

Auditoría médica del expediente clínico del servicio de consulta externa en un Hospital de tercer nivel de atención

Dra. Sonia Polo Andrade¹

soniapolo@yahoo.es

<https://orcid.org/000-0001-9208-443X>

Universidad Miguel Hernández de España.
Sucre-Bolivia

RESUMEN

La Auditoría Médica es definida como el análisis crítico sistemático de la calidad de atención médica, es el procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico.

La presente investigación tiene como objetivo evaluar el Expediente Clínico en el servicio de consulta externa del Hospital de Clínicas, con el fin de identificar el cumplimiento de la Norma Nacional del manejo del Expediente Clínico. Se trata de un estudio de tipo descriptivo observacional de diseño transversal.

La muestra ha sido obtenida probabilísticamente, conformada por 146 expedientes clínicos seleccionados aleatoriamente, con el fin de identificar la integralidad en su elaboración, establecer la secuencia lógica de su llenado, la correspondencia de los diagnósticos establecidos con los procesos terapéuticos entre otros aspectos. Desarrollado en el primer semestre de la gestión 2022.

En relación a la claridad e integridad en el registro del Expediente Clínico más del 70% de los Expedientes Clínicos no son claros, no presentan lenguaje técnico ni están registrados en su integridad de acuerdo a normativa vigente en salud. La relación existente entre el diagnóstico de admisión y de sala; sólo se cumple en el servicio de cirugía. Respecto a las indicaciones de tratamiento y su relación con el diagnóstico y los Protocolos de actuación clínica; el 59% evidencia cumplimiento, mientras que el 41% no cumple con la normativa y aplicación de Protocolos de atención, mientras que la correlación clínica epidemiológica de los casos es insuficiente (66%).

Palabras claves: *auditoria médica; expediente clínico; norma nacional.*

¹ Autor Principal

Medical audit of the clinical record of the outpatient service in a tertiary care hospital

ABSTRACT

The Medical Audit is defined as the systematic critical analysis of the quality of medical care, it is the analytical, evaluative, preventive and corrective technical procedure in order to issue an opinion, report or independent certification regarding the medical act.

The objective of this investigation is to evaluate the Clinical Record in the outpatient service of the Hospital the clinics, in order to identify compliance with the National Standard for the management of the Clinical Record. This is a descriptive observational study with a cross-sectional design.

The sample has been obtained probabilistically, made up of 146 randomly selected clinical records, in order to identify the integrity of its preparation, establish the logical sequence of its completion, the correspondence of the established diagnoses with the therapeutic processes, among other aspects. Developed in the first semester of the 2022 term.

In relation to the clarity and integrity in the registration of the Clinical Record, more than 70% of the Clinical Records are not clear, do not present technical language or are registered in their entirety according to current health regulations. The relationship between the admission and ward diagnoses; It is only fulfilled in the surgery service. Regarding the indications for treatment and their relationship with the diagnosis and clinical action protocols; 59% show compliance, while 41% do not comply with the regulations and application of care protocols, while the clinical-epidemiological correlation of the cases is insufficient (66%).

Keywords: *medical audit; clinical record; national standard.*

Artículo recibido 01 abril 2023

Aceptado para publicación: 15 abril 2023

INTRODUCCIÓN

La Auditoría Médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo con el fin de emitir un dictamen, informe, o certificación independiente referente al acto médico y a la Gestión de Calidad de los servicios de salud (1,3).

Se entiende la AUDITORIA MÉDICA como la evaluación de la Calidad de atención otorgada en los servicios de salud a través del análisis del Expediente Clínico y otros documentos médico legales realizado por un Profesional Médico especialista en Auditoría Médica, legalmente facultado para su ejercicio.

En establecimientos públicos de Salud, los Comités de Auditoría Médica son los responsables de realizar las Auditorías Médicas internas, bajo el liderazgo del Auditor Médico de la institución, cuyo principal propósito es evaluar la Calidad de la atención médica y de salud, a través del análisis periódico y continuo del Expediente Clínico, identificando los riesgos y recomendando los correctivos correspondientes tomando en cuenta la elaboración, los procedimientos utilizados en la atención médica y la pertinencia de las conductas diagnósticas y terapéuticas practicadas por los profesionales de salud. Por lo anteriormente mencionado el proceso de Auditoría del Expediente Clínico se desarrolla en base a la evaluación de sus componentes (1,3):

a) Hoja de Admisión: Contiene datos generales de filiación del paciente, de acuerdo a particularidades de cada servicio de salud.

b) Historia Clínica, la cual tendrá las siguientes partes:

1. Datos generales:

- Número de Expediente Clínico de acuerdo a lo establecido.
- Nombre.
- Fecha y lugar de nacimiento.
- Domicilio.
- Número de la Cédula de Identidad.
- Nombre del Establecimiento de Salud.
- Edad.

- Sexo.

2. Aspectos técnico médicos

c) Anamnesis

- Motivo de consulta
- Historia de la enfermedad actual
- Antecedentes Personales no Patológicos
- Antecedentes Personales Patológicos
- Examen físico
- Peso – Talla – Signos Vitales
- Semiotécnica general
- Semiotécnica por sistemas
- Diagnóstico
- Presuntivo
- Definitivo
- Exámenes Complementarios
- Plan terapéutico

d) Nota de Internación

Deberá contener:

- Datos Generales del Paciente
- Resumen Clínico
- Servicio al que se interna
- Número de Cama
- Fecha y Hora de internación
- Firma y sello del médico que solicita la internación.

e) Notas médicas de evolución y tratamiento

Deberán contener:

- Fecha
- Hora

- Evolución: Subjetivo, objetivo, Análisis, Conducta.
- Nombre y apellido completos del médico tratante.
- Firma y sello de quien la elabora.

f) Exámenes Complementarios de diagnóstico y tratamiento

Deberá contener:

- Datos generales del paciente
- Fecha
- Hora
- Nombre, firma y sello del médico solicitante
- Informe, observaciones y resultados
- Firma y sello de quien elabora el informe

g) Nota de referencia / contrarreferencia

Debe contener:

- Resumen Clínico sobre el estado actual del usuario
- Fecha y hora de referencia
- Firma y sello del médico que realiza la transferencia y/o contrarreferencia

h) Nota Pre-Operatoria: Deberá ser elaborada por el cirujano que va a intervenir al paciente, y deberá

contener como mínimo:

- Fecha de la cirugía
- Diagnósticos.
- Plan Quirúrgico.
- Tipo de intervención Quirúrgica.
- Riesgo quirúrgico.
- Enfermedades y hábitos importantes
- Cuidados y plan terapéutico.
- Pronóstico.
- Nombre, firma y sello del cirujano.

i) Nota anestésica: Deberá ser elaborada por el Anestesiólogo que participará en el acto quirúrgico y deberá contener como mínimo:

- Nota de valoración pre-anestésica
- Hoja de registro o protocolo de anestesia
- Nota de evolución intra-anestésica
- Nota post-anestésica o de recuperación
- Fecha y Hora de elaboración.
- Nombre, firma y sello del anestesiólogo.

j) Protocolo Operatorio: Es responsabilidad del cirujano que intervino al usuario y deberá ser elaborado al término de la cirugía. Constituye un resumen de la cirugía practicada y deberá contener como mínimo:

- Datos Generales del usuario
- Fecha, hora de inicio y finalización de la cirugía
- Diagnóstico preoperatorio
- Cirugía planeada
- Cirugía realizada
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la técnica quirúrgica
- Hallazgos trans-operatorios
- Reporte de gasas y compresas
- Incidentes y accidentes
- Cuantificación de sangrados si los hubo
- Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento trans-operatorios.
- Nombres de ayudantes, Instrumentistas-Anestesiólogo-Circulantes
- Estado postquirúrgico inmediato
- Plan de manejo y tratamiento post-operatorio inmediato
- Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico
- Nombre completo, firma y sello del Cirujano

k) Epicrisis, que deberá ser elaborada por el médico tratante y conteniendo como mínimo la siguiente información:

- Fecha de ingreso - egreso
- Diagnóstico de ingreso
- Diagnóstico de egreso
- Motivo de Alta
- Resumen de evolución
- Problemas clínicos pendientes
- Plan de manejo y tratamiento
- Recomendaciones para vigilancia ambulatoria
- Enfermedades colaterales y hábitos
- En caso de defunción – causas de muerte acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.

l) Resumen de egreso o nota de alta: Responsabilidad el médico tratante y deberá contener:

- Datos Generales del usuario
- Fecha de ingreso y egreso
- Diagnósticos de ingreso y egreso
- Recomendaciones
- Nombre, firma y sello del responsable

m) Nota de Alta Solicitada: Es el documento por medio del cual el paciente o familiar más cercano tutor o representante legal, solicita el egreso con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Debe contener la fecha, hora, nombres, firmas y el número de Cédula de Identidad del solicitante y del médico tratante.

n) Registros de instrumentos técnicos administrativos del personal de enfermería: El personal de enfermería no está autorizado a administrar ningún medicamento ni solicitar exámenes complementarios sin una orden escrita del médico tratante.

Los registros de instrumentos técnicos y administrativos deberán contener como mínimo lo siguiente:

- **Registros de signos vitales**

Debe contener datos, tablas, o gráficas sobre los signos vitales, según indicación médica y características de cada servicio y turno.

- **Hoja de enfermería según servicios**

Deberá ser elaborada por personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico, debe contener los datos generales del paciente, nota de evolución, procedimientos a realizar, observaciones, fecha, hora, sello (nombre y cargo) y firma de quien elabora.

- **Hoja de administración de medicamentos**

Será elaborada y registrada por la licenciada de enfermería y deberá contener datos generales del paciente, fecha, hora de cada administración de medicamentos, nombre genérico, vía de administración, dosis de administración, observaciones, firma y sello (nombre y cargo) de quien administra.

- **Hoja de Kardex**

Deberá ser elaborado y registrado por la licenciada de enfermería y debe tener los datos generales del usuario, fecha ingreso el usuario, nombre del médico tratante, diagnósticos, dieta, indicaciones médicas actualizadas, plan de cuidados de enfermería según diagnósticos, nombre, sello y firma de la responsable.

- **Hoja de administración y eliminación de líquidos**

Deberá ser elaborada y registrada por el personal auxiliar de enfermería, supervisadas por una licenciada de enfermería, debe tener los datos generales del usuario, registro de administración de líquidos según vía y horario de acuerdo a indicación escrita del médico según turno y servicio, cuantificación de líquidos ingeridos y eliminados de acuerdo a indicación del médico según turno y servicio, fecha, hora, firma y sello de quien registra.

- o) Otros documentos:** Informes de juntas médicas, registros de trabajo social, registro de vacunas, registros del área de nutrición, fisioterapia, psicología, etc. Que puedan generarse en el proceso de atención médica deberán ser incluidos en el Expediente Clínico.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de tipo descriptivo observacional de diseño transversal.

La muestra ha sido obtenida probabilísticamente, conformada por 146 Expedientes Clínicos seleccionados en forma aleatoria, con el objetivo de identificar la integralidad en su elaboración, así como la secuencia lógica de su llenado, la correspondencia de los diagnósticos establecidos con los procesos terapéuticos entre otros aspectos, así como el manejo técnico y legal de cada uno de los indicadores sujetos a auditaje.

Proceso de auditoría que ha sido desarrollado en el primer semestre de la gestión 2022.

Estableciéndose revisión documental a través de la recopilación de antecedentes referidos a procesos de Auditoría Médica, Auditoría del Expediente Clínico, antecedentes del Programa Nacional de Calidad en Salud, sus alcances, empleando fuentes bibliográficas de referencia generales.

Así mismo se ha recurrido a información secundaria institucional que ha sido sistematizada en matrices de identificación y ponderación de indicadores del llenado del Expediente Clínico, así como formularios de sistematización de resultados de la Auditoría Médica del Expediente Clínico (ANEXO N°1 Y N° 2).

