

Historia Clínica

Herramienta fundamental para las Auditorias Médicas

Lic. Saadia Zawadzki

- **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo, pretende dar una visión rápida y muy compactada de Historia Clínica y la importancia de los registros asistenciales consignados en ella. Enfocados ambos, desde el punto de vista de las Auditorias Médicas y éstas a su vez, como impactan en la gestión de la asistencia sanitaria.

- **HISTORIA CLÍNICA**

Si bien existen variadas definiciones del “documento Historia Clínica”, hemos escogido una de las más recientes. Donde no sólo, se involucra al médico responsable de su elaboración, sino que incorpora a los demás profesionales del equipo de salud que intervienen en este proceso. Apartándonos de este modo, del modelo hegemónico usado hasta hace muy poco en el tiempo.

“Conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con el objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente”.

La principal finalidad de la historia clínica, es garantizar la asistencia del paciente, no desconociendo, que es medio de comunicación entre los profesionales del equipo de salud.

Documento científico para la docencia y la investigación.

Valioso instrumento para la administración hospitalaria.

Fuente de información epidemiológica, de donde surgirán estadísticas de la realidad sanitaria del país, colaborando de este modo a crear parte de las políticas sanitarias nacionales.

Es una garantía para el paciente, el equipo de salud y la institución asistencial ya que es un importante “medio de prueba”.

Documento confidencial y único para cada paciente. Deberá quedar siempre garantizado el derecho a la intimidad de éste, mediante el respeto del secreto profesional.

¿Qué características deben poseer los registros asistenciales en las historias clínicas, para que puedan ser considerados correctos desde el punto de vista de la Auditoría Médica?

Que resulten precisos, legibles, explicativos, identificativos, identidad de quien ha escrito en la historia clínica y que todos los formularios que la componen contengan los datos identificatorios del usuario. Puntuales, anotaciones con prontitud. Objetivos.

Que resulten sistemáticos, la información se debe realizar de manera ordenada y completa. Fechas consignadas.

Así pues, la historia clínica es un documento de evolución diaria, con anotaciones continuas, legibles. Debe de contar el proceso asistencial de manera coherente, desde que el paciente es ingresado (o visto en consulta externa) hasta que es egresado.

- **Auditoría**

Consideraciones conceptuales generales:

Auditar: del latín “audire” significa oír.

Auditar en general es “examinar la gestión de una entidad, a fin de comprobar si se ajusta a lo establecido por ley o costumbre”.

La auditoría, se relaciona estrechamente con la gestión, el gestionar y la eficiencia. Actualmente, la auditoría es concebida como una herramienta fundamental de gestión.

Gestionar: dirigir, administrar recursos, conseguir objetivos y metas. Analizar los resultados para solucionar problemas. Coordinar y motivar a los recursos humanos que se desempeñan en una organización. Es hacer uso de los recursos disponibles, asumiendo la responsabilidad de dicho uso.

- **Auditoría Médica:**

Es definida como el análisis crítico, sistemático y periódico de la “**calidad de la atención sanitaria**” que reciben los pacientes, usuarios o clientes de los servicios de salud. Incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de los recursos y resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de atención del usuario.

Calidad: del latín “Qualitas” significa propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.

Objetivos de la Auditoria Médica:

- ✓ Contribuir a elevar el estándar de calidad asistencial en una institución de servicios médicos. Analizar, evaluar y corregir la calidad de atención sanitaria brindada, después que el episodio asistencial se ha realizado. Bregar por el mantenimiento del más alto nivel en el trabajo médico asistencial.
- ✓ Evaluar no solo en calidad sino también en cantidad, el trabajo efectuado por cada integrante del equipo de salud y de la Institución en su totalidad.
- ✓ Prevenir el error médico, evitar la repetición del hecho no deseable y corrección de las deficiencias.
- ✓ Apoyar a los miembros de la organización en el desempeño de sus actividades. Para ello, les proporciona análisis, evaluaciones, recomendaciones, asesorías e información concerniente a las actividades revisadas.
- ✓ Tienen fines educativos.

Es indudable, que la institucionalización de este tipo de procedimientos de investigación, lleva a una mejor prestación del servicio asistencial.

• **Historia Clínica Vs. Auditoria Médica:**

El documento fundamental a ser utilizado para realizar las auditorias médicas es la historia clínica.

Si bien existen, otros documentos importantes como son las estadísticas hospitalarias, protocolos, estándares institucionales, la historia clínica es el documento médico legal por excelencia que permite analizar la calidad de la atención brindada. Así como también, analizar el trabajo del equipo de salud en su totalidad y rendimiento de los servicios.

Este análisis, de tipo cualitativo, se lleva a cabo mediante el estudio exhaustivo de los registros asistenciales consignados en las historias clínicas, ya que en ella, se recogen la mayor parte de los datos sanitarios de una persona.

La auditoria y el deber de confidencialidad

Para su elaboración se incluye información confidencial.

