

# Guía Modelo para Auditoría de Historias Clínicas en el Área de la Salud



**MAWIL**

Publicaciones Impresas  
y Digitales

**Datos de Catalogación**

**Autores:** Tulio Xavier Camacho Chávez, Mariela Cumanda Balseca Ibarra

**Título:** Guía Modelo para Auditoría de Historias Clínicas en el Área de la Salud

**Descriptor:** Medicina, Salud, Teoría, Práctica.

**Edición:** 1<sup>era</sup>

**ISBN:** 978-9942-8663-1-8

**Editorial:** Mawil Publicaciones de Ecuador, 2017

**Área:** Educación Superior

**Formato:** 21 x 29 cm

**Páginas:** 20

*Texto para estudiante de Medicina en el Área de la Salud*

El proyecto didáctico *Guía Modelo para Auditoría de Historias Clínicas en el Área de la Salud* es una obra colectiva creada por sus autores y publicada por MAWIL; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

*© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.*



# Colaboradores:

Integrantes Comité de Historias clínicas de la ex área de salud. N° 6 La Libertad. Quito. Pichincha Ecuador. Periodos 2011-2012-2013

Director del Área de Salud #6 La Libertad:

Dr. Homero Endara

Área médica:

Dra. Sofía Enríquez

Dr. Fabián Inca

Dr. Vladimir Romero

Dr. Fabián Pazmiño

Área Odontológica:

Dra. Guillermina Viteri

Área de Psicología:

Dr. Vladimir Salguero

Área de Enfermería:

Lcda. Angélica Fierro

Área de Farmacia:

Dra. Grace Sarmiento

Área Estadística:

Lcda. Nelly Vizcaíno

Área de Informática:

Ing. Washington Ganchala

Área de Trabajo social:

Lcda. Miriam Villacis

Secretaria de comité de Historias clínicas:

Sra. Aux. De Odontología: Alexandra Elizabeth Mancero Herrera

# Prólogo

*“El amor, el trabajo y el conocimiento son la fuente de la vida, también deberían gobernarla”*

*Wilhelm Reich*

El ejercicio de las profesiones de la salud, necesita consideraciones especiales, de parte de los profesionales que las ejercen, como de los pacientes que reciben sus servicios traducidos en atención humanitaria, destinada a la prevención, atención, contención y tratamiento de vidas humanas. Esa, es la esencia de ser profesionales, motores activos de cualquier centro de salud, ya que independientemente de que sean públicos o privados, la finalidad, como concepción, debería ser la misma, proveer salud bajo el principio supremo atribuido a Hipócrates de “primun non nocere” expresión en latín de lo primero es no hacer daño, como máximo principio del creador del Juramento Hipocrático, que es precepto enseñado a los médicos y a otros profesionales de la salud universalmente, desde que estudian la carrera universitaria, para inculcar desde muy temprano, que los actos médicos deben ser analizados y jerarquizados para evitar o minimizar siempre, reacciones indeseables al paciente.

Es así, como la bioética y la deontología de quienes están en el ejercicio de la salud, se diferencian de las demás áreas profesionales, porque su razón de ser, su medio y objetivo son los seres vivos, es la vida. De tal modo, que ver materializado un esfuerzo, una iniciativa, una motivación como el trabajo de gerencia médica, que estimados colegas presentan a continuación: Guía Modelo para Auditoria de Historias Clínicas en el Área de la Salud, es motivo de satisfacción, que contribuye al avance, a la organización y a la conducción de todo un esqueleto matriz de soporte de la planificación y dirección de sistemas sanitarios eficaces, con una idea clara de unificación de criterios para ambas estructuras, pública y privada, cuya diferencia jamás debe ser su finalidad, pese a su diferencia originaria, la pública que nace de la necesidad y de la justicia, del derecho a la vida, con preservación de la salud que tiene cada ser humano; y la privada que nace de la mercantilización de la salud en un mundo concebido capitalista. Por eso, de manera asertiva, éste estudio de investigación plantea sin distinción alguna, la aplicación de medidas, normativas y protocolos donde hacen hincapié en el fortalecimiento de la relación profesional de la salud / paciente, promoviendo herramientas para el control y la capacitación de todos los recursos humanos, materiales y métodos, que intervienen, son garantes, responsables, ejecutores de la atención en salud, promoviendo valores médico legales y asistenciales del proceso sanitario, que requieren, obviamente rigurosidad de la auditoría de las historias clínicas, que son el instrumento básico de recolección de datos de cualquier institución de salud, que en definitiva es fundamental para contribuir con el desenvolvimiento y desarrollo de la atención sanitaria con mayores márgenes de excelencia en todo el contexto hospitalario.

Considero oportuno, siempre, felicitar a todo aquel profesional que se anima a investigar, que se motiva y lleva a la práctica una investigación, pues, con ella está haciendo ciencia, llevando a la práctica, generando, evolucionando y creando aportes que potencialmente son portadores de beneficios en el campo de la salud. Haciendo, oportuna la invitación al lector, de éste interesante material, cuyo mérito es la sencilla inquietud por aspectos de la gerencia en salud.

Dra. Eva Herrera De Alvarado

## Consejo Editorial

*Dra Eva Herrera*

*Dr Jose Colón*

*Dra Amaya Núñez*

*Dr Jesús Puerta*



# Introducción

Las profesiones sanitarias en el sector público como en el privado, están basadas en la relación profesional salubrista-paciente, de la que se provienen derechos y deberes recíprocos. El Profesional de la salud, para prestar una buena y adecuada asistencia tiene que respetar los derechos del paciente y cumplir con todos sus deberes, como la aplicación de normas y protocolos, estándares de calidad en el adecuado llenado de la Historia Clínica. Propiciándose una auditoría preventiva interna.

