



**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Programa Académico:**

**AUDITORÍA EN SALUD**

**AUDITORÍA DEL ACTO MÉDICO DE LOS PROFESIONALES DE MEDICINA  
GENERAL COMO HERRAMIENTA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA  
CALIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

**Presentado por:**

**DANIELA GIRALDO GÓMEZ**

**HILDA KRUPSKAYA VILLALOBOS**

**Asesora:**

**Dra. Bibiana Rodríguez Gallo**

**BOGOTÁ**

**Noviembre, 2017**

## Tabla de contenido

<b>Resumen</b> .....	4
<b>Abstract</b> .....	5
<b>Introducción</b> .....	5
<b>1. Contextualización del problema de investigación</b> .....	8
<b>1.1. Descripción del problema</b> .....	8
<b>1.2 Antecedentes del estudio</b> .....	12
<b>1.3 Justificación</b> .....	15
<b>1.4 Objetivos</b> .....	17
<b>1.4.1 Objetivo general</b> .....	17
<b>1.4.2 Objetivos específicos</b> .....	17
<b>1.5 Metodología</b> .....	17
<b>1.5.1. Tipo de investigación</b> .....	17
<b>1.5.2. Método de investigación</b> .....	18
<b>1.5.3. Instrumentos de recolección de información</b> .....	19
<b>1.5.4. Técnicas de análisis</b> .....	19
<b>Capítulo Uno: Aspectos teórico-conceptuales del acto médico y su situación actual en el contexto de la atención primaria en salud.</b> .....	19
<b>1.1 Aspectos implicados en el acto médico</b> .....	20
<b>1.1.1. Evolución histórica del concepto de acto médico</b> .....	20
<b>1.1.2. Características del acto médico</b> .....	24
<b>1.1.3. La ética médica</b> .....	26
<b>1.1.4. Error médico, efectos adversos</b> .....	28
<b>1.1.5. Responsabilidad médica</b> .....	31
<b>1.2 Situación actual del acto médico en el contexto de la atención primaria en salud</b> .....	34
<b>Capítulo Dos: Importancia de la auditoria del acto médico de los profesionales de medicina general en el mejoramiento continuo de la calidad de atención primaria en salud</b> .....	53
<b>2.1 Contextualización de la calidad asistencial en el ámbito mundial</b> .....	53

<b>2.2. Generalidades de la auditoría en salud.....</b>	<b>58</b>
2.2.1. Aproximación histórica .....	58
2.2.2. La auditoría en salud en el contexto colombiano.....	63
<b>2.3. Importancia de la auditoría del acto médico en el mejoramiento continuo de la calidad de atención primaria en salud.....</b>	<b>73</b>
<b>Capítulo Tres: Metodologías e instrumentos existentes para la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general en el contexto de la atención primaria en salud.....</b>	<b>89</b>
3.1 Metodologías de análisis y control de la calidad asistencial.....	90
3.2 Instrumentos de auditoría del acto médico .....	97
3.2.1. La Historia Clínica.....	98
A. Origen y evolución .....	99
B. Conceptualización .....	103
C. La Historia Clínica en Colombia .....	105
D. Elementos que determinan la calidad de la historia clínica .....	108
E. Componentes de la historia clínica .....	111
F. Aspectos metodológicos que intervienen en la auditoría del acto médico basado en historia clínica .....	115
3.2.2. Guías clínicas y protocolos clínicos .....	125
Conclusiones .....	134
Bibliografía .....	142

## Resumen

El objetivo general de esta monografía, se orientó a determinar la importancia de la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general en el mejoramiento continuo de la calidad de atención primaria en salud; el estudio de tipo cualitativo en su modalidad documental, implicó una exhaustiva revisión de literatura (2007-2017), permitiendo mediante el método deductivo, emitir las siguientes conclusiones:

Ante las condiciones adversas a la implementación adecuada de la atención primaria, la auditoría del acto médico constituye una poderosa herramienta de control cuyo carácter educativo, preventivo y reparador del error médico, más que sancionar promueve a partir de deficiencias encontradas, la cultura de autocontrol y mejoramiento continuo de la práctica médica, fomenta la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica, la humanización de la relación médico-paciente, la estandarización y utilización de guías clínicas para orientar adecuadamente los diagnósticos o tratamientos médicos, la formación constante de profesionales idóneos en gestión de procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las comunidades, y la investigación epidemiológica para dar cuenta de la morbi-mortalidad de la población a su cargo.

**PALABRAS CLAVE:** Atención primaria, Auditoría del Acto Médico, Historia clínica, Guía clínica, Métodos e Instrumentos de Auditoría.

## **Abstract**

The overall objective of this monograph oriented to determine the importance of the audit of the medical act of professionals in general medicine in the continuous improvement of the quality of primary health care; the qualitative study in documentary mode, involved an in-depth review of literature (2007-2017), allowing using the deductive method, emit the following conclusions:

Adverse conditions for the adequate implementation of primary health care, the audit of the medical act is a powerful tool of control whose educational, preventive and restorative nature of error doctor, rather than sanctioning, promoted from the shortcomings found, the culture of the self-control and continuous improvement of medical practice, fosters quality in the processing of the case history, the humanization of the doctor-patient relationship, standardization and use of guides clinics to properly guide diagnoses and treatments, as well as the constant formation of suitable professionals to manage processes of health promotion, prevention of disease in communities and epidemiological research for realize the morbidity and mortality of the population in their charge.

**KEY** words: Primary care, audit of the medical Act, clinical history, clinical guidelines, methods and instruments of auditing.

## **Introducción**

Desde la Declaración de Alma Ata en 1978, la atención primaria fue concebida como estrategia y nivel de atención convirtiéndose en una función y núcleo fundamental de los sistemas de salud, en tanto, sería la puerta de entrada de toda la población (individuos, familias, comunidades) a la prestación de servicios básicos de salud con el derecho a recibir una atención de calidad, integral y continua que bajo un enfoque biopsicosocial, incluiría en la práctica profesional de los médicos generales y de familia la educación para el autocuidado, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y control de la enfermedad, con fines de resolver en este nivel la mayor parte de los problemas de salud o lesiones más comunes y evitar la remisión innecesaria de pacientes a otros niveles de mayor complejidad, la congestión de los servicios de urgencias y el uso irracional de los recursos institucionales.

Infortunadamente en Colombia, con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), las compañías aseguradoras denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS) se convirtieron en el eje central del sistema, imponiendo sus propias reglas de juego y a favor de sus intereses particulares; en especial los tiempos de consulta establecidos, las restricciones que tienen los médicos generales para ordenar pruebas diagnósticas o medicamentos y, las políticas institucionales que no respetan su autonomía, han incidido en el desvío de la ética médica hacia los intereses económicos de estas entidades, en la deshumanización de la práctica médica y el deterioro de la relación médico-paciente que, de hecho, se reflejan en el desmejoramiento de la calidad asistencial, el error médico y sus efectos adversos sobre la salud de los apacientes, conllevando a la adopción de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud, con fines de hacer efectivo en el país, el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad.

En este contexto, surge el interés por determinar la importancia de la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general en el mejoramiento continuo de la atención primaria en

salud, implicando para ello el abordaje de otras temáticas que permitan comprender la problemática asociada a la práctica médica y las metodologías e instrumentos de auditoría existentes para garantizar evaluaciones de calidad y la identificación de las estrategias más adecuadas que permitan corregir las deficiencias encontradas en los procesos de auditaje.

El estudio aborda en primera instancia el planteamiento del problema, sus antecedentes, justificación, objetivos y estrategia metodológica, y abarca tres capítulos a saber: en el primero, se describen los aspectos fundamentales implicados en el acto médico, iniciando con la evolución histórica de su concepto, para luego abordar sus características, la ética médica, el error médico, los efectos adversos, la responsabilidad médica y, por último, su situación actual en el contexto de la atención primaria en salud.

En el segundo acápite, se contextualiza brevemente la calidad asistencial en el ámbito mundial, se exponen algunas generalidades de la auditoría en salud tales como; aproximación histórica, conceptualización, lineamientos para su implementación en Colombia y finalmente se determina la importancia de la auditoría del acto médico en el mejoramiento continuo de la calidad de atención primaria en salud.

En el tercer capítulo, se describen las principales metodologías e instrumentos existentes para la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general, haciendo énfasis en los aspectos fundamentales de la Historia Clínica (origen, evolución, conceptualización, elementos que determinan su calidad, componentes, aspectos metodológicos que intervienen en la auditoría basada en HC), y en las Guías o Protocolos clínicos, en tanto estos dos instrumentos constituyen la piedra angular de la auditoría de la calidad de atención médica brindada a los pacientes.

# **LA AUDITORÍA DEL ACTO MÉDICO DE LOS PROFESIONALES DE MEDICINA GENERAL COMO HERRAMIENTA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

## **1. Contextualización del problema de investigación**

### **1.1. Descripción del problema**

El acto médico como conjunto de acciones derivadas de los conocimientos y método científico propios de la medicina, que deben ser aplicados por los médicos autorizados para ejercer dicha profesión con fines de promover la salud y prevenir, diagnosticar, tratar, rehabilitar y paliar la enfermedad, está fundamentado en la relación médico-paciente en tanto, de la capacidad y habilidad del médico para interactuar y establecer diálogo con su paciente, depende la obtención de una información y exploración física de calidad facilitando también su consentimiento informado con miras a garantizar la adecuada toma de decisiones, el éxito del tratamiento terapéutico y el buen registro de todos los datos y procedimientos implicados en el proceso asistencial tales como sus antecedentes de salud, pruebas diagnósticas, tratamientos y logros curativos desde la primera consulta hasta el final de su ciclo de vida; los cuales, en conjunto, constituyen la historia clínica de los pacientes.

Según Manrique y López (2017), la historia clínica como documento de trabajo esencial del trabajo médico, además de dar cuenta de la atención brindada a los usuarios en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud tanto públicas como privadas y en todos los niveles de atención, le permite proporcionar bases sólidas para la investigación, financiación de la



asistencia, docencia o gestión de la calidad y contar con pruebas contundentes para salvar responsabilidades de tipo disciplinario, civil, penal o administrativo en posibles demandas legales por daño letal o mortal derivado de prácticas profesionales asociadas a negligencia, omisión, medicación inadecuada, diagnósticos o tratamientos errados entre muchos otros aspectos.

No obstante, la quejas e interposición de demandas ante los estrados judiciales por parte de los usuarios de servicios de salud, quienes actualmente han demostrado tener mayores conocimientos de sus derechos y mecanismos legales para validarlos, se han incrementado con fuerza en los últimos años, demostrando que en especial la relación médico-paciente, presenta cada vez un mayor deterioro, el cual se evidencia especialmente en las auditorías médicas basadas en la revisión de historias clínicas orientadas a evaluar la calidad de la asistencia médica facultativa y de los cuidados médicos específicos brindados a cada paciente.

De hecho, según Manrique y López (2017), al analizar las deficiencias del acto médico en los procesos médico-legales, se ha demostrado que uno de los problemas más críticos reflejados en las historias clínicas además de su deficiente elaboración, es el descuido en la atención del paciente y la omisión del cumplimiento de diversos lineamientos de la práctica médica establecidos por la normatividad; además, tanto la indagación sobre sus antecedentes familiares y factores de riesgo bio-psicosociales como el examen físico juicioso de los pacientes para garantizar diagnósticos certeros y tratamientos adecuados al igual que las acciones educativas orientadas a la promoción del autocuidado de la salud y prevención de la enfermedad, han sido relegados a un segundo plano. Prueba de ello, son los hallazgos de las auditorías médicas basada en evidencias y normas legales, que suelen reflejar:

Historias clínicas superficiales y anecdóticas, exploraciones físicas inadecuadas e incompletas, estudios de laboratorio no indicados, falta de correlación entre los resultados de histopatología con el cuadro clínico y las indicaciones quirúrgicas, registros incompletos,

tachados, alterados, registros escritos escasos e insuficientes, falta de correlación de anatomía patológica con el diagnóstico inicial, no-pertinencia en las indicaciones de los análisis de laboratorio (Díaz, 2015, p.6).

Otros problemas del acto médico detectados en las auditorías basadas en la revisión de historias clínicas, son: “falta de correlación entre la operación necesaria con la enfermedad, diagnósticos inexactos, operaciones quirúrgicas innecesarias, inexistencia de correlación entre los diagnósticos preoperatorios y los hallazgos durante el acto quirúrgico, y escasa supervisión y control interno” (Antaurco 2012, p.28).

Por otra parte, los usuarios de los servicios de salud en Colombia, además de quejarse constantemente de la superficialidad y negligencia de los médicos de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) para atender eficientemente sus enfermedades, las cuales suelen ser tratadas con medicamentos genéricos sin ningún examen físico que permita identificar la patología u origen real del motivo de consulta, se muestran inconformes ante la primacía de atención ambulatoria en los hospitales o centros encargados de atender las urgencias, que generalmente remiten los pacientes a consulta externa donde la atención médica es mínima; estos hechos evidencian que la atención del paciente se ha convertido en un círculo vicioso que cada vez deteriora más su estado de salud.

Esta problemática no es ajena a los médicos generales de atención primaria en salud, pues el predominio de su tendencia clínica centrada en el paciente como individuo, los ha alejado de su deber de concebirlo como parte de una población en riesgo que merece atención integral en igualdad de condiciones y, de considerar en su relación médico-paciente, aquellos aspectos subjetivos, su conducta, sentimientos y el uso apropiado de la comunicación personal; es decir, de comprender la enfermedad en el contexto biopsicosocial, olvidando también que esa relación

constituye una buena oportunidad para desempeñar su función educativa para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Otros aspectos que evidencian el deterioro de la práctica profesional de los médicos generales son: la indebida utilización del tiempo disponible en la consulta para el diagnóstico y manejo adecuado de los problemas de salud, de tal forma que les permita identificar precozmente aquellos procesos que requieren agilizar su intervención; el no aprovechamiento de su práctica diaria para reflexionar sobre sus necesidades educativas o de aprendizaje, autoevaluarse, detectar sus falencias y buscar las estrategias más pertinentes para solventarlas o corregirlas; y, su papel pasivo en el consultorio centrado en atender la morbilidad mediante atención episódica, en lugar de asumir con ética y responsabilidad la atención continua e integral de sus pacientes involucrándose además en la investigación de las necesidades de las comunidades o poblaciones a su cargo.

En general, según Hernández (2011), el modelo de salud colombiano centrado en el aseguramiento individual y en lo asistencial, debe dar un cambio radical en la visión de la Atención Primaria en Salud que permita tener el control de las comunidades sobre sus condiciones de vida, basado en la concepción del derecho universal a la salud y en el logro de entornos saludables. Por tanto, una necesidad sentida en el país es la formación de médicos generales calificados y con capacidad resolutiva en dicho nivel de atención, pues al adquirir competencias profesionales para la intervención comunitaria, el seguimiento a las familias, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tendrán mayores posibilidades de resolver entre el 70% y 80% de las enfermedades de la población y de garantizar la calidad asistencial.

Frente a esta problemática, la auditoría para el mejoramiento de la calidad planteada por el Ministerio de la Protección Social (2007) como un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud, se ha convertido en una herramienta de control

indispensable al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en tanto al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, conduce a incentivar el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, impactando a la vez, el fortalecimiento de su viabilidad y la del sistema dentro de un contexto de efectividad, eficiencia y ética profesional.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, lleva implícita la revisión del acto médico en todos los niveles de atención como mecanismo de Control de la calidad asistencial que, según Antaurco (2012), implica un análisis crítico y sistemático de la calidad de información registrada en la historia clínica, incluyendo los diagnósticos, las decisiones terapéuticas, los procesos rehabilitadores y demás acciones orientadas a recuperar la salud de los pacientes, y su contrastación con lo estipulado en la normatividad y en las guías o protocolos clínicos para determinar su pertinencia con las evidencias científicas y procedimientos en ellas establecidos al interior de las entidades de salud. Desde esta perspectiva y dada la problemática anterior, surge el siguiente interrogante:

¿Cuál es la importancia de la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general en el mejoramiento continuo de la calidad de atención primaria en salud?

## **1.2 Antecedentes del estudio**

La auditoría del acto médico, más conocida en el ámbito internacional como auditoría médica, ha sido abordada por diferentes autores quienes en sus estudios reflejan un consenso frente a su necesidad e importancia para el mejoramiento de la calidad de atención en salud, así:

En el documento “Calidad en Salud en Colombia” del Ministerio de la Protección Social - MPS (2008), su autor Carlos Alfonso Kerguelén Botero plantea que en Colombia la auditoría en salud tradicionalmente “interpretada como un proceso de revisión de cuentas o de autorización de servicios, es un modelo de auditoría a menudo punitivo, que resulta no solamente impopular sino también ineficaz para cumplir el objetivo propuesto” (p.106). Por ello, su importancia solo tendrá justificación en la medida en que se asuma como instrumento eficiente y eficaz para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud; implicando, que en el contexto del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, su campo de acción sea la atención en salud tanto en el marco de los servicios propios del aseguramiento o administración de los recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud, como en los de prestación de servicios en sus fases de promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; y, su función, será congruente con la búsqueda de los mayores beneficios para el usuario y la reducción de los riesgos.

Agrega Kerguelén (2008), que la auditoría en salud implica la existencia de normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas y conocidas por todos los participantes del SGSSS para la atención en salud y, por tanto, “la necesidad de definir en forma previa la calidad deseada mediante manuales, guías de atención, normas técnicas, indicadores o estándares, entre otros instrumentos” (p.108), al igual que establecer y divulgar los mecanismos o herramientas a utilizar tanto en la evaluación y medición de los procesos como en la información y retroalimentación de los hallazgos obtenidos.

En su proyecto de grado, “Diseño e implementación de un modelo de auditoría de historias clínicas para una IPS domiciliaria de la ciudad de Pereira Risaralda” realizado en 2013, su autora Elizabeth Vélez Moncada plantea que en la actualidad la auditoría médica es considerada como una herramienta de gestión clínica, orientada a evaluar diferentes aspectos del quehacer médico asistencial, administrativo y financiero-contable, en cuya realización la historia clínica constituye el instrumento esencial para la recolección de información, la cual aunada a las estadísticas hospitalarias, normas, protocolos, patrones estándares y la labor del auditor, permiten un análisis juicioso del trabajo médico y, en efecto, adquiere especial importancia en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), en tanto al evaluar las actividades asistenciales de los profesionales de la salud, la ética en la relación médico-paciente y la aplicación adecuada de sus conocimientos médicos, identifica deficiencias relevantes de la práctica médica, implementa correctivos y previene responsabilidades civiles que puedan ocasionar demandas por daños y perjuicios.

En el estudio “Calidad en la atención de la salud desde la auditoría médica” realizado en 2010 por los médicos Sonia Castro, Gustavo Niotti y Néstor Quiñones Robles, los autores plantean que los reclamos asociados a la mala calidad de la atención médica suelen derivarse de la deficiente relación médico-paciente y, en efecto, la importancia de la auditoría médica radica en su función educadora más que punitiva, basada en un enfoque preventivo del error médico y reparador del mismo, intenta aprovechar las experiencias negativas y positivas introduciendo en forma gradual correcciones y mejoramiento continuo en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los pacientes, familiares, profesionales e instituciones, al igual que promueve la humanización del acto médico y estimula la elaboración o readecuación de guías clínicas, normas, protocolos y manuales de procedimiento, al evaluar el grado de cumplimiento de los mismos.

En su tesis para optar el título de Médico Cirujano “Calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, gineco-obstetricia, cirugía y pediatría, Hospital General de Jaén” realizada en 2015, su autor Elmer Jesús Narváez Rodríguez afirma que, indudablemente, la importancia de la auditoría médica se centra en su contribución al logro del objetivo primordial de los sistemas sanitarios modernos como es “la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria y del acto médico en especial, que de hecho, implica asumir un proceso continuo y autocrítico de evaluación, con el fin de identificar problemas y oportunidades de mejora de los cuidados prestados” (p.10). Además, resalta la historia clínica como instrumento fundamental de la auditoría del acto médico, en tanto “diversos estudios han demostrado que la calidad de las historias clínicas influye directamente en la calidad de atención al paciente y, por tanto, su buen desarrollo se ha considerado como un parámetro válido para la evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud” (p.11).

### **1.3 Justificación**

Tal y como lo está demostrado la realidad actual y lo evidenciado en la exploración bibliográfica, la calidad del acto médico atraviesa la más grave crisis de su historia; lo cual se refleja al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando demuestran más interés por mejorar el servicio de autorizaciones de exámenes especializados y medicamentos a quienes han logrado el privilegio de recibir la solicitud de parte del médico general, que en promover la ética profesional en el requerimiento de pruebas diagnósticas en igualdad de condiciones y oportunidades para el mayor número de pacientes.

Igualmente, aunque actualmente el sistema de atención primaria en salud ha planteado cambios significativos para lograr su efectividad, los documentos y registros clínicos de los médicos

generales no revisten una utilidad real como fuentes de información epidemiológica de la población y, su complejo diligenciamiento, afecta el tiempo necesario para la atención al paciente y el cumplimiento de las diversas acciones de salud institucionalmente establecidas; el desarrollo de las actividades de investigación definidas por la institución en respuesta a los problemas de salud identificados, es insuficiente al igual que la formación social y técnica de los médicos para responder a las necesidades sanitarias expresadas por las distintas comunidades.

Además, los estudios en torno a esta temática han demostrado la necesidad de garantizar la seguridad del paciente mediante la prevención de los efectos adversos derivados de la práctica médica, promover el uso de protocolos y guías de práctica clínica, con fines de perfeccionar el diagnóstico y tratamiento de las principales enfermedades que afectan los distintos grupos poblacionales con cuadro clínico o patología similar, recuperar la ética médica y humanizar la relación médico-paciente en las instituciones del sector salud.

Estos factores, aunados a la ausencia de cultura de autocontrol y ausencia de acciones contundentes de mejora continua al interior de las entidades de salud, y a las demandas legales por deficiencias en el proceso asistencial que, de hecho, se han acentuado con fuerza a lo largo del Sistema Colombiano de Salud, reflejando también que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad establecido por Decreto 1011 de 2006 tampoco está siendo efectivo, generaron el interés por determinar la importancia de la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general en el mejoramiento continuo de la calidad de atención primaria en salud.

Lo anterior, implicó una exhaustiva revisión de literatura actualizada, que no solo permitiera identificar los aspectos teórico-conceptuales del acto médico y su situación actual en el contexto de la atención primaria, sino las metodologías e instrumentos existentes para su auditoría, con fines de comprender el papel de la evaluación sistemática de la práctica médica, en el mejoramiento de



la calidad de atención brindada a los pacientes por parte de los médicos generales, en dicho nivel de atención.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar la importancia de la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general en el mejoramiento continuo de la calidad de atención primaria en salud, mediante la revisión de literatura publicada en el periodo de 2007 -2017.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Identificar los aspectos teórico-conceptuales del acto médico y su situación actual en el contexto de la atención primaria en salud.
- Establecer la importancia de la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general en el mejoramiento continuo de la calidad de atención primaria en salud.
- Identificar las metodologías e instrumentos existentes para la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general en el contexto de la atención primaria en salud.

## **1.5 Metodología**

### **1.5.1. Tipo de investigación**

La monografía, clasifica en el marco de los estudios cualitativos de tipo documental, en tanto implica “un trabajo sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información producida por diversos autores en torno a un tema determinado” (Morales, 2003, p.2); en otras palabras, es producto de la lectura de documentos o textos impresos, electrónicos o audiovisuales identificados en la exploración bibliográfica considerados como fuentes primarias, que mediante su análisis y síntesis genera nuevos conocimientos o explicación de algún aspecto específico de la realidad social que haya sido poco explorado.

Cabe anotar, que según Morales (2003), la investigación documental y en efecto la monografía como texto de información científica que da cuenta de los resultados de este tipo de estudio, “no es un culto al plagio, ni mucho menos una copia textual o una yuxtaposición de párrafos. Por el contrario, requiere de un alto nivel de creatividad y originalidad, además de una gran capacidad de análisis, síntesis y reflexión” (p.4).

Por tanto, mediante la reflexión y descomposición del todo en sus elementos, se construirán nuevos significados del objeto de análisis para lograr una visión propia y un abordaje con sello particular de una misma temática o realidad, como es la importancia de la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general en el mejoramiento continuo de la calidad de la atención primaria en salud.

### **1.5.2. Método de investigación**

Para efectos de la presente monografía, se utilizó el método deductivo que según Payano, Paulino, Hernández, Vargas y Núñez (2005), parte de datos generales aceptados como válidos, con

fines de llegar a una conclusión de tipo particular, es decir, de un marco general para inferir el aspecto específico que se desea concretar; lo cual implica el análisis y síntesis de la temática abordada, con fines de descomponerla en sus elementos, estudiarlos de manera individual, por separado, y finalmente sintetizarla o reconstruirla, dando cuenta de las relaciones existentes entre los elementos analizados.

### **1.5.3. Instrumentos de recolección de información**

Para la recolección de información, se realizó una exhaustiva exploración bibliográfica que permitió la identificación de literatura relacionada con el tema objeto de investigación, desde el año 2007 hasta el momento actual, considerando como fuentes primarias, aquellos documentos impresos o electrónico tales como (leyes, decretos, artículos de revistas, trabajos de grado, e informes institucionales y literatura gris).

### **1.5.4. Técnicas de análisis**

Los documentos identificados en la exploración bibliográfica, fueron sometidos a una lectura juiciosa, conllevando a la selección de aquellos pertinentes para dar cumplimiento a los objetivos del estudio, y sobre los cuales se generó la reflexión y el análisis de la información recolectada.

## **Capítulo Uno: Aspectos teórico-conceptuales del acto médico y su situación actual en el contexto de la atención primaria en salud.**

Identificar los aspectos fundamentales del acto médico tales como la evolución histórica de su concepto, sus características, la ética médica y el error médico con sus consecuentes efectos adversos en la salud de los pacientes y responsabilidad médica de resarcir los daños causados, permite comprender como el deterioro paulatino de la práctica médica ha conllevado actualmente a que la seguridad del paciente sea una de las mayores preocupaciones a nivel mundial y a que la insatisfacción de los usuarios de servicios de salud sea cada vez mayor especialmente en el contexto de la atención primaria, donde pese a los esfuerzos gubernamentales aún no se logra que los profesionales de la medicina asuman su rol protagónico en los procesos de promoción prevención, medicina familiar y comunitaria característicos de este nivel, evidenciando claramente la deshumanización de la relación médico-paciente y la primacía de intereses particulares sobre el bienestar colectivo.

## **1.1 Aspectos implicados en el acto médico**

### **1.1.1. Evolución histórica del concepto de acto médico**

En la antigüedad la medicina estaba directamente asociada a la religión y, el acto curativo, se asumía como parte del quehacer de los sacerdotes, atribuyéndosele además creencias de tipo mágico y sobrenatural; por tanto, el término médico podría derivarse de “la palabra sánscrita ‘meth’ que significa ‘conjurar’ y ‘maldecir’, implicando que al mostrar alguien la disposición de ‘absorber’ y ‘transferir’ el mal sufrido por otros, también asumía el compromiso de aliviarlo aún a costa de hacer suyo el sufrimiento” (Bazán, 2011, p.17); lo cual, explica que el galeno fuera visto como un dios o ser superior que sanaría cualquier enfermedad o la pasaría a otro como una maldición.

Según Bazán (2011), desde los albores de la civilización pasaron miles de años para que este acto instintivo curativo del hombre primitivo y las formas de curación de tipo mágico-religiosas, llegaran a concebirse como un acto médico que hace parte del quehacer científico terapéutico. Así, como disciplina desligada de la religión, la medicina surge en Grecia, dando lugar a que los círculos hipocráticos formularan los principios del acto médico fundamentados en la autonomía, la beneficencia y la justicia.

Desde entonces, el acto médico ha sido entendido como la libre relación médico-paciente generada normalmente por una persona que en razón de alguna dolencia o alteración de su salud y con el fin de recibir orientación y sanación de su enfermedad, acude a los servicios profesionales del galeno, quien según Cortés (2007), apoyado en sus conocimientos en medicina y su adiestramiento técnico, debe ser diligente para promover la salud, curar el episodio morboso, prevenirlo y rehabilitar al paciente aunque, al no estar en capacidad de garantizar los resultados de su intervención, debe advertirle sobre los posibles riesgos y complicaciones inherentes al proceso de atención.

Según Navas y Velázquez (2011), el acto médico se inicia con el establecimiento de la relación médico paciente y se desarrolla mediante varias etapas sucesivas tales como: la *anamnesis o interrogatorio* sobre la sintomatología que presenta el paciente, su entorno psíquico y social; *el diagnóstico* en el cual determina su patología, estado general y el tratamiento terapéutico que considere más adecuado; *el desarrollo o implementación del tratamiento*; y finalmente el *seguimiento* de sus reacciones positivas o negativas frente a los procedimientos o terapias ordenadas y su evolución en el estado de salud.

El acto médico como relación médico-paciente, integra según Peña (2011), “un conocimiento serio y profundo, compromiso consciente e inconsciente, valores genuinos, responsabilidad y una

actitud preventiva orientada al individuo, la familia y la sociedad, considerando los aspectos culturales” (p.14); es decir, que incluye los factores de tipo corporal, anímico, afectivo, social y espiritual, e involucra personal paramédico al servicio del paciente como enfermeras, asistentes, técnicos, camilleros entre otros, con su correspondiente responsabilidad; además, en esta relación se requiere la participación del paciente en la toma de decisiones asociadas a su salud y su consentimiento para que se le realicen los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que el médico considere pertinentes, quien a su vez, está obligado a informarle sobre los riesgos y beneficios de dichas acciones.

Desde esta perspectiva, se intuye que el principio sustentador de la medicina, es el espíritu de servicio del médico para asistir al hombre en función de su bienestar integral (físico, mental, afectivo, psicológico, social, sexual, cultural), bajo principios éticos antropocéntricos o humanistas, que orienten su recto actuar a lo largo del proceso asistencial (diagnóstico, tratamiento y demás acciones implicadas en el acto médico).

La universidad, según Bazán (2011), también tiene un rol fundamental en el acto médico al implicar la responsabilidad de formar profesionales con la suficiente competencia y experticia como para reducir al mínimo la posibilidad de error médico por negligencia en la prestación del servicio de salud.

En la definición abordada por el Comité de Expertos en Problemas Legales del Consejo de Europa, referenciada por Quintero (2012), la expresión acto médico implica todo tipo de “tratamiento, intervención o exámenes con fines diagnósticos, profilácticos, terapéuticos o de rehabilitación llevados a cabo por un médico o bajo su responsabilidad” (p.6).

Agrega Quintero (2012) que esta definición del acto médico fue posteriormente revisada por la Unión Europea de Médicos Especialistas, quienes precisaron el concepto al plantearlo como

“conjunto de pasos efectuados, en todos los campos de la salud, exclusivamente por un doctor en medicina, con vistas a formular un diagnóstico, seguido, si es necesario, de la aplicación de acciones médicas terapéuticas o preventivas” (p.7).

