

Importancia de la historia clínica en auditoría médica

Víctor Vargas K.

Introducción

La auditoría es una asesoría básica y fundamental con la cual debe contar un hospital con la finalidad de racionalizar sus actividades, tanto técnicas como administrativas, considerando los avances científicos presentes y futuros. La auditoría es una comparación entre lo formulado en el programa por realizar y la evaluación de lo efectuado. Tiene por objeto evaluar las actividades de una institución en la búsqueda del perfeccionamiento y beneficio global de ella misma y de sus usuarios. Debe por lo tanto medir la eficacia y la eficiencia de una organización o empresa, entendiendo por eficacia el uso adecuado de los recursos disponibles para producir los resultados y por eficiencia la minimización de los costos para mantener la productividad (igual productividad al menor costo). La auditoría debe ser considerada como herramienta para el control de una buena gestión y un monitoreo permanente para mantener la calidad.^(1,2,3)

La auditoría de la atención de salud, al trabajar sobre la base de registros de lo efectuado, además de evaluar la calidad de éstos, valora también la calidad de la atención misma, demostrando que hay relación directa entre la calidad de los registros y la de la atención presta-

Editor Revista Científica
HCUCh.

da. La sistematización actual de la calidad en auditoría considera el concepto de control de calidad, en que el producto o servicio se adecúa a las especificaciones determinadas previamente.

La auditoría médica (AM) es un proceso de evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y estudio de las historias clínicas y estadísticas hospitalarias. Su propósito fundamental es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad.

El proceso periódico de revisión interno o externo del trabajo médico se realiza con el propósito de mejorar la gestión y el rendimiento, detectar deficiencias, propiciar acciones de corrección y proponer las soluciones que se estimen necesarias.

La metodología utilizada para valorar sistemáticamente el trabajo de los médicos tiene su origen a comienzos del siglo pasado, impulsados por el Dr. Ernest Codman, presidente del Comité de Estandarización de Hospitales del American College of Surgeons. Hoy día la AM es una de las condiciones básicas para la calificación y el reconocimiento de hospitales en Estados Unidos y otros países ⁽²⁻⁵⁾.

Gestión de riesgos y Auditoría Médica

La AM de las prestaciones y servicios en salud, no se aparta de las auditorías que se realizan en otros campos del quehacer humano en cuanto a proceso, objetivos, evaluación e informe, constituyéndose en un instrumento de perfeccionamiento y educación continua, que permite tomar resguardos en aspectos técnicos, administrativos, éticos y médico-legales en búsqueda de excelencia, efectuando una evaluación sistemática, que compara las características o calidad de la atención brindada con la calidad ideal y deseada, de acuerdo a criterios y normas preestablecidas. Las accio-

nes anteriores se complementan con la gestión de riesgos, reclamos y conflictos, además de la realización de auditorías programadas en forma prospectiva, con una visión de futuro, de acuerdo a las necesidades institucionales. La AM se concibe hoy como una instancia preventiva, educadora más que punitiva o sancionadora de una imprudencia, negligencia o impericia, donde se trata de aprovechar las experiencias, tanto las negativas, a través del análisis de incidentes-accidentes o eventos adversos, como de las positivas, para ir introduciendo en forma gradual correcciones y mejoramiento en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los pacientes y familiares y así cubrir las crecientes expectativas de los clientes que acuden a nuestros hospitales.

En la actualidad la AM se constituye en: un sistema de educación y perfeccionamiento continuo, preocupado de la calidad, seguridad, calidez y humanidad de las prestaciones de salud, tratando de lograrlo a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje, motivación y participación de todas y cada una de las personas que atienden pacientes; una instancia de mediación, conciliación y solución de conflictos que puedan surgir en la relación médico, paciente, familiar e instituciones en beneficio de los involucrados y afectados; un sistema que más que sancionar, tiene un carácter preventivo del error médico asociado o no a daño y del daño no asociado a error y reparador del mismo, de orden no penal ⁽⁵⁾.

Por lo anterior la AM es de gran importancia para trabajar en la elaboración de programas, elaborar o reordenar protocolos, guías clínicas, manuales de procedimientos, desarrollar sistemas para los distintos procesos de atención sanitaria y controlar su funcionamiento ⁽⁶⁾.

