

**CALIDAD EN EL REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA, EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL
2016. CLÍNICA FOSCAL, FLORIDABLANCA.**

**JOHANNA ANDREA ALVAREZ ARGUELLO
LAURA LILIANA RODRÍGUEZ MONCADA**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA - CES
FACULTAD DE MEDICINA
AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA
2017**

**CALIDAD EN EL REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA, EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL
2016. CLÍNICA FOSCAL, FLORIDABLANCA.**

**JOHANNA ANDREA ALVAREZ ARGUELLO
LAURA LILIANA RODRÍGUEZ MONCADA**

Trabajo de grado para optar el título de Auditor en salud

**ASESOR
EUGENIO AGUDELO ZULUAGA
Especialista en Auditoria de Servicios de Salud CES**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA - CES
FACULTAD DE MEDICINA
AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA
2017**

AGRADECIMIENTOS

Uno de los mejores proverbios chinos dice ~~%~~si caminas solo, llegarás más rápido; si caminas acompañado, llegarás más lejos+. Queremos agradecer de antemano a nuestros padres por su apoyo incondicional en nuestro proceso de formación, al plantel educativo de la UNAB y del CES, por brindarnos su experiencia y conocimiento tan enriquecedor, a la Clínica FOSCAL por permitirnos desarrollar el proyecto de grado en esta importante institución y de forma muy especial a ~~%~~Eugenio+ nuestro asesor, guía y motivador durante la especialización. Querer es poder y con Dios de la mano, podemos decir con orgullo ¡~~%~~lo hemos logrado+!

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN O ABSTRACT.....	9
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.1 Planteamiento del Problema.....	10
1.2 Justificación.....	11
1.3 Pregunta de Investigación	13
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1 Marco Conceptual.....	14
2.2 Marco Legal.....	15
2.3 Marco Institucional	23
3. OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo general.....	25
3.2 Objetivos específicos.....	25
4. METODOLOGÍA.....	26
4.1 Enfoque metodológico de la investigación.....	26
4.2 Tipo de estudio	26
4.3 Población	26
4.3.1 Criterios de inclusión	26

4.3.2	Criterios de exclusión.....	27
4.4	Diseño muestral.....	27
4.5	Descripción de las variables para generar los indicadores.....	27
4.6	Prueba piloto.....	29
4.7	Técnicas de recolección de información.....	29
4.8	Control de errores y sesgos	30
4.9	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	31
4.10	Plan de divulgación de los resultados.....	31
4.11	Consideraciones éticas.....	31
5.	RESULTADOS	32
6.	DISCUSIÓN.....	40
7.	CONCLUSIONES	42
	BIBLIOGRAFIA	43

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Tabla de variables.....	27
Tabla 2. Caracterización de resultados en la población general	32
Tabla 3. Conversiones de las variables en el Gráfico 1 Í Caracterización en la población generalÎ	34
Tabla 4. Cumplimiento del diligenciamiento de antecedentes en Mujeres	36
Tabla 5. Cumplimiento del diligenciamiento de antecedentes en Hombres...	36
Tabla 6. Caracterización de la población que tuvo procedimientos especiales y/o transfusión por género.....	37

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Caracterización en la población general	34
Gráfico 2. Porcentaje de cumplimiento de transfusión y procedimientos especiales en mujeres	38
Gráfico 3. Porcentaje de cumplimiento de las variables del diligenciamiento de procedimientos especiales en hombres.....	39
Gráfico 4. Porcentaje de cumplimiento de las variables del diligenciamiento de transfusión en hombres	39

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo A. Lista de chequeo	45
---------------------------------	----

RESUMEN O ABSTRACT

El proyecto de grado que se presenta a continuación, se trata de una investigación mixta, tanto cualitativa como cuantitativa, en donde basados en la normatividad legal vigente en el país, se desarrolló un instrumento para la evaluación de la calidad de las historias clínicas diligenciadas por el servicio de hospitalización de medicina interna de la Clínica FOSCAL, durante el último trimestre del 2016, pues más del 80% de la ocupación de la institución es de pacientes a cargo de esta especialidad. A nivel mundial el registro de la historia clínica es la base fundamental del ejercicio médico y ha sido motivo de estudio de los trabajadores de la salud, interesados en el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios a los usuarios. La historia clínica ejerce un papel fundamental en la calidad de la atención médica y refleja el método clínico y semiológico realizado por el profesional con el fin de lograr un diagnóstico, pronóstico y tratamiento correcto en el paciente. Es un documento legal, obligatorio y confidencial, según lo establecido por el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud. Por lo tanto, la evaluación de la misma, permite conocer el estado actual del ejercicio profesional y permite generar planes de mejoramiento continuo para cumplir con una atención satisfactoria hacia el paciente y generar elementos que respalden el acto médico, como elemento material probatorio para la defensa del profesional ante un proceso legal.

Palabras clave o Keywords: Historia clínica, calidad, atención médica.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

A nivel mundial el registro de la historia clínica es la base fundamental del ejercicio médico y ha sido motivo de estudio de los trabajadores de la salud, interesados en el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios a los usuarios, por ejemplo, en Perú se realizó en el 2013 un estudio para evaluar la calidad de registro en la historia clínica a través de un instrumento presentado en la Norma técnica de auditoria de la calidad de atención en salud, calificando los recursos como %aceptable+ o %por mejorar+ según la puntuación obtenida posterior a la evaluación (1,2).

Actualmente en todos los países, el error médico es una de las principales causas de demandas contra los prestadores de la atención en salud, lo que hace importante la identificación del motivo de su incremento, ya que estas pueden ser consecuencia por el actuar con negligencia, impericia o imprudencia, siendo en Estados Unidos relativamente comunes; por lo cual el médico debe responder legalmente y como su único elemento material probatorio, se encuentra la historia clínica para su defensa (3).

En Colombia, las demandas a los médicos en su ejercicio de la profesión, ha ido incrementando a un ritmo acelerado, desde la promulgación de la Ley 100 de 1993, como consecuencia del mayor conocimiento de los derechos en salud por parte de los usuarios, generando un aumento en la exigencia en la calidad y cumplimiento en estos servicios por parte de los profesionales de la salud (4).

A pesar de que en la literatura colombiana son escasos los estudios de revisión sobre el tema, se conoce que las demandas medico legales no presentan excepción alguna respecto a la especialidad, existiendo algunas con mayor riesgo como ginecología y obstetricia un 13.9%, cirugía general 11.1%, ortopedia 8.1% y medicina interna un 7.4% (4). Por otra parte, el mayor número de demandas se centraliza en las regiones que funcionan como centros de referencia, siendo Santander uno de los departamentos más demandados, y compromete con reiteración a las instituciones de II y III nivel como, por ejemplo, la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL). Una de las principales causas de estos procesos legales es la atención hospitalaria, donde la historia clínica, se convierte en una herramienta para su defensa (5).

La historia clínica ejerce un papel fundamental en la calidad de la atención médica y refleja el método clínico y semiológico realizado por el profesional con el fin de lograr un diagnóstico, pronóstico y tratamiento correcto en el paciente (6). Es un

documento legal, obligatorio y confidencial, según lo establecido por el artículo 34 de la Ley 23 de 1981(7) y la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud (8). Por lo tanto, la historia clínica es una herramienta primordial para el ejercicio de la profesión, por consiguiente debe ser diligenciada adecuadamente cumpliendo con los requisitos establecidos por la Resolución 1995 de 1999 (8) y la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 (9). Su correcta elaboración refleja la calidad de la atención del paciente y funciona como elemento material probatorio para la defensa del profesional ante una demanda.

La evaluación de la calidad del registro de las historias clínicas es un elemento importante de la auditoría médica, por su alto valor médico, gerencial, legal y académico, por consiguiente la implementación de intervenciones para la mejora continua de la calidad de los registros bajo un entorno multidisciplinario puede mejorar la práctica profesional, evidenciada en un aumento de la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios. Adicionalmente, su adecuado diligenciamiento tiene un beneficio económico para la instituciones, en especial las empresas de carácter privado, ya que conlleva a un reembolso por parte de las aseguradoras del gasto de la intervención del paciente(10).