En la actualidad, el acto médico sigue siendo la base del ejercicio de la medicina y, su concepto, se traduce en el conjunto de acciones que recibe el paciente por parte de un profesional de la medicina con el objeto de recuperar su salud en el contexto de los servicios prestados por las instituciones de los distintos niveles de atención del sistema de salud vigente; en efecto, desde esta nueva concepción, no es más una relación libre entre el médico y el paciente, en tanto según Bazán (2011), “está determinada por el marco organizativo de la práctica médica y su relación con el conjunto social, es decir, el escenario, el entorno con que sus estructuras y procesos rodean al médico y paciente influyendo en el acto médico” (p.18).

Más, cuando según Peña (2011), en la mayoría de países latinoamericanos a partir de la década de los 90 y con el desarrollo de la normatividad en el campo de la salud, se ha presentado una verdadera revolución generada por los derechos de los pacientes a participar en todas las decisiones relacionadas con su salud, a dar su consentimiento con respecto a cualquier tipo de procedimiento diagnóstico o terapéutico y a ser informado sobre los riesgos que estos impliquen, dejando atrás su subordinación y dependencia de las decisiones médicas unilaterales.

En Colombia, aunque la legislación positiva no ha estructurado una definición formal de acto médico, el Ministerio de la Protección social-MPS (2008) ha afirmado que en la relación médico-paciente es de vital importancia una comunicación eficaz, toda vez, que esta contribuye a prestar un servicio de mayor calidad al mejorar la satisfacción del paciente, su comprensión, su adherencia terapéutica y los resultados derivados de la asistencia en salud.

De hecho, “la comunicación, junto con los conocimientos médicos, la exploración física y la toma de decisiones constituyen hoy los componentes esenciales de la competencia clínica. Estos cuatro elementos son la verdadera esencia de la buena práctica clínica” (MPS, 2008, p.23). Por ello, aunque esta comunicación entre el médico y el paciente suele aprenderse empíricamente a través de la experiencia basada en criterios de prueba y error, ésta ya no es suficiente en la actualidad, pues al tratarse de un servicio médico prestado en un tiempo relativamente corto, el estilo del proceso comunicativo resulta esencial a la hora de comunicar aspectos desfavorables al paciente; entre ellos, aquellas situaciones de mal pronóstico, que alteran de forma drástica o negativa la visión del paciente sobre su futuro, impactando también su calidad de vida.

En este sentido y dadas las expectativas del paciente actual, los deberes éticos u obligaciones del médico tendrán entonces que involucrar entre otros, el secreto profesional, la confidencialidad, la información adecuada, el consentimiento, el saber o conocimiento actualizado, además de diligencia, destreza técnica, asistencia, tratamiento continuado, certificación de los procedimientos realizados y de la enfermedad.

### **1.1.2. Características del acto médico**

El acto médico tiene las siguientes características primordiales: *objetivo o finalidad* centrado en la sanación o rehabilitación de los pacientes; *licitud*, que conlleva al actuar en concordancia con las normas legales, implicando acciones directas de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico o rehabilitador y otros fines que se han ido incorporando a la medicina como son, la paliación del dolor, el sufrimiento y la no prolongación indebida de la vida del paciente. “La *profesionalidad*, pues solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico. La *ejecución típica*,



es decir, su ejecución conforme a la denominada “Lex Artis ad Hoc” sujeta a las normas de excelencia de ese momento” (Guzmán y Arias, 2012, p.15).

Cabe anotar, que la locución latina Lex Artis, “literalmente "ley de arte" o regla de la técnica de actuación de la profesión de que se trata, ha sido empleada para referirse a aquella evaluación sobre si el acto ejecutado se ajusta a las normas de excelencia del momento” (Guzmán y Arias, 2012, p.16), considerando en especial la actuación y el resultado; dicha regla se basa en el bagaje de conocimientos médicos propios de la disciplina médica de acuerdo al momento histórico en el que se evalúa el acto médico, de lo cual, se deduce que este saber debe actualizarse permanentemente, dado el acelerado acontecer del desarrollo tecnológico en cuanto a pruebas diagnósticas o procesos terapéuticos cada vez más sofisticados y de los nuevos descubrimientos biotecnológicos, que han permitido avanzar en la elaboración o mejoramiento de medicamentos o reemplazar algunos de alto costo y demanda, por medicinas genéricas con mayores oportunidades de acceso sobre todo para los pacientes con enfermedades terminales que no pueden prescindir de ellos.

Según Quintero (2012), la mayoría de las reglas y criterios que conforman la lex artis del adecuado ejercicio profesional de la medicina, no están recogidas por escrito en textos de carácter normativo, sino en códigos, recomendaciones u otros cuerpos de carácter deontológico, como es el caso de los protocolos o guías básicas de actuación redactados por grupos de especialistas en determinadas ramas de la medicina o por la comunidad científica nacional o internacional que, aunque no poseen un carácter jurídico, si desempeñan un papel esencial a la hora de determinar negligencia profesional en un acto médico.

Desde esta perspectiva, cualquier Juez podría calificar como diligente un acto médico realizado conforme al protocolo establecido para el mismo y, por consiguiente, exonerarlo de cualquier

responsabilidad; por el contrario, “la no aplicación de la *lex artis* por parte del médico en el ejercicio de su profesión, implica incurrir en una conducta calificada como culposa que de concretarse en un daño imputable a dicha conducta, lo hará acreedor del deber resarcitorio” (Quintero, 2012, p.18). De ahí, que la ética médica y la autonomía del médico sea un factor fundamental para garantizar una atención de calidad garantizando la seguridad del paciente.

### **1.1.3. La ética médica**

De acuerdo con Fernández (2011), ante los nuevos requerimientos del proceso globalizador, el Instituto para la Educación Médica Internacional (IEMI), definió un conjunto de aprendizajes que a nivel mundial deben adquirir los estudiantes de medicina para aplicarlos en el contexto de su práctica médica; estos requisitos esenciales deben conformar “un conjunto de conocimientos médicos, habilidades clínicas, actitudes profesionales características del comportamiento y de ética que todos los médicos deben tener, sea cual fuere el lugar donde recibieron su formación” (p.41).

Así, los valores éticos como estructuras de pensamiento configuradas en el cerebro de los seres humanos e incorporadas al actuar cotidiano, se arraigan entonces en el sistema cultural como conductas consecuentes de personas mentalmente equilibradas, convirtiéndose en pautas regidoras de los distintos grupos sociales y, en este caso, del personal médico. Parte de esta ética médica es la responsabilidad de los profesionales de la medicina, la cual debe estar siempre por encima de los intereses monetarios en favor de la atención del paciente, implicando la toma de decisiones de tipo moral para evitar actos médicos indebidos tales como intervenciones quirúrgicas innecesarias, inadecuada administración de medicamentos, deficiencias en la atención personalizada del paciente, errores en el diagnóstico de las enfermedades o de tipo terapéutico entre muchos otros.

La Ética Médica juzga entonces los actos médicos desde el punto de vista moral, con fines de valorar “si su actuar es correcto bien intencionado, ajustado a las normas legales que rigen su profesión y a los protocolos internacionales orientadores de su práctica profesional y si busca la excelencia” (Fernández, 2011, p.16), con fines de prevenir cualquier daño o vulneración de los derechos o autonomía del paciente, sin discriminarlo en razón de su género, raza, posición social, filiación política o religiosa.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2014), el médico en todos los niveles de atención y basado en el humanismo, debe “desempeñarse con compromiso y responsabilidad ética y social, en el marco del cuidado de la vida y la dignidad del ser humano, de los derechos humanos, de las características socio-culturales, económicas, individuales y colectivas” (p.12); y, en efecto, ejercer con gran profesionalismo y autodeterminación de acuerdo a las normas, principios y valores éticos que regulan su práctica médica.

En Colombia, el instrumento jurídico normativo es el Código de ética Médica implementado por la Ley 23 de 1981, mediante el cual se establecen las directrices éticas que deben orientar la práctica de la medicina en el país, tanto en lo relacionado con la relación médico-paciente como con la actividad científica e investigativa del profesional. En su artículo 15, el Código estipula la obligación del médico de solicitar el consentimiento del paciente para la aplicación de los tratamientos médicos que lo puedan afectar física o mentalmente y de informarle por anticipado sobre sus posibles consecuencias. Este consentimiento informado, debe ser registrado en la historia clínica en tanto constituye un elemento de prueba importante al momento de establecer la responsabilidad civil del médico en su ejercicio profesional.

Desde la perspectiva de Fernández (2011), aunque desde tiempos inmemoriales se ha conceptualizado la ética médica como un valor universal que rige todo principio en la práctica de la

medicina, su significado ha perdido vigencia a partir de los avances científicos, los cambios culturales y la globalización, que han incidido para que los profesionales de la medicina hayan relegado a un segundo plano el carácter humanitario que debe primar en la relación médico-paciente, para centrarse más en diligenciar la información requerida por las entidades prestadoras de servicios de salud y atender el número requerido de pacientes, que en identificar y tratar debidamente los problemas que los aquejan; lo cual ha incrementado los efectos adversos sobre su salud y, por tanto, la obligación de responder por ellos. En razón de lo anterior, los médicos se enfrentan en la actualidad al dilema de actuar bajo dos tipos de ética que suelen ser contradictorias: la ética hipocrática, orientada a proteger al paciente y la ética burocrática, que le exige contribuir a la llamada racionalización de los recursos de salud, con el fin esencial de proteger las finanzas de las empresas donde laboran.

#### **1.1.4. Error médico, efectos adversos**

Desde la perspectiva de Fajardo et al (2012), el riesgo de cometer un error es prácticamente inherente a la práctica médica, en tanto cada paciente es un caso único. El solo hecho de omitir procedimientos en la práctica clínica, implica el riesgo de establecer un diagnóstico incorrecto y, en efecto, un tratamiento inadecuado conllevando al error médico; lo cual aunado a la omisión en la indicación de medidas de seguridad, puede generar un evento adverso o daño para el paciente; caso en el cual deriva una responsabilidad médica. Es por ello, que la práctica del acto médico de acuerdo a la “lex artis”, le exige al profesional contar con la información necesaria que le permita identificar las evidencias suficientes para sustentar su criterio médico y tomar decisiones adecuadas en beneficio del paciente.

De acuerdo con Fajardo et al (2012), el error médico se traduce entonces en una “conducta clínica equivocada en la práctica médica como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto” (p.38), en tanto el criterio médico que debe conducir a una correcta toma de decisiones por parte del galeno, no se emite bajo los requerimientos obligatorios de competencia profesional, de aplicación de los principios éticos, experiencia y las evidencias disponibles.

Según Mena (2008), el error médico como cualquier “decisión diagnóstica o terapéutica o procedimiento que, dado el momento y las circunstancias de la ocurrencia puede ser considerado erróneo por pares calificados y con experiencia” (Mena, 2008, p.320), ha sido generalmente asociado a la mala práctica médica y puede ocasionar o no daño para el paciente; cuando el daño no se presenta se denomina incidente y, cuando este se produce, se genera un efecto adverso a su salud; entendiéndose por *evento adverso*, “todo daño no intencionado al paciente, que afecta su salud al causar lesión transitoria o permanente, enfermedad o muerte, como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico” (Resolución 4816 de 2008. Artículo 2. Definiciones).

El efecto adverso, también ha sido definido como aquel “resultado no esperado de incapacidad, muerte, prolongación de la estancia hospitalaria o que necesita cuidados sanitarios adicionales y que es causado por la asistencia sanitaria” (Borrel, 2011, p.418); en esta definición, se incluyen: sucesos adversos o errores que se pueden prevenir; accidentes (hechos imprevistos o inesperados que generan daño); incidentes (hechos que de no ser detectados o corregidos a tiempo podrían generar problemas para el paciente); y, eventos adversos derivados de medicamentos, negligencias y litigios.

Según su magnitud, puede afirmarse que hay ausencia de daño, daño temporal, daño permanente o muerte del paciente, y por tanto, la responsabilidad médica será proporcional a su

gravedad. Desde el punto de vista ético, el error médico implica una clara violación del principio de beneficencia, que obliga al médico a evitar cualquier acto que pueda causarle daño al paciente.

Otra definición centrada en el error diagnóstico en atención primaria, lo interpreta como aquel que no se realiza en el momento adecuado, es ignorado o incorrecto; “en los últimos años se discute también la necesidad de incluir como error, el sobre-diagnóstico que se da cuando personas sin síntomas son equívocamente diagnosticadas de enfermedades, aunque no les cause daño o muerte” (Minue, 2017, p.4).

Particularmente en el proceso de decisión en atención primaria, afirma Minue (2007) que “predominan fases básicas de diagnóstico muy precario, los procesos clínicos, síntomas y signos suelen estar mal definidos y, en muchas ocasiones, la única conducta pertinente es el uso juicioso del esperar y ver” (p.5); además, a diferencia del contexto hospitalario, la identificación de un diagnóstico concreto puede no ser posible, dificultando la codificación; por ello, la priorización del pronóstico frente al diagnóstico ha tomado fuerza en el marco de la actividad clínica; por lo cual, el reto actual para la atención primaria, se vislumbra en la identificación de las razones que generan la equivocación médica y de las estrategias para minimizarla.

En consecuencia, tal y como lo afirman Fajardo et al (2012), el buen actuar médico no solo requiere de conocimientos, habilidades y experiencia sino de iniciativa, creatividad, redefinición de criterios y rompimiento de paradigmas por parte del médico, especialmente en situaciones críticas de difícil manejo y, por tanto, no exime al médico de aplicar los procedimientos clínicos que considere necesarios conforme a la “lex artis”, y de tomar decisiones basadas en las evidencias disponibles con estricto cumplimiento de los principios éticos fundamentales, incluyendo la adecuada indicación y aplicación de medidas de seguridad orientadas a la protección de los pacientes.

### 1.1.5. Responsabilidad médica

La responsabilidad médica definida como “la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión” (Mariñelarena, 2011, p.160), está basada en la culpa, la cual como desviación de la conducta, la voluntad o el intelecto para prevenir o prever un daño, al ser contraria a la norma jurídica es susceptible de ser reprochada o castigada por la sociedad; sus causales son básicamente tres: impericia, negligencia e imprudencia.

Según Arias (2014), hay impericia cuando faltan la capacidad, habilidad, experiencia y conocimiento de quien emprende un tratamiento; la negligencia se presenta en razón de no actuar como se debe aun estando consciente de lo que se debe hacer, generando por tanto un daño, y equivale a un descuido u omisión; la imprudencia consiste en la realización de un acto médico sin las debidas precauciones aunque ya se hayan previsto sus efectos adversos, ocasionando daño al paciente. Es la conducta opuesta a lo sugerido o aconsejado por la experiencia y el buen sentido en determinado aspecto de la medicina.

En otras palabras, la responsabilidad médica deriva de *omisiones* (incumplimiento de alguno de sus deberes), *errores* (actos prohibidos por la normativa), *negligencia* (hacer lo que no debe o dejar conscientemente de hacer lo correcto); *falta de conocimientos*, *ineptitud* (realizar procedimientos para los cuales no está preparado), los cuales, a su vez, le generan al médico la obligación de responder por los daños causados.

Según Acosta (2010), la responsabilidad médica puede derivarse entonces de múltiples formas específicas de culpa que van desde la atención médica inoportuna hasta “la falta de cuidados postoperatorios, pasando por diagnósticos errados, impericia en el acto médico, el olvido de

elementos quirúrgicos dentro del paciente y, en general, cualquier incumplimiento de los deberes principales y secundarios que van implícitos en el juramento hipocrático” (p.5).

Más, cuando el eje de la responsabilidad médica le implica al profesional de la medicina actuar de acuerdo a lo indicado en cuanto a la aplicación responsable de sus conocimientos actualizados o recursos disponibles y la abstención de cualquier acto indebido o que vaya en contra de los preceptos establecidos para el ejercicio de su profesión, pues aunque no se espera que el médico haga milagros ni realice actos imposibles, Acosta (2010) afirma que si está obligado a:

Conocer concienzudamente todo lo que el arte médico es capaz de enseñarle en el correspondiente medio científico; a no intentar aquello que escapa a sus posibilidades, pero que está dentro de las que tiene otro; a intervenir, poniendo al servicio de su ministerio todos los conocimientos del caso, toda la diligencia, todo el cuidado, toda la prudencia que un médico, en igualdad de circunstancias, habría empleado, de ser ese médico idóneo, prudente y diligente en el ejercicio de su profesión. (p.6).

Al respecto, afirma Arias (2014) que en un sentido más amplio, tal y como lo planteó el Consejo de Estado en su Sentencia del 27 de abril de 2011, la responsabilidad médica se podría atribuir también a las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud y al personal paramédico y administrativo; toda vez, que desde la construcción teórica del acto médico complejo, dicha responsabilidad no se circunscribe a la actuación del galeno al diagnosticar o prescribir un tratamiento sino que podría extenderse a “todas las actuaciones concomitantes y posteriores a la intervención profesional, que operan desde que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal hasta que termina la demanda del servicio” (p.174), generalmente efectuadas por el personal anteriormente mencionado. De ahí, la importancia de implementar la auditoría médica enfocada en la evaluación de la práctica médica en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los comités hospitalarios en la evaluación de las causas que llevaron a la aparición de complicaciones o muerte del paciente.



En el ámbito jurídico, la responsabilidad médica se asume básicamente bajo tres modalidades: *Responsabilidad Civil*, que “a diferencia de la responsabilidad administrativa, supone, necesariamente, la existencia de un daño, ya sea éste de tipo patrimonial o moral, es decir, este elemento constituye un requisito sine qua non para su configuración” (Mariñelarena, 2011, p. 162); los daños y perjuicios causados, tendrán que ser una consecuencia directa e inmediata del incumplimiento de las obligaciones o deberes jurídicos del médico y, por tanto, deberá existir una relación de causalidad, entre la falta cometida y la lesión o la muerte del paciente que, en el caso de establecerse, derivaría la obligación de reparar económicamente los daños ocasionados a la víctima.

La *Responsabilidad Penal*, que en el caso del médico, surge cuando comete en forma dolosa o culposa algún acto médico que genera daño al paciente y, en efecto, las sanciones o penas serán las establecidas en el Código penal y pueden ser: prisión, multa o inhabilitación parcial o definitiva para ejercer su profesión. También, existe la *Responsabilidad Administrativa*, que según Mariñelarena (2011), se hace efectiva cuando el médico infringe alguno de los preceptos establecidos en la normatividad o legislación que regula los servicios de salud, con independencia que se cause o no un daño en la salud del paciente.

En este marco de acción, la historia clínica se convierte en una pieza clave a la hora de establecer la culpabilidad del médico, en tanto da cuenta de su propia versión de los hechos; infortunadamente, su diligenciamiento defectuoso, suele obstaculizar la documentación de su acto médico y, por consiguiente, dificulta demostrar ante un juzgado que su comportamiento en la asistencia médica del paciente fue ético, diligente, responsable y cuidadoso, evidenciando por el contrario, una omisión de inobservancia de normas y procedimientos, en la elaboración dicho documento.

En conclusión, ante la imposibilidad de exigir la infalibilidad del médico, su actuar a la hora de establecer la responsabilidad médica en cada caso particular, debe juzgarse entonces a la luz de la “lex artis” y desde sus posibilidades de actualización de sus conocimientos, los recursos de los que disponía, la complejidad del acto médico y las características específicas de la enfermedad, pues aunque tanto el médico como el paciente esperan excelentes resultados de los procedimientos o terapias realizadas para lograr la curación de la enfermedad, no siempre es factible la sanación sobre todo cuando se trata de pacientes terminales, para quienes su deceso se torna inevitable pese a todos los esfuerzos médicos por salvar su vida.

## **1.2 Situación actual del acto médico en el contexto de la atención primaria en salud**

Según Muñoz (2016), ante la falta de utilidad en el mejoramiento de la salud de la población del tradicional esquema biomédico predominante hasta mediados del siglo XX centrado en la “dualidad mente-cuerpo, la focalización causa-efecto y la relación clínica basada en la autoridad del profesional” (p.49), la OMS incorporó su definición de salud bajo un modelo holístico o biopsicosocial, que respondiera mejor a dichas necesidades colectivas en cualquier ámbito geográfico y social, el cual se reafirmaría para ser más efectivo frente a los cambios sociales y los avances en el conocimiento científico que obligarían a replantear los determinantes de la salud.

En este contexto, según la Organización Panamericana de la Salud-OPS (2012), la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud celebrada en Alma-Ata (URSS) en septiembre de 1978, expresó la necesidad de todos los gobiernos de proteger y promover la salud de todas las personas del mundo, quienes a su vez tendrían el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

En efecto, la medicina familiar y la atención primaria como atención sanitaria esencial basada en la práctica, la evidencia científica, la metodología y tecnología socialmente aceptada, cobran protagonismo como los espacios donde por excelencia se afrontan los problemas de salud de la población, toda vez que según Turabián y Pérez (2007), “un mismo problema puede ser percibido de forma muy diferente por un especialista biomédico tradicional y por un médico de familia (MF) con visión biopsicosocial (BPS)” (329); y, al disponer de datos biomédicos suficientes para obtener la información necesaria sobre los pacientes, se facilita la selección de las acciones más pertinentes para tratarlos y la minimización de errores en la toma de decisiones en el sistema sanitario, la cual desde la perspectiva biopsicosocial “no se basa solo en guías y protocolos científicos sino que incorpora estrategias cualitativas para problemas de salud altamente complejos y cambiantes, diversificando las intervenciones hacia tratamientos más contextuales” (Muñoz, 2016, p.50).

Fue así, como las reformas sanitarias de los diferentes países comenzaron a desarrollar la atención primaria asumiéndola como el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y comunidades con su sistema nacional de salud que, desde una perspectiva biopsicosocial, permitiera el máximo acercamiento posible al lugar donde viven o trabajan las personas y visionar holísticamente a los pacientes, es decir, como personas con necesidades y derechos a una asistencia continuada, conocimiento de su contexto y sus características de tipo socio-económico, familiar, laboral y cultural como factores incidentes en su estado de salud y, por tanto, sujetos de apoyo social sobre su salud y enfermedad.

La atención primaria entonces, según Apráez (2010), debía incluir como mínimo la educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos más adecuados para prevenirlos o controlarlos, la promoción de buenos hábitos alimenticios y de correcta nutrición, la asistencia materno-infantil incluyendo la planificación familiar, la inmunización contra las principales

enfermedades infecciosas, la prevención-control de las enfermedades endémicas locales, la apropiación de enfermedades comunes (diarreicas, respiratorias, crónicas, dentales, mentales, ocupacionales, de transmisión sexual, por vectores, accidentes), y la provisión de medicamentos esenciales.

Al respecto, Juárez, De La Cruz y Baena (2016) afirman que “las nuevas evidencias sobre la eficacia de las actividades preventivas sugieren una redefinición de la responsabilidad de los profesionales sanitarios que, sin dejar de ser curativa y asistencial, debe ser fundamentalmente preventiva y educativa” (p.38), pues la integración de la actividad preventiva en la práctica clínica, constituye actualmente una estrategia fundamental en el mejoramiento de la salud comunitaria y, la educación sanitaria, es sin lugar a dudas, el mecanismo más adecuado para lograr que los individuos adopten estilos de vida más sanos y mejores hábitos de consumo con fines de prevenir los factores de riesgo.

Para ello, se vislumbró en la conferencia de Alma-Ata, la necesidad crear sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, la implementación de atención primaria en el nivel local y de apoyo y la intervención de profesionales sanitarios tales como médicos, enfermeras comadronas, auxiliares y asistentes sociales, incluyendo los tradicionales y necesarios médicos de cabecera adecuadamente formados social y técnicamente para responder a las necesidades sanitarias expresadas por las distintas comunidades.

Desde ese momento, el modelo de atención primaria ha sido concebido como el más adecuado para responder a la carga de enfermedad de la sociedad actual, determinada especialmente “por afecciones crónicas tales como hipertensión arterial, cerebrovasculares, cardiopatías, diabetes, asma, depresión y osteo-articulares” (Sandoya, 2010, p.7), considerando que en este contexto dichas afecciones se pueden prevenir o tratar oportunamente con menor gasto de recursos.

En la actualidad, según Sandoya (2010), existe un consenso internacional frente al papel protagónico que deben desempeñar los médicos generales de atención primaria en salud (APS), ya que en este ámbito cada usuario de los servicios de salud debe tener un médico de referencia que se ocupe de atender u orientar todo su proceso asistencial, en tanto esta estrategia ha demostrado excelentes resultados en el logro de “una mejor calidad de la atención y la gestión clínica con la consiguiente satisfacción para el usuario y la utilización racional de los recursos” (p.6), pues una visión holística del paciente y el establecimiento de un vínculo duradero con el profesional de la salud a lo largo de las distintas etapas de su ciclo de vida, propicia esa necesaria confianza que debe caracterizar la relación médico-paciente y favorece la asertividad diagnóstica y terapéutica.

Infortunadamente, las profundas transformaciones del sistema de atención sanitaria a nivel mundial, han ido desplazando el esquema biopsicosocial para posicionar el modelo de gestión clínica enmarcado en una concepción de servicios públicos como empresas, cuyos objetivos se centran hoy en la sostenibilidad, eficiencia y rentabilidad, el cual ha sido aceptado a la ligera por parte de los profesionales de la medicina sin ninguna reflexión o debate colectivo, generando una práctica médica que producto de la inercia se asume bajo una aparente modernidad y mal llamada científicidad, con sus consecuentes efectos secundarios, graves distorsiones y grandes pérdidas que suelen ser irre recuperables.

Los puntos débiles del modelo biopsicosocial derivan especialmente de la falta de desarrollo de la atención primaria que ha incidido significativamente para que el esquema de gestión clínica se apodere de las estructuras de primer nivel; este hecho, se evidencia en múltiples aspectos de los cuales Muñoz (2016) destaca los siguientes: en primera instancia, los centros de salud, han perdido su vigencia como aquellos lugares de promoción de la salud y de intervención preventiva, curativa o rehabilitadora a lo largo del ciclo vital de las personas.

En segundo lugar, el formato de historia clínica electrónica es bastante rígido y dificulta su adaptación al registro de información que permita medir componentes esenciales de la práctica médica como es el caso de la relación médico-paciente; a su vez, las dificultades en su diligenciamiento, agotan el escaso tiempo que tienen los médicos para brindar una atención de calidad a sus pacientes, además de obstaculizar la profundización y reflexión clínica sobre los problemas biopsicosociales, la comunicación interpersonal y la narración de los episodios tan importante en un buen diagnóstico.

En tercer lugar, las guías médicas y protocolos en el modelo de gestión clínica, suelen no responder a las necesidades de la atención primaria y, de hecho, tampoco se implementan adecuadamente, pues generalmente se seleccionan indicadores desde ámbitos gerenciales que desconocen la realidad asistencial y su aplicación es irrefutable, inflexible y acrítica, en tanto dada su supuesta solvencia científica, devalúa en buena medida los criterios propios de los profesionales clínicos.

Así, los indicadores seleccionados “suelen referirse a aspectos puntuales de las enfermedades (atención episódica), alejados de la visión global, la complejidad de la pluripatología y la atención longitudinal y contextual característica de la atención primaria” (Muñoz, 2016, p.52). También, se ha roto la atención personalizada y continuidad asistencial por parte del llamado médico de cabecera o profesional elegido por el paciente, quien normalmente ya es atendido por múltiples médicos que debido a su alta rotación no logran apropiarse de sus problemas reales, ni emitir un diagnóstico verdadero.

En otras palabras, la competencia emocional del médico general es inaplicable en la actualidad, en tanto el registro de aspectos más convenientes para los prestadores de servicios de salud y el corto tiempo del que dispone para realizar la consulta, hacen casi imposible sintonizar con el

paciente, haciendo que el estilo comunicativo se más frío, técnico y distante cada vez, haciendo del médico de atención primaria “un espectador privilegiado del sufrimiento humano, un médico que aturrido por los datos y sometido a una alta sobrecarga asistencial no puede ejercitar la empatía, la contención y la paciencia, ni mucho menos disfrutar del trabajo cotidiano” (Muñoz, 2016, p.53).

En efecto, dado que el equilibrio entre el arte y la ciencia constituye la base de la medicina, permitiendo recolectar adecuadamente la información obtenida en el interrogatorio o anamnesis, el examen clínico y la paraclínica con fines de determinar con el paciente el plan de acción, se hace indispensable que el médico de atención primaria establezca una buena relación médico-paciente con un fuerte componente humanístico que le permita proveer la ayuda esperada en términos de integralidad y calidad, además de desarrollar o perfeccionar las habilidades comunicativas suficientes, que desde tiempos inmemoriales hacían parte del acto médico como cualidad natural de su vocación.

Según el Informe Sobre la Salud en el Mundo de la Organización Mundial de la Salud (2008), la atención primaria no ha sido ajena a las deficiencias de la prestación de la asistencia médica, pues “la atención fragmentada y en proceso de fragmentación, que generó la excesiva especialización de los proveedores de atención en salud y la excesiva focalización de muchos programas de control de enfermedades” (p.44), se convirtieron en obstaculizadores de la adopción del enfoque holístico con respecto a las personas y familias atendidas, y del reconocimiento de la necesaria continuidad asistencial; tampoco, garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias, dando lugar al incremento de las altas tasas de infecciones ocurridas durante la hospitalización que no se estaban incubando o no estaban presentes al momento del ingreso del paciente al hospital (nosocomiales), al igual que de los errores en la administración de

medicamentos y otros efectos negativos evitables, cuya influencia en la mortalidad y deficiente estado de salud de la población, es subestimada.

De igual forma, en los países de ingresos bajos, la atención primaria sólo se ocupa de unas cuantas enfermedades prioritarias, la atención de salud se reduce a un canal unidireccional de prestación de servicios para intervenciones de salud urgentes, dificultando las relaciones médico-pacientes y la participación de estos últimos en la adopción de decisiones sobre su salud; “se ha prestado poca atención a la eficacia y seguridad en atención ambulatoria generalista, ámbito donde se producen la mayoría de las interacciones entre las personas y los servicios de salud” (OMS, 2008, p.46); por el contrario, en los países de ingresos medios y altos, los esfuerzos en este campo se han concentrado excesivamente en la atención hospitalaria y especializada.

En Colombia, aunque hace más de tres décadas el país se acogió la declaración de Alma-Ata donde 134 países y 67 organizaciones internacionales acordaron que la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) era la mejor manera de conseguir la salud de los pueblos, bajo el lema “Salud para todos en el año 2000”, aún presenta serias dificultades para lograr dichos propósitos, pues según lo explicó Bibiana Pineda, asistente técnica y coordinadora del “Programa Así Vamos en Salud”, la primacía de la concepción cliente sobre paciente y de enfoque curativo sobre el preventivo, la fragmentación y ruptura de la integralidad en la atención en salud, la falta de personal médico calificado en APS e, incluso, las diferencias que existen en torno al concepto de APS, son algunos factores obstaculizadores del cumplimiento de sus objetivos. (El Universal, octubre 26 de 2014),

Sin embargo, se han logrado algunos avances y, en la actualidad, la atención primaria es una de las cuatro las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud, que con un alcance mayor al del componente asistencial de los servicios curativos, constituye una “estrategia básica e



integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho” (Ministerio de la Protección Social, 2016, p.32), y busca proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como primer elemento de asistencia sanitaria, mediante la prestación de servicios multidisciplinarios. En atención a la necesidad de cada país de adoptar una definición propia con base en sus particularidades planteada por la OPS/OMS, la Ley 1438 de 2011 definió la Atención Primaria en Salud como:

La estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. (Capítulo 3, artículo 12).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), la estrategia de Atención Primaria en Salud hará énfasis en el enfoque de la salud familiar y comunitaria cuyo objetivo esencial será coordinar el proceso de cuidado primario de la salud, integrando las diferentes intervenciones que se deben realizar con la población para resolver la mayor parte de los problemas de salud que no requieren alta tecnología médica; dicho enfoque, permitirá el mejoramiento de la capacidad resolutoria y de la calidad de la prestación de servicios de salud en este nivel, y controlar la remisión al componente complementario sin demérito de la calidad y continuidad de la atención.