La AM comenzó a utilizarse en Chile en 1952, y está regulada por el Ministerio de Salud de acuerdo a patrones preestablecidos, de modo

que es independiente de la percepción personal de la persona que audita, debiendo ser siempre objetiva y no subjetiva. De tal manera que el patrón utilizado podrá ser aplicado por cualquier auditor y obtener el mismo resultado^(3,7).

Objetivos

El objetivo fundamental es conocer la calidad de los servicios y valorar los factores que inciden sobre la buena marcha de los mismos.

En relación a lo anterior se describen dos clases de auditorías:

- Auditoría interna que es realizada por la propia institución, ejecutada por personas que poseen responsabilidad directa sobre los servicios que van a ser auditados.
- Auditoría externa que es responsabilidad de una organización independiente de la que está siendo auditada. La ventaja de esta última consiste en su carácter independiente, asociada a la experiencia de los auditores. Puede ser de calificación, recalificación, de mantenimiento o periódica de seguimiento.
- Debe 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 y la formación médica continua.
- Estimular el conocimiento y buenas relaciones entre los profesionales de la salud.
- Dar cumplimiento a las disposiciones legales^(3,6,7).

La persona que desempeñe la función de auditor médico, en el desempeño de su activi-

dad profesional debe cumplir una serie de requisitos, siendo los más relevantes:

- Tener independencia de las actividades que audita,
- Contar con el apoyo de los directivos para ejecutar su labor en forma libre y sin interferencias,
- Demostrar objetividad, que consiste en mantener una actitud mental que le permita tener la honesta convicción que en el producto de su trabajo no exista nada que comprometa la calidad de su labor,
- Tener conocimientos, habilidades y destrezas en la aplicación de normas, procedimientos y técnicas requeridas para la auditoría,
- La suficiente ética profesional, para cumplir con normas profesionales de conducta que le imponen patrones de honestidad, objetividad, diligencia y lealtad⁽⁷⁾.

Tradicionalmente al proceso de auditoría se le describen cuatro etapas básicas, que deben estar materializadas en un programa escrito:

- Planificación, en la cual se determinan los objetivos y alcance de la auditoría; las actividades a analizar, los recursos necesarios para efectuar el estudio, análisis de terreno, identificación de áreas críticas, etc.
- Examen y evaluación de la información, en que todos los datos seleccionados se recogen, interpretan y analizan.
- Presentación de resultados, que da origen a las conclusiones y recomendaciones, junto con la entrega de informes escritos del resultado y su divulgación.
- Seguimiento, que determina si las acciones correctoras se aplican o no y si éstas alcanzan los objetivos deseados.

En el último tiempo se ha observado un notorio aumento de las demandas por responsabilidad médica, problema que no es nuevo, sólo lo es su gran incremento, que ha generado un crecimiento de los costos de todo tipo en la atención médica. Lo anterior ha llevado a las insti-

tuciones de salud al desarrollo de programas de AM que tienen por objeto la evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes. Su objetivo específico es elevar la calidad de la atención de salud a través de acciones de evaluación y control periódico ^(8,9,10).

Gestión de Riesgos

La revisión de la literatura permite mostrar que en la actualidad la AM es considerada una herramienta de gestión de riesgos, que puede abarcar diferentes aspectos del quehacer médico tanto asistencial, como administrativo y financiero-contable. Son ejemplos destacados de lo anterior los siguientes aspectos:

- Médico legales: prevenir los eventos adversos y la ineficiente práctica médica, cautelando además el cumplimiento de normas legales y disposiciones sanitarias vigentes, actuando en estrecha relación y colaboración con los Departamentos de Asesoría Jurídica.
- Normativos: en que se estimula la elaboración, revisión y readecuación protocolos de normas, pautas y manuales de procedimientos que regularicen su grado de cumplimiento.
- Técnicos evaluativos: a través de la valoración de los actos y conductas, lo que implica realizar un control de la calidad de éstos.
- Éticos: le corresponde supervisar el fiel cumplimiento de las normas éticas y morales en las conductas de las personas. La denominada deontología médica, establece el deber ser del actuar médico, complementándose en este aspecto con las funciones del Comité de Ética del establecimiento.
- Financieros administrativos y de mercado: compatibilizando una adecuada relación entre eficiencia, costos, calidad y seguridad de la atención brindada.
- Docentes y de investigación: estimulando la enseñanza y perfeccionamiento continuo de post grado, teniendo efectos educativos y pre-

ventivos que permiten la obtención de aprendizaje y experiencia ^(3,7,10,11).

