



Revista Médica Herediana

ISSN: 1018-130X

famed.revista.medica@oficinas-upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Perú

LLANOS-ZAVALAGA, Luis Fernando; MAYCA PÉREZ, Julio; NAVARRO CHUMBES,
Gian Carlos

Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos
peruanos.

Revista Médica Herediana, vol. 17, núm. 4, 2006, pp. 220-226

Universidad Peruana Cayetano Heredia

San Martín de Porres, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338029555006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos.

Medical audit of patient records at an outpatient clinic in four Peruvian public hospitals.

LLANOS-ZAVALAGA Luis Fernando^{1,2}, MAYCA PÉREZ Julio^{2,3}, NAVARRO CHUMBES Gian Carlos⁴.

SUMMARY

Medical audit is defined as a critical and systematic assessment of the quality of health care, including procedures, resources used and outputs that influence on the clinical outcome and the patient quality of life. *Objectives:* This study assesses the filling of medical records (HC) at the outpatient consultation, allowing identifying information gaps or mistakes. *Material and Methods:* A descriptive cross-sectional study was done. We included representative random samples of new patients of 04 public MINSA hospitals at the northern coast (Lambayeque -390 HC), southern coast (Ica -396 HC), andean area (Junín -384 HC), and amazon basin (Amazonas -396 HC). The sampling and analysis unit was HC of patients at outpatient consultation. Results: We found: register of vital signs in 8.75% of the HC, register of symptoms at consultation in 91.08%, register of physical examination in 56.63%, register of patient diagnoses in 97.43%, register of treatment and/or plan analysis in 89.37%, register of date and hour in 13.70%, and register of professional signature and stamp in 54.65%. We observed significant differences between the hospitals. *Conclusions:* As reported somewhere else, filling of HC is poor for most of the variables assessed. We expected high values for the aspects considered important by health professionals for a good healthcare. Medical audit will improve the standards of clinical practice as health professionals understand and convinced themselves of its value as an educational tool. (*Rev Med Hered* 2006;17:220-226).

KEY WORDS: Audit, medical audit, medical record, data quality.

¹ Médico, MSc (Econ). Profesor principal de la Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Investigador. Asociación Civil CONSALUDES. Lima, Perú.

³ Médico. Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud. PARSALUD/MINSA. Lima, Perú.

⁴ Médico. Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

RESUMEN

La auditoría es definida como 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: El presente estudio busca evaluar el llenado de historias clínicas (HC) de consulta externa, permitiendo identificar los errores o vacíos de información. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo. Se incluyeron muestras aleatorias representativas de pacientes nuevos atendidos en 04 hospitales MINSA de la costa norte (Lambayeque -390 HC) y sur (Ica -396 HC), sierra (Junín -384 HC), y selva (Amazonas -396 HC). La unidad de muestreo y análisis fue la HC de pacientes atendidos en consultorios. **Resultados:** Se encontró: registro de funciones vitales en 8,75% de las HC, registro de síntomas de consulta en 91,08%, registro de examen físico en 56,63%, registro de diagnóstico del paciente en 97,43%, registro del tratamiento o plan de trabajo en 89,37%, registro de fecha y hora en 13,70%, y registro de la firma y sello del profesional en 54,65%. Se observaron diferencias significativas entre los cuatro hospitales. **Conclusiones:** Tal como se ha reportado, el llenado de HC es pobre para la mayoría de variables evaluadas. Se esperaba que los hallazgos mostrasen valores elevados en aspectos que en consideración de los profesionales son sustantivos para una buena calidad de atención al usuario. La auditoría médica mejorará los estándares de la práctica médica cuando el personal de salud entienda y se convenza de su valor como herramienta educativa. (*Rev Med Hered 2006;17:220-226*).

PALABRAS CLAVE: Auditoría, auditoría médica, historias clínicas, calidad de registro.

