brasil, Colombia, Perú y desde el año 2005, nuestro país Bolivia.

Sin embargo, es a inicios del 2000 que el Proyecto de Reforma en Salud inicia actividades de auditoría médica en nuestro país a través de su Observatorio de Calidad, contratando profesionales idóneos para el desarrollo de esta nueva rama ante las denuncias de mala práctica médica.

En el año 2002, el Ministerio de Salud, conjuntamente con el Colegio Médico de Bolivia, Universidades reconocidas por el Sistema Universitario, implementan formalmente la *“Especialidad en Gestión de Calidad y Auditoría Médica”*, iniciando así una nueva era en la óptica de brindar y recibir atención en salud de calidad.

La Auditoria Médica aplicada al proceso de atención en salud en Bolivia se fue implementando en la mayoría de los centros asistenciales dependientes tanto del Servicio Departamental de Salud y de la Seguridad Social desde el año 2002, siendo la ley 3131 del Ejercicio Profesional, la que regula y establece su ámbito de aplicación en todo el país.

Un reporte de INASES publicado el año 2006, muestra la realidad en esta área, habiéndose realizado auditorías externas a casos especiales, siendo en número de 8 el 2002, 15 el 2003, 30 el 2004, 25 el 2005 y en los tres primeros meses del 2006 en un número de 14, lo que muestra un importante crecimiento.

Con el devenir del tiempo, se han desarrollado diferentes metodologías, procesos y procedimientos, lo cual dificulta establecer los estándares correspondientes. Es por este motivo que resulta necesario contar con una norma que establezca los ámbitos de competencia y determine los procesos de

Auditoria Médica para el mejoramiento continuo de la calidad de las organizaciones de salud.

Simultáneamente, para auditar el expediente clínico, existen varios formatos, en algunos casos similares, otros disímiles a nivel institucional tanto en centros de atención dependientes de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), como los que están supeditados a INASES, ya que el trabajo asistencial se realiza en centros asistenciales desde el primer hasta el tercer nivel de la red.

En tal sentido, desde el punto de vista práctico se ha planteado un desafío metodológico para todas las instituciones reguladoras de la ejecución del proceso asistencial en todo el país, tanto en auditorías internas como externas, existiendo una imperiosa necesidad de utilizar un instrumento validado para tales procesos que sea consensuado y muestre su verdadera valía para la calificación y certificación de conformidad o no conformidad en concordancia de los estándares de calidad vigentes en el país.

Por este análisis corresponderá definir la prioridad relativa entre los procedimientos validados para la atención médica, el análisis de los datos que proporciona el expediente hospitalario, y la recolección y preparación de la información para establecer un análisis sistemático que oriente los verdaderos hechos vinculados entre la atención médica y el cumplimiento de normas tanto institucionales como las de vigencia nacional que justifiquen un trabajo asistencial por parte del profesional de salud en general y del médico en particular.

A todo ello se une el desarrollo de una habilidad del auditor médico para identificar los problemas presentados a través del análisis documental y un estilo de razonamiento que combina lo inductivo con lo deductivo para encontrar explicación de los hechos en relación al trabajo asistencial, su desarrollo en el proceso de atención y su aplicación en base a recursos disponibles, que en líneas generales difiere en relación a la complejidad del centro y los recursos físicos, materiales y humanos disponibles.

La formación que recibe el estudiante durante en pre-grado en la carrera de medicina, tiende a fomentar en función al modelo de enseñanza actual, hábitos memorísticos y no propicia la independencia del razonamiento y la creatividad. Es por ello que la enseñanza con un enfoque de Formación Basada en Competencias, constituye la estrategia más adecuada para insertar al recién egresado en el campo profesional, pero con un enfoque sistemático que permita

calificar el desempeño laboral y la competencia profesional.

Por otro lado, se ha establecido que en la formación de recursos humanos en salud, debe tener un enfoque, basado en problemas dominantes de salud del individuo, la familia, la comunidad, siendo importante proporcionar prestación de servicios con calidad, estableciéndose de esta manera una forma de gestión de análisis que obliga a las instituciones formadoras de recursos preparar a los educandos en función a normas y protocolos de atención, estableciendo medidas correctivas pertinentes a cada caso.

3. RELACION DEL PROYECTO DE INTERVENCION CON LINEAMIENTOS DE POLITICA PÚBLICA.

En la actualidad, en nuestro país existe una publicación del Ministerio de Salud, titulada “Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica”, la cual corresponde a la publicación Nº 63 de la serie Documentos Técnico Normativos, publicada el año 2008 y puesta en vigencia particularmente por el INASES para los casos de auditoría médica en los servicios de salud del país y las cajas prestadoras de servicios correspondientes.

En la presentación de la mencionada publicación se refiere sobre un vacío en la normativa general que rige las actividades del sector salud, por lo cual el documento técnico tiene el propósito de establecer la norma y procedimientos relativos a la realización de auditorías en salud.

Su contenido incorpora un conjunto de definiciones, conceptos y metodología, necesarios para una mejor interpretación de los que significa la auditoría y sus alcances, relacionando su aplicación para el mejoramiento de la calidad, tanto en la gestión de servicios como en la asistencia directa al paciente.

La auditoría interna, concebida como el mejor instrumento de autoevaluación, está relacionada con la Norma de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud, pudiendo adelantarse a los resultados buenos o malos de una evaluación externa, ya que permite a los funcionarios de un establecimiento, hacer una valoración directa, precisa y permanente de su propia institución, sea para potencializar fortalezas o corregir errores o defectos con la debida oportunidad.

Al terminar la presentación del documento se refiere que su contenido no impide la necesidad de profundizar en la temática y hacer revisiones constantes de la bibliografía, situación perfectible desde el año de su publicación a la actualidad, habiendo pasado más de un quinquenio de aplicación y análisis del documento oficial que norma la auditoría médica en el país.

En ese entendido, haciendo la aplicación y el análisis correspondiente en el trabajo cotidiano de la auditoría médica en los servicios asistenciales, se ha visto una serie de puntos discordantes con la realidad del trabajo cotidiano, objetándose en su momento su verdadera aplicabilidad, cuestionada particularmente en lo referente al anexo N° 4 titulado “Auditoría Médica del Expediente Clínico – Formulario N° 3 (Verificación Documental)”, en el cual se plantean un total de 86 ítems no siempre aplicables ni valorables en la realidad. Por tal razón cada una de las instituciones de salud particularmente de 2º y 3er nivel de la red asistencial ha considerado implementar modelos de formularios abreviados de mayor aplicación práctica, disminuyendo así el tiempo de ejecución de una auditoría con resultados muy similares no controversiales del formulario planteado por el Ministerio de Salud.

En consecuencia a nivel del Hospital de Clínicas en general y en los servicios quirúrgicos en particular, se ha planteado y propuesto un modelo considerado abreviado para una auditoría programática que permite aplicar el mismo en cualquier momento con la particularidad de que no precisa de un análisis muy detallado del expediente clínico como tal y por el contrario de aplicación prácticamente universal.

Al mismo tiempo se ha planteado otros dos modelos referidos una matriz de auditoría médica y al informe final de auditoría solicitada o concurrente para emitir los informes correspondientes a los niveles que correspondan y tengan como base legal la ley 3131 que regula el Ejercicio Profesional Médico en actual vigencia.

Con todo lo planteado y hecho el análisis correspondiente, se considera que la presente propuesta de intervención tiene una estrecha relación con los lineamientos de la política pública en lo referente a la Auditoría Médica de las Historias Clínicas, considerándose además que los documentos propuestos constituyen la base documental tanto para el análisis documental, como el informe mismo de los hallazgos de auditoría a través de la matriz propuesta.

4. JUSTIFICACION.

Las múltiples estrategias educacionales han confluído en el abordaje de la enseñanza por la metodología de la investigación de problemas y desarrollando en el último tiempo la Medicina Basada en la Evidencia que se ubica como un instrumento imprescindible para la gestión clínica, destacando la orientación de Archie Cochrane, conformando un escenario cambiante que no debemos perder de vista al evaluar la calidad de atención¹⁰.

Al existir tanto a nivel internacional, como a nivel local diversos instrumentos que permiten realizar Auditoria Médica, estos permiten tener varios puntos de vista para una misma acción, motivo por el cual se tiene una sentida necesidad de validar instrumentos que permitan realizar acciones vinculadas con la Auditoria Médica particularmente en el área quirúrgica.

Es también importante establecer que desde la promulgación de la Ley 3131 referente a Normas y Reglamentos para el Ejercicio Profesional en Bolivia, promulgada el 8 de agosto del 2005, se ha normatizado a través de sus VIII capítulos y 18 artículos el objeto, ámbito de aplicación, los principios y definiciones del ejercicio médico, sus funciones, los derechos y deberes del médico y los pacientes, la auditoria médica, la conciliación y el arbitraje médico, razón por la cual se ha normado el proceso de atención a nivel nacional.

Sin embargo, existiendo diversos modelos, patrones o estándares que puedan aplicarse al análisis de las historias clínicas y casos especiales en los diferentes centros asistenciales del país, se hace necesaria la validación de un instrumento que tenga concordancia con la Ley 3131 y las características inherentes a los niveles y casos de aplicación de la Auditoria Médica.

Generándose estas dificultades es sentida la necesidad de aplicar y adecuar modelos y patrones de Auditoria de Historias Clínicas y de Casos Especiales motivo por el cual se propone utilizar los instrumentos incluidos en los anexos respectivos con la finalidad de validar los mismos para su aplicación en concordancia con la Ley 3131 que norma el Ejercicio Profesional Médico.

Se sabe que cuando un profesional de medicina dedica parte de su tiempo a la investigación, debe saber:

- Identificar un problema científico.
- Redactar un proyecto de investigación.
- Realizar un diseño.
- Recoger, organizar y estructurar la información.
- Llevar a cabo su análisis e interpretación.
- Exponer y comunicar adecuadamente los resultados y las conclusiones.

Todas estas habilidades se desarrollan secundariamente a la habilidad más general que define el método científico.

La presente propuesta de investigación se realizará utilizando el método científico, por lo cual los resultados obtenidos constituyen un aporte al conocimiento en esta área de la medicina, además permitirá contar con un

instrumento de Auditoria Médica validado para aplicarse en Unidades Quirúrgicas de la red asistencial en actual funcionamiento de acuerdo a normas establecidas para el Estado Plurinacional de Bolivia.

Desde un punto de vista general, el proceso de evaluación y mejora continua de la auditoria médica programática o especial en la Unidad de Cirugía General del Hospital de Clínicas, reportará beneficios inherentes al cumplimiento de la normativa vigente en relación a la Ley 3131, tomando en cuenta que los criterios de calidad en la actualidad es posible valorarlos a través de los resultados del proceso planeado y su análisis consecuente.

5. ANALISIS DEL PROBLEMA.

5.1 INTRODUCCION A LA AUDITORIA MÉDICA.

La auditoria en salud, consiste en la revisión del trabajo de quienes nos desempeñamos en el Sistema de Salud del país, se constituye en una instancia educadora que procura aprovechar tanto las experiencias negativas (incidentes-accidentes) como las positivas (logros-éxitos) para introducir paulatinamente adecuaciones que procuren correctivos que mejoren los proceso de atención, logren la satisfacción del usuario y cubran las crecientes expectativas de la comunidad.¹¹

La Auditoria Médica es una disciplina o campo de acción que se nutre de una serie de disciplinas subsidiarias, como el desarrollo organizacional, estadística y la tecnología o inteligencia del conocimiento.

Suele aceptarse que las actividades de auditoría consten en un círculo o espiral con una serie de pasos más o menos bien definidos, articulador de una manera lógica que guardan semejanza con el llamado ciclo de Deming (anexo 1) que se emplea en el campo de la industria. En el caso de la Auditoria Médica, los prolegómenos deben tener relación con:

- Establecimiento de patrones de buena práctica.
- Medición del rendimiento en relación a estos estándares.
- Acción para mejorar el nivel de atención, el monitoreo y control ulterior.
- Correcciones de ser estas necesarias.

Desde un punto de vista conceptual W.L. Chapman define a la auditoría como:
“Es el examen de la gestión de un ente con el propósito de evaluar la eficiencia

de sus resultados, con referencia a las metas fijadas, los recursos humanos, financieros y materiales empleados, la organización, utilización y coordinación de dichos recursos y los controles establecidos sobre dicha gestión”.

En nuestro país la Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría del Ministerio de Salud y Deportes establece que: *“La auditoría es el brazo operativo del control de gestión y constituye el instrumento clave para el mejoramiento de la calidad, con base en indicadores referenciales conocidos como estándares”*

5.2 TIPOS GENERICOS.

Para una buena parte de los autores, especialmente anglosajones, existen los siguientes tipos de auditoría:

- Auditoría basada en estándares.
- Auditoría de screening de ocurrencias adversas y monitoreo de incidentes críticos (auditoría de evento significativo).
- Auditoría de revisión por pares: Incluye tanto eventos significativos, e incluir casos interesantes o especiales.
- Supervisión de pacientes y grupos focales, destinados a obtener la visión del usuario sobre la calidad de lo que han recibido.

Al existir diferentes tipos de auditoría, con fines de auditoría en salud se toman básicamente dos parámetros para su clasificación que toman como referencia a los siguientes parámetros:

- La instancia que la realiza
- La necesidad.

5.2.1 De acuerdo a la instancia que la realiza

Auditoría Interna	Auditoría Externa
a. Se ejecuta en la propia institución.	a. Se ejecuta por una institución externa o auditor independiente.
b. Se lleva a cabo de acuerdo a normas establecidas (manuales).	b. Se lleva a cabo de acuerdo a normas establecidas (manuales).
c. Se ejecuta con los recursos humanos de la propia institución.	c. Los recursos humanos son los de la organización o institución externa que audita.
d. Abarca la estructura, procesos y resultados propios de la institución.	d. Abarca la estructura, procesos y resultados propios de la institución.
e. Institucionalmente dependiente.	e. Institucionalmente no dependiente.