Además, dentro del ámbito médico legal y deontológico que cumplen las profesiones de la salud, la auditoría a los protocolos del llenado de la historia clínica, estándares e indicadores de calidad de atención, adquiere su máxima dimensión ya que es un documento donde se refleja no solo la práctica odontológica, psicológica, enfermería, trabajo social, médica, etc. Sino también el cumplimiento de los deberes del personal de la salud respecto al paciente, el buen uso de los biomateriales y medicamentos en general, convirtiéndose en la prueba documental que evalúa el nivel de calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad de los profesionales de la salud en general.

Todo lo expuesto, hizo prioritario el diseño y la ejecución de un modelo guía de auditoría a la historia clínica con el propósito de fortalecer los componentes asistenciales, éticos y médico-legales, siendo necesaria la creación de instrumentos de control y capacitación al personal, lo que contribuirá a mejorar el proceso de auditoría preventiva en cada institución, sea pública o privada.

# Objetivo

Fortalecer la calidad de registro de la información en la atención médica y odontológica, mediante la aplicación de un formulario modelo guía de auditoría preventiva al cumplimiento de las normas y protocolos, en llenado de la historia clínica.

# Marco Conceptual

## Definiciones

**AUDITORIA.** “La auditoría es un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otros acontecimientos relacionados. El fin del proceso consiste en determinar el grado de correspondencia del contenido informativo con las evidencias que dieron origen, así como, determinar si dichos informes se han elaborado observando principios establecidos para el caso (Roldan Zuluaga. M).

**AUDITORIA MEDICO - ODONTOLÓGICA.** Es la evaluación retrospectiva y sistemática de la atención médica en general y odontológica, por medio de los análisis de los registros clínicos. No exime al personal del consultorio de la labor diaria de supervisar, educar y ayudar a sus miembros a proporcionar una buena atención profesional, así como controlar la calidad de la atención en el momento que se proporciona.

**HISTORIA CLÍNICA.** “Es el registro escrito y organizado de las actividades desarrolladas durante el proceso de atención brindada por enfermedad, fomento de salud a una persona, sus alteraciones y evolución de los tratamientos recibidos dentro de una unidad clínica a través de todo su ciclo vital” (OPS).

“Es un documento debidamente identificado en el que se registra la información concerniente a la salud de un paciente, sus alteraciones y evolución a través de toda su vida, cuyo propósito primordial es de servir como medio eficiente para la comunicación entre el médico tratante y los demás profesionales que intervienen en dicha atención” (OPS).

“Es un documento confidencial, obligatorio de carácter técnico, legal compuesto por un conjunto de formularios básicos y de especialidad, que el personal de salud utiliza para registrar en forma sistemática los datos obtenidos de las atenciones, diagnóstico, tratamiento, evolución, resultados de salud y enfermedad durante todo el ciclo vital del usuario” (MSP).

**HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA.** “La historia clínica de odontología para atención ambulatoria según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, es el instrumento técnico, legal que permite al profesional mantener registro

secuencial y organizado de la atención brindada por enfermedad, fomento de salud a una persona, sus alteraciones y evolución de los tratamientos recibidos en el servicio odontológico en todo su ciclo de vida. Su objetivo es mantener un registro secuencial y cronológico de los datos recopilados del diagnóstico, tratamiento, evolución del progreso y/o variaciones del tratamiento, de las prescripciones efectuadas por el profesional odontólogo de acuerdo a las normas y protocolos de atención” (MSP).

**PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.** Protocolo clínico es una secuencia ordenada de la conducta que se aplica al paciente con objeto de mejorar su estado de salud, es el conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos utilizables ante un determinado cuadro clínico o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud.

**COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS.** Conjunto de representantes seleccionados del equipo de salud de un establecimiento, encargado del análisis de la información y de la verificación del cumplimiento de las normas administrativas de la Historia Clínica Única.

**COMITÉ DE AUDITORIA.** Es el encargado de realizar auditorías de modo sistemático, regular, continuo de las historias clínicas de los servicios y de otros de interés para una institución de salud.

**CIE-10.** Conjunto de códigos correspondientes a las entidades nosológicas o enfermedades incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10.

# Marco Legal

## Reglamento de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

• **Art. 76.-** De la clasificación internacional de enfermedades. La aplicación y uso de la clasificación internacional de enfermedades será obligatorio en todos los niveles y entidades del Sistema Nacional de Salud.

• **Art. 77.-** De la Historia clínica única. El Ministerio de Salud Pública en su calidad de autoridad sanitaria, revisará y actualizará los formularios básicos y de especialidades de la Historia clínica única para la atención de los usuarios, los mismos que serán posteriormente concertados y difundidos por el consejo Nacional de Salud, en todas las instituciones prestadoras de la Salud del Sector público, semipúblico y privado.

• **Art. 78.-** Obligatoriedad de uso de la Historia Clínica única. El uso y aplicación de la historia clínica única serán

obligatorios en las Instituciones de salud que integran el Sistema de Salud.

La auditoría de servicios. Corresponde a la evaluación de la estructura, el proceso y los resultados alcanzados por el MAIS-FCI, toma en cuenta los siguientes componentes:

- 1. Estructura. Dispone la evaluación de los recursos humanos, físicos, instrumentales, insumos, suministros y medicamentos disponibles para ejecutar el MAIS-FCI.
- 2. Gestión. Ordena la evaluación de las herramientas y los procedimientos de gestión que forman parte del MAIS-FCI.
- 3. Resultados. Evalúa el cumplimiento de los acuerdos de gestión, las metas e indicadores de las políticas nacionales y locales de salud definidas.

# Consideraciones Generales para Iniciar Auditoría de la Historia Clínica

Luego de tener claro los conceptos básicos que todo profesional de la salud debe dominar, previo a dar inicio a un proceso de auditoría a la historia clínica, es importante saber si lo que va a realizar es de carácter preventivo o sancionador. En cualquiera de los dos casos es importante realizar una reunión técnica de trabajo, con el responsable de la unidad de salud y el personal de la salud involucrado, donde se debe levantar un acta de trabajo y exponer el plan de acción (planificación, ejecución y entrega de informe final). De tal forma, que tengan todos claro de qué tipo de auditoría se trata y evitar el nerviosismo que esto genera en los involucrados para contar con su colaboración.