INTRODUCCIÓN

En la década de los noventa el Ministerio de Salud (MINSA) desarrolló diversas actividades tendientes a la promoción de la calidad de los servicios y auditoría. Ello incluyó el desarrollo de protocolos de manejo materno-infantil, de sistemas de supervisión, de manuales de visitas domiciliarias, de sistemas y manuales de auditoría, los cuales fueron utilizados temporalmente, sin llegar a institucionalizarse en las direcciones de salud y los establecimientos, sino sólo iniciativas estimuladas por el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB) del MINSA, Proyecto PASA (de la Unión Europea), con énfasis en el sub-sector público. Junto con ello, las universidades se interesaron en formar recursos humanos con competencias en el campo de la calidad y la auditoría, y continúan realizándolo. Estas últimas actividades con implicancias para los sub-sectores público y privado. Últimamente, como consecuencia de un esfuerzo de varios años ha sido publicada una norma técnica de auditoría, la cual fundamentalmente está enfocada a ser un manual, más que al diseño de un sistema, con énfasis en el espacio público (1). Independiente de ello, es un avance hacia la construcción de la calidad. Una dinámica diferente ha desarrollado el sub-sector privado, que no es objeto de este artículo.

La auditoría es definida como el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida de los pacientes (2). Publicaciones

recientes, señalan que este proceso de mejoramiento de la calidad busca mejorar la calidad del cuidado del paciente y su impacto (outcome), a través de revisiones sistemáticas del cuidado considerando criterios explícitos y la implementación de cambio (3) y acompañada de procesos de retroalimentación a los proveedores (4,5). Estas aseveraciones no incluyen la necesidad que los participantes estén preparados para promover y ejecutar los cambios necesarios en el comportamiento profesional, y conseguir demostrar mejoras en la calidad o costo efectividad de la atención brindada.

La auditoría es clasificada en función al objeto a auditar como auditoría de casos (para las diferentes especialidades médicas), auditoría de fuentes secundarias (historias clínicas, prescripciones, exámenes de laboratorio, etc.) o calidad de llenado de las fuentes secundarias (dependientes de la información existente), y auditoría basada en evidencia (donde se evalúa las atenciones de la persona en un periodo). En función a la temporalidad, la auditorías se clasifican en auditorías retrospectivas y auditorías prospectivas o concurrentes (6).

En este contexto de calidad y generación de una cultura de la calidad, se hace necesario la institucionalización de procesos que permitan garantizar la calidad del servicio, como es la implementación de un sistema de auditoría médica, teniendo presente que la auditoría es el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica con el fin de identificar deficiencias (no conformidades, en el sector privado) que pueden ser remediadas. La auditoría tendría una finalidad de

mejorar la calidad del servicio y una finalidad educativa al actualizar al recurso humano, lamentablemente es percibida por los profesionales de la salud como una acción fiscalizadora que casi siempre termina interfiriendo con sus actividades cotidianas (7,8).

La historia clínica permite una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al médico plantear un diagnóstico clínico, sindrómico o nosológico. Debe considerarse el documento básico en todas las etapas del modelo de la atención médica y ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona. El llenado de la historia clínica es un indicador de la calidad asistencial. El estudio de calidad de llenado de las historias clínicas es una forma de auditoría médica. Es reconocida la influencia de ésta como instrumento para la mejora de los estándares de atención (8), y tener una función educativa para los profesionales de la salud (7,9-11). La auditoría debe ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad (8,10-13), y, sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos debe mejorar la práctica profesional y promover el acercamiento al uso de protocolos e intervenciones educacionales (14,15). La participación en la auditoría es probablemente la manera más efectiva que permite a médicos y equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de atención que brindan a sus pacientes (7,15,16).

El presente estudio está dirigido a evaluar la calidad del llenado o registro de datos en las historias clínicas de la consulta externa, permitiendo identificar los errores o vacíos frecuentes realizados en el registro de la información relacionada al paciente o al servicio brindado.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio transversal descriptivo de corte retrospectivo. El marco muestral fueron todos los pacientes nuevos atendidos en consultorios externos de los hospitales: Hospital de Apoyo Bagua, Hospital Las Mercedes de Chiclayo, Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo y Hospital Regional de Ica, durante los meses de marzo y abril de 2005. La unidad de muestreo y análisis fue la historia clínica (HC) de pacientes atendidos en dichos consultorios, se excluyeron HC de pacientes atendidos en consultorio externo de especialidades pediátricas, servicio de hospitalización e HC no encontradas en el archivo.