La responsabilidad médica y AM

En la actualidad es cada vez más frecuente que se considere como una obligación del profesional responder por eventuales daños producidos en su actuación. La responsabilidad puede ser de orden ético, moral, disciplinario, administrativo, civil y penal. Esta última es la que proviene de una acción u omisión tipificada como infracción del código penal.

En relación con el protocolo de derechos del paciente, que actualmente se tramita en el poder legislativo, se entrega una sistematización de preceptos legales que explicitan los derechos de los pacientes en materia de atención de salud. Es muy importante abordar la responsabilidad médica, desde el punto de vista del derecho en diversos aspectos.

Nadie discute que la labor del médico está orientada a prestar asistencia al individuo enfermo, lo que tiene implícito eventos adversos, a través de actos médicos como el diagnóstico y tratamiento, que son de su exclusiva responsabilidad.

Por otra parte, el médico tiene una responsabilidad ante su propia conciencia y ante la sociedad en la que se encuentra inserto. El trabajo del médico consiste entonces en el ejercicio responsable de sus funciones profesionales, labor que controla la ética médica.

La AM puede actuar en cuanto a la responsabilidad médica desde un punto de vista provocativo o preventivo, para prevenir la "mala práctica" y las consecuencias que de ella se derivan. Se entiende este último concepto como aquel acto médico contrario a las normas aceptadas y que produce resultados perjudiciales en el paciente y su eventual consecuencia, la demanda.

La AM es el sistema que persigue detectar el error asociado o no a daño, o el abuso en el

ejercicio de la profesión médica, comporta medidas dirigidas principalmente a prevenirlo, evitarlo o disminuirlo^(7,8).

Evaluación de calidad en AM

La auditoría de la atención de salud, al trabajar sobre la base de registros de lo efectuado, además de evaluar la calidad de éstos, contempla también la calidad de la atención misma, demostrando que hay relación directa entre la calidad de los registros y de la atención prestada.

Hoy día, el concepto de garantía de calidad, se sustenta en asegurar a los usuarios un determinado nivel de perfección. La mejoría continua de la calidad tiene como objetivo 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 orienten a la satisfacción de los usuarios^(7,11,12).

Auditoría Médica y Bioética

Existe consenso de que sería interesante demostrar la íntima relación sobre aspectos éticos asociados con la práctica de auditorías en los sistemas de salud. Desgraciadamente esta área no ha recibido demasiada atención. Los aspectos éticos de la AM pueden tener consecuencias de gran alcance para médicos, pacientes y prestadores de salud.

Los profesionales médicos y los administradores en salud a menudo consideran que la buena práctica es una cuestión técnica. Generalmente, el ciclo de auditoría tradicional se describe compuesto de varios niveles:

- Fija normas o protocolos,
- Instrumenta cambios para medir el desempeño actual,
- Compara las prácticas con las normas.

En otras palabras, es la forma de mejorar el desempeño actual decidiendo sobre qué es lo

ideal (fijar normas), prestando atención a la situación real (medir el desempeño actual) y encontrando las formas para pasar de lo real a lo ideal (instrumentar cambios)^(7,12,13).

Auditoría Médica e Investigación

No cabe dudas de que la AM es diferente de la investigación médica. La investigación busca descubrir qué es correcto hacer, mientras que la auditoría busca asegurarse de que se hace lo correcto. Las diferencias entre auditoría e investigación han sido descritas pero existen demasiadas similitudes entre ambas, incluyendo una aproximación sistemática y rigurosa y una cantidad de metodologías en común.

Por otra parte, no siempre es posible identificar cuándo un proceso deja de ser una auditoría y comienza a ser una investigación, o viceversa. Al principio se consideraba que las auditorías eran una forma económica de hacer investigación.

Un hecho importante es que la AM es una herramienta que puede ser utilizada por todos los profesionales de la salud para mejorar la atención a los pacientes. El espectro de aspectos susceptibles de auditoría es amplio y muchas áreas de trabajo que no eran evaluadas han sido sometidas a evaluación. A menudo esto ha servido para demostrar la falta de conocimiento acerca de un área en particular, que a su vez ha estimulado una mayor investigación^(13,14).

