

Material Imprimible

Curso Secretariado médico

### Módulo 3

#### **Contenidos:**

- La auditoría en salud: qué es, cuáles son sus características y cuáles son los tipos que existen
- Facturación de una prestación médica
- Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas
- Historia clínica y epicrisis

## La auditoría

La palabra “auditoría” proviene del inglés “audit”, que significa “verificar” o “inspeccionar”, y encuentra su origen en el latín “audire”, que quiere decir “escuchar”, y “auditus”, que significa “audición”. Por eso podemos decir que auditar es acumular y evaluar evidencia cuantificable de una entidad específica, realizado por una persona independiente e idónea.

La **auditoría en salud** es la evaluación sistemática de la calidad, de la racionalidad técnico-científica y de la racionalización de los recursos de la atención en salud, enfocada principalmente en su proceso y resultado, con el objetivo fundamental de evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud.

La auditoría es un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la misma y evaluarlas de manera objetiva, con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de evaluación.

Dicho proceso se sustenta en principios como integridad, presentación imparcial y debido cuidado profesional.

La auditoría médica o auditoría en salud es una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes. Esta se realiza mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias, y mediante este estudio se puede, por ejemplo, identificar las áreas críticas y proponer soluciones que favorezcan tanto al cuerpo médico como a los pacientes.

Es esencial realizar una correcta auditoría médica, ya que, de esta manera, se puede mejorar de manera significativa la calidad del servicio de salud.

Asimismo, de acuerdo a las autoras Paola Arango Guzmán, Paula Flórez Hurtado, Ángela Pérez Pérez y Claudia Rodríguez, “el auditor en salud posee ciertas características, tanto personales como de formación académica, que deben ser consideradas prioritarias para evitar los auditores improvisados”.

Dichas autoras exponen que el auditor en salud debe:

- Ser profesional de la salud
- Tener inquebrantables principios éticos y morales
- Tener conocimiento específico del área objeto de la auditoría y, por lo tanto, manejar los criterios generales para la atención

- Tener formación como evaluador de calidad, es decir, como auditor clínico y estar respaldado por sólidas bases técnicas en este campo
- Poseer experiencia administrativa y clara visión general
- Ser crítico, conciliador, ecuánime y tener un alto sentido de la justicia
- Manejar excelentes relaciones de respeto con los profesionales y con las entidades
- Y tener habilidad y capacidad para trabajar en equipo

Existen diversos tipos de auditorías:

- Auditoría aleatoria
- Auditoría integral
- Auditoría exhaustiva
- Auditoría híbrida
- Auditoría de mejora de la calidad

En la auditoría aleatoria, la técnica de selección para el muestreo está basada en la selección al azar o aleatoria. ¿Qué significa esta selección? que todas las partidas dentro del universo o dentro de cada estrato tienen la misma posibilidad de ser seleccionadas.

En la auditoría integral, el objetivo es examinar de manera crítica, sistémica y detallada los sistemas de información financiero, de gestión y de legalidad de una organización, con el propósito de emitir un informe profesional sobre la razonabilidad de la información financiera.

La auditoría integral consiste en:

- Determinar si los estados financieros de la empresa se ajustan a los principios de contabilidad generalmente aceptados
- Determinar si la empresa ha cumplido o no con sus reglamentos y estatutos
- Evaluar la estructura de control interno

Los resultados de una auditoría integral ayudarían a la toma de decisiones y a determinar si los administradores de la empresa están usando adecuadamente los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad y ética.

Por su parte, las auditorías exhaustivas no utilizan el muestreo aleatorio, sino una revisión sistemática de las reclamaciones previamente auditadas y de la documentación que las acompaña.

Dado que este tipo de auditoría presenta una inspección completa y posee detalles, es uno de los tipos más comunes de auditorías que se utilizan cuando hay reclamaciones específicas en disputa, o cuando una institución en particular está solicitando un reembolso por una reclamación específica.

En las auditorías híbridas, los auditores seleccionan muestras para inspecciones aleatorias y exhaustivas al mismo tiempo, es decir, son una mezcla de enfoques. Su ventaja es que proporciona una hoja de ruta para tratar las reclamaciones en el futuro y, a su vez, destaca las áreas que necesitan financiación adicional.