Luego de la aprobación por el Comité de Ética en

Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y de obtener los permisos correspondientes en cada uno de los hospitales estudiados, se procedió a acceder, en los archivos de cada hospital, a la relación de pacientes que visitaron el último mes el servicio de consulta externa, en base a ella se realizó una selección aleatoria hasta completar la muestra.

Para un máximo tamaño muestral posible, se consideró una probabilidad de llenado apropiado de 0,5 y un error estimado de 0,05. Se estimó revisar 384 historias clínicas por hospital, a fin de tener una muestra representativa hospitalaria. Se consideró un muestreo aleatorio simple en base a las HC que fueron utilizadas el último mes. Con la finalidad de tener una aproximación nacional, se consideraron hospitales representativos de departamentos de costa (Ica, Lambayeque), sierra (Junín), y selva (Amazonas). Se estimó que el desempeño en los mismos sería similar al del resto de hospitales del país.

Considerando los dos momentos, señalados por uno de los autores (5), se utilizó el primer momento, donde no se discute la calidad de información sino sólo su existencia. Las variables consideradas incluyeron registro de funciones vitales (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, y presión arterial); síntomas o anamnesis; examen físico (que incluye examen físico general y examen físico regional), diagnóstico (diagnóstico asignado por el médico), plan de trabajo (indicaciones médicas -próxima cita, referencia a su centro de salud o final de seguimiento-, exámenes de laboratorio, o radiológicos solicitados por el médico), e identificación del médico tratante (firma del médico, sello o número de Colegio Médico del Perú, con nombre y apellidos del médico). Para el propósito del estudio se consideró una medición dicotómica (presencia o ausencia) de cada variable. Además se consideró el registro de la fecha y hora del llenado de la HC.

Como instrumento para recolectar la información, se usó una ficha de registro, la cual fue elaborada para el Proyecto de Apoyo de la Seguridad Alimentaria (PASA)/MINSA, financiado por la Unión Europea, instrumento que ha sido previamente usado por algunas direcciones de salud.

Se elaboró la base de datos en hoja de cálculo Microsoft Excel 2000. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS 12,0 para Windows, con el que se realizó un análisis univariado en número y porcentajes, expresado en tablas de frecuencias relativas y absolutas. Por la naturaleza del estudio no se requirió de consentimiento informado escrito alguno. Se solicitó la autorización respectiva en cada hospital,

con las direcciones y áreas de archivo básicamente, para la recolección de la información. El personal que recolectó dicha información fueron médicos o enfermeras a quienes se les instruyó acerca de la forma de registro adecuado de una HC.

RESULTADOS

Se evaluaron 04 hospitales del MINSA, en cada uno de ellos fueron revisadas no menos de 384 Historias Clínicas: Hospital de Apoyo Bagua - Amazonas:396 historias clínicas (HC), Hospital Las Mercedes de Chiclayo - Lambayeque:390 HC, Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo - Junín: 384 HC, y Hospital Regional de Ica: 396 HC. La recolección de las datas se hizo durante las dos primeras semanas del mes de abril del 2005.

Considerando las dimensiones propuestas, se evidenciaron los resultados agrupando las mismas en cuatro categorías básicas: registro de funciones vitales con 8,75% (rango: Junín 0,00%-Amazonas 25,76%), registro de síntomas de consulta con 91,08% (rango: Lambayeque 77,18%-Amazonas 99,49%), registro de examen físico con 56,63% (rango: Junín 17,06%-Amazonas 80,46%), registro de diagnóstico del paciente con 97,43% (rango: Lambayeque 93,04%-Amazonas 100,00%), y registro del tratamiento o plan de trabajo con 89,37% (rango: Junín 82,41%-Amazonas 99,75%). Además se evaluaron las variables administrativas siguientes: registro de fecha y hora con 13,70% (rango: Amazonas 0,25%-Ica 37,20%), y registro de la firma y sello del profesional que hizo dicha consulta con 54,65% (rango: Ica 41,67%-Amazonas 65,65%) (Tabla N°1).