5.2.2 De acuerdo a la necesidad

Auditoria Periódica (Programática o Recurrente)	Auditoría Inducida (Incidental o Concurrente)
a. Con cronograma	a. Sin cronograma (por hecho imprevisto)
b. Periódica	b. No periódica (se agota en el hecho que la originó)
c. Accionar preventivo, correctivo y propositivo)	c. Accionar diagnóstico, propositivo y correctivo)
d. De acuerdo a programación	d. De acuerdo a requerimiento
e. Área y objetivos elegidos por conveniencia institucional	e. Área y objetivos impuestos por un hecho contingente o eventual
f. Obedece a un marco de referencia preestablecido	f. Se circunscribe a la investigación de un hecho puntual
g. Responde a una programación	g. Responde a un caso incidental
h. Es interna o externa	h. Es interna o externa
i. Cierra con informe final y recomendaciones	i. Cierra con informe final y recomendaciones relacionadas al caso que se audita.

5.3 AUDITORIA EN SALUD.

“Es un procedimiento de evaluación permanente de la gestión y prestación de la calidad en todas las actividades del sector salud, con el fin de detectar el funcionamiento real de sus servicios, estableciendo correctivos y/o estímulos para su mejoramiento”. **Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría – Ministerio de Salud.**

Partiendo del principio que todo puede y debe ser evaluado, la Auditoría en Salud evalúa la estructura, los procesos y los resultados inherentes a la dinámica propia del sector salud, en todos y cada uno de sus componentes.

- **Estructura.** Es el conjunto de componentes que configuran una determinada organización.
Los componentes estructurales e independientes del sector salud relacionan:
 - Sistema de salud
 - Organización del gobierno sanitario
 - Redes de servicios
 - Establecimientos
 - Recursos (humanos, físicos, financieros)
 - Normas y documentos de organización.
- **Proceso.** Es la “acción de ir hacia adelante” en el transcurso del tiempo, poniendo en práctica una serie de actividades que están relacionadas con el quehacer del sector salud, basadas en normativas, guías, protocolos.
Asumiendo los conceptos de la Norma ISO 9000 para el funcionamiento de los establecimientos de salud, el proceso es una secuencia de actividades

que transforman los insumos en resultados que generen beneficios para el usuario/a.

- **Resultado.** Es la consecuencia lógica de la utilización y el funcionamiento de los procesos, expresada objetivamente a través de la prestación o servicio que se brinda. Refleja por sí misma y por sus efectos o consecuencias el grado de calidad de la organización y de quienes actúan en ella.

5.4 FINALIDAD.

Son múltiples las finalidades de la Auditoría en Salud, pudiendo mencionarse la evaluación técnico-administrativo-financiera de una determinada organización sanitaria, la ejecución de una política, plan o programa, el funcionamiento de los servicios, la atención directa del paciente por el personal en salud y el acto médico propiamente dicho.

La auditoría en cualquiera de sus formas se realizará indefectiblemente contrastando las situaciones analizadas, con las leyes, principios, reglas, normas, protocolos, procedimientos y fichas técnicas que estuvieran vigentes en nuestro país. En ausencia de estos instrumentos normativos, se acudirá como normas supletorias a las normas vigentes en países extranjeros reconocidas por la comunidad internacional (OMS/OPS), o la lex artis basada en la evidencia científica y reconocida por las Sociedades Científicas pertenecientes a los colegios profesionales de salud.

En líneas generales para el territorio nacional (Bolivia). La finalidad de la Auditoría en Salud es establecer medidas propositivas, preventivas y correctivas, para el mejoramiento de los servicios de salud en todo el territorio nacional, con calidad y satisfacción de los usuarios.

En consecuencia, se establecen los siguientes tipos de Auditoría en Salud:

- **Auditoría Programática.** Se refiere a la evaluación de las políticas, planes y programas de las organizaciones propias del sector salud, cuyos diseños toman en consideración estructuras, procesos y resultados esperados.
- **Auditoría de Servicio.** Es aquella que evalúa la estructura, los procesos y los resultados de los servicios directos e indirectos habituales, que se brindan en los establecimientos de salud, con el fin de promover el mejoramiento de la calidad en los diferentes niveles de atención.
- **Auditoría Médica.** Es un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico y la gestión de calidad de los servicios de salud. Además es propositivo, educativo y no punitivo,

procurando que los pacientes reciban la mejor atención médica posible.

Cada una de las auditorías señaladas, son a su vez internas y externas según la instancia que las realiza, o programadas e incidentales según el grado de necesidad que se tenga para su ejecución.

- **Auditoría Médica Interna.** Constituye un procedimiento de carácter técnico, evaluativo, preventivo, correctivo, propositivo y no punitivo, que realiza internamente una unidad o servicio del establecimiento de salud, con relación a la atención de salud y acto(s) medico(s) realizados en un paciente determinado.

Analiza el respectivo expediente clínico verificando su correcto manejo y el cumplimiento de normas y protocolos vigentes, a más de identificar con claridad los aciertos o errores que pudieran haberse cometido, emitiendo conclusiones y recomendaciones.

De acuerdo con las circunstancias, los tres tipos de Auditoría Médica Interna (A.M.I.) que se realizan son:

- **Auditoría Médica Interna Periódica** (Programática o Recurrente). Es la que se cumple de manera regular dentro de la programación de cada unidad o servicio del establecimiento de salud.
 - **Auditoría Médica Interna Especial.** Es aquella no programada, que en determinadas circunstancias puede ser solicitada directamente por decisión de autoridad competente.
 - **Auditoría Médica Interna Inducida** (Incidental o Concurrente). Es la que se cumple con carácter perentorio en caso de pacientes hospitalizados o que se encuentren en curso de procedimientos de diagnóstico o de tratamiento ambulatorio.
-
- **Auditoría Médica Externa.** Es un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter correctivo, realizado por auditores acreditados externos al establecimiento de salud, ante denuncias de mala práctica médica. Se aplica a la atención en salud y acto o actos médicos cumplidos en un paciente determinado, mediante el análisis del expediente clínico, verificando el cumplimiento de normas, protocolos vigentes y *lex artis medicae*.

6. ANALISIS DE LOS ACTORES.

Se plantea el análisis de los siguientes beneficiarios:

6.1 BENEFICIARIOS DIRECTOS.

Se considera que los beneficiarios directos corresponde al personal de salud que realiza actividad laboral en los sistemas de salud que tienen unidades quirúrgicas, donde se incluyen a los médicos, personal de enfermería, auxiliares, alumnos de pre y pre y postgrado, así como al personal auxiliar y administrativo que cumple laboral asistencial y/o de enseñanza.

6.2 BENEFICIARIOS INDIRECTOS.

Este procedimiento, beneficiará fundamentalmente a la población consultante que recibe servicios asistenciales en instituciones estatales en general y los usuarios de servicios quirúrgicos del Hospital de Clínicas en particular, tomando en cuenta que el proceso de atención médica debe estar basado fundamentalmente en normas validadas tanto por el Ministerio de Salud en relación a guías y protocolos de atención vigentes.

7. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCION.

La Unidad de Cirugía General del Hospital de Clínicas, constituye la más importante del área quirúrgica por ser la más grande en cuanto a flujo de pacientes, motivo por el cual el número de cirugías constituye una verdadera referencia para el trabajo quirúrgico de sus integrantes.

En la actualidad cuenta con 45 camas, de las cuales 24 se encuentran en la sala de mujeres y 21 en la de varones, por lo cual operativamente se constituyen dos equipos de trabajo constituido por un Jefe y tres cirujanos de planta, grupo al cual se añaden los residentes de cirugía en número de tres para cada grupo y dos alumnos de internado rotatorio de medicina.

El personal no médico incluye una Jefe de Enfermería de nivel licenciatura y una auxiliar para cada uno de los turnos (mañana, tarde y noche), adjuntándose en su caso las estudiantes de la carrera de enfermería de las Universidades Mayor de San Andrés, Católica Boliviana San Pablo y de la Universidad Pública El Alto, las cuales coadyuvan el trabajo de enfermería en el área Médico-Quirúrgica.

En un estudio piloto de carácter diagnóstico y preliminar, realizado entre los meses de marzo y abril del 2009, se aplicó el formato de Historia Clínica propuesto en la Ley 3131 de ejercicio Profesional Médico, tomándose una muestra de 80 formularios, que reportaron los siguientes datos de importancia:

- La elaboración de la Historia Clínica tiene dos componentes; el formativo o de enseñanza realizado en un 100 % por el pregrado, y el asistencial

confeccionado por los médicos residentes de cirugía. En ambos casos bajo supervisión y visto bueno por parte del cirujano de planta

- La Nota de Admisión presente en 85 % de los documentos revisados, tiene una concordancia poco confiable con la Ley 3131, ya que sólo aplican en 79 % de las historias revisadas.
- De todos los expedientes revisados, tan solo el 70 % presentan datos legibles, hecho particularmente observado en las notas de evolución clínica diaria e indicaciones en caso de trabajo docente-asistencial tanto de médicos, como del personal de enfermería.
- La valoración de la integridad, permite afirmar que en 80 % de las historias revisadas permite valorar la relación de los documentos que deben incluirse como parte del expediente de acuerdo a norma, con variables porcentajes para cada uno de los constituyentes de la Historia Clínica en Cirugía, cuyos promedios fluctúan entre 45 y 93 % en el caso de pacientes quirúrgicos.
- La coherencia entre el diagnóstico y el procedimiento quirúrgico tiene un cumplimiento de 70 % de acuerdo a Normas y Protocolos vigentes para la atención de patología quirúrgica prevalente. Se hace notar que las Normas y Protocolos de atención han sido validados por la Sociedad Boliviana de Cirugía, INASES y el Ministerio de Salud.

Es importante remarcar que desde el mes de junio del 2009, la Unidad de Cirugía General del Hospital de Clínicas ha introducido en su trabajo cotidiano la Auditoria del Expediente Clínico confeccionado en pacientes internados en un periodo de tiempo, motivo por el cual dentro de sus actividades académicas se han establecido las reuniones de Morbimortalidad (último martes de mes) y de Auditoria Especial para casos seleccionados (ultimo jueves de mes).

En consecuencia, a través de estas dos actividades programadas y con asistencia de todo el personal médico, residentes, internos y la jefe de enfermería es posible efectuar una evaluación y seguimiento de la confección, ordenamiento y cumplimiento de normas vigentes con la Ley 3131 en lo referente al Expediente Hospitalario. Por este procedimiento, se ha estado realizando un componente evaluativo de la validez de los documentos, estableciéndose medidas correctivas o recomendaciones para la mejora continua que permita establecer criterios de calidad asistencial a través del análisis del expediente hospitalario.

Siendo el Hospital de Clínicas, un centro de enseñanza tanto en pre-grado, como en post-grado, se considera que dentro el proceso docente-educativo debe implementarse la auditoría médica, tanto programática como integral dentro del plan curricular particularmente en prácticas de las salas de

internación con participación activa de los universitarios en las presentaciones, análisis y discusión grupal con el docente tutor, creándose de esta forma una nueva forma de aprendizaje a partir del error en un diseño formativo con objetivos instructivos para cada caso en base a normas y protocolos de atención vigentes.

Por otro lado la gestión de calidad de los servicios de salud, implica mejorar las diferentes prestaciones en función a problemas específicos, que en el caso de los servicios quirúrgicos implica patología prevalente, que en cada nivel de atención de la red asistencial tiene tareas específicas, siendo de capital importancia el permitir cumplir las normas y protocolos de atención en los niveles segundo y tercero, que son los que realizan las prestaciones para la solución de los problemas quirúrgicos de incidencia que aquejan a la población.

En consecuencia se considera esta la oportunidad histórica para verificar a través de auditorías tanto programáticas como especiales el cumplimiento de las normas propuestas y validadas para patología quirúrgica prevalente, permitiéndose además establecer medidas correctivas para casos específicos de no cumplimiento.

8. ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.

8.1 OBJETIVO GENERAL.

Proponer el marco normativo para el desarrollo de la Auditoria Médica en la Unidad de Cirugía General del Hospital de Clínicas de La Paz, en el contexto de la Gestión de Calidad tomando como referencia la auditoría programática como especial.

8.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 8.2.1** Mejorar la normativa para el registro y llenado adecuado de la Historia Clínica en los pacientes internados en la Unidad de Cirugía General.
- 8.2.2** Determinar los procesos de Auditoría Médica para el mejoramiento continuo de la calidad aplicables a unidades quirúrgicas y trabajo asistencial en relación a las normas y protocolos de atención vigentes.
- 8.2.3** Elaborar una plantilla y/o formatos de referencia para realizar Auditoría del Expediente Clínico en unidades quirúrgicas de centros asistenciales.
- 8.2.4** Proporcionar normativa para detectar errores y aplicar medidas correctivas en procedimientos para mejorar el trabajo asistencial.

- 8.2.5** Identificar los indicadores de referencia más importantes en el llenado correcto de la Historia Clínica.
- 8.2.6** Proponer la aplicación de una matriz de informe final, tanto para Auditoría Médica Programática como Especial para el área quirúrgica.
- 8.2.7** Implementar el modelo C-D.O.P.R.I. como punto de partida para el análisis de la gestión de calidad y mejora continua para el trabajo asistencial en las diferentes unidades quirúrgicas.