Todo documento o hecho al que acceda el auditor, en razón de la tarea encomendada, está resguardado por el secreto profesional y solo podrá revelarlos si existe una expresa autorización de la institución.

Una vez finalizada la auditoria médica, se elevarán los informes elaborados con resultados y recomendaciones a la "Alta Gerencia" de la institución para la posterior toma de decisiones.

Las auditorias, pueden realizarse por personal de la propia institución o por personal externo a ésta. El escenario ideal para su realización, sería por personal externo, multidisciplinario, ético y profesional.

Características del Auditor

Poseer conocimientos, experiencia, habilidades y destrezas.

Ser buen escucha, poseer buena comunicación verbal y escrita.

Ético, analítico, discreto, prudente.

Imparcial, responsable, organizado.

• Comité de Historias Clínicas

Es conveniente, que en las instituciones asistenciales, exista además del Comité de Auditoria Médica, el Comité de Historias Clínicas, entre otros.

Este comité, tiene como función, lograr que las historias clínicas de la Institución sean completas, realizando un análisis cuantitativo de éstas.

El comité, irá detectando errores, omisiones de escritura y verificando el porque de estos errores y omisiones.

Trasmitirá sus observaciones a quien corresponda, para tratar de lograr perfeccionar las consignaciones de los registros asistenciales en las historias clínicas.

Supervisará la correcta elaboración estadística del material clínico acumulado, tratando de seleccionar toda información que pueda tener valor de estudio o educacional para ser considerado en reuniones o conferencias.

Intervendrá en la creación de formularios a ser incorporados y utilizados en las historias clínicas.

Se recomienda que esté compuesto por un número impar de miembros.

El comité, deberá reunirse e informar periódicamente a las autoridades.

El informe elaborado, al igual que el informe del comité de Auditoria Médica será confidencial.

- **CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN FINAL**

Sin historias clínicas, no existirían datos para evaluar la atención sanitaria brindada a los usuarios en una institución asistencial. Así como también, no existirían datos de consumos ni costos por pacientes.

Las historias clínicas, son desde todo punto de vista, obligatorias y tendrán que ser tan exactas como sea posible.

Capaces de ser analizadas eficiente y eficazmente.

Conservadas y custodiadas de una manera segura.

Al ser solicitadas, deberán ser accesibles y localizables rápidamente.

- **BIBLIOGRAFÍA**

1. ADRIASOLA G.: La Confidencialidad de la Auditoria Médica. Conferencia realizada en Jornadas de Ética Médica y Medicina Legal. Ciudad de Durazno – Uruguay. 19 – 20 de agosto 2006 y en: www.mednet.org.uy/dml/ bibliografía nacional. Bioética y Derecho Médico.
2. ARANGUREN, E. REZZONICO,R. Auditoria Médica. Garantía de Calidad en la Atención de Salud Edic. Fundación Favalaro Bs.As. 1999
3. BERRO ROVIRA G.: El Derecho a la Intimidad, la protección de los datos personales en Medicina y el Secreto Médico. Conferencia en el III Congreso Latinoamericano de Derecho Médico. Murcia (España) 17-20 de septiembre de 2003. Y en: 3as Jornadas Médico Legales de Paysandú. COMEPA. 19 de junio de 2004 Paysandú- Uruguay.
4. CRIADO DEL RÍO M. T. : Aspectos-Médicos Legales de la Historia Clínica, Constitución y leyes S.A., Madrid, 1999, pp 235 – 289
5. DELPIAZZO C. : Jornada “Perspectivas sobre aplicaciones del Decreto No. 396 Historia clínica electrónica” Sociedad Uruguaya de Informática en la Salud noviembre de 2003.

6. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA Real Academia 22ª. Edición.
7. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. España 2002.
8. MÉJICA GARCÍA J. M.: La Historia Clínica: Estatuto básico y propuesta de Regulación. Ed. EDISOFER SL. Madrid. 2002.
9. ORDENANZA No. 33/84 Normas para el funcionamiento de los registros clínicos de las IAMC y características de las historias clínicas.
10. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Evaluación Técnica de las Historias Clínicas. 1991.
11. REGLAMENTO DEL CUERPO MÉDICO del Hospital de Clínicas. Universidad de la República. Facultad de Medicina. Montevideo - Uruguay
12. SAMPRÓN LÓPEZ D.: Los derechos del paciente a través de la información y la historia clínica. Ed. EDISOFER SL. Madrid. 2002.
13. VARO, Jaime Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios España 1994
14. TÉLLEZ AGUILERA A.: Nuevas Tecnologías. Intimidad y protección de datos. Estudio sistemático de la LO 15/1999. Ed. EDISOFER SL. Madrid. 2002.
15. ZAWADZKI, S. , MARTINELLI, R. Documentos Médicos, Registros y Auditorias. Su importancia y evolución. Conferencia en el IV Congreso Latinoamericano de Derecho Médico. 21 – 24 de septiembre de 2005 Montevideo - Uruguay