Se contrastaron las frecuencias observadas para cada una de las variables comparando los cuatro hospitales, a través de la prueba chi cuadrado, observando

diferencias significativas ($p < 0,001$) para cada variable contrastada. Así por ejemplo, en las variables *fecha y hora*, *examen físico*, y *funciones vitales* por ejemplo, las diferencias entre el registro o no de las mismas por hospitales son amplias y fácilmente observables, y para el caso de variables como *diagnóstico del paciente* o *síntomas de consulta*, éstas diferencias son observable por esta prueba (Tabla N°1).

En relación con el análisis de las funciones vitales, la función con mayor registro correspondió a la presión arterial con 30,54% (rango: Junín 6,02%-Ica 50,76%), mientras que la que menos registro presentó fue la frecuencia respiratoria con 23,18% (rango: Junín 0,00%-Ica 59,85%). En el caso de Junín observamos la mayoría de estas variables con un registro mínimo (Tabla N°2).

Al analizar las variables para cada hospital observamos que para el Hospital de Apoyo Bagua los mayores registros correspondieron al diagnóstico del paciente y plan de trabajo (100,00%) y el menor registro fue para fecha y hora (0,25%), para el Hospital Las Mercedes de Chiclayo el mayor registro fue para diagnóstico del paciente (93,04%) y el menor para fecha y hora (0,26%), para el Hospital Daniel A. Carrión de Huancayo el mayor registro fue para diagnóstico del paciente (99,48%) y el menor para funciones vitales (0,00%), y para el Hospital Regional de Ica el mayor registro fue para diagnóstico del paciente (97,22%) y el menor para funciones vitales (7,32%).

DISCUSIÓN

Una manera de aproximarse y entender cómo se viene implementando el mejoramiento de la calidad del proceso prestacional en las instituciones de salud, es analizar la calidad de llenado de fuentes secundarias, dentro de ellas, la historia clínica. Este es un documen-

Tabla N°1. Relación de las variables evaluadas y sus registros observados por Hospital*.

Variables	Amazonas n (%)	Lambayeque n (%)	Junin n (%)	Ica n (%)	Total %	p
Funciones vitales	102 (25,76)	6 (1,54)	0 (0,00)	29 (7,32)	8,75	< 0,001
Síntomas de consulta	392 (99,49)	301 (77,18)	372 (98,15)	355 (89,65)	91,08	< 0,001
Examen físico	317 (80,46)	225 (57,69)	65 (17,06)	277 (69,95)	56,63	< 0,001
Diagnóstico del paciente	396 (100,0)	361 (93,04)	379 (99,48)	385 (97,22)	97,43	< 0,001
Plan de trabajo	393 (99,75)	336 (86,15)	314 (82,41)	352 (88,89)	89,37	< 0,001
Fecha y hora	1 (0,25)	1 (0,26)	65 (17,02)	147 (37,12)	13,70	< 0,001
Firma y sello	258 (65,65)	225 (57,69)	204 (53,68)	165 (41,67)	54,65	< 0,001

Amazonas: Hospital de Apoyo Bagua (396 HC), Lambayeque: Hospital Las Mercedes (390 HC), Junín: Hospital Daniel A. Carrión (384 HC), Ica: Hospital Regional de Ica (396 HC).

Tabla N°2. Funciones vitales y sus registros observados por Hospital*

Funciones vitales	Bagua n (%)	Chiclayo n (%)	Huancayo n (%)	Ica n (%)	Total %
Temperatura	327 (82,99)	35 (8,97)	2 (0,52)	55 (13,89)	8,75
Frecuencia cardiaca	127 (32,23)	29 (7,44)	2 (0,52)	244 (61,62)	91,08
Frecuencia respiratoria	112 (28,43)	13 (3,33)	0 (0,00)	237 (59,85)	56,63
Presión arterial	193 (48,98)	60 (15,38)	23 (6,02)	201(50,76)	97,43

Amazonas: Hospital de Apoyo Bagua (396 HC), Lambayeque: Hospital Las Mercedes (390 HC), Junín: Hospital Daniel A. Carrión (384 HC), Ica: Hospital Regional de Ica (396 HC).

to médico-legal único individualizado que debe registrar los datos relativos a la identificación del usuario, a la salud o enfermedad, a las aproximaciones diagnósticas, a la evolución y a la conducta terapéutica desarrollada, de manera ordenada, pues constituye el registro primario de cada atención en los establecimientos de salud (17,18). Es necesario administrar correctamente todos los procedimientos que siguen las historias clínicas desde su apertura, y así responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad a las demandas de usuarios y prestadores.