9. RESULTADOS ESPERADOS.

A través de la aplicación de la presente propuesta de intervención se considera que se contaría con un instrumento sencillo de análisis del expediente clínico para realizar una gestión de calidad a través del análisis de las misma, tomando en cuenta que el Comité de Auditoría Médica y Gestión de Calidad tiene integrantes de varias unidades, personal administrativo y representantes de unidades tanto ambulatorias como de internación.

Es muy posible que la aplicación de los instrumentos a utilizarse tengan una directa concordancia a detectar errores y corregirlos en su momento, toda vez que las no conformidades implican aplicar medidas correctivas a corto plazo y que siguen con un plan de mejora.

En lo referente a informes de auditoría médica independientemente de su tipo, se considera que con la aplicación de la matriz se tendría un documento de fácil lectura y aplicación para dar una idea global a cabalidad de los problemas detectados en el proceso de atención médica.

10. ACTIVIDADES.

Para la presente propuesta de intervención se plantea el siguiente plan de análisis para cada una de sus fases:

10.1 PRIMERA FASE – REVISION Y DOCUMENTACION BIBLIOGRÁFICA.

Para la primera fase, se realizará un análisis del contenido inherente a las teorías existentes, propuestas, elegidas y estudiadas en los diversos estudios referentes a Auditoría Médica del Expediente Clínico, para lo cual se seleccionarán lecturas inherentes al caso a través de recursos de búsqueda bibliográfica tanto documental, como por medio informático, tomando como referencia la norma vigente en Bolivia a través de la documentación del PRONACS y la Ley 3131.

Para la fase ejecutiva de la presente fase, se elegirán estudios que propongan Modelos de Auditoría de Expediente Clínico, cuyo marco de

análisis en el campo asistencial tenga relación con Unidades de Cirugía, o con procedimientos inherentes a otras especialidades que ejecuten procedimientos invasivos.

Debe remarcarse que el caso de referencias nacionales, no existe un diseño específico para casos de Auditoría del Expediente Clínico en el área quirúrgica, existiendo al momento a través de la Norma Técnica correspondiente propuesta por el Ministerio de Salud y Deportes modelos de análisis tanto para Auditoría Programática, como para Auditoría Especial, pero desde un punto de vista general, siendo el formato de informe muy similar en ambos casos a través de la redacción de un informe pormenorizado.

10.2 SEGUNDA FASE – REVISION DE LAS EXPÈRIENCIAS.

En esta fase se realizará un análisis del contenido de las experiencias realizadas tanto en centros o unidades similares del exterior o aquellas que se realizaron en el medio, para lo cual será importante considerar la concordancia del estudio de Auditoría de Expediente Clínico como procedimiento de elección para Auditoría Interna, cuya base fundamental constituyen los centros de III Nivel de la Red Asistencial Boliviana donde se tiene conformado un Comité de Auditoría y Gestión de Calidad cuyo trabajo tiene relación directa con la Unidad respectiva en concordancia con la Ley 3131.

10.3 TERCERA FASE – REVISION EMPIRICA.

Para esta, se efectuará una revisión empírica cuya base constituyen estudios previos de familiarización de los formularios propuestos antes de su aplicación en estudios formales y reglados.

En consecuencia se trabajarán con los formularios establecidos en los anexos correspondientes (3, 4 5 y 6) para lo correspondiente a Auditoría del Expediente Clínico. Paralelamente, se aplicará el formato propuesto en el anexo N° 12 para el caso de gestión de calidad, con los pasos correspondientes en las matrices propuestas

En esta fase, el Plan de Análisis de los datos tiene concordancia con el manejo estadístico de las variables de análisis bajo la siguiente metodología propuesta:

10.3.1 AUDITORIA PROGRAMATICA (Expediente Clínico)

Se consideran las dimensiones de integridad, coherencia y legibilidad, cuyo análisis está en relación a indicadores propuestos en cada punto.

10.3.1.1 INTEGRIDAD.

Para esta dimensión en el análisis respectivo, es importante considerar tanto la integridad, como la claridad del expediente clínico, tomándose en cuenta las siguientes variables / indicadores:

- Integridad y claridad de los documentos de la historia clínica
- Exámenes de gabinete y complementarios
- Consentimiento informado
- Diagnóstico diferencial
- Consignación de diagnóstico definitivo:

Para una mejor correlación de cada variable/indicador, se debe aplicar una escala que permita plantear objetivos y metas para mejorar la dimensión en una escala de datos como la siguiente:

- 4 a 5 variable/indicador – Satisfactoria – 80 – 100 %.
- 2 a 3 variable/indicador – Poco satisfactoria – 40 – 60 %
- 1 variable/indicador – No satisfactoria – 20 %

Es importante puntualizar que en base a los resultados deben generarse mecanismos de control y mejoramiento con la finalidad de mejorar la calidad de la información que proporciona la historia clínica.

10.3.1.2 COHERENCIA.

Para esta dimensión si bien no existen parámetros adecuados de referencia para realizar un estudio comparativo, se considera que es importante definir los particulares de la institución (Ministerio de Salud o Seguro Social) y adecuarlo a la unidad quirúrgica.

En tal sentido la se consideran los siguientes variables/indicadores:

- Concordancia del diagnóstico.
- Racionalidad en el manejo
- Conducta quirúrgica
- Registros de la intervención quirúrgica
- Días de internación

Para efectos de tabulación y estadística en relación a la coherencia, se aplicará la siguiente correlación porcentual:

- 4 a 5 variables satisfactorias (80-100 %) – Coherencia Alta-
- 2 a 3 variables satisfactorias (40-60 %) – Coherencia Débil -.
- 1 variable satisfactoria (20 %) – Coherencia Nula –

10.3.1.3 LEGIBILIDAD.

Para esta dimensión, se tiene simplemente dos opciones de respuesta

(afirmativa o negativa) y constituye simplemente un complemento a lo ya establecido en las otras dos dimensiones y es un verdadero complemento para el análisis de la integridad y claridad, tomando en cuenta además que en la confección de una historia clínica participan varios actores, particularmente en centros de enseñanza.

Para un análisis integral del expediente clínico, se plantea un plan de las tres dimensiones, tomando en cuenta que las dos primeras (integridad y coherencia) son cuantitativas, mientras que la tercera es cualitativa, haciéndose un total de 10 variables/indicadores que corresponden al 100 %.

Las fórmulas propuestas para el análisis global del expediente clínico en función a un reporte final corresponde a:

- Expediente adecuado:
 - Integridad satisfactoria + Coherencia alta + Legibilidad (+) con un valor porcentual entre 80 a 100 %.
- Expediente inadecuado
 - Integridad satisfactoria + coherencia débil + legibilidad (+) con un valor porcentual entre 60 a 70 %.
 - Integridad poco satisfactoria + coherencia débil + legibilidad (+) con valor porcentual 50 a 60 %
- Expediente nulo e incompleto
 - Cualquier combinación cuyo valor porcentual tenga un reporte menor a 50 % con inconformidades notables o que no tengas base en la documentación de análisis vigente y validada a nivel nacional.

10.3.2 AUDITORIA ESPECIAL.

Tomando en cuenta que la Auditoría Especial no es programática y es a demanda en cuanto a su realización, que tiene como objetivo fundamental el relacionar el acto médico en relación a complicaciones, deben considerarse dos dimensiones o fases de planificación: la de la auditoría en sí y el de la acción correctiva, cada una de las cuales tiene sus propias variables/indicadores.

10.3.2.1 PLANIFICACION DE LA AUDITORIA (Variables/Indicadores)

- Alcance.
- Objetivo
- Pertinencia
- Factibilidad
- Tiempos
- Recursos bibliográficos

10.3.2.2 PLANIFICACION DE LA ACCION CORRECTIVA (Variables/Indicadores)

- Remisión de un informe final (incluye acciones de seguimiento y control del cumplimiento de las recomendaciones)
- Plan de acción rápida

Con fines prácticos, la Auditoría Especial no implica valoraciones ni cuantitativas ni cualitativas, en razón de ser básicamente un informe detallado en relación a identificación del acto médico como tal tratando fundamentalmente de identificar el o las causas que llevaron a las complicaciones que se presentan en un paciente.

Por tal razón en la presente propuesta se trata de implementar un formato de informe pormenorizado con las debidas justificaciones para efectuarse un plan de acción rápida y medidas correctivas a emplearse el respecto.

10.3.3 FORMATO DE INFORME FINAL DE AUDITORIA.

Se consideran las siguientes variables: Objetivos, Actividades realizadas, Metodología, No Conformidades, Conclusiones y Recomendaciones. En relación a los anexos 4 y 5 propuestos para su aplicación, tomando en cuenta que estos constituyen el descargo real del trabajo realizado por el Comité de Auditoría del Expediente Clínico.

10.3.4 GESTION DE CALIDAD

Para el trabajo de este punto, se aplicarán los componentes referidos como eslabones de la gestión de calidad con un plan de análisis centrado en el modelo C-D.O.P.R.I. de inicio, y traspolando a la matriz F.O.D.A. para el cumplimiento desde el paso 2 hacia adelante del modelo propuesto, tal cual se especifica en el anexo N° 12 de la presente propuesta.

10.3.5 UTILIZACION DE PROTOCOLOS DE ATENCION.

Al ser el presente proyecto de intervención en concordancia con la Ley 3131 que Norma y Reglamenta el Ejercicio Profesional Médico, donde se establece en su Capítulo II, las Normas, Protocolos y la Gestión de Calidad, para el caso del área quirúrgica, se tomará como referencia las Normas y Protocolos elaborados mediante la Resolución Ministerial que valida y reglamenta la Atención Médica en pacientes con cuadros quirúrgicos prevalentes.

En ese sentido, las normas de diagnóstico y tratamiento validadas por el Ministerio de Salud y Deportes en Cirugía General, publicado por INASES, constituye la base legal de la atención consensuada en cirugía. Debe remarcarse que desde el año 2005, se ha propuesto la revisión de los

mismos, situación efectivizada en el año 2011, construyéndose un documento aun no validado.

En el caso de la Unidad de Cirugía General del Hospital de Clínicas, no se cuenta con normas y protocolos de atención institucionales, regulándose el trabajo asistencial con los existentes de la Sociedad de Cirugía.

10.4 CUARTA FASE – SISTEMATIZACION DE LA PROPUESTA.

Al constituir esta una fase de Sistematización de la presente Propuesta de Intervención, el plan de análisis implica:

10.4.1 Cumplimiento del plan de análisis de los datos obtenidos en concordancia con el cumplimiento en relación a los siguientes indicadores:

10.4.1.1 Para Auditoría Programática

Análisis estadístico de los parámetros de integridad, coherencia y legibilidad mediante el uso del formato propuesto en el anexo N° 3 utilizando el programa SPSS Statistics versión 19, o en su defecto Epiinfo versión 7 para su validación.

10.4.1.2 Para Auditoría Especial

Utilización del formato propuesto a través del anexo N° 4 correspondiendo un análisis pormenorizado de casos de Auditoría Especial del Expediente Clínico.

10.4.1.3 Para Informe de Auditoría

Utilización de los anexos 5 y 6 de la presente propuesta utilizándose la Matriz de auditoría médica con sus seis parámetros y la redacción de conclusiones (anexo 4) y el Formato de Informe de Auditoría con sus seis parámetros (anexo 5)

10.4.1.4 Para Gestión de Calidad.

Al proponerse el modelo de evaluación sistemática de Galán Moreira (C-D.O.P.R.I.), en el presente trabajo se aplicará solo el primer eslabón, analizándose en forma preliminar los seis componentes establecidos en el modelo (Contexto, Demanda, Oferta o estructura, Proceso, Resultado o producto e Impacto o efecto) aplicando el contenido del anexo N° 7.

Corresponderá a un trabajo posterior la Aplicación y análisis de los eslabones segundo, tercero, cuarto y quinto, establecidos en los anexos 8, 9, 10 y 11.

10.4.2 Verificación del cumplimiento en base a Normas y Protocolos de Atención en cirugía vigentes a nivel nacional, los cuales han sido validados por el Ministerio de Salud y Deportes e INASES y en concordancia con la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico.

Al momento a nivel del Sistema Público de Salud dependiente del Servicio Departamental de Salud La Paz, se tiene un documento reciente propuesto

por todas las unidades quirúrgicas de segundo y tercer nivel con funcionamiento en las ciudades de La Paz y El Alto proponiéndose Normas y Protocolos de Atención para patología prevalente.

10.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION.

Para llevar a cabo el presente estudio, se realizaron previamente los trámites administrativos para solicitar la autorización del área de estudio al Jefe de la Unidad de Cirugía y al Jefe de Enseñanza, Investigación, Gestión de Calidad y Auditoria Médica.

La evaluación de las Historias Clínicas se estructura en dos formularios: un formato de Evaluación de Registro de la Atención Médica y un formato de Evaluación de la Atención Médica. Estos modelos de Auditoria Médica se realizaron sobre la base de las directivas institucionales, las cuales deberán adecuarse para el presente diseño.

Los procedimientos de recolección sigue el siguiente detalle metodológico:

10.5.1 PRIMERA FASE.

Revisión documental en base a criterios de inclusión propuestos, cuyo procedimiento de búsqueda incluya como palabras clave a: Auditoria Médica, Auditoria de Historias Clínicas, Auditoria en Cirugía. Gestión de Calidad y Auditoria en Cirugía.

10.5.2 SEGUNDA FASE.

Se establecerá el levantamiento de una estadística tanto nacional como internacional inherente a experiencias en Auditoria de Historias Clínicas aplicable a Unidades Quirúrgicas, basadas en análisis del expediente hospitalario en general, cuyas variables sean aplicables al medio nuestro, y cuyas características generales incluyan procedimientos electivos. Para el efecto, el requisito fundamental deberá incluir un modelo de análisis de la historia clínica con variables establecidas al efecto.

