

**EVALUAR EL NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES DE LA
UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
SANTANDER AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA
EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017**

**MARÍA ALEJANDRA MENDOZA VERGARA
VIVIANA MAYERLY NOVA GALLO**

**DIRECTORA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
ÁNGELA MARÍA JIMÉNEZ PATIÑO
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
UNIVERSIDAD CES
BUCARAMANGA
2018**

**EVALUAR EL NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES DE LA
UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
SANTANDER AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA
EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017**

**MARÍA ALEJANDRA MENDOZA VERGARA
VIVIANA MAYERLY NOVA GALLO**

**DIRECTORA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
ÁNGELA MARÍA JIMÉNEZ PATIÑO
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
UNIVERSIDAD CES
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA
2018**

TABLA DE CONTENIDO

Resumen

1	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.1	Planteamiento Del Problema	11
1.2	Justificación.....	12
1.3	Pregunta de Investigación	14
2	MARCO TEÓRICO.....	15
2.1	Marco Normativo	27
2.2	Marco Institucional	29
3	OBJETIVOS	32
3.1	Objetivo General	32
3.2	Objetivos Específicos	32
4	METODOLOGÍA.....	33
4.1	Enfoque Metodológico de la investigación	33
4.2	Tipo De Estudio	33
4.3	Población	33
4.4	Diseño Muestral	33
4.4.1	Tamaño de la muestra	33
4.4.2	Selección de la muestra.....	34
4.4.3	Criterios de inclusión.....	34
4.4.4	Criterios de exclusión.....	34
4.5	Descripción De Las Variables.....	34
4.5.1	Diagrama de variable	34
4.5.2	Tabla de variables.....	35
4.6	Técnicas De Recolección De Información.....	39
4.6.1	Fuentes de información.....	39
4.6.2	Instrumento de recolección de información.....	39
4.7	Prueba Piloto.....	39
4.8	Control De Errores Y Sesgos.....	39
4.9	Técnicas De Procesamiento Y Análisis De Los Datos	40
4.10	Plan De Divulgación De Los Resultados	40

5	CONSIDERACIONES ÉTICAS	41
6	RESULTADOS	42
7	DISCUSIÓN	60
8	CONCLUSIONES	61
9	RECOMENDACIONES	63
10	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
11	ANEXOS	69
11.1	Carta E.S.E HUS	69
11.2	Instrumento	70
	GLOSARIO	71

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. TABLA DE VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DEN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	35
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. DIAGRAMA DE VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	35
GRÁFICO 2. NOMBRES Y APELLIDOS DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	42
GRÁFICO 3. NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	43
GRÁFICO 4. ESTADO CIVIL DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	43
GRÁFICO 5. VARIABLE SEXO DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	44
GRÁFICO 6. VARIABLE EDAD DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	45
GRÁFICO 7. VARIABLE LUGAR DE RESIDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	46
GRÁFICO 8. VARIABLE TIPO DE VINCULACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	47
GRÁFICO 9. VARIABLE MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	48
GRÁFICO 10. VARIABLE PROFESIONAL QUE DILIGENCIA LA HISTORIA DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	48
GRÁFICO 11. VARIABLE SERVICIO QUE PERTENECE DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.....	49
GRÁFICO 12. VARIABLE MOTIVO DE CONSULTA DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	50
GRÁFICO 13. VARIABLE ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	50
GRÁFICO 14. VARIABLE RIESGO DE CAÍDAS DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	51
GRÁFICO 15. VARIABLE HALLAZGOS DURANTE EL EXAMEN FÍSICO DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	51
GRÁFICO 16. VARIABLE SE REGISTRARON SIGNOS VITALES (P/A, FC) DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE	

REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	52
GRÁFICO 17. VARIABLE PLAN DE TRATAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	53
GRÁFICO 18. VARIABLE DIAGNOSTICO TERAPÉUTICO DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	53
GRÁFICO 19. VARIABLE RECOMENDACIONES AL USUARIO DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	54
GRÁFICO 20. VARIABLE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	55
GRÁFICO 21. VARIABLE ESPACIOS EN BLANCO DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	55
GRÁFICO 22. VARIABLE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	56
GRÁFICO 23. VARIABLE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMPLETO DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	57
GRÁFICO 24. VARIABLE FECHA Y HORA DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	57
GRÁFICO 25. VARIABLE FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	58
GRÁFICO 26. VARIABLE REGISTRO DEL PROFESIONAL DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	59
GRÁFICO 27. VARIABLE HISTORIA ADECUADAMENTE DILIGENCIADA DE LA INVESTIGACIÓN NIVEL DE ADHERENCIA AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017.	59

**EVALUAR EL NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES DE LA
UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
SANTANDER AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA
EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017**

**MARÍA ALEJANDRA MENDOZA VERGARA¹, VIVIANA MAYERLY NOVA
GALLO.²,**

¹ ENFERMERA JEFE, ²FISIOTERAPÉUTA

RESUMEN

Objetivo: evaluar el nivel de adherencia de las historias clínicas de la Unidad de Rehabilitación de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo de corte transversal, con un marco muestral de 6677 historias clínicas. Se realizó un muestreo aleatorio simple para seleccionar 239 historias clínicas que cumplieran con los criterios de la investigación. La información se recogió a través de una encuesta diseñada y aplicada por las investigadoras. Para la tabulación, procesamiento y análisis de los datos se usó el programa Microsoft Excel. **Resultados:** ninguna de las historias clínicas que fueron evaluadas en la Unidad de Rehabilitación de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander se diligenció adecuadamente, se evidenció que el 48% de los profesionales no registran el motivo de consulta siendo este, necesario para captar las necesidades del usuario y así mismo para tomar decisiones y acciones adecuadas para un diagnóstico y tratamiento pertinente. **Conclusión:** La no adherencia al adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica en la Unidad de Rehabilitación refleja la falta de compromiso del personal en el registro de las evaluaciones, procedimientos y demás actuaciones frente al paciente, esto hace difícil realizar la trazabilidad para identificar la calidad de la atención que se brinda en salud. Estos resultados reflejan la falta de seguimiento que se realiza a los profesionales de la institución.

Palabras clave: historia clínica, auditoria interna, control interno, bioética.

Objective: to evaluate the adherence level of the clinical records of the Rehabilitation Unit of the E.S.E. university hospital of Santander in the first quarter of 2017. **Materials and methods:** descriptive cross-sectional study, with a

sampling frame of 6677 clinical histories. Simple random sampling was performed to select 239 clinical histories that met the criteria of the investigation. The information was collected through a survey designed and applied by the researchers. Data was tabulated, processed and analyzed using the Microsoft Excel program. **Results:** none of the clinical histories that were evaluated in the Rehabilitation Unit of the E.S.E. university hospital of Santander was adequately investigated, it was evidenced that 48% of the professionals do not record the reason for consultation being this, necessary to capture the needs of the user and also to make decisions and appropriate actions for a diagnosis and appropriate treatment. **Conclusion:** Failure to adhere properly to the Clinical History in the Rehabilitation Unit reflects the lack of commitment of staff in the registry of evaluations, procedures and other actions against the patient, making it difficult to perform the traceability to identify the quality of the attention that is given in health. These results reflect the lack of follow-up that is done to the professionals of the institution.

Key words: Clinical history, internal audit, internal control, bioethics.

1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento Del Problema

La auditoría en salud valora la calidad de la atención misma, indicando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la de la atención prestada. La evaluación de la calidad de registro de las historias clínicas es parte de las finalidades de la auditoría médica y de vital importancia, debido que las historias clínicas constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico.(1)

Por ello la auditoría actual requiere de sistemas específicos previamente determinados que le permitan garantizar el control de calidad, los cuales se logran utilizando las herramientas tecnológicas actuales a través de software, compactibles y adecuados a las necesidades de cada institución. En la historia clínica es donde los conocimientos y la destreza del personal suelen ser puestos a prueba. La información contenida en esta puede obtenerse por diferentes vías, a través del método clínico y del trabajo semiológico.(2)

La ESE Hospital Universitario de Santander, cuenta con un software institucional para realizar el registro de la historia clínica electrónica que es diligenciado por todos los profesionales y colaboradores de la institución para registrar todas las atenciones en salud que se les realiza a los usuarios. Actualmente en la Unidad de Rehabilitación no se conoce la adherencia del adecuado diligenciamiento de historias clínicas para sus áreas (terapia física, terapia del lenguaje, terapia Ocupacional, terapia respiratoria y Fisiatría)

El informe del año 2014 evidenció que no existe un correcto diligenciamiento de la historia clínica(3), dejando espacios vacíos referente a antecedentes y plan de tratamiento, las evoluciones con escaso contenido de lo realizado, lo cual dificulta el seguimiento y trazabilidad al tratamiento del paciente en rehabilitación ocasionando historias clínicas de no muy buena calidad y por ende la imposibilidad de la evaluación de los profesionales en salud del área de rehabilitación para poder tomar decisiones que puedan mejorar este proceso de atención del usuario por dicho servicio.

Existen diversos estudios que han demostrado que la calidad de las historias clínicas influye directamente en la calidad de atención al paciente. Se ha considerado el buen desarrollo de las historias clínicas como un parámetro para la evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud. El profesional tiene como sustento la historia clínica, la misma que tiene que ser veraz y completa.(1)

Algunas de las fallas e inconsistencias presentadas han sido causa de glosas, lo que va en detrimento de la economía, calidad en la atención por el no registro

adecuado de la historia clínica, ocasionando fallas en la toma de decisiones y tratamientos que ponen en riesgo la seguridad del paciente. La correcta elaboración de las historias clínicas tiene un beneficio económico, especialmente en las instituciones de salud, en donde se exige una evaluación rigurosa y detallada de las historias como requisito para un posible reembolso por parte de las aseguradoras, ya que, de no ser así, es la institución de la salud la que debe cubrir el gasto de la intervención.(1)

Todo lo anterior repercute que la institución no pueda cumplir con los estándares de acreditación que se requiere para las instituciones que ofrece servicios de habilitación/rehabilitación y dicha acreditación es obligatoria para los hospitales Universitarios. El Hospital Universitario es un escenario de práctica con características especiales por cuanto debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad
- Tener convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia servicio con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados
- Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación a prestación de los servicios asistenciales.(4)

La institución aún no ha considerado la importancia que tiene la evaluación a la adherencia del adecuado diligenciamiento de las historias clínicas a las áreas de rehabilitación dado que en el momento las directivas tienen su interés centrado en otro tipo de necesidades tales como la sostenibilidad financiera, reforzamiento estructural y la adquisición de nuevas tecnologías, por ello se hace necesario e importante la evaluación de adherencia a las historias clínicas a la unidad de rehabilitación ya que los múltiples beneficios de esta se representan en la adecuada prestación de los servicios de salud.

Algunos estudios han demostrado que la implementación de intervenciones para mejorar la calidad de registros bajo un entorno multidisciplinario puede mejorar la práctica profesional, evidenciando un mejor desempeño.(1)

1.2 Justificación

La auditoría médica tiene como objetivo específico elevar la calidad de los servicios de salud a fin de que el usuario reciba la mejor atención médica posible, para lo cual se vale de la evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias.(5)

La importancia de este proyecto se traduce en la contribución sustancial y significativa en el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de salud de la Unidad de Rehabilitación de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, ya que, al evaluar el nivel de adherencia de historias clínicas en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, permite al auditor médico evaluar de forma sistemática y continua a los profesionales médicos, obteniendo de la historia clínica información sobre clasificación de los pacientes, adecuada digitación, se controla el uso de siglas y espacios en blanco, se evalúa la pertinencia de los médicos en la solicitud de toma de exámenes de laboratorios, imágenes diagnósticas y solicitud de interconsultas con las diferentes especialidades, formulación adecuada, etc. En aras de continuar trabajando en la seguridad del paciente y una mejor prestación en los servicios de salud.

En este contexto de calidad y generación de una cultura de la calidad, se hace necesario la institucionalización de procesos que permitan garantizar la calidad del servicio, como es la implementación de un sistema de auditoría médica, teniendo presente que la auditoría es el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica con el fin de identificar deficiencias que pueden ser remediadas. Pues la auditoría debe ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad.(6)

Además, permite evaluar un punto muy importante en la labor profesional que es la conducta y tratamiento que recibe el paciente donde el auditor medico puede supervisar la adecuada adherencia a las guías y protocolos de manejo de la institución.

La auditoría tendría una finalidad de mejorar la calidad del servicio y una finalidad educativa al actualizar al recurso humano.(6)

Otra de las principales razones por la cual la adherencia al adecuado diligenciamiento de las historias clínicas es de vital importancia para la unidad de rehabilitación, es que estas representan un documento legal confiable que en un momento determinado puede servir de soporte para evitar glosas y/o exonerar a la IPS o a los profesionales de la salud de repercusiones legales por algún tipo de demanda.

Esta es una manera de lograr un mejoramiento continuo en las áreas de rehabilitación.

La historia clínica tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento médico-legal fundamental.(1)

La auditoría aplicada para el mejoramiento de la calidad, y si es correctamente implementada, debe constituirse en un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud que, al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, debe incentivar el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, así como impactar en fortalecer la viabilidad de la institución y del sistema dentro de un contexto de efectividad, eficiencia y ética.(7)

1.3 Pregunta de Investigación

¿Cuál es el nivel de adherencia que tienen los profesionales de la unidad de rehabilitación del ESE HUS al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el primer trimestre de 2017?

2 MARCO TEÓRICO

La Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector, por tanto, se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud.

Según la resolución número 1995 de 1999, se define La Historia Clínica como un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley y será de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.(8)

- Características De La Historia Clínica(9):

- **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.

- Obligatoriedad del registro: 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 anteriormente descritas.(9)
- Diligenciamiento De La Historia Clínica: 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.(9)
- Apertura E Identificación De La Historia Clínica: Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica. A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo con el número de orden del menor en el grupo familiar.(9)
- Numeración Consecutiva De La Historia Clínica: Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.
- Componentes: Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.
- Identificación Del Usuario: Los contenidos mínimos son datos personales de identificación del usuario:
 - Apellidos y nombres completos
 - Estado civil,
 - Documento de identidad
 - Fecha de nacimiento
 - Edad, sexo, ocupación
 - Dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia,
 - Nombre y teléfono del acompañante
 - Nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario,
 - Según el caso; aseguradora y tipo de vinculación. (9)

- Registros Específicos:

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.(8)

El registro individual de prestación de servicios de salud, RIPS: Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio.

Los datos de este registro se refieren a 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.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, está conformado por tres clases de datos:

- De identificación.
- Del servicio de salud propiamente dicho.
- Del motivo que originó su prestación.