Por último encontramos las auditorías de mejora de la calidad, que se centran en los proveedores y en los pacientes al mismo tiempo, con el objetivo de crear recomendaciones y estrategias de mejora.

En este tipo de auditoría se seleccionan diversos pacientes con diferentes condiciones y son seguidos desde el registro inicial hasta que regresan a su estado original. Allí, un auditor independiente medirá la calidad de los servicios prestados, la satisfacción del paciente y el costo financiero para el paciente y para el proveedor para lograr el resultado deseado. Una vez realizada la evaluación, la auditoría presenta un informe que expone qué cosas se deben mejorar.

La auditoría tiene el objetivo de agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. Allí, el concepto de calidad es clave.

En el ámbito empresarial, la calidad es el conjunto de principios, métodos organizados y estrategias globales que tienen el objetivo de movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y estamentos de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor costo.

En los manuales de normas ISO se define a la calidad como el conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.

La Organización Mundial de la Salud, por su parte, define que “la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y

terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.”

La calidad de los servicios sanitarios tiene tres componentes fundamentales: el técnico, el interpersonal y el de amenidad.

Los elementos técnicos están constituidos por las investigaciones, tratamientos e intervenciones; los elementos interpersonales incluyen características tales como la comunicación y la consideración de la dignidad del paciente; y los elementos de amenidad se refieren a las condiciones del entorno y hoteleras, como la alimentación, la limpieza, entre otros.

La auditoría médica de las prestaciones y servicios en salud no se aparta de las auditorías que se realizan en otros campos del quehacer humano en cuanto a proceso, objetivos, evaluación e informe, constituyéndose en un instrumento de perfeccionamiento y educación continuada, que permite tomar resguardos en aspectos técnicos, administrativos, éticos y médico legales en búsqueda de la excelencia.

En este proceso se compara la calidad de la atención brindada y observada con la calidad ideal y deseada, de acuerdo a criterios y normas preestablecidas.

De esta manera, la auditoría médica se concibe como una instancia educadora más que punitiva y sancionadora, donde se trata de aprovechar las experiencias negativas y positivas, para ir introduciendo correcciones y mejoras en cada una de las áreas de atención, para satisfacer las necesidades de los pacientes y de sus familiares.

En el cumplimiento de sus objetivos, la auditoría médica tiene algunos campos de acción:

- El campo educativo, que estimula la educación y el perfeccionamiento continuo, lo que permite la obtención del aprendizaje y experiencia para enseñar
- El campo técnico-evaluativo a través de la calificación de actos y conductas, lo que implica un control de calidad
- El campo de investigación, que detecta problemas, deficiencias y el grado de cumplimiento de las normas, lo que facilita establecer y delimitar responsabilidad médica

- El campo normativo, que genera 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
- También el campo médico-legal, que tiene el objetivo de establecer que se cumplan las normas legales y las disposiciones sanitarias vigentes
- El campo ético, que tiene el fin de promover el fiel cumplimiento de las conductas de las personas de acuerdo a las normas éticas y morales
- Por último, el campo financiero y de mercado, en el que, con la información que proporciona la auditoría médica, se puede analizar la calidad, la prestación costo-beneficio y la eficiencia, permitiendo la elaboración de indicadores de calidad.

En todos los aspectos de la auditoría médica, es de gran importancia trabajar en la elaboración de programas, readecuar protocolos, guías clínicas, manuales de procedimientos, desarrollar sistemas para los distintos procesos de atención sanitaria y controlar su funcionamiento.

El aumento de la calidad conduce a una reducción de los costos, ya que se incurre en menores faltas y/o errores. Esto lleva a que los pacientes estén más satisfechos y que el personal se sienta orgulloso de su trabajo.

Asimismo, la buena relación entre médico y paciente es esencial, y la prioridad en esta relación es, entre otras, rescatar la condición humana del hombre que sufre, deteriorada, en cierta medida, por la enfermedad.

Para cumplir con esta prioridad, la organización debe implicar a que todo el personal sea parte de la labor cotidiana, la que debe ser equilibrada, sistemática, cíclica y perdurable. Y allí siempre deberá estar presente la tarea del auditor, controlando, evaluando, previniendo e informando, para contribuir a este proceso de mejora continua.