Con lo anterior expuesto, cabe resaltar que tanto los médicos generales como los especialistas están obligados a realizar una correcta elaboración de la historia clínica para garantizar la práctica profesional y la calidad de la prestación de los servicios de salud. Es por lo tanto, motivo de interés de esta investigación, la cual se desarrolla en la Fundación oftalmológica de Santander, evaluar las historias clínicas de los médicos con especialidad en medicina interna, quienes deben cumplir con los más altos estándares de calidad al momento de realizar el registro del acto médico, pues más del 50% de la ocupación de la institución es de pacientes a cargo de esta especialidad y obtener una evaluación objetiva del diligenciamiento de los registros clínicos, no solo va a enriquecer la forma en la cual actualmente se realizan, sino que según los resultados encontrados, se lograrán diseñar planes de mejoramiento para cumplir con todos requisitos de los estándares de calidad legalmente vigentes.

1.2 Justificación

El Ministerio de Salud de Colombia, en la Resolución número 1995 de 1999 (Julio 8), establece que la Historia Clínica es 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+(8).

Igualmente, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en Colombia, establece como objetivo estimular el

desarrollo de un sistema de información basado en calidad y que logre facilitar la realización de las labores de auditoria, vigilancia y control sobre la información de los usuarios del sistema de salud. Es así como la historia clínica y el diligenciamiento de la misma, cobra vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

La presente investigación busca realizar una evaluación objetiva del diligenciamiento de la historia clínica electrónica y el registro escrito que realiza el médico, en el ejercicio de su profesión, dado que, como queda establecido en la resolución 1995 de 1999, es una herramienta fundamental e indispensable de los diferentes servicios en las instituciones de salud; en esta investigación, se evaluará específicamente en el servicio de hospitalización de medicina interna, en la clínica FOSCAL, dado que actualmente es una de las principales instituciones prestadoras de servicios de salud en la región, está acreditada en Salud+ por el ICONTEC y cuenta con lineamientos específicos para el correcto diligenciamiento del formato de historia clínica, ajustados según lo establecido por el Ministerio de Salud.

Es así como la investigación no solo permitirá conocer actualmente el grado de calidad de los registros en la historia clínica electrónica, sino permitirá según los resultados, diseñar planes de mejoramiento si así lo requiere y/o programas para mantener el buen uso de estas herramientas. Adicionalmente, se logra generar conciencia de la importancia que tiene el uso adecuado de los datos, así como incentivar al clínico a cumplir con los estándares de calidad vigentes al momento del desarrollo de una historia clínica.

De igual modo, a nivel institucional es prioridad poder brindar una atención de calidad en salud, lo cual se logra con una coordinación entre todos los agentes que influyen en ella, teniendo gran importancia el adecuado cumplimiento de las ordenes médicas, hacia los servicios de enfermería, farmacia y demás, con lo que nuevamente el registro en las historias clínicas influye directamente en lograr la eficacia de este proceso.

La investigación es plenamente viable, dado que las investigadoras contamos con el tiempo suficiente y necesario para realizarlo, así como con los recursos a utilizar; igualmente es plenamente factible al contar con las autorizaciones respectivas a nivel institucional para llevar a cabo la evaluación de los registros clínicos. No se presenta ningún conflicto de intereses al momento de su realización y se considera que será de gran utilidad para la institución.

1.3 Pregunta de Investigación

¿Cuál es el grado de calidad en el registro de las historias clínicas, en el servicio de hospitalización de medicina interna, en el último trimestre del 2016, de la clínica FOSCAL?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Conceptual

Para la presente investigación es de vital importancia, definir la historia clínica dado que es un elemento fundamental en la atención de los pacientes, así como dar a conocer los diferentes conceptos que se tienen y desarrollan en el curso del escrito.

La historia clínica es definida 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 con previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley⁽⁸⁾.

Sus características están descritas en la resolución 1995 de 1999, las cuales indican que debe tener integralidad, pues debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria y debe tener una secuencialidad, pues los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.

Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Debe tener racionalidad científica, la cual indica la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo. Así mismo, debe ser de fácil disponibilidad, lo que indica la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley. Y por último, debe tener oportunidad, que hace referencia al diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Dentro de los agentes que pueden actuar en la historia clínica encontramos el equipo de salud que son todos los profesionales, técnicos y auxiliares del área de

la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

Por otro lado, el ~~%secreto profesional~~+ garantizado por la Constitución, asegura la espontaneidad y el ejercicio concreto de la libertad íntima que compromete la parte más centrípeta del yo individual (11); lo que da un valor agregado a la historia clínica en donde reposa el acto médico.

2.2 Marco Legal

Según la normatividad en Colombia, para las acciones realizadas durante la ejecución del proyecto, son aplicables los contenidos de diversas normas, tales como la Constitución Política de Colombia, leyes y resoluciones enfocadas en el registro de la historia clínica. La investigación está fundamentada básicamente en los siguientes lineamientos:

Constitución Política de Colombia/1991, Título II Capítulo 1 Artículo 15 (11):

~~%~~Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas. En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetarán la libertad y demás garantías consagradas en la Constitución. La correspondencia y demás formas de comunicación privada son inviolables. Solo pueden ser interceptadas o registradas mediante orden judicial, en los casos y con las formalidades que establezca la ley.+

Ley 100 de 1993, libro segundo,(12): Artículo 153. ~~%~~Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

1. Equidad: El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa.

2. Obligatoriedad: La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este sistema y

del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o capacidad de pago.

3. Protección integral: El Sistema General de Seguridad Social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud.

4. Libre escogencia: El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acogedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta ley.

5. Autonomía de las instituciones: Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente ley.

6. Descentralización administrativa: La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.

7. Participación social: El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

8. Concertación: El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los consejos nacional, departamentales, distritales y municipales de seguridad social en salud.

9. Calidad: El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en

procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.+

Artículo 227. %Control y evaluación de la calidad del servicio de salud. 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 23 de 1981(7): Por la cual se dictan normas en materia de ética médica, de manera puntual se hace referencia a:

Título I. Capítulo I. El médico es auxiliar de la justicia en los casos que señala la ley, ora como funcionario público, ora como perito expresamente designado para ello. En una u otra condición, el médico cumplirá su deber teniendo en cuenta las altas miras de su profesión, la importancia de la tarea que la sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad y sólo la verdad.

Título II. Capítulo I. Artículo 10. 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, con el fin de no realizar exámenes ni procedimientos injustificados.

Artículo 13. El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales.

Artículo 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

Artículo 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares y allegados.

Capítulo III, Artículo 33 al 41. En los cuales se dan modelos relacionados con el diligenciamiento de la historia clínica, prescripción médica, el secreto profesional y algunas conductas. Resaltando que la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones del estado de salud del paciente con el fin de realizar un adecuado

diagnóstico y tratamiento, con miras a mejorar la calidad de la atención en salud. Este es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros con previa autorización del paciente o en casos previstos por la ley. Su modelo está implantado por el Ministerio de Salud. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.

Ley 80 de 1989 (13): Crea el Archivo General de la Nación, con el fin de establecer, organizar y dirigir el Sistema Nacional de Archivos; fijar políticas para la conservación, custodia, confidencialidad y uso adecuado del patrimonio documental.

Artículo 3. El Sistema Nacional de Archivo tendrá carácter de programa especial, para todas las instituciones archivísticas y colecciones documentales públicas y privadas, del orden nacional, departamental, intendencial, comisarial, municipal y distrital.

Artículo 8. El control fiscal del Archivo General de la Nación será ejercido por la Contraloría General de la República.

Reglamentada parcialmente por el **Decreto Nacional 1515 de 2013** (14):
%Establece las reglas y principios generales que regulan las transferencias secundarias de documentos de archivo de las entidades del Estado al Archivo General de la Nación o a los archivos generales territoriales+. **Artículo 2.** El presente decreto comprende a todas las entidades públicas del orden nacional del sector central de la Rama Ejecutiva, así como los organismos del orden nacional adscrito o vinculado a los ministerios, departamentos administrativos, agencias gubernamentales y superintendencias. Así mismo a las entidades públicas del orden departamental, distrital y municipal del sector central de la Rama Ejecutiva, así como los organismos adscritos o vinculados a los entes territoriales.

Artículo 4. Periodicidad para realizar transferencias secundarias al Archivo General de la Nación. Las Entidades de que trata el artículo 2° del presente decreto, deben transferir, cada diez (10) años, al Archivo General de la Nación, los documentos de valor histórico (de conservación permanente o declarados como Bienes de Interés Cultural (BIC)), existentes en dichas entidades o en sus archivos institucionales.