Los datos de identificación son los de la entidad administradora del plan de beneficios, los del prestador del servicio y los de la transacción, reportados en una factura de venta de servicios.

Los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, son los relacionados con las consultas los procedimientos, el servicio de urgencia, de hospitalización y de medicamentos, las características de dichos datos y los valores para cada uno de ellos.

Los datos de consulta son aplicables a todo tipo de consulta, programada o de urgencia, médica general y especializada, odontología general y especializada y las realizadas por otros profesionales de la salud.

Los datos de procedimientos son aplicables a todos ellos, trátase de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, de detección temprana o de protección específica.

Los datos de hospitalización son los generados cuando haya lugar a ella, cualquiera sea el motivo que la origine, e incluye las consultas, procedimientos y estancias.

La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.

Los datos correspondientes a la prestación individual de servicios de salud de urgencia, incluye las consultas, procedimientos y estancia en observación.

Los datos de recién nacidos corresponden individualmente a los de las condiciones y características al nacer de uno o más niños o niñas.(10)

- Anexos: Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.(9)
- Acceso A La Historia Clínica: Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:
 - El usuario.
 - El Equipo de Salud.
 - Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
 - Las demás personas determinadas en la ley.(8)
- Proceso De Gestión Documental De La Historia Clínica: Retención y tiempos de conservación documental del expediente de la historia clínica:

La historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, por un periodo mínimo de quince años, contados a partir de la fecha de la última atención. Los cinco primeros años dicha retención y conservación se hará en el archivo de gestión y los diez años siguientes en el archivo central. Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán. Si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llegare a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la entidad a cuyo cargo se encuentre la custodia, utilizando para tal fin los medios que considere necesarios. Cumplidos dichos términos, con miras a propender por la entrega de la historia clínica al usuario, su representante legal o apoderado responsable de su custodia, de forma previa al proceso de disposición final se publicarán como mínimo dos avisos en un diario de amplia circulación nacional, definidos por la entidad responsable de dicha publicación, con un intervalo de ocho días entre el primer aviso y el segundo, en los que indicará el plazo y las condiciones para la citada entrega, plazo que podrá extenderse hasta por dos meses más, contados a partir de la publicación del último aviso.

- Protección de datos personales:

El uso, manejo, recolección, tratamiento de la información y disposición final de las historias clínicas, deberá observar lo correspondiente a la protección de datos personales, de que trata la Ley 1581 de 2012, sus normas reglamentarias y las disposiciones que las modifiquen o sustituyan.(11)

Fundamentos de la historia Clínica, base científica y humana

Si por conocimiento entendemos el conjunto de representaciones intelectuales sobre las cuales tenemos certeza de verdad, es necesario distinguir entre el conocimiento vulgar y el conocimiento científico. El primero simplemente conoce la cosa o el hecho, sin dar explicaciones ni razones metódicas. El segundo, en cambio, explica y razona sobre las cosas y los hechos conocidos, y los expresa con cuidado para evitar errores. La Ciencia es pues una forma coherente y sistemática de conocimiento que acepta y explica la realidad, predice su conducta y la controla. El cuerpo de ideas obtenido después de probar la certeza del conocimiento constituye la ciencia, es decir, el conocimiento racional, sistemático, exacto y verificable. La ciencia busca construir explicaciones a partir de observaciones organizadas y logradas en condiciones reconocidas como válidas. Por otro lado, el método científico es un procedimiento para describir condiciones en que se presentan sucesos específicos.

Es la aplicación de la lógica a los hechos observados. A través de él se plantean problemas, se prueban hipótesis e instrumentos de trabajo de investigación. Su interés se centra en determinar características, propiedades, relaciones y procesos en los hechos observados; es verificable; se puede someter a confrontación empírica; es relativo, sus afirmaciones pueden ser reformadas; es sistemático; es comunicable por medio de un lenguaje específico; es descriptivo, explicativo y predictivo.

- Partes De La Historia Clínica

- Interrogatorio: Es el punto esencial de contacto entre el médico y el paciente. Se basa en la confianza, el respeto y la sinceridad de ambas partes. Los cuatro primeros elementos son: la presentación mutua, la toma de los datos generales, el registro del motivo de consulta y la enfermedad actual como el paciente mismo la describe.
- Examen físico inicial: Está constituido por la percepción sensorial del médico, y sus elementos constitutivos siguen siendo la inspección (apreciación visual), la palpación (tacto), la percusión (oído) y la auscultación (oído).

- Diagnóstico de ingreso: La importancia del diagnóstico radica en varios aspectos: aclara lo que no se conoce con el fin de evaluar la gravedad del asunto; orienta el camino terapéutico que se debe seguir; organiza la secuencia de eventos, encaminada a buscar la curación o el alivio; integra el concurso de recursos técnicos y humanos para tales fines; controla el resultado de la intervención médica; es la base para efectuar pronósticos; en fin, es la esencia misma del acto médico. El diagnóstico es una hipótesis de trabajo. El proceso diagnóstico pasa por las siguientes etapas; etapa anatómica, etapa de diagnóstico funcional, ubicación en estereotipos de síndromes, integración fisiopatológica, confirmación paraclínica, investigación etiológica y confirmación anatomopatológica.
- Exámenes paraclínicos: Son aquellos que se obtienen por medio de la tecnología, e incluyen el laboratorio clínico, las imágenes diagnósticas y las pruebas funcionales, entre otros. Sirven para confirmar una sospecha clínica. En ningún momento son búsquedas al azar. El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen+, Ley 23 de 1981. %Artículo 7. Se entiende por exámenes innecesarios o tratamientos injustificados: a) Los prescritos sin un previo examen general. b) Los que no corresponden a la situación clínico-patológica del paciente+, Decreto 3380 de 1981.
- Evolución: Registra el desarrollo de las condiciones del enfermo en el curso de los siguientes días, semanas, meses o años de tratamiento. Las notas de evolución deben ser cuidadosas y transcribirse luego de analizar lo ocurrido en días anteriores.
- Procedimientos invasivos terapéuticos: Debido a que forman parte del arsenal médico y representan franco riesgo, siempre se deben acompañar del documento de consentimiento. Ese consentimiento debe ser exento de vicio: error, fuerza o dolo (Artículo 1508 del Código Civil). En caso contrario, el acto estará viciado de nulidad y no producirá ningún efecto o producirá otro distinto al que normalmente se persigue con este obrar.
- Descripción: En los procedimientos invasivos, particularmente los de tipo quirúrgico, se describen paso a paso las circunstancias que llevan a los hechos, las decisiones tomadas y los efectos producidos. Ellas son la justificación del acto terapéutico invasivo y, por lo tanto, deben ser meticulosas.
- Informe de complicaciones: Debe distinguirse entre los diversos tipos de eventos que ocurren en los pacientes: Iatrogenia, Accidente. Complicación. Complicación culposa.

- Resumen de historia: Debe ser claro, objetivo, concreto y ajustado a la verdad de los eventos en su totalidad. De su estructura depende la credibilidad del acto médico ante los pacientes y de los profesionales de la salud ante la sociedad.

- Concordancia Con La Lex Artis:

La locución latina lex artis, literalmente ~~ley~~ del arte o regla de la técnica de actuación de la profesión de que se trata, ha sido empleada para referirse a aquella evaluación sobre si el acto ejecutado se ajusta a las normas de excelencia del momento. Por lo tanto, se juzga el tipo de actuación y el resultado obtenido, teniendo en cuenta las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo del área profesional de la cual se trate, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos, el contexto económico del momento y las circunstancias específicas de cada enfermedad y cada paciente.

La lex artis tiene en cuenta la actuación y el resultado. Se basa en el cúmulo de conocimientos de la profesión en el momento en el cual se juzga o evalúa la acción médica y lo que con ella se obtiene.

Claridad es sinónimo de luz, transparencia y distinción. Constituye una característica de la perfección intelectual y formal que se traduce en coherencia intelectual entre lo anotado en las páginas de la historia clínica y lo que esté ocurriendo con el enfermo; a esto se suma la utilización de términos adecuados, buena estructura lingüística y justificación de los actos que se originen en las condiciones del paciente.

Legibilidad uno de los defectos tradicionales de los médicos es la falta de claridad en su escritura. Y esto es perjudicial no solamente para quien trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia o interconsulta, sino para quien juzga la actividad médica (auditores, superiores jerárquicos, jueces, etc.). La historia clínica debe ser completamente legible. Las abreviaciones deben, en lo posible, evitarse. Las firmas deben ir acompañadas del nombre de quien escribe en la historia clínica y, si es factible, de un sello.(12)

Por ello la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, está identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continúa y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.(13) Ya que los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.(14)

- Componentes del SOGC:

- Sistema Único de Habilitación

El Sistema único de habilitación constituye una de las funciones del Estado inmersa en la normatividad. Su justificación es la protección contra los riesgos propios de la prestación de los servicios de salud en el momento del ejercicio de los derechos a la salud y la vida. Es así como se reitera que las intervenciones estatales contempladas en las normas que tiendan a velar por la observancia del Sistema único de habilitación son legítimas. El cometido estatal que se relaciona con la expedición de requisitos de habilitación es vigilar la prestación de los servicios públicos mediante los cuales se busca la protección de los derechos de los ciudadanos.

Estas obligaciones constitucionales fueron reiteradas en la ley, quedando claro que la expedición de normas sobre el Sistema único de habilitación no es una mera potestad facultativa del Estado, sino una obligación constitucional y legal.(15)

Por tanto, a los sujetos del Sistema único de habilitación, que son todas aquellas personas naturales o jurídicas que presten el servicio público esencial de atención en salud, tanto pública como privada, les será aplicado de manera uniforme el Sistema único de habilitación. Como toda norma, la que se dicte en relación con el Sistema único de habilitación debe ser factible de ser aplicada. Dado que la salud está comprendida dentro de la noción de seguridad social y se caracteriza por ser una actividad en la que los prestadores compiten entre sí, es posible remitirse a la Ley 100 de 1993 con el fin de evidenciar el hecho de que el Sistema único de habilitación cumple una doble función en cuanto a competencia se refiere.

Su carácter de instrumento estatal de evaluación involucra al Estado como garante de su cumplimiento y sugiere la evaluación por parte de éste (sin que eso sea camisa de fuerza del proceso); evaluación que ha sido delegada a las secretarías municipales de salud descentralizadas y a las secretarías departamentales de salud.

- Sistema Único de Acreditación

Dado que el Estado tiene una función indelegable e íntimamente atada a los preceptos constitucionales de protección de unos derechos de los ciudadanos, materializada a través de un sistema de requerimiento de estándares mínimos de calidad, queda establecida una línea divisoria entre lo aceptable e inaceptable. Dentro de estándares estarán los niveles superiores está, para el caso colombiano, el Sistema único de Acreditación.

Por Acreditación, en Colombia, debe entenderse un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por una única entidad de acreditación autorizada para dicha función.(15)

- Auditoría para el Mejoramiento de la calidad

Es un instrumento cuyo resultado final será contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que se les presten a los habitantes del territorio nacional. Este es el hecho que refuerza su obligatoriedad, tanto para entidades de naturaleza privada, como para las de carácter público. Se hace referencia a la auditoría como un componente del SOGC, de obligatoria aplicación por parte de las IPS y EPS y entidades que se les asimilen. De esta manera, se colige que la obligatoriedad de la auditoría está plenamente justificada (para las IPS, EPS y las entidades que se les asimilen), si se tiene en cuenta que la salud es un derecho prestacional y un servicio público que se presta bajo la coordinación y control del Estado.

El desarrollo de la auditoría en salud tendrá justificación en la medida en que esta se constituya en un instrumento eficiente y eficaz para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y se aplique en un marco de confianza y respeto entre los diversos integrantes del sistema. El término auditoría, en el contexto del SOGC, se entenderá como Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, lo cual implica que:

- El enfoque de la auditoría es el de una herramienta de evaluación sistemática. Un elemento fundamental del concepto de garantía de calidad es la evaluación; cada vez es más evidente la necesidad de disponer de hechos y datos objetivos para la toma de decisiones por parte de quienes definen políticas y asignan recursos, dirigen una organización y prestan un servicio.
- El campo de acción de la auditoría es la atención en salud, refiriéndose tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de los recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud, como a los de prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- El propósito fundamental de la auditoría es contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en salud. En este sentido, la auditoría es una función de toda la organización y debe ser congruente con la búsqueda de los mayores beneficios para el usuario y con la reducción de los riesgos, dados unos recursos.

- Debe existir una comparación entre la calidad observada y la calidad deseada, lo cual significa que deben existir normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas y conocidas por todos los participantes del SGSSS para la atención en salud. Esto implica la necesidad de definir en forma previa la calidad deseada mediante manuales, guías de atención, normas técnicas, indicadores o estándares, entre otros instrumentos. Adicionalmente, es preciso y divulgar los mecanismos y herramientas que se van a utilizar para evaluar y establecer medir los procesos, y para informar y retroalimentar los hallazgos obtenidos.
- Para la E.S.E. HUS, Las auditorías se realizan de acuerdo al plan anual de auditoría definido por la Oficina de Control Interno de la ESE HUS y aprobado por el Comité Coordinador de Control Interno, por interés organizacional, por origen externo, por origen interno o según las solicitudes de auditoría emanadas de la Gerencia.
- Teniendo en cuenta las conclusiones y recomendaciones del informe de auditoría, quedará a criterio de la Gerencia solicitar o no a la Oficina de Control Disciplinario la apertura de un proceso disciplinario para uno o más funcionarios del proceso auditado.(16)
- El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud abarca, en su campo de aplicación, a las siguientes organizaciones del sistema.

A las entidades promotoras de salud y entidades que se les asimilen, y a las entidades territoriales de salud, en su función de administradoras de beneficios en salud para los vinculados, desde el momento en que el afiliado o vinculado adquiere el derecho a los servicios de salud hasta que los utiliza y, posteriormente, en la medida que debe garantizársele la continuidad de los mismos. Entre de las funciones que deben desarrollar se encuentran: . La auditoría de la red de servicios: Consiste en un conjunto de acciones de autocontrol y auditoría interna, diseñados y aplicados por la entidad, para mejorar la calidad de los procesos de su red de prestadores y de su sistema de referencia y contra-referencia.(15)

En cada una de las organizaciones que hacen parte del campo de aplicación del modelo, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud opera en tres niveles:

El primer nivel es el autocontrol, en el cual cada miembro de la organización planea, ejecuta, verifica y ajusta los procesos de atención en salud en los cuales participa para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la organización.

El segundo nivel es la auditoría interna, la cual es realizada en la misma organización por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que cada miembro de la organización adquiera la cultura de autocontrol. En etapas avanzadas del proceso, cuando el autocontrol ha alcanzado un alto grado de desarrollo, este nivel puede no existir en las instituciones.