10.5.3 TERCERA FASE.

En esta fase, el procedimiento de recolección implica la aplicación de un instrumento para Auditoria de Historias Clínicas basado en el anexo N° 3 de la Ley 3131, adecuado para pacientes internados para procedimientos electivos en la Unidad de Cirugía General del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz. El procedimiento de recolección en sí implica el llenado de

un formulario en base a conformidades o inconformidades, estableciéndose para el efecto una muestra de formularios diseñados con fines de validación.

10.5.4 CUARTA FASE.

En la fase de sistematización de la información, como procedimiento de recolección es importante tomar en cuenta que se buscará la concordancia de la Historia Clínica con las Normas y Protocolos de Atención de Cirugía, validados por el Ministerio de Salud, la Seguridad Social y la Sociedad Boliviana de Cirugía en actual vigencia a nivel nacional.

11. INDICADORES DE LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.

DIMENSION	VARIABLE / INDICADOR
<p>Integridad Concepto. Análisis formal de la historia clínica que permite evaluar la información relevante que proporciona el paciente.</p>	<p>Proceso de atención. Integridad y claridad de los documentos en la historia clínica. Exámenes complementarios. Consentimiento informado. Diagnóstico diferencial. Consignación de diagnóstico definitivo.</p>
<p>Coherencia Concepto. Correlación entre datos de la historia clínica, razonamiento técnico y nivel de cumplimiento de acuerdo a Normas y Protocolos de atención.</p>	<p>Concordancia del diagnóstico. Racionalidad en el manejo. Conducta quirúrgica. Registros de la intervención quirúrgica. Días de internación.</p>
<p>Legibilidad Concepto. Redacción que permite el entendimiento de los datos de la historia clínica.</p>	<p>Escritura legible. Interpretación de los datos reportados. Ausencia de siglas no establecidas.</p>

12. FUENTE DE VERIFICACION.

Para enfocar la calidad en la atención médica, es preciso tener como punto de partida el trabajo asistencial, que tiene su inicio en la relación médico-paciente, producto de la cual se establece un contrato y cuyo documento de referencia es la Historia Clínica, a partir de la cual se cumplen todos los preceptos bioéticos y de confidencialidad en relación a situaciones personales en el caso del paciente.

Es en ese sentido, que para hablar de calidad en la atención, se ha visto que los datos que proporciona la Historia Clínica tienen una importancia capital para

establecer las correlaciones de conformidad y no conformidad en relación a las normas, procedimientos y protocolos de atención que en el caso de Bolivia se regulan a través de la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico.

Sin embargo en diversos ámbitos, tanto internacionales, como nacionales, se tienen diversos modelos a utilizarse, en razón de que se han establecido determinados estándares para los diferentes tópicos que pueden evaluarse con criterio de calidad en la Historia Clínica, no dejando de lado por supuesto que en estricta aplicación a la reglamentación vigente que regula el trabajo asistencial, se ha hecho imperativo el evaluar la calidad de las Historias Clínicas en las diferentes especialidades, unidades de atención o unidades de internación.

En ese sentido, a partir del presente trabajo se plantea la validación de dos modelos adecuados para el estudio y que incluyen la Auditoría de Historias Clínicas tanto para Auditoría Periódica, como para Auditoría Especial y el Informe Final de la Auditoría, elementos técnicos que son necesarios para llevar a cabo un proceso de Auditoría Médica.

12.1 AUDITORIA DE EXPEDIENTE CLINICO (Historia Clínica)

El modelo propuesto para Auditoría del Expediente Clínico (Historia Clínica), tiene las siguientes características:

12.1.1 GENERALES.

- 12.1.1.1** Posee un reducido número de variables que incluye todas las partes de la historia clínica modelo empleada en centros asistenciales que tienen unidades quirúrgicas, hecho que facilita su diligenciamiento y permite una cómoda adaptación y aplicación en diferentes servicios de atención.
- 12.1.1.2** Las respuestas a los diferentes campos es absoluta, no da lugar a términos medios, por lo cual la tabulación es muy práctica.
- 12.1.1.3** La primera parte del modelo puede ser aplicado por personal médico con un entrenamiento sencillo, la segunda parte requiere una formación avanzada o el dominio completo de las guías y protocolos de manejo.
- 12.1.1.4** Permite utilizar una columna de ponderación que va a depender del interés particular de la persona o entidad que realice la auditoría.
- 12.1.1.5** Como contribución este modelo brinda un indicador global de la calidad de la historia clínica, además de unos indicadores particulares sobre la integridad, la coherencia y la legibilidad de la misma, reflejando de una manera muy precisa la calidad de la atención

médica.

12.1.1.6 Finalmente brinda información sobre el nivel del profesional médico que ha realizado o verificado la fidelidad de los datos de la historia clínica.

12.1.2 PARTICULARES.

La definición de los indicadores particulares para la Auditoría del Expediente Clínico (Historia Clínica), tiene los siguientes indicadores:

12.1.2.1 AUDITORIA PERIODICA (Programada o Recurrente).

12.1.2.1.1 INTEGRIDAD.

Corresponde al análisis formal del expediente clínico, evaluando si está completa la información relevante del paciente, con la totalidad de las anotaciones del personal médico y las firmas y sellos correspondientes.

En relación al estudio de la integridad, el análisis de los resultados permite observar las secciones que se llenan de forma más adecuada, lo cual se relaciona en parte con las bondades del modelo de historia, que facilita la consignación de la información además del grado de profesionalismo y compromiso de los médicos a cargo de la información.

Permite también identificar problemas en el diseño de la historia y conocer cuáles son los registros que se llenan con mayor o menor frecuencia. Esto facilita la realización de una labor orientada a mejorar los registros, mejorando además el impacto de las estrategias que se plantean para conseguir elevar la calidad.

12.1.2.1.2 COHERENCIA.

Es el estudio de fondo de la historia, por medio del cual se puede conocer la correlación entre las diferentes secciones, el razonamiento técnico-científico aplicado y el nivel de cumplimiento a las guías y protocolos de manejo.

Se analiza también el grado de coherencia de la historia cuando se estudia:

- El grado de concordancia entre el diagnóstico de ingreso o admisión con el de egreso o alta, y el tratamiento prescrito que permite de una manera amplia conocer cómo en la calidad de la evaluación o valoración de los pacientes al ingreso.
- La racionalidad del manejo, que tiene que ver con el cumplimiento de las guías, normas y protocolos de manejo.
- La pertinencia de los exámenes complementarios de diagnóstico (laboratorio o gabinete), en cuanto a su solicitud e interpretación.
- La descripción de las complicaciones, especialmente quirúrgicas.
- La justificación de la intervención quirúrgica.

12.1.2.1.3 LEGIBILIDAD.

Se entiende que la lectura de la historia clínica no debe dar lugar a falsas interpretaciones o errores, que en lo posible no tenga siglas, y que puede ser entendida por otro personal diferente al médico.

En tal sentido, el expediente clínico en su conjunto (historia clínica), en lo posible no debe ser redactada y escrita a máquina o con letra de imprenta.

12.1.2.2 AUDITORIA ESPECIAL.

Al ser la Auditoría Especial no programada, que no responde a un cronograma establecido, y que es solicitada por decisión de una autoridad competente, por lo general en relación a una atención de salud o en algunas circunstancias complicaciones inherentes al acto médico, las variables a considerarse deben incluir:

12.1.2.2.1 PLANIFICACION DE LA AUDITORIA.

Debe contemplar los siguientes indicadores o variables:

- Alcance.
- Objetivo.
- Pertinencia.
- Factibilidad.
- Tiempos.
- Recursos bibliográficos.

12.1.2.2.2 PLANIFICACION DE LA ACCION CORRECTIVA.

Este paso, necesariamente implica remisión de un informe final con las siguientes variables o dimensiones:

- Acciones de seguimiento y control del cumplimiento de las recomendaciones
- Plan de acción rápida.

12.1.2.3 INFORME FINAL DE AUDITORIA.

Hasta el momento, con todo el recorrido en relación a Auditoria Médica, se ha visto que el trabajo documental tiene por lo general un informe, cuyo formato no es operativo ni satisfactorio en razón de no aportar lo suficiente para el efecto en el que se realiza el trabajo cotidiano.

El informe final de la auditoria médica en general, deberá necesariamente incluir un informe detallado y conciso, donde se establecerán

fundamentalmente los siguientes puntos: objetivos, actividades realizadas, metodología empleada, no conformidades, conclusiones y recomendaciones.

En cualquier caso, este informe debe llevar datos basados en los documentos analizados y que se detallarán en las actividades realizadas y la metodología empleada. Las no conformidades deberán identificarse en relación a normas, guías de atención, protocolos de atención vigentes y validados a través de la Medicina Basada en la Evidencia.

13 ANALISIS DE VIABILIDAD.

13.1 PASOS EN EL DISEÑO DE LA AUDITORIA.

Los autores modernos, indican que el espiral propio de las actividades de la auditoria, consiste en una serie de pasos adecuada y lógicamente articulados.

Los pasos esenciales en el diseño de un trabajo de Auditoria Médica comienzan con la necesidad de seleccionar un tópico, seguido de la formulación de propósitos específicos y la identificación de criterios, basados en la evidencia, contra los cuales medir el rendimiento. Los datos seleccionados se evalúan para estimar su desvío respecto del criterio y determinar la extensión del cambio que es necesario producir. Las actividades ponderadas que surjan de esta aproximación es probable que provean mejoras en el cuidado médico (anexo 2)¹².

13.2 PRINCIPIOS.

En todos los asuntos relacionados con su actividad, los Comités de Auditoria deben aplicar los siguientes principios:

13.2.2 AUTORIDAD LEGAL.

La auditoria debe llevarse a cabo de acuerdo a disposiciones legales establecidas para regular su funcionamiento. La Auditoria Médica se dirige a la mejora de la Calidad de Atención. En ese sentido, la Auditoria tiene como propósito principal proporcionar la base que justifica la implementación de recomendaciones que posibiliten mejoras por parte de la dirección de la entidad auditada.

13.2.3 JUICIO IMPARCIAL DE LOS AUDITORES.

El auditor o su equipo, debe(n) mantener el máximo grado de independencia

posible, a pesar de las circunstancias de amistad y relaciones personales con otros funcionarios o trabajadores. El ejercicio de la auditoría impone obligaciones profesionales a los auditores. Para cumplir su función, los auditores deben conservar su independencia y objetividad. El Código de Ética Médica en actual vigencia constituye un grupo de reglas heterónomas, es decir, son obligatorias en función del vínculo jurídico que las une; sin embargo, este conjunto de normas sólo constituyen guías mínimas de orientación, puesto que el deber concreto en situaciones particulares que afronta cada auditor, reside en los principios generales de los propios códigos y en los principios de la ética.

13.2.4 ATRIBUTOS DEL AUDITOR.

Cada auditor, debe tener como objetivo ser el mejor en su profesión y propender a su desarrollo profesional permanente. Los atributos del auditor constituyen:

- Entrenamiento técnico y capacidad profesional.
- Independencia.
- Debido cuidado profesional.
- Confidencialidad.

El perfil del auditor en salud debe incluir lo siguiente:

- Formación profesional en salud relacionada con la materia o situación que se audita.
- Formación de Post-grado en Gestión de Calidad y Auditoría Médica.
- Experiencia asistencial.
- Responsabilidad.
- Capacidad de análisis y síntesis
- Ética.
- Imparcialidad.
- Sujeción a códigos y normas.
- Confidencialidad.
- Prudencia.
- No vinculación.
- Amabilidad.
- Disposición para trabajo en equipo.

13.3 BASE LEGAL.

Para una mejor aplicación es necesario puntualizar que la Auditoría en Salud, especialmente aquella subsecuente a los casos de denuncia de los

usuarios por supuestos problemas inherentes a las prestaciones de servicios, tiene relación con un marco legal en concordancia con los siguientes documentos de referencia:

- Constitución Política del Estado.
- Ley 3131. Normas y Reglamentos para el Ejercicio Profesional Médico.
- D.S.28562. Reglamentación de la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico.
- Plan General de Desarrollo Económico-Social “Bolivia digna, soberana y productiva”. Año 2008.
- Ley de Participación Popular N° 1551 a la cual se agrega el D.S. N° 23813 del 1° de julio de 1994.
- Ley N° 1702 del 17 de julio de 1996, modificatoria y ampliatoria de la Ley de Participación Popular N° 1551.
- D.S. N° 24447 de 20 de diciembre de 1996, reglamento a la Ley de Participación Popular.
- D.S. N° 26564 de 2 de abril de 2002, reglamentario a la Participación y Control Social.
- Ley de Municipalidades N° 2028 de 28 de octubre de 1999.
- Ley de Descentralización Administrativa N° 1654 de 28 de julio de 1995.
- Ley 1178 de Administración y Control Gubernamental (SAFCO) de 20 de julio de 1990.
- Ley del Dialogo Nacional 2000, N° 2235 de 31 de julio del 2001.
- Ley del Seguro Universal Materno-Infantil N° 2425 de 21 de noviembre de 2002.
- Reglamentación sobre instrumentos de control médico de los servicios de salud de la seguridad social boliviana, mediante resolución N° 0306 del Ministerios de Salud y Deportes, emitida el 21 de mayo del 2004 y que homologa la resolución administrativa N° 27-2004 de fecha 30 de abril del 2004 del INASES.
- D.S. N° 25798, que mediante su artículo 3, reconoce competencia del INASES para fiscalizar el Sistema Nacional de Seguros de Salud con evaluación y supervisión de sus entes gestores, fiscalizando la práctica del ejercicio médico y el artículo 6, que establece su competencia para resolver casos de controversia que se presenten en los entes gestores de salud.
- Reglamento General de Hospitales. Conformidad a Ley 2446.
- Reglamento para la Elaboración, Manejo y Archivo del Expediente Médico o Clínico en las Entidades de Seguridad Social.
- Reglamento General de los Instrumentos de Control Médico. Reglamento Específico del Comité de Expediente Clínico.

