

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN MODELO DE AUDITORIA DE HISTORIAS
CLINICAS PARA UNA IPS DOMICILIARIA DE LA CIUDAD DE PEREIRA RISARALDA

ELIZABETH VÉLEZ MONCADA



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD
PEREIRA
2013

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN MODELO DE AUDITORIA DE HISTORIAS
CLINICAS PARA UNA IPS DOMICILIARIA DE LA CIUDAD DE PEREIRA RISARALDA

ELIZABETH VÉLEZ MONCADA

Trabajo de grado presentado como requisito
para optar al título de Especialista en Gerencia en Sistemas de Salud

Asesor

Dr. Ricardo Gómez Ossa

Md UTP

Esp. Gerencia en sistemas de salud.

Esp. Gerencia de Proyectos EAFIT.



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACION GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD

PEREIRA

2013

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

A Dios y a mi familia con todo el amor, por su apoyo incondicional, su guía y dedicación.

AGRADECIMIENTOS

A profesores y directivos por compartir sus conocimientos y por su guía en la reflexión y la crítica.

A la Universidad Tecnológica de Pereira

Al Dr. RICARDO GOMEZ OSSA, Asesor de tesis de Grado

Por su colaboración, apoyo y permanente disponibilidad

A los directivos y personal administrativo de la IPS Domiciliaria de la ciudad de Pereira por su contribución en la realización de este proyecto.

A todos quienes de una u otra manera hicieron parte de este logro

TABLA DE CONTENIDO

1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	¡Error! Marcador no definido.3
1.1	Descripción del problema.....	¡Error! Marcador no definido.3
1.2	Formulación del problema.....	14
2	JUSTIFICACIÓN.....	15
3	OBJETIVOS.....	17
3.1	Objetivo general.	17
3.2	Objetivos específicos.....	17
4	MARCO DE REFERENCIAS	18
4.1	Antecedentes.....	18
5	MARCO TEÓRICO	20
5.1	Marco institucional.....	20
6	MARCO CONCEPTUAL	21
6.1	Definición de auditoría.....	21
6.2	Clasificación de la auditoría	21
6.2.1	Auditoría externa	22
6.2.2	Auditoría interna.....	23
7	MARCO LEGAL	44
8	METODOLOGÍA.....	46
8.1	Tipo de proyecto.....	46
8.2	Diseño metodológico.....	47
9	CONCLUSIONES.....	54
10	RECOMENDACIONES	55
11	BIBLIOGRAFIA	56

RESUMEN

La auditoría es definida como el análisis crítico sistemático de la calidad de atención médica, incluyendo procedimientos, uso de recursos y resultados que repercuten en los desenlaces clínicos y la calidad de vida del paciente.

Objetivos: este estudio se orienta hacia el diseño y posterior implementación de un modelo de Auditoria de Historias Clínicas para una IPS de atención domiciliaria de la Ciudad de Pereira

Propuesta: Utilizando herramientas tecnológicas de programación, se busca proveer a la IPS domiciliaria de la ciudad de Pereira de un instrumento que le permita auditar las historias clínicas con miras a facilitar el control y seguimiento a la información de los pacientes, reflejándose lo anterior en una mejor calidad de atención al usuario y una eficaz gestión de los recursos económicos

Conclusiones: En el proceso de la atención médica se presenta aspectos éticos, disciplinarios, civiles y administrativos que en un momento dado pueden repercutir profundamente en la credibilidad y prestigio de la IPS, del personal de salud, pero más que nada de la buena atención a los usuarios de salud. La historia clínica y todos sus soportes son la carta de presentación y prueba real de las atenciones recibidas por el usuario de salud. Es el documento donde se plasma, directa o indirectamente, las obligaciones y derechos de todos los integrantes del SGSSS. La misma es un instrumento de gran valor, puesto que como irrefutable prueba documental, podrá significar la absolución o la condena de quien la diligencie a conciencia o sin ella.

El auditar las historias clínicas permite detectar a tiempo fallas en su elaboración, pertinencia del médico y adherencia a las guías de manejo con estos datos se logra tomar decisiones que mejoran este proceso tan esencial en todas las IPS como es la adecuada elaboración de una historia clínica

Palabras clave: modelo de auditoría de historia clínica para una IPS.

GLOSARIO

AUDITORIA MÉDICA: es la evaluación sistemática de la calidad, de la racionalidad técnico – científica y de la racionalización de los recursos de la atención en salud, enfocada principalmente en su proceso y resultado, con el objetivo fundamental de evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud, mediante el análisis de la aplicación del conocimiento profesional en la prestación de los servicios de salud.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: la calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. (Art. 4, Decreto 2309 de 2.002).

COMPORTAMIENTOS GENERADORES DE CULTA: Son las faltas que pueden generar una acción ilícita y sancionatoria. Estas son negligencia (hacer menos o no hacer lo suficiente), imprudencia (hacer mas), impericia (no saber), incumplimiento de las normas.

DEONTOLOGÍA: hace referencia a la rama de la ética cuyo objeto de estudio son aquellos fundamentos del deber y las normas morales. Se refiere a un conjunto ordenado de deberes y obligaciones morales que tienen los profesionales de una determinada materia. Un código deontológico es un conjunto de criterios, apoyados en la deontología con normas y valores, que formulan y asumen quienes llevan a cabo una actividad profesional.

EQUIPO DE SALUD: Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado. (Art. 1, Resolución 1995 de 1.999).¹

¹ www.creosltda.com - Consultoría y gestión

ÉTICA MÉDICA: (conjunto de principios y normas morales que regulan la asistencia médica) tiene como fundamento ineludible el comportamiento y las relaciones interpersonales establecidas entre un médico (sabedor, conocedor y actor competente) y un paciente (objeto y sujeto, a la vez orgánico, social y personal), en el que aquel ve a un amigo.

GLOSAS - son objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las IPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales pueden determinarse al interior de la misma institución o por las entidades con las cuales se hayan celebrado contratos de prestación de servicios, tales como: empresas promotoras de salud – EPS o compañías de seguros

HISTORIA CLÍNICA: Documento privado, obligatorio y sometido a la reserva, en el que se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. (Art. 1, Resolución 1995 de 1.999).

IMPLEMENTACIÓN: significa poner en práctica el programa, la norma de organización; transformar materialmente la organización de acuerdo con el programa de acción.

SECRETO PROFESIONAL: Información reservada o confidencial, que se conoce por el ejercicio de determinada profesión o actividad. (Art. 74, Constitución Política de Colombia de 1.991).

SECRETO PROFESIONAL MEDICO: es la información recibida del paciente que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales. (Art. 37, Ley 23 de 1.981).

SEMIOLÓGÍA CLÍNICA: En medicina, la semiología clínica es el cuerpo de conocimientos que se ocupa de la identificación de las diversas manifestaciones patológicas (síntomas y signos) o datos, de cómo buscarlos (semiotecnia), como reunirlos en síndromes y cómo interpretarlos (clínica semiológica o propedéutica). El método de trabajo o procedimientos desarrollados para la obtención de los datos (fundamentalmente el interrogatorio y el examen físico del paciente) se conoce como método clínico. Es el arte y ciencia del diagnóstico.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. (ART. 5, Decreto 2309 de 2.002).²

EAPB: Empresas administradoras de planes de beneficios

ARL: Administradora de Riesgos Laborales

E.P.S: Empresa Promotoras de salud

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y garantía

IPS: institución prestadora de servicios de salud

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación

² www.creosltada.com - Consultoría y gestión

INTRODUCCION

La auditoría médica es considerada actualmente como una herramienta de gestión clínica, que puede abarcar diferentes aspectos del quehacer médico asistencial, administrativo y financiero-contable.