Ficha clínica y Auditoría Médica:

La historia o ficha clínica es el documento en el cual se registra la totalidad de las prestaciones médicas recibidas por el enfermo, los exámenes solicitados y realizados, además de todo aquello de lo que se requiere dejar constancia, con relación a la patología del paciente y a las acciones desarrolladas para obtener su curación. La ficha clínica es única para el

establecimiento y es un documento reservado, característica que surge de la propia esencia de ella y en lo que atañe al médico se encuentra protegida por el secreto profesional. Como instrumento y por constituir un medio de prueba judicial que influye en el proceso, debe reunir ciertos requisitos básicos, tales como: uso de letra clara y legible, registros completos, oportunos y pertinentes, la información debe ser concisa y ordenada para que permita un análisis eficiente⁽⁷⁾.

Muchos médicos frecuentemente señalan que lo que no está escrito se supone no realizado. La información contenida en la ficha clínica es fundamental para evaluar la calidad de la atención y tiene directa relación con la calidad científico - técnica y con sus dos componentes.

- Relación interpersonal: medible a través de la entrevista y observación estructurada, por la revisión de libros de reclamos, sugerencias y opiniones de usuarios.
- Calidad técnica: medible a través de auditoría, supervisión, revisión de pares y autoevaluación.

La ficha clínica es un instrumento de gran utilidad para el paciente (contiene datos de su enfermedad); el médico tratante y cualquier otro colega que venga después; el hospital (para efectos de evaluar productividad, contabilizar y registrar las acciones médicas prestadas; la docencia; efectuar trabajos científicos; beneficios económicos que requiera el paciente; efectuar auditorías; efectos legales (puede convertirse en documento judicial).

La información vertida en la ficha clínica debe ser: veraz, real, ponderada, inofensiva. Debe ser un documento reservado y mantenerse con privacidad.

No debe quedar a disposición libre del paciente, ni de familiares, ni de las visitas.

La información contenida en la ficha clínica, es fundamental para catalogar la calidad de la atención profesional, en sus dos aspectos: Relación médico-paciente (empatía, amabilidad, calidez y humanidad de la atención). Calidad científico - técnica del profesional ^(15,16).

Historia Clínica y su confidencialidad

Las historias clínicas contienen muchas veces datos confidenciales para los cuales debe guardarse el secreto profesional. El personal de estadística o archivo no podrá proporcionar antecedente alguno sobre el contenido de la historia clínica sin el consentimiento del médico tratante, del jefe de servicio o del director del establecimiento.

La ficha clínica está sometida al secreto estadístico, que señala que los funcionarios no podrán divulgar hechos o datos que se refieran a personas o entidades, de las cuales hayan tomado conocimiento en el desempeño de sus actividades o en razón de su cargo. Su infracción constituye delito sancionado por el Código Penal.

Toda fotocopia de parte o de la totalidad de la ficha clínica debe ser autorizada por el médico tratante, Jefe de Servicio o Director.

Los tribunales solicitan generalmente la ficha clínica en caso de:

- Querellas judiciales interpuestas por el paciente contra un médico o la institución (aduciendo mala praxis).
- En caso de agresiones y accidentes: Verificación de hechos ocurridos durante una intervención quirúrgica o sucedidos durante su estadía en el hospital; y determinar indemnizaciones que se quieran perseguir.
- Determinar responsabilidades civiles y/o penales para los funcionarios involucrados.

Al efectuar una revisión de una ficha clínica, si algunos datos se han omitido, disminuyen

automáticamente su calidad. Pero hay datos que deben estar siempre presentes: su omisión obliga, de plano, a catalogar la ficha como de mala calidad.

En todos los hospitales los profesionales de la salud deben respetar el código de confidencialidad con respecto a la información del paciente. Los datos obtenidos para una auditoría generalmente son anónimos para evitar conflictos. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias (por ejemplo durante una recolección de datos o cuando el proyecto se extiende por un tiempo más prolongado) se empieza a manejar información que podría permitir la identificación de los pacientes o los médicos. Surge entonces el tema de quién debería tener acceso a dicha información. Los administradores deben tener acceso a información adicional y anónima, siempre que exista la certeza de que no se podrán establecer nexos entre las conclusiones del auditor y los pacientes mencionados (3,8,15,17,18).

Auditoría de fichas clínicas

Es el proceso más importante de una AM, el 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, lo que puede ser relevante para el análisis que se está efectuando.