Población y Muestra

La población ha estado representada por 2450 expedientes clínicos correspondientes a 2450 pacientes atendidos en el primer semestre de la gestión 2022.

El tamaño de la muestra para el desarrollo de la Auditoría de las Historias Clínicas del servicio de consulta externa del Hospital de Clínicas de la Paz ha sido determinado a través del empleo de fórmula para poblaciones finitas con un desvío del 5 % y un intervalo de confianza del 95 %.

Estableciéndose la Auditoría Médica del Expediente Clínico a 146 historias clínicas correspondientes a 146 pacientes asistidos en diferentes servicios de consulta externa. Historias que han sido seleccionadas aleatoriamente en los 6 servicios de consulta externa.

Técnicas de muestreo

El muestreo aplicado ha sido probabilístico de tipo aleatorio, seleccionando un Expediente Clínico de cada 10 hasta completar el total de la muestra correspondiente a los cinco servicios de consulta externa. Los criterios de inclusión para los Expedientes Clínicos fueron: Historias Clínicas correspondientes a pacientes entre 14 y 70 años de edad y que hayan sido atendidos en los servicios de Consulta Externa. El control de la calidad y análisis de datos ha sido establecido a través de la selección de instrumentos debidamente llenados según instructivo.

Análisis estadísticos

Los datos de las Auditorías Médicas de los Expedientes Clínicos han sido tabulados y analizados mediante el paquete estadístico del SPSS Versión 15.0. Realizándose un análisis univariante para la descripción de cada una de las variables cuantitativas o variables resultado mediante el análisis de las medias, desviación típica y el intervalo de confianza; que para el presente estudio fue del 95% y un margen de error de 5%.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Auditoria Médica del Expediente Clínico del servicio de consulta externa del Hospital de Clínicas ha permitido evidenciar que el proceso del llenado del Expediente Clínico en base a normativa nacional en salud se cumple parcialmente, estando un mayor porcentaje de ellas, sin cumplir con la normativa nacional vigente.

Tabla N° 1

Procedimientos establecidos para el proceso de atención

Servicio de consulta externa.hospital de clínicas

1er. Semestre Gestión 2022

Servicio de consulta externa	Procedimientos establecidos para el proceso de atención				Total	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Ginecología	20	14	6	4	26	18

Traumatología	21	14	8	5	29	20
Nefrología	6	4	10	7	16	11
Cirugía	20	14	21	14	41	28
Pediatría	12	8	22	15	34	23
TOTAL	79	54	67	46	146	100

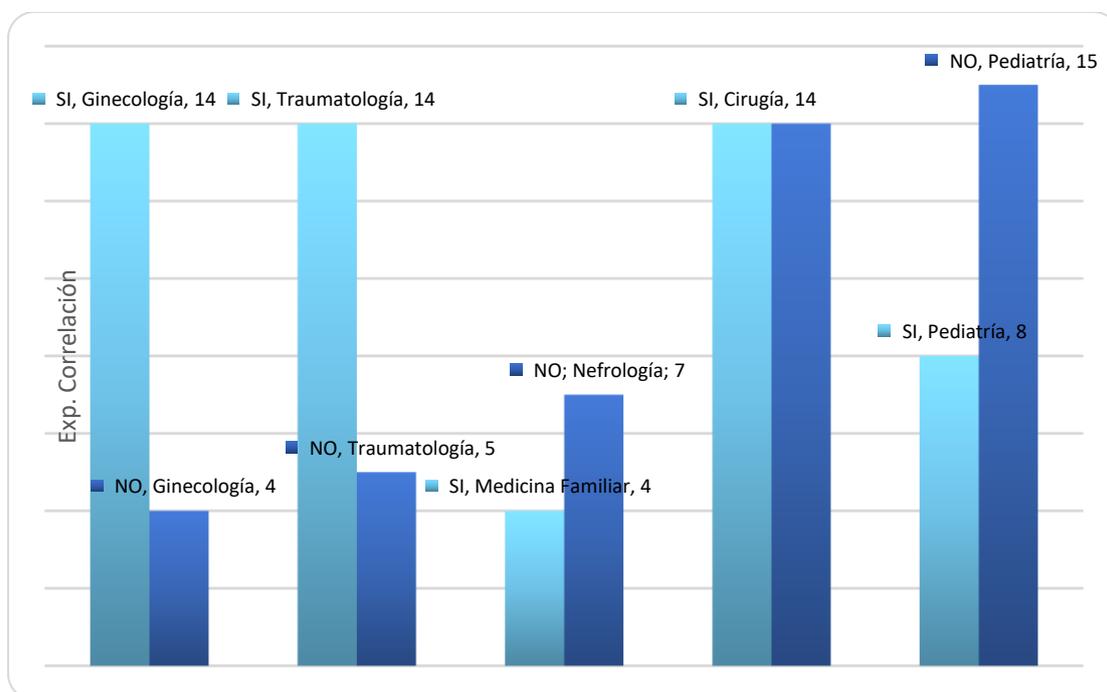
Fuente: Elaboración Propia en base a revisión del Expediente clínico.

Gráfico N° 1

Procedimientos establecidos para el proceso de atención

Servicio de consulta externa.hospital de clínicas

1er. Semestre Gestión 2022



Fuente: Elaboración Propia en base a revisión del Expediente Clínico.