El tercer nivel es la auditoría externa, que se lleva a cabo por un ente externo a la organización con base en los acuerdos previamente establecidos.

En cada una de las organizaciones que hacen parte del campo de aplicación, y para cada uno de los niveles que operan en el modelo, se llevan a cabo tres tipos de acciones de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud:

Acciones preventivas, acciones de seguimiento y acciones coyunturales.(15)

Los valores en que debe fundamentarse la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en todos sus ámbitos y niveles son:

Autocontrol: la auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y disciplina necesarias para que los procesos de atención en los cuales participa se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, y para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

Prevención: en el marco de los procesos de garantía de calidad, la auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos de atención conduzcan a los resultados esperados.

Confianza y respeto: la auditoría debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar, implantar y mejorar los procesos de mejoramiento institucional, y en la aceptación de los compradores de servicios de salud, de la autonomía institucional dentro de los términos pactados.

Sencillez: las acciones y mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.

Fiabilidad: los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quién ejecute la medición.

Validez: los resultados obtenidos en los procesos de auditoría deben referirse exclusivamente al objeto medido.(15)

La auditoría interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. Ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la efectividad de los, procesos de gestión de riesgos, control y dirección. (17)

El sistema de control interno, como instrumento, debe facilitar la medición de los resultados obtenidos en el desempeño del auditado y el grado de cumplimiento de sus metas y objetivos. Debe estar constituido por políticas y normas formalmente adoptadas, métodos y procedimientos efectivamente implantados y recursos humanos, físicos y financieros, cuyo funcionamiento coordinado debe orientarse a salvaguardar el patrimonio, a lograr las metas y a mejorar la performance.

Las técnicas de auditoría son procedimientos especiales utilizados por el auditor para obtener las evidencias necesarias y suficientes, con el objeto de formarse un juicio profesional y objetivo sobre la materia examinada.(18)

La auditoría integral busca determinar la eficiencia, la eficacia y la economía con que se manejan los recursos disponibles de una organización para el logro de sus objetivos. En las últimas versiones de la auditoría integral se combinan diferentes mecanismos y técnicas de auditoría y, más específicamente, diferentes dominios sobre los que recae la acción auditora. No solo se revisan asuntos financieros y operativos, sino que se amplía el marco de análisis para incluir aspectos que, en última instancia, están articulados por la capacidad que tenga el auditor integral de ver la relación entre el uso de los recursos y el impacto que la actividad de la organización produce a través de ecuaciones de eficiencia, eficacia y economía.(19)

En el 2008, en la ciudad de Bucaramanga; Ricardo Alfonso Gómez Gutiérrez y Martha Yaneth González León, realizaron un estudio retrospectivo . descriptivo para evaluar la calidad de las historias clínicas en el servicio de consulta externa de medicina en la UBA COOMEVA . CABECERA en el período comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre de 2007, arrojando como resultado que el 26% de las historias clínicas evaluadas se encuentran en un rango óptimo acorde al correcto diligenciamiento, el 28% de las historias clínicas evaluadas se encuentran en un rango regular y el 46% de las historias clínicas evaluadas se encuentran en un rango malo acorde al diligenciamiento.(20)

2.1 Marco Normativo

Constitución Política de 1991, En la cual se estableció que 'La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia.

Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y 3) el Subsistema Privado de Servicios.(21)

Ley 23 de 1981 Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.(22)

Resolución N° 13437 de 1991 Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.(23)

Ley 30 de 1992: Por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. Artículos 53, 54 y 55. Creación del Sistema Nacional de Acreditación.(24)

Ley 60 de 1993, "Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones". Ddefinió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales.(25)

Ley y 100 de 1993(26), Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 100 de 1993, Artículo 186 se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud.

Decreto 2904 de 1994: por el cual se reglamentan los artículos 53 y 54 de la Ley 30 de 1992. (27)

Decreto 2174 de 1996, derogado por el Decreto 2309 de 2002, Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.(15)

Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.(8)

Decreto 2309 del 15 de octubre del 2002, el Gobierno Nacional redefinió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud en el Sistema General de Seguridad Social. Igualmente expidió las Resoluciones 1439 del 1 de noviembre y 1474 del 7 de noviembre, que con sus anexos complementan la organización del Sistema de Garantía de Calidad obligatorio para prestadores y aseguradores, como también para entidades adaptadas, entidades de medicina prepagada y entidades territoriales de salud.

Resolución número 1474 de 2002, Adoptar el manual de estándares de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud y el manual de estándares de las entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado, entidades adaptadas y empresas de medicina prepagada del sistema único de acreditación, los cuales forman parte integrante de la presente resolución.(28)

Resolución 1445 de 2006 y resolución 123 de 2013, derogadas por el Decreto 903 de 2014 y Resolución 2082 de 2014. La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.(29)

Resolución 2003 de 2014 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. La habilitación de IPS y EPS, consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.(30)

Decreto 780 de 2016(31), parte 5, título 1, capítulo 1, establece la calidad de atención en salud como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.+

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. (31)

Resolución 839 de 2017, por lo cual se establece el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, así como reglamentar el procedimiento que deben adelantar las entidades del SGSSS, para el manejo de estas en caso de liquidación.(11)

2.2 Marco Institucional

La E.S.E Hospital Universitario de Santander es una institución de carácter público de orden departamental que presta servicios de salud, creada por decreto 0025 del 4 de febrero de 2005, tras la liquidación del antiguo Hospital Universitario Ramón González Valencia, dedicada a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del nororiente colombiano.

La ESE HUS cuenta con un área verde de 5.314,85 m², área de parqueaderos de 8.853,85 m², área de oncología 830,00 m², área madre canguro 1.737,3 m², fue construida en 1954 e inaugurado en 1973.

Actualmente la E.S.E Hospital Universitario de Santander presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, su estructura la constituye un edificio de 11 pisos con una capacidad de 384 camas, distribuidas entre hospitalización, unidades de cuidados intensivos e intermedios adultos, pediátrica y neonatal en donde se internan usuarios que requieren diagnóstico y tratamiento en las diferentes especialidades médicas y médico quirúrgicas. La unidad de cuidados intensivos para adultos cuenta con 12 camas, la neonatal y pediátrica con 8 camas, también cuenta con una moderna unidad de quemados con capacidad para albergar 14 usuarios, cada una con la mejor tecnología en equipos de monitoreo, en donde los usuarios permanecen al cuidado del mejor equipo médico científico con el ánimo de garantizar la mejor atención personalizada. Cuenta con 7 modernas salas de cirugía, 1 sala de partos y servicio de imagenología y laboratorio clínico donde se realizan diversos procedimientos e intervenciones con el apoyo de tecnología de adecuada, y dos sedes ambulatorias con 13 consultorios dotados para consulta especializada.

La institución dentro de su filosofía de mejoramiento continuo de la calidad, se encuentra implementando el modelo estándar de control interno (MECI), y en cumplimiento de la normatividad vigente frente a su condición de hospital universitario y fortalecer la relación docencia . servicio, la alta dirección ha tomado la decisión de lograr el cumplimiento de altos niveles de calidad, para lo cual fortalece el proceso de implementación del Sistema Único de Acreditación enmarcados en el Decreto 903 de 2014 y la Resolución 2082 de 2014, Ley 1438 de 2011, artículo 100, ~~%~~Para operar como hospital universitario debe estar acreditado a Enero de 2016+, artículo 107, ~~%~~El establecimiento de incentivos al componente de acreditación aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud+, artículo 118, ~~%~~Desconcentración. Con el fin de tener mayor efectividad en las actividades del sistema de inspección, vigilancia y control, la Superintendencia Nacional de Salud se desconcentrará y adicionalmente podrá delegar sus funciones a nivel departamental o distrital+, Resolución 3409 de 2012, por la cual se define la documentación para efectos del reconocimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como ~~%~~Hospitales Universitarios+, Resolución 743 de 2013, la cual evalúa la gestión del gerente, entre otros, a través de los indicadores No. 1 y 2 ~~%~~Mejoramiento de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior+ y ~~%~~Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud+ respectivamente.

Misión

La E.S.E. Hospital Universitario de Santander es una institución que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, con énfasis en docencia e investigación, basados en criterios éticos, técnicos, científicos y de gestión integral, que nos constituye como centro de referencia de la red pública y privada

del nororiente colombiano y el resto del país, involucrando la participación de talento humano competente que realiza sus actividades con sentido humano y alineado con los valores y principios organizacionales.

Para lograr lo anterior la organización está comprometida con el trato digno y humanizado de sus pacientes y familias, la provisión de entornos de atención segura apoyados con tecnología de avanzada.

Visión

Para el año 2020 la E.S.E Hospital Universitario de Santander se consolidará como una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, acreditada, competitiva y líder en la generación de conocimiento humano, con enfoque de seguridad, humanización y responsabilidad social.

La E.S.E. Hospital Universitario de Santander será líder en el uso eficiente y transparente de los recursos para la ejecución de sus procesos, que aseguren sostenibilidad financiera, mejoramiento continuo de las condiciones laborales y evidentes márgenes de rentabilidad económica y social.(29)

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Evaluar el nivel de adherencia de las historias clínicas de la Unidad de Rehabilitación de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

3.2 Objetivos Específicos

- Diseñar y aplicar un instrumento de evaluación del nivel de adherencia de las historias clínicas en la unidad de rehabilitación de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.
- Identificar las causas de no adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.
- Proponer un plan de mejoramiento para el adecuado diligenciamiento de la historia clínica en la unidad de rehabilitación de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

4 METODOLOGÍA

4.1 Enfoque Metodológico de la investigación

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo con método empírico analítico.

4.2 Tipo De Estudio

Nuestro proyecto tuvo un tipo de estudio observacional descriptivo, en donde no hay ningún tipo de intervención por parte de las investigadoras, se midió el nivel de adherencia que tienen los profesionales al adecuado diligenciamiento de las historias clínicas de la ESE Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

4.3 Población

Historias clínicas de la unidad de rehabilitación del ESE Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017. El total de historias clínicas registradas en la Unidad de Rehabilitación de E.S.E Hospital Universitario de Santander durante el primer trimestre de 2017 fueron 6677.

4.4 Diseño Muestral

4.4.1 Tamaño de la muestra

La fórmula que se usó para calcular el tamaño de muestra fue la siguiente:

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

En donde:

Z = nivel de confianza= 95%

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada = 50%

Q = probabilidad de fracaso= 5%.

D = precisión (error máximo admisible en términos de proporción) = Mínima 1% y máxima 5%.

La estimación dio como resultado una muestra de 239 historias clínicas.

4.4.2 Selección de la muestra

Se realizó un muestreo probabilístico a través del cual se seleccionó por muestreo aleatorio simple 239 historias clínicas que fueron evaluadas para identificar el nivel de adherencia.

4.4.3 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Historias clínicas de hospitalización y ambulatoria de terapia física.
- Historias clínicas de hospitalización y ambulatoria terapia Ocupacional.
- Historias clínicas de hospitalización y ambulatoria terapia del lenguaje.
- Historias clínicas de hospitalización y ambulatoria terapia respiratoria.
- Historias clínicas de hospitalización y ambulatoria registradas desde 1 de enero al 31 de marzo de 2017.

4.4.4 Criterios de exclusión

- Historias clínicas físicas.

4.5 Descripción De Las Variables

4.5.1 Diagrama de variable

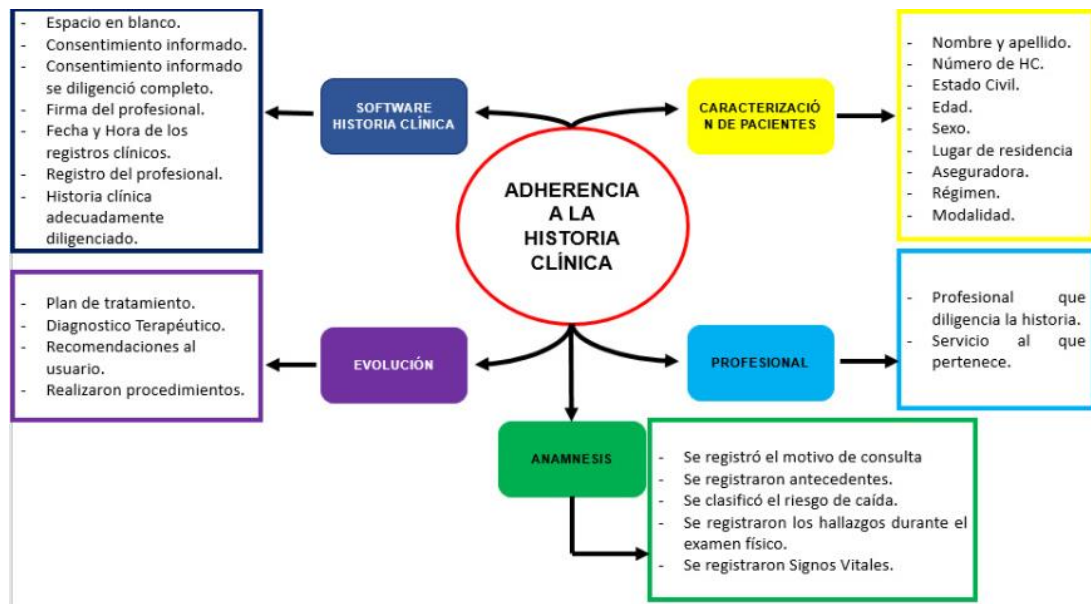


Gráfico 1. Diagrama de variables de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

4.5.2 Tabla de variables

Tabla 1. Tabla de variables de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento den la historia clínica en el Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