La salud familiar y comunitaria opera según el MPS (2016), bajo procesos trans disciplinarios de gestión y prestación de servicios sociales y de salud e involucra no solo al médico familiar, sino

también a otras profesiones, ocupaciones, agentes comunitarios, saneamiento básico y demás actores sociales que participan en el cuidado de la salud, integrando acciones individuales y colectivas para aportar a la garantía del goce efectivo al derecho a la salud de toda la población.

Las poblaciones vinculadas a prestadores primarios en el marco de la atención primaria, tendrán derecho a gozar de los planes integrales de cuidado de la salud que además de la atención, deben incluir acciones para la promoción de la salud, prevención, manejo, rehabilitación y paliación de la enfermedad en las personas, las familias y comunidades, como sujetos de atención en salud, de acuerdo a las potencialidades y necesidades existentes.

Desde esta perspectiva, tal y como lo plantea Sandoya (2010), se entiende que el cuidado de los pacientes no termina cuando salen de la puerta del consultorio, sino que es necesario introducirse en el medio donde viven y trabajan, e involucrar la prevención como componente fundamental, en tanto gran parte de las afecciones crónicas se pueden prevenir, es decir, que en este nivel, el médico al estar inmerso en la comunidad debe aprender destrezas y habilidades específicas para establecer un vínculo afectivo, de amistad, apoyo y consejo que le permita ganar la confianza suficiente para desempeñar también su función educativa, como parte de una atención integral que debe incorporar aspectos psicosociales, en tanto se enfrenta a personas y poblaciones generalmente angustiadas, estresadas o atormentadas quienes depositan su confianza en este profesional de la salud con la esperanza de ser escuchados, bien tratados, comprendidos y, en últimas, de recuperar su salud.

Así mismo, debe rescatar la capacidad que antaño tenía el médico preventivo para escuchar con atención los problemas del paciente, aconsejarlo debidamente con sugerencias en torno a los hábitos de consumo, estilos de vida y demás acciones que pueden adoptar para evitar o disminuir el riesgo de desarrollar procesos patológicos, al igual que el diagnóstico basado en la observación,

auscultación, palpación del paciente y de los resultados de pruebas clínicas básicas que conlleven a la opinión médica o identificación de la enfermedad de manera eficiente, a la toma de decisiones concertadas con respecto al cuidado terapéutico mediante los distintos medios utilizados además de los medicamentos, para recuperar su salud o rehabilitarla, con fines de evitar su remisión innecesaria a otros niveles de atención y el despilfarro de los recursos institucionales.

Lo anterior, en razón de que ese reconocimiento social que por tradición habían ganado los médicos generales a raíz del buen desempeño de su papel como expertos de la medicina, sanadores y gestores de la prevención y promoción de la salud, se ha deteriorado de tal manera que los usuarios de servicios primarios se quejan constantemente de sus diagnósticos poco acertados, medicamentos genéricos que no contribuyen al mejoramiento de su salud y del trato inhumano por parte de muchos profesionales que ni siquiera dirigen la mirada al consultante ni se toman la molestia de realizar debidamente el examen físico, generando con ello gran desconcierto e insatisfacción de los usuarios de los servicios de atención primaria.

El modelo asistencial predominante en la actualidad, se caracteriza entonces por una relación médico-paciente cada vez más distante, ya que en la consulta de atención primaria el usuario de estos servicios es atendido por múltiples médicos generales quienes suelen emitir diagnósticos diferentes frente a una misma enfermedad o limitarse a continuar formulando los mismos medicamentos genéricos que sus antecesores, sin profundizar en la sintomatología ni basarse en las guías de práctica clínica y, en no pocas ocasiones, acuden a los exámenes diagnósticos innecesarios, que finalmente no contribuyen a emitir un criterio médico responsable, dejando el paciente a la deriva y arriesgando su seguridad.

En otras palabras, el acto médico como libre relación médico-paciente que antaño estaba caracterizada por un fuerte componente de respeto, humanismo y confianza, en tanto el actuar del

galeno se centraba totalmente en su ética profesional para procurar la mejor atención y recuperación de la salud de sus pacientes bien fuera en su consultorio, clínicas u hospitales, ha venido presentando cambios relevantes que evidencian con claridad la deshumanización de la práctica médica, incidiendo en el deterioro de la calidad de atención en toda la cadena de los sistemas de salud de los diferentes países latinoamericanos, debido entre otras razones a:

La colectivización de servicios médicos que ha convertido al médico en un asalariado, con el desarrollo simultáneo de la empresa en la atención médica que tornan en precario el trabajo médico. La economía y el costo del trabajo médico lo determinan empresas de salud y las compañías aseguradoras, que limitan el trabajo médico en función de su propia economía con atención médica apremiada por el tiempo, lo que deshumaniza a médicos y pacientes. La introducción de las leyes del mercado ha llevado no pocas veces a que el paciente sea visto como un objeto de lucro y no como un ser doliente y necesitado de ayuda. (Bazán, 2011, p.19).

Así mismo, el vertiginoso desarrollo de la ciencia y la tecnología que han impulsado el avance y sofisticación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, han debilitado la relación médico-paciente en el contexto de la atención primaria y, el incremento de la especialización en diferentes ramas de la medicina, se ha revertido en la pérdida de una visión holística de la complejidad del paciente como ser humano, demostrando también el deterioro de los valores éticos que deberían primar en los profesionales de la salud, que de hecho viene desvirtuando la práctica médica ante la opinión pública mundial y la confianza que los pacientes tenían en el personal médico como su única alternativa para recuperar su estado de salud, conllevando a que hoy, primen el miedo y la incertidumbre ante la posibilidad de perder su vida o empeorar su enfermedad a causa de la negligencia profesional cada vez más evidente en las entidades del sector salud.

Colombia no es ajena a esta realidad, pues la deshumanización del personal médico ya ha penetrado el contexto de las organizaciones nacionales, evidenciándose en las frecuentes querellas

o demandas de tipo legal y en la inconformidad manifiesta de los pacientes con la calidad de los servicios de salud, que al parecer han olvidado la esencia humana que debe caracterizar la actividad médica, enunciada en la Ley 23 de 1981 en los siguientes términos:

[...] 1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes [...] (Artículo 1).

En este sentido, la Resolución 13437 de 1991 estableció en su artículo 1o. la adopción de los postulados básicos para procurar la humanización en la atención a los pacientes con fines de garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud e incluye entre sus derechos, la libre escogencia del médico que se encargará de su proceso asistencial, la participación en la toma de decisiones relacionadas con su cuerpo, recibir información sobre la misma, aceptar o rechazar el apoyo espiritual, recibir un trato digno con respecto a sus creencias, costumbres u opiniones personales sobre su enfermedad y a morir con dignidad.

En el numeral 4 del mismo artículo, la resolución establece además su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos; y, en el numeral 5, a recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.

En su artículo 2º estipula que en cada una de las entidades prestadoras del servicio de salud del sector público y privado, se deberá conformar un Comité de Ética Hospitalaria, cuyos miembros entre otras funciones tendrán que difundir los Derechos de los Pacientes adoptados mediante esta

resolución, canalizar las quejas y denunciar ante las autoridades competentes, las irregularidades detectadas en la prestación del servicio de salud por violación de dichos derechos.

Infortunadamente, desde la perspectiva de Santacruz (2015), en un país como Colombia, resulta casi imposible pretender que los derechos de los pacientes sean validados mientras no se asuma como calidad, la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios de salud, incluyendo la garantía de obtener el mayor beneficio con el menor riesgo posible; más, cuando el ejercicio de la salud “se ha convertido para efectos de la calidad de la atención clínica, en el ejemplo más claro de lo que últimamente los usuarios reclaman de las instituciones: un tratamiento más humano y digno” (p.376).

De hecho, según González, Restrepo, Hernández, Ternera, Galvis, y Pinzón (2014), Colombia enfrenta una profunda crisis en la prestación de servicios de salud, la cual, pese a la amplia difusión de que la atención primaria oportuna evita el desplazamiento a los servicios de urgencias y por tanto su congestión, evidencia el incremento desmesurado de quejas relacionadas con la deficiente atención de los médicos durante la consulta, el trato que reciben los usuarios, la no continuidad en la relación médico-paciente, la deficiente comunicación afectiva y la falta de compromiso del profesional con el tratamiento y recuperación de su salud; aspectos estos, que han generado el distanciamiento de la población de ese médico ideal y necesario tanto a nivel individual como familiar y comunitario, generador de confianza, buen consejo, información suficiente y receptor de problemas bio-psicosociales.

Además, el control casi total del sistema de salud colombiano por parte de las empresas promotoras de salud a partir de la Ley 100 de 1993, las cuales además se convirtieron en proveedoras de estos servicios, aunado a “la relativa laxitud de los organismos del Estado, estimulada por la ola de reformas de corte neoliberal que propicio la liberación de mercados en los

países de América Latina en las décadas de los años ochenta y noventa” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p.4), son factores que han afectado profundamente la práctica de la medicina en nuestro país, con graves implicaciones en la autonomía y capacidad reguladora característica del ejercicio de la medicina, que antaño garantizaba a los médicos profesionales la libertad de emitir conceptos, tomar decisiones y asumir responsabilidades en lo relacionado a la atención o tratamiento de sus pacientes.

Esta vulneración de la autonomía médica se ha acentuado en la actualidad, ante el predominio de los intereses económicos de las instituciones prestadoras de servicios de salud sobre el deber de garantizar la calidad de la atención médica a toda la población, pese a que la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, orientada a garantizar el derecho constitucional de los ciudadanos a la salud, ha establecido que:

Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias. (Capítulo III, artículo 17).

Así, aunque el artículo 17 anteriormente referenciado, se ha convertido según Calderón (2015), en “la piedra angular del cambio del sistema colombiano de salud y que la Ley Estatutaria deroga a partir de esa fecha, todas las leyes y disposiciones que le sean contrarias, incluyendo las contenidas en la Ley 100 de 1993, en la 1122 de 2007 y en la 1438 de 2011” (p.51), las limitaciones impuestas por los empleadores y las empresas contratantes así como por el sistema y normas de habilitación de los servicios, referidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (2014), continúan restringiendo el ejercicio básico de la profesión médica hasta el punto de reducir el rol

de los médicos de atención primaria a la simple remisión de pacientes a los distintos niveles de atención y a la retención del gasto, bajo la primacía del concepto de tratamiento de la enfermedad en detrimento de la prevención y promoción que supuestamente constituían los fundamentos esenciales de la Ley 100.

Estos factores, junto con la inestabilidad laboral, la baja remuneración y la ausencia de incentivos para el personal médico del nivel básico de atención y de recursos para mantener actualizadas sus competencias profesionales, han conllevado a una disminución significativa de su compromiso con el juramento hipocrático, su ética médica y el desempeño decoroso de una profesión que décadas atrás gozaba de amplia credibilidad, respeto y reconocimiento social en razón de la capacidad evidente de aquellos profesionales que con su sabiduría, buen consejo y ejemplo de vida, contribuían significativamente a mejorar el nivel de vida de las familias y comunidades de su área de influencia y, que infortunadamente, hoy son protagonistas de críticas por parte de la opinión pública, amenazas y demandas legales que cada vez distorsionan y desdibujan sin clemencia la imagen del galeno y demeritan su acto médico y sus principios éticos.

Se trata entonces, de una deshumanización de la calidad de la atención clínica en los servicios prestados por la instituciones de salud que, según Santacruz (2015), no solo evidencia la falta de sensibilidad frente a los procesos sociales, que incluyen un adecuado tratamiento de los procedimientos en salud, sino la tendencia a centrar la asistencia médica en la enfermedad que de plano desatiende la integralidad de los usuarios; pues “las percepciones, sentimientos y emociones ya no son tenidas en cuenta, el uso reparador de la palabra comunicativa y comunicante se perdió completamente en el horizonte lingüístico de la clínica y la ética” (p.377), dando paso al desconocimiento del paciente como ser bio-psico-social y por tanto de sus derechos constitucionales.



La problemática de la calidad de atención en salud, también se refleja en el incremento de tutelas interpuestas por los ciudadanos, en tanto como lo afirman Gamboa y Carvajal (2010), el 70% de estas se han dado por violación al derecho fundamental de acceder a los servicios o procedimientos incluidos en el Plan Obligatorio de salud (POS); y las 94.502 acciones de tutela en salud reportadas en 2010 se incrementaron en un 25.2% en 2014, alcanzando un total de 118.281 reclamaciones por dicho concepto.

En lo que concierne especialmente a la atención primaria, el interés de las instituciones de salud por hacer de la prestación de sus servicios un negocio lucrativo cuya rentabilidad implica reducir al mínimo el otorgamiento de citas médicas o de autorizaciones para exámenes clínicos y medicamentos, ha incidido para que la ética de los galenos también esté a favor de sus beneficios financieros, por encima de su obligación de responder efectivamente a los derechos de sus afiliados; lo cual, se refleja plenamente en las limitaciones de tiempo que les imponen para atender cada consulta y el número de clientes que diariamente debe atender para cumplir con las expectativas institucionales, conllevando por tanto, a la ligereza en los diagnósticos, deficiencias en la elaboración de historia clínica, formulación de medicamentos genéricos que suelen ser inefectivos en el tratamiento de la enfermedad, contradicciones o diagnóstico equívoco y desaciertos en su criterio médico referido específicamente al “juicio clínico tendente a la toma de la decisión correcta en la práctica médica, sustentada en los conocimientos médicos, en las evidencias y en la experiencia” (Gamboa y Carvajal, 2010, p.33).

Esta deshumanización de la medicina, generada entre otras razones por el cambio de paradigma con respecto a la relación médico-paciente que ha sido reemplazada en los nuevos modelos de atención o sistemas de salud por el concepto “prestador –cliente” con serias implicaciones de tipo ético, moral y deontológico rompiendo definitivamente con ese sentir casi mágico que primaba

entre los galenos y sus pacientes, ha convertido a los profesionales de la medicina no solo en sujetos de la oferta y la demanda de los servicios de salud al otorgarle un carácter de simple asalariado, sino que su trabajo se ha precarizado ante la primacía del ánimo de lucro de las empresas promotoras o prestadoras de dichos servicios, las cuales limitan su actuación profesional mediante rigurosas exigencias a favor de sus propios intereses sin tomar en cuenta las expectativas y esperanzas de los usuarios, pese a que son ellos quienes según la prolífera normatividad, deben ser su razón de ser con las mayores garantías de recibir una atención de excelente calidad.

En efecto, de acuerdo con Sandoya (2010), el médico de atención primaria en salud además de sistematizar las observaciones de sus pacientes, con el fin de proporcionar mejores cuidados a su salud, aportar al conocimiento de la realidad y evaluar sus resultados, debe aplicar los correctivos pertinentes cuando estos sean necesarios si desea lograr la mejora continua de su acto médico. Igualmente, debe estar en capacidad de “acceder, leer y evaluar críticamente la literatura médica de forma tal que le permita equilibrar evidencia y experiencia de una manera efectiva, así como contribuir a elaborar guías de práctica en el primer nivel de atención para los motivos de consulta más frecuentes” (p.12).

No obstante, aunque según Franco (2015) la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecida por la Ley 1438 de 2011 representa indudablemente un renacer de la atención primaria, sin que ello signifique el logro de las transformaciones necesarias y urgentes que amerita el sistema, queda claro que en Colombia los médicos generales no están capacitados adecuadamente para asumir el ejercicio de la medicina en el ámbito familiar y comunitario y que en el acto médico como la primera relación médico-paciente que se establece a lo largo de la cadena del sistema de salud, no prima el factor humanitario tradicionalmente presente en dicho acto, ni la capacidad de resolver los problemas básicos de salud de la población. Por consiguiente,

la vocación médica, el espíritu de servicio, el altruismo y sentido de humanidad, son cualidades indispensables que el médico de atención primaria debe rescatar como parte de su ética profesional que indiscutiblemente debería primar sobre cualquier interés económico, o aspiración de prestigio y ascenso social.

De igual forma, se vislumbra la urgente necesidad de que el mismo sistema de salud colombiano, le reconozca al médico general de atención primaria su plena autonomía en el ejercicio de su profesión, su capacidad de auto-regulación, y el tiempo pertinente para elaborar adecuadamente la historia clínica, realizar un examen físico completo, proponer una impresión diagnóstica, ordenar exámenes o pruebas aclaratorias y, por supuesto, efectuar tratamientos acordes con sus conclusiones diagnósticas; así mismo, es necesario que promueva su formación e intervención en actividades de promoción, prevención, rehabilitación y paliación con el fin de que pueda aprovechar su potencial profesional en la resolución de un índice importante de problemas básicos de salud, tal y como lo sugiere el Ministerio de Salud y Protección Social (2014).

En consecuencia, aunque en la última década se vienen incrementando esfuerzos para impulsar el modelo de Atención Primaria en el país y se ha ido trascendido su concepción como primer nivel o puerta de entrada en el sistema, donde básicamente se asume la atención en salud para poblaciones vulnerables, divulgándola como una estrategia más centrada en mantener comunidades saludables mediante la atención basada en principios de equidad, justicia social y solidaridad que en atender la enfermedad, se evidencian grandes retos para dar cumplimiento a sus preceptos y principios, entre ellos los planteados por distintos expertos en El Universal (Octubre 26 de 2014), quienes destacan en primera instancia, el cambio de concepción del sistema colombiano de salud que actualmente no está centrado en la promoción y prevención, utilizando los recursos destinados a estas actividades en la atención de la enfermedad; lo cual requiere además

de una articulación efectiva con las EPS y la presión para que estas cumplan con esta directriz, la ampliación de cobertura, mayor corresponsabilidad del ciudadano y fortalecimiento de dicha estrategia.

En segundo lugar, se visualiza la necesidad de personal médico profesional con buena preparación en la implementación del modelo de atención primaria en salud y el compromiso de la sociedad, el gobierno, la empresa privada, la academia entre otros estamentos que interactúen mediante una estrategia intersectorial, en tanto el bienestar de los ciudadanos no depende exclusivamente del sector salud; también, se requiere una política de largo plazo y de recursos suficientes para su validación efectiva. Por último, los expertos han asociado las causas de la congestión de los servicios de urgencias a los retos de la APS, destacando entre estas la falta de atención oportuna de las citas de medicina general o de atención primaria; el cambio de perfil epidemiológico urbano que desplaza el trauma a las urgencias; y la falta de continuidad de atención de los pacientes con enfermedades crónicas y de concientización de los usuario frente a la importancia del uso adecuado y racional de los servicios.

En conclusión, como lo afirma Franco (2015), más allá del enfoque de la práctica profesional y su rol centrada en la medicina familiar y comunitaria, el problema sustancial de la atención primaria radica en el actual modelo de atención, que de hecho requiere un profundo cambio de paradigma no solo en lo relacionado con la medicina, sino con la organización de los servicios y la estructura del sistema, implicando una renovación que permita trascender definitivamente la centralidad en la acción curativa para asumir con responsabilidad de forma descentralizada, la atención preventiva y de promoción de la salud desde el ámbito territorial, donde el acto médico recupere su tradicional carácter humanístico y la confianza de los usuarios en la práctica médica.

Se intuye por tanto, la gran importancia que puede tener la auditoría del acto médico en el mejoramiento continuo de la calidad de atención primaria en salud.

## **Capítulo Dos: Importancia de la auditoria del acto médico de los profesionales de medicina general en el mejoramiento continuo de la calidad de atención primaria en salud**

Para determinar la importancia de la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general en el mejoramiento continuo de la calidad de atención primaria en salud, se requiere primero comprender qué es la calidad asistencial y abordar la auditoría en salud desde su origen y evolución conceptual a lo largo de la historia, y su adopción en el marco de la normativa colombiana.

### **2.1 Contextualización de la calidad asistencial en el ámbito mundial**

El abordaje histórico de la calidad asistencial a nivel mundial por parte de múltiples autores, instituciones y desde distintas perspectivas, aportó al enriquecimiento de su concepción hasta alcanzar una mejor aproximación a su deber ser, destacándose entre sus contribuciones la “Colaboración Cochrane” referida por Romero (2015), como una organización sin ánimo de lucro e integrada por algunos grupos que, durante dos décadas (80-90), se dieron a la tarea de buscar respuestas a los interrogantes relacionados con la efectividad de los tratamientos en diferentes áreas de la medicina, dando origen a la Medicina Basada en la Evidencia, de la cual se derivaron más de 3500 ensayos clínicos y las Guías de Práctica Clínica.

A fines de los 80, dichas guías fueron incorporadas en Estados Unidos en razón de los múltiples casos identificados con evidencias de uso inapropiado de intervenciones y procedimientos, posicionándose con fuerza en el contexto médico-científico; desde entonces, estos estándares de alta calidad de la práctica clínica, han desempeñado un papel de gran relevancia en el desarrollo de acciones para su mejoramiento debido a que permiten determinar actos clínicos asociados al sobreuso, subutilización, o uso adecuado o inadecuado. Otro aporte del abordaje de la calidad asistencial, es su conceptualización destacándose la definición emitida desde el Instituto Americano de Medicina, la cual según Romero (2015), se traduce como:

El grado en que los servicios de atención en salud, incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados en salud de la población a la que atienden y son consistentes con conocimientos profesionales actualizados. Señalándose las 6 dimensiones o características de la asistencia sanitaria de calidad: segura, efectiva, centrada en el paciente, oportuna, eficiente, y equitativa. (p.4).

Sin embargo, independientemente del modelo sanitario tanto de carácter público como privado adoptado en los distintos países, la calidad de la asistencia médica constituye hoy una problemática de grandes dimensiones a nivel mundial; de hecho, según Romero (2015), en Estados Unidos un estudio que analizaba más de 400 indicadores, evidenció la inadecuación de los cuidados sanitarios proporcionados a la ciudadanía, en tanto reflejaron su inconformidad con las recomendaciones científicas; igualmente, en los Países Bajos caracterizados por tener la mejor sanidad de Europa, un estudio demostró al analizar “36.000 decisiones de 200 médicos de familia, que el 35% de las decisiones no eran adecuadas a las recomendaciones científicas” (p.4).

Frente a esta problemática, la mayoría de países del mundo comenzaron a implementar durante los últimos años, políticas públicas que en el marco de los sistemas de salud conlleven al control y prevención de eventos adversos en todas las etapas del proceso de atención, aunque según

Gamboa y Carvajal (2015), fue solo hasta el año 2000 que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos con su publicación “Errar es Humano” inició un análisis más detallado de aquellos eventos previsibles.

No obstante, la Organización Mundial de la Salud (2007) afirmó que a nivel mundial, la atención sanitaria se enfrenta al gran reto de resolver una serie de problemas relacionados con la seguridad del paciente, pues aunque “el tradicional juramento médico (lo primero es no hacer daño) rara vez es violado intencionalmente por parte de los médicos, enfermeros u otros facultativos médicos, los hechos a lo largo del planeta señalan que los pacientes sufren daños todos los días” (p.1) y, por tanto, no solo es indispensable reconocer esta realidad sino rechazarla y buscar las estrategias para solucionarla.

Actualmente, en el ámbito internacional y a partir de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creada en 2004 por la Organización Mundial de la Salud con el objetivo de coordinar, difundir y acelerar el mejoramiento de dichos eventos, la seguridad del paciente es el mayor foco de atención en todos los países, que buscan por todos los medios la manera de estandarizar las prácticas asistenciales, la uniformidad del conocimiento y la estimulación de investigación en dicho campo, con fines de prevención de factores de riesgo asociados al error humano, organizacional o técnico.

Según Mena (2008), como consecuencia de reconocer en el ámbito médico que la mala práctica se da por el no cumplimiento de los preceptos determinantes de la calidad de atención médica y seguridad del paciente, se han propuesto como estrategias para disminuir los errores médicos la promoción del uso y disponibilidad de los análisis de medicina basada en evidencias, las guías clínicas, la epidemiología, el mantenimiento de una buena competencia profesional mediante la actualización de conocimientos y formación continua, el trabajo en equipo, la implementación del método clínico, el adecuado manejo de la ficha clínica, la estabilidad del equipo de salud y una óptima supervisión del personal en formación.

Estas estrategias, además de mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente, se orientan a la prevención de quejas médicas ante los estrados judiciales y a la disminución del alto índice de demandas en contra del personal médico, en razón de aquellos actos o errores que derivados de la praxis médica causan efectos adversos a la salud de sus pacientes con la consecuente responsabilidad médica de resarcir los daños causados o la imposición de sanciones legales o de tipo ético-disciplinario.

Los primeros hitos de calidad en la reglamentación colombiana que marcan el estado actual del sistema de calidad, se remontan a la Ley 100 de 1993 con la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyos objetivos, se orientan a “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención” (artículo 152). En su artículo 153, describe entre los fundamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la calidad como un atributo igualitario de la equidad, estableciendo su obligación de “proveer gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago” (numeral 1).

Cabe anotar, que la calidad de la atención médica, se puede entender como “el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles a la salud” (Avedis Donabedian, citado por Ahumada, 2011, p.3); y, por garantía de calidad, “el conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes, por cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoria, diseño, desarrollo y cambios organizacionales” (Kerguelén, 2008, p.77).



Los servicios de igual calidad implican según la Ley 100, las siguientes alternativas descritas por Kerguelén (2008): la definición de Estándares de calidad uniformes que se aplicarán a todas las organizaciones y personas que prestan servicios de salud; las guías de atención con criterios explícitos de pertinencia clínica, administrativas y financieras, que ayuden a garantizar una atención en salud de excelente calidad; los procesos de atención uniformes, deben ser conocidos e implementados por igual en todas las organizaciones; la generación de indicadores explícitos de medición de la prestación de los servicios, con el fin de conocer si la mencionada igualdad se encuentra a lo largo de todos los estratos sociales, etnias, sitios geográficos, y “la predicción de los resultados clínicos que se obtendrán una vez se atiendan las personas, los cuales tendrán que ser iguales o con muy pocas variaciones entre grupos poblacionales con características similares” (p.35).

Con el Decreto reglamentario 2174 de 1996 (derogado por el Decreto 2309 de 2002), se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estipulando que la atención en salud debe incluir no solo los aquellos servicios propios del aseguramiento y administración de los recursos a cargo de las entidades promotoras de salud, sino “los de prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (artículo 2), definiendo también como características principales de la calidad de la atención en salud, “la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica, e integrando además “la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida” (artículo 3).

En síntesis, durante las últimas cuatro décadas, los esfuerzos gubernamentales a nivel mundial, se han enfocado en procurar la validación de la garantía de la calidad de atención en salud a la población y, en efecto, la auditoría médica ha tomado gran auge como deber de las instituciones del sector, con fines de lograr mediante procesos educativos la construcción de una nueva cultura que, al interior de estas entidades, se revierta en el mejoramiento u optimización de la calidad de la atención en salud.

## **2.2. Generalidades de la auditoría en salud**

### **2.2.1. Aproximación histórica**

Los primeros reportes sobre calidad, se dieron a mediados del siglo XIX cuando según Fonseca, Rivero, Torres, Ñamendys y Domínguez (2009), “la enfermera Florence Nightingale comparó la mortalidad de los hospitales de Crimea y los de Londres. Los métodos para valorar sistemáticamente el trabajo de los médicos se originaron en Estados Unidos, hacia el año 1910, impulsados por Ernest Codman” (p24), quien realizó en la ciudad de Boston un estudio retrospectivo de intervenciones quirúrgicas.

Por la misma época (1910), afirma Fioravanti (2014) que Abraham Flexner instauró el primer programa de Auditoría Médica, en cuyo informe “Cirugías, Verdaderas Trampas Mortales”, evidencia la falta de formación y experticia de los médicos generales en intervención quirúrgica y las deficiencias en la atención hospitalaria, convirtiéndose en uno de los pioneros en el perfeccionamiento de los mecanismos de evaluación en Auditoría, con el fin de lograr un mayor nivel de calidad de la atención médica.

Para Machuca (2007), la auditoría en salud nace con la profesión médica, como una necesidad de valorar mediante el método científico la eficiencia de los medicamentos, las técnicas de diagnóstico y el éxito logrado en las intervenciones y decisiones quirúrgicas, al igual que de formar o educar al personal médico en todo lo relacionado con la calidad de atención brindada a los pacientes desde la práctica de la medicina; los modelos industriales de acción institucional tales como la gestión de calidad total (G.C.T.) o el mejoramiento continuo, también incidieron en el origen de la función auditora en el campo de la salud, sobre todo a partir de 1980 cuando los médicos norteamericanos comenzaron a utilizar dichos esquemas, los cuales desde entonces han pasado por un proceso de desarrollo que, aún en la actualidad, continúa perfeccionándose para garantizar una mejor atención a los usuarios de los servicios de salud en todos los países.

En Suramérica, Fioravanti (2014), refiere que la primera experiencia hospitalaria de auditoría se realizó en Chile en 1952; en Argentina la proliferación de obras sociales durante los años 60, generó la necesidad de ejercer control sobre la Calidad de la atención Médica, la cantidad de servicios prestados, y de verificar los procesos de facturación; y en 1970 con la Ley 18610, se inició el desarrollo de la Auditoría médica como tal, cuyo desarrollo conllevó posteriormente en 1994 a la realización del primer encuentro de Auditoría Médica con la participación de la Escuela de Salud Pública, el Centro Latinoamericano de Administración Médica y la sociedad Argentina de Auditoría Médica entre otras entidades participantes, posicionándose como el primer referente histórico de auditaje médico en ese país.

La definición de auditoría médica como “análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente” (Ministerio de Salud del Perú-MINSA, 2014, p.11), publicada a mediados

de los 80 en los documentos de trabajo para la reestructuración del Sistema Nacional de Salud Británico (NHS), fue ampliamente aceptada por los profesionales de salud europeos. No obstante, aunque esta definición no evidencia la capacidad para promover cambios significativos en la práctica médica, orientándola a mejorar la calidad de atención al paciente y hacer seguimiento a la implementación de las recomendaciones como parte importante del perfil de los auditores médicos, si constituye un buen referente de lo que debe ser este tipo específico de auditoría desde el punto de vista operativo.

De hecho, la auditoría tradicional en el campo sanitario, se centraba especialmente en aspectos parciales, que en su mayoría según Manrique (2016), eran de carácter administrativo tales como autorización de prestaciones y facturaciones médicas a cargo de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento, EPS o compañía de seguros privado, con escasa o nula vinculación al objetivo de mejorar la calidad de atención de la salud de las personas, y era ejercida por profesionales no certificados en auditoría médica; situación que aún suele ocurrir en algunas instituciones.