Tabla N° 2

Integridad y claridad de registro del expediente clínico

Servicio de consulta externa - hospital de clínicas

1er. Semestre Gestión 2022

Servicio de consulta externa	Integridad y claridad de registro del expediente clínico				Total	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Ginecología	8	5	18	12	26	18

Traumatología	7	5	22	15	29	20
Nefrología	4	3	12	8	16	11
Cirugía	15	10	26	18	41	28
Pediatría	9	6	25	17	34	23
Total	43	29	103	71	146	100

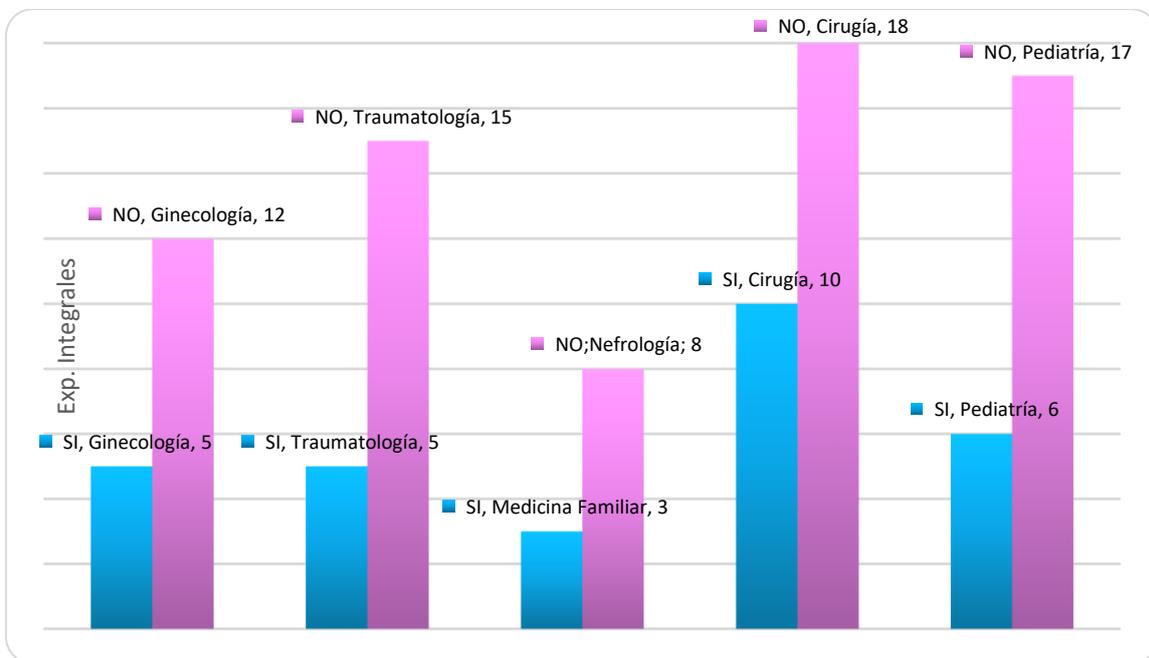
Fuente: Elaboración Propia en base a revisión del Expediente Clínico.

Gráfico N° 2

Integridad y claridad de registro del expediente clínico

servicio de consulta externa - hospital de clínicas

1er. Semestre Gestión 2022



Fuente: Elaboración Propia base a revisión del Expediente clínico.

Tabla N° 3

Correlación entre el diagnóstico de admisión y de sala

Servicio de consulta externa- hospital de clínicas

1er. Semestre Gestión 2022

Servicio de consulta externa	Correlación entre el diagnóstico de admisión y de sala				Total	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Ginecología	12	8	18	12	30	21

Traumatología	13	9	16	11	29	20
Nefrología	14	10	19	13	33	23
Cirugía	16	11	14	10	30	21
Pediatría	11	8	13	9	24	16
Total	66	45	80	55	146	100

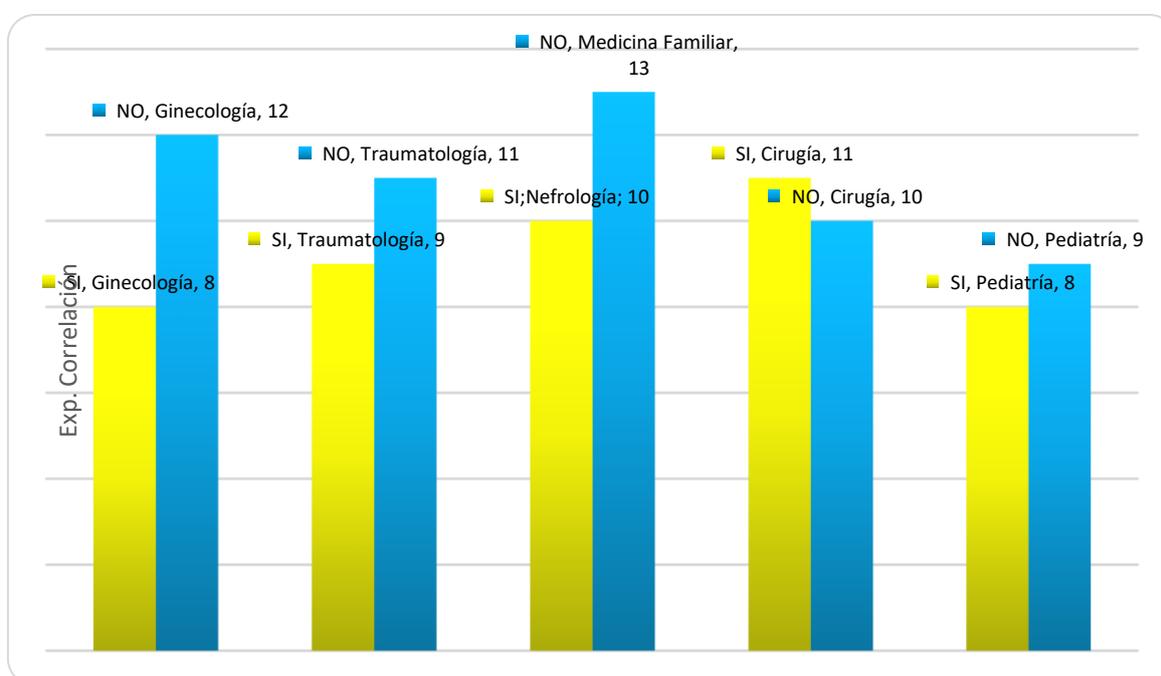
Fuente: Elaboración Propia base a revisión del Expediente Clínico.