Artículo 5. Periodicidad para realizar las transferencias secundarias a los archivos generales territoriales. Las entidades públicas del orden departamental, distrital y municipal, así como los organismos adscritos o vinculados a los entes territoriales, deberán transferir cada 10 años, al Archivo General de su correspondiente jurisdicción, la documentación de valor histórico (de conservación permanente), de acuerdo con lo establecido en las Tablas de Retención Documental.

Artículo 10. Obligatoriedad para transferir los archivos históricos de otras ramas y sectores del Estado. Los organismos del orden nacional, departamental, distrital y municipal de las Ramas Legislativa, Judicial y los órganos autónomos y de control, podrán transferir la documentación de valor histórico al respectivo Archivo General creado en cada una de las ramas o entidades, o en su defecto podrán concertar su transferencia al Archivo General de la Nación o a los archivos generales territoriales, según el caso.

Ley 1122 de 2007(15): La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.+

Ley 1438 de 2011(16): Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.+

Capítulo VII. Artículo 107. Garantía de calidad y resultados en la atención en el Sistema General de Seguridad de Salud, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, contendrá:

1. La consolidación del componente de habilitación exigible a direcciones territoriales de salud, a los prestadores de servicios de salud, a Entidades Promotoras de Salud y a administradoras de riesgos profesionales, incluyendo el establecimiento de condiciones de habilitación para la conformación y operación de redes de prestación de servicios de salud.
2. El establecimiento de incentivos al componente de acreditación aplicable a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud y direcciones territoriales de salud.

3. El fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva para garantizar al usuario su derecho a la libre elección.

Artículo 112. Articulación del Sistema de Información. El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro), articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información. Las bases de datos de afiliados en salud se articularán con las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el Sisbén y de las Entidades Promotoras de Salud para identificar a los beneficiarios y su lugar de residencia, entre otras, dicha articulación deberá estar implementada antes del 31 de diciembre de 2012.

La identidad de los usuarios y beneficiarios se verificará mediante procesamiento y consulta de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Parágrafo transitorio: Derogado por el art. 267, Ley 1753 de 2015. La historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013, esta tendrá plena validez probatoria.

Artículo 116. Sanciones por la no provisión de información. Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios), serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia.

Decreto 1011 de 2006(17): 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; es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de infraestructura y procesos.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y está compuesto por el Sistema Único de

Acreditación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, Sistema Único de Habilitación y Sistema de Información para la Calidad.

Decreto 780 de 2016(18): Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud. El Decreto cuenta con un capítulo completo sobre las normas que actualmente rigen en la afiliación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud para el Régimen Contributivo y Subsidiado, traslado y movilidad de EPS, portabilidad, e implementación de Sistema de Información Transaccional que permite el acceso en tiempo real a los datos de información básica y complementaria de los afiliados.

Resolución 1995 de 1999(8), Establece normas para el manejo de la historia clínica.

Artículo 1. Ya mencionado previamente.

Artículo 3. Las características básicas son:

- **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- **Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Artículo 4. Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

Artículo 5. La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin 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.

Artículo 6 al 11. Hacen referencia a la apertura, numeración consecutiva e identificación de la historia clínica, los componentes de la historia clínica, la identificación del paciente, los registros específicos y los anexos. Adicionalmente, se resalta que cada prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional.

Artículo 12. Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

Artículo 13. La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

Artículo 14 y 15. Hacen referencia a la accesibilidad de la historia clínica por parte del equipo de trabajo, usuario, autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la Ley, y demás persona determinada en la Ley; por otra parte, determina la retención y tiempo de conservación por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

Artículo 16. El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información. Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y

responder por su adecuado cuidado.

Resolución 3374 de 2000 (19): Reglamenta los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados; implementa el registro individual de prestación de servicios de salud (RIPS) el cual está conformado por la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa; Los datos de hospitalización incluye las consultas, procedimientos y estancias. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.

La investigación se enfocará principalmente en el capítulo II: de los datos básicos sobre los servicios individuales de salud, para el desarrollo de la lista de chequeo de los requisitos básico que debe contener la historia clínica.

Resolución 1715 de 2005 (20): Modifica la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999, "Artículo 15. Retención y tiempo de conservación. La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de diez (10) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo tres (3) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo siete (7) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse".

Resolución 0058 de 2007 (21): Por la cual se deroga la Resolución 1715 de 2005; establece nuevas normas del manejo de la historia clínica, diligenciamiento, custodia, tiempo de conservación y confidencialidad.

2.3 Marco Institucional

La presente investigación se llevó a cabo en la FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER . CLÍNICA CARLOS ARDILA LULLE (FOSCAL), la cual surgió en 1976 como una idea desarrollada por el doctor Virgilio Galvis Ramírez, cuando se creó la Fundación Oftalmológica de Santander - FOS, en el piso 11 del Hospital Ramón González Valencia hoy llamado Hospital Universitario de Santander.

Posteriormente, en 1979 la institución abrió sus puertas en una casona donde se obtuvieron las primeras vivencias de servicio comunitario con un grupo profesional y paramédico comprometido con la misión de "Ayudar a que otros vean". En 1983 se inauguró el moderno edificio de la FOS en el sector de Cañaveral para brindar atención oftalmológica a un amplio sector de la población del área urbana y rural, a través de las Unidades Móviles y los programas de Extensión a la Comunidad.

La necesidad de complementar a la Fundación Oftalmológica de Santander - FOS, con especialidades médicas de apoyo, fue el punto de partida de un nuevo proyecto que ofreciera atención en todos los campos de la medicina, bajo el criterio de la calidad, en el que el paciente es el principal y único objetivo. Fue así como, con el apoyo del industrial santandereano doctor Carlos Ardila Lülle, el 14 de mayo de 1993 se inauguró el complejo médico Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lülle . FOSCAL, que hoy agrupa un staff de 200 especialistas para atender la salud de todos los colombianos y mostrarle al país una de las principales obras de Santander. Actualmente, la Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lülle - FOSCAL, es la institución prestadora de servicios de salud más completa e integral del nororiente colombiano y una de las más importantes del país.

En una misma infraestructura física de unos 45 mil metros cuadrados distribuidos en cuatro torres, con una capacidad de 200 camas hospitalarias, se reúne un staff médico de 200 especialistas, comprometidos con la investigación científica y el proceso de atención al paciente.

El complejo médico FOSCAL cuenta con amplias áreas funcionales, hospitalización, salas de cirugía, servicio de urgencias, unidades de cuidado intensivo, cirugía ambulatoria, helipuerto, pediatría, oncología entre otros. Estas cualidades han convertido a la Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lülle - FOSCAL, en un punto de referencia nacional. Su misión es brindar servicios integrales de salud de clase mundial, formación humana y académica, desarrollo científico y esperanza de vida con responsabilidad social; y se visualizan en el 2020 como un complejo médico líder en seguridad del paciente, humanización, docencia e investigación de América Latina.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Evaluar la calidad del diligenciamiento y registro de la historia clínica de ingreso por parte del médico tratante, en el servicio de hospitalización de medicina interna, en el tercer piso de la clínica FOSCAL, en el último trimestre de 2016.

3.2 Objetivos específicos

- Diseñar y aplicar una herramienta de evaluación integral de la calidad de la historia clínica, ajustado a unas condiciones de normatividad del ejercicio de la disciplina médica.
- Identificar las posibles desviaciones de la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica.
- Diseñar (Si es del caso), planes de mejoramiento continuo que permitan corregir posibles errores en el diligenciamiento de la historia clínica.

4. METODOLOGÍA

4.1 Enfoque metodológico de la investigación

El enfoque de la presente investigación fue mixto: cualitativo, porque se realizó la recolección de datos a través de una lista de chequeo diseñada por el grupo investigador; y cuantitativo, ya que se ejecutó una medición numérica a través de una escala de puntuación con su respectivo análisis estadístico, y finalmente se establecieron los patrones de comportamiento y posibles desviaciones de la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica por parte de los médicos tratantes.