Una corta aproximación a la evolución histórica del concepto de auditoría médica, es la de Piscoya (2000, p.232), quien describe como la definición metodológica de Virgil Slee (1967), que se traduce en la “evaluación de calidad del cuidado médico y cómo este se refleja en las historias clínicas”, no incluye la auditoría basada en evidencias; y, aunque la definición de Heath (1986), “regulación y mantenimiento de los más altos estándares posibles apropiados a cada situación” incluyendo la evaluación por pares, fue mejorada por Dixon al incorporarle la “identificación de oportunidades de mejora” e indicar los mecanismos para su realización, haciéndola más comprensible, no determinó los aspectos del cuidado médico que deben ser auditados ni el proceso a seguir a la hora de implementar las mejoras. Razón por la cual, la auditoría como “proceso crítico

del cuidado de la salud, identificando deficiencias para proponer soluciones" propuesto por Crombie (1993), ha sido el referente más aceptado hasta el momento actual, con ajustes significativos de acuerdo a las necesidades emergentes a lo largo del tiempo.

A partir de la década de los 90, factores como el vertiginoso desarrollo de la ciencia y la tecnología, la globalización de la información, el creciente interés de la población en la problemática relacionada con los servicios de salud y los avances en las legislaciones asociadas a las garantías de calidad en la atención que los Estados deben brindar a los usuarios, han incidido en la importancia adquirida por la auditoría médica en los procesos de control interno de las instituciones de salud, en tanto la identificación de debilidades o falencias, la autoevaluación del acto médico y la retroalimentación implicadas en los procesos de auditaje, conducen a la mejora continua de la práctica médica.

Esta evolución conceptual, conllevó a que desde mediados de los 90, la auditoría se empezara a interpretar como una herramienta para el mejoramiento de la calidad de la atención, mediante un proceso educativo conducente a disminuir la morbilidad y, actualmente, en el campo de la salud, múltiples significados se le han atribuido, así:

La *auditoría en salud* como “revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud (médicos y no médicos), cuya finalidad es mejorar la calidad de atención” (MNSA, 2014, p.10), y constituye una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, (MINSAL, 2014, p.10).

La *auditoría de la calidad de Atención en Salud*, como “mecanismo sistemático y permanente de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud, implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación

entre la calidad observada y la calidad esperada” (MINSA, 2014, p.11), la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científico-administrativas; y la adopción de medidas orientadas a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. Razón por la cual, es indispensable “establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la realización de la auditoría de la calidad de atención en salud, orientados a estandarizar el trabajo de los auditores en salud y a obtener resultados” (p.12), para el mejoramiento de los servicios auditados.

La *Auditoría de Caso*, que por sus implicaciones en las políticas organizacionales, “su carácter legal, en mérito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas, su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales, incluyendo muchas veces funciones operativo-administrativas del establecimiento de salud” (MINSA, 2014, p.12).

Desde esta perspectiva, es claro que la auditoría médica extiende su análisis sistemático y crítico de la calidad de atención, a los profesionales que brindan la atención asistencial incluyendo médicos, enfermeras, odontólogos, terapeutas, laboratoristas, farmacéuticos, obstetras, psicólogos, nutricionistas y demás profesionales que de una u otra manera están involucrados en la atención en salud del paciente.

Este nuevo concepto de la auditoría en salud, también definida como “evaluación sistemática de la atención en salud enfocada según Avedis Donabedian, a tres componentes: estructura, proceso y resultado, que hacen parte del Sistema de Garantía de Calidad de las instituciones que prestan servicios de salud” (Iriarte, 2007, p.52), se supone debe apuntar al logro de mejores prácticas médicas en la rutina de cuidado del paciente, incluyendo la actuación en dicho aspecto por parte de los profesionales de diferentes disciplinas encargados de atender desde su

especialización los distintos aspectos de la enfermedad, para garantizar en su conjunto una atención integral de su salud, es decir, que su objetivo primordial es el mejoramiento de la calidad de atención brindada al usuario, así como la calidad de las entidades prestadoras de los servicios mediante la implementación de procesos adecuados y oportunos de retroalimentación y educación permanente.

En conclusión, a diferencia de la *auditoría clínica*, que según Iriarte (2007), consiste en la revisión de todas las acciones que incluidas en los servicios médicos, impactan directamente el cuidado del paciente, incluyendo los aspectos de *estructura* (recursos físicos, humanos, documentales, tecnológicos, financieros), *proceso* y *resultado* (indicadores de eficacia, eficiencia y satisfacción) y puede ser realizada por profesionales de salud (tanto médico como no médico), la *auditoría del acto médico* es un proceso de análisis crítico de la práctica médica que, según Álvarez (2017), potencialmente depende de la revisión sistemática de la historia clínica, su confrontación con protocolos de diagnóstico, de exámenes de ayuda diagnóstica, tratamiento y estándares institucionales para obtener puntos de vista consensuados, constituyéndose estos aspectos en la piedra angular de la auditoría médica, en tanto, la evaluación de la calidad de los registros de la totalidad de las prestaciones médicas recibidas por el enfermo, los exámenes realizados, además de los solicitados y todo aquello relacionado con la patología del paciente y las acciones desarrolladas para obtener su curación, permiten un análisis juicioso del trabajo médico.

### **2.2.2. La auditoría en salud en el contexto colombiano.**

Los primeros esfuerzos en torno a la auditoría en salud, se iniciaron en el Instituto de Seguros Sociales entre 1983 y 1987, centrando las acciones en la construcción de marcos teóricos sobre la

calidad de los servicios de salud y, a partir de la Ley 10 de 1990, se reorganizó el Sistema Nacional de Salud, otorgándole a la salud el rango de Servicio Público y se adoptó “el régimen, conforme al cual se debe llevar un registro especial de las personas que presten servicios de salud y efectuar su control, inspección y vigilancia” (Artículo 1). Un año después, la Constitución de 1991 estableció que “las autoridades administrativas deberían coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado” y, en todos sus órdenes, tendrían un control interno a ejercer en los términos que señalara la ley” (Capítulo 5, artículo 209). De igual forma, la Carta Magna estipula que:

En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas. (Constitución Política de Colombia 1991, Título X, Capítulo 1, artículo 269).

Posteriormente, la Ley 87 de 1993 establece normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado, definiéndolo como un “sistema integrado por el esquema de organización, el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos, mecanismos de verificación y evaluación” (artículo 1), que debe ser adoptado por toda entidad pública, con fines de orientar sus actividades, actuaciones y la administración de sus recursos e información conforme a la normas legal y constitucionalmente establecidas en el contexto de las políticas, metas u objetivos previstos por la dirección; con lo cual se fortalece en el país el desarrollo e implementación de auditorías internas en todas las instituciones públicas tanto del orden nacional como territorial. La Ley 100 plantea la necesidad de garantizar la calidad a través de un continuo de la atención en salud, basado en un enfoque sistémico e integral de la misma (artículo 153, numeral 3), y establece que:



El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia. (Ley 100 de 1993, artículo 153, numeral 9).

En su artículo 227, la Ley 100 también incluye la auditoría médica como parte del control y evaluación de la calidad del servicio de salud, en los siguientes términos:

Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público. (Ley 100 de 1993, artículo 227).

Con la promulgación de la Ley 100, comenzó entonces el desarrollo normativo de una serie de contenidos que metodológicamente eran representativos para el sistema, aunque formalmente, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad solo apareció hasta el año 1996 mediante Decreto 2174 y, posteriormente, se fue avanzando en el tema con los Decretos 2309 de 2002 y el 1011 de 2006, que finalmente derogaron todos los anteriores.

La Ley 100 en su artículo 14. De la Auditoría Médica, estableció que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deberán establecer procesos de auditoría médica, de acuerdo a las pautas que al respecto elaboren el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, entendiéndola como la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada según lo estipulado en las normas técnico científicas y administrativas previamente establecidas para la atención en salud.

El Decreto 1011 de 2006 establece en su Título IV, que los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud “serán obligatorios para las Entidades

Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB” (artículo 32), implicando:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios. 2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas. 3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas. (Decreto 1011 de 2006, artículo 32).

En el párrafo de su artículo 32, el Decreto 1011 estipula que para todos sus efectos debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de *Auditoría Médica* a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Finalmente, el Ministerio de la Protección Social (2007), emitió “las pautas indicativas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, en desarrollo del título IV del Decreto 1011 de 2006” (p.15), con el objetivo primordial de orientar a los diferentes actores del sistema” (p.15), para que asuman la auditoría como una herramienta gerencial y de gestión de la calidad de los servicios, que requiere la implementación adecuada de los procesos inherentes a su función auditora y, por tanto, el conocimiento de los elementos básicos a tener en cuenta para garantizar la veracidad de la información auditada y la identificación asertiva de los correctivos a aplicar en cada caso particular.

Uno de los problemas de mayor relevancia de la asistencia médica está relacionado con la seguridad del paciente, en tanto la atención en salud implica según Gamboa y Carvajal (2015), un conjunto de riesgos derivados de múltiples factores tales como la patología misma, la calidad técnica de los profesionales encargados de atenderlo, la disponibilidad y uso de la tecnología, la coordinación de los equipos de trabajo, las políticas institucionales y la delegación de funciones

entre otros. Los aspectos asociados a la seguridad del paciente, han colocado al sector salud colombiano en el eje central de cuestionamiento por parte de usuarios, aseguradoras, medios de comunicación y ministerio de salud sobre las razones que están incrementando cada vez más la ocurrencia de desenlaces negativos no esperados en los pacientes o la variabilidad de los resultados clínicos cuando estos no son inherentes a la patología en sí, sino a otros factores derivados del proceso de atención.

Prueba de ello, es un estudio de la Universidad Nacional y Colciencias, referenciado por Gamboa y Carvajal (2015), el cual demostró que la mortalidad asociada a los eventos adversos en nuestro país, se acercó al 6% y, en el contexto hospitalario, la incidencia por dichos motivos ascendió al 4.6%, con predominio en las especialidades quirúrgicas (6,2%) y medicina interna aunque en menor proporción (3,5%); lo más relevante, es que en un 60% los eventos adversos se hubiesen podido prevenir.

Frente a esta problemática, surge en el país la política de seguridad del paciente cuyo desarrollo según Gamboa y Carvajal (2015), ha sido promovido por el Ministerio de la Protección Social mediante un conjunto de acciones y estrategias sencillas que deben ser implementadas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las cuales “propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud” (P.16).

En este marco de acción y considerando que en los procesos de atención interviene un conjunto de profesionales de la salud, cuya actuación aun en acciones aparentemente simples puede representar fallas en la calidad e impactar la seguridad del paciente, el Ministerio de la Protección Social (2007), ha establecido la conveniencia de realizar evaluaciones periódicas bien sea de

manera *retrospectiva* para identificar errores cometidos que hayan terminado en eventos adversos, o que podrían haberlo hecho (incidentes o casi - evento adverso), como de manera *pre activa* identificando las fases en los procesos de atención en las cuales sería posible que se presentaran fallas, con fines de prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras de seguridad (modo de falla).

La seguridad clínica forma parte de la dimensión técnica de la calidad de atención y, el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, aunado a otros componentes como son el sistema único de habilitación, el programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, la acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud y los sistemas de información al usuario, conforman en la actualidad el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Este Decreto que derogó el Decreto 2309 de 2002 aunque no cambia radicalmente la estructura del Sistema obligatorio de garantía de calidad, ya que mantiene intactos sus componentes y la gran mayoría de las herramientas y métodos en este establecidos, reglamentó como características fundamentales de la calidad de la atención que por ley deben lograr obligatoriamente las instituciones del sector salud en Colombia, el acceso a los servicios de salud, la oportunidad en la atención, la pertinencia del enfoque clínico, la continuidad de la atención y la seguridad del paciente, destacando entre las estrategias mediante las cuales el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) deberá impactar el riesgo de la Atención en Salud, la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad incluyendo la estrategia de vigilancia de Eventos Adversos trazadores en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

Según el Decreto 1011 de 2006, el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de auditaje, operará en los siguientes niveles:

1. **Autocontrol.** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización. 2. **Auditoria Interna.** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoria interna. 3. **Auditoria Externa.** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoria de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa. (Decreto 1011 de 2006, artículo 33).

Los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificados como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación, son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina pre-pagada; y, según el Ministerio de la Protección Social (2011), deben contemplar como punto de comparación de sus hallazgos, el cumplimiento del conjunto de normas y actividades que previamente establecidas, deben ser realizadas con carácter obligatorio dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica al interior de la institución.

En el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, la auditoría es un componente de mejoramiento continuo, que se traduce en mecanismo “sistemático y continuo de evaluación del

cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación” (Ministerio de la Protección Social, 2007, p.17), implicando la atención en salud, como parte fundamental del proceso de cuidado de la salud, que comprende el conjunto de actividades realizadas por los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control del ámbito nacional o territorial, las EAPB, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, se puede entender como:

Un proceso técnico, que va inmerso en la misma prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema de atención acerca de su desempeño comparado con el marco de estándares óptimo, a través del cual la organización o el profesional pueda implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención (eficiencia clínica y administrativa), mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica) y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tenga derecho en un ambiente de respeto e interacción en la dimensión interpersonal de la atención, de tal manera que le genere satisfacción (aceptabilidad), pero también buscando incentivar un justo y óptimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad (optimización). (Ministerio de la Protección Social, 2007, p.26).

En este proceso, se incluye la vigilancia de los eventos adversos como una herramienta de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, cuyos resultados impacten la Calidad de la institución, pues esta contribuye a identificar riesgos en la atención del paciente inherentes a él mismo o a su enfermedad y a diferenciarlos de aquellos riesgos generados directamente por la atención del personal médico, paramédico o de la institución.

Igualmente, la auditoría del acto médico también conocida como auditoría o Evaluación Médica, desempeña un papel fundamental en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del

Sistema General de Seguridad Social en Salud en tanto constituye una herramienta de gran utilidad para evaluar la calidad de la atención médica prestada a los usuarios de los servicios de salud desde su ingreso hasta el egreso del servicio y, cuya implementación periódica, tendrá como fin primordial la identificación de deficiencias o debilidades por parte del grupo auditor, el cual además de analizar sus causas u oportunidades de mejora, determinará y formulará las acciones de mejoramiento continuo que deberán implementar los encargados del proceso auditado, haciendo seguimiento a los resultados de su implementación.

Así, la auditoría médica referida explícitamente a la revisión del acto médico, según lo establecido en las Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud establecidas por el Ministerio de la Protección Social (2007), “no podrá ser realizada por profesional distinto a un profesional médico; y, en caso, de tratarse de una especialidad médica específica, el médico auditor deberá basarse en las guías de atención adoptadas por la institución para la evaluación del caso” (p.50).

El personal no médico sólo podrá auditar la Historia Clínica en cuestión de forma y/o tamizaje, mas nunca en situaciones de fondo o pertinencia médica, pues si la revisión de dicho documento se realiza para establecer criterios administrativos que lleven a la verificación de cantidades y su costo, podrá realizarse por otros profesionales o técnicos con el conocimiento y preparación para tal fin. Igualmente, cuando se utilicen instrumentos de tamizaje con evidencia sólida acerca de su validez, podrá ser revisada por profesionales y/o técnicos previamente entrenados y solamente en lo referente a los criterios específicos objeto del tamizaje. (Ministerio de la Protección Social, 2007, p.51).

En este proceso, es indispensable que se respete el principio de la evaluación por Pares, entendiendo por Par “la persona con pleno dominio de conocimientos en el área o tema que se está abordando en la auditoría” (MPS, 2007, p.51), trátase de disciplinas clínicas o no clínicas (como administrativo o financiero por ejemplo), pues la realización de auditoría por personas que no sean pares puede distorsionar no solo el método aplicado sino el juicio que se emite, y deteriorar

gravemente las relaciones entre el auditado y el auditor. La auditoría POR PARES conlleva a que un profesional de la salud o servicio de salud pueda ser auditado por un profesional de su misma disciplina o especialización, cuando las circunstancias así lo requieran.

En cuanto a los hallazgos de auditoría, según Manrique (2016), estos se refieren a las conformidades, no conformidades (NC) y observaciones (OBS) identificadas como resultado del proceso de auditaje entendiendo por No Conformidad (NC), el incumplimiento de un criterio en auditoría: No cumplimiento de aspectos normativos; No adherencia a criterios o normas; y, por Observación (OBS), cualquier situación deficiente y relevante que se determine de la aplicación de procedimientos de auditoría y estará estructurada de acuerdo con los atributos.

Al finalizar la auditoría, es fundamental presentar el informe que traduce fielmente las conclusiones del proceso ejecutado y debe guardar relación con el objetivo y alcance de la actividad planificada, consignar la fecha de la auditoría, los procesos examinados, las no conformidades y observaciones, los puntos fuertes de la actividad auditada y las recomendaciones. Además, es requisito esencial, la realización de auditorías de seguimiento para evaluar la eficacia de las acciones implantadas y contrastar el levantamiento de no conformidades y, ya finalizadas, también se deberá presentar e informar los resultados obtenidos.

Queda claro entonces, que la función educativa de la auditoría médica, es uno de los factores primordiales para garantizar la calidad de la atención en salud, pues el acto médico como tal es el pilar del cuidado profesional que se le brinda al paciente, lo cual aunado a la oportuna asignación de sus citas médicas, autorizaciones de exámenes, pruebas diagnósticas o de tratamiento y entrega de medicamentos, constituyen los aspectos incidentes y determinantes en la satisfacción de los usuarios.



De hecho, la auditoría en salud en lugar de buscar culpables se orienta al mejoramiento de procesos, a promover en el profesional y la organización la adopción de la cultura de auto evaluación y autocontrol, de acuerdo con el modelo de auditaje establecido en el artículo 33 del Decreto 1011 de 2006. Por lo cual, de ser correctamente implementada incentivará el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, fortaleciendo además la viabilidad de la institución y del sistema dentro de un contexto de efectividad, eficiencia bajo principios éticos.

En conclusión, tanto la auditoría en salud como el Sistema de Garantía de Calidad, apuntan específicamente a lograr la calidad de la atención en salud, entendida como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos” (Decreto 1011 de 2006, artículo 4), en términos de eficacia, eficiencia y efectividad, con fines de lograr su satisfacción. Además, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, se convierte entonces en una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente, en tanto facilita la creación de una cultura organizacional autocrítica y proactiva ante los errores y que sea solidaria con los pacientes y sus familias.

### **2.3. Importancia de la auditoría del acto médico en el mejoramiento continuo de la calidad de atención primaria en salud**

Según Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011), la estrategia de Atención primaria en salud definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, constituyó un avance para trascender los modelos biomédicos centrados en la enfermedad con énfasis en servicios curativos generalmente prestados en entidades de segundo y tercer nivel, hacia modelos orientados a prevenir y promover la salud

de la población. Así mismo, se asumió la prevención como un conjunto de medidas destinadas no solo a prevenir la enfermedad o detener su desarrollo atenuando sus consecuencias, sino a reducir los factores de riesgo; y, la promoción, como los medios que se proporcionan a los individuos y comunidades para que puedan controlar o mejorar su propia salud. En este sentido, la satisfacción y calidad de la atención primaria se debe medir en términos de los problemas de salud resueltos y no de la cantidad de servicios prestados.

Los niveles de atención como forma coordinada de organizar los recursos, están divididos en tres niveles, de los cuales el primero por ser el más cercano a la población, facilita la resolución de las necesidades de atención básica de enfermedades más frecuentes que, por lo general, se pueden superar con actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud o mediante procesos de recuperación y rehabilitación; de lo cual, se deduce la importancia de que este nivel funcione adecuadamente y el papel protagónico que los médicos generales desempeñan en los procesos de atención, pues su buen desempeño también garantiza la identificación de los índices de morbilidad o mortalidad de las poblaciones atendidas, generando la información suficiente para el abordaje de estudios relacionados con los diferentes problemas de salud, a fin de estandarizar procedimientos, tratamientos y formas de enfrentarlos mejorando la capacidad resolutoria institucional.

En este aspecto, es importante tener claro que la estrategia de atención primaria en salud se puede implementar en todos los niveles de atención, “desde el equipo de salud que trabaja en el primer nivel, hasta en la gestión de servicios de alta complejidad en el tercer nivel, es decir, no es sinónimo de primer nivel de atención y, mucho menos de prevención primaria” (Vignolo, et al 2011, p.12); a su vez, las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles a saber:

La prevención primaria cuyas estrategias se orientan generalmente a disminuir la incidencia de enfermedades (No. de casos) y, por consiguiente, a reducir la exposición de las personas a factores de riesgo hasta niveles no nocivos para la salud (por ejemplo, la educación para la prevención de infecciones de transmisión sexual); la prevención secundaria, se enfoca en el diagnóstico precoz de enfermedades incipientes asintomáticas y su tratamiento oportuno, con el fin de controlarlas; por ejemplo, la acción educativa para que la población acuda al control de hipertensión, permite identificarla oportunamente y tratarla a tiempo. En cuanto a la prevención terciaria, Vignolo, et al (2011) afirman que esta se traduce en:

Acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducirlas de este modo. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. (p.13)

La prevención terciaria, se trata entonces de minimizar el sufrimiento causado por la enfermedad, facilitar la adaptación del paciente frente a enfermedades incurables concientizándolo de la importancia de procurarse la mejor calidad de vida en el tiempo que le queda por vivir, y contribuir a prevenir al máximo la reincidencia de otros problemas de salud poco después de su convalecencia. Ejemplo de ello, son las actividades de rehabilitación tales como las fisioterapias que se le hacen a un paciente tras la retirada de un yeso en razón de una fractura. En cada nivel de atención, primero, segundo y tercero se pueden desarrollar todos los niveles de prevención. Por ejemplo, la prevención terciaria (rehabilitación) suele ser asumida en el primer nivel.

Sin embargo, pese a los grandes beneficios que puede tener la estrategia de atención primaria en la salud de la población y en los sistemas de salud de los países, “la situación de la salud a nivel mundial se encuentra en un momento de crisis, reflejada en los indicadores globales medidos en

términos cuantitativos, tales como: tasa de mortalidad, tasa de letalidad y tasa de infecciones, entre otros (Amador y Cubero, 2010, p.176). Responder efectivamente a los problemas o situaciones que inciden sobre una población y sus individuos, identificados o no por ellos, implica la aplicación de normas, procedimientos y protocolos diagnóstico-terapéuticos necesarios así como la verificación de los instrumentos y medios médicos que se utilizan. En la atención primaria se han invertido cuantiosos recursos en los últimos años, para mejorar la calificación profesional y técnica del personal y se llevan a cabo nuevos planes de formación; no obstante, las expectativas y el grado de satisfacción de los pacientes, sus familiares, de los propios trabajadores de la salud y de otros usuarios del sistema no se corresponde con estas transformaciones.

Además, según Amador y Cubero (2010), la integración de los procesos institucionales es insuficiente por lo que el trabajo asistencial se basa en las especialidades y no en la gestión por procesos; el estudio de expectativas de los pacientes, familiares y demás usuarios, al igual que la evaluación del desempeño profesional del médico es deficiente y, a su vez, su capacidad resolutive en este nivel es mínimo; la evaluación de riesgos es prácticamente inexistente; los horarios de consulta son restringidos; el desarrollo de las actividades de investigación institucionalmente definidas en razón de los problemas de salud identificados, suele ser insuficiente; y los impactos más significativos derivados de la práctica médica, se evidencian frecuentemente en el desatino de los diagnósticos o tratamientos terapéuticos y la ausencia de actividades de promoción, prevención y rehabilitación.

Según Rodríguez y Grande (2014), el Comité Asesor para la Calidad de los Estados Unidos ha aceptado que a nivel mundial, los problemas de calidad asistencial se dan en todos los niveles de atención, reconociendo también, “que la diferencia existente entre los cuidados recibidos por un

gran número de pacientes y los que deberían de recibir, no es una pequeña brecha o gap sino un gran abismo entre ambos” (p.34).

Por otra parte, en la atención primaria, “las escasas estrategias destinadas a minimizar el error diagnóstico han ido dirigidas a actuar sobre los aspectos sistémicos y reducir el empleo de heurísticos, fomentando el uso del sistema” (Minue, 2017, p.5). En consecuencia, aunque dicha atención no debería ser sustancialmente diferente de cualquier otro tipo de actividad productiva, requiriendo como factor clave el uso de protocolos o sistemas de ayuda a la decisión, la evidencia empírica es muy limitada. Por consiguiente, ante las incógnitas respecto al rol que juegan los médicos su análisis e intuición en el error, la formación e investigación sobre el error diagnóstico debería convertirse en una prioridad real.

En este contexto, “la auditoría constituye una forma de control, dada por una revisión sistemática de los aspectos legalmente establecidos o adoptados en la organización, lo cual permite la identificación de las no conformidades y la adopción de acciones preventivas o correctivas (Amador y Cubero, 2010, p.178). En las instituciones de atención primaria, las auditorías suelen ser de tipo económico, requiriéndose entonces realizar auditorías directamente relacionadas con el proceso asistencial como son las del acto médico, de historia clínica, de caso u otras; por otra parte, la formación de auditores internos de calidad es una necesidad y un requisito para los Sistemas de Gestión de Calidad a nivel institucional.

Al respecto, Fajardo (2017) afirma que la auditoría ha estado presente desde el surgimiento de la medicina, como una herramienta de revisión-verificación continua y sistemática de procesos médicos y sus resultados, “con el objetivo de alcanzar el mejoramiento continuo y la estandarización gradual de la práctica médica, a fin de disminuir la variabilidad clínica y minimizar los riesgos de las intervenciones en salud” (p.16), es decir, que el ejercicio de la práctica médica

lleva implícito un proceso de mejoramiento continuo en búsqueda de alternativas y tecnologías que mejoren las condiciones de salud del paciente; pues en lo referido al proceso asistencial, la auditoría del acto médico en particular, fomenta la cultura de educación continuada, la pertinencia técnica científica de los procedimientos e intervenciones de acuerdo a las necesidades del paciente y la medicación adecuada.

En este sentido, Ruíz (2016), afirma que el consumo excesivo junto con la poli-medicación innecesaria en un significativo número de casos, se ha convertido en un verdadero problema por sus efectos adversos en la salud de las personas y, por tanto, la auditoría del acto médico resulta de gran utilidad en la des-medicalización de la sociedad, obviamente sin menoscabo de los derechos de los usuarios, al incidir para que los médicos generales opten en la medida de lo posible por asumir las actividades preventivas y de promoción de la salud, y “contribuye a reforzar o mejorar la relación médico-paciente para hacerla más empática y poner en valor la labor pedagógica que desempeñan los profesionales del sistema sanitario” (p.10).

Para Vélez (2013), la auditoría en los sistemas de salud constituye un instrumento de evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procedimientos de atención médica, consistente en la revisión sistemática, continua y objetiva del acto médico basada especialmente en el análisis de las historias clínicas. En las IPS, la auditoría de la práctica médica tiene un “carácter educativo, correctivo, preventivo, y se concibe como un procedimiento técnico de control o mecanismo de mejoramiento y perfeccionamiento médico, basado en la utilización de normas y registros” (p.26).

En consecuencia, la auditoría del acto médico adquiere gran importancia en el contexto de la atención primaria en salud, en tanto contribuye a controlar y minimizar los riesgos inherentes a la práctica de los profesionales de medicina general (quienes son los llamados a promover la prevención y promoción de la salud en todos los niveles de atención); por lo cual, se orienta

además, a prevenir las complicaciones o errores de la mala práctica médica que puedan afectar la seguridad y la calidad en la atención de los pacientes.

Fajardo (2017), también destaca la importancia de la auditoría concurrente, la cual como “evaluación sistemática, continua e integral de la calidad de la asistencia médica de manera presencial durante la ejecución de las atenciones médicas dentro de las instituciones que prestan el servicio de salud” (18), promueve en los médicos el mejoramiento de la calidad de atención en salud y el tiempo dedicado a cada paciente según lo estipulado por la normativa, la pertinencia de su práctica profesional según las guías y protocolos establecidos; permite verificar la satisfacción del usuario y evaluar la calidad del diligenciamiento de la historia clínica.

Álvarez (2017), afirma que la auditoría médica basada en historia clínica, tiene como principal finalidad monitorizar, controlar y mejorar la calidad de la atención en salud, contribuyendo de manera continua a la educación del personal médico y demás profesionales de la salud con respecto al adecuado diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, es decir, que apunta a la actuación del médico como tal.

Dentro de sus objetivos principales se destacan: evaluar la calidad de las historias clínicas, la calidad de la atención médica de acuerdo con protocolos establecidos, lograr un uso racional de medicamentos, evaluar el cumplimiento de protocolos de manejo, lograr pertinencia en incapacidades por enfermedad general y maternidad, generar cultura frente a la importancia de la atención primaria con fines preventivos o de tratamiento básico que impidan las complicaciones de salud de la población y obviamente la humanización del acto médico para considerar los factores bio-psicosociales y culturales de sus pacientes.

Desde la perspectiva de Fajardo (2017), la importancia de la auditoría del acto médico radica en que permite evaluar la efectividad en la implementación de “los esquemas de gestión integral

del riesgo establecidos para cohortes de pacientes crónicos y de alto costo, donde se caracteriza y segmenta la población de riesgo en grupos de atención especial de acuerdo con patologías específicas tales como hipertensión arterial y diabetes” (p.26), al igual que el grado de formación y entrenamiento de los médicos de atención primaria para atenderlas de manera integral, basados en guías de práctica clínica y protocolos de atención en los cuales están establecidas las metas específicas de control de cada enfermedad, determinando si se han definido los procedimientos médicos más convenientes, al igual que los logros en lo concerniente a evitar la enfermedad y tratar oportuna y eficazmente las patologías de la población disminuyendo sus complicaciones.

La auditoría del acto médico, también permite evaluar la oportunidad en la remisión de los pacientes por parte de los médicos generales, a los programas de prevención y promoción establecidos por la institución; identificar las fuentes de información y los mecanismos para realizar las búsquedas activas de la población de riesgo y su efectividad; detectar las deficiencias y falencias en cuanto al registro del acto médico en la historia clínica; y, cuando es el caso, definir las variables que deben manejarse en dicho documento esencial, para garantizar la identificación del riesgo de la población e todos los niveles de atención (por ejemplo: métodos de planificación familiar, tabaquismo, sedentarismo) y los riesgos psicosociales de la población de riesgo que afecte la adherencia a los tratamientos.