En la realización de una auditoría médica el documento esencial es la historia clínica. Ésta junto a las estadísticas hospitalarias, normas, protocolos, patrones estándares y la labor del auditor, permiten un análisis acucioso del trabajo médico.³ La historia clínica es el documento médico por excelencia. En la historia clínica queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar al diagnóstico científico, de allí, la importancia de su exhaustividad. La historia clínica es uno de los elementos probatorios de la diligencia, desde su elaboración formal hasta su trasfondo científico. Las implicaciones de este documento son de todo tipo, especialmente médico-legal.⁴

Desde el punto de vista de prestación de servicios de salud la historia clínica hace referencia, más que a un documento específico, a un componente fundamental de la relación Equipo de Salud - Paciente. Tiene un valor científico, técnico y jurídico que resalta la prevalencia e importancia en el ejercicio de las actividades en el sector salud.

En las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), la auditoria adquiere especial importancia dada la finalidad de la empresa, la cual es evaluar las actividades asistenciales a los profesionales de la salud, actividades que deben ser ejercidas con ética, sabiduría y profesionalismo para no incurrir en responsabilidades civiles que puedan ocasionar demandas por daños y perjuicios.

³ OSORIO S, Guido et al. Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Rev. méd. Chile* [online]. 2002, vol.130, n.2 [citado 2013-07-16], pp. 226-229

⁴ GUZMAN, Fernando and ARIAS, Carlos Alberto. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *rev. colomb. cir.* [online]. 2012, vol.27, n.1 [cited 2013-07-16], pp. 15-24.

La auditoría a la H.C permite descubrir falencias en el registro y en la atención misma, de igual forma, ofrece la posibilidad de detectar y corregir oportunamente, inconsistencias que pueden ser objeto de glosas por parte de las entidades con las cuales se haya celebrado contrato de prestación de servicios.

La Resolución 1995 de 1999, establece normas para el manejo de la Historia Clínica y a través del Decreto 2174 de 1996 organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableciendo como objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilite las labores de auditoria, vigilancia y control, buscando además, que la información consignada en la H.C. se adhiera a las guías y protocolos de manejo de los diferentes procesos y procedimientos.

Lo anterior expuesto conduce a una propuesta de diseño e implementación de un modelo de auditoria a las H.C. de una IPS domiciliaria de la ciudad de Pereira, en la cual no se cuenta con este instrumento de gran importancia, tanto para la institución, como para los profesionales médicos, que conlleva al mejoramiento de las actividades de gestión, control y buena calidad de atención al usuario, quien finalmente es la razón de ser de las IPS.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Hacia 1918 nació en los hospitales norteamericanos, la auditoría médica, como un requerimiento para la acreditación de los hospitales, haciendo, en aquel tiempo, especial énfasis, en el perfeccionamiento de las historias clínicas. En Chile, esta técnica de auditoría médica comenzó a difundirse en el año 1952, a través de artículos y traducciones publicadas en revistas de la antigua Beneficencia y del Servicio Nacional de Salud.

Además de evaluar la calidad de los registros médicos, la auditoria medica también valora la calidad de la atención misma, indicando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la de la atención prestada.

La auditoría actual requiere de sistemas específicos previamente determinados que le permitan garantizar el control de calidad, los cuales se logran utilizando las herramientas tecnológicas actuales a través de software, compactibles y adecuados a las necesidades de cada empresa.

En la IPS domiciliaria de la ciudad de Pereira, no se cuenta en la actualidad con un adecuado modelo de auditoria de historias clínicas puesto que en el momento las directivas tienen su interés centrado en otro tipo de necesidades tales como la apertura de nuevas sedes, organización física de la sede principal y a que no se tiene conciencia de la importancia sobre la Auditoria de historias clínicas y los múltiples beneficios que representa para la adecuada prestación de los servicios de salud

Como consecuencia de esto se puede observar historias clínicas de no muy buena calidad y por ende la imposibilidad de la evaluación de los profesionales médicos para poder tomar decisiones gerenciales que puedan mejorar este proceso.

Algunas de las fallas e inconsistencias presentadas han sido causa de glosas, lo que va en detrimento de la economía, calidad en la atención y prestigio de la de la IPS.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es importante diseñar e implementar un modelo de auditoria de historias clínicas para una IPS domiciliaria?

2. JUSTIFICACIÓN

La auditoría médica tiene como objetivo específico elevar la calidad de los servicios de salud a fin de que el usuario reciba la mejor atención medica posible, para lo cual se vale de la evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias.

La importancia de este proyecto se traduce en la contribución sustancial y significativa en el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de salud de la IPS domiciliaria, adscrita a la ciudad de Pereira, ya que, el tener implementado un modelo de auditoria de historias clínicas en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, permite al auditor medico evaluar de forma sistemática y continua a los profesionales médicos, obteniendo de la HC. Información sobre clasificación de los pacientes, adecuada digitación, se controla el uso de siglas y espacios en blanco, se evalúa la pertinencia de los médicos en la solicitud de toma de exámenes de laboratorios, imágenes diagnósticas y solicitud de interconsultas con las diferentes especialidades, formulación adecuada etc.

Por medio de este instrumento se puede detectar el reporte estricto de paraclínicos uno de los principales motivos de glosas por las entidades prestadoras de salud. Además permite evaluar un punto muy importante en la labor médica que es la conducta y tratamiento que recibe el paciente donde el auditor medico puede supervisar la adecuada adherencia a las guías y protocolos de manejo de la institución.

Es importante destacar que los usuarios de salud, son consumidores, y como tales los cobija las normas especiales sobre la materia, entre las cuales se destacan, el derecho a recibir productos y servicios de calidad, y a reclamar responsabilidad por su deficiente atención.

Esta es la única manera de lograr un mejoramiento continuo en los servicios prestados por las entidades que conforman el Sistema en conjunto. ⁵

Otra de las principales razones por la cual la auditoria de las historias clínicas es de vital importancia para la institución es que estas representan un documento legal confiable que en un momento determinado puede servir de soporte para evitar glosas y/o exonerar a la IPS o a los profesionales de la salud de repercusiones legales por algún tipo de demanda.

⁵ a **responsabilidad civil** solidaria de las eps en la atención médica ...
bermudezabogadosasociados.blogspot.com/.../la-**responsabilidad-civil-so**

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Diseñar e implementar un modelo de Auditoria de Historias Clínicas para una IPS de atención domiciliaria de la Ciudad de Pereira

3.2 Objetivos específicos

- Diseñar un modelo de auditoria de historias clínicas para una IPS de atención domiciliaria de la Ciudad de Pereira.
- Implementar y capacitar al personal de la IPS domiciliaria de Pereira en el modelo de auditoria de historias clínicas

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 Antecedentes

La auditoría es una de las aplicaciones de los principios científicos de la contabilidad, basada en la verificación de los registros patrimoniales de las haciendas, para observar su exactitud; no obstante, este no es su único objetivo.

Su importancia es reconocida desde los tiempos más remotos, teniéndose conocimientos de su existencia ya en las lejanas épocas de la civilización sumeria.

En diversos países de Europa, durante la edad media, muchas eran las asociaciones profesionales, que se encargaban de ejecutar funciones de auditoría, destacándose entre ellas los consejos Londinenses (Inglaterra), en 1.310, el Colegio de Contadores, de Venecia Italia, 1.581. La revolución industrial llevada a cabo en la segunda mitad del siglo XVIII, imprimió nuevas direcciones a las técnicas contables, especialmente a la auditoría, pasando a atender las necesidades creadas por la aparición de las grandes empresas (donde la naturaleza es el servicio y es prácticamente obligatorio).