N°	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURAL EZA	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDA D DE MEDID A	CATEGORIA O VALORES
1.	Nombre y Apellido	Nombre completo del usuario	Cualitativa	Nominal	NA	1. Datos completos 2. Datos incompletos
2.	Numero de Historia Clínica	Numero de documento de identificación	Cualitativa	Nominal	NA	1. Número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad 2. Número del registro civil para los menores de siete años. 3. Número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años 4. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería
3.	Estado civil	Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia.	Cualitativa	Nominal	NA	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo/a 5. No registra
4.	Edad	Años cumplidos	Cualitativa	Nominal	NA	1. Primera Infancia (0 meses a 5 años). 2. Infancia (6 a 11 años) 3. Adolescencia (12 a 18 años) 4. Juventud (19 a 26 años) 5. Adulthood (27 a 59 años) 6. Vejez (> 60 años)
5.	Sexo	El sexo define a la persona como	Cualitativa	Nominal	NA	1. Femenino 2. Masculino

		hombre o mujer				
6.	Lugar de residencia	Área donde se encuentra ubicada la casa del usuario	Cualitativa	Nominal	NA	1. Urbano 2. Rural
7.	Asegurador	Entidad responsable de pago por la atención prestada al usuario.	Cualitativa	Nominal	NA	1. Ambuq 2. Cafesalud 3. SOAT 4. Inpec 5. Comparta 6. Coomeva 7. Coosalud 8. Emdisalud 9. FiduFosyga 10. Fundación Médico-Preventiva 11. Nueva EPS 12. Salud vida 13. Sanidad Militar 14. SuraTep ARP 15. Sisbén 16. Comfamiliar Cartagena 17. Particular 18. AsmetSalud 19. Confaorient 20. Caprecom 21. ECOOPSOS 22. QBE Central de Seguros 23. Sura 24. Alianza 25. Salud Total
8.	Tipo de vinculación	Clasificación que tiene cada usuario según aseguramiento en su EPS	Cualitativa	Nominal	NA	1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Especial 4. Otros (Fosyga-Fidufosyga. Soat, Inpec)
9.	Modalidad	Servicio en el cual se presta la atención	Cualitativa	Nominal	NA	1. Hospitalización 2. Ambulatorio
10.	Profesional que diligencia	Profesional de la salud que presta la atención y registra la misma	Cualitativa	Nominal	NA	1. Terapeuta Física 2. Terapeuta Respiratorio 3. Terapeuta Ocupacional. 4. Fonoaudiólogo.
11.	Servicio que pertenece	Servicio en el cual se presta la atención al usuario	Cualitativa	Nominal	NA	1. Terapia física 2. Terapia respiratoria 3. Terapia ocupacional

						4. Terapia del lenguaje.
12.	Motivo de consulta	Causa por la cual acude al servicio de rehabilitación	Cualitativa	Nominal	NA	1. Registra 2. No registra.
13.	Antecedentes	Condiciones de salud adquiridas en el usuario en el transcurso de su vida. (Patológicos, Quirúrgicos, Alérgicos, Familiares)	Cualitativa	Nominal	NA	1. Completos. 2. Incompletos.
14.	Riesgo de caídas	Clasificación según escala de morse que se le aplica al usuario para determinar su riesgo de caída.	Cualitativa	Ordinal	NA	1. Sin riesgo 2. Riesgo Bajo 3. Riesgo Alto 4. Sin Clasificar 5. No aplica
15.	Hallazgos durante examen físico	Recogida de información de los datos clínicos relevantes y del historial de un paciente.	Cualitativa	Nominal	NA	1. Si realizó. 2. No se realizó.
16.	Signos vitales	Medidas para valorar las funciones corporales básicas del cuerpo humano. (Presión arterial, Frecuencia cardiaca)	Cualitativa	Nominal	NA	1. Completos 2. Incompletos
17.	Plan de tratamiento	Indicaciones que envía el profesional tratante acorde a las condiciones de salud del usuario a fin de reestablecerlas si se encuentran afectadas	Cualitativa	Nominal	NA	1. Si tiene 2. No tiene
18.	Diagnostico Terapéutico	Clasificación que le da el terapeuta acorde a las condiciones	Cualitativa	Nominal	NA	1. Si tiene 2. No tiene

		físicas que presenta el usuario				
19.	Recomendaciones al usuario	Son las indicaciones y observaciones que el profesional da al usuario a realizar en casa para mejorar su condición de salud	Cualitativa	Nominal	NA	1. Si tiene 2. No tiene
20.	Procedimientos	Actividades que realiza el profesional de salud con el usuario durante su atención	Cualitativa	Nominal	NA	1. Sí realizó. 2. No realizó.
21.	Espacio en Blanco	Espacios que no son diligenciados por el profesional que atiende al usuario.	Cualitativa	Nominal	NA	1. Sí 2. No
22.	Consentimiento informado	Autorización del usuario a la IPS para realizar atención en salud.	Cualitativa	Nominal	NA	1. Sí tiene 2. No tiene 3. No aplica
23.	Consentimiento informado completo	Si ha diligenciado todos los campos del consentimiento informado	Cualitativa	Nominal	NA	1. Completo 2. Incompleto 3. No aplica
24.	Fecha y hora	Fecha y hora en la que se realizó la atención de usuario	Cualitativa	Nominal	NA	1. Si tiene 2. No tiene
25.	Firma del profesional	Nombre completo del profesional que realizó la atención con su firma	Cualitativa	Nominal	NA	1. Si tiene 2. No tiene
26.	Registro Profesional	Número de tarjeta Profesional	Cualitativa	Nominal	NA	1. Si tiene 2. No tiene
27.	Historia Clínica adecuadamente diligenciada	Forma de registro del acto médico en la atención al paciente.	Cualitativa	Nominal	NA	1. Excelente (Mayor o igual a 23 puntos) 2. Regular (16 a 22 puntos) 3. Mala (Igual o inferior a 15)

						puntos)
--	--	--	--	--	--	---------

4.6 Técnicas De Recolección De Información

4.6.1 Fuentes de información

La información se obtuvo a través de una fuente primaria, en donde las investigadoras obtuvieron la información directamente a través de un instrumento diseñado por ellas.

4.6.2 Instrumento de recolección de información

Se construyó un instrumento con 27 variables %instrumento de evaluación de historias clínicas+, en donde se registraron todos los hallazgos en las historias auditadas.

4.7 Prueba Piloto

Para la prueba piloto se seleccionó un total de 36 historias clínicas, con el fin de evidenciar fallas en la elaboración de los criterios de evaluación, se cronometró el tiempo y se evaluó la mejor manera de aplicar el instrumento.

4.8 Control De Errores Y Sesgos

En la corrección de errores y sesgos, las investigadoras usaron las siguientes estrategias:

- Las investigadoras tuvieron presente en todo momento los criterios de inclusión u exclusión mencionados anteriormente.
- Los sesgos de información se eliminaron al realizar la prueba piloto, la cual permitió identificar las variables sin utilidad dentro del estudio, por lo cual fueron eliminadas.
- Para evitar encuestas incompletas o con datos faltantes las investigadoras realizaron personalmente la evaluación de las historias clínicas.
- Las investigadoras estandarizaron el método que usaron en la recolección de los datos.
- Para evitar errores en la tabulación y procesamiento de los datos, se usó un programa estadístico de análisis de datos.
- las investigadoras tuvieron la precaución de no concentrar la recolección de información en un solo servicio del hospital.

4.9 Técnicas De Procesamiento Y Análisis De Los Datos

Los datos del instrumento fueron tabulados en una matriz de excel, en las columnas se registraron las variables y en las filas los resultados de cada historia clínica auditada.

Se realizó un análisis univariado, mediante el cual se determinaron las principales estadísticas descriptivas: La proporción y promedio para las variables cuantitativas de la investigación; no hubo variables cuantitativas; el procesamiento de los datos se realizó en excel.

4.10 Plan De Divulgación De Los Resultados

Se planea socializar resultado de esta investigación al equipo de calidad de la institución con el fin de comparar los resultados del estudio con los estándares de calidad definidos por el hospital y justificar de esta manera, el plan de mejoramiento que las investigadoras proponen para mejorar la calidad del diligenciamiento de la historia clínica y de esta manera aumentar la adherencia al adecuado diligenciamiento de ella.

5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio del Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; este estudio fue clasificado como una investigación sin riesgo ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos, cuyas historias clínicas fueron evaluadas, tampoco se indagó sobre aspectos sensibles de la conducta. Los aspectos éticos de la investigación se rigen por los principios fundamentales, la declaración de Helsinki.

Para garantizar la confidencialidad de la información de las historias clínicas, se garantiza que en ningún momento se solicitó el nombre de los propietarios de las historias clínicas, cada historia clínica se identificó con un número consecutivo. Este estudio se ajustará a los principios científicos y éticos que lo justifican, La información consultada y llevada a las bases de datos objeto de análisis correspondió en todo momento con la verdad de lo encontrado, prevaleciendo la privacidad de los de las historias clínicas y la de sus propietarios.

Se obtuvo la autorización del Gerente y Subgerente de Servicios ambulatorios y apoyo terapéutico del hospital para realizar la presente investigación.

Los resultados de la investigación serán divulgados ante las instancias pertinentes y no se hará trascendencia de ellos a quienes no deban conocerlos.

6 RESULTADOS

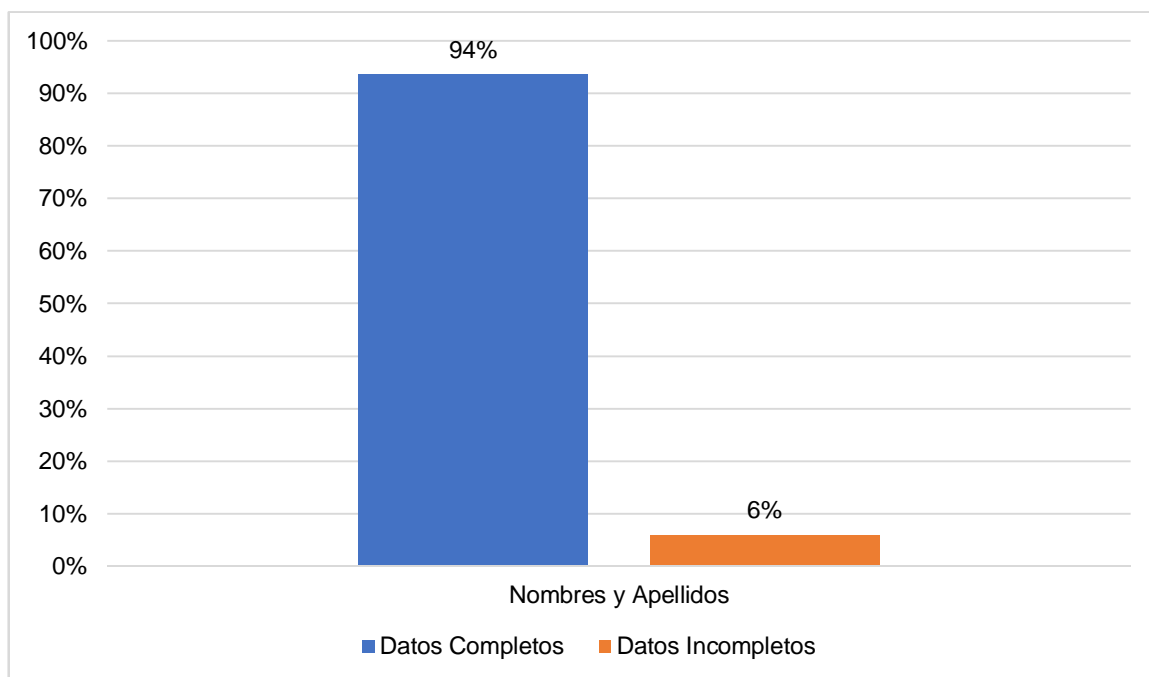


Gráfico 2. Nombres y Apellidos de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **94%** de las historias evaluadas durante la investigación registraron datos completos correspondientes a nombre y apellido. El **6%** no registraron datos completos correspondientes a nombre y apellido.

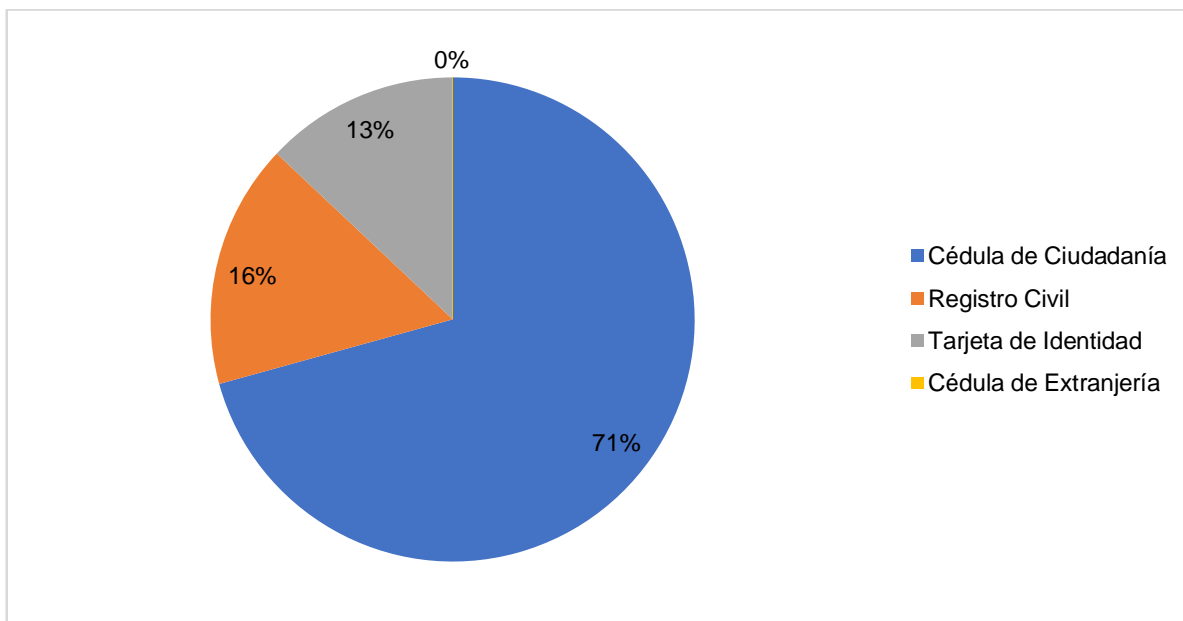


Gráfico 3. Número de historia clínica de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **71%** de las historias evaluadas durante la investigación están registradas con cédula de ciudadanía. El **16.3%** están registradas con registro civil. El **12.9%** están registradas con Tarjeta de identidad. El **0%** de las historias clínicas fue registrada con cédula de extranjería.