La auditoría del prestador es un área fundamental y a la que, a veces, se le suele restar importancia. Sin embargo, de ella dependerá, en gran medida, que el producto final sea el adecuado.

Un sanatorio, clínica u hospital privado existe gracias a sus pacientes, y estos son clientes, a los que tienen que ir dirigida la atención y a los que se le brinden acciones de calidad. Por eso, se requiere que la atención sea efectiva y profesional, productiva y eficiente.

Para ello tenemos que recordar una serie de principios que, bien aplicados, en forma correcta, nos dará la idea del resultado esperado:

- El cliente - paciente es el fundamento de nuestra tarea, no una interrupción en la misma. Representan la razón de la tarea, ya que sin ellos no existirían los empleados; por lo tanto, no dependen de nosotros, sino nosotros de ellos
- Hacia el cliente va dirigido todo lo que hagamos en función de calidad. Del mismo modo que el cliente juzga a la institución privada por su limpieza, entorno, comida, atención médica y hasta por la decoración ambiental, lo hace también por las actitudes de los empleados
- Por lo expuesto, una adecuada capacitación en los empleados encargados del Área de Admisión o Ingresos tendrá como resultado que la atención brindada no solo sea eficiente puertas adentro de la institución, sino que se refleje ante los pacientes
- Por último podemos decir que la admisión no solo se trata de la serie de pasos y trámites necesarios a cumplimentar en el ingreso o internación de un paciente, sino que además es la atención del paciente ambulatorio

Por su parte, la auditoría en el ámbito del prestatario se divide según dónde se desarrolle la actividad. Podemos nombrar dos grupos: el área externa y el área interna.

El área externa es aquella que lleva a cabo un médico auditor fuera del ámbito territorial de la prestataria a la que pertenece, es decir, el auditor que realiza la auditoría del establecimiento de salud, no pertenece a la misma.

Este tipo de auditoría se divide, a su vez, en los siguientes sub- grupos:

- Auditoría de estructuras
- Auditoría de terreno
- Y auditoría compartida

La auditoría de estructuras es aquella destinada a considerar la capacidad instalada de los prestadores de servicios, la idoneidad de los profesionales médicos y paramédicos, de los técnicos y de los administrativos. Es decir, la eficacia en general del prestador.

Los servicios ofrecidos por el prestador deben ser:

- Integrales, ya que debe brindar todo aquello que ofrece

- Exactos, dado que un sistema adecuado es aquel que brinda una probabilidad estadística médica de éxitos aceptada en el medio y tiempo actuante
- Permanentes, es decir, constantes, previniéndose la atención programada y la emergencia en forma diaria durante las 24 horas del día
- Y accesible, o sea, la oferta del servicio y su costo de distribución deben ser tales que permitan acceder al mismo al mayor número de beneficiarios de la obra social

La auditoría del terreno es la realizada en el lugar donde se encuentra internado el afiliado, no solo para verificar la afiliación del mismo, sino para controlar el adecuado tratamiento del afiliado como paciente.

Allí, el auditor evalúa las prestaciones que reciben los beneficiarios en el momento que se efectúan las mismas, si los servicios que reciben son los que corresponde, y si la calidad y cantidad de las mismas es la adecuada al caso clínico. Es decir, se analiza la prestación en el momento que el paciente la recibe.

Por último, la auditoría compartida se refiere al análisis de la documentación, que se efectúa en forma conjunta entre los representantes de la prestataria, es decir, la obra social, la prepaga, etc., y el prestador o efector. La misma puede ser realizada previo al envío de la facturación o posterior a la recepción de los débitos.

Por su parte, el área interna es aquella que lleva a cabo el auditor médico en el ámbito territorial de la entidad a la cual pertenece.

Al igual que el área externa, el área interna se divide en sub-grupos:

- Auditoría de facturación y liquidación de prestaciones médicas
- Auditoría de calidad de la atención médica
- Auditoría de resultados
- Auditoría de delegación

Sobre la auditoría de facturación y liquidación de prestaciones médicas se puede decir que si hablamos del área de facturación, la actividad de la auditoría en el prestador tendrá relación directa en la figura del médico - auditor, que acompañará al facturista en diversas facetas. Si nos referimos al área de análisis de débitos, podrá ser el mismo profesional y el mismo administrativo el que los examine, o contar con personal destinado a esa tarea.