4.2 Tipo de estudio

Se ejecutó un estudio tipo observacional descriptivo donde el interés principal de la investigación era puntualizar el grado de calidad del diligenciamiento y registro de las historias clínicas de ingreso por parte del médico tratante en el servicio de hospitalización; con una disponibilidad retrospectiva y medición transversal teniendo en cuenta que se realizó una sola medición de las historias clínicas del último trimestre del 2016.

4.3 Población

La población objeto del presente estudio se constituyó por un total de 552 historias clínicas de pacientes a cargo de medicina interna en el servicio de hospitalización, en el tercer piso de la Clínica FOSCAL, durante el último trimestre de 2016.

4.3.1 Criterios de inclusión

Historias clínicas de ingreso de los pacientes en hospitalización a cargo del servicio de medicina interna en el tercer piso clínica FOSCAL en el último trimestre del 2016.

4.3.2 Criterios de exclusión

Historias clínicas que cumplieron con los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes en el servicio de hospitalización bajo la responsabilidad de otra especialidad.
- Interconsulta a medicina interna.
- Pacientes que no pertenezcan al tercer piso de hospitalización.
- Pacientes que se trasladan desde o a otro servicio de hospitalización.
- Las evoluciones realizadas por otras especialidades o por personal de salud diferente a los médicos.

4.4 Diseño muestral

En base a un universo de 552 historias clínicas, la muestra estadísticamente representativa, se seleccionó a través del método de muestreo probabilístico, tipo aleatorio simple, el cual consistió en aplicar la formula estadística por medio de la página web www.netquest.com, donde se estableció un nivel de confianza del 95%, probabilidad de éxito y de fracaso del 50%, error máximo admisible del 5%, dando como resultado una muestra de 227 historias clínicas.

Posteriormente, se eligieron al azar las historias clínicas de la población a través del enlace www.randomizer.org hasta completar el número anteriormente calculado por la formula estadística.

4.5 Descripción de las variables para generar los indicadores

Tabla 1. Tabla de variables

Variable	Definición	Naturaleza Y Nivel De Medición	Unidad De Medida	Categorías O Valores
Registro de	Diligenciamiento	Cualitativa -	Porcentaje	CUMPLE: > 90 %

antece- dentes	de los antecedentes farmacológicos del paciente	Nominal		de criterios cumplidos; SATISFACTORIO: 80-90% de criterios cumplidos; NO CUMPLE < 80% de criterios cumplidos
Registro de diagnóstico principal según CIE- 10	Diligenciamiento de los diagnósticos del paciente según código CIE-10	Cualitativa - Nominal	Porcentaje	CUMPLE: > 90 % de criterios cumplidos; SATISFACTORIO: 80-90% de criterios cumplidos; NO CUMPLE < 80% de criterios cumplidos
Registro de diag- nósticos relaciona- dos según CIE-10	Coherencia del diagnóstico descrito en la historia clínica y el registrado en el sistema según código CIE-10	Cualitativa - Nominal	Porcentaje	CUMPLE: > 90 % de criterios cumplidos; SATISFACTORIO: 80-90% de criterios cumplidos; NO CUMPLE < 80% de criterios cumplidos
Consen- timiento informado	Diligenciamiento del consentimiento según criterios de normatividad	Cualitativa - Nominal	Porcentaje	CUMPLE: > 90 % de criterios cumplidos; SATISFACTORIO: 80-90% de criterios cumplidos; NO CUMPLE < 80% de criterios cumplidos

Fuente 1 Datos obtenidos en la investigación (Elaboración propia)

4.6 Prueba piloto

En el mes de mayo se llevó a cabo la prueba piloto de la herramienta de evaluación (lista de chequeo), sobre un total de 20 historias clínicas de ingreso, en el servicio de hospitalización de medicina interna, tercer piso de la clínica FOSCAL.

La lista de chequeo se diseñó siguiendo los requerimientos establecidos por la normatividad colombiana del ejercicio de la disciplina médica, la cual contenía 74 variables a evaluar sobre las historias clínicas para determinar la calidad del diligenciamiento de las mismas.

Durante la prueba piloto, se encontró que las variables relacionadas con identificación, eran de obligatorio diligenciamiento desde el ingreso del paciente a la institución por el personal de admisiones, cumpliendo el 100%, así que se eliminaron pues no evaluaban el ejercicio medico como tal.

Por otro lado, se ajustaron las variables de lo correspondiente tanto a transfusiones de hemocomponentes como de procedimientos especiales, dejando sólo las variables de obligatorio cumplimiento establecidos por ley. Así, quedo una lista de chequeo con 51 variables (Anexo A), se realizaron mediciones de tiempo de aplicación de la misma y se ajustó en el cronograma de trabajo las fechas de entrega del proyecto por parte de los investigadores.

4.7 Técnicas de recolección de información

- La fuente de información primaria y secundaria: La información recolectada para el desarrollo de la investigación se basó en una fuente primaria, realizando una revisión de tema en bases de datos de revistas indexadas, con alta calidad investigativa y la normatividad colombiana en formato electrónico, que se reflejan en el material bibliográfico. Adicionalmente se utilizó una fuente secundaria como resultado del análisis documental sobre las fuentes primarias y de la extracción de información que estas contienen.
- Instrumento de recolección de información: La recolección de datos para la conformación del marco conceptual, normativo e institucional, y la metodología del proyecto, se basó en una revisión sistemática, aplicando las guías CASPE para su respectivo análisis crítico de la evidencia y su posterior selección. Adicionalmente, para el desarrollo metodológico se utilizó una técnica observacional, un análisis por medio de programas

estadísticos electrónicos y un instrumento de evaluación tipo lista de chequeo, elaborada por el grupo investigador.

Se realizó el estudio del indicador $\% \text{Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento de la historia clínica}$ en donde $N = \text{Numero de criterios cumplidos} / \text{Total de criterios evaluados} (*100)$, estableciendo una escala de calificación, donde se determinó como: CUMPLE > 90 % de criterios cumplidos; SATISFACTORIO 80 A 90%: de criterios cumplidos; NO CUMPLE < 80%: de criterios cumplidos, lo que permitió realizar el análisis de cada variable.

- Proceso de obtención de la información: Se realizó una revisión sistemática, aplicando las guías CASPE con el fin de obtener artículos científicos con la mejor evidencia actual, y se analizaron los antecedentes documentales sobre el tema para el desarrollo del marco normativo y conceptual. A través de páginas web, de manera aleatoria se estableció la muestra estadísticamente representativa a estudiar. Consecutivamente, se aplicó la herramienta de evaluación (lista de chequeo), sobre las historias clínicas seleccionadas, las cuales tienen un registro electrónico en el software SAP, con su posterior análisis de resultados y por último, se presentaron las recomendaciones para el mejoramiento de la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica en el informe final.

4.8 Control de errores y sesgos

Los sesgos pueden producirse en cualquier etapa del proceso de investigación, en este caso, el sesgo de selección de las historias clínicas se redujo por la implementación de un método de muestreo probabilístico, tipo aleatorio simple, evitando la selección directa por parte de los investigadores.

La recolección de la información se realizó por los mismos investigadores, quienes con anterioridad estandarizaron los criterios de selección e interpretación de los datos de acuerdo con la lista de chequeo y la tabla de variables, sin recurrir a intermediarios que cometieran errores de interpretación de los datos recogidos.

Para garantizar la consistencia de la información recolectada en el sistema de la institución se aplicaron criterios de inclusión que permitieran revisar sólo las historias clínicas de las cuales se pudiera extraer la información necesaria, sin embargo, cabe la posibilidad de cometer un sesgo durante la etapa de análisis e interpretación de los datos ya que pueden ocurrir errores sistemáticos por transcripción incorrecta de la información a la base de datos o métodos estadísticos empleados.

Se realizó una prueba piloto sobre una muestra estimada de 20 historias con el fin de verificar que el diseño de las variables estuviera ajustado a las posibilidades de recolección de las mismas y probar el formato de verificación.

4.9 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

En la investigación se usaron dos técnicas de procesamiento, tanto la documental, que permitió la recopilación de la información literaria sobre la pregunta de investigación planteada, así como la técnica de campo, la cual permitió la aplicación de la lista de chequeo y la observación del comportamiento de las variables en el diligenciamiento de las historias clínicas y recopiló los datos que posteriormente se evaluaron. La tabulación y análisis de datos se realizó en base a la aplicación de fórmulas estadísticas en Excel, tanto en el total de la población de estudio, como en los subgrupos por género y por condiciones especiales, como fueron la realización de procedimientos especiales y transfusión de hemocomponentes.