Gráfico N° 3

Correlación entre el diagnóstico de admisión y de sala

Servicio de consulta externa- hospital de clínicas

1er. Semestre Gestión 2022



Fuente: Elaboración Propia base a revisión del Expediente Clínico.

Tabla N° 4

Relación entre las indicaciones de tratamiento con el diagnóstico y protocolos de atención.

Servicio de consulta externa.

Hospital de Clínicas. 1er. Semestre Gestión 2022

Servicio de consulta externa	Relación entre las indicaciones de tratamiento con el diagnóstico y protocolos de atención				Total	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%

Ginecología	19	13	7	5	26	18
Traumatología	22	15	7	5	29	20
Nefrología	8	5	8	5	16	11
Cirugía	23	16	18	12	41	28
Pediatría	14	10	20	14	34	23
Total	86	59	60	41	146	100

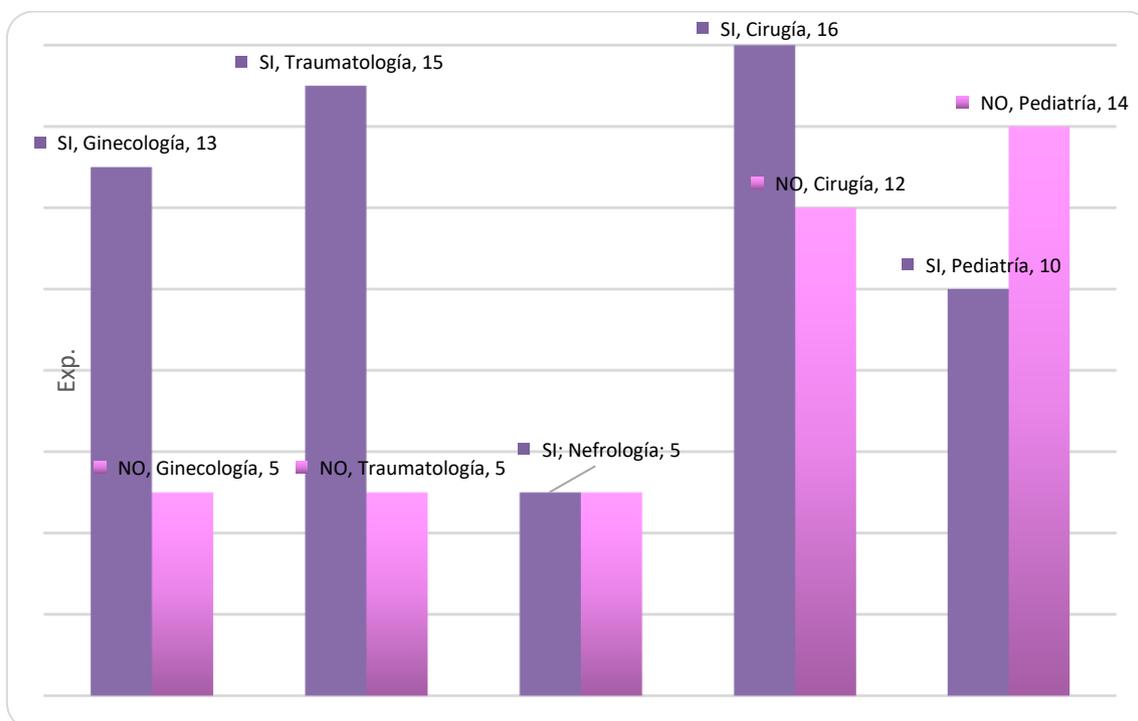
Fuente: Elaboración Propia en base a revisión del Expediente clínico.

Gráfico N° 4

Relación entre las indicaciones de tratamiento con el diagnóstico y protocolos de atención.

Servicio de consulta externa.

Hospital De Clínicas. 1er. Semestre Gestión 2022



Fuente: Elaboración Propia base a revisión del Expediente Clínico.

Tabla N° 5

Correlación clínica epidemiológica del caso

servicio de consulta externa- hospital de clínicas

1er. Semestre Gestión 2022

Servicio de consulta externa	Correlación clínica epidemiológica del caso				Total	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		

Ginecología	11	8	18	12	29	20
Traumatología	12	8	17	12	29	20
Nefrología	8	5	22	15	30	21
Cirugía	8	5	19	13	27	18
Pediatría	10	7	21	14	31	21
Total	49	34	97	66	146	100

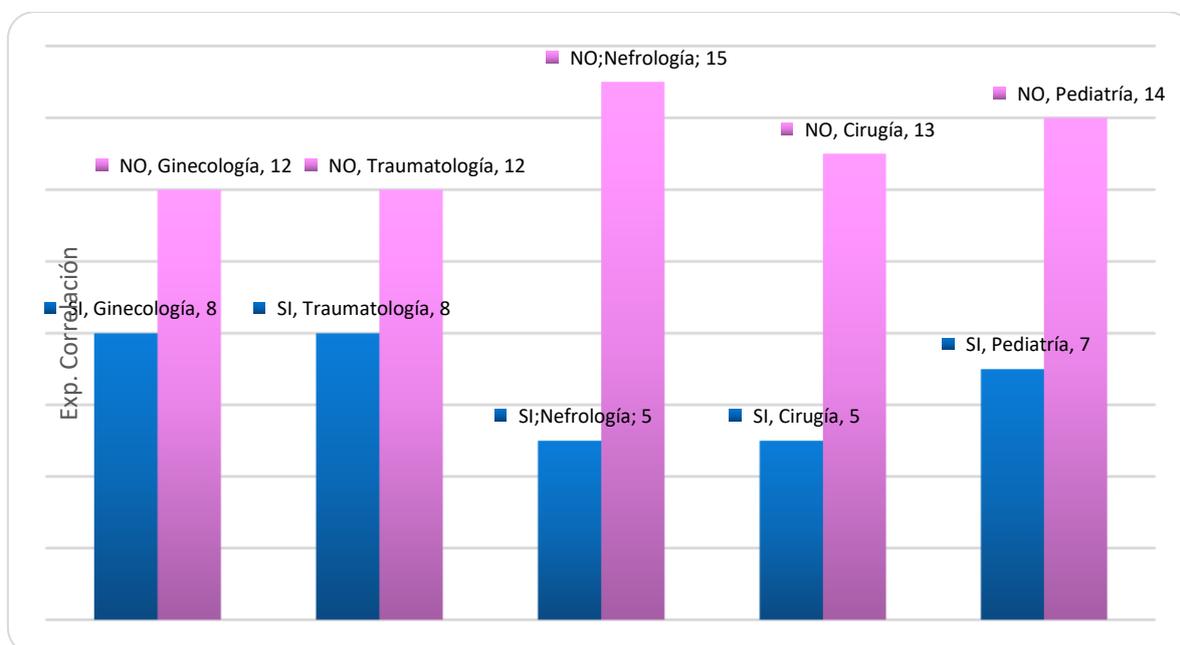
Fuente: Elaboración Propia en base a revisión del Expediente Clínico.