En este estudio, se consideró las normas dadas por el Ministerio de Salud, que considera que cada atención debe registrar de manera legible, como mínimo: fecha de consulta; motivo de consulta; hallazgos clínicos importantes (mínimo los controles vitales y el examen físico dirigido); diagnóstico – problema (apreciación diagnóstica); tratamiento y recomendaciones (plan de trabajo); e identificación precisa de la persona que brindó la atención (nombre, firma y colegiatura). En la HC debe quedar constancia cuando el paciente ha concluido el tratamiento por el episodio de atención ambulatoria, además, las diferentes especialidades y programas de salud podrán incluir cualquier otra información que considere conveniente (17,19).

Se observó, tal como se ha encontrado usando diversos instrumentos, que el llenado de las historias clínicas es bastante pobre para funciones vitales (8,75%), para fecha y hora de consulta (13,7%), para firma y sello del prestador (54,7%) y llamativamente 56,6% para el examen físico. Se esperaba que los hallazgos mostrasen valores elevados para la descripción de síntomas, el examen físico, la apreciación diagnóstica y el plan de trabajo. Ello debido a que estos son los aspectos que en consideración de los profesionales son cruciales para una buena calidad de atención al usuario. Se debe reconocer, tal como se ha propuesto en diversos artículos, que mientras no se evidencie un apropiado nivel de llenado de las historias clínicas (del 80%) no es razonable usar recursos para evaluar la calidad del llenado de las historias clínicas. Pues hacer ello, implicaría hacer un uso ineficiente de recur-

sos humanos calificados que suelen ser muy escasos y costosos (relativos) en los servicios de salud (2).

Esto a su vez es corroborado al observar los mayores rangos para las variables que tuvieron mayor registro como diagnóstico del paciente con 97,43% y síntomas de consulta con 91,08%, para el Hospital de Apoyo Bagua, ubicado en el departamento de Amazonas, el cual cuenta con menores recursos humanos, económicos, infraestructura y equipamiento en comparación con los otros tres hospitales visitados, esperándose que debido a estos aspectos sus porcentajes obtenidos sean menores, ocurriendo lo contrario.

Se reconoce que el llenado de la historia no está directamente asociado con la calidad de la atención; pues se puede observar buenas prácticas clínicas independiente del llenado de las historias clínicas. Un ejemplo de ello, es que el nivel de llenado observado es similar a lo reportado en estudios realizados en Lima Metropolitana y a lo observado tanto en la práctica pública como en la práctica privada. Esta asociación aun no demostrada en el país, es uno de los argumentos de los prestadores para criticar la pertinencia y utilidad de las auditorías, al momento que se realizan. Un argumento humano, es que al momento de escribir la persona sigue un proceso de ordenamiento y sistematización de las percepciones e ideas, lo cual permitiría mejorar los procesos mentales al interior del profesional y la comunicación médico-paciente.

La revisión de la experiencia internacional muestra que las intervenciones de auditoría han sido sostenibles y han conseguido resultados satisfactorios, cuando hay retroalimentación continua. Mugford (5) diferenció la retroalimentación pasiva de la activa, donde la primera es el aporte de información no solicitada y la retroalimentación activa captó el interés del médico; también evaluó el impacto en el receptor de la información y el momento adecuado para la retroalimentación, concluyendo que era más probable que la retroalimentación influyera sobre la práctica clínica si la información se presentaba cerca del momento de toma de decisiones

y los médicos habían acordado anteriormente revisar su práctica. Buntix et al (20), en una revisión sistemática de 26 estudios de retroalimentación y recordatorios para mejorar el diagnóstico y las prácticas de atención preventiva en atención primaria, definiendo retroalimentación cuando esta ocurría después o durante el desempeño y recordatorio cuando era antes del desempeño objetivo, llegan a la conclusión que tanto la retroalimentación como los recordatorios pueden reducir el uso de pruebas de diagnóstico y mejorar la prestación de servicios de atención preventiva. Del lado del tipo de retroalimentación los estudios han definido que las reuniones instructivas interactivas tienen efectos moderados sobre la práctica profesional frente a las reuniones instructivas didácticas que tienen poco o ningún efecto sobre la actuación profesional (5). Está demostrado que la auditoría sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos es un método eficiente de implementación del cambio sostenible (7,15,16). En tal sentido, la realización de las auditorías debe estar acompañada de procesos interactivos y educativos con los profesionales de salud, que redunden en beneficio de la salud de la población.