La auditoría de calidad de la atención médica tiene que ver con la evaluación sistémica de la calidad y la racionalización del recurso de la atención en salud enfocada en el proceso y resultado con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios. El objetivo es evaluar la calidad de la atención médica que presta la entidad e introducir, de ser necesario, las correcciones que fueren fundamentales para superar las deficiencias que se detecten y contribuir a su mejoramiento.

Por su parte, la auditoría de resultados es realizada dentro del ámbito de la prestataria, tanto en la parte administrativa como médica. Esta analizará la facturación recibida desde un punto de vista totalmente distinto al utilizado en las demás auditorías.

Cuando se opta por este tipo de auditoría, significa que la prestataria no posee auditoría de terreno en la que pueda apoyarse una vez presentada la facturación. Tampoco se cuenta con el personal o el tiempo suficiente para que, a pesar de no contar con este tipo de auditoría, se realice la auditoría médica y de facturación correspondiente.

En otros casos se opta por esta auditoría por el solo hecho de llevar un control o muestreo de la información que se suministra en una facturación. En estos casos se efectúan los pagos sobre el total de lo facturado, pero llevando un control de la cantidad de prácticas realizadas y su importe. De allí se sacará una estadística mensual que le brindará una base para futuras facturaciones.

Por último, la auditoría de delegación es aquella que se realiza por el médico auditor de la prestataria, ya sea en la sede de la misma o dentro del centro prestador.

### **Facturación de una prestación médica**

El secretario médico puede ocuparse de la realización mensual de la facturación. Pero... ¿qué es la **facturación médica**? Es el proceso en que se registra y se emite una factura por un servicio médico prestado.

La factura es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por cada centro de salud.

Facturar no es un proceso fácil, ya que cada establecimiento tiene su modalidad, sea manual o por sistema específico. Para ello, es importante destacar que se deberá estar actualizado sobre los últimos decretos y normativas respecto a la facturación y, a su vez,

poder disponer de tiempo de aprendizaje dependiendo de la entidad en la cual se ejerza la facturación.

Para registrar y emitir facturas existen una serie de pasos obligatorios que deben ser llevados a cabo de manera adecuada y ordenada, a fin de evitar inconvenientes en la facturación. Así es como el facturador debe velar siempre por mantener un orden y una prolijidad en su labor, sobre todo a la hora de enumerar las facturas y elevarlas a cada obra social. Asimismo, cumplir con todas las pautas y normativas para su confección.

Cuando hablamos de facturación, tenemos que definir bien dos pasos fundamentales. El primero consiste en anotar o registrar la actividad o servicio en lo que llamamos “formulario de facturación”. Dicho formulario es el vínculo entre el prestador y la obra social o prepaga que abonará el servicio, y a partir de este documento se sabrá qué paciente accedió a cada uno de los servicios brindados por el profesional y el abono total de todos los honorarios.

Con estos datos en cada facturación médica, se plasma la prestación correspondiente al servicio brindado, la información personal del paciente, el plan médico, la fecha de la realización de la prestación, y si hubo prestaciones adicionales o cargos extras al servicio. Cada obra social o prepaga cuenta con sus instituciones de salud y planes médicos que tienen requerimientos propios. Por lo tanto, como dijimos anteriormente, es fundamental que se ocupen de la facturación personas idóneas para facilitar el proceso de pagos y agilizar la realización y presentación de las facturas.

El segundo paso consiste en la facturación propiamente dicha. Para facturar bonos de consulta, siempre se debe verificar que los bonos de la obra social estén completos de manera adecuada, con letra que pueda leerse correctamente, y con los datos personales del paciente, es decir, número de afiliado y documento de identidad, también fecha de atención, diagnóstico y, por último, firma y sello del médico.

Recordemos que siempre se debe estar actualizado, ya que cada obra social puede requerir de una solicitud específica o de otros elementos en el bono para su facturación. Por su parte, para la facturación de las prácticas médicas se necesitan los mismos datos indicados para los bonos de consulta y el código de la práctica médica, que estudiaremos más adelante y es conocido como nomenclador. En muchos de los casos, las prácticas deben ser previamente autorizadas por la obra social o la prepaga. Este trámite debe ser previo a la fecha de la realización de la misma.