Se preanuncio en 1.845 o sea, poco después de penetrar la contabilidad de los dominios científicos y ya el "Railway Companies Consolidation Act" obligaba la verificación anual de los balances que debían hacer los auditores.

También en los Estados Unidos de Norteamérica, una importante asociación cuida las normas de auditoría, la cual publicó diversos reglamentos, de los cuales el primero que conocemos data de octubre de 1.939, en tanto otros consolidaron las diversas normas en diciembre de 1.939, marzo de 1.941, junio de 1942 y diciembre de 1.943. Inicialmente, la auditoría se limitó a las verificaciones de los registros contables, dedicándose a observar si los mismos eran exactos. Por lo tanto esta era la forma primaria: Confrontar lo escrito con las pruebas de lo acontecido y las respectivas referencias de los registros.

Con el tiempo, el campo de acción de la auditoria ha continuado extendiéndose; no obstante son muchos los que todavía la juzgan como portadora exclusiva de aquel objeto remoto, o sea, observar la veracidad y exactitud de los registros.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Marco Institucional

S.E.I.S.A. es una empresa de Servicios Integrales de Salud Ambulatorios S.A.S. ubicada en la carrera 18 3 # 19B -60 Barrio Lorena 3 de la ciudad de Pereira Risaralda, que brinda atención en salud a pacientes en su hogar, incluyendo todos los servicios que pueden ser prestados en casa desde procedimientos básicos hasta la hospitalización domiciliaria; lo que permite disminuir los altos costos hospitalarios; realizando atención integral, mejorando así la calidad de vida de los pacientes, ofreciendo mayor humanización del servicio de salud.

S.E.I.S.A., presta sus servicios a las siguientes entidades: NUEVA EPS, CAFESALUD MP, SURA EPS, SURA ARP, S.O.S, SALUDCOOP EPS CAFESALUD EPS-S, COLPATRIA ARP.

Con cobertura en las siguientes ciudades: **Pereira – Dosquebradas – Santa Rosa – Cartago y Armenia**

6. MARCO CONCEPTUAL

6.1 DEFINICIÓN DE AUDITORIA

Existen diversos conceptos del termino; siendo este, uno de los más puntuales “es un examen sistemático e independiente, para determinar si las actividades y resultados relacionados con la gestión de calidad, cumplen las condiciones preestablecidas y si estas se cumplen en forma efectiva y son aptas para alcanzar los objetivos”.⁶

Otras nociones dicen que” la Auditoría es una función de dirección, es un examen comprensivo de la estructura de una empresa, en cuanto a los planes y objetivos, métodos y controles, su forma de operación y sus equipos humanos y físicos, para garantizar la integridad de su patrimonio, la veracidad de su información y el mantenimiento de la eficacia de sus sistemas de gestión. También podría decirse que es. "Una visión formal y sistemática para determinar hasta qué punto una organización está cumpliendo los objetivos establecidos por la gerencia, así como para identificar los que requieren mejorarse”.⁷

6.2 CLASIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA.

Dependiendo de la necesidad empresarial de establecer controles o pautas en el cumplimiento de las actividades que se desenvuelven en el ámbito de la organización, la auditoria puede clasificarse en: auditoria externa y auditoria interna.

⁶ www.slideshare.net/candiazr/auditoria-interna-8599526

⁷ www.proyectosfindecarrera.com/que-es-una-auditoria.htm

6.2.1 Auditoría externa

Aplicando el concepto general, se puede decir que la auditoría externa es el examen crítico, sistemático y detallado de un sistema de información de una unidad económica, realizado por un Auditor Externo sin vínculos laborales con la misma, utilizando técnicas determinadas y con el objeto de emitir una opinión independiente sobre la forma como opera el sistema, el control interno del mismo y formular sugerencias para su mejoramiento.

El dictamen u opinión independiente tiene trascendencia a los terceros, pues da plena validez a la información generada por el sistema ya que se produce bajo la figura de la Fe Pública, que obliga a los mismos a tener plena credibilidad en la información examinada.

La Auditoría Externa o Independiente tiene por objeto averiguar la razonabilidad, integridad y autenticidad de los estados, expedientes y documentos y toda aquella información producida por los sistemas de la organización.

Una Auditoría Externa se lleva a cabo cuando se tiene la intención de publicar el producto del sistema de información examinado con el fin de acompañar al mismo una opinión independiente que le dé autenticidad y permita a los usuarios de dicha información tomar decisiones confiando en las declaraciones del Auditor externo.

Dicha auditoría debe hacerla una persona o firma independiente de capacidad profesional reconocidas. Esta persona o firma debe ser capaz de ofrecer una opinión imparcial y profesionalmente experta a cerca de los resultados de la auditoría, basándose en el hecho de que su opinión ha de acompañar el informe presentado al término del examen y concediendo que pueda expresarse una opinión basada en la veracidad de los documentos y de los estados financieros y en que no se imponga restricciones al auditor en su trabajo de investigación.

6.2.2 Auditoría interna

La auditoría Interna es el examen crítico, sistemático y detallado de un sistema de información de una empresa, realizado por un profesional con vínculos laborales con la misma, utilizando técnicas determinadas y con el objeto de emitir informes y formular sugerencias para el mejoramiento de la misma. Estos informes son de circulación interna y no tienen trascendencia a los terceros pues no se producen bajo la figura de la Fe Pública.

Las auditorías internas son hechas por personal de la empresa. Un auditor interno tiene a su cargo la evaluación permanente del control de las transacciones y operaciones y se preocupa en sugerir el mejoramiento de los métodos y procedimientos de control interno que redunden en una operación más eficiente y eficaz.

Cuando la auditoría está dirigida por Contadores Públicos profesionales independientes, la opinión de un experto desinteresado e imparcial constituye una ventaja definida para la empresa y una garantía de protección para los intereses de los accionistas, los acreedores y el público.

La auditoría interna es un servicio que reporta al más alto nivel de la dirección de la organización y tiene características de función asesora de control, por tanto no puede ni debe tener autoridad de línea sobre ningún funcionario de la empresa, a excepción de los que forman parte de la planta de la oficina de auditoría interna, ni debe en modo alguno involucrarse o comprometerse con las operaciones de los sistemas de la empresa, pues su función es evaluar y opinar sobre los mismos, para que la alta dirección tome las medidas necesarias para su mejor funcionamiento.

La auditoría interna solo interviene en las operaciones y decisiones propias de su oficina, pero nunca en las operaciones y decisiones de la organización a la cual presta sus servicios, pues como se dijo es una función asesora.

Según Williams P. Leonard la auditoria interna o administrativa se define como:

"Un examen completo y constructivo de la estructura organizativa de la empresa, institución o departamento gubernamental; o de cualquier otra entidad y de sus métodos de control, medios de operación y empleo que dé a sus recursos humanos y materiales".

En síntesis, la auditoria interna, se encarga de analizar los sistemas, los procedimientos, las estructuras, los recursos humanos, los materiales y los programas de los diferentes complejos de la organización. Es decir, todas las funciones que integran la gestión a excepción de la financiera, para verificar su buen funcionamiento, proponer mejoras y mejorar sus comportamientos disfuncionales.

Con el desarrollo de la tecnología de sistemas de información ha crecido la necesidad de examinar y evaluar lo adecuado de la información administrativa, así como su exactitud. En la actualidad, es cada vez mayor la necesidad por parte de los funcionarios, de contar con alguien que sea capaz de llevar a cabo el examen y evaluación de:

- La calidad, tanto individual como colectiva, de los gerentes y administrativos en general (auditoria administrativa funcional)
- La calidad del recurso humano asistencial y de los procesos mediante los cuales opera un organismo (auditoria analítica).