Se considera como objetivo fundamental de la auditoría de la ficha clínica, conocer la calidad del registro, es decir, verificar si en la ficha clínica se han ingresado todos los antecedentes preestablecidos, que éstos sean legibles y de acuerdo a los estándares de calidad, lo que permite analizar la calidad de la atención médica, según las normas y estándares preestablecidos.

Este análisis debe ser efectuado por un auditor médico y luego debe ser sometido a una revisión de un equipo de pares o de expertos.

Se debe considerar que las auditorías de fichas clínicas se efectúan en diversos ámbitos de las actividades médicas y administrativas de los establecimientos asistenciales. Como ejemplo son los Servicios Clínicos, donde se debieran realizar periódicamente con la finalidad de evaluar calidad técnica y por su intermedio la del trabajo médico desarrollado en ellos^(19,20,21).

Recolección de la información

Hay auditorías que revisan la información ya disponible de fuentes existentes, como ser registros clínicos, registros de pabellón y sistemas de información médica. Otras auditorías recolectan información, que normalmente no se obtiene por rutina, o bien emplean protocolos, cuestionarios o plantillas de recolección de datos para auditoría especialmente diseñados.

La revisión ética es necesaria en una cantidad de circunstancias diferentes.

Deberían considerarse todas las propuestas para programas de garantía de calidad antes de tener acceso a la información cuando:

- Se utilizan herramientas específicas cuya confiabilidad y validez no han sido comprobadas.
- El trabajo tiene el apoyo de sponsors externos y la razón primordial es cumplir con las metas impuestas por el sponsor, no las del médico.
- Participan terceros en la recolección de datos.
- La confidencialidad puede verse comprometida.

Interrogatorio a Pacientes sobre temas sensibles

En la medida que la auditoría avanza y se torna cada vez más sofisticada, es posible que los pacientes se involucren cada vez más en el proceso de auditoría. Por ejemplo, podrían

verse sometidos a interrogatorios sobre una cantidad de temas potencialmente sensibles acerca de sus tratamientos, de los resultados de ellos y acerca de sus sentimientos o actitudes con respecto a todos los aspectos del proceso de cuidado.

Esto podría incluir preguntas acerca de los efectos de las drogas, u otras terapias, en aspectos más personales de la vida de los pacientes. La participación de los pacientes puede modificar sus expectativas acerca de la atención recibida, y los aspectos de efectividad y aceptación médica deben manejarse en forma directa con el paciente^(19,20).

Calidad de la Ficha Clínica

La revisión y evaluación de la calidad técnica de la Ficha Clínica comprende:

- Anamnesis clara, concisa, pertinente, orientadora.
- Examen físico: detallado en lo pertinente.
- Hipótesis diagnóstica de ingreso.
- Plan de estudio y exámenes a solicitar.
- Evolución y seguimiento.
- Epicrisis que sintetice el cuadro clínico y lo realizado.
- Diagnóstico de egreso.
- Nombre y firma del médico tratante.

Protocolo computacional de Auditoría de Fichas Clínicas

Hoy día se prefiere para la revisión y evaluación de la ficha clínica aplicar un protocolo, patrón o plantilla esquemática. Es necesario tenerlo elegido previamente, basado en criterios de evaluación pre definidos, que se aplicarán igualmente a todos los distintos puntos de la ficha, independientemente de la voluntad del auditor.

El Ministerio de Salud ha propuesto de un protocolo cuyo modo de operar consiste en asignar un porcentaje a cada rubro de la ficha clínica, de acuerdo a criterios y estándares esta-

blecidos, el que puede ser modificado de acuerdo a las características de cada centro asistencial.

Los rubros establecidos y sus puntajes asignados son los siguientes en un determinado hospital:

Ingreso	19 puntos
Evolución	13 puntos
Protocolo Operatorio (si hubo operación)	15 puntos
Epicrisis	13 puntos
Total	60 puntos

Una ficha clínica que obtenga en todos los rubros el puntaje máximo tendrá por ejemplo 60 puntos (45 puntos si no hubo operación). Para poner las notas en cada uno de los rubros, se desglosa en varios ítems que se exponen en la tabla N° 1.

En el Ingreso, Examen físico, Diagnósticos, Indicaciones y otros datos la nota correspondiente al ítem Anamnesis se coloca, según que el aspecto esté presente o ausente. Para el Examen físico y los demás aspectos que siguen, las notas se obtendrán en igual forma según estén presentes o ausentes^(21,22).