Una auditoría preventiva, es un proceso continuo que puede ser llevado por personal de la misma institución, delegado por el comité de historias clínicas. Debería estar integrado por los profesionales de la salud con más experticia y conocimientos académicos en el área de la salud a intervenir.

Una auditoría sancionadora, será preferible que sea llevada a cabo por un personal ajeno a la institución. Lógicamente, con formación académica y conocimientos en el área de la salud a intervenir.

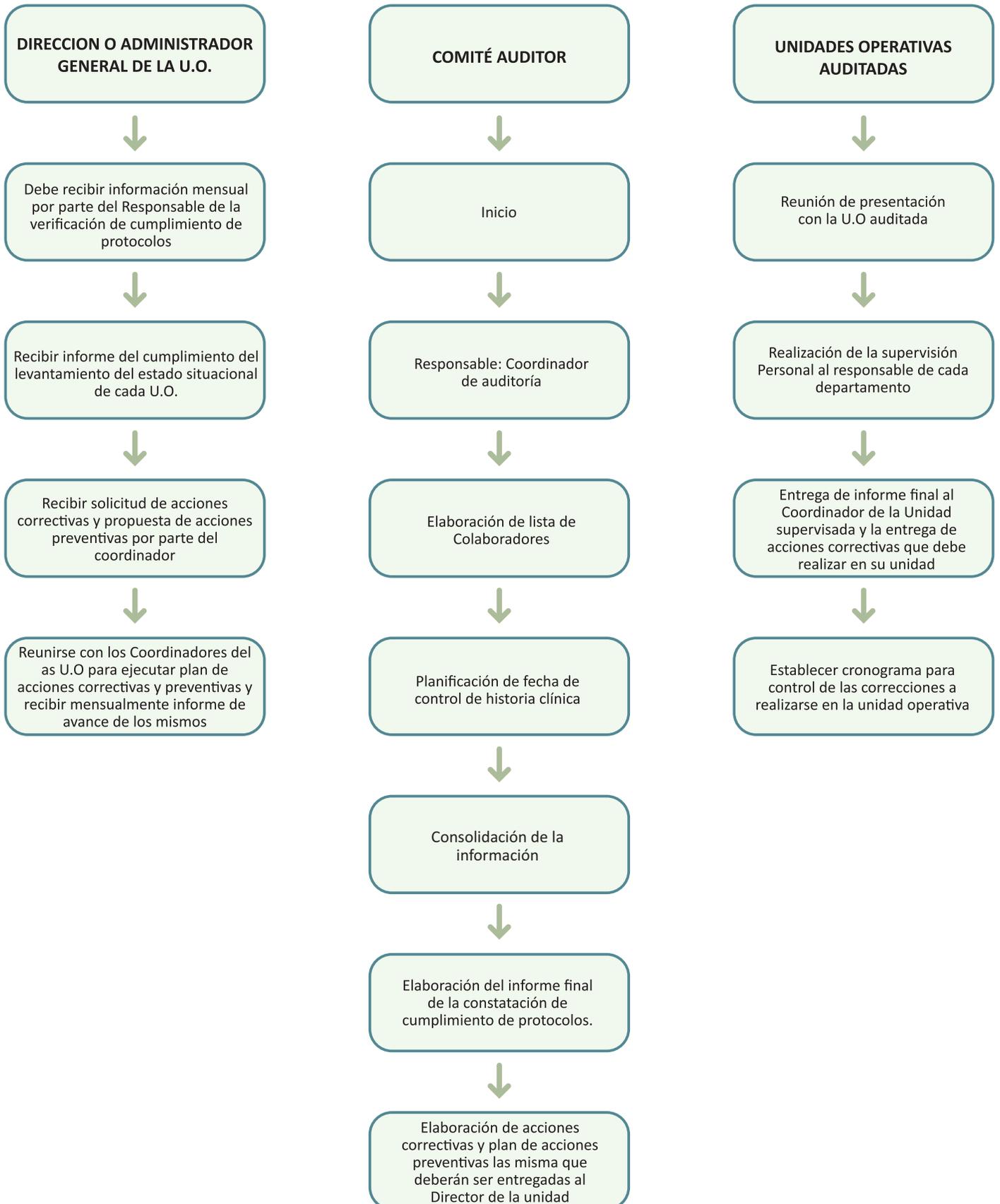
Usted puede hacer la auditoría a todas las historias clínicas o seleccionar un número representativo al azar de historias evaluadas.

Luego, de llevado a cabo el proceso de auditoría por el equipo auditor, se debe entregar un informe final al director o administrador de la unidad de salud, con las recomendaciones y fechas de verificación del cumplimiento de las mismas. El cual deberá notificar al personal correspondiente para que se tomen los correctivos pertinentes.



Recomienda, seguir el siguiente flujograma, para llevar a cabo dicha auditoría:

**Flujograma.** Para la aplicación de auditoría en los servicios de salud





El modelo de ficha que se recomienda para la recolección de la información de las historias clínicas es el que se detalla a continuación. El mismo que fue validado por distintos profesionales de la salud que integraron el comité de historias clínicas de la ex área de salud. (La Libertad. Quito. Ecuador).

Se marcará con una “X” en el casillero correspondiente SI (X), si cumple con el ítem propuesto con una (X) en el NO, si este no lo cumple. Si por alguna razón ese ítem NO APLICA, se marca la (X) y no se tomará en cuenta ese ítem para el resultado final. En el casillero de observaciones hay que especificar qué faltó o que no se llenó adecuadamente.