Lo que realmente interesa destacar, es que existe una necesidad de examinar y evaluar los factores externos e internos de la empresa y ello debe hacerse de manera sistemática, abarcando la totalidad de la misma.

OBJETIVOS DE LA AUDITORIA INTERNA

Entre los objetivos prioritarios para instrumentarla de manera consistente tenemos los siguientes:

De control: Destinados a orientar los esfuerzos en su aplicación y poder evaluar el comportamiento organizacional en relación con estándares preestablecidos.

De productividad: Encauzan las acciones para optimizar el aprovechamiento de los recursos de acuerdo con la dinámica administrativa instituida por la organización.

De organización: Determinan que su curso apoye la definición de la estructura, competencia, funciones y procesos a través del manejo efectivo de la delegación de autoridad y el trabajo en equipo.

De servicio: Representan la manera en que se puede constatar que la organización está inmersa en un proceso que la vincula cuantitativa y cualitativamente con las expectativas y satisfacción de sus clientes.

De calidad: Disponen a elevar los niveles de actuación de la organización en todos sus contenidos y ámbitos, para que produzca bienes y servicios altamente competitivos.

De cambio: La transforman en un instrumento que hace más permeable y receptiva a la organización.

De aprendizaje: Permiten que se transforme en un mecanismo de aprendizaje institucional para que la organización pueda asimilar sus experiencias y las capitalice para convertirlas en oportunidades de mejora.

De toma de decisiones: Traducen su puesta en práctica y resultados en un sólido instrumento de soporte al proceso de gestión de la organización.

IMPORTANCIA DEL PROCESO DE VERIFICACIÓN

Una responsabilidad de la auditoría interna, es determinar qué es lo que se está haciendo realmente en los niveles directivos, administrativos y operativos; la práctica nos indica que ello no siempre está de acuerdo con lo que el responsable del área o el supervisor piensan que está ocurriendo.

Los procedimientos de auditoría interna respaldan técnicamente la comprobación en la observación directa, la verificación de información de terceros, y el análisis y confirmación de datos, los cuales son necesarios e imprescindibles.

CAMPO DE APLICACIÓN

En cuanto a su campo, la auditoría interna puede crearse en todo tipo de organización, sea ésta pública, privada o social.

AUDITORIA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS)

La aplicación de una auditoría interna en las organizaciones puede tomar diferentes cursos de acción, dependiendo de su estructura orgánica, objeto, giro, naturaleza de sus productos y servicios, nivel de desarrollo y, en particular, con el grado y forma de delegación de autoridad. En las IPS. Institución prestadora de servicios de salud, la auditoría es una revisión de la práctica médica con carácter educativo, correctivo y preventivo; es concebida como un procedimiento técnico de control. La Auditoría médica, es en última instancia, un mecanismo de mejoramiento y perfeccionamiento médico, basado en la utilización de normas y registros.

El sistema de auditoría médica debe cumplir con los siguientes objetivos:

- Conocer la calidad de los servicios y valorar los factores que inciden sobre la buena marcha de los mismos.
- Analizar el trabajo médico en sus diferentes áreas, con el propósito de conseguir el más alto nivel de eficiencia en la atención prestada.
- Propender por la creación de estímulos y facilitar la información para la asignación de los mismos.
- Coordinar los aspectos referentes a la investigación, con el objeto de lograr una proyección médica más amplia.
- Establecer los criterios para programar la capacitación científica.
- Estimular el conocimiento y las buenas relaciones entre los profesionales de la salud.
- Dar cumplimiento a las disposiciones legales.

De acuerdo a los fines que persigue la empresa, la Auditoría puede direccionarse en dos tipos de acciones, correctiva y preventiva.

La acción correctiva en Auditoría, es toda acción que, en el marco de la mejora continua de la calidad del servicio de salud, apunta a corregir una no-conformidad específica. Es posible que una no-conformidad no pueda ser revertida en el corto plazo; sin embargo, la acción correctiva contempla la verificación periódica de los avances por revertir la no-conformidad.

La acción preventiva en Auditoría está dirigida a mejorar la calidad de los servicios de salud; tiene como objetivo plantear uno o varios mecanismos alternativos para evitar que una no-conformidad hallada se vuelva a presentar en lo sucesivo, planteando acciones correctivas de manera planificada y programada en función a la envergadura de la no-conformidad, estableciéndose los plazos e indicadores necesarios a fin de revertir dichas anomalías.

La acción preventiva debe ser definida de manera participativa y asistida entre el auditor y el responsable del servicio auditado.

Las conclusiones de la Auditoría, contemplan principalmente los hallazgos más importantes, los plazos para rectificaciones y los compromisos del sistema auditado para prevenir la recurrencia de las no-conformidades detectadas.

AUDITORIA MÉDICA

- **EVALUACIÓN DE CALIDAD.** Trabaja sobre la base de registros de lo realizado, evalúa la calidad de ellos, contempla la calidad de la atención médica, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de lo registrado y la atención prestada.
- **GARANTÍA DE CALIDAD:** Asegura a los Usuarios un nivel de perfección. La mejoría de la Calidad: su objetivo es establecer un control permanente de los procesos para lograr su optimización. La Calidad Total significa que la suma de los recursos de una Institución se orienta a la satisfacción de los Usuarios.
- **UTILIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA:** Su provecho es múltiple:
 - a) Permite el conocimiento de errores cometidos y sus causas. Luego la corrección para mejorar los rendimientos.
 - b) Otorga la posibilidad de actuar con rapidez en la relación con la Organización del Trabajo Médico.
 - c) El médico adquiere una conciencia informada de sus responsabilidades si afectan los resultados.
 - d) Influye favorablemente en el perfeccionamiento de la Historia Clínica, lo que permite una mejoría de las Auditorias.

e) Se transforma en una herramienta de postgrado para perfeccionar el trabajo del Médico.

f) Luego se entrega esa información a la Dirección de la IPS, para orientar recursos para la solución de los problemas detectados.

LA AUDITORIA MÉDICA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN:

Este tipo de auditoria abarca el aspecto médico legal asistencial, el administrativo y el financiero contable.

- **Aspecto Médico Legal:** se actúa para prevenir la ineficiente práctica médica, observando el cumplimiento de las normas legales y disposiciones sanitarias vigentes, actuando en estrecha relación y colaboración con Asesoría Jurídica.
- **Aspectos Normativos:** estimula la elaboración, revisión y readecuación de normas, pautas y manuales de procedimiento que regularicen el cumplimiento y su ejecución.
- **Aspectos Técnicos Evaluativos:** a través de la valorización de los actos y conductas, realizando un control de calidad de éstos.
- **Aspectos Éticos:** supervisa el cumplimiento de normas éticas y morales en las conductas de las personas, denominada: Deontología médica, que establece el deber de ser del actuar médico, junto al Comité de Ética Médica de cada Institución.
- **Aspectos financieros administrativos:** compatibiliza una buena relación entre eficiencia, costos, calidad y seguridad de la atención brindada.

- **Aspectos docentes y de investigación:** estimula la enseñanza y perfeccionamiento de post-grados, consiguiendo efectos educativos y preventivos para lograr aprendizajes y experiencias.

Este tipo auditoria permite

- Conocer la calidad de los servicios que se prestan.
- Formular proyectos y sugerencias para mejorarlos.
- Conocer las condiciones en que se desarrolla el trabajo profesional.

RESPONSABILIDAD MÉDICA.

Es la que tiene el profesional de responder por eventuales daños producidos en su actuación. Puede ser de Orden:

- A. Ético.
- B. Moral.
- C. Disciplinario.
- D. Administrativo.
- E. Civil.
- F. Penal.