La intensidad de la auditoría y la retroalimentación también han sido clasificadas (1,21) según las siguientes características que podrían explicar las diferencias en la efectividad de la auditoría y la retroalimentación: (i) *Receptor* (individual vs. grupal); (ii) *Formato* (verbal vs. escrito o verbal y escrito); (iii) *Fuente* (un supervisor o colega con experiencia vs. una organización de revisión de estándares de los profesionales o un representante del empleador o comprador vs. los investigadores); (iv) *Frecuencia de la retroalimentación*, clasificada como frecuente (hasta semanal), moderada (hasta mensual), e infrecuente (menos que mensual); (v) *Duración de la retroalimentación*, que se clasifica como prolongada (un año o más), moderada (entre un mes y un año), y breve (menos de un mes); y, (vi) *Contenido de la retroalimentación* (información del paciente, el cumplimiento de una norma o pauta o la comparación de pares vs la información sobre costos o cantidad de pruebas solicitadas o prescripciones).

En todos estos casos, se omite el efecto que juega impacto potencial en la economía del prestador. Se ha observado que las estrategias de auditoría han funcionado en los Estados Unidos, como funcionan en la práctica privada en el país, pues sus intervenciones repercuten directamente en el pago de las prestaciones por la presencia de “no conformidades”. Mientras que la experiencia en el Reino Unido no es tan exitosa, al igual que la Auditoría implantada en el sub-sector público, por el MINSA, pues no hay motivaciones o estí-

mulos para mejorar el llenado de las Historias Clínicas sino solo la conciencia de haber realizado apropiadamente su trabajo o haber mejorado su desempeño. La experiencia muestra que ello no es tan motivador, como podría suponerse.

En el caso nacional, debería pensarse en escenarios creativos que permitan mejorar el llenado de HC y consecuentemente, mejorar la calidad del acto médico, que respete los derechos laborales y promueva una competencia sana entre los prestadores. Asimismo, para la adecuada evaluación de las HC debe existir en todo establecimiento de salud un comité de gestión de la calidad que tenga como finalidad velar por garantizar y mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente. Dicho comité debe revisar y evaluar las HC para asegurar que las normas establecidas se estén manteniendo, y realizar la auditoría médica (4). Los errores no pueden ser ignorados, se deben reconocer sus causas, analizar y plantear las medidas preventivas necesarias. Este es el planteamiento central de la auditoría médica como un mecanismo no punitivo, voluntario y con incidencia en el reporte de errores para, mediante la metodología de la educación médica continua, posibilitar y garantizar la calidad del acto médico (22). Para ello se podría disponer de un formato de HC de atención de consulta externa que cumpla con los estándares del Ministerio de Salud, para recordar al médico los datos que se deben asignar en este documento.

De este estudio se deduce que la auditoría médica permitirá mejorar los estándares de la práctica médica si los médicos y el personal de salud entienden y se convencen de su valor como herramienta educativa, y como herramienta que permitirá una utilización -con calidad y eficiencia- de los recursos de salud (23).

Por ello, la auditoría participativa es concebida como la manera más efectiva que permite, a médicos y equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes (7,15,16). También, que las auditorías serán mejor aprovechadas en la medida que el sistema de salud cuente con protocolos de manejo de pacientes, elaborados por consenso y aprobados a nivel de cada establecimiento de salud. Estos protocolos de atención serán sostenibles en la medida que no sean normas impuestas desde los niveles superiores, sino sean construidos con y desde los niveles operativos.