Aquí, interesa si la historia está bien llena en un 100%, si no, hay que hacer las recomendaciones para llegar al 100%. No debemos fallar en el llenado de la historia clínica en cada U.O. (Unidad Operativa).



# Ficha Para Auditoría de Historia Clínica

Auditoría Clínica Nº.....

Fecha de Revisión:                      AÑO.....                      MES.....                      DÍA.....

Evaluadores: .....                      Interno.....                      Externo....

Unidad de Salud:.....

Paciente: H. C. Nº.....

Profesional Evaluado o U.O:.....

Consulta Externa.....                      Emergencia.....

-----

## Calidad de Registro, Acceso y Archivo

ITEMS	Indicadores	Si	No	No Aplica	Observaciones
1	LA HISTORIA CLÍNICA ESTA EN UN LUGAR ACCESIBLE PARA TODO EL PERSONAL				
2	LAS HISTORIAS CLÍNICAS SON ARCHIVADAS DE ACUERDO A NORMAS ESTABLECIDAS POR EL MSP				
3	SE DISPONE DE TODOS LOS FORMULARIOS PARA ABRIR UNA HISTORIA CLÍNICA				
4	EXISTE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS PASIVAS				
5	LA PORTADA EXTERIOR DE LA HISTORIA CLÍNICA ESTA CON NOMBRE Y NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (alertas)				
6	EXISTE REGISTRO CRONOLÓGICO DE NOTAS DE EVOLUCIÓN Y NOTAS DE ATENCIONES SUBSECUENTES				
7	SE REGISTRA FIRMA O INICIALES DE LA PERSONA QUE APERTURA LA HISTORIA CLÍNICA				
8	SE LLEVA UN REGISTRO DE REFERENCIAS , CONTRAREFERENCIAS, INTERCONSULTAS EN LA HISTORIA DE LOS PACIENTES REFERIDOS				
9	SE REGISTRA FECHA HORA DE LA ATENCIÓN Y NOMBRE DEL PACIENTE EN TODAS LAS HOJAS				
10	EXISTE EN CADA UNIDAD LAS NORMAS DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA Y LOS PROTOCOLOS O GUÍAS DE ATENCIÓN				
11	EXISTE COHERENCIA ENTRE LOS DATOS DE LA PORTADA EXTERIOR DE LA HISTORIA CLÍNICA CON LA FICHAS ÍNDICE DE LA S UNIDADES				

## Integralidad

12	MOTIVO DE CONSULTA				
13	ANTECEDENTES PERSONALES				
14	ANTECEDENTES FAMILIARES				
15	ENFERMEDAD ACTUAL				
16	REVISIÓN ACTUAL DE SISTEMAS A QUIEN CORRESPONDA				
17	EXAMEN FÍSICO REGIONAL				
18	DIAGNÓSTICO SEGÚN C.I.E 10				
19	REGISTRA PLANES DE TRATAMIENTO				
20	SOLICITUD DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS				
21	SE DA SEGUIMIENTO A LA EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA				

## Pertinencia y Variables

22	LAS ATENCIONES DE EMERGENCIA Y URGENCIA SE REGISTRAN EN LAS HOJAS O FORMULARIOS CORRESPONDIENTES Y SE CUMPLE CON LOS PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS. SEGÚN CORRESPONDE				
23	SE REGISTRA FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE BRINDÓ LA ATENCIÓN (CONSENTIMIENTO INFORMADO)				
24	USO DE LETRA CLARA Y LEGIBLE				
25	LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS ESTÁN CON EL NOMBRE GENÉRICO, LA CONCENTRACIÓN, SEÑALAN LAS DOSIS, FRECUENCIA Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO EN LA HOJA DE EVOLUCIÓN				
26	SE HAN ACTUALIZADO LOS DATOS DE ANAMNESIS CADA AÑO				
27	SE LLEVA CORRECTAMENTE EL ODONTOGRAMA O REGISTRO ADECUADO (PARA ODONTÓLOGOS)				
28	LAS ATENCIONES CUMPLEN CON LOS PROTOCOLOS GENERALES Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS, CONCORDANTES ENTRE DIAGNÓSTICO CIE10 Y TRATAMIENTO				

NO(X), respectivamente. Con NO APLICA(X) en el caso de sistema informatizado.

**6.- EXISTE REGISTRO CRONOLÓGICO DE NOTAS DE EVOLUCIÓN Y NOTAS DE ATENCIONES SUBSECUENTES.** En este caso, se observará si en la hoja de ingreso se registra atención primaria y las atenciones subsecuentes con un SÍ(X) o con un NO(X), respectivamente. Con NO APLICA(X) en el caso de sistemas informatizados.

**7.- SE REGISTRA FIRMA O INICIALES DEL PERSONAL QUE APERTURA LA HISTORIA CLÍNICA.** En este caso, se observará si en la hoja de ingreso se registra la firma o las iniciales de la persona que apertura la HC (historia clínica) con un SI(X) o con un NO(X), respectivamente. Con NO APLICA(X) en el caso de sistemas informatizados.

**8.- SE LLEVA UN REGISTRO DE REFERENCIAS, CONTRAREFERENCIAS, INTERCONSULTAS EN LA HISTORIA DE LOS PACIENTES REFERIDOS.** Esto se aplicará únicamente en el caso donde el paciente que fue atendido por el profesional de la salud haya sido referido a una unidad de más complejidad, de ser así, debe constar en la historia clínica del paciente una copia de la hoja de referencia, valorándola con un SI(X) o con un NO(X), respectivamente. Con un NO APLICA(X) en el caso de que el paciente no ha sido referido.

## Integridad

La integralidad hace referencia a la información completa sobre las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad del usuario.

**12.- MOTIVO DE CONSULTA.** En este caso, se valorará, que se encuentre anotado la causa en versión del informante (palabras textuales del paciente entre comillas), valorándolo con un SI o con un NO, respectivamente.