* **Penal:** es la que proviene de una acción en omisión tipificada como infracción del Código Penal.

DERECHOS DEL PACIENTE

En él se sistematizan preceptos legales para los derechos de los pacientes en la atención de salud y se debe abordar la Responsabilidad Médica desde el Derecho en distintos aspectos.

- ✓ En todo acto realizado libre y voluntariamente restablece el Principio de Responsabilidad, que establece que todo daño causado debe ser reparado.
- ✓ Cuando el Médico presta Asistencia Médica al individuo enfermo, hay riesgos a través de actos médicos realizados durante el diagnóstico y el tratamiento que son su responsabilidad.
- ✓ El Médico tiene responsabilidad ante su propia conciencia y ante la sociedad. Debe ser un ejercicio responsable de sus funciones profesionales y tener siempre presente la Ética Médica.
- ✓ La Auditoría médica, actúa en cuanto a la responsabilidad médica desde un punto de vista provocativo-preventivo para prevenir la “mala práctica” y sus consecuencias.

Dícese de la Mala Práctica Médica como el acto médico contrario a las normas aceptadas y que produce resultados perjudiciales en el paciente y su consecuencia: “La Demanda”. a través de la auditoría se intenta detectar el error o el abuso en el ejercicio de la profesión médica, dirigidas a evitarlo o disminuirlo.⁸

AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS

La Auditoría en sistemas de salud es un instrumento de evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procedimientos de atención médica y se basa, en primer lugar, en la revisión sistemática, continua y objetiva del trabajo profesional médico, teniendo como base, el análisis de las historias clínicas.

• ⁸ Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica.

La historia clínica es el sumario de las atenciones recibidas por el paciente por parte del personal de salud de una IPS, y de su buen registro depende en gran parte la calidad de la atención que se presta.

Se debe diferenciar de la revisión o análisis de las historias clínicas, ya que solamente se comprueban los registros que se han realizado de acuerdo a normas establecidas y estándares predeterminados.

La auditoria de H.C, es un proceso que incluye la revisión de ella y de otros registros vinculados al paciente. La comparación con la evidencia científica existente y la consulta a expertos puede ser relevante en el análisis.

Los objetivos: fundamentales son dos:

1. Conocer la calidad de los registros o sea verificar si en la Historia Clínica se han registrado todos los antecedentes del paciente y que éste sea legible y de acuerdo a los estándares de calidad.
2. Analizar la calidad de la atención médica según normas y estándares predeterminados. Debe ser realizada por un Auditor Médico y luego ser sometido a la revisión de un equipo de expertos.

Se efectúa en el ámbito de las actividades médicas y administrativas. En los servicios clínicos, se deberán realizar periódicamente para evaluar la calidad técnica del trabajo médico. La historia clínica se constituye en un instrumento fundamental para el logro de los siguientes objetivos:

- Contribuir con la asistencia y/o atención de salud en estándares de calidad.
- Favorecer la docencia y formación continua de los recursos humanos
- Planificar, organizar, gestionar y evaluar la actividad asistencial de los diferentes servicios y unidades del establecimiento de salud.

- Contribuir al discernimiento de aspectos jurídico-legales relacionados con la atención de salud.
- Ser fuente de datos epidemiológicos.

LA HISTORIA CLÍNICA EN LA AUDITORIA MÉDICA

Para la realización de ella, el documento esencial es la Historia Clínica. Junto con las Estadísticas Hospitalarias, normas de protocolo, patrones estándares y la labor del auditor permiten el análisis del Trabajo Médico.

La Historia Clínica es única para el Establecimiento, es un documento reservado y en relación al médico y al personal involucrado está protegida por el Secreto Profesional.

La Historia Clínica como instrumento y por constituir un medio de prueba judicial, debe reunir varios requisitos:

- a) Uso de letra legible y clara. Esto no sucede en la Historia Clínica Electrónica.
- b) Debe ser completa oportuna y pertinente.
- c) La información debe ser clara, concisa y ordenada, para permitir un análisis eficiente.

“Hay que considerar que lo que no está escrito, se supone por no realizado”

LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es el documento en el cual se registra la totalidad de las atenciones médicas recibidas por el enfermo, los exámenes realizados, las solicitudes y todo lo que se quiere dejar constancia con relación a la patología del paciente y a las acciones desarrolladas para obtener la curación de la enfermedad que lo aqueja.

La historia clínica es el conjunto de documentos que contienen los datos (valoraciones e informaciones de cualquier índole, sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial), tanto escritos como gráficos, que hacen referencia a los episodios de salud y enfermedad de una persona, y a la actividad sanitaria que se genera con motivo de esos episodios.

La historia clínica es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente. Es un documento válido desde el punto de vista clínico y legal, que recoge información de tipo asistencial, laboral, científico y legal.

La H.C, se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud en el que se atiende al paciente, ya sea en una IPS o consultorio médico. La historia clínica esta incluida dentro del campo de la semiología clínica.

El registro de la historia clínica construye un documento principal en un sistema de información hospitalario, imprescindible en su vertiente asistencial, administrativa, y además constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que se deriva su trascendencia como documento legal.

La información contenida en la historia clínica puede obtenerse siguiendo el método clínico, orden de trabajo semiológico, por diferentes vías.

Los componentes principales de la historia clínica son:

- La anamnesis es la información surgida de la entrevista clínica proporcionada por el propio paciente (o familiar, en el caso de menores de edad) o de alteraciones de la conciencia del propio paciente.
- Exploración física o examen físico: a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación del paciente deben registrarse: peso, talla, índice de masa corporal y signos vitales.
- Exploración complementaria (pruebas o exámenes complementarios) de laboratorio, diagnóstico por imágenes y pruebas especiales realizados en el paciente.
- Diagnósticos presuntivos: basados en la información extraída del interrogatorio y exploración física, calificados de presuntivos ya que están sujetos a resultados de laboratorio, imágenes diagnósticas etc., así como a la propia evolución natural de la enfermedad.
- Evolución: Juicios de valor que el propio médico extrae o de documentos que él elabora para fundamentar un diagnóstico, prescribir el tratamiento y, finalmente, dejar constancia del curso de la enfermedad.
- Tratamiento a seguir: esto incluye terapias, medicamentos y su conducta en general

Con el transcurso del tiempo, los datos surgidos de la enfermedad del paciente ayudan a comprender la variación de la historia natural de la enfermedad.

Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora los datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos y todo aquello vinculado con su salud biopsicosocial.

También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación; no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye en una sección aparte los juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento informado del paciente, que se origina en el principio de autonomía, es un documento donde el paciente deja registrado y firmado su reconocimiento y aceptación sobre su situación de salud y/o enfermedad y participa en la toma de decisiones del profesional de la salud.

FUNCIONES

La información recogida y ordenada en la historia clínica es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de las funciones profesionales de los médicos:

- **Clínica o asistencial:** es la principal, y la que le da sentido a la creación y manejo continuo en la relación médico-paciente.
- **Docencia:** permite aprender tanto de los aciertos como de los errores de las actividades desarrolladas.
- **Investigación:** a partir de la información que aporta la historia clínica se pueden plantear preguntas de investigación sanitaria, con el objetivo de buscar respuestas científicas razonables.
- **Epidemiología:** con los datos acumulados en las historias clínicas, se puede extrapolar perfiles e información sanitaria local, nacional e internacional.

- **Mejora continua de calidad:** la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y legales como un derecho del paciente, derivado del derecho a una asistencia médica de calidad; puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente, así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente. Su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.
- **Gestión y administración:** la historia clínica es el elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.
- **Médico-legal:** la historia clínica es un documento legal, que se usa habitualmente para enjuiciar la relación médico-paciente.