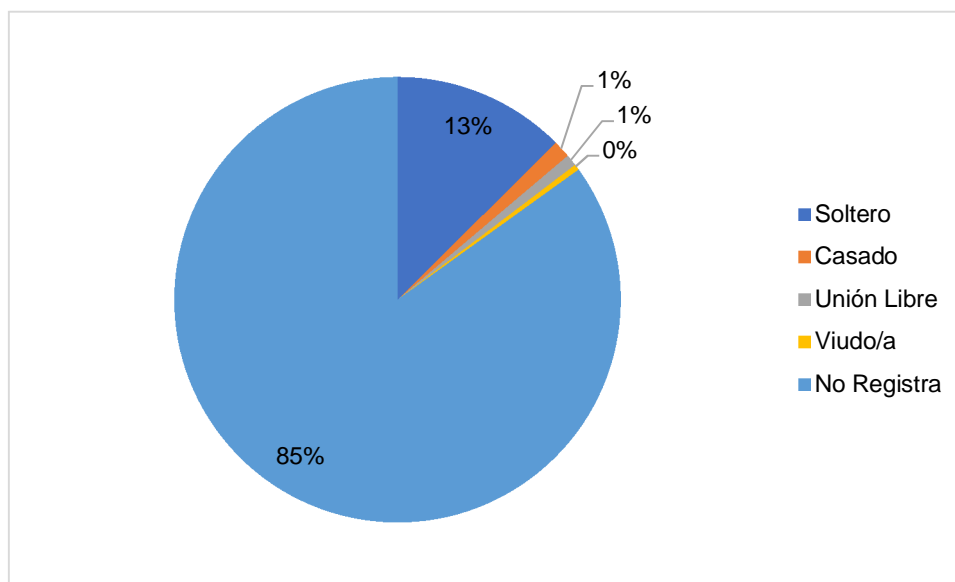


Gráfico 4. Estado civil de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **85%** de las historias clínicas no registró estado civil. El **13%** de las historias evaluadas durante la investigación registraron estado civil soltero. El **1%** registraron estado casado. El **1%** registraron estado civil en unión libre. El **0.41%** registraron estado civil viudo/a.

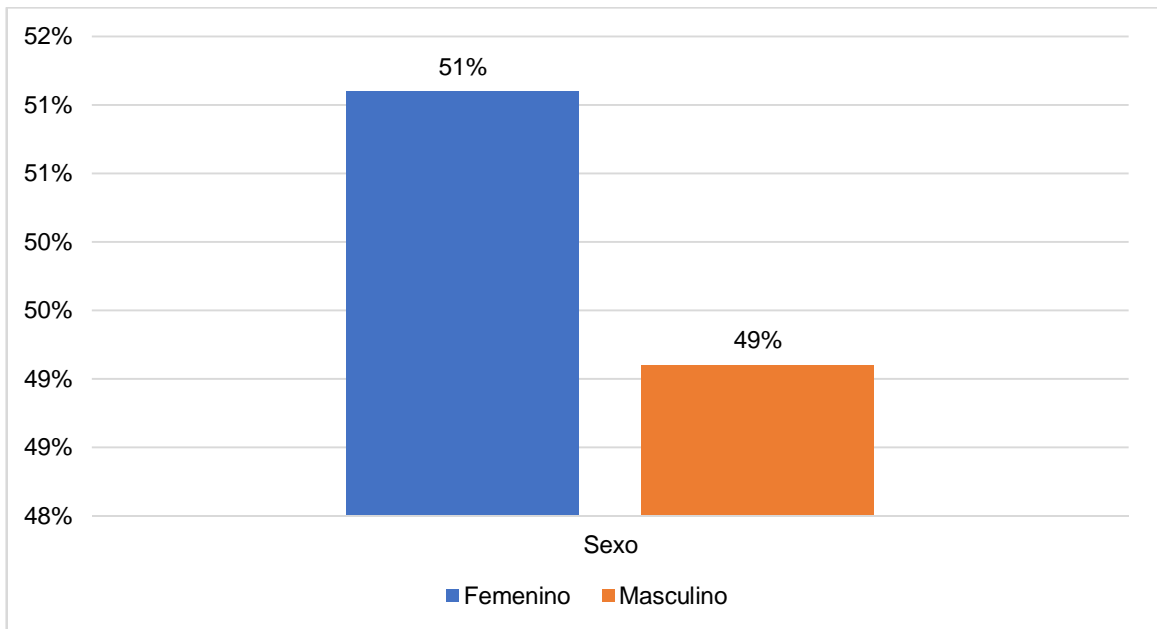


Gráfico 5. Variable Sexo de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **51%** fueron realizadas al sexo masculino. El **49%** de las historias evaluadas durante la investigación fueron realizadas al sexo femenino.

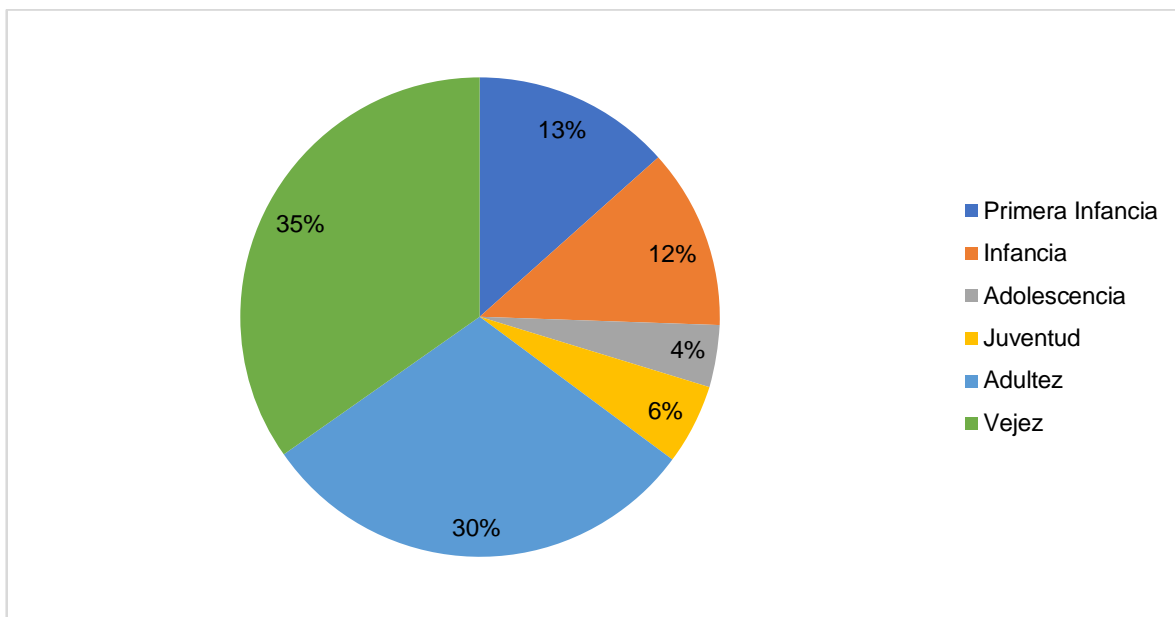


Gráfico 6. Variable Edad de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **35%** corresponden a usuarios en la etapa de vejez (> 60 años). El **30.1%** corresponden a usuarios en la etapa de adultez (27 a 59 años). El **13.3%** de las historias evaluadas en la investigación corresponden a usuarios en la etapa de la primera infancia 0 meses a 5 años). El **12.1%** corresponden a usuarios en la etapa de infancia (6 a 11 años). El **5.4%** corresponden a usuarios en la etapa de Juventud (19 a 26 años). El **4.1%** corresponden a usuarios en la etapa de Adolescencia (12 a 18 años). El ciclo de vida es clasificado según el ministerio de salud y protección social.

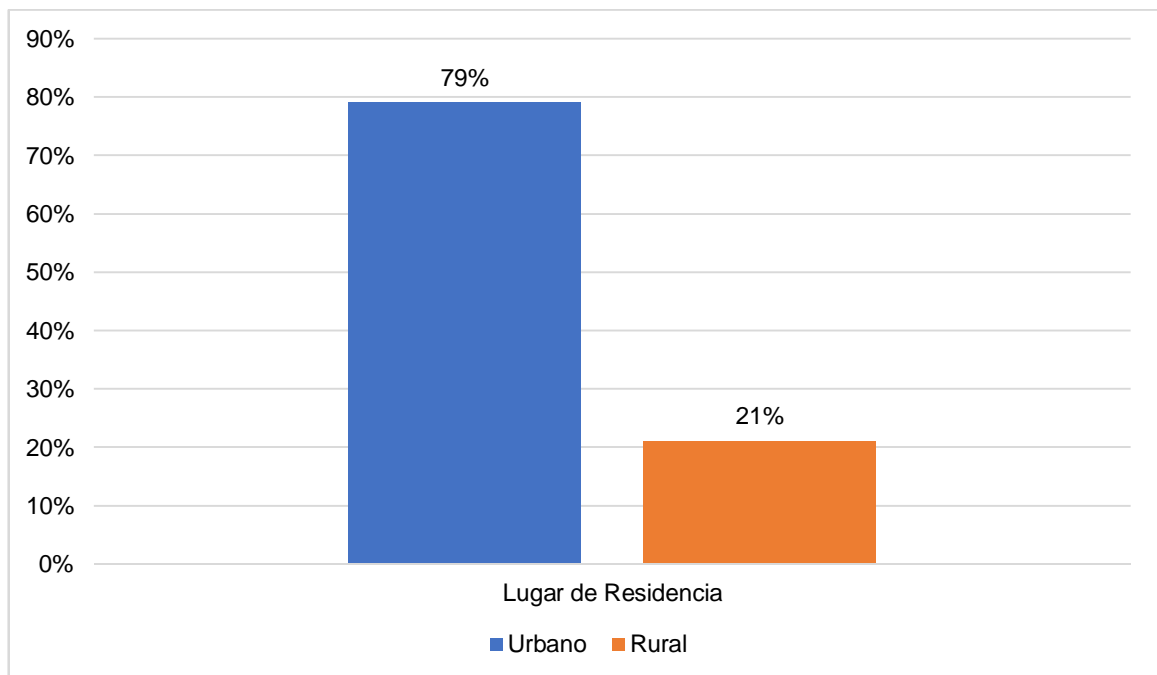


Gráfico 7. Variable Lugar de residencia de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **79%** de las historias evaluadas durante la investigación tienen como lugar de residencia urbano. El **21%** tienen como lugar de residencia rural.

Variable 7. Asegurador

Se evaluaron las historias clínicas en dónde se observó que el **33.8%** de las historias pertenecen a Cafesalud, el **12.5%** pertenecen a Emdisalud, el **8,3%** pertenecen a Nueva Eps, el **6.2%** pertenece al SOAT y el **5,8%** pertenecen a AsmetSalud, Siendo las más evidenciadas en la evaluación realizada.

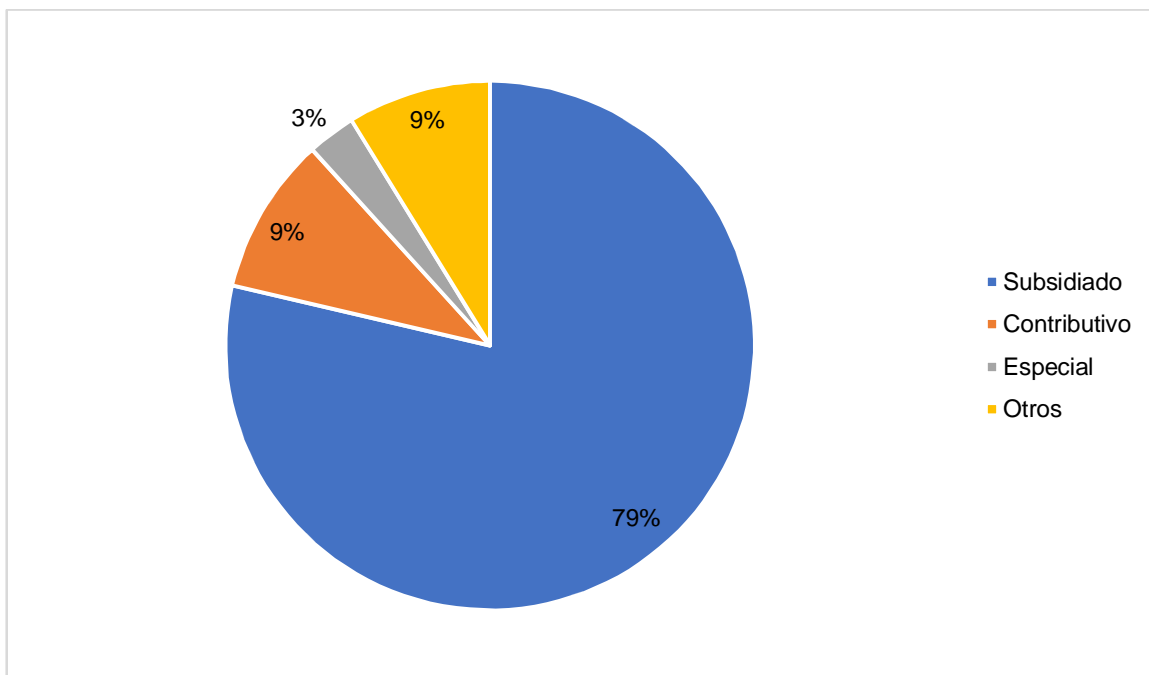


Gráfico 8. Variable tipo de vinculación de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **79%** de las historias evaluadas durante la investigación están vinculados como subsidiados. El **9%** está vinculado como contributivo. El **9%** está vinculado como otros. El **3%** está vinculado como especial.

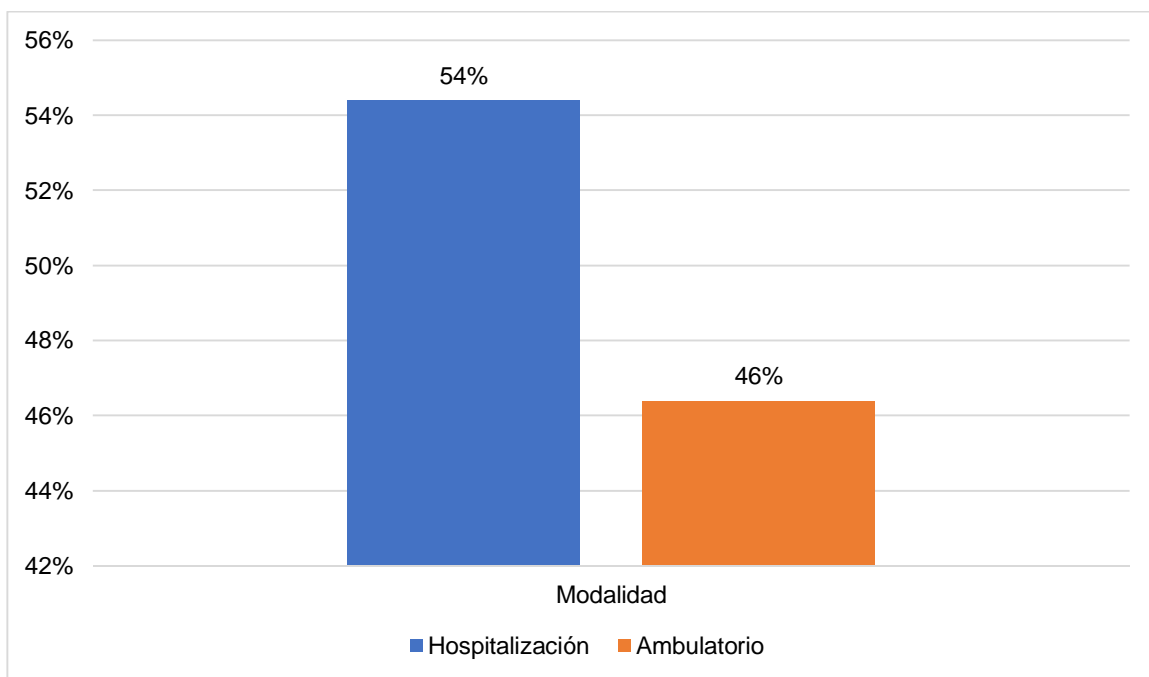


Gráfico 9. Variable Modalidad de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **54%** de las historias evaluadas durante la investigación se registraron en el servicio de hospitalización. El **46.4%** se registraron en el servicio ambulatorio.