4.10 Plan de divulgación de los resultados

El plan de divulgación se basó en la entrega de un informe final al departamento de auditoria de la FOSCAL, en donde se realizó la investigación y adicionalmente se llevó a cabo una presentación a la junta directiva del departamento de calidad, con los resultados obtenidos y los planes de mejoramiento propuestos por el equipo investigador, con el fin de implementarlos en la institución.

4.11 Consideraciones éticas

Los investigadores, no presentaron ningún conflicto de interés. De acuerdo a la resolución 8430 de 1993, la investigación no establece ningún riesgo pues se emplearon métodos de investigación documental retrospectiva centrados en la revisión de historias clínicas, sin el objetivo de intervenir o modificar variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de la población de estudio (22). Por otra parte se tuvieron en cuenta los cuatro principios fundamentales de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Y finalmente se aplicaron los principios generales para la investigación médica en seres humanos propuestos por la Declaración de Helsinki (23).

5. RESULTADOS

Se realizó la aplicación de la lista de chequeo, en el total de 227 historias clínicas de ingreso al servicio de hospitalización, de pacientes a cargo de la especialidad de medicina interna, donde se excluyeron un total de 16 historias, dado que no cumplían con los criterios de inclusión pues, aunque llegaban al piso seleccionado para el estudio, estaban hospitalizados por otras especialidades y medicina interna era interconsultante, no tratante.

Se ejecutó un primer análisis sobre las 211 historias clínicas de todos los aspectos generales que aplicaban tanto para hombres como para mujeres, en los cuales se evaluó el indicador %proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento de la historia clínica+, aplicado sobre 21 variables comunes a ambos géneros (Tabla 2).

Tabla 2. Caracterización de resultados en la población general

Parámetro evaluado		Porcentaje de cumplimiento del indicador	Escala de evaluación
1	Revisión por sistemas	65%	NO CUMPLE
2	Diagnóstico relacionado N°2 de acuerdo a la evolución del paciente (Código CIE-10)	72%	NO CUMPLE
3	Diagnóstico relacionado N°1 de acuerdo a la evolución del paciente (Código CIE-10)	82%	SATISFACTORIO
4	Diagnóstico principal (motivo por el cual ingresa al servicio de hospitalización). Código CIE-10	91%	CUMPLE
5	Examen físico/Neurológico	96%	CUMPLE
6	Motivo de consulta	97%	CUMPLE
7	Signos vitales	99%	CUMPLE
8	Examen físico/Cardiopulmonar	99%	CUMPLE
9	Examen físico/Abdomen	99%	CUMPLE
10	Se registra en historia clínica solamente acrónimos autorizados y definidos por FOSCAL/FOSUNAB	99%	CUMPLE
11	Examen físico/Cuello	99%	CUMPLE
12	Examen físico/Extremidades	99%	CUMPLE
13	Enfermedad actual	100%	CUMPLE

14	Examen físico/Cabeza	100%	CUMPLE
15	Condiciones generales	100%	CUMPLE
16	Justificación de la solicitud de imágenes, apoyo diagnóstico o laboratorios	100%	CUMPLE
17	Reporte de la interpretación de los laboratorios solicitados	100%	CUMPLE
18	Reporte de la interpretación de las imágenes o apoyo diagnóstico	100%	CUMPLE
19	Terapéutico (farmacológico)	100%	CUMPLE
20	Elaboración de órdenes clínicas de imágenes o apoyo diagnóstico	100%	CUMPLE
21	Elaboración de órdenes clínicas de laboratorios	100%	CUMPLE

Fuente 2. Datos obtenidos en la investigación (Elaboración propia)

De forma positiva y haciendo evidente la política de cumplimiento de buenas prácticas clínicas de la institución, de las 21 variables evaluadas, se encontró que 18 cumplen con un porcentaje mayor al 90%, tales como el diligenciamiento del motivo de consulta, enfermedad actual, los ítems principales del examen físico por regiones, diagnóstico principal, plan terapéutico, registro de exámenes paraclínicos y el uso de abreviaturas según la política institucional, lo que conlleva a realizar diagnósticos orientados por problemas, generar tratamientos y planes de manejo pertinentes, disminuyendo la estancia hospitalaria, mejorando el uso de los recursos durante la hospitalización y disminuyendo el riesgo de glosas, sobre la atención prestada.

Dos de las variables no cumplen con el indicador, las cuales son: revisión por sistemas y diagnóstico relacionado N°2 (Grafico 1 y Tabla 3), esto interfiere directamente en la atención del usuario pues la revisión por sistema permite detectar datos adicionales que no fueron abordados en el interrogatorio de la enfermedad actual, lo que podría reforzar o descartar un diagnóstico en particular; por otro lado, los diagnósticos relacionados permiten orientar el manejo holístico del paciente y el sub-registro de estos en la historia clínica influye en las estadísticas institucionales que se tienen para caracterizar a la población que se atiende.

Se hace la salvedad, que durante la auditoria se encontró que, aunque los diagnósticos relacionados se registraban de forma escrita en la historia clínica, no se actualizaban en la plataforma informática de la institución. Con respecto a la variable %Diagnostico relacionado N° 1+, el cual tiene un nivel de cumplimiento de %satisfactorio+, interfiere de igual forma en las estadísticas institucionales y en el enfoque clínico de los pacientes. Las tres variables mencionadas, requieren una

intervención inmediata por la institución, dado la importancia clínica que estas representan.

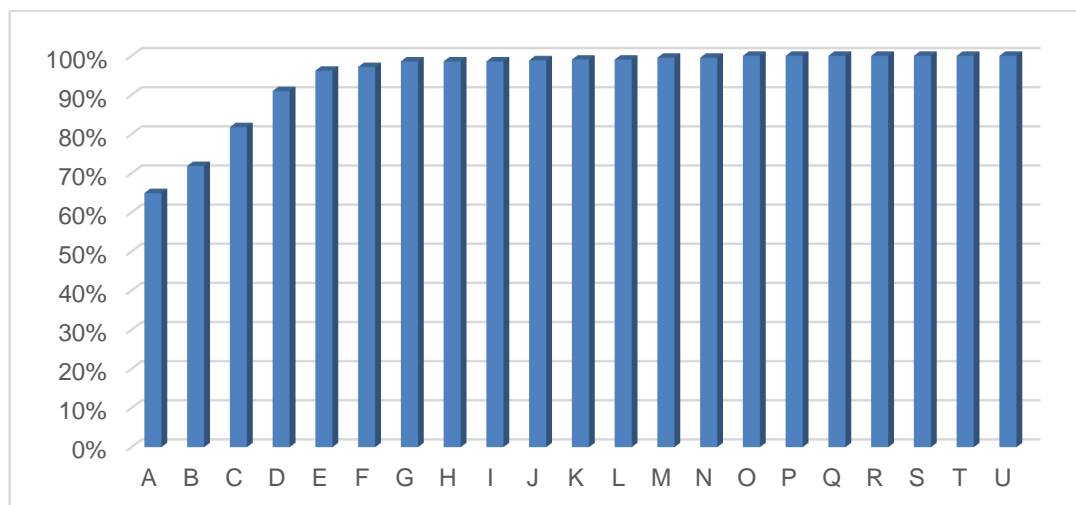


Gráfico 1. Caracterización en la población general

Tabla 3. Conversiones de las variables en el Gráfico 1 **Caracterización en la población general**

A	Revisión por sistemas
B	Diagnóstico relacionado N°2 de acuerdo a la evolución del paciente (Código CIE-10)
C	Diagnóstico relacionado N°1 de acuerdo a la evolución del paciente (Código CIE-10)
D	Diagnóstico principal (motivo por el cual ingresa al servicio de hospitalización). Código CIE-10
E	Examen físico/Neurológico
F	Motivo de consulta
G	Signos vitales
H	Examen físico/Cardiopulmonar
I	Examen físico/Abdomen
J	Se registra en historia clínica solamente acrónimos autorizados y definidos por FOSCAL/FOSUNAB
K	Examen físico/Cuello
L	Examen físico/Extremidades
M	Enfermedad actual
N	Examen físico/Cabeza
O	Condiciones generales

P	Justificación de la solicitud de imágenes, apoyo diagnóstico o laboratorios
Q	Reporte de la interpretación de los laboratorios solicitados
R	Reporte de la interpretación de las imágenes o apoyo diagnóstico
S	Terapéutico (farmacológico)
T	Elaboración de órdenes clínicas de imágenes o apoyo diagnóstico
U	Elaboración de órdenes clínicas de laboratorios

Fuente 3. Datos obtenidos de la lista de chequeo (Elaboración propia)

La variable de los antecedentes, se analizó dividiendo la población por género, dado que no aplicaban los mismos parámetros; encontrando que en mujeres el registro de antecedentes ginecológicos sólo se diligenció en un 10%, lo que se debe poner en contexto de la patología por la cual hospitaliza el servicio de medicina interna (Tabla 4). Esto cobra mayor importancia en casos en los que la paciente haya tenido patologías predisponentes y/o que se establezcan como un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades.