Las características de la historia clínica son:

- ✓ Integralidad
- ✓ Secuencialidad
- ✓ Racionalidad científica
- ✓ Disponibilidad
- ✓ Oportunidad
- ✓ Confidencialidad
- ✓ Seguridad
- ✓ Unicidad
- ✓ Legibilidad

Existen varios modelos de historia clínica:

La cronológica: la tradicionalmente usada en los hospitales

La orientada por problemas de salud, manejada sobre todo en atención primaria y descrita por el doctor Lawrence L. Weed en 1968

La protocolizada: con preguntas cerradas, se utiliza para el seguimiento de enfermedades muy concretas; se usa en unidades especializadas.

Básicamente la historia clínica en la actualidad tiene dos tipos de soportes:

- **Papel:** una serie de formularios que se ordenan en una carpeta. Puede ser individual o familiar.
- **Electrónico:** es la denominada historia clínica electrónica almacenada en ordenadores mediante la utilización de programas informáticos.

La Historia Clínica en formato papel, debidamente encarpeta e identificada, debe estar en el archivo central y único de la IPS, para su correspondiente custodia.

Es responsabilidad de este sector la oportuna entrega de la misma a los distintos profesionales que la soliciten.

ARCHIVO DE LA HISTORIA CLINICA

En la mayoría de IPS, el volumen de historias clínicas que se mueven (entregan/reciben), son de varios cientos y hasta algunos miles de historias clínicas al día. Es fácil imaginar las dificultades que esto implica.

Se conocen, al menos, tres distintos procedimientos de archivado: correlativo (por números correlativos empezando desde el uno), por dígito terminal (por ejemplo a partir de la fecha de nacimiento del paciente) y por valor posicional dinámico asistido por computadora (VPD), el cual consiste en que, el sistema genere/ registre un valor numérico correlativo, para cada carpeta que se vaya a guardar, si tenemos que guardar 100 carpetas, y la primera le correspondió en número 791, a la última le corresponderá el 890.⁹

Los dos primeros corresponden a diseños realizados en la era pre-computadora, y se caracterizan por ocupar grandes espacios y generar mucho trabajo para su rearchivo. De todos modos son los más difundidos en este momento. Ambos implican la existencia de ubicación unívoca (un lugar para cada carpeta y cada carpeta en su lugar) en perfecto ordenamiento. Desde hace ya más de una década, algunos hospitales han incluido el sistema de Valor Posicional Dinámico.

LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

La historia clínica electrónica (HCE), también denominada historia clínica informatizada (HCI), es el registro mecanizado de los datos sociales, preventivos y médicos de un paciente, obtenidos de forma directa o indirecta y constantemente puestos al día.

La historia clínica electrónica supone incorporar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el núcleo de la actividad sanitaria. Esto trae como consecuencia que la historia deje de ser un registro de la información generada en la relación entre un paciente y un profesional o un centro sanitario, para formar parte de un sistema integrado de información clínica.

⁹ Rosbaco G, et al. Archivo central de historias clínicas hospitalarias a 10 años de su informatización. Argentina: Hospital A. Zatti; 1996

La historia clínica electrónica es el registro unificado y personal, multimedia, en el que se archiva en soporte electrónico toda la información referente al paciente y a su atención.

Es accesible, con las limitaciones apropiadas, en todos los casos en los que se precisa asistencia clínica (urgencias, atención primaria, especialidades, ingresos hospitalarios y demás).

Almacenar adecuadamente esta información, hacerla amigablemente accesible, difundirla de forma adecuada a los posibles usos y con las garantías debidas (consentimiento, confidencialidad, seguridad y demás requisitos), y recibirla y reutilizarla en la forma más conveniente es un proceso todavía en potencia.

Hay problemas de conceptualización del proceso de atención y del de implementación de las TIC, ya que no se ha demostrado que impacte positivamente en la calidad de la atención clínica, ni en la morbilidad y ni en la mortalidad. Además, hay problemas respecto a la codificación, las normas y los estándares.

GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Con la historia clínica electrónica persisten los problemas de almacenamiento (centralizado o descentralizado) y de protección, confidencialidad y seguridad de los datos clínicos.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Todo el personal que trata con los datos de carácter personal de los pacientes (ficheros de cualquier tipo) o que mantiene relación laboral con ellos, y por tanto tiene acceso a información confidencial está obligado a mantener el secreto de la información conocida.

No sólo está obligado por el Código Deontológico de su profesión (en el caso de los médicos y enfermeras), sino también por la legislación en materia de protección de datos y por la legislación penal.

El secreto profesional alcanza a los facultativos, psicólogos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, celadores y personal administrativo, así como al personal auxiliar del hospital.

El mantenimiento de la confidencialidad y privacidad de los pacientes implica primeramente a la historia clínica, que debe estar custodiada de forma adecuada, permaneciendo accesible únicamente al personal autorizado, sin embargo, los preceptos de privacidad deben ser observados en todos los campos de la vida hospitalaria: la privacidad en el momento de la realización de la anamnesis y de la exploración física, la privacidad en el momento de la información a los familiares, el mantenimiento de la reserva adecuada de los datos de los pacientes en los controles de enfermería de las plantas de hospitalización (tablones, pizarras), las conversaciones telefónicas.

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y CONTABLE DE LAS GLOSAS

Las glosas son objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las IPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales pueden determinarse al interior de la misma institución o por las entidades con las cuales se hayan celebrado contratos de prestación de servicios, tales como: EPS, Empresas Promotoras de Salud, ARS, Administradoras del Régimen Subsidiado, compañías de seguros y otras.

Cuando en una cuenta de cobro se presentan inconsistencias en lo que respecta a su presentación, consolidación, aplicación de tarifas, cobertura de servicios, entre otros, la entidad contratante devolverá la cuenta a la IPS, para su corrección y los prestadores de servicios de salud, tendrán la obligación de aclarar o corregir las observaciones y dar respuesta a las mismas dentro de un plazo establecido.

Entre las glosas más comunes se encuentran:

- Documentos sin diligenciar o mal diligenciados
- No reporte de paraclínicos en las historias clínicas
- Documentos enmendados
- Inconsistencias en los soportes anexos
- Cobros sin la comprobación de los derechos de usuario, tarjeta, cédula, carné
- Falta de información estadística.
- Errores en las liquidaciones, tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas
- Falta de la relación de pacientes
- Falta de documentos
- Prestación de servicios adicionales a los establecidos en el contrato
- Falta de pertinencia técnico científica entre diagnóstico y procedimientos realizados y/o servicios prestados.
- Documentos sin firma del paciente.

RESPONSABILIDAD CIVIL

Debemos tener en cuenta que los afiliados a las EPS, y en general todos los usuarios de las IPS, son consumidores, y como tales los cobija las normas especiales sobre la materia, entre las cuales se destaca, el derecho a recibir productos y servicios de calidad, y a reclamar responsabilidad por su deficiente atención. Esta es la única manera de lograr un mejoramiento continuo en los servicios prestados por las entidades que conforman el Sistema en conjunto.