Para facturar son esenciales dos pasos: en primer lugar, agrupar los bonos recibidos y todas las prácticas de la obra social. Luego se procederá a cargarlo en el sistema específico declarando nombre y apellido del profesional, con su sello o número de matrícula correspondiente, obra social a la que se debe facturar el honorario o la prestación, período de facturación, y la cantidad de bonos o consultas de dicho prestador. Al finalizar se requiere de la firma y el sello del profesional que avalará sus prácticas.

Todos los profesionales, a partir del momento que son responsables inscriptos, deben emitir una factura de tipo A con el 10,5% del IVA.

Para confeccionar la factura se necesita contar con los siguientes datos:

- fecha del último mes facturado
- Tipo del Colegio de Médicos. Por ejemplo, Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, con su respectivo CUIT
- cantidad de consultas multiplicadas por el valor de la misma en la obra social
- Cantidad de prácticas con el valor de las mismas en esa obra social
- el subtotal de los datos anteriores
- y por último el agregado del IVA del 10.5% en la sumatoria total

### **Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas**

De acuerdo a su definición, el **Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas** es el catálogo de nombres de técnicas médicas destinadas al tratamiento de una determinada enfermedad o patología. No se trata de un manual ni de un diccionario, sino de un catálogo donde se individualiza cada una de las técnicas médicas utilizadas para el tratamiento de una enfermedad.

El Nomenclador Nacional se divide en diferentes partes o prácticas:

- Prestaciones médicas
- Odontológicas
- y bioquímicas

El nomenclador nacional es la recopilación de Prestaciones Médicas, Odontológicas y Bioquímicas por códigos, con sus respectivas unidades arancelarias, que determinan el valor de dichas prestaciones con vigencia a nivel nacional, en la contratación de servicios

con las entidades comprendidas en el régimen de la Ley 23660, que se refiere al Sistema de Obras Sociales.

De acuerdo a la práctica específica que se utilice, los prestadores médicos deberán facturar a los prestatarios un monto justo y razonable. Los prestatarios pueden ser, por ejemplo, las obras sociales.

En Argentina existe la Superintendencia de Servicios de Salud, que consiste en un organismo de regulación y control de los agentes que forman parte del Sistema Nacional del Seguro de Salud y las obras sociales nacionales. Su objetivo es asegurar el cumplimiento de las políticas que corresponden al área de Salud.

Para que dicho organismo pueda cumplir su rol como ente regulador del sistema de obras sociales, utiliza el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas, que le permite llevar un control del cumplimiento de las obligaciones médicas asistenciales.

En el Nomenclador Nacional se especifican las pautas que se deben tener en cuenta a la hora de:

- Enumerar, catalogar y describir el tipo de prestación médica que recibe el paciente
- Individualizar un tipo de prestación
- Valorar una prestación
- Determinar las normas de cobertura

Por lo tanto, los profesionales de la medicina pueden recurrir al Nomenclador Nacional para buscar un código de alguna de las prácticas médicas, la descripción de una técnica, y hasta sus valores y honorarios.

El fin del uso del Nomenclador se encuentra en brindar información sobre cada una de las prestaciones allí contempladas, que el facturista deberá valorizar en términos económicos en una factura.

## **Historia clínica**

De acuerdo al artículo 12 de la ley 26.529, la **historia clínica** es “el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”.

Es decir, la historia clínica es un documento donde se encuentra toda la información médica del paciente.

La historia médica tiene dos tipos de soportes:

- El soporte papel consta de una series de formularios que se ordenan en una carpeta
- Y la historia médica informática es la que se almacena en ordenadores mediante la utilización de programas informáticos específicos. Estas son las historias clínicas electrónicas.

Asimismo, la historia clínica del paciente le permite al médico:

- Aprender de las actividades desarrolladas en el ámbito hospitalario
- Plantear preguntas de investigación que favorezcan a la prevención de la sociedad en su conjunto
- Absorber perfiles e información local, nacional e internacional

El primero en hacer una historia clínica fue el médico italiano Antonio Benivieni, considerado el padre de la anatomía patológica. Él plasmó por escrito los resultados de las autopsias que practicó de casos clínicos que estudió, por lo que podemos decir que crea el primer protocolo de autopsia vinculado a la historia clínica.