Igualmente para la evolución y protocolo operatorio, en caso de haber sido sometido el paciente a una intervención quirúrgica (Tablas N° 2, 3 y 4).

Conclusión

La importancia de la Ficha Clínica en la AM queda demostrada al considerarse a esta última como una herramienta de la gestión de riesgos de gran valor, que permite analizar la calidad, la relación costo-beneficio y la eficiencia de la atención médica, permitiendo además la elaborar indicadores de calidad. Siempre han existido algunas formas de auditoría en los centros asistenciales, pero recién en los últimos años se ha comenzado a realizar

Tabla 1

Cuadro resumen de puntajes de auditoría ficha clínica Ingreso. Anamnesis, examen físico, diagnóstico, indicaciones.

Ingreso	Puntaje	Asignado
Anamnesis		
Identificación Paciente	1	
Fecha de Ingreso	1	
Motivo de ingreso	1	
Anamnesis	1	
Anamnesis Remota familiar y personal	2	
Subtotal	6	
Examen Físico		
Ex. Físico General	1	
Ex. Físico Segmentario	1	
Subtotal	2	
Diagnóstico provisorio		
Fundamentos	1	
Enumeración Problemas	1	
Plan de estudio y tratamiento	2	
Subtotal	4	
Indicaciones		
Reposo y Regimen	2	
Medicamentos	1	
Cuidados de enfermería	1	
Subtotal	4	
Otros datos		
Letra legible	1	
Nombre y firma del Médico	2	
Subtotal	3	
Sub Total Ingreso		19

Tabla 2

Cuadro resumen de puntajes de auditoría ficha clínica. Evolucion y protocolo operatorio

		Puntaje	Asignado
Evolución			
Evolución Diaria		1	
Sintomatología		1	
Examen físico		1	
Problemas y planes		2	
Comentario		1	
Indicaciones alimentación		1	
Indicaciones Medicamentos		1	
Nombre y firma		2	
Letra legible		1	
Fecha y hora evolución		2	
Subtotal Evolución		13	
Protocolo	Operatorio	Puntaje	Asignado
Nº ficha		1	
Nombre		1	
Fecha de operación		1	
Duración operación		1	
Diagnóstico preoperatorio		1	
Diagnóstico postoperatorio		1	
Cirujano		1	
Ayudantes		1	
Anestesiólogo		1	
Protocolo Anestésico		1	
Antecedentes clínicos		1	
Detalle de técnica operatoria		1	
Hallazgos intraoperatorios		1	
Condición de egreso de Pabellón		1	
Tolerancia		1	
Subtotal Protocolo operatorio		15	

auditorías según el concepto formal, que implica la participación de un número mayor de profesionales y especialistas de las diferentes áreas de la medicina en gestión de calidad.

El alto grado de participación en las auditorías y la gran cantidad de evidencias que surgen del anecdotario personal, demuestran que

muchas de ellas son realizadas por médicos que no conocen a fondo las metodologías de investigación, o que no tienen experiencia previa en las cuestiones relacionadas con la ética. De ahí entonces, que si los métodos utilizados no tienen validez científica, las implicancias éticas pueden ser serias. Esto nos re-

Tabla 3

Cuadro resumen de puntajes de auditoría ficha clínica. Epicrisis

Epicrisis	Puntaje	Asignado
Nombre	1	
Nº historia	1	
Servicio de egreso	1	
Fecha de ingreso y fecha alta	2	
Motivo consulta	1	
Relación de síntomas	1	
Evolución	1	
Operación	1	
Tratamiento	1	
Indicaciones	1	
Nombre y firma del médico	2	
Subtotal epicrisis	13	

Se debe considerar que las auditorías de fichas clínicas se efectúan en diversos ámbitos de las actividades médicas y administrativas de los establecimientos asistenciales constituyendo un respaldo para el Hospital en la facturación de pacientes institucionales y de convenios, lo que favorece un rápido retorno económico por los servicios entregados.

Finalmente los eventos adversos pueden tener consecuencias de gran alcance para médicos, pacientes y prestadores de salud, por lo que es necesario una guía para ofrecer coherencia en el enfoque, a fin de que las partes involucradas en las auditorías a cualquier nivel, puedan estar seguros de que cumplen con las normas de gestión de riesgos.