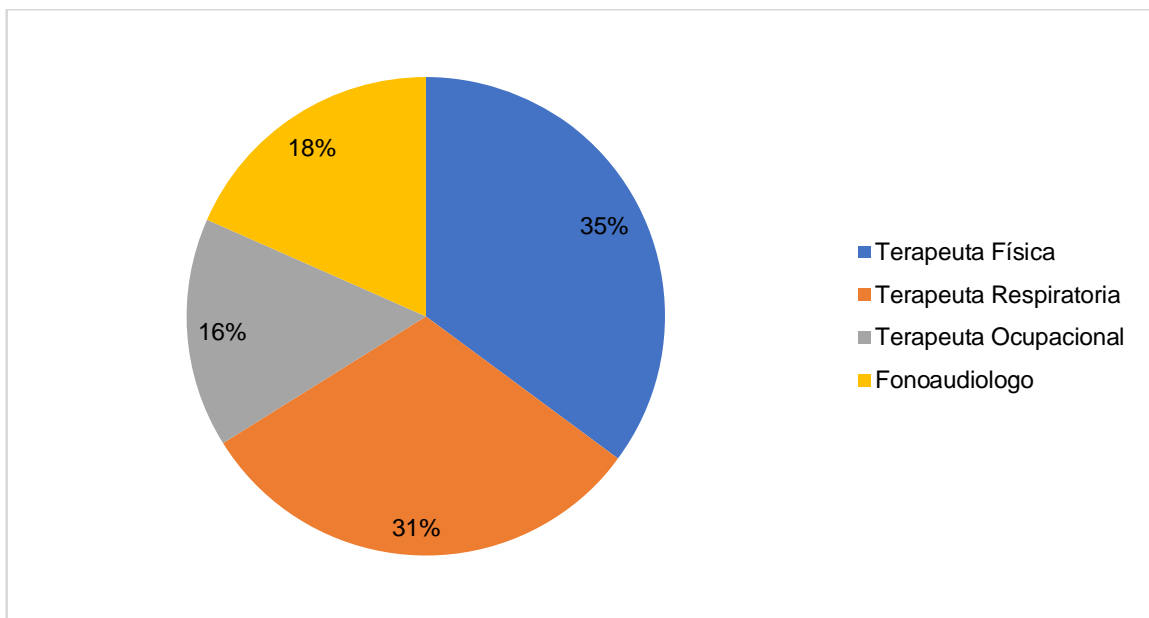


Gráfico 10. Variable profesional que diligencia la historia de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **35%** de las historias evaluadas durante la investigación fueron diligenciadas por terapeutas físicos. El **30.9%** fue diligenciada por terapeutas respiratorios. El **18.4%** fue diligenciada por fonoaudiólogos. El **15.4%** fue diligenciada por terapeutas ocupacionales.

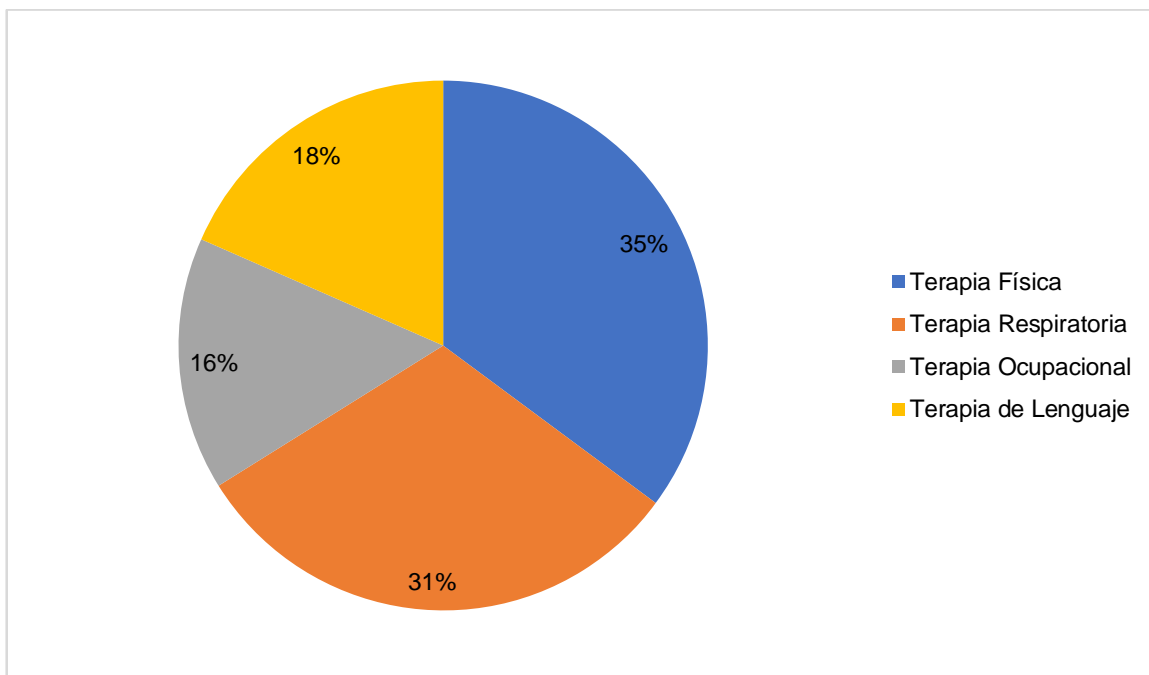


Gráfico 11. Variable Servicio que pertenece de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **35%** de las historias evaluadas durante la investigación fueron en el servicio de terapia física. El **30.9%** fue en el servicio de terapia Respiratoria. El **18.4%** fue en el servicio de terapia de lenguaje. El **15.4%** fue en el servicio de terapia ocupacional.

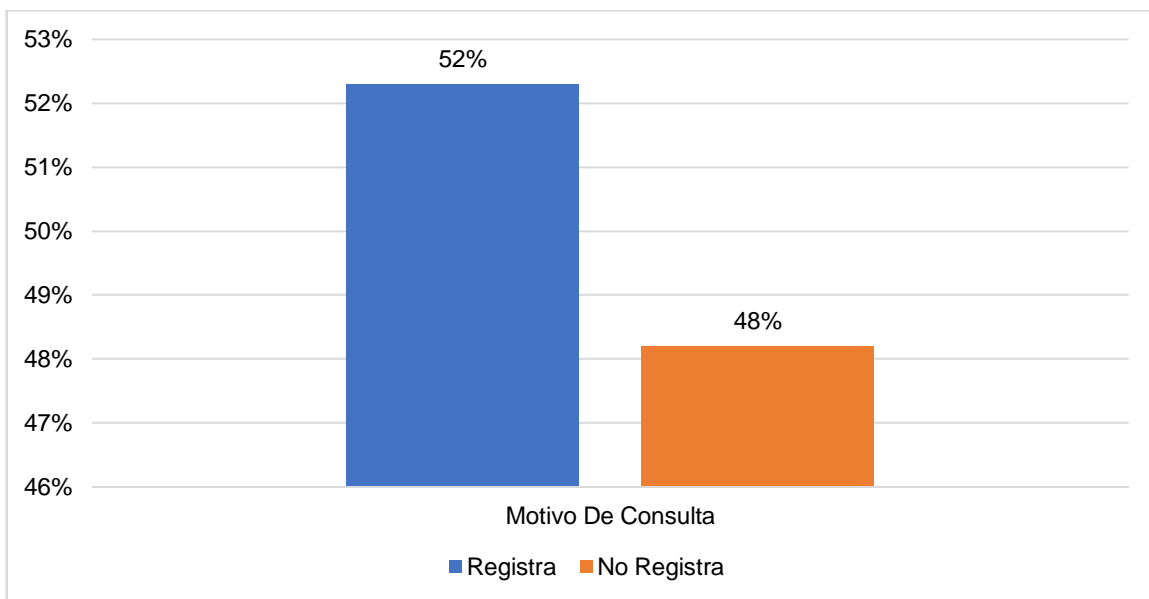


Gráfico 12. Variable Motivo de Consulta de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **52.3%** de las historias evaluadas durante la investigación registran el motivo de consulta. El **48%** de las historias evaluadas no registra el motivo de consulta.

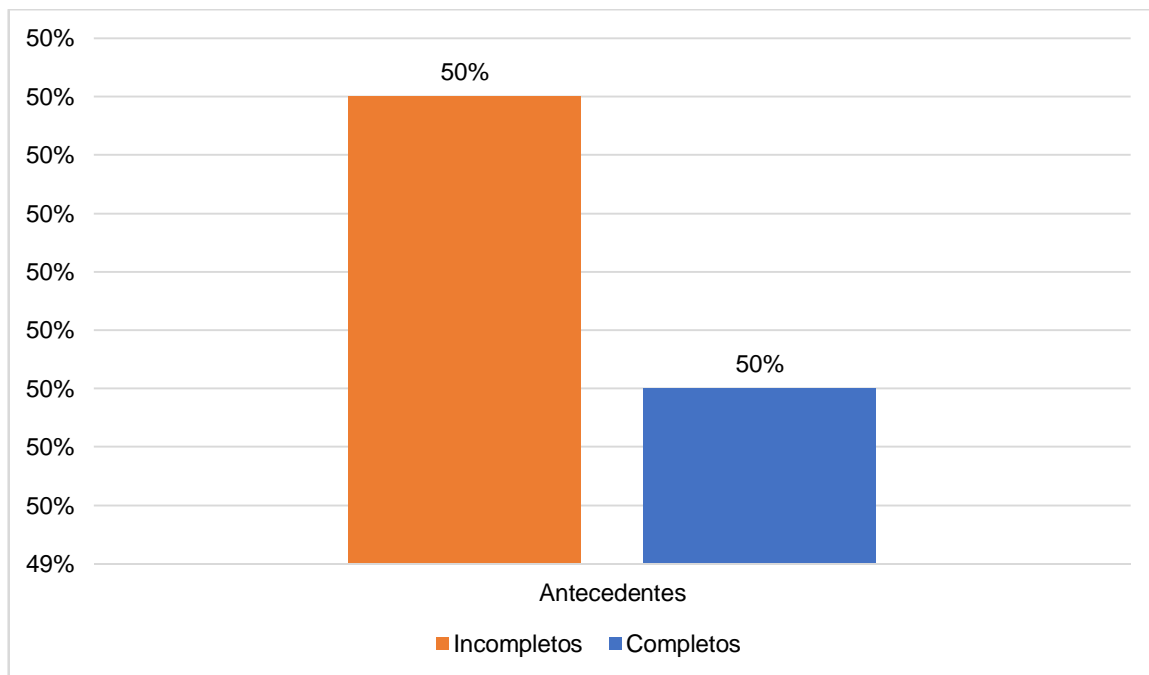


Gráfico 13. Variable Antecedentes de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **50.2%** registraron incompletos los antecedentes. El **49.7%** de las historias evaluadas durante la investigación registraron completos los antecedentes.

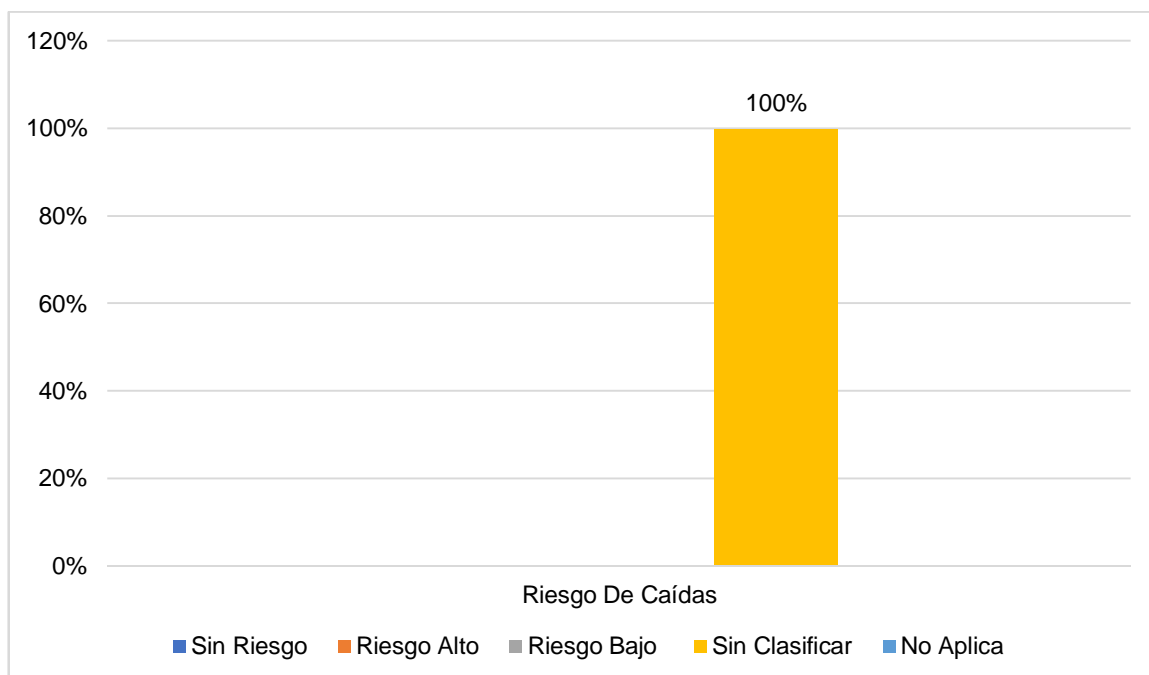


Gráfico 14. Variable Riesgo de caídas de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **100%** de las historias evaluadas durante la investigación tienen sin clasificar los datos correspondientes al riesgo de caída.