Un ejemplo de esto, es la predisposición a desarrollar diabetes mellitus tipo 2, en pacientes que hayan tenido diabetes gestacional (24) pues el hecho de compartir factores predictivos (obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia, entre otras) y de compartir la fisiopatología, ha llevado a considerar que estas dos entidades son el mismo proceso, en el que la diabetes gestacional sería la fase inicial de la historia natural de la diabetes tipo 2, por lo que tener su registro en la historia clínica es pieza clave para su diagnóstico y manejo (25).

Otro ejemplo de esto, es el Síndrome Anti fosfolípido (SAF+), el cual tiene una presentación clínica muy amplia, aunque ya se han establecido criterios específicos para su sospecha diagnóstica, cursa con manifestaciones obstétricas que incluyen abortos recurrentes del 5% al 20%, preeclampsia que aparece antes de la semana 34 y restricción de crecimiento intrauterino, asimismo, estas pacientes tienen un riesgo de trombosis significativamente mayor durante la gestación con un riesgo global del 5% al 12%, o pueden debutar con cuadros de trombosis venosa profunda o inclusive en casos severos cursar con un trombo embolismo pulmonar, en donde tener claridad de los antecedentes gineco - obstétricos es pieza clave para el médico internista al momento del abordaje diagnóstico (26). Igualmente, enfermedades infecciosas que hacen parte del perfil TORCH (toxoplasmosis, rubéola citomegalovirus, herpes simple y VIH), que durante la gestación se hace un seguimiento riguroso, representan factores de riesgo claros que se deben establecer en la historia clínica.

Tabla 4. Cumplimiento del diligenciamiento de antecedentes en Mujeres

Ginecológicos	10%	NO CUMPLE
Transfusiones sanguíneas	11%	NO CUMPLE
Traumáticos	12%	NO CUMPLE
Familiares	38%	NO CUMPLE
Tóxicos	59%	NO CUMPLE
Quirúrgicos	78%	NO CUMPLE
Alérgicos	81%	CUMPLE
Farmacológicos	96%	SATISFACTORIO
Patológicos	100%	SATISFACTORIO

Fuente 4. Datos obtenidos en la investigación (Elaboración propia)

Por otro lado, el porcentaje de incumplimiento tanto en hombres como en mujeres del registro de antecedentes transfusionales, traumáticos, familiares y tóxicos es mayor al 50% en promedio, lo que debe generar planes de mejoramiento inmediato pues son datos relevantes en la historia clínica que pueden influir directamente en el diagnóstico y en la toma de decisiones sobre el manejo a establecer (Tabla 5).

Tabla 5. Cumplimiento del diligenciamiento de antecedentes en Hombres

Transfusiones sanguíneas	13%	NO CUMPLE
Traumáticos	16%	NO CUMPLE
Familiares	37%	NO CUMPLE
Tóxicos	74%	NO CUMPLE
Alérgicos	79%	NO CUMPLE
Quirúrgicos	80%	CUMPLE
Farmacológicos	94%	SATISFACTORIO
Patológicos	99%	SATISFACTORIO

Fuente 5. Datos obtenidos en la investigación (Elaboración propia)

Se analizaron por aparte, las históricas clínicas en las que se hubo transfusión de hemocomponentes y algún procedimiento especial, encontrando que, aunque el volumen de estos fue menor al 10% (Tabla 6), se cumplió en un 100% tanto para hombres como para mujeres la realización de consentimiento informado, registros pre y post transfusionales y registro de sello de calidad y número de bolsa del hemocomponente (Gráficos 2). Lo anterior evidencia una política de cumplimiento de buenas prácticas clínicas por parte del personal de medicina interna de la institución.

Tabla 6. Caracterización de la población que tuvo procedimientos especiales y/o transfusión por género

GRUPO		VARIABLE	TOTAL
Total historias clínicas de mujeres	108 (51,2%)	Total historias clínicas en las cuales se realizó transfusión de hemocomponentes.	3 (2,7%)
		Total historias clínicas en las cuales se realizó algún procedimiento especial	9 (8,3%)
		Total de historias clínicas en las que no se realizó ni procedimientos especiales ni transfusión de hemocomponentes.	96 (88,8%)
Total historias clínicas de hombres	103 (48,8%)	Total historias clínicas en las cuales se realizó transfusión de hemocomponentes.	2 (1,9%)
		Total historias clínicas en las cuales se realizó algún procedimiento especial	9 (8,7%)
		Total de historias clínicas en las que no se realizó ni procedimientos especiales ni transfusión de hemocomponentes.	92 (89,3%)

Fuente 6. Datos obtenidos en la investigación (Elaboración propia)

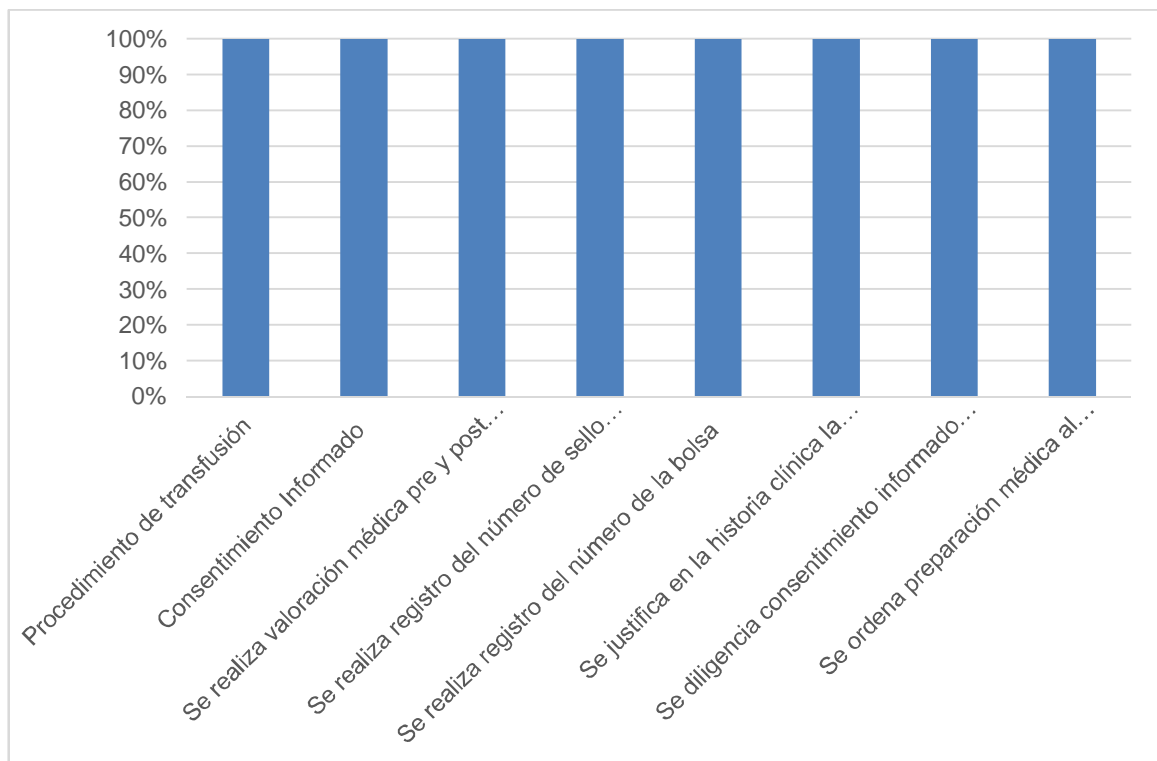


Gráfico 2. Porcentaje de cumplimiento de transfusión y procedimientos especiales en mujeres

Finalmente, se analizó por aparte el porcentaje de cumplimiento para transfusión de hemocomponentes y de realización de procedimientos especiales en hombres, donde la variable: **%Se ordena preparación médica al paciente previo a procedimiento+**, cumple en un 88% el indicador, lo que puede acarrear sobrecostos a la institución al poner en riesgo al paciente con la cancelación y/o reprogramación del procedimiento, aumentando la estancia hospitalaria, aumentando el riesgo de infecciones nosocomiales, el estrés del paciente hacia el procedimiento y de su familia por las demoras del servicio, así como generar insatisfacción en la atención prestada y lo que esto implica. Las demás variables tienen un cumplimiento del 100% (Gráfico 3 y 4).