**13.- ANTECEDENTES PERSONALES.** Debe estar detallado según haya manifestado el paciente, para la valoración se utilizará un SI o un NO. NO APLICA, si el paciente no manifiesta ningún antecedente personal.

**14.- ANTECEDENTES FAMILIARES.** Debe estar marcado según haya manifestado el paciente, para la valoración se utilizará un SI o un NO. NO APLICA si el paciente no manifiesta ningún antecedente familiar.

**15.- ENFERMEDAD ACTUAL.** Se va a observar los síntomas en el orden secuencial descritos en el motivo de la consulta. Se valorará con un SI o con un NO, si se encuentran registrados.

**9.- SE REGISTRA FECHA HORA DE LA ATENCIÓN Y NOMBRE DEL PACIENTE EN TODAS LAS HOJAS.** En este caso se valora si en los formularios y en la hoja de evolución el profesional de la salud ha registrado la fecha, hora de atención y nombre del paciente.

**10.- EXISTE EN CADA UNIDAD LAS NORMAS DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA.** En este caso, se procederá a constatar si el profesional de la salud tiene, ya sea en medio físico o magnético a su alcance el manual del llenado de la historia clínica, con un SI o con un NO, respectivamente.

**11.- EXISTE COHERENCIA ENTRE LOS DATOS DE LA PORTADA EXTERIOR DE LA HISTORIA CLÍNICA CON LAS FICHAS ÍNDICE DE LAS UNIDADES.** En este caso, se va a valorar si los datos que constan en la portada de la historia clínica única son idénticos a las fichas índice, valorando con un SI o con un NO, respectivamente.

**16.- REVISIÓN ACTUAL DE SISTEMAS A QUIEN CORRESPONDA.** Se observará si está marcada alguna patología diagnosticada, valorándola con un SI o con un NO, según corresponda.

**17.- EXAMEN FÍSICO REGIONAL.** Se observará si está alguna patología diagnosticada, valorándola con un SI o con un NO, según corresponda.

**18.- DIAGNÓSTICO SEGÚN C.I.E 10.** El diagnóstico debe estar registrado con el código del C.I.E 10, ejemplo: caries K02, se valorará con un SI o con un NO si es que el profesional ha registrado la codificación C.I.E 10.

**19.- REGISTRA PLANES DE TRATAMIENTO.** Aquí, se observará si el profesional de la salud ha registrado un plan de tratamiento y valoraremos con un SI o con un NO, según corresponda.

**20.- SOLICITUD DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.** Aquí, se valorará si el profesional ha realizado pedidos de exámenes complementarios relacionados con la patología del diagnóstico, cuidando que haya relación entre los dos y valoraremos con un SI o con un NO, según corresponda, un NO

## Indicadores de Evaluación Aux. Odontología

29	REGISTRÓ COMPLETO DE SIGNOS VITALES DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD EN TODOS LOS FORMULARIOS				
30	REGISTRÓ COMPLETO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD EN LOS FORMULARIOS QUE CORRESPONDA				
31	REGISTRA ACTIVIDADES DE POST CONSULTA				
TOTAL	SUMATORIA				
TOTAL	PORCENTAJE %				

FIRMA DE EVALUADOR(ES): .....

C.I.: .....

NOMBRE: .....

## Descripción del llenado

Marcamos con una (X) en el SÍ, en el NO o en el NO APLICA, según corresponda.

## Calidad de Registro, Acceso y Archivo

En esta parte de la ficha haremos énfasis en el llenado completo con claridad, legibilidad y estética (evitando siglas o símbolos no autorizados). El acceso a la historia clínica estará permitido al profesional responsable, a las autoridades judiciales y sanitarias, de acuerdo a la ley. La historia clínica, debe conservarse por un periodo mínimo de 15 años contados a partir de la fecha de la última atención: 5 años en archivo activo y 10 años en archivo pasivo. La custodia de la historia clínica será responsabilidad del establecimiento que genera la atención.

Es responsabilidad de la unidad operativa proveer de todos los formularios para abrir una historia clínica única.

**1.- LA HISTORIA CLÍNICA ESTÁ EN UN LUGAR ACCESIBLE PARA TODO EL PERSONAL.** En este caso, se va a valorar con un SÍ(X) o con un NO (X) si la historia clínica se encuentra en un lugar accesible. Y con un NO APLICA (X), en el caso de que se utilicen medios magnéticos.

**2.- LAS HISTORIAS CLÍNICAS SON ARCHIVADAS DE ACUERDO A NORMAS ESTABLECIDAS POR EL MSP.** En este caso se va a valorar con un SÍ(X) o con un NO (X), si el lugar donde se encuentran archivadas está acorde con las normas del MSP. Y con un NO APLICA(X), en el caso de que estas ya se encuentren informatizadas.

**3.- SE DISPONE DE LOS FORMULARIOS PARA ABRIR UNA HISTORIA CLÍNICA.** En este caso se tomará en cuenta, si en el departamento de estadística está a la disposición el

formulario de cada especialidad, validando con un SÍ(X) o con un NO(X) respectivamente y con un NO APLICA(X) en el caso de que esta se encuentre informatizada.

**4.- EXISTE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS PASIVAS.** Se procederá a constatar si es que se lleva un registro de historia clínica pasiva, valorando con un SÍ(X) o con un no, respectivamente, con un NO APLICA(X) en el caso de que exista un sistema informatizado.

**5.- LA PORTADA EXTERIOR DE LA HISTORIA CLÍNICA ESTÁ CON NOMBRE Y NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA** (alertas). En este caso, se tomará en cuenta si la historia clínica se encuentra bien rotulada con el nombre del paciente, su número de historia clínica y señales de alerta para identificar pacientes alérgicos o con enfermedades crónicas, valorando con un SÍ(X) o con un



APLICA si no ha sido necesario exámenes complementarios.

presentadas en el paciente, valoramos y marcamos con una (X) en el SI, en el NO o en el NO APLICA, según corresponda.