13.4 AMBITO DE APLICACIÓN.

La Ley 3131 promulgada el 8 de agosto del 2005, ha establecido la regulación del Ejercicio Profesional Médico, cuyo ámbito de aplicación en el Sistema Nacional de Salud en sus sectores: Público, Seguridad Social, privado con fines de lucro y Privado sin fines de lucro¹³.

Al haberse establecido principios y definiciones del contexto del ejercicio profesional médico, se han consolidado las competencias del Ministerio de Salud en la supervisión y control del ejercicio profesional médico; como también se ha reconocido mediante Ley de la República al Colegio Médico de Bolivia como entidad colegiada. Esta norma, también ha definido claramente las funciones y actividades relacionadas con el ejercicio profesional médico, como también el reconocimiento legal de los documentos médicos oficiales, tal cual es la Historia Clínica referente a la atención médica en los centros asistenciales.

Teniendo en la actualidad en vigencia la institucionalización de la Auditoria Médica en los ámbitos del acto médico y la gestión de calidad de los establecimientos de salud a través de la Ley 3131, se ha propiciado una relación equilibrada médico-paciente, con el propósito de regular el acto médico y mejorar la gestión de calidad en los establecimientos de salud.

La presente propuesta de Norma Técnica es de aplicación en el ámbito del Sistema de Auditoria Médica y Gestión de Calidad, a través de acciones coordinadas entre el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) hacia los diferentes niveles operativos de la Auditoria Médica, particularmente en lo referente tanto a Auditorías Internas como Auditorías de Especiales.

13.5 NORMALIZACION.

La normalización es hoy reconocida como un componente esencial en todos los ámbitos del conocimiento, ya que se debe hacer todo lo posible para dominar sus motivaciones e implicancias. Hoy en día, todas las instituciones incluidas las de salud se han integrado a la normalización como un elemento técnico fundamental y que tienes relación directa con las exigencias de la

calidad vinculándose a la evolución técnica y tecnológica. En ese sentido es sabido que las normas se desarrollan a tres niveles: Internacional, Regional y Nacional. La coordinación del trabajo a estos tres niveles se asegura mediante estructuras comunes y acuerdos de cooperación.

13.5.2 NORMALIZACION INTERNACIONAL.

Corresponde a las Normas ISO (Organización Internacional de Normalización o Estandarización), fundada en 1947, es una federación mundial de organismos nacionales de normalización, actualmente integrada por más de 140 miembros, uno por país. Su misión es estimular en todo el mundo el desarrollo de la normalización y las actividades relacionadas de manera de facilitar el intercambio de productos y servicios, y de esta forma alcanzar acuerdos en los campos intelectual, científico, técnico y económico.

13.5.3 NORMALIZACION REGIONAL.

Corresponden a organismos en determinadas regiones, que necesariamente implican entidades de cooperación y asesoramiento técnico. Así, en América, se tienen a la COPANT (Comisión Panamericana de Normas Técnicas), MERCOSUR (Mercado Común del Sur), que tienen tareas a realizar en la normalización técnica, de ámbito voluntario, integrada por lo habitual por países miembros. En el caso del MERCOSUR, lo integran Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, y su sede permanente se encuentra en Montevideo, Uruguay.

13.5.4 NORMALIZACION NACIONAL.

Cada país posee su propio sistema de normalización, y el trabajo de normalización se lleva a cabo a través de comités técnicos que pueden obtener asistencia de grupos de expertos. Estos comités o grupos de trabajo están integrados por representantes calificados de círculos industriales, institutos de investigación, autoridades públicas, consumidores o asociaciones profesionales.

13.6 PROCEDIMIENTOS.

En lo referente a la presente propuesta, se considera fundamentalmente que la mejora continua en los servicios quirúrgicos, tiene relación con el análisis documental del expediente clínico, por lo cual será de capital importancia la

implementación de auditorías internas en sus tres modalidades, vale decir, periódicas, especiales e inducidas.

Es también conocido que al existir un documento validado a nivel nacional en lo referente a la Norma Técnica para la Auditoría Médica del Expediente Clínico, con un total de 86 indicadores, cuyas variables incluyen el Si, No, No aplica y No se registra, cada institución debería tener un modelo que se adecúe a su trabajo asistencial.

Para el caso de Auditoría Médica Interna Periódica y Especial en concordancia con el Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, se plantean los siguientes procedimientos de análisis:

- Propósito.
- Solicitud de Auditoría.
- Inicio de la Auditoría.
- Designación de funciones
- Documentos esenciales.
- Relato e interpretación documental.
- Requisitos básicos del expediente clínico.
- Características documentales.
- Contenido del análisis.
- Análisis pormenorizado.
- Cierre e informe final.

Para el caso de la Auditoría Médica Inducida, los puntos a tomar en cuenta en base al mismo documento de referencia incluye:

- Propósito.
- Solicitud de la Auditoría.
- Comité Ejecutor.
- Designación de funciones
- Inicio de la Auditoría.
- Desarrollo de la Auditoría.
- Remisión del Informe.
- Seguimiento y control del cumplimiento de las recomendaciones y del plan de acción rápida.

13.7 UBICACIÓN DE LA AUDITORIA MÉDICA.

La Auditoria Médica es una herramienta del componente de Garantía y Mejoramiento del sistema de Gestión de la Calidad en Salud¹⁴.

13.7.2 REGULACION.

Para llevar a cabo la Auditoria Médica, el Ministerio de Salud y Deportes, como ente rector a través de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), cuenta en su estructura con la Unidad de Calidad y Auditoria Médica, por lo cual dispondrá las normas, lineamientos, disposiciones, métodos y procedimientos correspondientes que regulan el trabajo asistencial como marco de referencia para su ejecución a niveles operativos. Las organizaciones y unidades dependientes tanto del Ministerio de Salud y Deportes, como de la Seguridad Social, en función a su naturaleza aplican las normas establecidas.

13.7.3 ATRIBUCIONES.

13.7.3.2 NIVEL CENTRAL. Ministerio de Salud. INASES.

- Establecer las Normas y Protocolos de Auditoría Médica.
- Controlar el cumplimiento de los criterios y estándares institucionales.
- Conducir el Sistema de Auditoría Médica.

13.7.3.3 NIVEL REGIONAL. Servicio Departamental de Salud (SEDES), INASES.

Detectar e identificar las no conformidades reales y potenciales en los procesos asistenciales y de administración relacionados con la atención en salud, realizando el seguimiento de la implementación en medidas correctivas y preventivas resultantes para la mejora de calidad.

13.7.3.4 NIVEL LOCAL. Centros Asistenciales de Segundo y Tercer Nivel.

- Detectar e identificar las no conformidades reales y potenciales en los procesos asistenciales y de administración relacionados con la atención en salud, recomendando las medidas correctivas y preventivas que deberán ser aplicadas.
- Elaborar el informe de auditoría con el debido sustento técnico normativo y elevarlo al área auditada y las instancias correspondientes.
- Optimizar mediante el desarrollo de la auditoria, la calidad de los documentos referenciales de los procesos asistenciales y de administración de las actividades directamente relacionadas con la atención de salud.
- Designar y conformar los equipos de auditoría de acuerdo a lo estipulado en la Ley 3131 de la Reglamentación del Ejercicio Profesional Médico.
- Planificar, organizar, supervisar y evaluar las actividades de Auditoria Médica de acuerdo al nivel de competencia.
- Implementar procesos de Auditoria Médica en forma periódica dando prioridad a las auditorias programadas por su carácter preventivo.

13.8 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

13.8.2 ORGANIZACIÓN.

En las organizaciones de salud que cuentan con un(a) Gestor(a) de Calidad y Auditoría Médica, esta unidad es la encargada de coordinar con el Comité de Auditoría Médica las acciones correspondientes.

El Gestor de Calidad es el ente del establecimiento de salud, encargado de velar y controlar el cumplimiento de la calidad en el funcionamiento de los servicios que ofrece.

De inicio puede ser un profesional médico único especializado en Gestión de Calidad y Auditoría en Salud, que de acuerdo a requerimientos crecientes o magnitud del establecimiento, se convierta con el tiempo en un equipo técnico de mayor complejidad.

Sus funciones se encuentran detalladas en el Reglamento General de Establecimientos de Salud y en el Documento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud.

13.8.3 COMITÉ DE GESTION DE CALIDAD Y AUDITORIA (C.G.C.A.)

Es el Comité Institucional u Hospitalario de II o III nivel de la red asistencial, que funciona bajo la coordinación del Gestor de Calidad de la respectiva institución u hospital.

No requiere de auditores acreditados y su funcionamiento es concordante con lo señalado en el Reglamento General de Establecimientos de Salud.

Este Comité, deberá designar oficialmente a un responsable como coordinador y deberá considerarse en la Dirección.

El coordinador de Auditoría Médica propone la designación de un equipo de trabajo conformado por dos miembros (un secretario y un adjunto), según la complejidad del centro asistencial a fin de garantizar el correcto desarrollo de las actividades de auditoría a realizar.

El Director del centro asistencial proporcionará los recursos adecuados al Equipo de Gestión en Auditoría Médica.

13.8.4 COMITÉ DE AUDITORIA INTERNA DE SERVICIO (C.A.I.S.)

Es todo aquel comité que funciona al interior de la institución o establecimiento de salud, para la realización de cualquier tipo de auditoría

interna. No requiere de auditores acreditados y lo integran los propios funcionarios de la unidad o repartición que se audita, cumpliendo funciones regulares para el mejoramiento de la calidad de los servicios que ofrecen, bajo la tutela del Gestor de Calidad Institucional y de acuerdo a POAs previamente establecidos.

13.8.5 FUNCIONES DEL COMITÉ DE GESTION DE CALIDAD Y AUDITORIA MEDICA

- Elaborar el Plan Anual de Auditoria Médica, conforme a las prioridades institucionales y a las necesidades de evaluación, el mismo que será presentado a la dirección del centro asistencial para su conocimiento, aprobación y difusión.
- Conformar los equipos de auditoría de acuerdo a necesidades en las diferentes Unidades del centro asistencial y en concordancia con la norma vigente.
- Planear, organizar, ejecutar, supervisar y evaluar las auditorias programadas en el Plan Anual de Auditoria Médica según nivel de complejidad de la organización y / o establecimiento de salud.
- Elaborar el informe de auditoría y realizar el seguimiento de las recomendaciones y / o sugerencias emitidas.
- El secretario del Comité deberá garantizar el ordenamiento de la documentación auditada y facilitará el trabajo de sus integrantes.
- Los adjuntos del Comité de Gestión de Calidad y Auditoria Médica apoyarán en sus funciones al Coordinador de quien dependen jerárquicamente.

13.8.6 DOCUMENTACION.

Para el desarrollo de los procesos y procedimientos de Auditoria Médica se consideran tres tipos de documentación:

13.8.6.1 DOCUMENTACION PREVIA.

Es aquella documentación que se recopila o adquiere durante la fase de planeamiento de la auditoria y sirve para la realización del plan de auditoría. Constituyen ejemplos: Leyes, decretos, códigos, normas, criterios, estándares, etc.

13.8.6.2 DOCUMENTACION PROPIA DE LOS PROCESOS.

Es aquella que permite el desarrollo de la auditoria y la que se elabora durante la fase de ejecución de la misma. Constituyen ejemplo: Protocolos

de atención, expediente hospitalario, historia clínica, listado de procedimientos y/o verificación, registros, etc.

13.8.6.3 DOCUMENTACION FINAL.

Es aquella que presenta las No Conformidades, explicaciones y justificaciones de la misma, y explicaciones de información discrepante, así como las conclusiones y recomendaciones de la auditoría, las cuales se reflejan en el informe de auditoría.

13.8.7 PROCEDIMIENTOS

13.8.7.1 PLANEAMIENTO.

El equipo auditor designado para realizar el proceso deberá notificar al área respectiva sobre los procedimientos de auditoría a realizarse bajo programación específica. Asimismo, las unidades respectivas, deberán preparar toda la información normativa y científica, así como diseñar los instrumentos de verificación necesarios para el desarrollo del proceso.

13.8.7.2 EJECUCION.

Una vez planificada la actividad de auditoría, el equipo auditor procederá a su ejercicio en la sede del área auditada y en presencia de los representantes formales de la institución.

13.8.7.3 INFORME FINAL.

El equipo auditor elaborará un informe de auditoría que contemplará todos los pasos seguidos a lo largo del proceso, las conclusiones finales considerando en ellas todas las “no conformidades” y las recomendaciones o sugerencias necesarias para que el órgano de Gestión supere las mismas y de ser el caso en coordinación con la Jefatura de Enseñanza, Investigación, Gestión de Calidad y Auditoría Médica, o quien haga las veces en las organización de salud, desarrolle procesos de mejora continua de la calidad. El informe final, debe contener como mínimo, la estructura propuesta en los anexos 3, 4 y 5, que son formatos propuestos para la validación.

El equipo auditor remitirá este informe a la Jefatura de Enseñanza, Investigación, Gestión de Calidad y Auditoría Médica o quien haga sus veces, el cual elevará el informe final de auditoría respectivo a la dirección del centro asistencial u órgano de salud correspondiente.