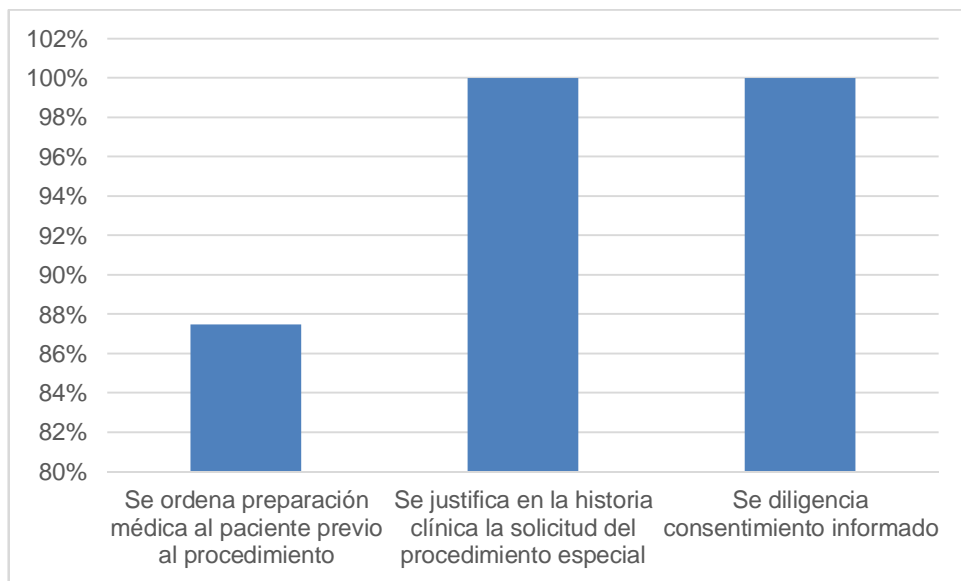


Gráfico 3. Porcentaje de cumplimiento de las variables del diligenciamiento de procedimientos especiales en hombres

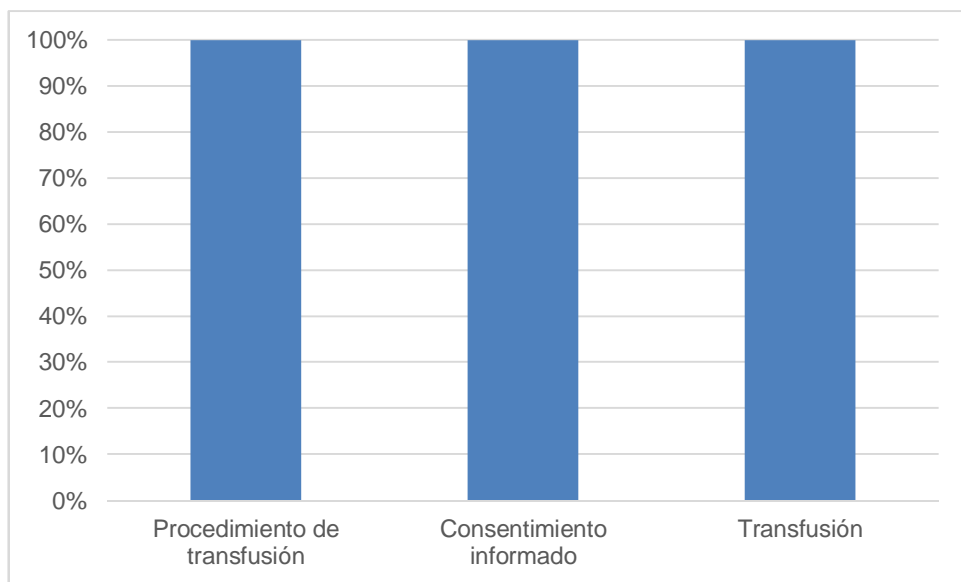


Gráfico 4. Porcentaje de cumplimiento de las variables del diligenciamiento de transfusión en hombres

6. DISCUSIÓN

Determinar el grado de calidad del registro de las historias clínicas en una institución acreditada, como la elegida para la investigación, trajo consigo un gran reto para los investigadores. Se lograron establecer cuales fortalezas se tienen al momento de diligenciar los documentos dispuestos por ley, así como las falencias que existen en estos, con el fin de generar planes de mejoramiento para la institución, lo cual es uno de los ideales de los investigadores. En cuanto al cumplimiento del indicador de calidad, se refleja en los resultados obtenidos, que la institución cuenta con políticas de seguridad y de buenas prácticas clínicas, que el servicio de medicina interna aplica en la elaboración de sus registros, esto a su vez refleja, el interés nacional por mejorar la calidad de la atención en salud, así como el avance tecnológico que permite mantener y archivar toda esta información para el beneficio de los pacientes.

A nivel institucional, la evaluación de la historia clínica está a cargo del departamento de calidad. Comparativamente, se encontró que en el primer semestre de 2016, el registro de consentimiento informado sólo cumplía en un 46% de las historias auditadas, por lo que se implementaron capacitaciones a los profesionales de salud y se reforzó la aplicación del protocolo de transfusión en donde el consentimiento informado era pieza clave para llevar a cabo la orden médica, con lo que se logró mejorar el indicador y se vio reflejado en este estudio, en donde el 100% de las historias auditadas cumplen éste requisito.

Igualmente, variables como el registro del examen físico, el análisis y el plan de manejo, se registraron de forma completa; por otro lado, la justificación de la solicitud de exámenes paraclínicos, también ha sido un tema incluido en las capacitaciones realizadas por la clínica pues tenía un porcentaje de incumplimiento del 50%, indicador que en esta investigación obtuvo un porcentaje de cumplimiento mayor al 90%, haciendo evidente el esfuerzo constante por mejorar las políticas de seguridad y calidad del departamento encargado.

Comparativamente con otras investigaciones, a nivel latinoamericano, se encontró que la forma de evaluar la calidad en la elaboración de la historia clínica, es muy similar, con ítems que determinan una adecuada ejecución el acto médico, por ejemplo en el 2011 en los consultorios externos del Servicio de Medicina Interna en la Clínica Centenario Peruano Japonesa, se encontró que los ítems diagnóstico y tratamiento completo fueron los que presentaron un registro deficiente con mayor frecuencia, a diferencia de los resultados detectados en la investigación, donde son dos de los ítems con el porcentaje de mayor cumplimiento, lo que representa una fortaleza para la institución.

Finalmente, como plan de mejoramiento continuo de la calidad, se sugiere realizar talleres de capacitación y retroalimentación en el correcto diligenciamiento de la historia clínica, dando a conocer cuáles son las variables con mayor y menor porcentaje de cumplimiento y así generar oportunidades de mejora para el servicio de medicina interna; continuar con las evaluaciones periódicas de los indicadores de calidad de historia clínica y hacerlo extensivo a las demás especialidades con las que cuenta la institución, para que se convierta en una práctica segura. Igualmente, se plantea que debe haber pertinencia en el acto médico, así como oportunidad al momento del diligenciamiento de la historia clínica, la cual debe contener todos los requisitos mínimos establecidos por ley. Con respecto a la variable de %Antecedentes+, la cual obtuvo el menor porcentaje de cumplimiento, se sugiere establecer una plantilla prediseñada que sirva como guía al momento del interrogatorio del paciente y así evitar omitir información relevante al momento de diligenciar la historia clínica. Por último, es importante mantener las fortalezas que fueron evidentes en la investigación, darlas a conocer al personal involucrado y hacer reforzamiento positivo de estas buenas conductas, pues esto se ve reflejado en la atención segura y de calidad hacia el paciente, siendo el fin último y común de todos los involucrados en el trabajo tanto asistencial como administrativo en el área de salud.