### 21.- SE DA SEGUIMIENTO A LA EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA.

En este caso se observará si hay seguimiento de las patologías

## Calidad de Registro de Enfermería (auxiliares de Enfermería y Odontología)

En esta parte de la ficha de auditoría clínica se va a valorar lo que corresponde al llenado de la enfermera, auxiliar de enfermería y auxiliar de odontología o en caso de no existir lo hará el departamento de enfermería, en lo que corresponde a signos vitales.

**31.- REGISTRO COMPLETO DE SIGNOS VITALES.** De acuerdo a grupo de edad en todos los formulario. En este caso, se observará si se encuentran completamente registrados los signos vitales, valorando con un SI o con un NO, según corresponda.

**32.- REGISTRO COMPLETO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS.** De acuerdo a grupo de edad en todos formularios. En este ítem

deben estar registrados los signos vitales, muy necesarios, tienen particular importancia cuando el profesional de la salud atiende a niños y necesita indicar medicación, razón por la cual, tiene que evaluar con mucho énfasis el registro correcto del peso y la talla, valoraremos con un SI o con un NO, según corresponda, con un NO APLICA, en caso de que no haya sido necesario enviar medicación.

**33.- REGISTRO DE ACTIVIDADES DE POSTCONSULTA.** En caso de medicación, Se observará, si el profesional registra en el formulario o en la hoja de evolución indicaciones de post consulta cuando haya enviado medicación y valoraremos con un SI o con un NO, según corresponda, con un NO APLICA en caso de que no se haya enviado medicación.

## Pertinencia Y Variables

En estos ítems se va a valorar la aplicación de criterios de racionalidad científica en el registro de los datos, de conformidad con las normas y protocolos de atención.

**22.- REGISTRO DE LAS ATENCIONES DE EMERGENCIA Y URGENCIAS.** En las hojas 002, 008, 033 (odontológicos) y se cumple con protocolos terapéuticos formulario 008. En este caso, únicamente se valorará en los pacientes que hayan sido atendidos de emergencia, en el caso de no haber, se registrará con un NO APLICA.

**23.- FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL.** Se hace el registro de quien brinda la atención, en este caso, se valorará si el profesional ha registrado su firma y sello al final de cada atención, valorando con un SI o con un NO, respectivamente.

**24.- USO DE LETRA LEGIBLE Y CLARA.** En este caso, se valorará la calidad del registro de la historia clínica en base a la observación y legibilidad de la letra usada por el profesional. En el caso de que sea legible contestamos con un SI, si no lo es con un NO y el NO APLICA para sistemas informatizados pero tomando en cuenta que en el sistema informático estén correctamente escritas las palabras.

**25.- LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS.** Están con el nombre genérico, la concentración, señalan las dosis, frecuencia y duración del tratamiento en la hoja de evolución. En este caso se observara si el profesional de la salud registra correctamente la medicación enviada al paciente, con todas las indicaciones del caso, como es dosis, duración y frecuencia procediendo a valorar con un SI o con un NO, según corresponda.

**26.- SE HAN ACTUALIZADO LOS DATOS DE ANAMNESIS CADA AÑO.** Los datos de la anamnesis tienen una duración de un año calendario, cuando el paciente regrese después de un año, se volverá a actualizar los datos, marcamos con una (X) en el SI, en el NO o en el NO APLICA, según corresponda.

**27.- SE LLENA EL ODONTOGRAMA (PARA ODONTÓLOGOS).** Una vez registrado el odontograma, no podrá ser alterado. Por lo tanto, se utilizará para el registro, el color azul para los tratamientos realizados previamente realizados y el color rojo, para la patología actual, empleando la simbología autorizada. Marcamos con una (X) en el SI, en el NO o en el NO APLICA, según corresponda.



**28.- EN PSICOLOGÍA.** En ese caso se lleva el registro en la historia clínica única. (Solo psicólogos). En el caso de psicología utilizan los mismos formularios de registro que el médico, se verifica el cumplimiento del protocolo de llenado, Marcamos con una (X) en el SI, en el NO o en el NO APLICA, según corresponda.

**29.- EN CASO DE TRABAJO SOCIAL.** Se registra en el formulario correspondiente, en este caso, se verifica que el formulario de trabajo social este correctamente llenado sin que estén datos

incompletos según el protocolo. Marcamos con una (X) en el Sí, en el NO o en el NO APLICA, según corresponda.

**30.- LAS ATENCIONES.** Cumplen con los protocolos generales y exámenes complementarios, concordancia entre diagnóstico CIE 10 y tratamiento. En este caso, se observa si el profesional respeta los protocolos de tratamiento, manejo terapéutico y norma de prescribir medicamentos. Marcamos con una (X) en el SI, en el NO o en el NO APLICA, según corresponda.

## Calidad e Registro de Enfermería (Auxiliares de Enfermería y Odontología)

En esta parte de la ficha de auditoría clínica se va a valorar lo que corresponde al llenado de la enfermera, auxiliar de enfermería y auxiliar de odontología o en caso de no existir lo hará el departamento de enfermería, en lo que corresponde a signos vitales.

**31.- REGISTRO COMPLETO DE SIGNOS VITALES.** De acuerdo a grupo de edad en todos los formulario. En este caso, se observará si se encuentran completamente registrados los signos vitales, valorando con un SI o con un NO, según corresponda.

**32.- REGISTRO COMPLETO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS.** De acuerdo a grupo de edad en todos formularios. En este ítem deben estar registrados los signos vitales, muy necesarios, tienen particular importancia cuando el profesional de la salud atiende a niños y necesita indicar medicación, razón por la cual,

tiene que evaluar con mucho énfasis el registro correcto del peso y la talla, valoraremos con un SI o con un NO, según corresponda, con un NO APLICA, en caso de que no haya sido necesario enviar medicación.