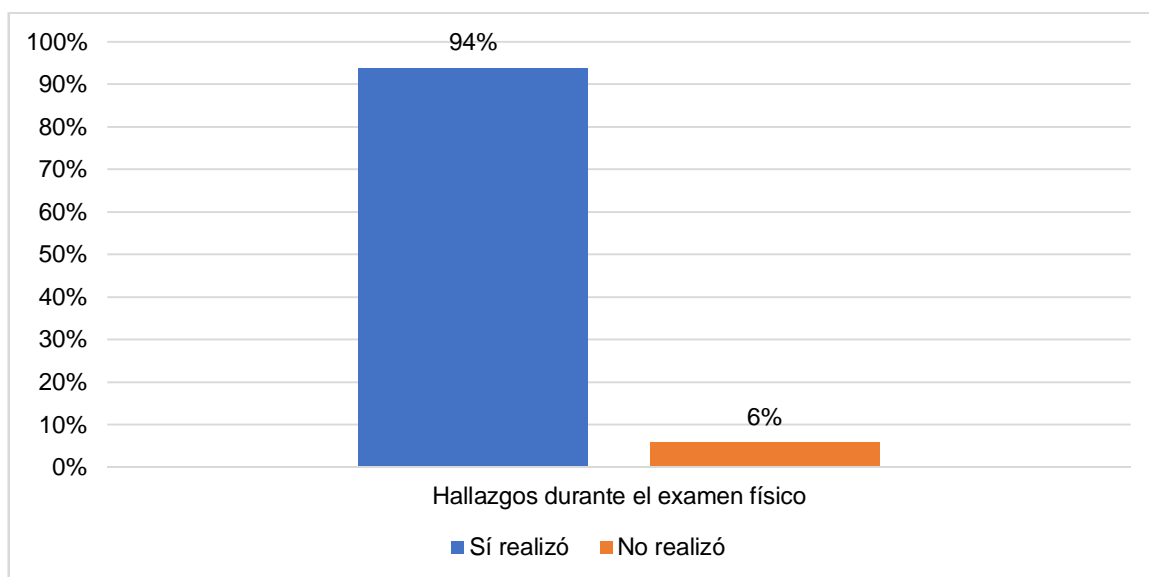


Gráfico 15. Variable Hallazgos durante el examen físico de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **93.3%** de las historias evaluadas durante la investigación realizaron registro de los datos correspondientes a los hallazgos durante el examen físico. El **6.6%** no

realizaron registro de los datos correspondientes a los hallazgos durante el examen físico.

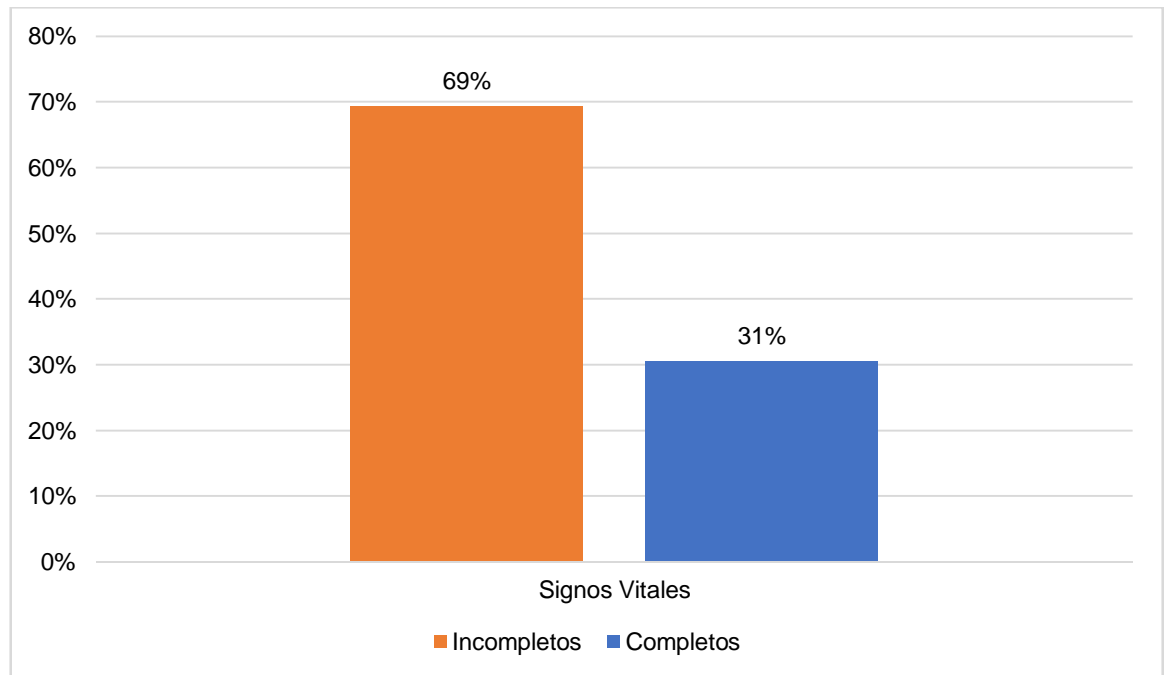


Gráfico 16. Variable Se registraron signos vitales (P/A, FC) de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **69.4%** no realizaron registro de los datos correspondientes a los signos vitales. El **30.5%** de las historias evaluadas durante la investigación realizaron registro de los datos correspondientes a los signos vitales.

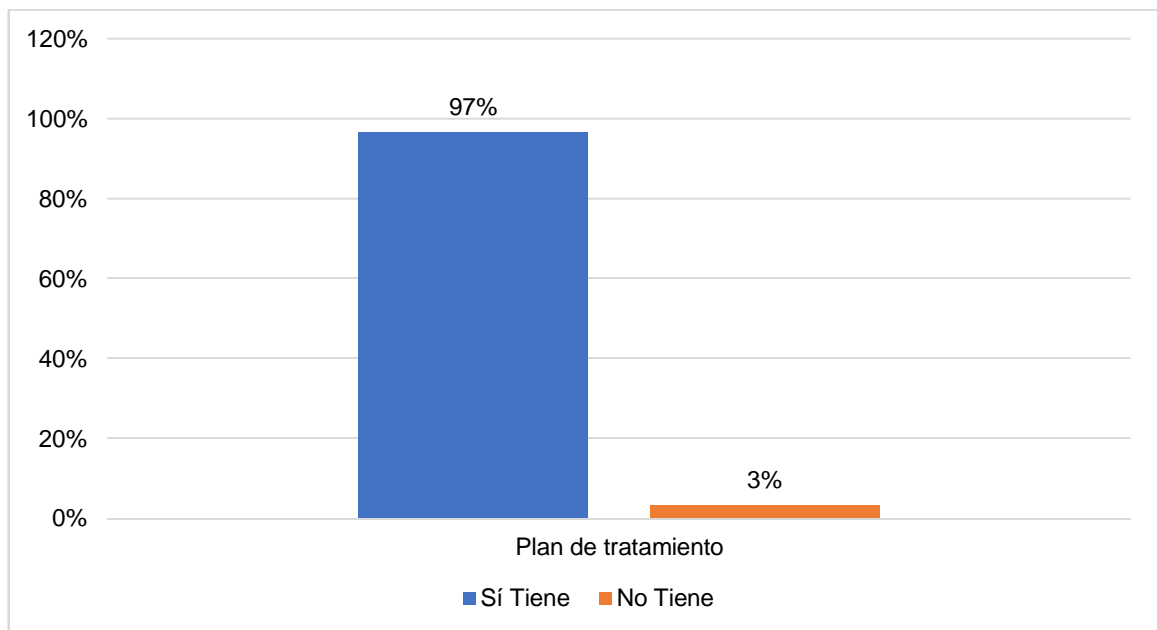


Gráfico 17. Variable Plan de tratamiento de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **96.6%** de las historias evaluadas durante la investigación realizaron registro de los datos correspondientes al plan de tratamiento. El **3,3%** no realizaron registro de los datos correspondientes a al plan de tratamiento.

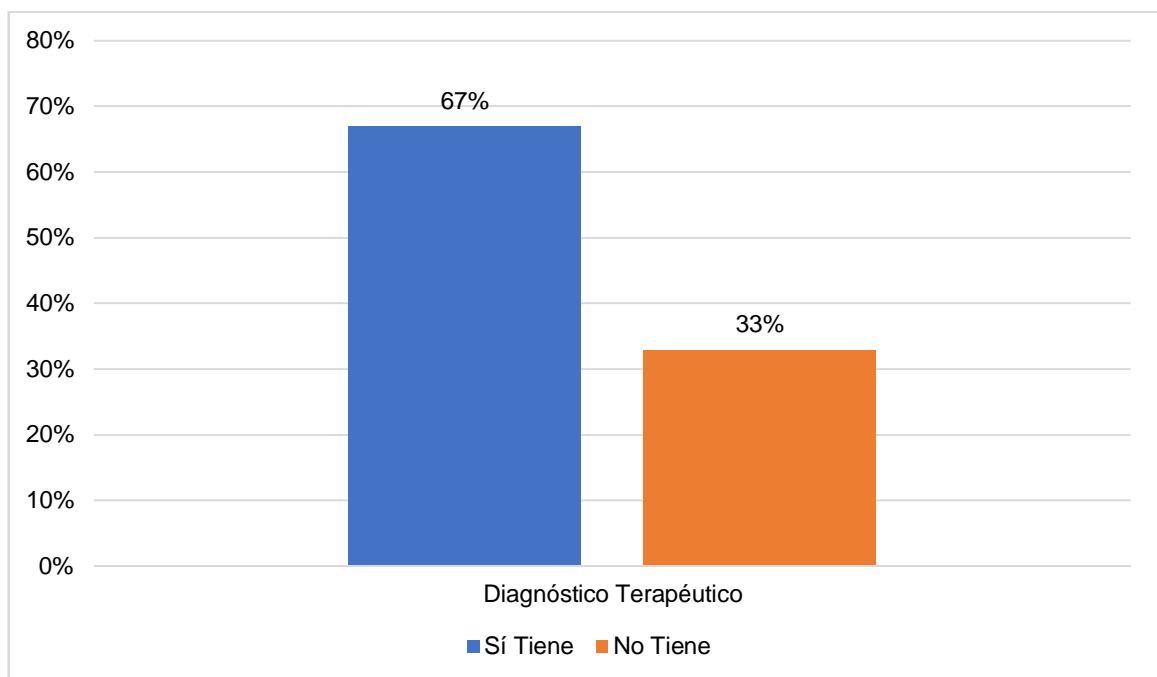


Gráfico 18. Variable Diagnostico terapéutico de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **67%** de las historias evaluadas durante la investigación registraron los datos correspondientes al diagnóstico terapéutico. El **33%** no realizaron registro de los datos correspondientes a diagnóstico terapéutico.

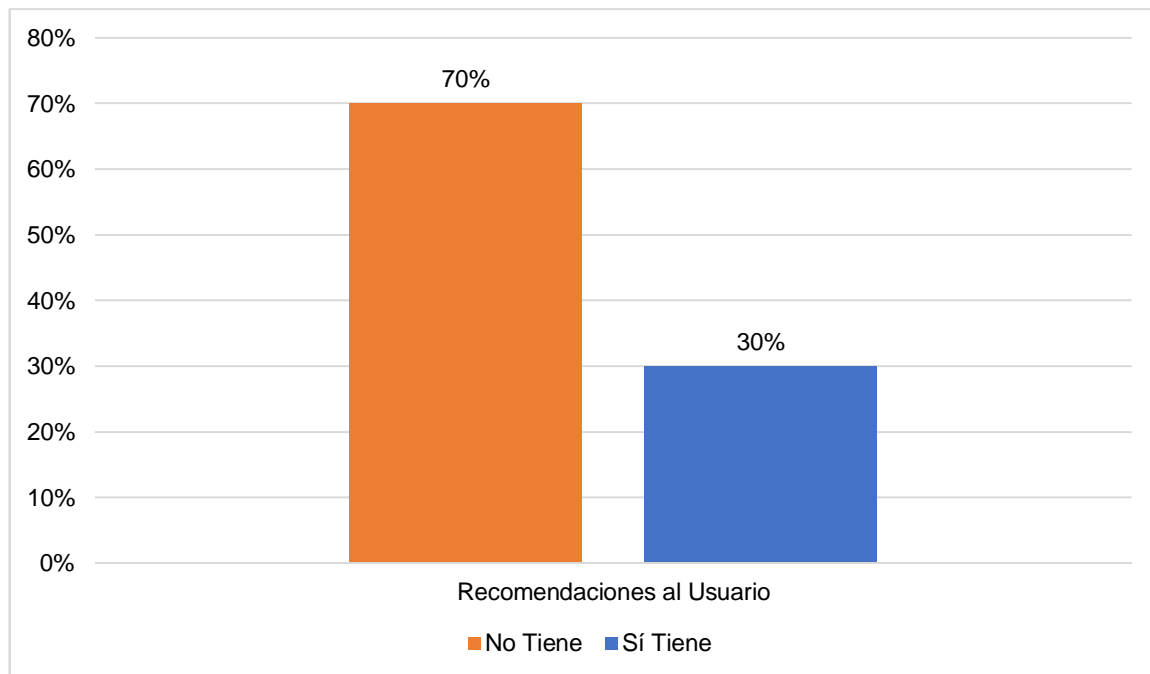


Gráfico 19. Variable Recomendaciones al usuario de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **70%** no realizaron registro de los datos correspondientes a recomendaciones del usuario. El **30%** de las historias evaluadas durante la investigación registraron de los datos correspondientes a recomendaciones del usuario.

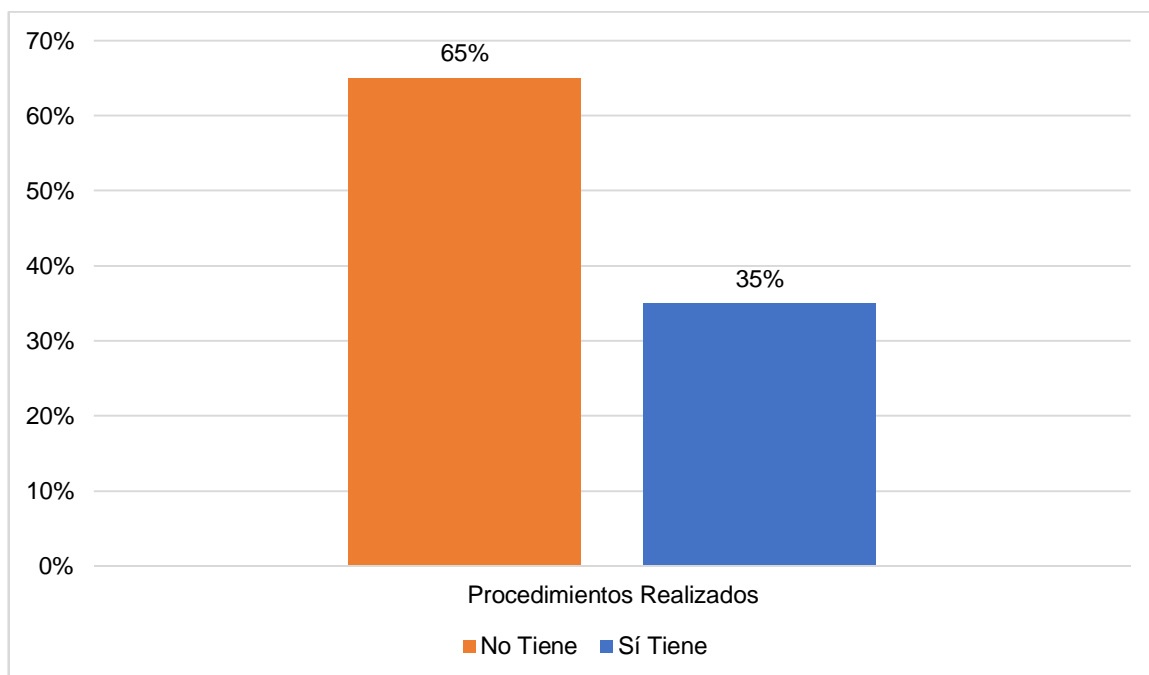


Gráfico 20. Variable Procedimientos realizados de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **65%** no realizaron registro de los datos correspondientes a procedimientos realizados. El **35%** de las historias evaluadas durante la investigación registraron de los datos correspondientes a procedimientos realizados.