13.8.8 RESPONSABILIDAD

Se establecen los siguientes niveles de responsabilidad:

- 13.8.8.1** Técnico-Normativa. Ministerio de Salud y Deportes y Servicios Departamentales de Salud (SEDES).
- 13.8.8.2** Operativa. Constituyen los siguientes niveles:
- 13.8.8.3** Direcciones de los centros asistenciales.
- 13.8.8.4** Jefaturas de enseñanza, investigación, gestión de calidad y auditoría médica.
- 13.8.8.5** Jefaturas de Unidades asistenciales.

13.8.9 DISPOSICIONES FINALES.

Las siguientes constituyen disposiciones finales para su aplicación:

- La oficina o unidad de gestión de calidad y auditoría médica, o quien haga sus veces, emitirá un informe mensual de las actividades de auditoría, de acuerdo a los canales administrativos y de responsabilidad que establezca la entidad correspondiente.
- Para los casos de establecimientos dependientes del Ministerio, será la instancia institucional de acuerdo a norma establecida, mientras que para las instituciones dependientes de la seguridad social será el INASES.

Toda información generada por los procesos de auditoría médica será evaluada en los niveles correspondientes a la normativa de auditorías internas, externas o especiales, a fin de generar, en los casos que amerite, propuestas de mejora continua de la calidad de los servicios, diseñadas de manera participativa.

Tomando como referencia el Artículo 6 del Reglamento para la Elaboración, Manejo y Archivo del Expediente Clínico, para su validación deberán cumplirse los siguientes requisitos:

- **Veracidad.**
El Expediente Clínico, debe caracterizarse por ser un buen documento que contenga una descripción veraz en lo referente al estado de salud del paciente y a los procedimientos realizados para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

- **Científico.**
Los datos que contiene deben estar en el marco del método clínico y los procedimientos aceptados en la práctica médica.
- **Simultáneo.**
La información que debe registrarse en el Expediente Clínico deberá realizarse en forma simultánea al acto o procedimientos médicos efectuados.
- **Completo.**
Debe contener datos suficientes sobre el estado de salud del paciente, debiendo reflejarse en ella todas las fases del método clínico incluyendo los procedimientos auxiliares de diagnóstico, tratamiento y los aspectos administrativos, refrendados con el nombre, firma y sello de quien lo elabora.

También es importante considerar los capítulos II y III del mismo reglamento, en razón de que incluyen los puntos inherentes a la Elaboración del Expediente Clínico y los Componentes del mismo.

13.9 MEDICION DE LA CALIDAD

El tema de la Calidad puede tener diferentes enfoques, pero independientemente del que se escoja, el punto de partida y el punto final de cualquier planteamiento debe ser el “Ser Humano”. Es importante entonces, “humanizar” los procesos de generación de calidad y aquellos relacionados con el aseguramiento y el control.

En el curso del tiempo, ha existido cierto debate sobre la naturaleza íntima de la auditoria. Autores latinoamericanos, indicaron que no se trata de un arte no de una ciencia, sino de una disciplina que ha ido ganando terreno, a tal punto que no se concibe hoy ninguna institución de provisión o mediación de servicios de atención de salud que no cuente con una Unidad o Departamento de Auditoria Médica.

Es así que, haciendo un enfoque de la implantación de Auditoria Médica en Historias Clínicas, podemos observar que históricamente existen dos momentos importantes, el primero clásico y antiguo y el segundo más moderno y actual.

La Auditoria Médica Clásica, es la evaluación hecha por médicos de la calidad de la atención médica en todas las ramas de la medicina y revelada

por la documentación clínica, que en el curso del tiempo tiene como agregado principal a la Calidad de Atención, haciéndose referencia al grado de cumplimiento de las normas en relación con el mejor conocimiento médico existente en cada momento de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptadas.

La Auditoria Médica Moderna, implica un análisis crítico y sistemático de la Calidad de la Atención Médica, incluyendo los procedimientos usados para el diagnóstico y el tratamiento, el uso de recursos, el desenlace resultante y la calidad de vida para los pacientes. En consecuencia, actualmente, la Auditoria Médica es el proceso de revisión crítica y sistemática de la práctica profesional con un compromiso implícito para mejorar el rendimiento personal y en última instancia la calidad y/o costo efectividad del cuidado de los pacientes.

Es por ello que, las diferentes teorías de aplicación de Auditoria Médica implican dos momentos importantes, el primero de revisión documental relacionada al expediente clínico, cuyo punto de partida es la historia clínica, y al referida a la revisión crítica y sistemática de la actividad asistencial del profesional médico en términos de eficacia, eficiencia y efectividad.

En ese sentido, los modelos de Auditoria Médica de Historias Clínicas tienen una relación directa a los niveles de atención, estableciéndose en países latinoamericanos, particularmente vecinos a Bolivia la correspondencia con Leyes vigentes que regulan los procesos de atención, validados a nivel nacional. Tal es el caso propio vigente a través de la promulgación y aplicación de la Ley 3131 referente al “Ejercicio Profesional Médico” se establece un modelo genérico de componentes de la historia clínica sujetos por implicancia a auditoria.

Modelos similares se han establecido es países como Colombia, a través de un programa de Calidad en Ginecología y Obstetricia llevado a cabo por el Dr. Francisco Espinel Chávez en Bogotá, o el propuesto en el Perú por parte de un conjunto de seguros privados cuyas normas y protocolos de atención tienen vigencia y validación a través de un ente rector dependiente del Ministerio de Salud Pública, o los modelos argentinos, cada vez más variados y complejos que se iniciaron en el campo quirúrgico por el impulso del prestigioso cirujano argentino Dr. Pedro Ferraina en el Hospital Gral.

Bernardo Rivadavia de la capital Argentina Buenos Aires.

La Mayor parte de los modelos propuestos, incluían en su tiempo muchas variables, la mayor parte de las cuales no eran aplicables a la generalidad de Unidades por ser de diferente complejidad, sin embargo el paso del tiempo y la practicidad de los proponentes han hecho que el modelo ideal de Auditoria de Historias Clínicas, debe tener como características un reducido número de variables, incluyendo todas las partes de la historia, para facilitar su seguimiento y permitir la cómoda adaptación para su empleo por otros servicios o unidades.

La Ley 3131 referente al “Ejercicio Profesional Médico”, propone un modelo general en el Anexo 3, bajo el denominativo de “Guía de Evaluación del Expediente Clínico”, donde se proponen parámetros a evaluar, los 11 indicadores, los criterios del cumplimiento, las observaciones y las conclusiones. Se propone además un formato del Informe del Comité de Expediente Clínico y Auditoria Médica, donde se establecen 11 parámetros a evaluar, las conclusiones y recomendaciones. Ambos formatos deben ser adaptados y adecuados por cada una de las unidades de servicios de atención

13.9.1 MODELOS DE EVALUACIÓN.

Para la medición de la calidad se han utilizado tradicionalmente dos modelos.

13.9.1.1 PRIMER MODELO. .

Desarrollado por Avedis Donabedian. Evalúa tres áreas a saber: la estructura, los procesos y los resultados. La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de los recursos humanos, físicos y financieros. Los procesos corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención. Los resultados representan el impacto logrado con la atención en términos de mejoras en la salud y bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

➤ ESTRUCTURA.

La organización estructural se expresa a través del organigrama en cada institución, permite identificar el perfil de la misma y a través de él, se pueden visualizar los niveles jerárquicos, además deben existir mecanismos de coordinación tales como comités, sistemas de asesoramiento como ser jurídico, informático, o sistemas de vigilancia y control, sea auditoría, control

de gestión, garantía de calidad como ejemplos.

La organización funcional se identifica a través de la existencia de diferentes tipos de manuales, tales como: Manual de funciones, de procedimientos, de control interno, y control de gestión.

Los recursos humanos, físicos, financieros, la tecnología, el transporte asistido, la accesibilidad y la integralidad son otras variables que se incluyen en la estructura.

➤ **PROCESO.**

El proceso incorpora las siguientes variables o características: Derechos del paciente, información general, institucional o médica, educación en salud, proceso técnico-científico que abarca todos los componentes del expediente clínico además de las guías de manejo diagnóstico y terapéutico, la comodidad, la hotelería, la articulación docente-asistencial investigativa y la educación continuada.

➤ **RESULTADO.**

La evaluación de resultados toma en cuenta a la evaluación del servicio por dos ópticas diferentes; la del paciente y la del médico, siendo variables para la primera la eliminación de la queja principal, recuperación de la función y la calidad de vida. Por parte del médico se toman en cuenta las siguientes tasas referenciales: de curación, de mejoría, de incapacidad (leve, moderada o severa), de invalidez y de letalidad que en líneas generales se engloban en las tasas de morbi-mortalidad.

13.9.1.2 SEGUNDO MODELO.

Desarrollado por Galán Morera, es más amplio en cuanto a áreas de evaluación y posibilidades de inferir sobre los distintos atributos de la calidad, pues analiza los siguientes puntos:

- El Contexto en el cual se presta la atención
- La Demanda
- La Oferta o estructura
- El Proceso
- Los Resultados o producto
- El Impacto o efecto

Este modelo conocido también como C-DOPRI, tiene un marco conceptual y variables establecidas para su aplicación.¹⁵

Al primar hoy en día la evaluación integral, se aborda el tema de pensamiento estratégico y la garantía de calidad en el campo de la salud, siendo el modelo propuesto el de evaluación sistemática, lo que permite la interacción sistémica de sus elementos (Anexo N° 7).

Cada uno de los componentes anotados, incorpora variables, subvariables, indicadores y rejillas de evaluación, que permiten la evaluación integral de las instituciones de salud, cualquiera sea su complejidad permitiendo identificar las fallas o vacíos en la prestación de los servicios de salud, siendo la especificación de cada uno de ellos de la siguiente manera:

- **CONTEXTO.**
Incluye fenómenos, circunstancias y elementos que constituyen el entorno o ambiente del sistema de salud. Incorpora las políticas internacionales, gubernamentales, sectoriales e institucionales de cada entidad en particular.
- **DEMANDA.**
Dentro de este componente se analizan las características de los usuarios, relacionados con la edad, sexo procedencia, nivel socioeconómico, ocupación, motivo de consulta y severidad del proceso patológico.
- **OFERTA O ESTRUCTURA.**
Estudia la organización y funcionamiento de la institución de salud, así como los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, incluidos en los sistemas de información vigentes.
- **PROCESO.**
Este componente identifica plenamente la evaluación y monitoreo, por tanto permite el ajuste periódico de los programas de salud establecidos. Puede definirse como la interrelación de los diferentes recursos (humanos, físicos y económicos) con las actividades intermedias y finales de la atención en salud.
- **RESULTADOS O PRODUCTO.**
Evalúa cuantitativamente las actividades realizadas en periodos habitualmente de un año, relacionadas por ejemplo con cirugías, partos y abortos atendidos, despacho de recetas, estudios de laboratorio y pruebas paraclínicas y en síntesis volumen de egresos, consultas y pacientes atendidos en urgencias. En el campo preventivo, incorpora acciones relacionadas con educación en salud, inmunizaciones y saneamiento básico.
- **IMPACTO O EFECTO.**
Evalúa aspectos tales como la modificación del riesgo de enfermar, incapacitarse o morir de la población, el cumplimiento de programas, actividades o tareas previstas por el sector salud y los cambios de actitud de los usuarios hacia los mismos servicios.

14 **ANALISIS DE FACTIBILIDAD.**

14.1 **FACTIBILIDAD SOCIAL.**

Desde un punto de vista con base en la aplicabilidad de las normas vigentes en el país en referencia al proceso de atención, se considera que el presente proyecto tiene factibilidad social, toda vez que las normativas propuestas por

el Ministerio de Salud y las validaciones correspondientes al INASES para las entidades de seguridad social, así como el SEDES para el sistema público no solo entran en vigencia sino que son aplicables en los niveles que correspondan.

En el último tiempo se ha visto que el grado de satisfacción de los usuarios en cuanto a las prestaciones de servicios que ofrecen las diferentes instituciones de salud ha ido cambiando con varios fundamentos relacionados, donde se incluyen por supuesto las simples encuestas y la presencia del control social y la prensa en las unidades asistenciales.

14.2 FACTIBILIDAD CULTURAL / INTERCULTURAL.

Al estar en vigencia las políticas de interculturalidad con una importante participación de diversos actores en los sistemas de salud, y al haberse diversificado los procesos de atención en el área de la salud, se considera que el presente proyecto es factible de aplicar como modelo a los diversos niveles de atención en la red asistencial vigentes en el país.

Al mismo tiempo, con el nuevo modelo de atención a través de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural es posible la aplicación de procesos de auditoría a partir del modelo propuesto, fundamentalmente en lo referente a gestión de calidad a través del modelo C-DOPRI, el cual implica partir de un contexto y terminar con el impacto del modelo de salud propuesto.

Esta situación permitirá evaluar todo el proceso de atención en general con la finalidad de proponer alternativas de tareas a cumplirse en función a competencias en cada uno de los niveles y de esta forma mejorar las estadísticas de salud reportadas en el país.

14.3 FACTIBILIDAD ECONOMICA (Presupuesto público)

Al considerarse dentro de los organigramas de las instituciones de salud una Unidad de Gestión de Calidad y Auditoría Médica, aplicable fundamentalmente a centros de 2º y 3er nivel de la red asistencial, desde hacen varios años se ha trabajado en la confección de Planes Operativos Anuales con presupuestos asignados tanto para capacitación como para la aplicación de planes de mejora en el proceso asistencial.

En tal sentido la presente propuesta tiene un presupuesto vigente y actualizado para su aplicación y validación a través de la unidad correspondiente, razón por la cual se puede garantizar su vigencia en el tiempo con un plan de mejora continua.