Fajardo (2017) asegura que desde la auditoría del acto médico, además de evaluar el estricto cumplimiento y apego a las disposiciones jurídico-administrativas, la ética profesional, el grado de humanismo en la relación médico-paciente y promover la apertura al cambio como proceso flexible en el momento de interpretar y ajustar sus acciones a la realidad cambiante de las instituciones de salud, a los esquemas normativos, el recurso humano, las nuevas tecnologías y avances en conocimientos científicos sobre el manejo de las enfermedades de la población, se



puede liderar la concientización de los médicos generales de atención primaria en salud, sobre la importancia de gestionar el riesgo mediante procesos y protocolos definidos de intervención, sistemas de clasificación de riesgos, sistemas de monitoreo y evaluación de resultados y, por supuesto, de conocimientos actualizados, habilidades, actitudes y aptitudes suficientes que les permitan resolver las diversas situaciones de salud del individuo, su familia y comunidad. Otros aspectos que fundamentan la importancia de la auditoría del acto médico en el contexto de la atención primaria, es que permite identificar las necesidades relacionadas con:

La actualización de los protocolos y guías de práctica clínica (GPC) para las patologías trazadoras del grupo de riesgo; promoción de la utilización de ayudas diagnósticas con base en criterios de racionalidad técnico/ científica y efectividad; establecimiento de las actividades a ejecutar en cada programa: frecuencia de atención con los profesionales, ayudas diagnósticas, y todos los requerimientos pertinentes para el cumplimiento de las guías de práctica clínica GPC; desarrollar el procedimiento y las actividades de seguimiento a los eventos evitables y a los resultados en salud de cada cohorte; definición de las variables trazadoras de seguimiento a cada grupo de población y/o cohorte; elaboración de métodos de clasificación y seguimiento de los pacientes según su riesgo específico de base y definición del tipo de intervención clínica requerida (Fajardo, 2017, p.31).

Un aspecto fundamental de la auditoría del acto médico, dado que esta es realizada solo por otros médicos, es la evaluación de la interpretación que los médicos generales de atención primaria hacen de los resultados de pruebas diagnósticas que se requieran para la valoración integral de las condiciones de salud de los pacientes y la toma de decisiones frente a su condición de salud; a su vez, entre las estrategias de mejoramiento continuo de la atención primaria en salud derivadas del auditaje, está la de fomentar en los médicos generales, la acción educativa para promover en los pacientes, sus familias y en las comunidades en general, estilos de vida saludables y el autocuidado en salud; además, evalúa si el manejo terapéutico se ha realizado con indicaciones precisas y oportunas, atendiendo las características, necesidades y expectativas de la población consultante;

y detecta medicación excesiva, duplicidad de terapias y efectos adversos de los tratamientos con el fin de minimizar el daño en el paciente.

Para Cifuentes (2015), la importancia de la auditoría del acto médico en atención primaria, radica en que al ser un instrumento fundamental para comparar lo que el profesional médico hizo con lo que debería haber hecho frente a la enfermedad de sus pacientes y evaluar la atención brindada y el logro de la atención proyectada, también permite formular e implementar los correctivos pertinentes para mejorar su práctica profesional con base en las deficiencias detectadas, es decir, que la misión del auditaje en este caso, es garantizar sus habilidades técnicas, la actualización de sus conocimientos, la apropiación de las nuevas tecnología de diagnóstico y su debida utilización, promover la ética profesional, la seguridad del paciente, humanizar la relación médico-paciente y, por tanto, optimizar el tiempo de consulta disponible en un diagnóstico óptimo que, a su vez, conlleve a un tratamiento asertivo.

Agrega Cifuentes (2015), que al establecer el tiempo de consulta invertido en cada paciente y evaluar el tiempo existente entre su llegada y el diagnóstico definitivo y aquel entre este diagnóstico y la finalización del tratamiento, la auditoría permite determinar la oportunidad en la prestación del servicio, y socializarla como buena práctica cuando esta es bien calificada o promover en la institución las estrategias para mejorarla cuando priman las demoras, para lograr un servicio más oportuno y de calidad a los usuarios.

De acuerdo con Escudero (2013), “la auditoría del acto médico reemplaza la clásica relación médico paciente donde todo el peso de las decisiones quedaba librado del juicio médico y responsabilidad profesional” (p.399), ya que al estar enfocada en evaluar el manejo integral del paciente desde el motivo de consulta hasta el diagnóstico definitivo y el tratamiento implementado, permite analizar si se está recogiendo la información suficiente para el desarrollo de indicadores

que permitan medir la evolución de los diferentes síndromes o enfermedades de la población que han sido manejados con base en las guías clínicas y evaluar su efectividad, además de facilitar el análisis epidemiológico y administrativo indispensable para la garantía de la calidad de atención médica. Su objetivo, es mejorar la calidad de la atención y contribuye a promover la atención médica continuada.

Entre los múltiples objetivos específicos de la auditoría del acto médico, Manrique (2016), destaca los siguientes: evaluar calidad de la atención médica y su impacto; analizar las quejas, reclamos y denuncias originadas de la práctica médica, estudiar situaciones anormales en la práctica profesional, determinar la pertinencia de tratamientos, las necesidades de capacitación o actualización; la proporción de médicos con deficiencia en la calidad de atención brindada; su idoneidad o incompetencia profesional; verificar el diagnóstico, indicación o prescripción, los procedimientos diagnósticos y su correspondencia con el tratamiento terapéutico determinando su pertinencia; garantizar el uso de tecnología a la luz de los conocimientos y parámetros vigentes; efectuar seguimiento permanente a la atención médica brindada; y proponer estrategias de mejoramiento (Mejora Continua) de la práctica médica.

La auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general de atención primaria en salud, reviste gran importancia en tanto permite evaluar la asertividad médica en los diagnósticos, la medicación y los exámenes diagnósticos ordenados y determinar la responsabilidad médica, convirtiéndose así, en un mecanismo de gran utilidad en la defensa de los médicos frente a demandas de tipo legal, por negligencia o mala praxis y, por tanto, prevenir errores médicos, promover la ética profesional y el mejoramiento de su práctica.

En este sentido, la función de la auditoría del acto médico, no se limita a detectar los errores cometidos por los profesionales de la medicina general sino que profundiza en las causas que los

generan y motiva el cambio y la implementación de estrategias para prevenirlos o corregirlos cuando este es el caso. La comparación del diagnóstico terapéutico y los procesos de tratamiento de los pacientes con lo establecido en las guías clínicas le permite al auditor identificar la pertinencia en el uso de la tecnología para cada caso particular y determinar costos innecesarios por este concepto.

Otros aspectos que justifican la importancia de la auditoría del acto médico, es su énfasis en mejorar el diligenciamiento de la historia clínica, con fines de que esta refleje de la mejor forma posible todos los procedimientos del proceso de atención médica del paciente; identificar los errores médicos y efectos adversos para mejorar la práctica clínica y fortalecer la ética profesional, en pro de garantizar la seguridad del paciente; fomentar la excelencia clínica mediante la evaluación de tecnologías y procedimientos clínicos realizados como soporte a las decisiones clínicas y de gestión. Su impacto, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2007), se centra en el mejoramiento de procesos y no en la búsqueda de culpables, y fomenta la al interior de la organización y en los profesionales de la salud, la apropiación de las mejoras logradas mediante la promoción de la cultura de autoevaluación y autocontrol.

En consecuencia, coherentemente con el objetivo primordial de todo sistema de seguridad social en salud, de brindar acceso a los servicios de salud garantizándole la máxima calidad, la auditoría del acto médico en atención primaria tal y como lo afirma Escudero (2013), tiene entre sus funciones primordiales prevenir las situaciones de demanda insatisfecha de los usuarios, en tanto centrada en el paciente evalúa la oportunidad del servicio médico, la relación médico-paciente y los conocimientos básicos de los médicos generales, con fines de promover su formación para profundizar en determinados aspectos de acuerdo a los vacíos que posee; por ejemplo, impulsar su formación en medicina familiar, considerando que en atención primaria estos

profesionales no solo deben apropiarse de distintos procedimientos alternativos para un mismo problema de salud, caso común en poblaciones específicas y fortalecer los mecanismos de participación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas, sino asumir la atención médica abordando todas las vertientes del ser humano (cuerpo, psique, sentimientos, familia, comunidad) y demás aspectos de su vida, motivarlos e implicarlos en el cuidado de su salud; en síntesis, valora la eficacia de la atención médica con fines de mejoramiento o perfeccionamiento de los aspectos evaluados, los cuales deben ser definidos con anterioridad a la realización del auditaje.

En este proceso, el auditor médico compara la atención médica brindada a los pacientes, con la deseada o planteada por los estándares legalmente establecidos, “identificando en dicha comparación las deficiencias y errores a corregir con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios, reducir costos y evitar posibles problemas médico-legales” (Escudero, 2013, p.555); la auditoría del acto médico se enfoca entonces en el mejoramiento continuo de la calidad de la asistencia médica, como proceso fundamental y pilar de la prestación de los servicios de salud, con fines de “garantizar que el personal médico logre hacer bien lo que se debe de hacer con cada paciente según el caso, hacerlo con el menor coste posible y de tal forma que quienes reciban su atención queden plenamente satisfechos con su proceder profesional” (Rodríguez y Grande, 2014, p.3), y sientan que son respetados, escuchados, tratados con humanidad, afecto y buena actitud, pasando por la adecuación de la práctica clínica, la excelencia de ésta y la satisfacción de quien la recibe.

Lo anterior, requiere el esfuerzo de los profesionales en adquirir los conocimientos, habilidades y competencias profesionales requeridas, capacidad de comunicación para ganar la confianza del paciente y ética para tratarlo con empatía, honestidad, tacto y sensibilidad, y, obviamente, evaluar periódicamente este proceso de atención para detectar problemas o la aparición de nuevos errores,

analizar las causas que los generan y plantear posibles estrategias de mejora; cabe anotar, que la auditoría del acto médico al promover en los profesionales de medicina general de atención primaria, el esfuerzo por lograr la empatía con los pacientes, también está promoviendo la humanización de su práctica médica y el mejoramiento de la calidad asistencial, en tanto, al demostrarles que sus sentimientos y preocupaciones le interesan, está evidenciando su capacidad de colocarse en el lugar del otro, entender cómo se siente e interpretar el contenido y significado de lo que aflora de su mundo interno, generando en efecto su satisfacción.

De hecho, según Climent y Fernández (2014), múltiples estudios que han evaluado la comunicación médico-paciente “y sus resultados inmediatos (la satisfacción del paciente, comprensión de los mensajes, recuerdo de los mensajes que le ha dado el médico), a medio plazo (cumplimiento de los tratamientos), y a largo plazo (mejoras en la salud) (p.10), han demostrado que una relación clínica centrada en el paciente se asocia con mejores resultados en dichos aspectos, revirtiéndose en una mejor utilización de los recursos sanitarios, disminución de reclamaciones o demandas, y la capacidad del paciente de afrontar y entender la enfermedad.

Finalmente, de acuerdo con Fonseca, Rivero, Torres, Ñamendy y Domínguez (2009), aunque la auditoría del acto médico aún no logra su compatibilidad con el ego del profesional, en tanto este siente una sensación de persecución mediante un acto inquisitivo de juzgamiento de su quehacer y, que en la cultura médica se nota la resistencia a aceptarla como un procedimiento de rutina de la práctica médica cotidiana, necesario para corregir errores y buscar la excelencia, la realidad ha demostrado la efectividad de su papel educativo-preventivo y de concientización del personal médico frente a las múltiples posibilidades de equivocarse y asumirse como personas que no son infalibles y, por tanto, de mejoramiento continuo de los procesos asistenciales que ellos realizan, en aras de evitar negligencias o prevenir los efectos adversos sobre los pacientes

garantizando su seguridad. En resumen, tal como lo afirman Castro, Niotti y Quiñones (2010), la auditoría del acto médico, se constituye en:

a) Un sistema de educación y perfeccionamiento continuos, preocupado de la Calidad, seguridad, calidez y humanidad de la atención médica, tratando de lograrlo a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje, motivación y participación del personal médico; b) una instancia de mediación-conciliación y solución de conflictos que puedan surgir en la relación médico-paciente, pariente e instituciones en beneficio de los involucrados y afectados; c) un sistema que más que sancionar tiene un carácter preventivo del error médico y la mala praxis y reparador de estos aspectos de carácter no punitivo; d) una estrategia de estimulación en la elaboración y readecuación de guías clínicas, normas, protocolos y manuales de procedimiento, lo que facilita y objetiva el grado de cumplimiento y sujeción a estas; e) un método de investigación de problemas, deficiencias y grado de cumplimiento de las normas lo que facilita establecer y delimitar responsabilidad Médica. f) un mecanismo de evaluación técnica y calificación de actos y conductas para promover la ética médica. (p.13).

En conclusión, ante las condiciones adversas derivadas del actual sistema de salud para la implementación adecuada de la atención primaria, la auditoría del acto médico se convierte en una de las herramientas más importantes para generar conciencia en los médicos generales frente a la necesidad de recuperar su papel esencial en la asistencia del paciente y su núcleo familiar, es decir, de rescatarse como médico que conoce el paciente con gran capacidad de diagnóstico y tratamiento básico de las enfermedades de la población y, por consiguiente, de formarse en medicina familiar y adquirir habilidades para liderar el desarrollo e implementación de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito comunitario, que incrementen la capacidad de resolución de los primeros niveles de atención, sobre todo de enfermedades que se puedan prevenir y reduzcan los altos costos que se derivan de las remisiones innecesarias a niveles de mayor complejidad, de los cuales, tras su conclusión, el paciente y la información clínica correspondiente retornan nuevamente al médico de Atención Primaria quien, al ya disponer de la información suficiente, debe garantizar una visión clínica y terapéutica global.

También, queda claro que en el contexto de la atención primaria en salud, la auditoría del acto médico desempeña un papel fundamental y reviste gran importancia en el mejoramiento continuo de la calidad asistencial, en tanto su objetivo principal es promover el rol que deben jugar los profesionales de medicina general y familiar en la implementación de esta estrategia, haciendo énfasis en el cambio que se requiere del médico general, dado que como lo afirman Climent y Fernández (2014), “históricamente a diferencia de otros profesionales de la salud y de las ciencias sociales más proclives al enfoque comunitario, este profesional ha estado más ligado a la clínica y la hegemonía del modelo biomédico” (p.11).

En efecto, los nuevos retos en el campo de la auditoría médica se orientan a fortalecer su papel educativo con fines de promover la buena práctica médica, la formación del personal médico en áreas de salud preventiva, atención primaria en salud y medicina informada en evidencia, la vocación investigadora y la actualización de sus conocimientos y, por supuesto, la implementación de la mejora continua en los procesos de asistencia médica básica, para alcanzar los objetivos de la política de Atención Integral en Salud, la cual debe estar transversada en todos los niveles de atención por las actividades preventivas y de promoción de la salud de la población.



## **Capítulo Tres: Metodologías e instrumentos existentes para la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general en el contexto de la atención primaria en salud**

Según Franco (2015), el médico general de atención primaria, debe ser un profesional de la medicina debidamente acreditado por la academia, con verdadero liderazgo en el sistema de salud y capacidad de brindar una atención integral (biopsicosocial), que incluya educación para el autocuidado, prevención de la enfermedad, promoción de la salud individual, familiar o comunitaria, y de resolver, tal y como lo sugieren Macinko, Dourado y Guanais (2011), hasta un 80% de los problemas de salud que comúnmente afectan la población de su ámbito de competencia, en tanto gran parte de estas se pueden prevenir mediante la eliminación de los factores de riesgo.

No obstante, la realidad ha evidenciado que los médicos generales cada vez están menos preparado para enfrentar los grandes desafíos de la atención primaria, los nuevos retos planteados por los adelantos científicos o tecnológicos y los múltiples requerimientos por parte de las instituciones de salud donde ejercen su práctica médica; en efecto, las altas probabilidades de cometer errores a lo largo del proceso asistencial constituyen factores de riesgo que amenazan la seguridad de sus pacientes; además, según Manrique y López (2017), en las auditorías médicas, se evidencian deficiencias en el diligenciamiento de sus registros médicos, escaso uso de las guías clínicas de diagnóstico y tratamiento, y medicaciones equívocas o sobre medicación, las cuales son percibidas diariamente por los usuarios o se reflejan en las demandas de tipo legal.

Lo anterior, justifica plenamente el papel de la auditoría del acto médico en el contexto de la atención primaria y la utilización de las metodologías más adecuadas para identificar los problemas a lo largo del proceso asistencial, plantear las estrategias de mejoramiento continuo y evaluar los

resultados de su implementación. Algunas metodologías que se están promoviendo hoy en el contexto de la auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, con fines de facilitar la evaluación de la práctica médica, se exponen a continuación:

### **3.1 Metodologías de análisis y control de la calidad asistencial**

Según el Ministerio de la Protección Social (2007), el Ciclo de Mejora Deming PACR, (PHVA, PDCA por sus siglas en inglés), ha sido adoptado en Colombia como estrategia básica de mejoramiento continuo en todas las actividades desarrolladas en el contexto de la prestación de servicios de salud, en razón de su utilidad no solo en la planeación estratégica de cualquier empresa sino para la mejora de un proceso específico de la misma, a partir de la secuencia de las siguientes fases: Planificar, Actuar, Controlar, Reaccionar.

*Planificación:* esta etapa implica, según el MPS (2007), el trabajo en equipo para la identificación de problemas y oportunidades de mejora, el análisis de documentación y fuentes de información existentes, y la priorización de las alternativas considerando la disponibilidad técnica y de recursos. La recogida de datos debe hacerse de manera precisa mediante métodos probados, para no complicar el uso de la información.

Los sistemas de registros de actividad, las bases de datos de morbilidad, las prescripciones médicas o reclamaciones de usuarios y las historias clínicas entre otras referidas por el MPS (2007), constituyen valiosas fuentes de información sobre todo en los procesos de auditoría médica, aunque anterior a la recolección de la misma, es necesario determinar sus características (información cualitativa o cuantitativa) y otros aspectos operativos tales como el modelo de

instrumento para recolectarla, la periodicidad de su aplicación y la persona responsable de dicho proceso.

*Actuación:* esta fase incluye la *ejecución* de las acciones requeridas para la mejora continua definidos en la planificación. En este sentido, es indispensable distinguir, caracterizar y analizar los procesos operativos que tienen relación con los clientes, destacándose entre estos “el proceso asistencial, que supone el mayor volumen de transferencia de información entre el médico y los pacientes” (MPS, 2007, p.24), el cual indiscutiblemente constituye el centro o pilar del sistema de salud. En la etapa de *Reacción* e identificadas las diferencias entre los resultados obtenidos y los esperados, se tendrán que corregir aquellos factores generadores de resultados negativos.

En este ciclo, la etapa de *control y/o evaluación* de los programas de calidad, desempeña un papel de vital importancia, en tanto según el MPS (2007), se orienta a determinar el nivel de calidad logrado, comparando los aspectos más relevantes con los niveles óptimos de calidad previamente estandarizados y a la identificación de aquellos puntos divergentes, con fines de plantear las acciones pertinentes para prevenirlos o mejorarlos.

De hecho, el control “consiste en observar y cuantificar el desempeño real, compararlo con algún estándar, y determinar si el desempeño observado es significativamente diferente del estándar. El control tiene la naturaleza de ser uno de los procesos del ciclo de retroalimentación y se realiza con el fin de cumplir con los indicadores y/o estándares establecidos” (MPS, 2007, p.17).

En este contexto, y mediante la revisión sistemática de literatura sobre las mejores prácticas de gestión clínica y administrativa a nivel nacional e internacional, la determinación de su conveniencia y de las herramientas e instrumentos de análisis, control y progreso de la calidad asistencial susceptibles de ser aplicadas en las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) del país, el Ministerio de la Protección Social (2007) identificó el Control Estadístico de Procesos

(CEP o SPC en sus siglas en inglés) orientado a la Fase de Verificación del Ciclo PHVA, que valorado como una técnica debidamente contrastada en el ámbito mundial, constituye una filosofía o estrategia de optimización de procesos, consistente en un conjunto de métodos estadísticos para la recolección y análisis de información. El CEP, además de la comprensión de factores causantes de falencias o deficiencias, permite la generación de una cultura de medición y mejora continua de los sistemas, procesos y resultados basada en la teoría aprendizaje, e incorpora los conceptos de estudio analítico, pensamiento estadístico, prevención, estratificación, estabilidad, capacidad, y predicción, como aspectos que según Gutiérrez y De La Vara (2009), son fundamentales en la evaluación del desempeño de las empresas mediante la recogida de información para conocer sus procesos y variaciones, incluyendo la opinión de los clientes, con el fin de corregir las causales de inconformidades, logrando la máxima calidad .

Como resultado de la mencionada revisión bibliográfica, el Ministerio de la Protección Social elaboró una Guía pedagógica sobre el Control Estadístico de Procesos, con fines de que esta sea aplicada por el personal responsable de los procesos de atención asistencial o de tipo administrativo previamente identificados y priorizados en la institución prestadora de servicios de salud, para evaluar un producto o servicio o hacer seguimiento a sus procesos y resultados e introducir mejoras que permitan corregir deficiencias, aumentar su capacidad u optimizar su calidad y nivel competitivo.

Con la Guía, el Ministerio de la Protección Social (2007), pretende que al interior de las instituciones se “formen grupos interdisciplinarios constituidos por médicos, enfermeras y demás personal asistencial y/o administrativo profesional o técnico” (p.9) vinculado al área o proceso de análisis y a los procesos de mejoramiento continuo de la calidad, destacando entre sus competencias, “la capacidad para identificar y cuantificar la brecha en los procesos clave de la

gestión clínica y/o administrativa más relacionados con los resultados esperados de calidad, para la toma de decisiones fundamentadas y la referenciación” (p.10).

Cabe anotar, que aunque inicialmente el control de calidad fue aplicado sólo en la industria, rápidamente se extendió a la prestación de servicios incluyendo los del sector salud donde por tradición se aplicó en los laboratorios clínicos y bancos de sangre. En la actualidad, estas herramientas se vienen utilizando para monitorear las causales de fallas en eventos quirúrgicos, hacer seguimiento a las tasas de infección o detectar efectos adversos, determinar el tiempo de espera de un paciente, el porcentaje de pacientes que acatan debidamente el tratamiento prescrito, y mejorar el registro de datos en la historia clínica. (MPS, 2007, P.19).

Sin embargo, como lo afirma el MPS (2007), mientras que en el ámbito mundial la estadística es considerada “una herramienta fundamental y estrategia eficaz e ineludible para el análisis de los datos, porque trata de estudiar y cuantificar la incertidumbre” (p.23), siendo de gran utilidad en la búsqueda de conocimiento, en Colombia los métodos estadísticos aunque son reconocidos no están documentados y, por tanto, tampoco se ha difundido su aplicación y mucho menos sistematizado. Pese a ello, las experiencias de “utilización de diferentes herramientas estadísticas para el control de la calidad en las organizaciones de salud, relacionadas con los procesos y el desempeño de las mismas, ya es un gran paso hacia el mejoramiento continuo y la gestión con calidad” (p.24). En el Control Estadístico de Procesos, las herramientas básicas desempeñan un papel fundamental y han sido descritas por el Ministerio de la siguiente forma:

*La Hoja de Control, hoja de verificación, planilla de inspección u hoja de recogida de datos,* también conocida como hoja de Registro, permite agrupar y clasificar los datos de acuerdo a las categorías que se han de analizar, mediante el registro de sus frecuencias; lo cual permite visualizar rápidamente cuál es la tendencia central de los datos consignados o la dispersión de los mismos,

sin necesidad de recogerlos en su totalidad para disponer de información estadística. Ejemplo de ello, es la recopilación de datos asociados al tiempo que transcurre entre el momento que el egreso del paciente es registrado por el médico en la historia clínica y aquel en que la dependencia encargada emite la autorización para hacerlo efectivo. (MPS, 2007).

Los *Histogramas o Diagramas de Distribución de Frecuencia*, son graficaciones que mediante intervalos ordenados verticalmente en una tabla, permiten ubicar, tabular e interpretar los datos recolectados, dando como resultado un gráfico que facilita la visualización del número de veces en que cada resultado se repite, así como determinar la medida de tendencia central o valor en torno al cual se concentran o dispersan las mediciones. “Suelen utilizarse para evaluar la eficacia de las medidas de mejora implementadas o para comprobar el grado de cumplimiento de las especificaciones de los límites determinados en los resultados de los procesos, entre otros” (MPS, 2007, p.55). Los histogramas, resultan útiles para analizar por ejemplo, la variación del peso de pacientes adultos con cáncer en el servicio de radioterapia.

*El Diagrama de Pareto*, es un método gráfico de análisis que, entre las causas de un problema, permite distinguir las más importantes de las triviales con el fin de concentrar todos los esfuerzos en las causales más representativas, y visualizar rápidamente la importancia relativa de los problemas. En otras palabras, como se afirma en la guía pedagógica del MPS (2007), permite priorizar o identificar los elementos más relevantes dentro de un conjunto de características analizadas; unificar la visión de quienes toman las decisiones y orientarlos hacia un objetivo común, facilitando su objetividad al basarse en los datos o hechos y no en apreciaciones subjetivas; además, por su sencillez, “no requieren cálculos complejos ni técnicas sofisticadas de representación gráfica y posee gran impacto visual, en tanto informa de forma clara, evidente y rápida el resultado de comparación y priorización” (p.60). Mediante el *Diagrama de Pareto*, se

puede verificar por ejemplo si se consideraron las posibles causas que afectan el tiempo de egreso de pacientes al interior de las IPS, entre las cuales podría citarse la no información oportuna de su alta por parte del médico.

*Los Diagramas de Causa-Efecto*, que según el Ministerio de la Protección Social (2007), se conocen bajo múltiples denominaciones tales “como Diagramas de Ishikawa (Dr. Kaoru Ishikawa, 1943), diagramas del Fishbone y, por su forma, como Diagramas de Espina de Pescado” (p.60); y, aunque no tienen una base estadística, si constituyen una excelente herramienta en la resolución de problemas, en tanto permiten identificar relaciones entre variables y analizar con más profundidad el comportamiento de un proceso. Por ejemplo, ante la existencia de un conjunto de factores que inherentes al proceso condicionan el tiempo transcurrido desde que el paciente es dado de alta por el médico tratante hasta su salida efectiva de la institución, el diagrama causa-efecto permite identificar cuáles son la características de la calidad afectada, priorizarlas de acuerdo al impacto o el logro del objetivo y generar medidas para lograr una mejora significativa.

*Análisis por Estratificación*, esta herramienta consistente en la división de datos en categorías o clases, es aplicada con mayor frecuencia durante la etapa de Diagnóstico, permitiendo según el MPS (2007), identificar cuáles son útiles al problema a resolver; por tanto, se puede clasificar un conjunto de datos relacionados con una situación específica en distintas categorías con características similares. La estratificación sirve de base a otras herramientas como el Análisis de Pareto, y puede utilizarse conjuntamente con otras como los Diagramas de dispersión. Entre los criterios efectivos de estratificación se pueden destacar por ejemplo, el tipo de defecto, su localización, la causa y efecto, el material o producto, la fecha de producción y el lote entre otros.

*Los Diagramas de Dispersión*, se utilizan generalmente cuando el interés se centra en estudiar analíticamente la relación entre dos variables de una misma situación, empleando la correlación en la Estadística, la cual permite determinar cómo aumenta o disminuye el valor de una variable con respecto a otra. Por ejemplo, al analizar el tiempo de egreso después de la alta médica, esta variable podría estar relacionada con los días de estadía, el tipo de patología o la condición del paciente. (MPS, 2007).

*Los Gráficos de Control, o cartas de control*, según el MPS (2007), han sido calificadas por algunos como el verdadero Control Estadístico de Procesos, en tanto es un método efectivo para el monitoreo de los mismos, el cual basado en técnicas estadísticas permite utilizar criterios objetivos cuando se trata de identificar variaciones significativas de eventos importantes, que pueden ser descritas mediante distribuciones estadísticas, pues “la recopilación de datos sobre mediciones en diferentes estados del proceso, conduce a detectar y corregir variaciones que podrían afectar la calidad del producto o servicio final, reduciendo desechos y evitando que los problemas lleguen al cliente final” (p.74).

Así, al orientarse especialmente a detectar precozmente los problemas y a prevenirlos, los gráficos de control representan una ventaja con respecto a otros métodos como la inspección de calidad, en la cual los problemas se identifican y corrigen al finalizar el servicio, restando posibilidades de reducir los desechos y sus tiempos de producción, o de aplicar oportunamente los correctivos de acuerdo a los cuellos de botella que se vayan identificando y, por tanto, de mejorar la rentabilidad.

En conclusión, el Control Estadístico de Proceso como conjunto de herramientas básicas para el control de calidad, incluye entre sus métodos de recopilación de datos, los gráficos de Shewhart más conocidos como gráficos de control, las cartas de ejecución, las gráficas de frecuencia, los



histogramas, el análisis de Pareto, los diagramas de dispersión y de flujo, que según los estudios revisados por el Ministerio de la Protección Social (2007), son las principales herramientas más utilizadas a nivel mundial en una amplia gama de procesos de salud y en diferentes especialidades médicas de los diversos niveles de atención, donde ayudaron a los diferentes actores a gestionar el cambio y a mejorar los procesos asistenciales.

Entre sus ámbitos de aplicación, la guía pedagógica del MPS (2007), destaca el contexto hospitalario, la consulta de especialidad única, atención ambulatoria y algunos sistemas de salud. En asistencia sanitaria, su aplicación se evidenció especialmente en Cuidado intensivo de anestesia, Medicina de urgencia, Cardiología, Medicina Interna, Cirugía, Oncología, Pediatría, y, Medicina familiar y comunitaria, atención primaria. El CEP contribuye por tanto, a que los médicos conjuntamente con sus pacientes tomen las decisiones clínicas más adecuadas.

### **3.2 Instrumentos de auditoría del acto médico**

La auditoría del acto médico definida como “la evaluación de la CALIDAD de la atención médica, realizada por Médicos, en todos los aspectos que la rodean, avalada por la documentación clínico-administrativa correspondiente (Donabedian citado por Fioravanti, 2014, p.5), también requiere de instrumentos informativos que entre otros aspectos le permitan al equipo auditor interpretar y evaluar los resultados obtenidos en el proceso de la atención médica, mediante la confirmación de los diagnósticos efectuados sobre los pacientes, corroborar la pertinencia y eficacia de los tratamientos implementados y su adecuación al diagnóstico, determinando además, las causas cuando estos no dieron los resultados esperados.

En síntesis, como lo afirma Garaycochea (2000), “la revisión sistemática de la Historia Clínica, su confrontación con protocolos de diagnóstico y tratamiento, constituye el pilar de la auditoría del acto médico y contribuye a retroalimentar el conocimiento médico” (p.27), y a superar inconsistencias con fines lograr una buena calidad del proceso asistencial.

Para lograr estos propósitos, la auditoría del acto médico utiliza como instrumentos la historia clínica, los protocolos de diagnóstico, tratamiento y de exámenes de ayuda diagnóstica y, de acuerdo al tiempo en que se realiza, puede ser de tipo prospectivo, concurrente o retrospectivo, es decir, antes, durante y después del mismo acto. A continuación se describen los aspectos fundamentales de cada instrumento de auditoría.

### **3.2.1. La Historia Clínica**

La historia clínica resulta de gran utilidad en la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general en el contexto de la atención primaria, en tanto como instrumento esencial de recolección de información, permite la evaluación del buen ejercicio de la práctica médica, pues sin este documento es imposible que se pueda tener una visión integral de la atención que se le ha prestado al paciente en un período determinado y, por tanto, tampoco se contará con una fuente de información que permita contrastar la calidad de información registrada con los parámetros establecidos para su diligenciamiento, ni los diagnósticos y procedimientos médicos realizados al paciente con las guías y protocolos de práctica clínica para determinar su pertinencia y la calidad asistencial.