Tabla 4

Cuadro resumen de puntajes de auditoría ficha clínica

Antecedentes clínicos	Puntajes asignados	Puntajes obtenidos
Ingreso	18	18
Evolución	13	13
Protocolo Operatorio	15	15
Epicrisis	13	13
Total	60	60

Nota: Rango de valoración: (con operación) < 29: muy malo 30-39: malo 40-49: bueno > 50: muy bueno
Rango de valoración: (sin operación) < 17: muy malo 18-27: malo 28-37: bueno > 38: muy bueno

mite a la necesidad de capacitar a todos los profesionales de la salud que actúan en el área de auditoría para que puedan manejar metodologías y auditoría, y a la necesidad de revisar y evaluar regularmente las actividades de auditoría locales.

La AM basa su proceso de gestión en la revisión de la ficha clínica y de otros registros vinculados al paciente, verificando si se han registrado todos los antecedentes preestablecidos de acuerdo a las normas y estándares de calidad.

Referencias

1. Berwick D, Nolan T. Physicians as leaders in improving health care. *Ann Inter Med* 1998; 128: 289-92.
2. Lembeke PA. Evolution of the Medical Audit. *JAMA* 1967; 199: 111-18.
3. Moya HB, Venturini RG, Baeza GA. Auditoría Médica. Servicio Nacional de Salud, Dirección General, Unidad de Auditoría Médica 1968.
4. Biggs JS. Medical audit and medical education. *Med Educ* 1995; 29: 99-100

5. Chomalí M. Gestión de riesgos en la atención de la Salud: hacia una cultura de calidad basada en la seguridad. *Revista Clínica Las Condes* 2003; 14: 180.
6. Gabbay J, McNicol MC, Spiiby J, Davies SC, Layton AJ. What did audit achieve? Lessons from preliminary evaluation of a year's medical audit. *BMJ* 1990; 301: 526-9.
7. Osorio G, Sayes N, Fernández L, Araya E, Poblete D. Auditoría médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 226-29.
8. Rencoret G. Auditoría médica: Demandas y responsabilidad por negligencias médicas. Gestión de calidad: Riesgos y conflictos. *Revista Chilena de Radiología* 2003; 9: 157-60.
9. Russell IT, Addington-Hall JM, Avery PJ. Medical audit in general practice. I: Effects on doctors' clinical behavior for common childhood conditions *BMJ* 1992; 304: 1480-4.
10. Russell IT, Addington-Hall JM, Avery PJ. Medical audit in general practice. II: Effects on health of patients with common childhood conditions. North of England Study of Standards and Performance in General Practice. *BMJ* 1992; 304: 484-8.
11. Dean M. Medical audit reaches the UK national health system. *Lancet* 1999; 353: 2219.
12. Lawrence Gostin JD. A public approach to reducing error. *JAMA* 2000; 283: 1742-43.
13. The Interface between Clinical Audit and Management. A report of a Working Group set up by the Clinical Resource and Audit Group 1993 Thomas J Thomson Chairman, Greater Glasgow Health Board, http://www.show.scot.nhs.uk/crag/publications/icam/ibca_00.htm
14. Lawrence M, Griew K, Derry J, Anderson J, Humphreys J. Auditing audits: use and development of the Oxfordshire Medical Audit Advisory Group rating system. *BMJ* 1994; 309: 513-6.
15. Baker R, Robertson N, Farooqi A. Audit in general practice: factors influencing participation. *BMJ*. 1995; 311: 31-4.
16. Barnett GO, Jenders RA, Chueh HC. The computer-based clinical record where do we stand? *Ann Intern Med* 1993; 119: 1046-8.
17. Anderson CM, Chambers S, Clamp M, Dunn IA, McGhee MF, Sumner KR, Wood AM. Can audit improve patient care? Effects of studying use of digoxin in general practice. *BMJ*. 1988; 297: 113-4.
18. Brown CW. Confidentiality in medical audit. *BMJ* 1991; 303: 25.
19. Lawrence M. Medical audit in general practice. *BMJ* 1992; 305: 14.
20. Rashbass J. The patient-owned, population-based electronic medical record: a revolutionary resource for clinical medicine. *JAMA* 2001; 285: 1769.
21. Suresh K. Clinical record keeping. *BMJ* 2002; 325: S23.
22. Melton JL. The threat to medical-records research. *N Engl J Med* 1997; 337: 1466-70.