Finalmente, toda aproximación a la auditoría médica debe considerar tres niveles. Un primer nivel, como el de este estudio, que busque analizar la existencia de la

información. Un segundo nivel, que busque evaluar la coherencia y consistencia de la información registrada en la HC, en ambos casos, considerando como unidad de análisis a la atención ambulatoria *per se*. Y un tercer nivel de análisis, que es propio de la auditoría basada en evidencias en la cual se consideran criterios sobre lo que “se debe”, “es recomendable” o “se puede” hacer, pero donde además la unidad de análisis es el paciente atendido en un periodo de tiempo (7,24).

Agradecimientos:

A los directores de cada hospital participante en el presente estudio.

Al personal de las áreas de estadística y archivo de cada hospital participante.

Correspondencia:

Dr. Luis Fernando Llanos Zavalaga

Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Av. Honorio Delgado 430 – San Martín de Porres.

Lima – Perú.

Correo electrónico: fllanos@upch.edu.pe

Teléfono: 511 9630 2197

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica peruana de auditoría en salud para el mejoramiento de la calidad de los servicios. En: www.minsa.gob.pe/portalminsa/publicaciones (Fecha de acceso: diciembre 2005).
- Hardman E, Joughin C. FOCUS on clinical audit in child and adolescent mental health services. London: College Research Unit. Royal College of Psychiatrists; 1998.
- National Institute for Clinical Excellence. Principles for best practice in clinical audit. Oxford:Radcliffe Medical Press Ltd. NICE; 2002.
- Foy R, Eccles MP, Jamtvedt G, Young J, Grimshaw JM, Baker R. What do we know about how to audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. BMC Health Serv Res 2005; 5: 50.
- Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. BMJ 1991; 303: 398-402.
- Ministerio de Salud. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Diseño de Sistema de Auditoría Médica y de Gestión. Lima: MINSA; 2000.
- Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (III): Facetas. Med Clin (Barc) 1995; 104: 25-8.
- Fraser RC, Baker RH, Lakhani MK. Evidence-based clinical audit: an overview. En: Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH eds. Evidence-based audit in general practice. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1998. p. 1-15.
- Bowling A. Evaluating health services. En: Research methods in health: Investigating health and health services. Buckingham: Open University Press; 1997. p. 5-16.
- Batstone GF. Educational aspects of medical audit. BMJ 1990; 301: 326-8.
- Shaw CI. Aspects of audit. 4: Acceptability of audit. BMJ 1980; 280:1443-6.
- Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (II). Definiciones y tipología. Med Clin (Barc) 1994; 103: 741-4.
- Bhopal RS, Thomson R. A form to help learn and teach about assessing medical audit. BMJ 1991; 303: 1520-2.
- Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. Quality in Health 1995; 4: 55-64.
- Davis DA, Thompson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of the continuing medical education strategies. JAMA 1995; 274: 700-5.
- Kelman S. Improving doctor performance. A study in the use of information and organizational changes. New York: Human Science Press; 1980. p. 13-43.
- Walshe K. Opportunities for improving the practice of clinical audit. Quality in Health Care 1995; 4: 231-2.
- Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. Auditoría de Historias Clínicas de Hospitalización ISE - EPS. Primera Revisión. Lima: SEPS; 2000.
- Ministerio de Salud del Perú, Oficina de Estadística e Informática. Dirección General de Salud de las Personas. Escuela Nacional de Salud Pública. Normas técnicas para la administración de las historias clínicas. Lima: MINSA; 2000.
- Buntix F, Knottnerus JA, Crebolder HFJM, Esses GGM. Reactions of doctors to various form of feedback designed to improve the sampling quality of cervical smears. Quality Assurance in Health Care 1992; 4(2): 161-166.
- Axt-Adam P, van der Wouden JC, van der Does E. Influencing behavior of physicians ordering laboratory test: a literature study. Med Care 1993; 31:784-794.
- Lawrence M. Medical audit in primary health care. Oxford: Oxford University Press; 1993.
- MacPherson D. Medical audit: a view from the centre. In: Frostick S, Ratford PJ, Wallace A eds. Medical audit rationale and practicalities. Cambridge: Cambridge University Press; 1993. p. 26-36.
- Llanos-Zavalaga F. Auditoría médica en el primer nivel de atención. Rev Med Hered 2000; 11:107-12.

Recibido: 06/02/06

Aceptado para publicación: 20/07/06