De hecho, según Fioravanti (2014), la observación y análisis de la Historia Clínica por parte de médicos profesionales es un paso obligado en la auditoría del acto médico, toda vez que este documento constituye la herramienta o instrumento fundamental en la obtención de todos los datos

necesarios para lograr una correcta evaluación de la calidad de la atención médica. Dada la importancia de la HC como documento básico y esencial del acto médico, se considera pertinente describir los aspectos fundamentales que permiten comprender su importancia en los procesos de auditaje, así:

### **A. Origen y evolución**

Según Martínez (2011), el origen de la historia clínica se puede atribuir al primer momento en que se identifica el reconocimiento de la relación médico-paciente, cuyas primeras evidencias aparecen en la cultura egipcia 3000 años antes de Cristo en los papiros de Elbers y Edwin Smith donde se describen casos clínicos concretos con especificaciones ordenadas de la cabeza a los pies (*capitum ad calcem*) y exposiciones claras sobre procedimientos quirúrgicos reales no asociados a ninguna práctica mágica, tan común por aquella época.

Agrega Martínez (2011), que en el siglo V antes de Cristo y basado en los conocimientos médicos egipcios adquiridos durante sus viajes, Hipócrates funda en la Grecia Antigua una escuela bien diferenciada de otros campos disciplinarios asociados por tradición a la medicina, marcando un hito histórico de gran relevancia en tanto la convirtió en una auténtica ciencia que derivó de su ejercicio, una verdadera profesión.

La escuela hipocrática recopila en el denominado ‘*Corpus hippocraticum*’ “una serie de libros que representan el origen del saber científico-médico occidental. Las primeras 42 historias clínicas completas y bien caracterizadas de las que tenemos noticia están recogidas en *Las Epidemias I y III*” (Fombella y Cereijo, 2012, p.21), con las cuales, surge formalmente el documento elemental de la experiencia médica, donde se refleja con claridad el saber médico.

En síntesis, como lo afirman Díaz y Chacua (2009), la historia clínica es producto de la necesidad intelectual de los hipocráticos de precisar y ordenar por escrito sus experiencias frente a las enfermedades de algunos pacientes, estableciendo además mediante la comparación entre ellos, semejanzas y diferencias significativas con respecto a su etiología, patología o sintomatología entre otros aspectos y, cómo estas, se repiten en personas diferentes. No obstante, aunque se describía rigurosamente la evolución diaria de la enfermedad no se evidenciaba una clara separación entre lo subjetivo y objetivo y, las referencias acerca de sus actuaciones terapéuticas, eran escasas por no considerarse necesaria la inclusión de registros sobre los tratamientos.

Fombella y Cereijo (2012), relatan que en el siglo XIII (edad Media), la mayoría de aspirantes a médicos en las universidades existentes, realizaban teóricamente su práctica sin tener contacto con ningún paciente, condicionando el resurgimiento de la historia clínica, como documento escrito en forma de “consilium”, basado en la concepción galénica de la medicina, en el cual a diferencia de la historia hipocrática, los consejos de médicos más adiestrados enumeraban los síntomas sin considerar el momento de su aparición; estas falencias dieron origen al “diagnóstico diferencial, dada la gran preocupación de la época por el conocimiento ‘per causas’ de la enfermedad, y se detalla una amplia discusión terapéutica” (p.23).

En el Renacimiento del siglo XV, según Martínez (2011), se inician las prácticas médicas universitarias con pacientes bajo dirección técnica, como un proceso de adaptación institucional a las nuevas realidades, coordinando con los centros hospitalarios el aleccionamiento de los estudiantes, el cual se mantuvo por dos siglos, consolidando una etapa que en el siglo XVI se reconoció con el nombre de “observatio”, caracterizada por los siguientes aspectos:

- Las historias vuelven a ser individualizadoras y descansan en la observación. - Se le añade un epígrafe con la especie morbosa del caso y se produce un proceso de independización cada vez mayor entre la historia morbi y la explicación, y la sintomatología se vuelve a considerar cronológicamente. Se separa por tanto la clínica del diagnóstico. - Estas historias introducen como innovación el estudio anatómo-patológico procedente de la autopsia, que se añadía al final del documento (Martínez, 2011, p.18).

Cabe anotar, que “con el surgimiento de la Anatomía Patológica cuyo fundador fue Antonio Benivene, se creó el primer protocolo de autopsia relacionándolo con la historia clínica” (Martínez, 2011, p18); y, según Fombella y Cereijo (2012), este cambio de mentalidad en el renacimiento “hace que la historia clínica se convierta en un relato preciso, objetivo y exento de interpretación doctrinal, que acaba con una reflexión diagnóstica y las indicaciones terapéuticas” (p.24).

En la época moderna (siglo XVII), se inicia la revolución científica generando una ruptura con la medicina galénica, para dar paso al empirismo clínico iniciado por Sydenham, de quien deriva la historia clínica Sydenhamiana referida por Martínez (2011) basada en la descripción del proceso patológico difundido por Boerhaave, quien fue el primero en indicar que la inspección, anamnesis y exploración deben constituir el proceso inicial del examen médico del enfermo.

Los avances generados desde la época moderna y los desarrollos médicos de los siglos XVII y XVIII, abonaron el camino para que en el siglo XIX, surgieran 3 nuevas orientaciones de la ciencia médica, así: *Mentalidad* anatómo-clínico, desde la cual bajo la denominación de patografía del método anatómo-clínico, Laín (1998) planteó el conocimiento de la lesión como base fundamental de la ciencia médica, en tanto conjunto de hallazgos relacionados con la salud del paciente, que constituyen la clave diagnóstica de su enfermedad, siendo de gran utilidad en la identificación de los signos clínicos, datos de exploración y en las autopsias; por tanto, la historia clínica, se convierte en una serie discontinua de signos físicos correspondientes a cada exploración.

La *Mentalidad fisiológica*, que según Martínez (2011), “define la enfermedad como un proceso continuo y medible; por tanto, la historia clínica reflejará el proceso patológico con una serie de trazados gráficos y cifras (Tª, tensión arterial, frecuencia cardiaca...)” (p.19).

Por último, la *mentalidad etio-patogénica* referida por Martínez (2011), establece conexiones entre lo clínico y los antecedentes (intoxicación e infección), a los cuales en el siglo XX se agregaron factores hereditarios, psíquicos y sociales. Con este enfoque se completó una triplete integrada de concepciones para obtener una historia clínica unitaria que, a partir de la Segunda Guerra Mundial, deja de ser un documento de uso exclusivo del médico al que además pueden acceder el enfermo, los profesionales de áreas afines y todas aquellas personas implicadas en la determinación de los niveles de salud y enfermedad de la población, como conceptos fundamentales de la salud pública, base primordial para la planificación de la política sanitaria; otorgándole a dicho documento sin perder su carácter individual, un nuevo rol como fuente de datos necesarios en el cumplimiento de tales propósitos.

Posteriormente, afirma Cuartas (2015), que con el surgimiento de la medicina hospitalaria y bajo la influencia de la corriente americana enfocada en la sanidad, se incorporó la información de tipo médico-administrativo y, en la década de los 90, surge la perspectiva jurídica de la historia clínica convirtiéndose en un documento legal de obligado cumplimiento conllevando a la elaboración de leyes que aumentan el protagonismo del paciente en el relato y construcción de su historia, quien comenzó a participar en la toma de decisiones, surgiendo además, el documento de consentimiento informado y el registro de testamento vital.

En la actualidad, la historia clínica ha trascendido “de un relato individual, subjetivo y carente de científicidad, hacia un instrumento que refleja con exhaustividad toda la actividad del equipo asistencial implicado en la atención del paciente” (Martínez, 2011, p.19), convirtiéndose no solo

en un documento de gran utilidad en el conocimiento de los antecedentes de su salud, con fines de optimizar la asistencia médica sino como prueba para la determinación de responsabilidades civiles, penales o administrativas derivadas de la práctica médica, o como evidencia del cumplimiento de los deberes del personal en la atención oportuna y efectiva de los usuarios de los servicios de salud.

## **B. Conceptualización**

Por Historia Clínica se ha entendido aquella relación de los eventos asociados a la salud de una persona a lo largo de su ciclo de vida, pues en dicho documento se registran datos de cierta intimidad para el paciente, quien los revela especialmente por la posibilidad del perjuicio que podría sufrir al distorsionar la información. Sus principales características (profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud), intervienen en su elaboración, así:

*La profesionalidad* se refiere a que solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico, pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de elaborar una buena historia clínica. *La ejecución* es típica cuando se hace conforme a la denominada *lex artis ad hoc*, debido a que la medicina siempre se ejerce de acuerdo con las normas de excelencia de ese momento, a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno. El *objetivo* de ayuda al enfermo se traduce en aquello que se transcribe en la historia. *La licitud* se debe a que la misma norma jurídica respalda la historia clínica como documento indispensable. (Guzmán y Arias, 2012, p.15).

En palabras de Alcaraz, Nápoles, Chaveco, Martínez y Coello (2010), la información proporcionada por el paciente se ubica en un marco teórico acorde con conocimientos actualizados, que permiten a partir de sus síntomas, signos, y resultados de exámenes clínicos básicos, determinar su enfermedad, explicar las causas generadoras de la misma y los tratamientos más adecuados para combatirla.

Se trata entonces, de un documento básico y fundamental para diagnosticar las enfermedades de los pacientes, en tanto es producto de la recopilación por parte del personal médico y de enfermería, de un conjunto de datos, antecedentes personales, familiares, hábitos y demás aspectos relacionados con su salud biopsicosocial, “que, dispuestos de una forma ordenada, permiten establecer hipótesis diagnósticas y, cuando no se cuenta con la presencia del paciente o cuando éste ha tenido ingresos previos, sirven como fuente para el análisis por parte de otros facultativos” (Romero, 2010, p.184).

La historia clínica de una persona, se inicia desde su primera consulta médica en alguna entidad prestadora de servicios de salud bien sea pública o privada, y es un documento de vital importancia, en cuanto da cuenta de todos los registros de la atención profesional interdisciplinaria prestada al paciente durante su enfermedad y, por tanto, adquiere gran trascendencia como prueba en los procesos médico-legales.

En atención primaria según González (2008), la historia clínica debería ser un instrumento eficaz para la aplicación del programa de atención médica integral; a nivel individual, la historia de salud familiar y la hoja de cargo (registro diario de pacientes atendidos), constituyen los principales documentos de trabajo del médico general y de familia, y es el documento básico de la atención médica primaria que orienta metodológicamente la identificación y tratamiento integral de los problemas de salud de una persona, grupo familiar o comunidad, con una función diagnóstica que lo convierte en la base para el planteamiento, ejecución y control en cada caso, de las acciones encaminadas al fomento de la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aunque es evidente que el formato actual no se ajusta adecuadamente a dichos propósitos y tampoco refleja la realidad biopsicosocial de los pacientes ni una buena calidad asistencial.



De acuerdo a su contenido, la historia clínica se puede clasificar en varias modalidades, descritas por Romero y Otros (2010): *historia clínica Hipocrática*, que se centra en el origen de las afecciones, antecedentes, enfermedad actual del paciente y exploración, con mayor utilización en el contexto académico; *historia clínica por problemas*, más apropiada a la asistencia primaria, enfocada en el seguimiento continuo de la enfermedad y tratamiento de aquellos pacientes con conocidos antecedentes de enfermedad crónica, (hipertensión o diabetes por ejemplo); e, *historia clínica según el tiempo*, “adecuada para determinados servicios, como por ejemplo el de urgencias, donde se da mayor relevancia al último acontecimiento destacable” (p.185).

Desde la perspectiva de Alcaraz, Nápoles, Chaveco, Martínez y Coello (2010), la historia clínica en la actualidad, no se reduce a la mera información derivada de la narración de hechos por parte del paciente, pues incorpora los resultados de la valoración médica, los diagnósticos, procedimientos terapéuticos y el consentimiento informado que, basado en el principio de autonomía, consiste en un documento donde el paciente registra su firma como prueba del conocimiento y aceptación de su estado de salud o enfermedad, involucrándose además en la toma de decisiones con el profesional encargado de atenderlo.

### **C. La Historia Clínica en Colombia**

En Colombia, la Resolución 1995 de 1999, adoptó la Historia Clínica como “un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico-cultural del sector”, estableciendo también su definición, el ámbito de aplicación, características, obligatoriedad del registro, la forma del diligenciamiento de sus registros o anexos, las condiciones de almacenamiento o custodia, las personas que tienen derecho a su acceso, y las medidas y tiempo de conservación.

En el Capítulo 1, la Resolución define la Historia Clínica como un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. (Artículo 1. Definiciones). En este artículo también determina que el estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

No obstante, aunque por tradición se ha asumido que el método clínico consistente en un “proceso de pasos ordenados aplicados por todo médico en busca del diagnóstico de enfermedades de cada paciente, que no es otra cosa que el método científico o experimental de la ciencia médica aplicado a la atención individual de la salud” (Escudero, 2013, p.401), desde hace aproximadamente 50 años viene presentando un deterioro paulatino a nivel mundial y, en la actualidad enfrenta la más grave crisis de su historia en razón de múltiples factores tales como el desmejoramiento de la relación médico-paciente, la subvaloración del interrogatorio o anamnesis, el examen físico y el razonamiento médico a la hora de diagnosticar.

Estos factores aunados a la creciente irracionalidad y excesiva utilización de la tecnología médica aplicada al diagnóstico, “el notable desarrollo tecnológico que facilita el diagnóstico, pero deshumaniza la atención, la globalización de la cual no escapa la salud y que en el campo de la información abrumba al médico” (Romero y Otros, 2010, p.184), y el envejecimiento de la población, el cual incrementa la demanda de atención, hacen más crítica su situación; sin contar, con los cambios en la prevalencia de enfermedades emergentes o reemergentes, es decir, de

aquellas que han reaparecido cuando ya se consideraban erradicadas u otras nuevas producto de los acelerados cambios climáticos, el estrés predominante a nivel mundial o el consumo de sustancias psicoactivas a temprana edad que ha alcanzado grandes dimensiones generando problemas de salud mental entre muchos otros.

Aspectos estos, que han acentuado “la tendencia a convertir al médico en un tecnólogo, con el consiguiente deterioro de los componentes del método clínico y en particular, de una historia clínica confiable y de calidad” (Romero y Otros, 2010, p.185).

En Colombia por ejemplo, aunque la Ley 23 de 1981 establece que: “[...] el médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente” (artículo 10), en el contexto las instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPS) debido a las restricciones del tiempo que se debe dedicar a cada paciente, los médicos generales tal y como lo está demostrando la realidad, están centrando su atención más en diligenciar “los datos generales, el registro del motivo de consulta y la enfermedad actual como el paciente mismo la describe” (Guzmán y Arias, 2012, p.21), y en los demás aspectos que puedan garantizar el cobro del servicio por parte de estas entidades, que en escucharlo con atención y examinarlo a profundidad.

Incluso, entre los usuarios de los servicios prestados por las diferentes IPS son comunes las quejas sobre médicos que apenas si revisan los signos vitales del paciente y con base en su relato se limitan a formular medicamentos genéricos sin profundizar en el diagnóstico ni solicitar exámenes clínicos que les permitan identificar las verdaderas raíces de la posible enfermedad; lo cual, no en pocas ocasiones, ha obligado a los pacientes ante la persistencia sintomática, a interponer tutelas para lograr una adecuada atención. Contrariamente, en muchas ocasiones los

médicos resultan descargando el diagnóstico en exámenes complementarios muchas veces innecesarios que, por sus costos, obstaculizan la optimización de los recursos económicos de las instituciones de salud.

De hecho, según Romero y Otros (2010) “el patrón del médico actual consiste en interrogar poco, hacer un examen físico breve, centrarse en la queja principal, enviar numerosos exámenes complementarios, absolutizar sus resultados y brindar al paciente una información somera y precipitada” (p.185). Por lo anterior, se hace necesario conocer desde la normativa colombiana, los elementos que determinan la calidad de la historia clínica y la importancia de evaluar su contenido.

#### **D. Elementos que determinan la calidad de la historia clínica**

Según Garaycochea (2000), la calidad de la historia clínica constituye la piedra angular de todo el sistema de información en todos los niveles de atención en salud y, por consiguiente, al interior de las entidades se refleja en tres aspectos fundamentales: manuales de procedimiento o guías de uso, que deben ser previamente establecidos para orientar el diligenciamiento de documentos clínicos y la forma de organizar la información; los procesos de vigilancia orientados a garantizar un óptimo diseño de su estructura y de los documentos que debe contener; diseño de formatos normalizados, y la evaluación de historias con fines de determinar su calidad y plantear estrategias de mejoramiento.

La historia clínica también constituye un criterio válido para determinar la calidad del cuidado médico que se les brinda a los pacientes y permite la identificación de eventos adversos; por lo cual, una mala calidad de la información médica en ella consignada, puede conllevar a subestimar

la prevalencia de los mismos; en efecto, no diligenciarla adecuadamente, se puede considerar una falta del profesional que, en caso de demanda legal, su debilidad como prueba del buen acto médico, impedirá fundamentar su defensa.

La calidad de la historia clínica supone entonces un punto a favor del médico, en tanto si se acoge a los lineamientos legalmente establecidos, implica la realización adecuada de la anamnesis y del examen físico y, un acto médico ético, en la formulación de medicamentos o tratamiento de la enfermedad; caso contrario ocurre cuando la historia es de baja calidad, reflejando su descuido y negligencia en la atención del paciente, tornándose en un criterio procesal desfavorable.

En razón de lo anterior, dicho documento además de contener suficiente información que permita la identificación del paciente, justificar su diagnóstico o tratamiento, y documentar los resultados de la atención médica, debe reunir un conjunto de características asociadas a su contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto, de acuerdo a lo estipulado en la Resolución 1995 de 1999, las cuales se exponen a continuación:

*Integralidad:* debe reunir la información suficiente para dar cuenta de los aspectos científicos y técnico-administrativos relacionados con la atención en salud en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de los usuarios, que permita un abordaje integral (bio-psico-social) incluyendo sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

*Secuencialidad:* los registros de la prestación de los servicios en salud deben reflejar la secuencia cronológica de la atención en salud, conservando en el archivo los documentos pertinentes para uso posterior. (Artículo 3).

*Racionalidad Científica:* consiste en la aplicación de criterios científicos al diligenciar y registrar todos los procedimientos realizados al paciente con respecto a su estado de salud, diagnóstico y plan de manejo. (Artículo 3)

*Disponibilidad:* la historia clínica deberá siempre estar disponible en el momento en que se necesite, sin omitir las limitaciones de tipo legal. (Artículo 3).

*Oportunidad:* los registros deben ser simultáneos a la atención prestada, o inmediatos a la prestación del servicio. (Artículo 3).

Según el artículo 4, el registro de los aspectos relativos a la atención de salud, es de carácter obligatorio para todos los profesionales, técnicos y auxiliares involucrados en la prestación del servicio, quienes tendrán que registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la resolución 1995. En el artículo 5, se establece que “la Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco ni utilizar siglas”. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

Además, en el artículo 6, estipula la obligación de todo prestador de servicios de salud de abrir la historia a partir de la primera vez que atiende al usuario y, la identificación de este documento, se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad (mayores de siete años), y el número del registro civil para los menores de siete años; “todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma” (artículo 7).

## **E. Componentes de la historia clínica**

Según Guzmán y Arias (2012), la información contenida en la historia clínica, puede obtenerse siguiendo el método clínico que permite incluir de forma ordenada los datos derivados de la anamnesis (o interrogatorio) y del examen físico; se consignan en ella la discusión diagnóstica derivada de los exámenes clínicos básicos y paraclínicos, la evolución y el tratamiento de los enfermos.

*La Anamnesis:* es la información derivada de la entrevista clínica o interrogatorio que se le hace al paciente en el momento de la consulta o al familiar que lo acompaña cuando se trata de menores de edad o de personas con alteraciones de la conciencia o discapacidades que lo imposibilitan para proporcionar directamente la información requerida.

*La Exploración Física o examen físico:* consiste en la revisión, palpación, percusión, auscultación del paciente, conllevando a registrar como producto de dicha inspección, aspectos básicos tales como su peso, talla, índice de masa corporal y signos vitales.

*La Exploración Complementaria (exámenes complementarios):* consiste en la ordenación de pruebas de laboratorio o imagenología (radiografías por ejemplo) o pruebas especiales, por parte del médico de acuerdo a su consideración y pertinencia para cada caso en particular.

*Los Diagnósticos Presuntivos:* que según (Romero y Otros, 2010) se basan en la información resultante de la entrevista al paciente y la exploración física, que permiten hacer predicciones hipotéticas sujetas a comprobación posterior mediante el resultado de los exámenes clínicos básicos o pruebas inicialmente ordenadas y de la misma evolución natural de la enfermedad; lo cual, aunado a los juicios de valoración médica, fundamentan el pronóstico permitiendo prescribir el tratamiento y por último dejar constancia del proceso evolutivo de la enfermedad y su variación

en el tiempo. El diagnóstico entonces, tal y como lo afirman Guzmán y Arias (2012), “es la esencia misma del acto médico” (p.22).

*Los Exámenes Paraclínicos* son esenciales para confirmar una sospecha clínica, pero según Guzmán y Arias (2012), en razón de sus altos costos deben ser analizados, justificados y evaluados cuidadosamente, obviamente sin llegarse al extremo de no solicitarlas cuando sean necesarias o de ordenarlas arbitrariamente sin haber examinado al paciente, pues el contacto del profesional con el paciente es irremplazable. De hecho, la Ley 23 de 1981, establece que “el médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen [...]” (artículo, 10. Parágrafo).

En Colombia, el artículo 8 de la Resolución 1995 de 1999, establece como componentes fundamentales de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

La *identificación*, debe incluir como mínimo los datos personales del usuario: apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio, lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación. (Artículo 9).

*Los Registros Específicos*, deben contener toda la información relacionada con la atención (Resolución 1995, artículo 10), de acuerdo a los registros específicos establecidos por el prestador de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos incluyendo aquellos necesarios para la adecuada atención del paciente, adoptando también los formatos y medios de registro según sus necesidades. (Parágrafo segundo). Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico



son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998, la cual en lo relacionado a la atención propiamente dicha que recibe el usuario, y al motivo que generó la atención (diagnóstico y causa externa), establece los siguientes:

*Registro individual de atención.* “Es el conjunto de datos relativos a las atenciones individuales de consulta, procedimientos, hospitalización, atención de urgencias y acciones de promoción y prevención. El Registro Individual de Atención hace parte del proceso de facturación de los servicios de salud” (artículo 3. Definiciones). La Resolución 2546 de 1998, también establece que:

Los datos de consulta son aplicables a todo tipo de consulta: médica general y especializada, odontológica general y especializada y las consultas realizadas por otros profesionales de la salud, según la clasificación de tipos de consulta y especialidades definidos para el Sistema. Los datos de procedimientos son aplicables a todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos contenidos en los planes de beneficios. Los datos de hospitalización son los generados en la hospitalización médica, quirúrgica y obstétrica. (Artículo 3. Definiciones).

En cuanto al registro de datos sobre el conjunto de prestaciones de salud o proceso de atención brindado a un usuario o paciente, en el Capítulo II artículo 4, la Resolución 2546 estipula que este se realiza en la historia clínica, generando este documento de manera individual, con carácter obligatorio y como soporte único de información de la atención, en forma sistemática y rutinaria de acuerdo con los contenidos mínimos de datos.

Los *Anexos*, han sido definidos en la Resolución 1995 de 1999, como “todos aquellos documentos que sirven de sustento legal, técnico, científico o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención” y deben incluir “autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes” (artículo 11) y, en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de

interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos (Parágrafo segundo).

En síntesis, según Álvarez (2017), una historia clínica de calidad debe registrar: el estado subjetivo del paciente y los hallazgos objetivos del médico; el diagnóstico presuntivo que formuló el médico; los elementos de ayuda diagnóstica que se solicitaron y sus resultados; el tratamiento establecido; la evaluación del paciente; el tiempo de duración del proceso; el diagnóstico definitivo.

Los elementos que determinan la calidad de historia clínica en Colombia, deben ser responsabilidad de todos los profesionales involucrados en el cuidado de la salud de los pacientes en cualquiera de las distintas disciplinas (medicina, odontología, fisioterapia, neurología, cardiología, gastroenterología, psiquiatría, ginecología entre otras), y en todos los niveles de atención, es decir, desde la atención primaria hasta los niveles de alta complejidad incluyendo el hospitalario.

Por tanto, se presume que la información consignada en la historia clínica debe ser precisa y de excelente calidad de acuerdo a lo establecido en la normatividad que la regule en cada país y, en efecto, también tendrá que ser evaluada con fines de mejoramiento, para lograr mediante los correctivos propuestos en su evaluación periódica, que obtenga la confiabilidad requerida tanto de los datos del paciente como del quehacer médico con respecto al cuidado de su salud.

En Colombia, aunque la legislación ha establecido unos lineamientos claros sobre los elementos que determinan la calidad de la historia clínica, es evidente que estos no se cumplen a cabalidad al interior de las instituciones involucradas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues el diligenciamiento del formato o modelo planteado por el Ministerio de Salud que hasta hace una década según Gómez y González (2008), solía presentar serias deficiencias o falencias en las

revisiones realizadas por los comités de Historia Clínica de las diferentes entidades, continúa siendo deficiente en la actualidad pese a la contribución de los sistemas informáticos que de una u otra forma facilitan su elaboración. Lo anterior, explica la importancia de evaluar periódicamente su contenido y, en especial, aquel relacionado directamente con el acto médico en tanto este aspecto evidencia de cierta forma la calidad de la atención médica recibida por el paciente.

En efecto, por ser un documento esencial para la asistencia médica con implicaciones legales, que además desempeña funciones de docencia, investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos, es absolutamente indispensable controlar la calidad de historia clínica bien sea sistematizada o en su formato tradicional de diligenciamiento manual.

## **F. Aspectos metodológicos que intervienen en la auditoría del acto médico basado en historia clínica**

La calidad de la atención médica ha sido una de las mayores preocupaciones de las instituciones del sector salud a nivel mundial, siendo la auditoría del acto médico la herramienta fundamental para evaluarla y, la historia clínica, definida por “la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como un conjunto de formularios normativos y gráficos en los cuales se registran en forma detallada y ordenada de las observaciones y hallazgos relacionados con la salud de una persona, (Riondet, 2007, p.2), el instrumento básico de recolección de información en los procesos de auditaje en tanto, al constituir la base para la toma de decisiones médicas en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, se convierte en el único documento de análisis de la evolución de una enfermedad, donde se originan los datos e información que recoge el sistema

de salud, permitiendo determinar de acuerdo a la calidad de su diligenciamiento, si la atención médica recibida por el paciente es realmente adecuada y satisfactoria.

Según Fioravanti (2014), para la realización de la auditoría auditoria o revisión del acto médico con base en la historia clínica, es indispensable definir y seleccionar las variables a estudiar, determinar los elementos de comparación, establecer criterios de evaluación fijando prioridades, recolectar los datos suficientes y analizarlos, identificar las fuentes de información a utilizar, expresar un grado importante de confiabilidad estadística definida con precisión, definir las unidades de medida o estándares, presentando por último el diseño conformado.

Cabe anotar, que el estándar es el referente que los auditores tienen para comparar y generalmente consisten en “promedios de los valores observados en la evaluación y muestran el grado de cumplimiento de un criterio, señalando el límite entre lo aceptable y lo inaceptable. En general se trata del cumplimiento de las normas mínimas establecidas” (Riondet, 2007, p.9).

Para ello, según el MPS (207), tanto las guías básicas que hacen parte del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud como el control estadístico de procesos, constituyen metodologías útiles para la evaluación de procesos médico-asistenciales, pues este último agrupa y articula, desde un enfoque más didáctico y práctico un conjunto de herramientas que permiten por ejemplo, una vez se definen criterios, estándares, internos o externos, identificar los procesos que por estar fuera de control deben ser estudiados más a fondo o aquellos que requieren de las herramientas estadísticas para ir creando los estándares de funcionamiento y hacer seguimiento con fines de determinar si se está alcanzando o no el patrón de referencia.

Estas herramientas según el MPS (2007), resultan de gran utilidad debido a que permiten identificar los aspectos prioritarios de la práctica médica que requieren ser evaluados, determinar

el universo o número de historias clínicas a evaluar, decidir si es conveniente la inspección o revisión de todas las historias de un servicio determinado o solo evaluar un cantidad significativa para obtener datos confiables, definir las técnicas de muestreo y las variables cualitativas o cuantitativas con sus respectivos indicadores, medir su comportamiento, analizar la información recolectada y finalmente hacer las recomendaciones de mejora continua de acuerdo a las deficiencias encontradas.

Según Gómez y González (2008), las auditorías sobre calidad de las historias clínicas suelen plantearse mediante diseño transversal y revisión retrospectiva de tipo descriptivo, utilizando las técnicas de inspección, comprobación y verificación. Generalmente, se saca una muestra representativa de historias clínicas mediante distintos tipos de muestreo estadístico que pueden ser:

*Muestreo aleatorio simple*, que consiste en preparar una lista completa del número de historias que participarán en el muestreo, para luego calcular el tamaño de la muestra deseado y seleccionar las unidades mediante un sistema como el de la tabla de números aleatorios o de un proceso informatizado.

*Muestreo sistemático*, mediante el cual según Gómez y González (2008), se define el número total de historias que harán parte del muestreo y se calcula un intervalo específico dividiendo el total de ellas por la muestra deseada. Luego se aplica esta constante iniciando por la primera de la lista hasta terminarla, determinando así cada una de las historias a evaluar, con lo cual se garantiza que todas los documentos que hacen parte del universo definido, tengan las mismas posibilidades de ser seleccionadas para la revisión.

*Muestreo estratificado*, que según el MPS (2007), permite dividir la población en subgrupos (estratos) de acuerdo a unas características específicas previamente establecidas o identificadas,

posteriormente se extrae una muestra al azar de cada uno de los estratos. Así, se logra que la distribución de los sujetos de la muestra, según las variables por las que se estratifica, sea similar a la de la población. Por ejemplo se pueden estratificar sub grupos de pacientes (niños, adolescentes o ancianos, para evaluar con base en historia clínica, la calidad de atención médica que han recibido en un período determinado.

La evaluación de historia clínica, se puede realizar desde dos enfoques fundamentales que, de acuerdo a su objetivo, implican distintos resultados. La primera modalidad es aquella cuyo objetivo primordial, según Velito y Tejada (2010), se centra en lograr historias completas o de calidad, entendiendo este concepto como el grado en que dichos documentos cumplen con los requisitos preestablecidos en la institución donde se realiza el proceso de control; así, las deficiencias identificadas en la revisión, se corrigen en un período de tiempo pactado con el autor de la historia, quien completa la información faltante o deficiente; en este enfoque los autores en mención distinguen a su vez dos tipos de análisis: cuantitativo y cualitativo.