**33.- REGISTRO DE ACTIVIDADES DE POSTCONSULTA.** En caso de medicación, Se observará, si el profesional registra en el formulario o en la hoja de evolución indicaciones de post consulta cuando haya enviado medicación y valoraremos con un SI o con un NO, según corresponda, con un NO APLICA en caso de que no se haya enviado medicación.

## Análisis e Interpretación de Resultados

La sumatoria se realizará por columna, de manera vertical y el total se multiplica por 100 y se divide para el total de ítems (33 en este caso) y se obtiene el % de cumplimiento efectivo en el llenado de la historia clínica excluyendo obviamente a los ítems donde el resultado sea, no aplica. Ejemplo:

Ítems 33	Si	No	No Aplica	Observacioned
sumatoria	20	13		
%	60.6%	39.%		

El resultado, es que hay un 60.6 % de efectividad en el llenado de la historia clínica. Teniendo que, mejorará en los ítems en que la respuesta fue negativa. Para lo cual, es importante registrar en el cuadro de observaciones el detalle, en la pregunta que hay que mejorar y eso hacer constar en el informe final, en los compromisos para mejorar.

Otro Ejemplo:



Ítems 33	Si	No	No Aplica	Observacioned
sumatoria	30	0	3	
%	100%	0%		

En este caso, cumple al 100% por que no se toman en cuenta los tres ítems que, no aplica, por no ser de su pertinencia.

También, podemos tener que de 10 historias clínicas auditadas de un profesional, 8 cumplieron en un 100% y 2 en un 90%, se dará las recomendaciones para que ese 90% suba al 100%, lo que se hará constar en el informe final.

## Glosario

**Auditoría de historias clínicas.** Es aquella cuyo objeto de estudio es la evaluación de la calidad del registro de la información consignada en las historias clínicas y sus resultados.

**Archivo Activo.** Almacenamiento de las historias clínicas de los usuarios que han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

**Archivo Pasivo.** Almacenamiento de las historias clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador (proveedor), transcurridos 5 años desde la última atención.

**Calidad del registro.** Llenado completo con claridad, legibilidad y estética, (evitando siglas o símbolos no autorizados), que incluya fecha y hora de atención, nombre y firma del responsable.

**Diagnóstico y resolución de casos clínicos.** Abarca el uso correcto de la historia clínica, un examen físico apropiado y minucioso: elaboración de la lista de problemas, planes diagnóstico (incluye el uso racional de métodos auxiliares de diagnóstico).

**Dispensarización.** Es el proceso organizado, continuo y dinámico de evaluación, intervención planificada e integral, con enfoque clínico, epidemiológico, social, del estado de salud de los individuos y familias. Es un proceso coordinado liderado por el equipo de salud.

**Equipo de Salud.** Grupo interdisciplinario de recursos humanos de la salud que realiza actividades coordinadas de atención al usuario.

**Integralidad.** Información completa sobre las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad del usuario.

**Manejo Integral.** Incluye los planes terapéuticos (medidas farmacológicas y no farmacológicas como dieta, ejercicio, etc.). Planes educativos, estrategias de promoción y prevención tanto individuales como comunitarias.

**Odontograma.** Registro de los resultados de la exploración odontológica, la apreciación diagnóstica de los tejidos duros y blandos de la dentición temporal y luego la definitiva, utilizando los símbolos correspondientes.

**Pertinencia.** Aplicación de criterios de racionalidad científica en el registro de los datos, de conformidad con los protocolos de atención y las guías de práctica clínica.

**Postconsulta.** Conjunto de actividades de enfermería realizadas después de la consulta.

**Preconsulta.** Conjunto de actividades de enfermería realizadas antes de la consulta.

**Prevención.** En relación a la salud, se concibe tradicionalmente en tres niveles. La prevención primaria combate la enfermedad antes de que esta se presente, la prevención secundaria, una vez que la enfermedad ya apareció y la prevención terciaria, cuando la enfermedad ya siguió su curso.

**Relación médico – paciente.** Es la relación interpersonal que sirve de base a la gestión de la salud, que implica connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional. Se basa en el establecimiento de vínculos de confianza y seguridad.