7. CONCLUSIONES

Después de analizar los datos obtenidos de la investigación, se concluye que la institución cumple con el indicador %proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento de la historia clínica+, con una puntuación mayor al 90%, lo que refleja una adecuada implementación de las políticas de seguridad y buenas prácticas clínicas por parte de los médicos tratantes.

Se encontraron variables que se presentan como oportunidades de mejora, donde se debe reforzar el diligenciamiento de la revisión por sistemas; los antecedentes ginecológicos, traumáticos, transfusionales, familiares, tóxicos, y los diagnósticos relacionados, lo cual le sirve al médico al momento de orientar mejor el diagnóstico y establecer un manejo integral del paciente.

Adicionalmente, cabe resaltar que los médicos tratantes cumplen con un porcentaje mayor del 90% en el diligenciamiento de las variables para la realización de transfusión y procedimientos especiales tanto en hombres como en mujeres, lo que demuestra el interés institucional por cumplir con las prácticas seguras establecidas a nivel nacional.

Por último, se concluye que se debe continuar con la auditoría de las historias clínicas, basados en los criterios de calidad para avanzar en el proceso de brindar una atención segura y satisfactoria para los usuarios y reforzar en el personal de salud la importancia que tiene la historia clínica como respaldo del acto profesional que allí se consigna.

BIBLIOGRAFIA

1. Zafra-Tanaka J, Veramendi-Espinoza L, Villa-Santiago N, Zapata-Sequeiros M, Yovera-Leyva E, Urbina-Yale G, et al. Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013 / Registration the quality of medical records in a health center Callao, Peru 2013. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(4):714.
2. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud -- Lima: Ministerio de Salud. Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud. 2005 / [Internet]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2006/auditoria/nt_auditoria_029_minsa_dgsp.pdf
3. Santamaría-Benhumea NH, Garduño-Alanís A, de la Rosa Parra JA, Santamaría-Benhumea M, Rueda-Villalpando JP, Herrera-Villalobos JE. Aspectos legales del error médico en México. Rev CONAMED [Internet]. marzo de 2014;19(1). Disponible en: <file:///C:/Users/HOGAR/Downloads/Dialnet-AspectosLegalesDelErrorMedicoEnMexico-4730769.pdf>
4. Rodríguez Cornejo A, Del Pilar Cadena Afanador L. Características de los casos juzgados en el Tribunal de Ética Médica de Santander, Colombia, desde la promulgación de la Ley 100 de 1993. MedUNAB. diciembre de 2012;15(3):137.
5. López Ordoñez MA, Manrique Bacca I, GT C. Demandas a los médicos, observaciones sobre casos. Rev Colomb Gastroenterol. 2004;19(1):37.
6. González Rodríguez R, Cardentey García J. La historia clínica médica como documento médico legal / The clinical medical record as a legal medical document. Rev Médica Electrónica. 2015;37(6):648.
7. Ministerio de salud. Ley 23 de 1981, de 18 de Febrero, normas en materia de ética médica.
8. Ministerio de salud. Resolución número 1995 de 1999 de Julio 8, normas para el manejo de la historia clínica.
9. Ministerio de salud. Resolución número 2546 de 1998 de 2 Julio. (Diario Oficial, número 43.342, del 17 de julio de 1998).
10. Matzumura Kasano JP, Gutiérrez Crespo H, Sotomayor Salas J, Pajuelo Carrasco G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011 / Quality assessment of medical records at

Clinica Centenario Peruano Japonesa internal medicine doctors offices, 2010 - 2011. An Fac Med. 2014;75(3):251.

11. Corte Constitucional. Constitución Política de Colombia.
12. Ministerio de salud. Ley 100 de 1993, diciembre 23. (Diario oficial 41.148 del 23 de diciembre de 1993).
13. Ministerio de salud. Ley 80 de 1989, diciembre 22. (Diario oficial 39.116 diciembre 22 de 1989).
14. Ministerio de salud. Decreto 1515 de 2013, julio 19. (Diario oficial 48856 del 19 de julio de 2013).
15. Ministerio de salud. Ley 1122 de 2007. (Diario oficial 46506 de enero de 09 de 2007).
16. Ministerio de salud. Ley 1438 de 2011. (Diario oficial 47957 de enero 19 de 2011).
17. Ministerio de la protección social. Decreto 1011 de 2006.
18. Ministerio de salud y protección social. Decreto 780 de 2016.
19. Ministerio de salud. Resolución 3374 de 2000, diciembre 27.
20. Ministerio de salud. Resolución 1715 de 2005, junio 13.
21. Ministerio de salud. Resolución 0058 de 2007, enero 15 de 2007. (Diario Oficial 46522 de enero 25 de 2007).
22. Ministerio de salud. Resolución 8430 de 1993, 4 de octubre de 1993.
23. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, octubre 2008.
24. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. Position statement. 1 de enero de 2004;27.
25. Cabero Raura L, González González NL. Diabetes y embarazo. Sociedad Española de ginecología y obstetricia.
26. Clinic Barcelona Hospital Universitario. Síndrome antifosfolipidico y embarazo. 2016

ANEXOS

Anexo A. Lista de chequeo

LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA					
Nº	VARIABLE	CRITERIOS EVALUADOS	CALIFICACIÓN		
			DILIGENCIADO	NO DILIGENCIADO	NO APLICA
1	Motivo de consulta				
2	Enfermedad actual				
3	Revision por sistemas				
4	Antecedentes	Patológicos			
5		Farmacológicos			
6		Alergicos			
7		Quirúrgicos			
8		Tóxicos			
9		Ginecológicos			
10		Traumáticos			
11		Familiares			
12	Examen físico	Transfusiones sanguíneas			
13		Condiciones generales			
14		Signos vitales			
15		Cabeza			
16		Cuello			
17		Cardiopulmonar			
18		Abdomen			
19		Extremidades			
20	Análisis	Neurológico			
21		Justificación de la solicitud de imágenes, apoyo diagnóstico o laboratorios			
22		Reporte de la interpretación de los laboratorios solicitados			
23	Diagnóstico	Reporte de la interpretación de las imágenes o apoyo diagnóstico			
24		Diagnóstico principal (motivo por el cual ingresa al servicio de hospitalización). Código CIE-10			
25		Diagnóstico relacionado N°1 de acuerdo a la evolución del paciente (Código CIE-10)			
26	Plan médico	Diagnóstico relacionado N°2 de acuerdo a la evolución del paciente (Código CIE-10)			
27		Terapéutico (farmacológico)			
28		Elaboración de órdenes clínicas de imágenes o apoyo diagnóstico			
29	Legibilidad	Elaboración de órdenes clínicas de laboratorios			
30		Se registra en historia clínica solamente acrónimos autorizados y definidos por FOSCAL/FOSUNAB			
31	Procedimiento especial	Se justifica en la historia clínica la solicitud del procedimiento especial			
32		Se diligencia consentimiento informado			
33		Se ordena preparación médica al paciente previo al procedimiento			
34	Procedimiento de transfusión	Se justifica en la historia clínica la solicitud de la transfusión			
35		Se diligencia consentimiento informado			
36	Consentimiento Informado	Se registra la descripción del procedimiento			
37		Se registra las indicaciones del procedimiento			
38		Se registra los beneficios del procedimiento			
39		Se registra los riesgos del procedimiento			
40		Se registra las alternativas de tratamiento			
41		Se registra la firma del usuario			
42		Se registra la firma del testigo			
43		Se registra la firma del médico responsable del procedimiento			
44	Transfusión	Se realiza valoración médica al momento de la transfusión (Nota pre transfusional)			
45		Se realiza valoración médica al finalizar la transfusión (Nota post transfusional)			
46		Se realiza registro del número de sello de calidad			
47		Se realiza registro del número de la bolsa			
48	Disentimiento informado	Se diligencia disentimiento informado (Si se diligencia contestar de la 49-51)			
49		Se registra de la razones por la cual se niega a realizar el procedimiento			
50		Se registra la disposición y voluntad del paciente (firma)			
51		Se registra el médico responsable del procedimiento (firma)			