Además de lo indicado, es factible asegurar que el proyecto tiene sostenibilidad por un permanente deseo de autoridades y personal de salud en general por mejorar el proceso de atención a través de procesos de educación en el trabajo y una cultura organizacional para la prestación de servicios ofrecidos en el campo asistencial

15 ANALISIS DE SOSTENIBILIDAD.

Con lo referido en la factibilidad económica y su sustentación a través de programación y asignación presupuestaria y una ejecución de lo planificado asociado a un plan de mejora continua, se considera que la presente propuesta es sostenible en el tiempo.

Otra de las variables a considerarse tiene relación al Reglamento de Hospitales en vigencia que al plantearse acreditaciones de las unidades asistenciales, permite de alguna manera planificar planes de mejora continua y capacitación como objetivos intermedios que terminan con la mejora continua a través de la confección de protocolos de atención institucionales con base en la *lex artis medicae* y las guías de manejo y tratamiento publicadas tanto por el Ministerio de Salud y el INASES con aval de las sociedades científicas del Colegio Médico y la participación de las Universidades.

16 IMPACTO ESPERADO.

A través de la aplicación del presente proyecto se pretende validar los instrumentos de trabajo referidos con la finalidad de aplicar posteriormente en forma sistemática los formularios correspondientes para casos de auditoría interna y plantear las medidas correctivas para las no conformidades.

Simultáneamente se considera que el verdadero impacto será valorable en relación al tiempo de ejecución de las auditorías realizadas toda vez que por la sencillez de la aplicación de los formularios no requiere de un análisis muy complejo, siendo suficiente contrastar el proceso de atención analizado a través de la historia clínica con las guías, normas y protocolos vigentes tanto en el país como a nivel de cada una de las instituciones de salud.

17 FUENTE DE FINANCIAMIENTO.

En párrafos anteriores ya se ha referido sobre las fuentes de financiamiento, siendo la principal fuente la Programación Operativa Anual de la Unidad de Gestión de Calidad y Auditoría Médica propia, asociada a las planificaciones de las restantes unidades donde se incluye laboratorio, medios diagnósticos auxiliares y las unidades asistenciales de prestaciones de servicios que en su

programación incluyen la gestión de calidad para planes de mejora continúa del proceso asistencial.

18 DIFERENCIAL SEMANTICO.

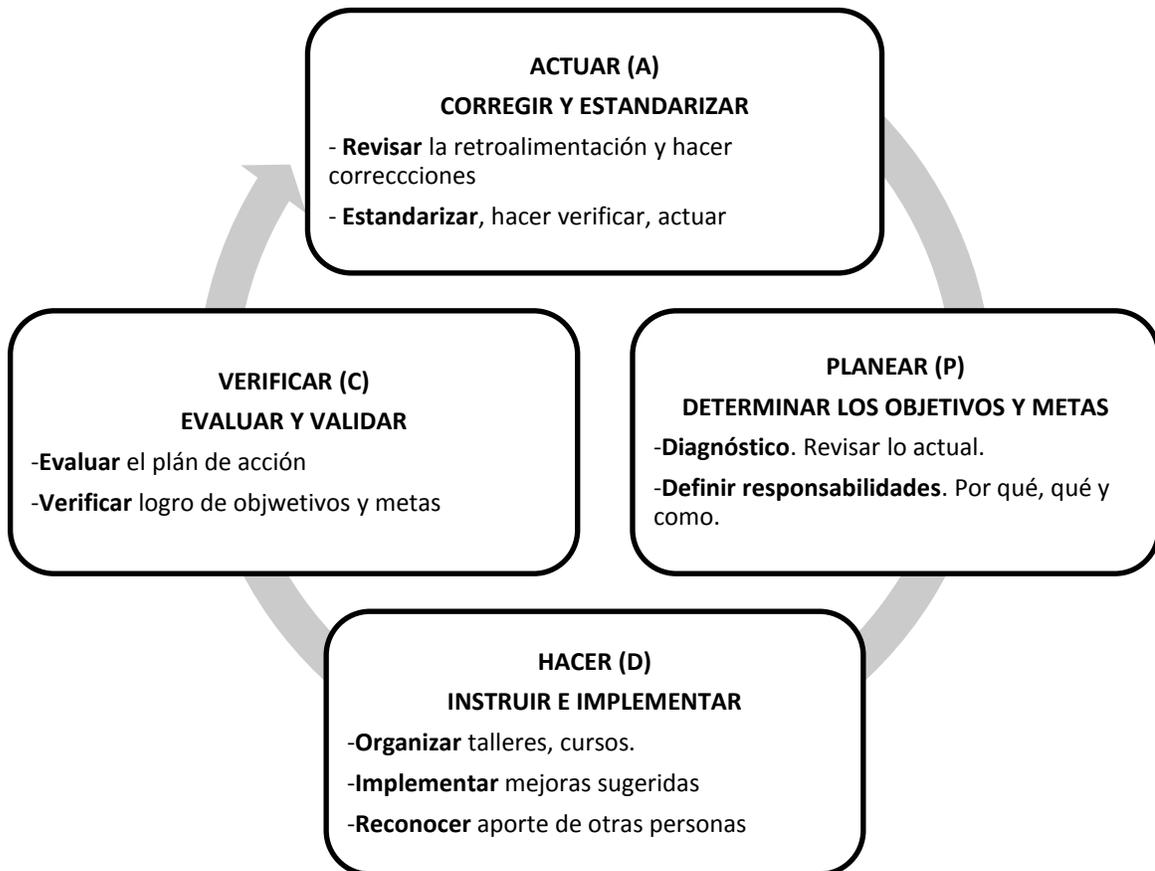
- Norma. Documento establecido por consenso y aprobado por el Ministerio de Salud. Implica para el personal del Sistema Nacional de Salud, reglas y líneas directrices o características para sus actividades o resultados que garanticen en nivel óptimo de orden y comparación en un contexto dado.
- Protocolo. Disposición técnica reconocida que refleja el “estado del arte” o el estado de la técnica en el momento y ajustado a una norma vigente.
- Guía técnica. Conjunto de procedimientos consensuados entre prestadores y usuarios en el marco de la interculturalidad en relación a un servicio determinado de salud.
- Auditoria. Es una herramienta del Sistema de Gestión de la Calidad que evalúa hechos con el objeto de determinar el grado de correspondencia existente entre la condición encontrada y los criterios establecidos.
- Auditoria de caso (manejo de caso). Es aquella que se fundamenta en el análisis de la Historia Clínica y el Expediente Clínico, así como en el consenso científico-técnico basado en el conocimiento académico y legal aplicable al caso específico, siendo uno de sus objetivos promover la calidad de atención.
- Auditoria de Historias Clínicas. Es aquella cuyo objeto de estudio es la evaluación de la calidad del registro de la información consignada en las Historias Clínicas y sus resultados.
- Auditoria en Salud. Es aquella dirigida a evaluar cualquier aspecto relacionado con el proceso de atención a los usuarios de una organización de salud, en el eje estructura-proceso-resultado.
- Auditoria Médica. Es la evaluación del acto y la relación médico-paciente para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios estandarizados o preestablecidos.
- Comité de Auditoría. Es el encargado de realizar Auditorías de modo sistemático, regular y continuo de las historias clínicas de los servicios y de otros de interés para la institución.
- Informe de Auditoría. Es un documento que se emite al término de la Auditoria y que describe las conformidades y las no conformidades y explica la información discrepante de los aspectos auditados, de corresponder puede incluir recomendaciones o sugerencias.
- No Conformidad. Hechos que no guardan relación con criterios o estándares preestablecidos.



ANEXOS

ANEXO Nº 1

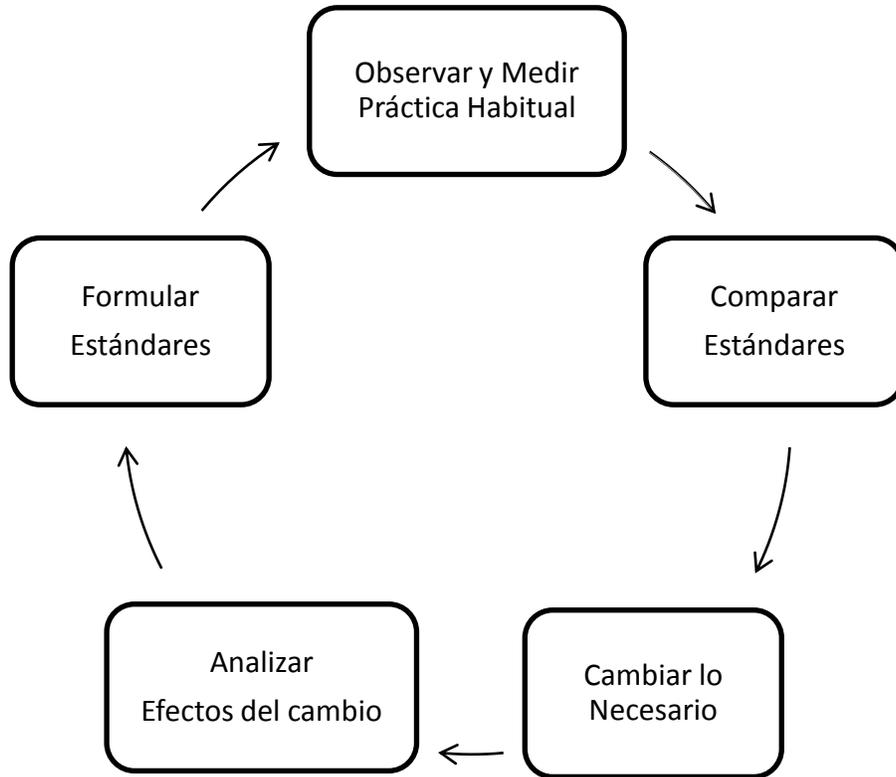
ESPIRAL DE LA MEJORA CONTÍNUA



William Edwards Deming 1950

ANEXO Nº 2

CICLO DE LA AUDITORIA



Ortega & Benito 2005

ANEXO Nº 3

HOSPITAL DE CLINICAS - UNIDAD DE CIRUGIA GENERAL

AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA

Nº AUDITORÍA Nº H. CLÍNICAFECHA

1. Elaboración de la Historia Clínica – (Incluye Vo Bo Cirujano de Planta)

SI

NO

2. Integridad

PARAMETRO	INDICADOR	CUMPLIMIENTO			
		SI	NO		
Proceso de atención	Datos generales del paciente				
	Fecha de ingreso				
	Registro de diagnóstico de admisión				
Integridad y claridad	Nota de ingreso o admisión con (Vo Bo MDP)				
	Anamnesis del cuadro actual y Antecedentes				
	Examen físico completo (incluye tacto)				
	Exámenes de laboratorio y gabinete				
	Evolución e indicaciones (Vo Bo MDP)				
	Valoración e interconsultas (por especialista)				
	Discusión diagnóstica, conclusión y conducta				
	Consentimiento informado (firmas y sello MDP)				
	Epicrisis (firma y sello cirujano de planta)				
	Concordancia y coherencia	Concordancia de diagnóstico			
Racionalidad en el manejo					
Pertinencia de exámenes					
Conducta quirúrgica	Plan de intervención quirúrgica				
	Autorización de cirugía				
	Notas pre y post-operatorias (correlación)				
	Protocolo operatorio (firma cirujano de planta)				
	Nota de evaluación pre-anestésica				
Permanencia hospitalaria	Registro anestésico				
	Relación cuadro clínico / días de internación				
	Relación terapéutica con manuales				
SUBTOTAL		SI (Nº)	SI (%)	NO (Nº)	NO (%)