Gráfico N° 5

Correlación clínica epidemiológica del caso

servicio de consulta externa- hospital de clínicas

1er. Semestre Gestión 2022



Fuente: Elaboración Propia en base a revisión del Expediente Clínico.

Tabla N° 6

Evolución del paciente.

Servicio de consulta externa hospital de clínicas

1er. Semestre Gestión 2022

Servicio de consulta externa	Evolución del paciente				Total	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Ginecología	23	16	3	2	26	18

Traumatología	25	17	4	3	29	20
Nefrología	15	10	1	1	16	11
Cirugía	30	21	11	8	41	28
Pediatría	20	14	14	10	34	23
Total	113	77	33	23	146	100

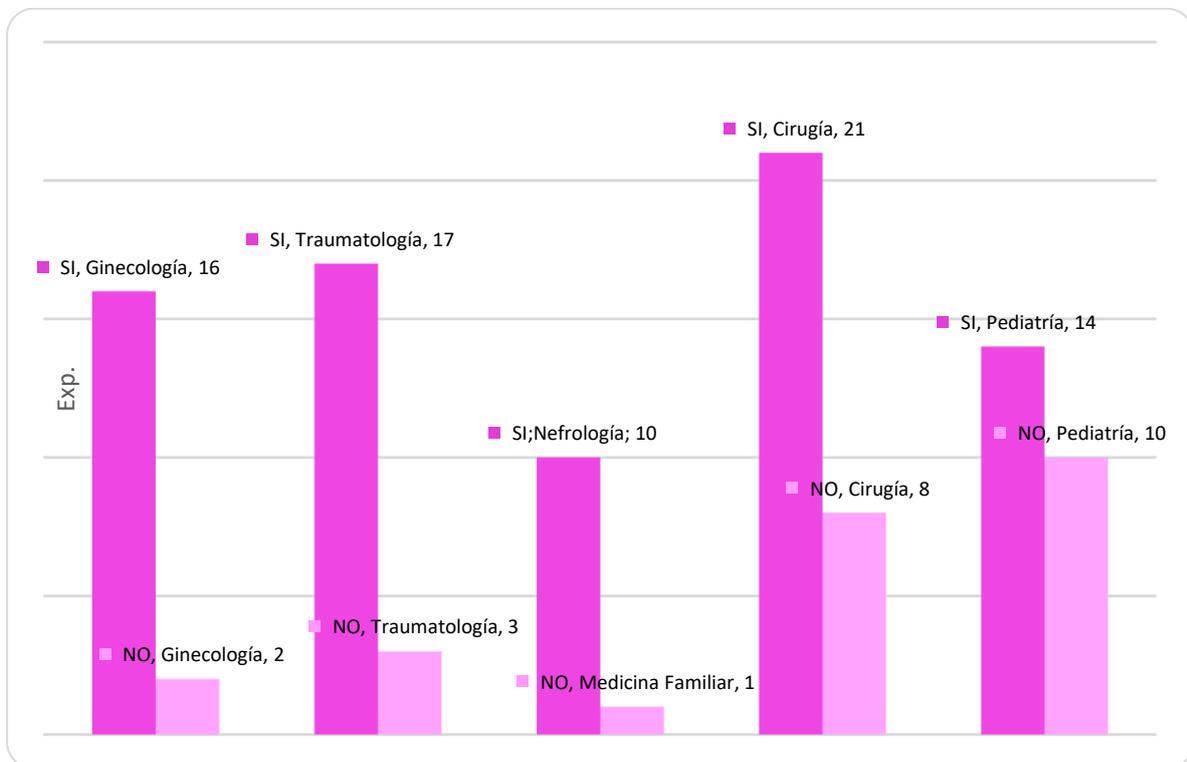
Fuente: Elaboración Propia en base a revisión del Expediente Clínico.

Gráfico N° 6

Evolución del paciente.

Servicio de consulta externa hospital de clínicas

1er. Semestre Gestión 2022



Fuente: Elaboración Propia en base a revisión del Expediente clínico

La Auditoría Médica del Expediente Clínico del servicio de consulta externa del Hospital de Clínicas de La Paz ha permitido evidenciar que el proceso del llenado del Expediente Clínico en base a normativa nacional en salud; se cumple parcialmente, estando un mayor porcentaje de ellas, sin cumplir con los procesos secuenciales en su elaboración.

En relación a la claridad e integridad en el registro del Expediente Clínico se puede evidenciar que más del 70% de los Expedientes Clínicos no son claros, no presentan lenguaje técnico ni están registrados en su integridad de acuerdo a normativa vigente en salud.

Respecto a la relación existente entre el diagnóstico de admisión y de sala, sólo se cumple en el servicio de cirugía, en tanto que en los servicios de ginecología, traumatología, nefrología y pediatría no existe la correlación diagnóstica al momento del ingreso hospitalario.

El auditaje del Expediente Clínico en relación al indicador justificación de los exámenes complementarios; los cinco servicios objeto de estudio muestran un porcentaje considerable en el cumplimiento; siendo los servicios de ginecología, cirugía y traumatología los que cuentan con un porcentaje mayor del 15 % y 16% respectivamente.