Ahora bien. El artículo 14 de la ley 26.529 hace referencia a la titularidad de la historia clínica, y expresa que “el paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho horas de solicitada, salvo caso de emergencia.”

Por su parte, el artículo 15 se refiere a lo que se debe asentar en la historia clínica:

- “La fecha de inicio de su confección;
- Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- Todo acto médico realizado o indicado (...) y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas”

El artículo 16, por su lado, se refiere a la integridad, y expone que “forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.”

Por otro lado, el artículo 17 sentencia que “la historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una ‘clave uniforme’, la que deberá ser comunicada al mismo.”

Según el artículo 18, “la historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas.”

El artículo 2 de la ley 26.529 expone lo siguiente: “constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

- Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente
- Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes
- Intimidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la

autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326

- Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente
- Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud
- Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información
- Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud...”

Por su parte, el artículo 4 expone que “la información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente. En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad”.

Por último nos referiremos al consentimiento informado. De acuerdo al artículo 5, “se entiende por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- Su estado de salud;
- El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;

- Los beneficios esperados del procedimiento
- Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.”

## **Epicrisis**

Se llama **epicrisis** al documento que el médico confecciona en el momento del alta del paciente, en donde resume los aspectos más relevantes de la enfermedad, por lo que está basado en los registros médicos que aporta la historia clínica.

La palabra epicrisis del proviene del griego, y significa “posterior apreciación”, “juicio”, ya que es el período posterior a la crisis de una enfermedad.

La epicrisis hace que el paciente conozca su estado de salud y todos los procedimientos médicos que se le realizaron durante su internación para mejorar su salud. Además, es una fuente de referencia para que otros médicos conozcan los antecedentes patológicos del individuo y sus tratamientos previos.

Una epicrisis debe ser:

- Veraz, es decir, que los datos aportados por la misma deben coincidir con lo expuesto por el paciente y el registro realizado
- Clara, ya que tiene que ser de fácil interpretación a pesar de contener lenguaje médico
- Y coherente, dado que la secuencia escrita de eventos de la enfermedad debe guardar relación con la realidad, en cuanto a evolución y cronología

Asimismo, al ser un documento médico-legal, ante cualquier acción legal, como por ejemplo, una demanda, se tomará en cuenta la información contenida tanto en la historia clínica como en la epicrisis.

En la epicrisis deben figurar datos como:

- Motivo de consulta y resumen de la enfermedad
- Diagnóstico provisional con el que fue admitido en el centro de salud

- Tiempo de hospitalización, indicando fecha exacta de ingreso y egreso
- Evolución del paciente, es decir, el curso de la enfermedad durante la hospitalización
- Resultados de exámenes médicos complementarios, como laboratorio, imágenes y pruebas especiales
- Complicaciones durante el periodo de hospitalización
- Tratamiento recibido durante la hospitalización
- Conclusiones finales, es decir, el juicio médico o las conclusiones posteriores a la hospitalización
- Recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas
- Consultas médicas posteriores, a cargo del médico o servicio tratante
- Terapia física y rehabilitación, cuando se requiera

Es importante tener en cuenta que el secretario médico tiene acceso a la búsqueda de toda historia clínica y epicrisis que el médico le pueda solicitar. Estos documentos deben estar perfectamente archivados y deben ser de fácil acceso cuando el paciente tiene un turno.

Para un mayor acceso y facilidad entre los profesionales médicos, las historias clínicas o epicrisis pueden estar digitalizadas. Esto comúnmente se hace en los hospitales y clínicas. Sin embargo, también pueden estar hechas a mano, lo que ocurre generalmente en los consultorios particulares.

Cuando un paciente decide efectivizar un cambio de clínica de atención o un cambio de profesional, puede solicitar su epicrisis o historia clínica para que pueda llevarla al nuevo profesional que le dará atención. Solo el titular de la prestación puede acceder a solicitar su historia o, en caso de menores, solicitar sus padres. Como aprendimos anteriormente, la información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas con autorización del paciente.