Mediante el análisis cuantitativo, se identifica la existencia de los diferentes documentos que integran la historia, aquellos anexos complementarios y otros asociados a la ordenación. Se trata por tanto, de una evaluación objetiva realizada por personal debidamente capacitado para ello. En la revisión cualitativa por el contrario, predomina más la apreciación subjetiva de los facultativos clínicos quienes analizan el contenido informativo de la historia.

En el segundo enfoque, la revisión de las historias también puede ser cuantitativa o cualitativa y sus resultados son informados “a los autores (servicios clínicos) para que conozcan los posibles déficits y se adopten las medidas de corrección, cuando esta procede, en la futura elaboración de las historias” (Velito y Tejada, 2010, p.10), es decir, que las falencias o deficiencias encontradas no se complementan ni se corrigen, sino que se socializan con todo el personal encargado de

diligenciarlas, con fines de educarlo y generar conciencia frente a la importancia del mejoramiento continuo y la adopción de mejores prácticas al respecto; lo cual es lo que generalmente hace el Comité de Historias Clínicas de los centros de atención en salud.

La *evaluación cuantitativa* de la historia clínica se realiza entonces para garantizar que su contenido esté completo y reúna los estándares establecidos en la institución de acuerdo a la normativa, se realiza mediante un documento escrito donde confluyen las opiniones del grupo revisor y requiere estándares y normas de procedimiento previos; lo cual, implica la definición de un protocolo que oriente el análisis de la documentación. No obstante, existen diversas propuestas en torno a qué documentos revisar y qué ítems deben ser evaluados de acuerdo a las características de calidad de su contenido, aunque desde la perspectiva de Velito y Tejada (2010), el análisis cuantitativo debe comprender como mínimo la revisión de los siguientes aspectos de la historia clínica: “correcta identificación del paciente en todos los documentos; la existencia de todos los documentos necesarios con información completa; autenticación consistente en anotaciones fechadas y firmadas; normalización de documentos; ordenación de la historia; y las prácticas o uso de anotaciones correctas” (p.16).

Entre los tipos de evaluación de la historia clínica, Velito y Tejada (2010), distinguen la *retrospectiva, la concurrente y el monitoreo*. La *retrospectiva*, consiste en la revisión del archivo al interior de la Comisión de Historias clínicas, donde se revisa minuciosamente el contenido y forma de diligenciamiento de una muestra representativa del total de historias clínicas seleccionada mediante el método probabilístico, y se suele aplicar en estudios de seguridad clínica, de hecho, estos “se iniciaron en el medio hospitalario mediante auditoría de documentación clínica. Una medida de calidad de estos estudios es que un porcentaje de las historias clínicas examinadas sea

nuevamente auditada por un segundo profesional” (Borrel, 2011, p.418) y a veces hasta por un tercero, a fin de determinar la concordancia entre evaluadores.

Igualmente, según Borrel (2011), se puede acudir a cuestionarios o instrumentos estandarizados que permitan evaluar el nivel de cultura grupal en seguridad del paciente de los médicos generales de un servicio asistencial concreto o la percepción de grupos de médicos que a partir de sus vivencias o de sus registros en las historias clínicas, determinen procedimientos que en algún momento se hayan traducido en casi errores o en eventos adversos no notificados, implicando la inclusión de una taxonomía bien detallada de los mismos, que les facilite la identificación todo tipo de eventos posibles y distinguir los que se pueden prevenir de aquellos impredecibles, con fines de promover hábitos de prevención y de notificación oportuna.

*La Concurrente*, realizada mientras el paciente está siendo atendido, la cual representa ventajas en cuanto da mayores garantías de que este documento sea más completo al menos en lo relacionado con la identificación, anamnesis, pronóstico hipotético de la enfermedad y exámenes clínicos ordenados. La evaluación también se puede limitar a la revisión de ciertos documentos, o extenderse al total de historias clínicas de la institución donde se realice, revisando además toda la documentación. El *monitoreo*, según Velito y Tejada (2010), “es un caso especial en donde la revisión de historias se transforma en vigilancia sistemática y continua de determinados parámetros previamente establecidos” (p.12), implicando una revisión constante de aquellos indicadores cuyos niveles óptimos de calidad a cumplir, se han establecido previamente. Terminado el análisis cuantitativo, se notifican las falencias o deficiencias, se recomiendan las buenas prácticas de diligenciamiento y documentación de las historias, las cuales se traducen en la forma de corregir los errores cometidos en su elaboración por parte del personal de salud basándose en las guías de procedimiento existentes al respecto en cada institución.



En cuanto a la *evaluación cualitativa*, que según Velito y Tejada (2013), consiste en la revisión de la historia clínica orientada específicamente a identificar que contenga información suficiente para justificar el diagnóstico, tratamiento o resultado de la asistencia; que todas las opiniones estén apoyadas en hallazgos; y detectar si existen discrepancias, errores, inconsistencias u omisiones con fines de mejorar la gestión de calidad y, a futuro, un diligenciado adecuado de este documento y de otros complementarios de carácter obligatorio, su implementación favorece “una mayor especificidad en la codificación de diagnósticos, procedimientos y la adecuada selección del diagnóstico principal, garantizando además la identificación de deficiencias corregibles, de patrones deficientes de documentación (no corregibles) y de sucesos potencialmente evitables” (p.15).

Como componentes del análisis cualitativo, Velito y Tejada (2010), destacan la anotación de diagnósticos de forma completa y coherente, descripción y justificación de la evolución del paciente, registro de todas las autorizaciones de consentimiento informado y las prácticas de documentación tales como: legibilidad, uso de abreviaturas, información completa, oportuna y pertinente, clara, concisa y ordenada, para permitir un análisis eficiente. En síntesis, se evalúan todas las acciones individuales del médico, sobre todo si previamente fueron elaborados los protocolos normalizadores por las comisiones auditoras. También, se verifica su orden, según reglas preestablecidas, así como la colocación de los análisis clínicos y paraclínicos y los estudios que correspondan a cada una de ellas.

Cabe anotar, que según Moncada y Cuba (2013), el diagnóstico inicial derivado de la anamnesis y exploración física debe ser confirmado mediante estudios o pruebas complementarias, en tanto no debe quedarse en la apreciación médica hipotética, considerando que en muchos casos se podría tratar de diferentes patologías con manifestaciones similares, y, por consiguiente, en la evaluación

de la historia clínica debe quedar claro el diagnóstico diferencial entre las distintas enfermedades, el cual tendrá que descartar o sentar la sospecha de su padecimiento.

Así mismo, según Velito y Tejada (2010), la revisión determinará si la documentación es adecuada o no y de los demás procedimientos realizados al paciente, e identificará la potencial existencia de sucesos adversos lo largo del proceso asistencial o como resultado de este, que pueden revertirse en reclamaciones de tipo judicial; y, sus resultados, se suelen presentar en porcentajes o puntuaciones de escala numérica derivadas de la valoración del nivel de cumplimiento de los distintos criterios evaluados, con el estándar de comparación utilizado, sobre todo cuando la evaluación de historia clínica se orienta a la identificación de deficiencias con fines de que el personal involucrado en su elaboración, adopte a futuro mejores prácticas de diligenciamiento de la misma.

En Colombia, la evaluación de la calidad de la historia clínica está a cargo del Comité de Historias Clínicas que según lo estipulado por la Resolución 1995 de 1999 debe estar integrado por personal del equipo de salud, que al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para su correcto diligenciamiento y manejo adecuado de dicho documento (artículo 19. Definición), y deberá desempeñar las siguientes funciones:

a) Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan. b) Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica. c) Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados. d) Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas. (Artículo 20. Funciones del comité de historias clínicas).

Según Álvarez (2017), la evaluación de la historia clínica, además de verificar el grado de cumplimiento de los criterios administrativos y clínicos normalizados por la dirección de la institución, identifica los aspectos críticos que inciden en el correcto diligenciamiento del documento de acuerdo a la normativa y definir líneas de acción para garantizar su calidad, también evalúa aunque indirectamente, la calidad del proceso de atención, y plantea como criterios de evaluación los que se exponen a continuación:

*Criterios de tipo administrativo:* como la hoja de identificación con nombre del usuario, sexo, edad, número de historia clínica, dirección y teléfono; hoja de evolución; hoja para exámenes de laboratorio; otros exámenes y ayudas diagnósticas, hoja de referencia y contra-referencia; nombre y número de la historia clínica; nombre, código, firma y sello del médico responsable de cada actividad; letra legible entre otros.

*Criterios clínicos,* que incluyen: a) edad, ocupación, lugar de origen, procedencia del usuario; b) motivo de consulta y enfermedad actual; c) antecedentes personales (hipertensión arterial, diabetes, asma, tuberculosis, cáncer, etc.); d) antecedentes familiares; e) antecedentes gineco-obstétricos (menarquía, número de embarazos, partos, abortos, fecha última menstruación, planificación familiar).

f) *Examen físico* (Signos vitales, aspecto general, cabeza, órganos de los sentidos, cuello, tórax, corazón y pulmones, abdomen, genitales, examen rectal, osteo-articular, extremidades, neuromuscular

g) *Signos vitales:* (pulso, presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria).

h) *Registro e interpretación de exámenes paraclínicos* (impresión diagnóstica).

i) Plan de tratamiento: (exámenes para-clínicos ordenados; clase y dosis de medicamentos ordenados).

En general según Álvarez (2017), las variables a tener en cuenta en la auditoría del acto médico basada en historia clínica, para la evaluación del Proceso de Atención Médica como tal, bien sea de forma concurrente o retrospectiva, se pueden sintetizar de la siguiente forma: calidad de la historia clínica, en cuanto a las evoluciones periódicas del estado del paciente, resultados de las investigaciones, la terapéutica y demás actuaciones profesionales junto al pensamiento médico; si el diagnóstico y tratamiento cumple las normas, guías de buenas prácticas o protocolos clínicos establecidos; si existe uso adecuado y racional de exámenes complementarios; si los resultados de investigaciones, estado del paciente y tratamiento son comentados en el expediente clínico; y si la dedicación del médico en la consulta permitió una buena exploración física y e antecedentes.

En la asistencia que el médico presta al paciente, se presentan riesgos bien sea durante el diagnóstico y el tratamiento, generándole al profesional de la medicina general la responsabilidad de actuar siempre bajo los preceptos éticos y, por tanto, la auditoria del acto médico, se aborda desde una perspectiva educativa orientada a prevenir la mala práctica médica y sus consecuencias, pues un acto médico contrario a las normas aceptadas puede generar efectos adversos en el paciente. Se intenta así, identificar el error o el abuso en el ejercicio de la profesión médica, y a evitarlo o disminuirlo. Terminada la evaluación, según Álvarez (2017), la calificación para cada criterio oscila de 1 a 5 y, la suma total, se divide por el número de criterios evaluados; finalmente se estructura el informe con los resultados de la evaluación.

Como se puede analizar, la evaluación de la historia clínica debe abarcar la revisión de cada uno de los aspectos implicados en el acto médico desde la información relacionada con la identificación del paciente, pasando por la anamnesis, los informes sobre la revisión médica, resultados de los exámenes clínicos, pruebas diagnósticas, tratamientos y medicación, hasta el

estado en que está el paciente al terminar un ciclo de atención bien sea por urgencias, atención primaria, o de alta complejidad (hospital).

En conclusión, la utilización de las distintas metodologías en la Auditoria del acto médico basada en la revisión de Historias Clínicas, permiten evaluar, cómo se adecua y qué criterios se siguen para el diagnóstico y tratamiento, para luego discutir y acordar los próximos procedimientos a seguir. En efecto, la misión de los auditores será calificarlas asignándoles una puntuación de acuerdo a parámetros predeterminados, permitiendo de esta manera una visión cuantitativa con respecto a la calidad de los servicios brindados.

La tendencia actual a evaluar el acto médico mediante la revisión retrospectiva de la historia clínica, representa de hecho, realizarla cuando los errores médicos y los efectos adversos sobre la salud de los pacientes ya han ocurrido y se hubiesen podido prevenir, razón por la cual, esta práctica de auditaje debe ser superada para trascender hacia una auditoría basada en la revisión exhaustiva, sistemática y periódica de dicho documento con el fin de garantizar la vigencia de una atención de calidad.

### **3.2.2. Guías clínicas y protocolos clínicos**

Según Ochoa (2009), el ejercicio de la medicina obliga a los médicos a tomar decisiones en presencia de incertidumbre, emitir juicios diagnósticos o pronósticos e incluso hacer recomendaciones terapéuticas, asumiendo cierto grado de error. “Se trata de un proceso dinámico que se inicia con la anamnesis, en el que el médico comienza a emitir hipótesis sobre lo que le pasa al enfermo, hipótesis que son contrastadas y aceptadas o rechazadas provisionalmente” (p.2),

generalmente basadas en su criterio y experiencia profesional. Dinámica esta, que se repite tanto en la exploración física como en el análisis de los resultados de las pruebas complementarias e, incluso, cuando ya se ha instaurado el tratamiento. Sin embargo, aunque la experiencia del médico le permite estimar la veracidad de sus diagnósticos y traducirlos en decisiones terapéuticas apropiadas, no suelen hacerlo sistemáticamente y, en efecto, se pierde la oportunidad de discriminar la información válida de aquella que no está científicamente comprobada, jerarquizar su validez y traducirla en estimaciones individualizadas de probabilidad, que hagan sus decisiones más adecuadas.

En razón de lo anterior, la Medicina Basada en Evidencias (MBE), ha contribuido significativamente en el mejoramiento de la calidad asistencia a nivel mundial, en las instituciones prestadoras de servicios de salud y en la práctica médica individual, aunque según Ochoa (200), algunos médicos aún la perciben como una innovación que limita su autonomía y amenaza a su ejercicio profesional. Uno de los instrumentos aportados por la MBE que ha sido de mayor utilización en el ámbito internacional, son las guías clínicas, las cuales han incidido para que la normalización de las prácticas clínicas se esté posicionando con fuerza en el contexto de los sistemas de salud de las naciones, en tanto como documentos basados en la evidencia científica, ayudan a resolver los problemas de variabilidad de la práctica médica.

Según Ochoa (2007), las guías de práctica clínica (GPC) han sido definidas como “declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los médicos y a los pacientes en la toma de decisiones, con el fin de lograr una atención sanitaria apropiada en circunstancias clínicas concretas” (p.3), las cuales frente a la necesidad de reducir la variabilidad injustificada de la práctica clínica tan común en el momento actual, proporcionan alternativas diagnósticas y terapéuticas que permiten a los profesionales de la medicina, elegir la más conveniente y mejorar

la calidad asistencial. En consecuencia, por la flexibilidad de sus recomendaciones que facilita su adaptación a las características particulares de la enfermedad de cada paciente, no limitan la libertad del personal sanitario en el ejercicio de su práctica clínica.

Dichas guías, también conocidas como protocolos clínicos, proporcionan a los profesionales de la salud “una referencia de una determinada enfermedad, su fisiopatología, signos y síntomas, métodos diagnósticos, diagnósticos diferenciales, tratamiento, manejo y evolución de la enfermedad, disminuyen la posibilidad de que los pacientes sean diagnosticados erróneamente” (Múnera y Piedrahita, 2009, p.24), sobre medicados o sean sometidos a procedimientos sin ninguna justificación válida. Por consiguiente, deben ser flexibles, adaptables a la hora de aplicarlas, y, su elaboración, implica considerar aspectos puntuales de la población a la que van dirigidas tales como edad, sexo, severidad de la enfermedad o morbilidad del paciente y los recursos institucionales disponibles para la prestación de los servicios.

Desde la perspectiva de Rodríguez y Ruiz (2011), las guías de práctica clínica consisten en un conjunto de recomendaciones que desarrolladas sistemáticamente, tienen como propósito orientar a médicos y pacientes, facilitándoles la toma de decisiones en torno a las “intervenciones más adecuadas para el abordaje de una condición clínica específica en circunstancias sanitarias concretas” (p.82) y, revisten especial importancia en auditoría toda vez que permiten “evaluar la calidad asistencial, clínica continua, mediante el desarrollo de criterios, indicadores y estándares” (p.81).

Según la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (2014), estas Guías se pueden entender como un conjunto de recomendaciones que basadas en la revisión sistemática de evidencia y en evaluación de riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, permiten optimizar la atención sanitaria a los pacientes y pueden estar relacionadas con distintos

aspectos tales como el diagnóstico de enfermedades, su tratamiento y rehabilitación o su prevención y promoción; por ejemplo, las guías de tratamiento de insuficiencia cardiaca crónica, manejo de depresión en el adulto, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, prevención y tratamiento de conducta suicida, diagnóstico, prevención y tratamiento de tuberculosis, obesidad, bronquitis aguda o atención de parto normal, entre muchas otras. El Ministerio de la Protección Social (2011), ha definido la guía clínica de atención, como:

El conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener, mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación mecanismos de retroalimentación, y deben estar basadas en la evidencia. (p.20).

Román (2012), distingue entre una guía de práctica clínica como documento que contiene declaraciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar al personal de salud y al paciente en las decisiones sobre el cuidado de salud pertinente a un cuadro clínico específico; y un protocolo de atención médica, que consiste en un documento descriptivo del conjunto de procedimientos técnico-médicos requeridos en la atención de una situación específica de salud, los cuales pueden formar parte de las GPC y son utilizados especialmente cuando se trata de aspectos críticos que exigen adherencia estricta a lo indicado; por ejemplo, en reanimación en el servicio de urgencias o cuando existe regulación legal, como en el caso de la medicina forense. En este aspecto, dado que un protocolo clínico constituye un plan preciso y detallado para el estudio diagnóstico y manejo terapéutico de un problema clínico específico, el algoritmo como representación gráfica, en forma de diagrama de flujo, es de gran utilidad, toda vez que según Romero (2012), permite



visualizar rápidamente un conjunto finito de pasos, reglas o procedimientos lógicos, sucesivos y bien definidos, a seguir cuando se trata de resolver un problema diagnóstico o terapéutico específico o de cualquier otra índole.

Las guías de práctica clínica, según Rodríguez y Ruíz (2011), difieren de los protocolos clínicos, los cuales representan la secuencia de actividades ante una situación clínica determinada que definen como ejecutarlas con el fin de asegurar la prestación escalonada del proceso quirúrgico” (p.82), en que estos últimos son de más aplicación en “el ámbito doméstico (nivel centro, servicio o unidad) y no se les exige revisión sistemática de literatura ni la clasificación de los grados de evidencia, de los diferentes aspectos clínicos establecidos” (p.83); y, aunque tienen carácter normativo y deben ser consensuados antes de ser aplicados, la menor exigencia de recopilación de síntesis científica, no constituye un motivo válido para que no incorporen un nivel científico adecuado.

Para Romero (2012), las guías clínicas basadas en la mejor evidencia disponible, se consideran de mejor calidad que aquellas fundamentadas en consensos y, por consiguiente, deben ser revisadas periódicamente con fines de enriquecerlas y actualizarlas de acuerdo a la necesidad, con los resultados de nuevas investigaciones, tecnologías y resultados de evaluación de la implementación de otras guías clínicas, pues los estudios que han evaluado la calidad de su interpretación, han evidenciado la necesidad de un mayor rigor metodológico. Al respecto, Sánchez, González, Molina y Guil (2011), afirman que las guías clínicas y protocolos son documentos muy exigentes en su elaboración y, en efecto, sus objetivos ambiciosamente apuntan a: “normalizar la práctica; disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados; mejorar la calidad de los servicios prestados; constituir una poderosa fuente de información; y facilitar la atención a personal de nueva incorporación” (p.5), permitiendo en los procesos de auditoría,

evaluar la pertinencia de los diagnósticos, procedimientos y tratamientos generados en la relación médico-paciente, con lo establecido en dichos documentos y la adherencia del personal médico a sus recomendaciones.

En otras palabras, el desarrollo de dichas guías resulta de gran utilidad en el mejoramiento del acto médico en tanto, tal y como lo afirma Ochoa (2007), permiten al profesional la toma de decisiones más adecuadas, sobre todo cuando se cuenta con diferentes aproximaciones diagnósticas o terapéuticas para una misma enfermedad y, en efecto, representan múltiples ventajas entre ellas: conducen a mejorar el conocimiento de los médicos sobre alternativas terapéuticas e historia natural de las problemáticas en salud, obligándolos mantenerse actualizados; constituyen una poderosa herramienta educativa para residentes y médicos en formación; mejoran los resultados de los pacientes cuando son diseñadas y aplicadas de forma correcta; hacen confluir los actos médicos dentro de un marco común de actuación frente a determinadas enfermedades e involucran la participación del personal médico en su diseño y estructuración.

En este sentido, las guías de predicción clínica referidas por Ochoa (2009), le son de gran utilidad al personal médico, ya que constituyen “una herramienta compuesta por un conjunto de variables de la historia clínica, exploración física y pruebas complementarias básicas, que estima la probabilidad de un evento, sugiere un diagnóstico o predice una respuesta concreta a un tratamiento” (p.3), es decir, ayudan al médico a tomar la mejor decisión sobre un acontecimiento clínico y lo orienta adecuadamente para que realice un tipo de acción específica, diagnóstica o terapéutica. Acatar las reglas de predicción clínica, puede conllevar a una decisión o en ocasiones a una predicción, pero también suelen brindar a una o varias alternativas que el médico aplica al problema diagnóstico en cuestión; caso en el cual, estas guías se asumen más bajo la nominación de “reglas o guías de diagnóstico clínico”.

Las Guías de Predicción Clínica, aunque no sustituyen de ninguna manera la experiencia y conocimientos del médico, si proporcionan “información estructurada sobre la capacidad predictiva de cada uno de los síntomas, signos y pruebas complementarias implicadas en un determinado escenario clínico, y cómo combinarlos para cuantificar de forma precisa sus propias estimaciones diagnósticas o de pronóstico” (Ochoa, 2009, p.3). De hecho, pese a que muchas de las decisiones clínicas están fundamentadas en dogmas transmitidos de generación en generación, cuya validez no ha sido sustentada científicamente, no significa que estas carezcan de validez, pero el médico debe tener claro que el ejercicio de su práctica clínica no puede basarse únicamente en dogmas tradicionales, apreciaciones o experiencias personales, más cuando se trata de un nuevos profesionales recién egresados de la facultad de medicina, quienes suelen actuar a la ligera y sin ninguna objetividad.

Un aspecto importante de resaltar, es la toma de decisiones médicas con respecto a un tratamiento o nivel de riesgo asociado a un factor de exposición, pues según Ochoa (2010), los médicos se suelen apoyar en estudios publicados sobre ello, pero con una marcada tendencia a considerar aquellos cuyos resultados tienen mayor significación estadística, olvidando que mientras los criterios para juzgar este tipo de investigaciones cuentan con suficiente consenso, los estándares reconocidos a la hora de establecer su importancia clínica, son prácticamente inexistentes; lo cual puede ser un factor incidente en la inadecuada selección de las acciones a implementar para tratar la enfermedad del paciente, conllevando por tanto a posibles errores médicos o a la generación de efectos adversos sobre su salud.

En consecuencia, al valorar la importancia clínica de los resultados de un estudio, el personal médico debe realizar en primera instancia una valoración cuantitativa y si esta es representativa y suficiente, realizar seguidamente la valoración cualitativa en términos de rendimiento clínico y

compararlo con otros estudios, considerando en especial su repercusión que han tenido por ejemplo las decisiones diagnósticas o terapéuticas en beneficio del paciente. Por ello, en muchas ocasiones, al apoyarse en guías y protocolos clínicos estandarizados el médico encuentra que ciertos procedimientos no están establecidos en estos documentos o le generan dudas con respecto a lo que ha concluido de otras guías; caso en el cual debe arriesgarse a aplicar sus propios criterios, consultar con otros colegas o revisar aquellas de otras instituciones para obtener la certeza de que se está basando en evidencias realmente científicas y comprobadas.

Estas guías resultan de gran utilidad para el funcionamiento de los servicios de atención primaria en salud, al orientar los procesos y procedimientos que deben desarrollar los médicos generales tanto para promover en los pacientes, familias y comunidades, la prevención de la enfermedad y el autocuidado de la salud como para la identificación de riesgos e información relacionada con la morbi-mortalidad de la población y su práctica clínica en general, contribuyendo además a que estos profesionales asuman por iniciativa propia la definición, enriquecimiento o mejoramiento de protocolos de actuación en función de las necesidades identificadas en el ámbito institucional. No obstante, en este sentido, es claro que el tiempo de consulta establecido por las instituciones, no es suficiente para la correcta implementación de las guías, lo cual aunado a su complejidad, extensión y falta de claridad especialmente en lo relacionado con pacientes poli sintomáticos, influyen en que los protocolos ni siquiera sean consultados por el personal médico.

En este sentido, según, Múnera y Piedrahita (2008), la auditoría de la práctica médica basada en historia clínica reviste gran utilidad, en tanto al “evaluar la adherencia de los médicos a las guías clínicas e identificar la aceptación que tienen los profesionales frente al manejo estandarizado de una patología, rompiendo los paradigmas concebidos durante su periodo de formación” (p.27),

también permite la promoción de su debida utilización por parte del personal médico; por lo cual, los procesos incluidos en dichos documentos, deben estar adecuadamente diseñados y estandarizados, al igual que explicar los procedimientos de manera comprensible, coherente con la enfermedad referida y facilitar su medición; pues “medir en qué proporción el personal asistencial aplica los contenidos de las guías (lo que no se mide no mejora), deberá hacerse a partir de los registros clínicos de la práctica diaria de la medicina (p.28).

En efecto, se hace indispensable el eficiente diligenciamiento de la historia clínica por parte de los médicos y demás profesionales de la salud, ya que aunque algunos suelen adherirse a los procesos establecidos en los protocolos adoptados por la institución, no realiza los respectivos registros o estos son incompletos; razón por la cual, es necesario que en la implementación de la auditoría enmarcada en el contexto de las políticas institucionales de calidad, participe el personal encargado de la asistencia médica de los pacientes a quienes también se les puede aplicar un cuestionario complementario, para verificar su nivel de adherencia a las guías clínicas; más, cuando según Múnera y Piedrahita (2008), este instrumento es un excelente indicador para medir “el nivel de aceptación por parte del personal médico, cuya información se obtiene de calcular el cociente entre casos tratados de una patología específica con base en la guía correspondiente, sobre el total de casos multiplicado por cien” (p.29).

En este proceso de evaluación de la pertinencia de los actos médicos con lo establecido en las guías clínicas, los auditores tal y como lo sugieren Múnera y Piedrahita (2008), no deben ser tan rígidos y muchos menos centrarse en la emisión de apreciaciones subjetivas; pues de su objetividad, flexibilidad e imparcialidad, la definición, estandarización de los aspectos a evaluar y las herramientas metodológicas utilizadas, depende la calidad de los resultados y el adecuado

planteamiento de las estrategias de mejoramiento continuo con base en las deficiencias y necesidades encontradas.

En conclusión, las diferentes guías de práctica clínica y los protocolos clínicos relacionados con las acciones del acto médico frente a cualquier enfermedad, deben ser utilizadas tanto por el médico asistencial con el fin de apoyar sus criterios o decisiones en evidencias científicas, seleccionar el mejor tratamiento disponible para el paciente y ejercer adecuadamente su práctica profesional, como por parte del auditor para contar con un patrón de referencia válido y actualizado que le permita evaluar científica y objetivamente la pertinencia de los diagnósticos, tratamientos, medicaciones y demás acciones asistenciales registradas en las historias clínicas, comparándolas con lo establecido en dichos documentos y, finalmente, determinar su desempeño clínico. Además, en el proceso de auditoría, se debe corroborar que la guía o protocolo usado como patrón de comparación, esté actualizado y debidamente normalizado en la institución.

El auditor entonces, debe considerar cada una de las intervenciones del médico y compararlas con las recomendaciones de las guías de diagnóstico, tratamiento, predicción, rehabilitación (según la enfermedad a la que van orientadas), prevención y promoción de la salud establecidas por la institución.

## **Conclusiones**

*En relación a los aspectos teórico-conceptuales del acto médico, este ha sido definido como la relación médico-paciente, en la cual el galeno apoyado en sus conocimientos en medicina y su adiestramiento técnico, debe ser diligente para promover la salud, curar el episodio morboso, prevenirlo y rehabilitar al paciente, informándolo sobre los posibles riesgos y complicaciones inherentes al proceso de atención y guardar el secreto profesional, implicando las siguientes fases:*

la *anamnesis o interrogatorio* sobre la sintomatología que presenta el paciente, su entorno psíquico y social, el *diagnóstico* para determinar su patología, estado general, el *tratamiento terapéutico* que considere más adecuado de acuerdo a su enfermedad y, el *seguimiento*, con fines de conocer la efectividad de los procedimientos y controlar la evolución de su estado de salud.

El acto médico está caracterizado fundamentalmente por su *objetivo* centrado en la sanación o rehabilitación de los pacientes; concordancia con las normas legales (*licitud*), *profesionalidad*, en tanto solo puede ser ejercido por un profesional de la medicina y, *ejecución típica*, conforme a la denominada “Lex Artis que, consistente en el bagaje de conocimientos médicos propios de la disciplina médica, permite evaluar si el acto ejecutado se ajusta a las normas de excelencia establecidas en un momento histórico determinado y, por tanto, deben mantenerse actualizados de acuerdo a las innovaciones, nuevas tecnologías, procedimientos y adelantos de la ciencia médica, los cuales van enriqueciendo los códigos, recomendaciones u otros cuerpos de carácter deontológico, como es el caso de los protocolos o guías básicas de actuación.

La ética médica es el valor moral fundamental de la práctica médica y debe estar siempre por encima de los intereses monetarios personales o institucionales en favor de la atención del paciente, implicando en razón de su infalibilidad, el debido actuar de los profesionales para evitar en lo posible actos médicos indebidos tales como intervenciones quirúrgicas innecesarias, inadecuada administración de medicamentos, deficiencias en la atención personalizada del paciente, errores en el diagnóstico de las enfermedades o de tipo terapéutico entre muchos otros, que puedan causar efectos adversos en la salud de los pacientes y prevenir el enfrentamiento de responsabilidades legales de tipo civil o penal por los daños causados en el ejercicio de su profesión.

*En cuanto a la situación actual del acto médico de los profesionales de medicina general en el contexto de la atención primaria*, aunque existe un consenso internacional frente al papel

protagónico que ellos deben desempeñar como médicos de referencia para atender u orientar todo el proceso asistencial de los pacientes, con una visión holística que les permita establecer un vínculo duradero, logrando mediante una comunicación adecuada esa necesaria confianza que debe caracterizar la relación médico-paciente y favorecer la asertividad diagnóstica y terapéutica, se evidencia más bien el predominio del modelo clínico de atención que basado en la rentabilidad institucional ha ido relegando a un segundo plano el esquema biopsicosocial que debe primar en la atención primaria y las actividades educativas características de este nivel como son las de prevención de la enfermedad, promoción y educación del autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.