3. Legibilidad

LEGIBLE	SI	NO

ANEXO Nº 4

HOSPITAL DE CLINICAS – UNIDAD DE CIRUGIA GENERAL

MATRIZ DE AUDITORIA MÉDICA

HALLAZGO DE AUDITORIA	
EVIDENCIA / NORMA	
CONFORMIDADES/ DISCONFORMIDADES	
RESPONSABLE	
PLAN CORRECTIVO	
OBSERVACIONES	

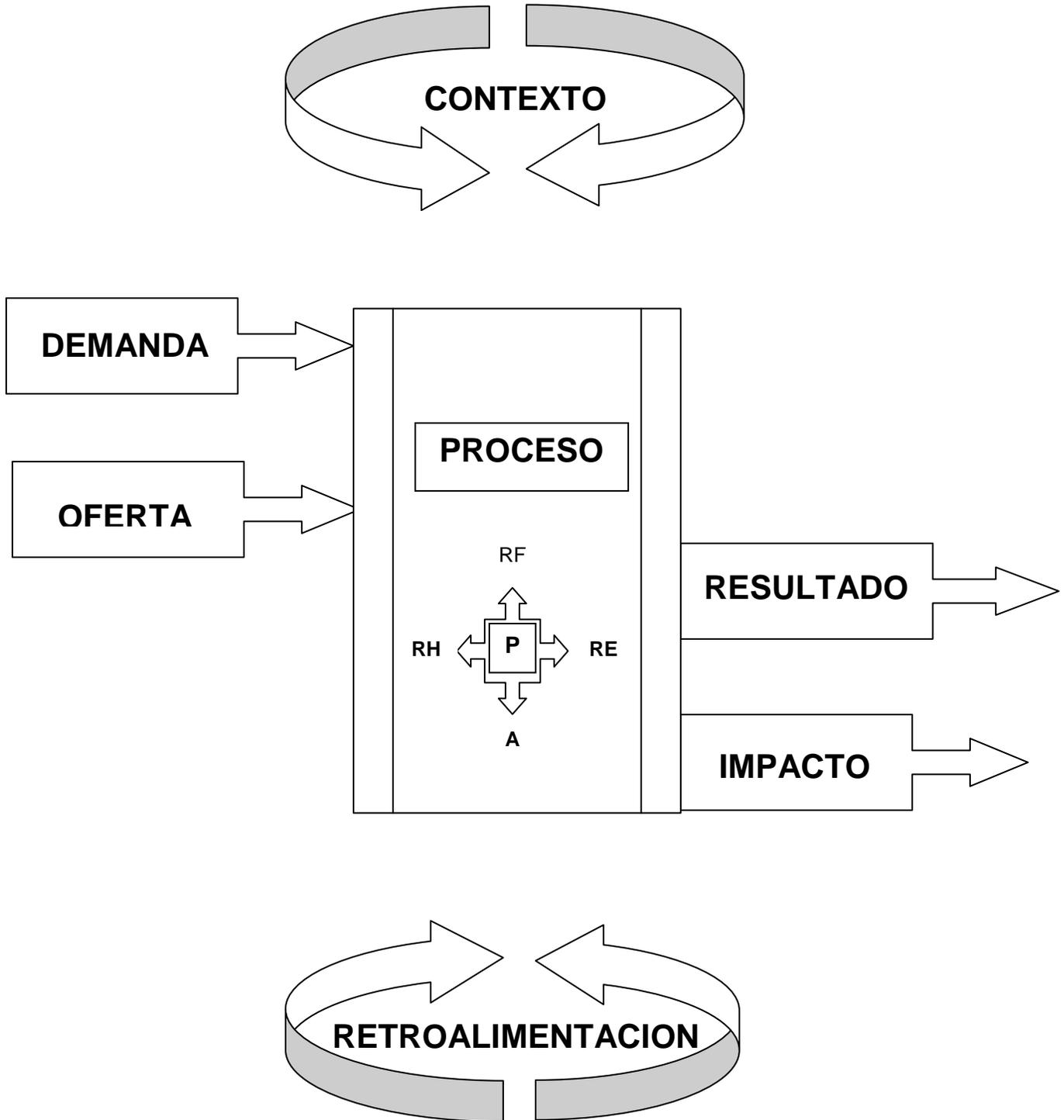
ANEXO Nº 5

FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA

A. OBJETIVOS	
B. ACTIVIDADES REALIZADAS	
C. METODOLOGIA	
D. NO CONFORMIDADES	
E. CONCLUSIONES	
F. RECOMENDACIONES	

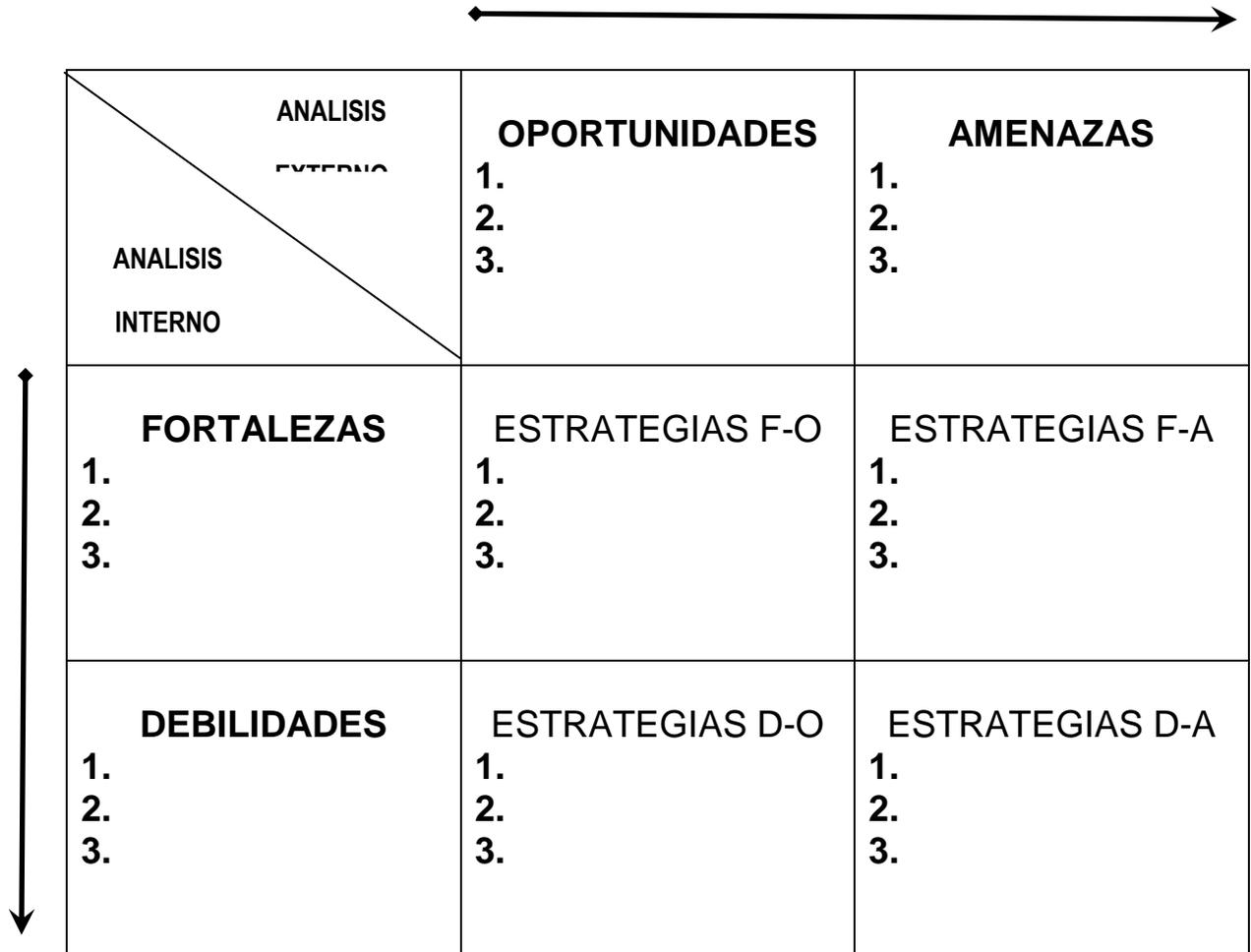
ANEXO Nº 6

MODELO DOPRI



ANEXO Nº 7

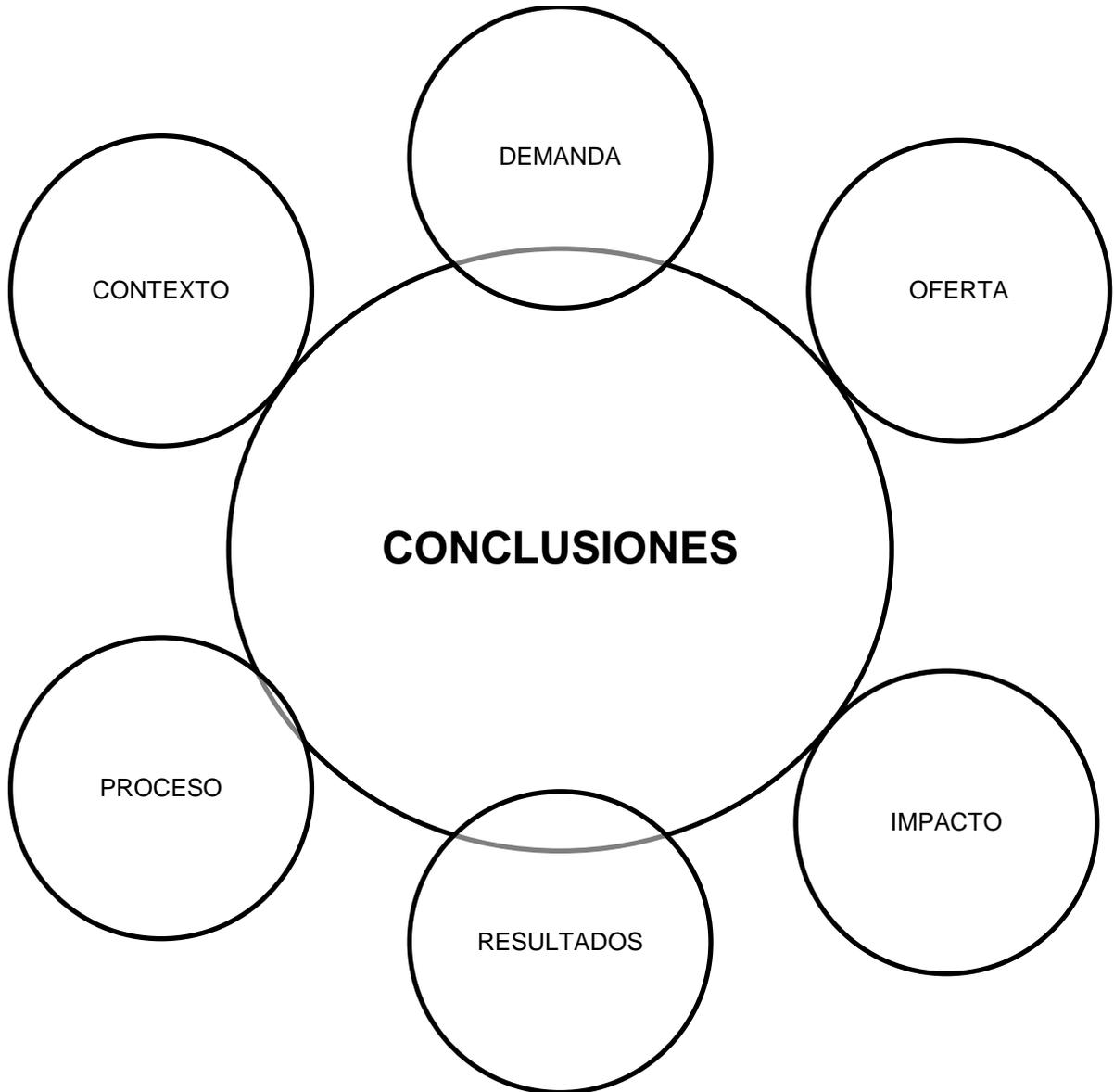
MATRIZ FODA



<p>ANALISIS EXTERNO</p> <p>ANALISIS INTERNO</p>	<p>OPORTUNIDADES</p> <p>1. 2. 3.</p>	<p>AMENAZAS</p> <p>1. 2. 3.</p>
<p>FORTALEZAS</p> <p>1. 2. 3.</p>	<p>ESTRATEGIAS F-O</p> <p>1. 2. 3.</p>	<p>ESTRATEGIAS F-A</p> <p>1. 2. 3.</p>
<p>DEBILIDADES</p> <p>1. 2. 3.</p>	<p>ESTRATEGIAS D-O</p> <p>1. 2. 3.</p>	<p>ESTRATEGIAS D-A</p> <p>1. 2. 3.</p>

ANEXO Nº 8

CONCLUSIONES

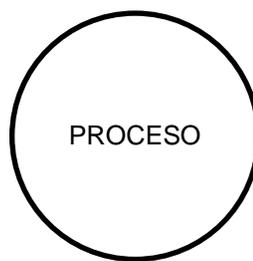
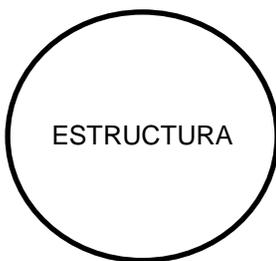


ANEXO Nº 9

RECOMENDACIONES



RECOMENDACIONES



ANEXO Nº 10

PLAN ESTRATEGICO



19 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

-
- ¹ Donnavedian Avedis. Evaluaty the Quality of Medical Care.1996.Milbank Memorial Fund Quarterly 44: 166-203.
- ² Fraser RC., Baker R. H., & Lakhani M. K. Evidence-based clinical auditory: An overview. Oxford 1998, 1 – 15
- ³ Paiz C.A. Auditoria Médica. Ediciones La Roca. Buenos Aires, 1995.
- ⁴ Piscoya J. Auditoria Médica Boletín Sanfernandino 1999; 7: 328 (U.N.M.S.M. - Facultad de Medicina).
- ⁵ Lembcke PA. Evolution of the Medical Audit. J Am Med Assoc 1967; 199: 111-8
- ⁶ Flexner A. Medical Education in the USA and Canada: Reporter to the Carnegie Foundation for Advancement in teaching. NY. Merrimond Press, 1910.
- ⁷ Marinker. M, Principles. En Medical audit. And general practice. Ed. Publishing Group. London 1990, 1 -14.
- ⁸ Schroeder SA.Outcome assessment 70 years later are we ready? N Engl J Med 1987; 316:160- 1.
- ⁹ Smitts HL. The PSRO in perspective. N Eng J Med 198 1; 305: 253-9.
- ¹⁰ Sackett DL et al. Evidence - based medicine: what it is an what isn't BMJ 1996; 312: 71-2.
- ¹¹ Luna Orozco Eduardo Javier. Manual de Auditoría y Norma Técnica. 2008. Serie Documentos Técnico Normativos. Publicación N° 63. La Paz Bolivia.
- ¹² Fraser & Baker. Pasos esenciales en el desarrollo de una auditoria. 1999.
- ¹³ Ley 3131. Normas y Reglamentos para el Ejercicio Profesional Médico. 2005.
- ¹⁴ Piscoya. J, Aliaga. E, Auditoria Médica como pilar de la calidad en la Atención de Salud. Revista Médica IPPS 1997. Vol. 6 (N° 3-4): 66 – 74.
- ¹⁵ En: Administración Hospitalaria. Capítulo XXII. Panamericana. Bogotá Colombia 1996: 487.