Basados en un caso de Culpa Médica, la Sala Civil de la Honorable Corte Suprema de Justicia de Colombia, emitió en su sentencia del 17 de noviembre de 2011, con ponencia del Magistrado Dr. William Namén Vargas, que cuando existe una prestación de servicios médicos ineficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la *lex artis*, compromete la responsabilidad civil de las

entidades prestadoras de salud, proporcionandolos mediante contratación con instituciones prestadoras de salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los danos causados, en especial cuando se trata de la muerte o lesiones a la salud de las personas, por acción u omisión. ¹⁰

¹⁰ [Responsabilidad civil profesional médico sanitaria y servicios de salud repository.unilibre.edu.co](http://repository.unilibre.edu.co) › ... › Derecho

7. MARCO LEGAL

El proyecto se sustenta en la siguiente legislación, originada de la Constitución Política de Colombia de 1.991 y Ley 23 de 1981 Código de Ética Médica. ¹¹

- ✓ El Decreto 347 de 2013, entiende por glosa de carácter administrativo, la impuesta por ausencia de requisitos de forma en los soportes y formatos de recobros presentados ante el FOSYGA, esto es, aquellos requisitos que no afectan la certeza de la prestación del servicio de salud no incluido en el POS, y su pago al proveedor o prestador del servicio.
- ✓ Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Decreto 3380 de 1981. Por el cual se reglamenta la ley 23 de 1981
- ✓ Resolución N° 13437 de 1991 Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.
- ✓ Ley 23 de 1981. Artículos Nos. 33, 34, 35. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.
- ✓ Decreto 3380 de 1981. El conocimiento que de la historia clínica que tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta.
- ✓ Decreto 2309 de 2002. Artículo 7: Componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.
- ✓ La Resolución 1995 de 1999 regulariza la obligación de conformar un comité de historias clínicas para abordar temas y adopción de medidas en torno a las

¹¹ www.medicosgeneralescolombianos.com/.../leyes.../normas-relacionadas

Historias Clínicas y su archivo. El decreto 1011 de 2006 obliga procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.

- ✓ Decreto 1725 de 1.999, artículo 5, Acceso a la Historia Clínica.
- ✓ Decreto 2174 de 1.996 (ahora 2309 de 2.002) Garantía de la Calidad.
- ✓ Decreto 1543 de 1.997 de la custodia de la Historia Clínica
- ✓ Resolución 1439 de 2.002 que da bases para el Sistema de Habilitación.
- ✓ Resolución 3374 de 2.000, pautas para dar soporte al proceso de facturación de servicios de salud.

8. METODOLÓGIA

8.1. TIPO DE PROYECTO

Al presente proyecto se le implemento un diseño aplicativo de tipo operativo, la metodología aplicada para mejorar la calidad de la atención al usuario a través de la auditoria de H.C, se aplica desarrollando un software que facilita la labor del auditor médico.

Este proyecto se realiza como una alternativa de solución a la problemática que se vive en la institución, adoptándose el diseño de Auditoria de H.C. sistematizado, con la anuencia de los directivos de la IPS.

La necesidad de la auditoría interna en la IPS domiciliaria, se hace evidente dado que es una empresa en crecimiento, y su volumen de atenciones se amplía a diario, aumentando su complejidad y haciéndose cada vez más difícil el control directo de las operaciones por parte de los entes directivos

La observación del comportamiento de los usuarios de salud, sus quejas y reclamos, las fallas e inconsistencias de las historias clínicas y sus registros anexos, la poca pertinencia de paraclínicos por parte de los profesionales de salud; causan en la Institución detrimento de la economía, de la calidad en la atención y del prestigio de la IPS.

Planteada esta situación se decide realizar un análisis en una IPS domiciliaria de la Ciudad de Pereira donde se llega a la conclusión con el apoyo de un asesor de la necesidad de diseñar e implementar un modelo de auditoria de historias clínicas para el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud por parte de los profesionales vinculados en esta institución

8.2 DISEÑO METODOLOGICO

- En primer lugar se realiza el trabajo de campo con las investigadoras y el asesor
- Se define el proyecto a realizar
- Se presenta a las directivas de la IPS domiciliaria para su aprobación y poder proceder a su ejecución
- Se investiga otros modelos de auditoria de historias clínicas que han tenido adecuados resultados para guiarnos en el diseño
- Se inicia su diseño teniendo en cuenta las necesidades de la institución y se determinan las variables de identificación, variables de evolución, grupos de evaluación y sus elementos
- Al ingresar al sistema el programa debe solicitar un nombre de usuario y contraseña, como medida de seguridad para salvaguardar la información contenida en las bases de datos
- Una vez validado los datos se despliega un menú donde el usuario inicia el registro de las variables
- Las variables de identificación, el nombre del médico, la fecha y hora del registro se digitaran en su totalidad
- Se define que cada elemento del grupo de evaluación de calidad y registro de historia clínica a la hora de su calificación obtendrá igual valor y estos suman o restan al resultado dependiendo de si califica o no. Un resultado mayor de 80% significa una historia clínica de buena calidad y un resultado por encima de 90% significa una historia clínica de excelente calidad
- En el grupo de adherencia a las guías clínicas, el nombre de la guía clínica se digitara, y los puntos obtenidos serán de 1 a 4, el valor será dado por el auditor dependiendo que tanta adherencia existió en el momento de la elaboración de la historia clínica, 1 punto equivale al 25%, 2 puntos 50%, 3 puntos 75 % y 4 puntos significan una adherencia del 100% a la guía clínica

- Existe además un ítem de observaciones en el cual se pretende que el auditor medico haga las observaciones acerca del porque los resultados son negativos
- Finalmente se guarda la auditoría realizada en una base de datos
- Esta base de datos se encuentra habilitada para que el auditor pueda buscar por documento del paciente o nombre del médico registros de auditorías de historias clínicas
- Teniendo este diseño se contrata un Tecnólogo en sistemas de información para que se encargue con todas las especificaciones de realizar el programa
- Se procede a revisar el instrumento con el asesor y se determina realizar una auditoría de historias clínicas de la IPS domiciliaria como prueba del programa y para mostrar resultados de su valioso aporte.
- La auditoría de las historias clínicas estará a cargo de las investigadoras
- Finalmente los resultados se llevaran a cuadros de Excel para mostrarlos a las directivas de SEISA y con estos tomar decisiones gerenciales que les permita mejorar calidad e ingresos para su Institución

VARIABLES DE AUDITORIA

Variables de identificación

- Nombre del paciente
- Identificación
- Edad
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Nombre del médico
- Aseguradora
- Fecha de registro
- Hora de registro

GRUPOS DE EVALUACION

- Evaluación de la calidad y registro de la historia clínica
- Adherencia a guías clínicas

ELEMENTOS

- Motivo de consulta y enfermedad actual: si el medico registro estos ítems en la historia clínica
- Antecedentes: si el medico registro antecedentes patológicos, alérgicos y quirúrgicos
- Antecedentes ocupacionales. Si el medico registro ocupación del paciente
- Revisión de síntomas por sistemas: si el medico registro este item
- Signos vitales: si el medico registro todos los signos vitales del paciente
- Examen físico: si el medico registro el examen físico del paciente
- Recepción de exámenes: si el medico registro exámenes aportados por el paciente en la consulta medica
- Diagnóstico: si el medico registro un diagnostico
- Plan de tratamiento: si el medico registro un tratamiento acorde con el diagnóstico del paciente
- Prescripción farmacéutica: si el medico registra una adecuada receta médica de egreso al paciente
- Pertinencia de la solicitud de laboratorios: si el medico tiene pertinencia en los laboratorios solicitados al paciente
- Incapacidad: si el medico registra un capacidad pertinente al paciente teniendo en cuenta el diagnostico otorgado
- Requisitos administrativos: si la historia clínica está bien digitada, sin espacios en blanco y sin utilización de siglas no aprobadas por la Institución

Registro de Auditoria de Historia Clinica :: SEISA

C HISTORIA

Paciente Identi CC Edad a Sexo Fecha/Nac. D / M / A 29/06/2013

Medico Aseguradora Fecha/Reg D / M / A 29/06/2013 Hora/Reg H : M : S 09:06:28 p.m.