## Bibliografía

- AYALA E, (2009) *Protocolos de atención de salud bucal.8* (1ra ed.).Ed. M.S.P. Quito Ecuador.
- BLANCHARD K, (2011) *Como crear y dirigir organizaciones de alto desempeño*. Ed. Norma S.A. Bogotá Colombia.
- PIEDRA M, BUELE MALDONADO N. (2011) *Guía didáctica Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos Para la Salud Trabajo de Grado*, editorial UTPL Loja – Ecuador.
- BUELE MALDONADO N. (2012) *Guía didáctica Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos Para la Salud Trabajo de Grado I y II*, editorial UTPL Loja – Ecuador.
- PINEDA E. - DE ALBARADO E. (2008) *Metodología de la Investigación, 3ra edición*. Organización Panamericana de la Salud.
- SACOTO F, TERAN C, VELASCO G M. (2006) *Situación de salud en el Ecuador*. Evaluación y perspectivas. Editorial UTPL Loja – Ecuador.
- CHACON H, LOYOLA C. (2011) *Guía didáctica Dirección y Liderazgo en Salud*, editorial UTPL Loja – Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública (2009) *“Manual del Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural”* MAIS-FCI Subsecretaría de extensión de la protección social en salud. (1ra ed.).Ed. M.S.P. Quito Ecuador Está indicando: Pág.37-38.
- Ministerio de Salud Pública (2012) *“Manual del Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural”* MAIS-FCI Subsecretaría de extensión de la protección social en salud. (1ra ed.).Ed. M.S.P. Quito Ecuador Está indicando: Pág. 190 A 198.
- Asamblea Constituyente 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Ciudad Alfaro 2008.
- Bolívar, K. *“Construyamos Salud”. Sistematización de la Experiencia “Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud y Calidad de Vida en Poblaciones Rurales de las Provincias de Pichincha y Esmeraldas”* Corporación Utopía, Quito, 2011, edición.
- Del Bosque S. *Megatendencias de Cambio y Desarrollo en las Proximidades del Siglo XXI: El macro contexto. En Manos a la Salud. México*. CIESS-OPS.1998.
- Ministerio de Salud Pública, *Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural*. Documento original. 2008.
- Ministerio de Salud Pública *“Manual del Modelo de atención integral de salud. Familiar,”* comunitario e intercultural MAIS-FCI. MSP2009.
- Ministerio de Salud Pública *Norma Modelo de Atención Integral en Salud* SEPSS - MSP 2010.
- Ministerio de Salud Pública – PASSE, *Construyamos el Hábitat Familiar Saludable: Guía de implementación de Tecnologías Apropriadadas*, Ecuador, Septiembre de 2008.
- Ministerio de Salud Pública. INEC. OPS. UNFPA. UNIFEM. UNICEF. *Indicadores Básicos de Salud. Ecuador 2006*.
- Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. *Modelo de Atención Integral en salud Familiar, Comunitario e Intercultural. 2008*.
- Ministerio de Salud Pública, *Curso de Epidemiología en Acción. Módulo 3, Diseño de Programas de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades*, Quito 1999.
- Ministerio de Salud de Chile, *Género, equidad y reforma de la salud en Chile*; Parte IV. Modelo de atención y género: Las condiciones socioculturales de la reforma de la salud en Chile .
- Ministerio de Salud de Nicaragua, *Modelo de Atención Integral en Salud*. Managua 2004.
- Ministerio de Salud del Perú, del *Modelo de Atención Integral de Salud*, Lima 2004.
- Ministerio de Salud del Perú, *Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud*, Lima 2004.
- Organización Panamericana de la Salud. *Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud*. 49 consejo directivo 61.a sesión del comité regional Washington DC: 2.009.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. *Renovación de la Atención primaria de salud*. OPM/OMS/ Washington D: C: 2007.
- Organización Panamericana de la Salud *Relatoría del Encuentro sobre Gestión de Calidad*, publicada en la serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 10, OPS-OMS,



octubre 1998, p46.

SENPLADES. *Manual para la Formulación de Políticas Públicas Sectoriales*. Quito 2010.

SENPLADES. *Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013*. Quito 2009.

SENPLADES, *Esquema metodológico para la Revisión de matriz de Competencias y modelos de Gestión*, Subsecretaría de reforma Democrática del estado e Innovación de la gestión Pública, 2009.

Tognoni G. Manual de *Epidemiología Comunitaria*. Esmeraldas: CECOMET; 1998.

Manual de programación local para Unidades Operativas del Área de Salud Serie: *Desarrollo y fortalecimiento de Servicios locales de Salud número 2* 1995.

Ministerio de Salud Pública *“Manual de Organización de las áreas de salud MSP”* junio 2000.

Pinto Maya, G., & Ayala Moreno *“Estándares e Indicadores en Odontología MSP”* Quito 2010.

Roldan Zuluaga. M *“Administración y auditoria odontológica”* Ed. Litocenco. Impreso en Colombia 2002.

# Índice

Colaboradores .....	1
Prólogo .....	2
Introducción .....	3
Objetivo .....	3
Marco conceptual .....	4
Marco Legal .....	5
Ficha Para Auditoría de Historia Clínica .....	8
<b>Calidad de Registro, Acceso y Archivo</b> .....	<b>11</b>
1. La historia clínica está en un lugar accesible para todo el personal	
2. Las historias clínicas son archivadas de acuerdo a normas establecidas por el MSP	
3. Se dispone de los formularios para abrir la historia clínica	
4. Existe registro de historias clínicas pasivas	
5. La portada exterior de la historia clínica está con nombre y número de historia clínica	
6. Existe registro cronológico de notas de evolución y notas de atenciones subsecuentes	
7. Se registra firma o iniciales del personal que apertura la historia clínica	
8. Se lleva un registro de referencias, contrarreferencias, interconsultas en la historia de los pacientes referidos	
9. Se registra fecha, hora de la atención y nombre del paciente en todas las hojas...	
10. Existe en cada unidad las normas de la historia clínica única	
11. Existe coherencia entre los datos de la portada exterior de la historia clínica con las fichas índice de las unidades	
<b>Integralidad</b> .....	<b>12</b>
12. Motivo de consulta	
13. Antecedentes personales	
14. Antecedentes familiares	
15. Enfermedad actual	
16. Revisión actual de sistemas a quien corresponda	
17. Examen físico regional	
18. Diagnostico según CIE	
19. Registra planes de tratamientos	
20. Solicitud de exámenes complementarios	
21. Se da seguimiento a la evolución a la patología	
<b>Pertinencia y Variables</b> .....	<b>13</b>
22. Las atenciones de emergencias y urgencias	
23. Firma y sello del profesional	
24. Uso de letra legible y clara	
25. Los medicamentos prescritos	
26. Se han actualizado los datos de Anamnesis de cada año	
27. Se llena el odontograma (para odontólogos)	
28. En psicología	
29. En caso de trabajo social	
30. Las atenciones	
<b>Calidad de Registro de Enfermería (los Auxiliares de Enfermería y de Odontología).</b> .....	<b>14</b>
31. Registro completo de signos vitales	
32. Registro completo de medida antropométricas	
33. Registra de actividades de postconsulta	
Análisis e Interpretación de resultados .....	
Glosario .....	16
Bibliografía .....	17

# Guía Modelo para Auditoría de Historias Clínicas en el Área de la Salud

*Dr. Tulio Camacho Chávez  
Dra. Mariela Balseca Ibarra*

ISBN: 978-9942-8663-1-8



9 789942 866318