Respecto a las indicaciones de tratamiento y su relación con el diagnóstico y los Protocolos de actuación clínica; el 59% evidencia cumplimiento, mientras que el 41% no cumple con la normativa inherente al manejo y aplicación de Protocolos de atención.

La correlación clínica epidemiológica de los casos durante la revisión evaluativa de los Expedientes Clínicos muestra la insuficiente correspondencia entre el diagnóstico clínico y el epidemiológico, en consecuencia, no se establece la epidemiología propia de cada patología, restando el principio de la integralidad en salud.

En cuanto a la relación clínica entre el proceso evolutivo y las complicaciones, así como el procedimiento del egreso hospitalario, es evidente la ausencia de parámetros técnicos que permitan el registro adecuado del Expediente Clínico.

Finalmente, respecto a la evolución clínica del paciente; los cinco servicios correspondientes a consulta externa del Hospital establecen cumplimiento en el seguimiento de la evolución del paciente, el mismo que es registrado en el Expediente Clínico.

CONCLUSIONES

El dictamen de Auditoría Médica establece la insuficiente capacidad técnica y metodológica del llenado del Expediente Clínico, carente en algunos casos de la intervención profesional del médico titular,

respaldada por protocolos, normas, o información científica basada en la mejor evidencia, con calidad, eficiencia y calidez humana. Siendo evidente que en la mayoría de los Expedientes Clínicos la transcripción de la secuencia clínica está a cargo de los residentes y/o internos de los servicios objeto de estudio.

Bajo el principio básico de respeto a la dignidad humana, el Expediente Clínico garantizará la confidencialidad de la información relacionada con las prestaciones de salud que se dan al usuario/usuario protegiendo la privacidad de la misma por medios adecuados que la salvaguarden en los procesos de obtención, utilización, archivo, custodia y transmisión.

El personal de salud deberá considerar la discrecionalidad y confidencialidad del expediente clínico y sólo se romperá el secreto profesional en los casos establecidos, el cual consigna: *(Revelación del Secreto Médico)*. *Se exceptúa y se exime al médico, de guardar el secreto médico en los siguientes casos (3):*

- a) *Cuando el paciente o su responsable legal autoriza expresamente al médico a revelarlo.*
- b) *Cuando actúa en el desempeño de sus funciones como médico forense a requerimiento de una autoridad competente.*
- c) *Cuando se trate de casos de enfermedad notificable.*
- d) *Cuando la salud de la familia y la comunidad se encuentren en riesgo inminente*
- e) *En caso de menores de edad, los padres, parientes o responsables de los mismos no podrán dar a conocer la información sobre su estado médico, salvo para dar cumplimiento a lo establecido en la normativa legal.*
- f) *Cuando la Ley disponga expresamente.*

El Expediente Clínico es un documento médico legal de propiedad del establecimiento de salud (Puesto de salud, centro de Salud, clínica o centro de salud y Hospital) y por consiguiente ningún funcionario podrá retirarlo fuera de la institución o utilizarlo sin la autorización del nivel gerencial de la institución. Solo en caso de requerimiento por el Servicio Departamental de Salud y/o autoridad competente, podrán emitirse fotocopias autenticadas por el Director del establecimiento de salud, Jefe Médico Municipal y/o Gerente de Red de Salud (4).

El expediente clínico deberá ser requerido en la Unidad de Admisión tanto para la primera consulta o consulta subsiguiente, debiendo esta unidad, registrar los datos generales y administrativos en el formulario admisión, transfiriendo la ficha a la unidad de Archivo, para la identificación y remisión del Expediente Clínico al consultorio correspondiente.

La Responsabilidad para requerir los Expedientes Clínicos y devolverlos al encargado de Archivo, será de la Licenciada o Auxiliar de Enfermería del servicio correspondiente, debiendo registrar estas acciones de acuerdo a la modalidad de cada institución (4,5).

El tiempo para la devolución de los Expedientes Clínicos al archivo deberá estar sujeto a reglamentaciones internas de acuerdo a particularidades de cada institución.

Los Expedientes Clínicos deberán ser conservados por un período de cinco años en archivo a partir del último acto médico. A partir del sexto año, la institución podrá organizar sus archivos en depósitos, medios magnéticos u otros que la tecnología pueda proporcionar teniendo en cuenta que se debe contar con un resumen de todos sus Expedientes Clínicos.

Debe contarse con un registro único y confiable (listado de Expedientes Clínicos) o con una metodología de archivo de acuerdo a las características de cada servicio de salud, que permita identificar con facilidad la ubicación de los Expedientes requeridos al momento necesario (6,8).

Debe designarse un responsable del Archivo con formación específica y cuyas funciones están establecidas en el manual de funciones y reglamento interno de la entidad.

Finalmente la Auditoria Médica del Expediente Clínico en Servicios de Salud está ligada a la mejora continua de la Calidad de la atención médica, el tema es complejo, e involucra a todo el Sistema de Salud en su conjunto. Su fin último se concreta en la elaboración de Planes de Mejora continua en correspondencia al diseño de un sistema permanente de evaluación-mejoramiento que utilice múltiples técnicas, a considerar los problemas como oportunidades para perfeccionar los desempeños institucionales o individuales, a Educar al personal médico en sus derechos y obligaciones, el desarrollo de la "Cultura de la Calidad" que impregne a toda la institución.

Así como el mejoramiento de las condiciones laborales del personal médico y no médico de la organización, implementando controles y mejoras en el aprovechamiento de los recursos disponibles.

BIBLIOGRAFÍA

Brook C. Motivation for improvement in quality personal and international perspectives. Intern J for Quality in Health Care 1999; 11(1): 1-3.

Donabedian A. Basic Approaches to Assessment: Structure, Process, and Outcome. Explorations in quality Assessment and Monitoring and Harbor Health, Administration Press, 1980.

Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES. Reglamentación sobre instrumentos de control médico en los servicios de salud de la Seguridad Social Boliviana. Junio de 2009. La Paz Bolivia: Editorial Kipus 2011.