EVALUACION DE CALIDAD Y REGISTRO DE HISTORIA CLINICA

Motivo de consulta y enfermedad actual

Antecedentes

Antecedentes ocupacionales

Revision por sistema

Signos vitales

Examen fisico

Recepcion de exámenes

Diagnostico

Plan de tratamiento

Prescripcion farmaceutica

Pertinencia de solicitud laboral

Incapacidades

Requisitos administrativos

Puntos obtenidos

Puntos posibles

%Cumplimiento calidad de registro

ADHERENCIAS A GUIAS CLINICAS

Nombre guia clinica

Puntos obtenidos

Puntos posibles

% cumplimiento GUIA

OBSERVACIONES

+

Buscar Por : PACIENTE MEDICO

Busqueda por cedula

Digite N° de cedula

C HISTORIA

Paciente Identi CC Edad a Sexo Fecha/Nac. D / M / A

Medico Aseguradora Fecha/Reg D / M / A Hora/Reg H : M : S

EVALUACION DE CALIDAD Y REGISTRO DE HISTORIA CLINICA

Motivo de consulta y enfermedad actual

Antecedentes

Antecedentes ocupacionales

Revision por sistema

Signos vitales

Examen fisico

Recepcion de exámenes

Diagnostico

Plan de tratamiento

Prescripcion farmaceutica

Pertinencia de solicitud laboral

Incapacidades

Requisitos administrativos

Puntos obtenidos

Puntos posibles

%Cumplimiento calidad de registro

ADHERENCIAS A GUIAS CLINICAS

Nombre guia clinica

Puntos obtenidos

Puntos posibles

% cumplimiento GUIA

OBSERVACIONES

The screenshot shows a software window titled "Busqueda por medico". At the top, there is a search bar labeled "Digite nombre del Medico". Below this is a table with a few empty rows. The main section is divided into several parts:

- C HISTORIA:** Contains fields for "Paciente", "Identi CC", "Edad" (with a unit 'a'), "Sexo", "Fecha/Nac." (D/M/A), "Medico", "Aseguradora", "Fecha/Reg" (D/M/A), and "Hora/Reg" (H:M:S).
- EVALUACION DE CALIDAD Y REGISTRO DE HISTORIA CLINICA:** A list of 14 items, each with a dropdown menu:
 - Motivo de consulta y enfermedad actual
 - Antecedentes
 - Antecedentes ocupacionales
 - Revisión por sistema
 - Signos vitales
 - Examen físico
 - Recepción de exámenes
 - Diagnóstico
 - Plan de tratamiento
 - Prescripción farmacéutica
 - Pertinencia de solicitud laboral
 - Incapacidades
 - Requisitos administrativos
 - Puntos obtenidos
 - Puntos posibles
 - %Cumplimiento calidad de registro
- ADHERENCIAS A GUIAS CLINICAS:** Fields for "Nombre guía clínica", "Puntos obtenidos", "Puntos posibles", and "% cumplimiento GUIA".
- OBSERVACIONES:** A large empty text area for notes.

SISTEMA DE CALIFICACION

En la evaluación de calidad y registro de historia clínica cada elemento puede ser calificado de la siguiente manera:

- Se deja el espacio en blanco si el elemento no aplica a la consulta (ejemplo: incapacidad: el medico puede no dar incapacidad por ser menor de edad o adulto mayor, porque su patología no lo amerita o el paciente simplemente no labora)
- Cero (0): si el médico no diligencio una casilla de carácter obligatorio como son: Motivo de consulta y enfermedad actual, antecedentes, antecedentes ocupacionales en persona en edad laboral, revisión de síntomas por sistemas, signos vitales, examen físico, diagnóstico y plan de tratamiento) los otros son elementos que dependen de la consulta de cada paciente

- Uno (1): si el medico diligencio el campo
- Resultados del puntaje
 - Menor de 80%: historia de mala calidad
 - 80% A 89%: historia de buena calidad
 - 90% o más: historia de excelente calidad

En la adherencia a guías clínicas

- El puntaje va de 1 a 4
 - 1: 25% de adherencia a guía clínica
 - 2: 50% de adherencia a guía clínica
 - 3: 75% de adherencia a guía clínica
 - 4:100% de adherencia a guía clínica

Se considera una adecuada adherencia a la guía clínica un puntaje mayor a 75%, menor de un 75% significa poca adherencia a la guía clínica y se debe intervenir al médico

AUDITORIA DE CALIDAD Y REGISTRO DE HISTORIA CLINICA Y ADHERENCIA A PROTOCOLOS												
IPS: SEISA												
PERIODO EVALUADO:												
No	Nombre Medico	Documento del Paciente			% Calidad y Registro HC			Promed.	% Adherencia Protocolos			Promed.

PROMEDIO DE AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS			
IPS: SEISA			
PERIODO EVALUADO:			
No	Nombre Medico	Promedio de calidad y registro de HC	Promedio Adherencia Protocolos

9. CONCLUSIONES

Esta herramienta gerencial Modelo de Auditoría de HC, permite reducir los costos operativos y logísticos de la IPS domiciliaria, facilitando el control y seguimiento a la información de los pacientes, lo que se traduce en una mejor calidad en la prestación de los servicios de salud sin descuidar la adecuada optimización de los recursos económicos de la IPS

Es también una manera de proteger el buen funcionamiento de la IPS a efectos de su supervivencia y el logro de las metas propuestas, pues no se puede ignorar la exigencia de lograr cada día mejores niveles tanto en calidad de productos y servicios, como en costos, productividad y oportunidad.

El modelo implementado, al trabajar sobre la base de registros de lo efectuado, además de evaluar la calidad de éstos, evalúa también la calidad de la atención misma, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de los Registros que se encuentran en el Departamento de Registros Médicos, y la atención médica – asistencial prestada.

10. RECOMENDACIONES

Se recomienda que para el correcto aprovechamiento de esta herramienta gerencial, se debe realizar una adecuada y oportuna capacitación en el campo de la Informática médica.

11. BIBLIOGRAFIA

1. OSORIO S, Guido et al. Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Rev. méd. Chile* [online]. 2002, vol.130, n.2 [citado 2013-07-16], pp. 226-229 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000200014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000200014>
2. GUZMAN, Fernando and ARIAS, Carlos Alberto. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *rev. colomb. cir.* [online]. 2012, vol.27, n.1 [cited 2013-07-16], pp. 15-24 . Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822012000100002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 2011-7582
3. Portafolio de servicios SEISA, 2011, Pereira Rda.
4. William P. Leonard, Evaluación de los Métodos y Eficiencia Administrativos
5. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>
6. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2011.
7. www.encolombia.com/etica-medica-indice.htm
8. gonzalodiaz.net/100/ley100/texto_ley23de1981.shtml
9. www.creosltda.com - Consultoría y gestión.
10. www.medicosgeneralescolombianos.com/.../leyes.../normas-relacionadas

11. http://www.calidad-gestion.com.ar/boletin/53_auditorias_internas.html
12. [http://www.ita.doc.gov/goodgovernance/adobe/Bus_Ethics_sp/Chapter%20I
II/III_Chapter_5.pdf](http://www.ita.doc.gov/goodgovernance/adobe/Bus_Ethics_sp/Chapter%20I%20II%20III_Chapter_5.pdf)
13. [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Los_nuevos_riesgos_en_los_ne
gocios/\\$FILE/Los_nuevos_riesgos_en_los_negocios.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Los_nuevos_riesgos_en_los_negocios/$FILE/Los_nuevos_riesgos_en_los_negocios.pdf)
14. <http://es.scribd.com/doc/6821447/NORMAS-ICONTEC>