De igual forma, el formato de historia clínica electrónica es bastante rígido y dificulta el registro de información útil para medir componentes esenciales de la práctica médica como es el caso de la relación médico-paciente; a su vez, las dificultades en su diligenciamiento, agotan el escaso tiempo que tienen los médicos para brindar una atención de calidad a sus pacientes, además de obstaculizar la profundización y reflexión clínica sobre los problemas biopsicosociales, la comunicación interpersonal, la narración de los episodios tan importante en un buen diagnóstico y la utilización de las guías médicas o protocolos clínicos que, por cierto, suelen no responder a las necesidades de la atención primaria y devalúan en buena medida los criterios propios de los profesionales.

En síntesis, el acto médico de los profesionales de medicina general atraviesa la más grave crisis de su historia, pues su competencia emocional es inaplicable en la actualidad, en tanto el corto tiempo del que disponen para realizar la consulta y las limitaciones impuestas por las IPS a su autonomía, hacen casi imposible sintonizar con el paciente; de hecho, el estilo comunicativo más frío, técnico y distante cada vez, le impide escuchar con atención sus problemas, educarlo en torno



a los hábitos de consumo, estilos de vida y demás acciones que pueden adoptar para evitar o disminuir el riesgo de desarrollar procesos patológicos, al igual que obstaculiza la observación, auscultación y palpación como acciones fundamentales del examen físico, llevándolo a emitir criterios médicos equivocados y a cometer errores de todo tipo que frecuentemente son generadores de demandas legales por parte de los usuarios. Aspectos estos, que evidencian claramente la deshumanización de la relación médico-paciente, el deterioro de su ética profesional y la primacía de los intereses institucionales sobre los derechos de los pacientes.

*En lo que respecta a la auditoría del acto médico*, esta constituye el pilar fundamental de la auditoría para el mejoramiento de la calidad asistencial; y, aunque según MINSA (2014), su definición como “análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica incluyendo los diagnósticos, decisiones terapéuticas, el uso de recursos y resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente” (p.11), ha sido la más aceptada a nivel internacional, esta ha evolucionado considerablemente hasta posicionarse como un mecanismo de mejoramiento continuo y perfeccionamiento de la práctica médica, que potencialmente depende de la revisión sistemática de la historia clínica, en tanto este documento facilita el análisis juicioso del trabajo médico por parte del grupo auditor, permitiéndole determinar la pertinencia científica de todos los procedimientos realizados al paciente, mediante su confrontación con los establecidos en los protocolos clínicos adoptados institucionalmente para cada enfermedad.

En efecto, la importancia de la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general en el mejoramiento de la atención primaria en salud, radica en que además de promover la estandarización gradual de la práctica médica, a fin de disminuir la variabilidad clínica y minimizar los riesgos de sus intervenciones, fomenta la actualización de los protocolos y guías de práctica

clínica (GPC) para las patologías trazadoras de grupos de riesgo, la utilización de ayudas diagnósticas con base en criterios de racionalidad técnico/ científica y efectividad, y la medicación adecuada; incide para que los médicos generales opten en la medida de lo posible por asumir las actividades preventivas y de promoción de la salud, y contribuye a rescatar la labor pedagógica que desempeñan los profesionales del sistema sanitario.

También, promueve la ética profesional, la humanización de la relación médico-paciente, el mejor diligenciamiento de la historia clínica para garantizar además la calidad de la atención; concientiza a los médicos sobre la importancia de gestionar el riesgo mediante procesos y protocolos definidos de intervención, sistemas de clasificación de riesgos, sistemas de monitoreo y evaluación de resultados; fomenta la formación continuada y la actualización de sus conocimientos sobre el manejo de las enfermedades de la población y la adquisición o perfeccionamiento de habilidades, actitudes y aptitudes que les permitan resolver las diversas situaciones de salud del individuo, la familia y la comunidad. Al detectar los errores cometidos por los médicos y profundizar en las causas que los generan, la auditoría del acto médico, plantea las estrategias más adecuadas para prevenirlos o corregirlos, hace seguimiento a su implementación y previene posibles problemas médico-legales.

En otras palabras, la auditoría basada en historia clínica, tiene como principal finalidad monitorizar, controlar y mejorar la calidad de la atención en salud, contribuyendo de manera continua a la educación del personal médico con respecto al adecuado diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, es decir, que apunta al acto médico como tal y, por tanto, su importancia en atención primaria, radica en que al ser un instrumento fundamental para comparar la actuación de los médicos generales en un momento determinado con lo que deberían haber hecho frente a la enfermedad de sus pacientes y, evaluar la atención brindada con el logro de la atención proyectada,

también permite formular e implementar los correctivos pertinentes para mejorar su práctica profesional de acuerdo a las deficiencias detectadas.

En síntesis, ante las condiciones adversas derivadas del actual sistema de salud para la implementación adecuada de la atención primaria, la auditoría del acto médico constituye una poderosa herramienta de control o mecanismo de evaluación técnica y calificación de actos o conductas humanas, cuya función, más que sancionar tiene un carácter educativo, preventivo y reparador del error médico o la mala práctica profesional, centrado en la concientización de los médicos generales frente a la importancia de asumir la cultura del autocontrol como estrategia fundamental para enfrentar las múltiples posibilidades de equivocarse (en tanto su condición profesional no los hace infalibles), y de rescatar su papel protagónico en el proceso asistencial y el mejoramiento continuo de su calidad.

*En lo relacionado a las metodologías e instrumentos existentes para la auditoría del acto médico de los profesionales de medicina general de atención primaria, se encuentran el ciclo PHVA (planifica, actuar, controlar, reaccionar), adoptado en Colombia como estrategia básica de mejoramiento continuo en todas las actividades desarrolladas en el contexto de la prestación de servicios de salud, en razón de su utilidad no solo en la planeación estratégica de cualquier empresa sino para la mejora de un proceso específico de la misma.*

En este contexto, y mediante la revisión sistemática de literatura sobre las mejores prácticas de gestión clínica y administrativa a nivel nacional e internacional, la determinación de su conveniencia y de las herramientas e instrumentos de análisis, control y progreso de la calidad asistencial susceptibles de ser aplicadas en las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) del país, el Ministerio de la Protección Social identificó el Control Estadístico de Procesos orientados a la Fase de Verificación del Ciclo PHVA, que valorado como una técnica debidamente

contrastada a nivel mundial, constituye una filosofía o estrategia consistente en un conjunto de métodos para la recolección de información que, además de la comprensión de factores causantes de falencias o deficiencias, permite la generación de una cultura de medición y mejora continua basada en la teoría del aprendizaje, e incorpora los conceptos de estudio analítico, proceso de pensamiento, prevención, estratificación, estabilidad, capacidad, y predicción, los cuales según lo referido por Gutiérrez y De La Vara (2009), son fundamentales para la evaluación del desempeño de las empresas y la optimización de la calidad de sus procesos, productos o servicios.

Entre las principales herramientas proporcionadas por la metodología de Control Estadístico de procesos, se identificaron las siguientes herramientas básicas que constituyen el apoyo fundamental en los procesos de auditoría médica: la Hoja de Control, hoja de verificación, planilla de inspección u hoja de recogida de datos, los Histogramas o Diagramas de Distribución de Frecuencias, el Diagrama de Pareto, los Diagramas de Causa – Efecto, más conocidos como Diagramas de Ishikawa o espina de pescado, el Análisis por Estratificación, los Diagramas de Dispersión, os Gráficos de Control, o cartas de control.

*Como instrumentos fundamentales de la auditoría del acto médico,* se identificaron la historia clínica y las guías o protocolos clínicos. La historia clínica al constituir el documento de registro básico y obligatorio de todos los procedimientos realizados al paciente tales como anamnesis o interrogatorio, examen físico, diagnóstico, medicación, tratamiento, rehabilitación e interpretación de resultados de los exámenes clínicos y paraclínicos para dar cuenta de la evolución de su enfermedad, se convierte en la fuente esencial de información en los procesos de auditaje, permitiendo la evaluación de la práctica médica; pues sin este documento, es imposible obtener una visión integral del proceso asistencial en un período determinado y contrastar la calidad de información registrada con los parámetros establecidos para su diligenciamiento, de acuerdo a la

normatividad y a los parámetros institucionalmente establecidos con respecto a su contenido, componentes y estructuración ordenada de los mismos.

En la evaluación de historia clínica, las herramientas proporcionadas por la metodología de control estadístico de procesos resultan de gran utilidad, debido a que permiten identificar los aspectos prioritarios de la práctica médica que requieren ser evaluados, determinar el universo o número de historias clínicas a evaluar, decidir si es conveniente la inspección o revisión de todas las historias de un servicio determinado o solo evaluar un cantidad significativa para obtener datos confiables, definir las técnicas de muestreo y las variables cualitativas o cuantitativas con sus respectivos indicadores, medir su comportamiento, analizar la información recolectada y finalmente hacer las recomendaciones de mejora continua de acuerdo a las deficiencias encontradas.

*Las guías y protocolos clínicos* como documentos que contienen un conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica, las cuales se consideran válidos para determinar la calidad de la asistencia médica, disminuyen la posibilidad de que los pacientes sean diagnosticados erróneamente, sobre medicados o sometidos a procedimientos innecesarios; y, en la relación médico-paciente, ayudan a la toma de decisiones acertadas con el fin de lograr una atención sanitaria apropiada en circunstancias clínicas concretas, permitiendo además, reducir la variabilidad injustificada de la práctica clínica tan común en el momento actual.

Entre los objetivos primordiales de las guías clínicas y protocolos, se destacan: normalizar la práctica médica; disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados; mejorar la calidad de los servicios prestados; y constituir una poderosa fuente de información médica basada en evidencia científica. En el contexto de la auditoría del acto médico, las guías de práctica clínica permiten

contrastar la pertinencia de los diagnósticos, tratamientos y demás procedimientos realizados al paciente, registrados en la historia clínica, con las recomendaciones y procedimientos estandarizados a nivel institucional, y la adherencia a las mismas por parte del personal médico.

En otras palabras, las auditorías del acto médico de los profesionales de medicina general, son indispensables para el buen funcionamiento de las procesos de atención primaria al interior de las entidades prestadoras de servicios de salud, pues al contrastar los procedimientos registrados en la historia clínica con los protocolos de práctica médica, estos suelen no ser coherentes con las necesidades específicas de este nivel y, en efecto, las estrategias planteadas en los procesos de auditaje, se pueden orientar a promover en los médicos generales y demás personal implicado en este servicio, su participación y trabajo grupal para la definición de nuevos protocolos de atención que basados en la evidencia científica y en la revisión de experiencias internacionales exitosas, respondan adecuadamente a las problemáticas o falencias identificadas en cada unidad de atención.

## **Bibliografía**

- Acosta, C. (2010). Responsabilidad médica: elementos, naturaleza y carga de la prueba. *Revista de Derecho Privado*, 2 (43), 3-26 (junio). <http://www.redalyc.org/pdf/3600/360033192001.pdf>
- Ahumada, S. (2011). Auditoría Médica. México: Colegio Mexicano de Auditoría Médica y Gestión de Servicios de Salud. <http://comam.org.mx/biblioteca/au-medica-presentacion.pdf>
- Alcaraz, M., Nápoles, Y., Chaveco, I., Martínez, M., y Coello, J. (2010). La historia clínica: un documento básico para el personal médico. *MEDISAN*, 14 (7), 10-18. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n7/san18710.pdf>

- Álvarez, F. (2017). La auditoría de la historia clínica. *V/LEX Colombia*. 97 - 109.  
<https://doctrina.vlex.com.co/vid/auditor-historia-nica-72820806>
- Amador, C., y Cubero, O.(2010). Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36 (2), 175-179.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n2/spu12210.pdf>
- Apráez, I. (2010). Evaluación de la atención primaria de la salud en Colombia como política de salud 1939-2008. (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Cundinamarca. <http://www.bdigital.unal.edu.co/2725/1/597387.2010.pdf>
- Arias, J. (2014). Responsabilidad y culpa médica: antecedentes y conceptos. *Revista Academia & Derecho*, 5 (8), 173-192 (enero-junio). <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/85-245-1-PB.pdf>
- Bazán, C. (2011). El acto médico en calidad educativa en la formación médica. *Cuadernos de debate en salud*. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú.  
[http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/09/CuadernoDebateN2\\_v17.pdf](http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/09/CuadernoDebateN2_v17.pdf)
- Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (2014). Guías de Práctica clínica. Portal Guía Salud. <http://portal.guiasalud.es/web/guest/guias-practica-clinica>
- Borrel, F. (2011). Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico. *Atención Primaria*, 44 (7), 417-424.  
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S021265671100429X\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S021265671100429X_S300_es.pdf)
- Cartuccia, L. (2008). Auditoria de Historias Clínicas. Capacitación Virtual. *Salud Pública y Auditorias Médicas*. <https://auditoriamedica.wordpress.com/2008/01/28/auditoria-de-historias-clinicas-2/>
- Castro, S., Niotti, G., y Quiñones, N. (2010). Calidad en la atención de la salud desde la auditoría médica. Curso de auditoría médica. Hospital alemán.  
[http://www.sadamweb.com.ar/news/2016\\_03Marzo/Calidad\\_de\\_la\\_atencion\\_medica.pdf](http://www.sadamweb.com.ar/news/2016_03Marzo/Calidad_de_la_atencion_medica.pdf)
- Cifuentes, B. (2015). Auditoría del servicio. *CES Salud Pública*, 6 (1), 102-115.  
[http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces\\_salud\\_publica/article/viewFile/3274/2412](http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/viewFile/3274/2412)

- Climent, M., y Fernández, C. (2016). Reflexiones sobre el arte de escuchar, en: III Jornada de Humanización y Ética en Atención Primaria. *Revista de familia y atención primaria*, 18, Suplemento (2), 1-31.  
[http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201403/18supl2\\_jornada\\_humanizacion.pdf](http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201403/18supl2_jornada_humanizacion.pdf)
- Congreso de la República de Colombia. Ley 23 de 1981 (febrero 18). Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Bogotá: Diario Oficial No. 35.711.  
[http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_0023\\_1981.htm](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0023_1981.htm)
- Congreso de la República de Colombia. Ley 10 de 1990 (enero 10). Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 39137. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3421>
- Congreso de la República de Colombia. Ley 10 de 1990 (enero 10). Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 39137. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3421>
- Congreso de la República de Colombia. Ley 87 de 1993 (noviembre 29). Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41120. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=300>
- Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 (Diciembre 23). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Artículo 227. Control y evaluación de la calidad del servicio de salud. Diario Oficial 41.148. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011 (enero 19). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 47957. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>



- Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 49427. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>
- Constitución Política de Colombia (1991). Título X. De los organismos de control, Capítulo 1. De la Contraloría General de la República. Artículo 269. Asamblea Nacional Constituyente. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. [http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=66192&name=CONSTITUCION\\_POLITICA\\_DE\\_COLOMBIA\\_1991.pdf&prefijo=file](http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=66192&name=CONSTITUCION_POLITICA_DE_COLOMBIA_1991.pdf&prefijo=file)
- Cortés, G. (2007). El acto médico como acto humano moral. *Revista CONAMED*, 11, (3), 12-15. [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetElActoMedicoComoActoHumanoMoral-4051368%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetElActoMedicoComoActoHumanoMoral-4051368%20(1).pdf)
- Cuartas, B. (2015). Historia Clínica. Perspectiva legal <https://line.do/es/historia-clinica/vju/vertical>
- Díaz, C., y Chacua, Y. (2009). Origen de la historia clínica. <http://historiaclinicaessc1.blogspot.com.co/2009/09/origen-de-la-historia-clinica.html>
- Díaz, C. (2015). Auditoría médica en Essalud. Plan de auditoría. <https://es.slideshare.net/cristiandiazv/auditoria-medica-en-essaludplan-de-auditoria>
- El Universal (2014, Octubre 26). La atención primaria en salud tiene importantes desafíos en Colombia. <http://www.eluniversal.com.co/colombia/la-atencion-primaria-en-salud-tiene-importantes-desafios-en-colombia-175115>
- Escudero, C. (2013). Manual de Auditoría Médica. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Fajardo, J. (2017). El rol y funciones del auditor médico como gestor del riesgo en salud (monografía). Universidad Santo Tomás de Aquino, Bogotá, Cundinamarca. <http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/4122/FajardoJorge2017.pdf?sequence=1>

- Fajardo, G., Meljem, J., Rodríguez, F., Zavala, J., Vicente, E., Venegas, F., Campos, Esther., y Aguirre, H. (2012). Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. *Revista CONAMED*, 17(1), 30-43 (enero-marzo). <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetRecomendacionesParaPrevenirElErrorMedicoLaMalaPrac-3884719.pdf>
- Fernández, L. (2011). La ética en la práctica médica. *Revista Médica UV*, 11 (1), 40-43. (Enero-Junio). [https://www.uv.mx/rm/num\\_anteriores/revmedica\\_vol11\\_num1/articulos/etica.pdf](https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol11_num1/articulos/etica.pdf)
- Fioravanti, V. (2014). Introducción auditoría médica. Universidad Católica Argentina. Buenos Aires, Argentina. <http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo11/files/auditoria/auditoria-medica-introd.pdf>
- Fombella, M., y Cereijo, M. (2012). Historia de la historia clínica. *Galicia Clínica* 73 (1), 21-26. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-HistoriaDeLaHistoriaClinica-4056927.pdf>
- Fonseca, J., Rivero, E., Baltazar, J., Ñamendys, S., y Domínguez, G. (2009). Auditoría médica. *Medicina Interna*, 25 (1), 23-30. [http://cmim.org/boletin/pdf2009/MedIntContenido01\\_06.pdf](http://cmim.org/boletin/pdf2009/MedIntContenido01_06.pdf)
- Franco, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 33 (3): 414-424. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n3/v33n3a11.pdf>
- Gamboa, M., y Carvajal, F. (2010). Programa de seguridad del paciente, evaluación y seguimiento de eventos adversos en el Hospital Serafín Montaña Cuellar E.S.E. Convenio Universidad del Tolima – Universidad EAN, Ibagué, Tolima. <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/526/GamboaMildrek2010.pdf?sequence=2>
- Garaycochea, V. (2000). Auditoría médica. *Paediátrica*, 3 (1), 27-28. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatica/v03\\_n1/pdf/auditoria\\_medica.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatica/v03_n1/pdf/auditoria_medica.pdf)
- Gómez, R., y González, M. (2008). Evaluación de la calidad de historias clínicas. Bucaramanga: Universidad ICES – Universidad

Autónoma [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/308/2/evaluacion\\_calidad\\_historias\\_clinicas\\_.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/308/2/evaluacion_calidad_historias_clinicas_.pdf)

González, A. (2008). La Historia Clínica documento indispensable para la salud. <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/602/1/La-Historia-Clinica-documento-indispensable-para-la-salud.html>

González, J., Restrepo, G., Hernández, Astrid., Ternera, D., Galvis, C., y Pinzón, J. (2014). Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá. *Revista de salud pública*, 16, (6), 871-884. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/38192/62000>

Gutiérrez, H., y De La Vara, R. (2009). Control estadístico de la calidad. Segunda edición. México: McGraw Hill. Recuperado de [http://www.academia.edu/9193216/Control\\_Estad%C3%ADstico\\_de\\_Calidad\\_y\\_Seis\\_Sigma](http://www.academia.edu/9193216/Control_Estad%C3%ADstico_de_Calidad_y_Seis_Sigma)

Guzmán, F., y Arias, C. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Revista Colombiana de Cirugía* 27 (1): 15-24. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>

Hernández, M. (2011). La importancia de formar médicos bajo modelos de APS. Universidad de Antioquia [http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna!/ut/p/z0/xY8xD4IwEIV\\_iwMjaSWIOBJiTAiD0cRoF3O2BU9Li7Y1\\_nwLCYOLq9Pd5b737h5h5EiYhhe24NBoUGEseycr8pkXqS03uyqkhZZWayX0Od5AmpCPsNBaE8PR6sIIwb7eTbkWNvng6UFxLiCvZ7uppOTj1q69B5Pv4SUa9RgJA2Bh5KhxzsQDXAvXLDIqKdFMhRjrxXJCYkVJoA2Mi2phnB4NIDL2NpXVeIATSxpP4Z6jtIs3FIr0d3ZZqHb2ASKCYZ8!/  
/](http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna!/ut/p/z0/xY8xD4IwEIV_iwMjaSWIOBJiTAiD0cRoF3O2BU9Li7Y1_nwLCYOLq9Pd5b737h5h5EiYhhe24NBoUGEseycr8pkXqS03uyqkhZZWayX0Od5AmpCPsNBaE8PR6sIIwb7eTbkWNvng6UFxLiCvZ7uppOTj1q69B5Pv4SUa9RgJA2Bh5KhxzsQDXAvXLDIqKdFMhRjrxXJCYkVJoA2Mi2phnB4NIDL2NpXVeIATSxpP4Z6jtIs3FIr0d3ZZqHb2ASKCYZ8!/)

Iriarte, M. (2007). Auditoría Médica. *Revista de Investigación e Información en Salud*, 3 (5), 52-54. [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=47090&id\\_seccion=2493&id\\_ejemplar=4769&id\\_revista=130](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=47090&id_seccion=2493&id_ejemplar=4769&id_revista=130)

- Juárez, M., De La Cruz, J., y Baena, A. (2016). El consejo clínico contra el consumo de drogas en atención primaria. *Medicina de Familia*, 17, (1), 1-112 (junio).  
<http://docplayer.es/37544119-Cambio-de-modelo-de-atencion-sanitaria.html>
- Kerguelén, C. (2008). Calidad en salud en Colombia. Ministerio de la Protección Social. Colección PARS.  
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Laín, P. (1998). La Historia clínica. Madrid: Editorial Triacastela.  
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/antropologia-medica-para-clinicos.pdf>
- Macinko, J., Dourado, I., y Guanais, F. (2011). Enfermedades Crónicas, Atención Primaria y Desempeño de los Sistemas de Salud Diagnóstico, herramientas e intervenciones. Banco Interamericano de Desarrollo-BID.  
[https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5759/Nota\\_Conceptual\\_Seminario\\_Enfermedades\\_Cronicas\\_SSA.pdf?sequence=3](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5759/Nota_Conceptual_Seminario_Enfermedades_Cronicas_SSA.pdf?sequence=3)
- Machuca, D. (2007). La auditoría. Concepto actual o antiguo. *Ciencia y Cuidado*, 4 (4), 51-57.  
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetLaAuditoriaConceptoActualOAntiguo-2534049.pdf>
- Manrique, J. (2016). Auditoría Médica. Evaluación y Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.  
<https://es.slideshare.net/jorgemanriquechavez/auditora-mdica-evaluacin-y-auditora-de-la-calidad-de-atencin-en-salud>
- Manrique, I., y López, M. (2017). La Historia Clínica en las Demandas. Encolombia.com <https://encolombia.com/medicina/revistasmedicas/neumologia/vns-141/neum141-02tema-hist/>
- Mariñelarena, J. (2011). Responsabilidad profesional médica. *Cirujano General*, 33, Supl. 2, (abril-junio), 160-163. <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112m.pdf>

- Martínez, M. (2011). Estudio Avanzado sobre la Historia Clínica. Málaga: Fesitess Andalucía.  
<http://www.fatedocencia.info/4019/4019.pdf>
- Mena, P. (2008). Error médico y eventos adversos. *Revista Chilena de Pediatría*, 79 (3): 319-326.  
<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79n3/art12.pdf>
- Ministerio de Salud de la República de Colombia. Resolución Número 13437 de 1991 (julio 8).  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf)
- Ministerio de Salud, República de Colombia. Resolución Número 1995 de 1999 (Julio 8). Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2007). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, D.C: Imprenta Nacional de Colombia.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2007). Guía de instrucción instrumento para la gestión del cambio organizacional en IPS con énfasis en evaluación de los procesos de mejora.  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia\\_gestion\\_cambio\\_organizacional.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_gestion_cambio_organizacional.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2007). Guía pedagógica. Control estadístico de procesos como generador de una cultura de la medición en las organizaciones de salud (IPS).  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guiaorganizaciona.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2008). Guía de instrucción, desarrollo de estrategias de comunicación interna hacia el paciente.  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Guia\\_comunicacion\\_interna\\_al\\_paciente.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Guia_comunicacion_interna_al_paciente.pdf)

- Ministerio de Salud y Protección Social (2011). Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGCS. Bogotá D.C: Charlie's Impresores. [http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla\\_didactica.pdf](http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Perfil y competencias profesionales del médico en Colombia. Bogotá D.C. [https://www.medicosgeneralescolombianos.com/images/noticias/Competencias\\_medico\\_Colombia.pdf](https://www.medicosgeneralescolombianos.com/images/noticias/Competencias_medico_Colombia.pdf)
- Ministerio de Salud del Perú (2014). Auditoría de la calidad de atención. Lima. [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2014/presentacion\\_auditoria\\_2014.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2014/presentacion_auditoria_2014.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Minué, S. (2017). El error diagnóstico en atención primaria. *Atención Primaria*, 49 (1), 4-5. [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S0212656716303596\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S0212656716303596_S300_es.pdf)
- Morales, O. (2003). Fundamentos de la investigación documental y la monografía. <https://es.slideshare.net/thetecher/fundamentos-investigacion-documental>
- Múnera, H., y Piedrahita, M. (2008). Evaluación de la baja adherencia a guías médicas implementadas en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia primer semestre 2008. Universidad de Antioquia, Medellín. <http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/431/1/EvaluacionAdherenciaGuiasMedicas.pdf>
- Moncada, A., y Cuba, M. (2013). Toma de decisiones clínicas en atención primaria. *Revista Médica Herediana*. 24 (4), 319-323 <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n4/v24n4r1.pdf>
- Muñoz, F. (2016). Cambio de modelo de atención sanitaria. *Medicina de Familia, Andalucía*, 17, (1), 4-112 (junio). <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v17n1/v17n1.pdf>
- Narváez, E. (2015). Calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, gineco-obstetricia, cirugía y pediatría, Hospital General de Jaén (Tesis).

Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.  
[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1733/1/RE\\_MED.HUMANA\\_CAL\\_RIESG.HISTO.CLINICA\\_HOSPITALIZACION\\_TESIS.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1733/1/RE_MED.HUMANA_CAL_RIESG.HISTO.CLINICA_HOSPITALIZACION_TESIS.pdf)

Navas, H., y Velázquez, H. (2011). Grado de cumplimiento de los criterios esenciales del proceso de obtención del consentimiento informado en la prestación de los servicios de salud. (Tesis de Postgrado). Universidad de Ciencias de la Salud (CES), Medellín, Antioquia.  
[http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1348/2/Grado\\_cumplimiento\\_criterios.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1348/2/Grado_cumplimiento_criterios.pdf)

Ochoa, C. (2007). Diseño y evaluación de guías de práctica clínica. Zamora España.  
[http://sabus.usal.es/bib\\_virtual/doc/carlos\\_ochoa\\_disenoeval\\_gpc.pdf](http://sabus.usal.es/bib_virtual/doc/carlos_ochoa_disenoeval_gpc.pdf)

Ochoa, C. (2009). Fundamentos de Medicina Basada en la Evidencia. Diseño y evaluación de Reglas de Predicción Clínica. *Evidencia pediátrica* 5 (28), 1-7.  
<http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/4111629RUTA/Dise%C3%B1o%20y%20evaluaci%C3%B3n%20de%20Reg%20.pdf>

Ochoa, C. (2010). Evaluación de la importancia de los resultados de estudios clínicos. Importancia clínica frente a significación estadística. *Evidencia pediátrica* 6 (40), 1-10.  
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-EvaluacionDeLaImportanciaDeLosResultadosDeEstudios-3245643.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria en salud. Ginebra-Suiza. [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)

Organización Panamericana de la Salud (2012). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en)

Payano, M., Paulino, K., Hernández, A., Vargas, V., y Núñez, E. (2005). Métodos y metodologías aplicadas en tesis y monografías de relaciones públicas. Santo Domingo: Universidad Autónoma, (UASD).

- Peña, S. (2011). El acto médico, en Calidad educativa en la formación médica. *Cuadernos de debate en salud*. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú. [http://cmp.org.pe/wpcontent/uploads/2016/09/CuadernoDebateN2\\_v17.pdf](http://cmp.org.pe/wpcontent/uploads/2016/09/CuadernoDebateN2_v17.pdf)
- Piscoya, J. (2000). Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 61 (3), 227-240. <http://www.redalyc.org/pdf/379/37961308.pdf>
- Presidencia de la República de Colombia. Decreto reglamentario 2174 de 1996 (noviembre 28). Derogado por el Decreto 2309 de 2002. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial No. 42.931. <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/DECRETOS/2174%2096.pdf>
- Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1011 de 2006 (abril 3). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)
- Quintero, M. (2012). La responsabilidad patrimonial del estado por la falla en la prestación del servicio médico asistencial. Acto médico defectuoso en las entidades de salud del estado. (Tesis de Maestría). Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Bogotá, Cundinamarca. <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3946/797964292012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Riondet, B. (2007). Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Inter-zonal General de Agudos. Universidad Nacional de la plata, San Martín de la Plata, Buenos Aires, Argentina. <https://es.scribd.com/document/92580163/tesis-historial-clinico>
- Rodríguez, M., y Grande, M. (2016). Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. [http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n141\\_Calidad\\_asistencial.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n141_Calidad_asistencial.pdf)
- Romero, A. (2015). Proyectos de mejora de la práctica clínica dirigidos a los médicos. Revisión sistemática de los estudios publicados en España durante el periodo de 1998 a 2011. (Tesis



- Doctoral). Universidad de Sevilla, España. <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/39900/Tesis%20Alberto%20Romero%20Alonso%2014%20octubre%202015.pdf?sequence=1>
- Román, A. (2012). Herramientas de gestión para organizaciones y empresas de salud. Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención. *Medwave*, 12 (6): e5436 doi:10.5867/medwave.2012.06.5436. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5436>
- Romero, A., Rivero, J., Olascoaga, F, Pino, R., Figueiras, B., y Del Sol, L. (2010). Aproximación a la historia clínica: una guía. *MediSur*, 8 (5), 183-218. <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098032.pdf>
- Sánchez, Y., González, F., Molina, O., y Guil, M. (2011). Guía para la elaboración de protocolos. Málaga. Biblioteca Las Casas - Fundación Index. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.pdf>
- Sandoya, E. (2010). El médico del primer nivel de atención y sus competencias. *Tendencias en medicina*, 1 (37), 1-12 (noviembre). [http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes37/art\\_04.pdf](http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes37/art_04.pdf)
- Santacruz, J. (2015). Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Revista Universidad y Salud*, 18 (2), 373-384. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a17.pdf>
- Turabián, J., y Pérez, B. (2007). El modelo biopsicosocial y el mercado de limones. *Atención Primaria*, 39 (6), 329-330. [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13106293\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13106293_S300_es.pdf)
- Vélez, E. (2013). Diseño e implementación de un modelo de auditoría de historias clínicas para una IPS domiciliaria de la ciudad de Pereira Risaralda (proyecto de grado, especialización Gerencia en Sistemas de Salud). Universidad Tecnológica de Pereira. <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/3921/65745V436.pdf?sequence=1>

Velito, A., y Tejada, S. (2010). La historia clínica como instrumento de calidad. Curso anual de auditoría médica del hospital alemán. <http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Medicina Interna* 33 (1), 11-14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>