Gestión de Calidad ISO 9000:2000 en establecimientos de salud MSD/PSRN-GTZ año 2003.

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia Indicadores de Salud Información actualizada en base al SNIS Diciembre 2003 La Paz, Bolivia; 2020.

Ministerio de Salud y Deportes. Política Nacional de Salud. Noviembre de 2020. La Paz Bolivia.

Ministerio de Salud y Deportes. INASES. Ley, Normas y Reglamentos para el ejercicio profesional médico. Pág. 9-25; La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2019.

Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud - DESCOM SALUD. Vol 6. 12 ed. La Paz, Bolivia: Editorial Euro Express; 2019.

Organización Mundial de la Salud. Renewing the health for all strategy: elaboration of a policy for equity, solidarity and health. Ginebra 1995 (documento de consulta WHO/PAC/95.1).

Piscoya J. Auditoría Médica Boletín Sanfernandino 1999; 7: 3- 28 (U.N.M.S.M. - Facultad de Medicina).

Philip C. Thompson. Círculos de Calidad, cómo hacer que funcionen. Edit. Grupo Editorial Norma, Barcelona 1999.

Piscoya J. Cómo hacer una Auditoría Médica. Boletín Informativo del Colegio Médico del Perú. 1992; Año XXII N° 1.

Piscoya J, Bazán A. Auditoría Médica una realidad en el Hospital Almenara - Separata Hospital Almenara del IPSS Diciembre 1992.

Varo J. Propuestas de un modelo de calidad para la atención sanitaria. Med Clin (Barc) 1996; 107: 182-4.

Sackett DL et al. Evidence - based medicine: what it is an what isn't BMJ 1996; 312: 71-2. 7) Esteban

A. El control de la calidad asistencial, una responsabilidad compartida Rev Clin Esp 1988;
182(3): 72-80.

Zapata VC, Angulo PP. Seminario Taller sobre Auditoría Médica 27-28-29 Agosto 1979 Lima - Perú
(participación de la Escuela Nacional de Salud Pública).

Anexo 1

Material suplementario

Guía de Evaluación del expediente Clínico

Parámetros da evaluar	Indicadores	Cumplimiento		Observaciones y conclusiones
		SI	NO	
Procedimientos establecidos para el proceso de atención	Registro de datos generales del paciente			
	Registro de fecha de ingreso			
	Registro de Diagnóstico de Admisión			
Integridad y Claridad del registro de la Historia Clínica	Historia Clínica abierta por el Médico de Guardia o de Sala, el mismo día de admisión			
	La Historia Clínica contiene registro de anamnesis			
	Registro de motivo de consulta y enfermedad actual			
	Registro de Tratamientos Recibidos			
	Registro de Exámenes realizados			
	Registro de evolución clínica			
	Registro de antecedentes patológicos y familiares			
	Registro de examen físico			
	Registro de examen neurológico			
	Registro de Signos vitales			
	Registro de exámenes complementarios			
	Registro de diagnósticos diferenciales			
	Registro de diagnóstico de sala			
	Registro de tratamiento e indicación de exámenes complementarios.			
Correlación entre el diagnóstico de admisión y de Sala	Justificación sobre la base del diagnóstico presuntivo de admisión para la internación.			
	Relación entre el diagnóstico presuntivo de admisión y los diagnósticos diferenciales de sala.			
Relación entre las indicaciones de tratamiento con el diagnóstico y protocolos de atención	Tratamiento en base a protocolos y fármacos utilizados de acuerdo a normas de atención en salud vigentes			

Adecuación de la conducta terapéutica al manual de procedimientos	Relación entre las dosis, vía y tiempo de tratamiento con las normas de atención y evolución del paciente.			
Justificación de los exámenes complementarios solicitados	Relación entre la solicitud de exámenes complementarios con los diagnósticos diferenciales o diagnósticos establecidos.			
Correlación clínica epidemiológica del caso	Cumplimiento de criterios epidemiológicos para el control y seguimiento del caso según normas establecidas			
Evolución del paciente	Registro de evolución general			
	Registro de síntomas nuevos			
	Registro de respuesta al tratamiento			
	Registro de resultados de exámenes complementarios			
	Registro de cambios de medicación			
	Registro de inter – consultas			
	Registro diario de órdenes médicas			
Conducta Quirúrgica	Autorización del paciente para procedimientos médico-quirúrgicos			
	Registro de justificación de la conducta quirúrgica			
	Registro de notas pre y post operatorias			
	Registro de protocolo quirúrgico			
	Registro de notas de anestesiología			
	Registro de resultados de exámenes complementarios			
Días de Internación	Registro de complicaciones			
	Relación entre el cuadro clínico y los días de internación			
Procedimientos del egreso hospitalario	Registro de diagnóstico de ingreso			
	Registro de diagnóstico de egreso			
	Registro de fecha de ingreso			
	Registro de fecha de egreso			
	Registros de las causas de alta			
	Registro de los días de internación			
	Registro de defunción			
	Registro de conclusiones y datos de autopsia			

Anexo 2

Informe del expediente clínico y auditoria medica

Establecimiento: Red de Salud.....

Servicio: Fecha:

Parametros A Evaluar	Conclusiones	Recomendaciones
Procedimientos establecidos para el proceso de Atención		
Integridad y Claridad del registro de la Historia Clínica		
Correlación entre el diagnóstico y protocolos de atención		
Relación entre las indicaciones de Tratamiento con el diagnóstico y protocolos de atención		
Adecuación de la conducta terapéutica al manual de procedimientos		
Justificación de los exámenes complementarios solicitados		
Correlación clínica epidemiológica del caso		
Evolución del paciente		
Conducta Quirúrgica		
Días de Internación		
Procedimientos Hospitalarios		

Anexo n° 3

Memoria fotográfica

Hospital de clínicas



Foto N°1. Portada de ingreso del Hospital de Clínicas. La Paz-Bolivia



Foto N°2. Servicio de Consulta Externa del Hospital de Clínicas.