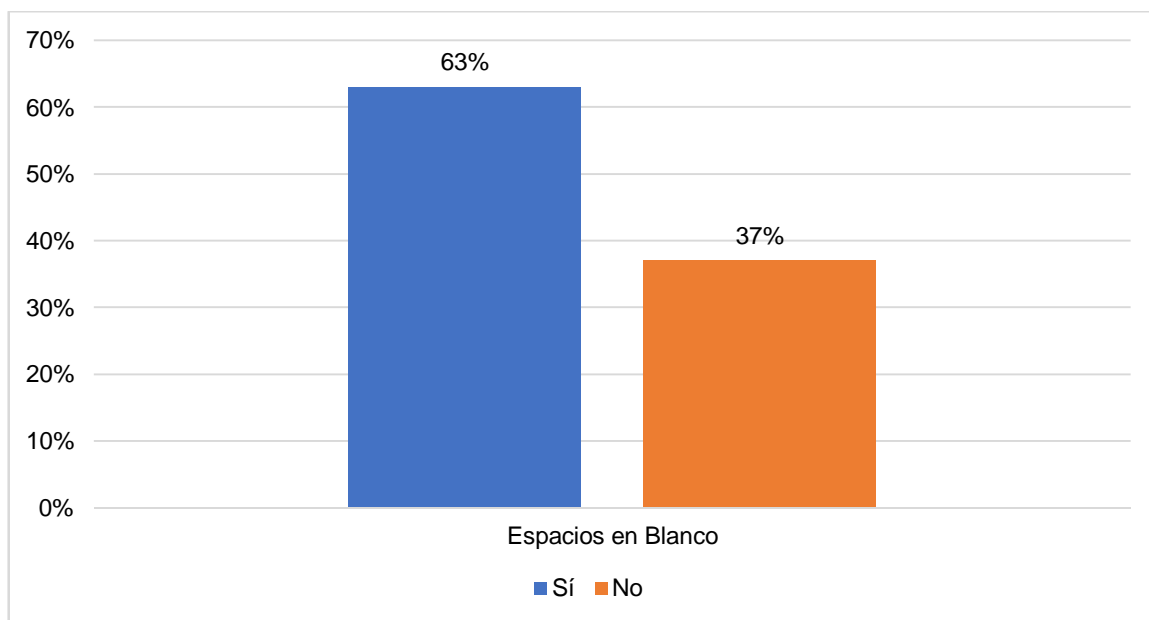


Gráfico 21. Variable Espacios en blanco de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **63%** de las historias evaluadas durante la investigación evidenciaron espacios en blanco. El **37%** no evidenciaron espacios en blanco.

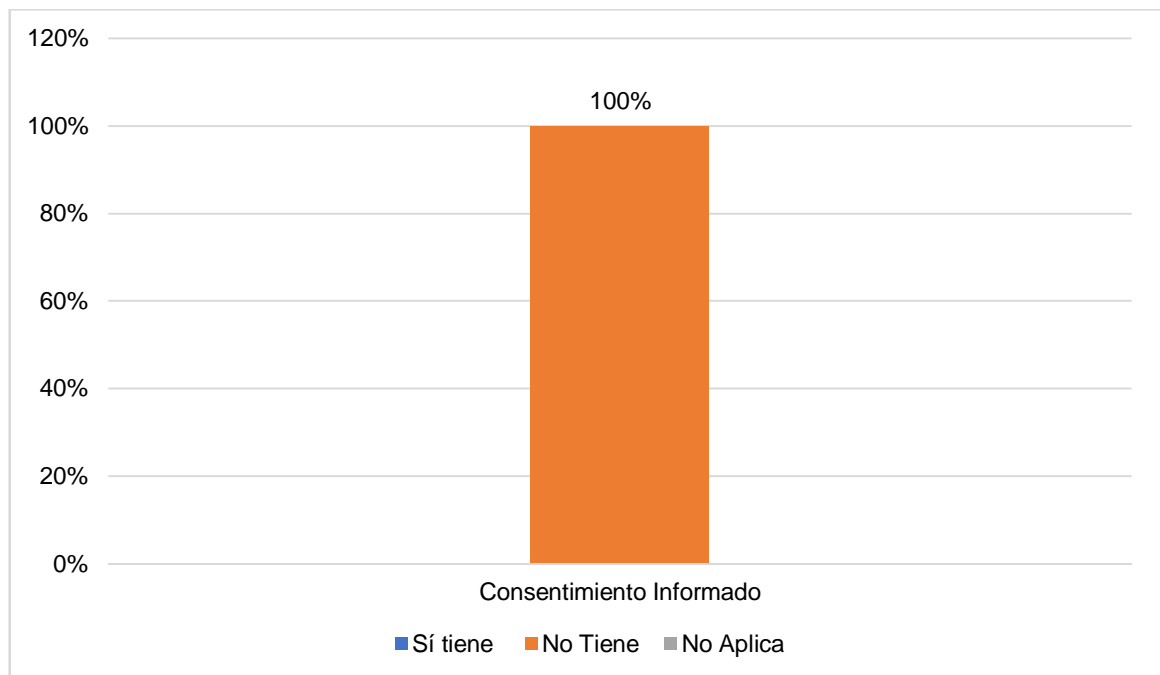


Gráfico 22. Variable Consentimiento Informado de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **100%** de las historias evaluadas durante la investigación no tienen registrado los datos correspondientes al consentimiento informado.

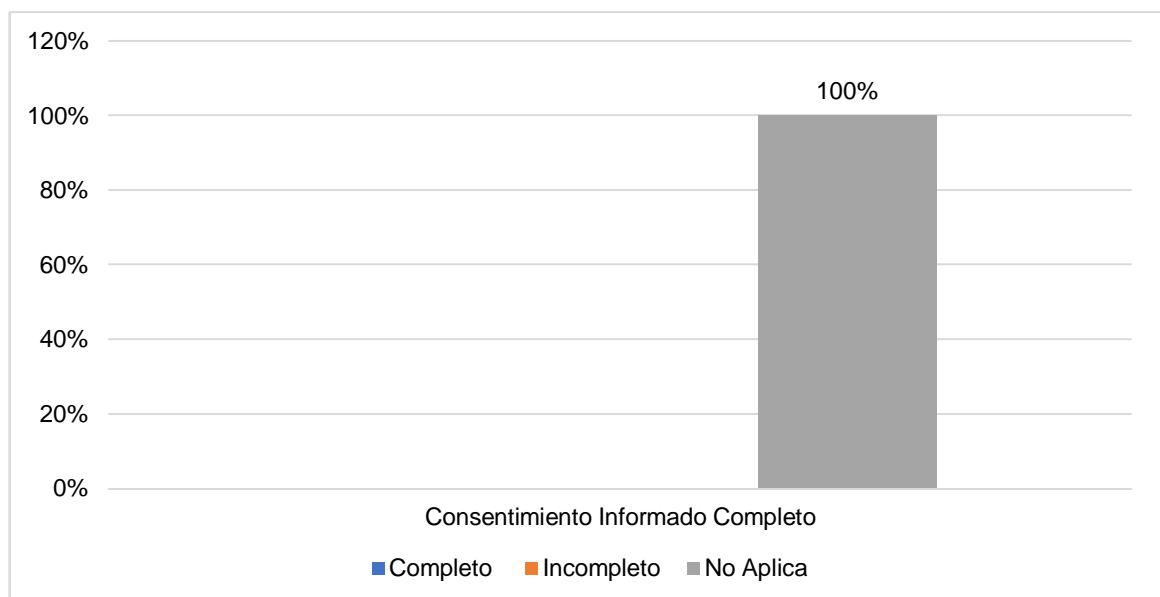


Gráfico 23. Variable Consentimiento informado completo de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **100%** de las historias evaluadas durante la investigación no registran los datos correspondientes al correcto diligenciamiento del consentimiento informado luego que no aplica porque no existe consentimiento informado.

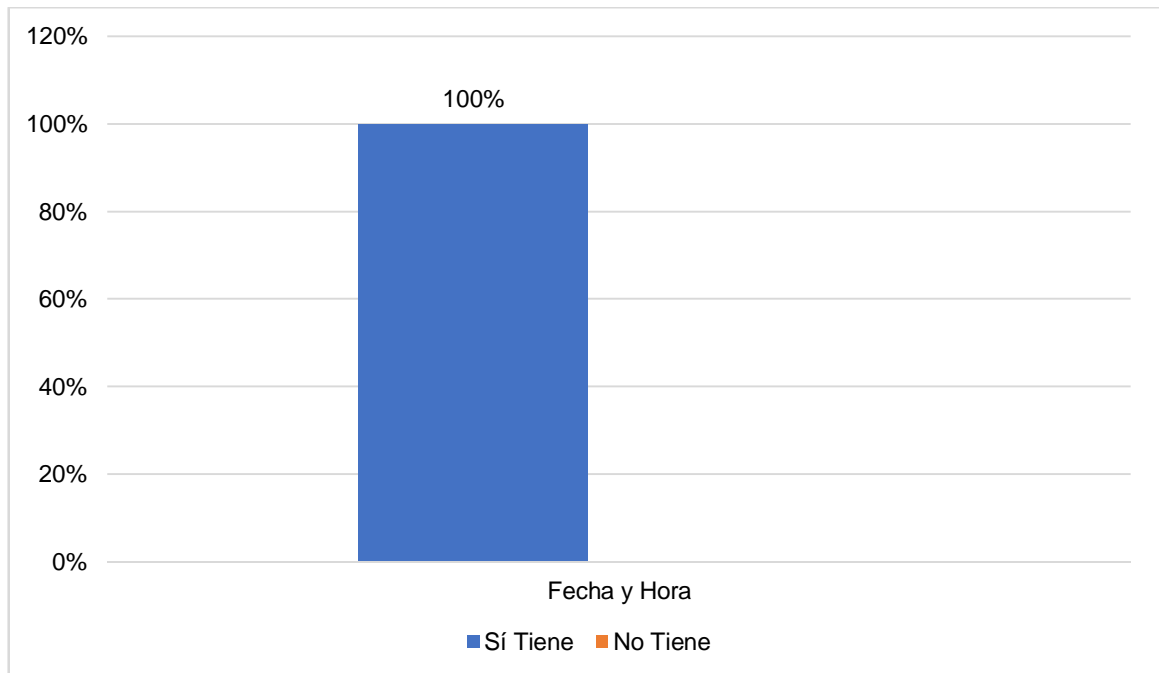


Gráfico 24. Variable Fecha y hora de los registros clínicos de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **100%** de las historias evaluadas durante la investigación registran los datos correspondientes a la fecha y hora de los registros clínicos.

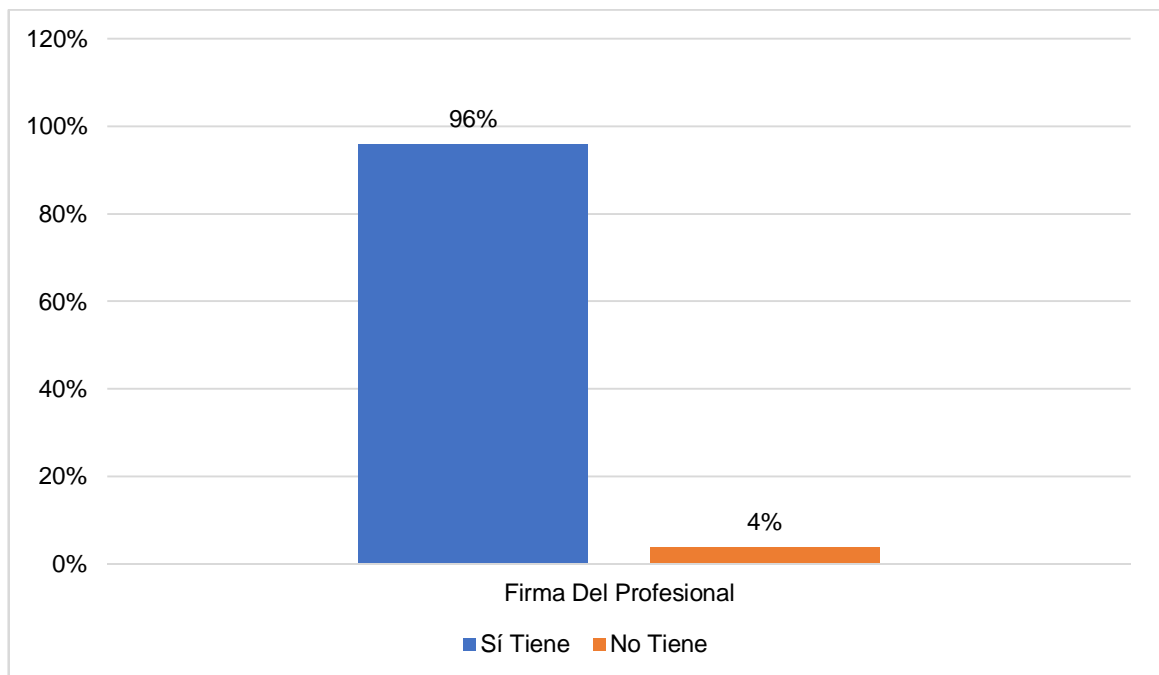


Gráfico 25. Variable Firma del Profesional de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **96%** de las historias evaluadas durante la investigación tienen registrado los datos correspondientes a la firma del profesional tratante. El **4%** de las historias evaluadas durante la investigación no tienen registrado los datos correspondientes a la firma del profesional tratante.

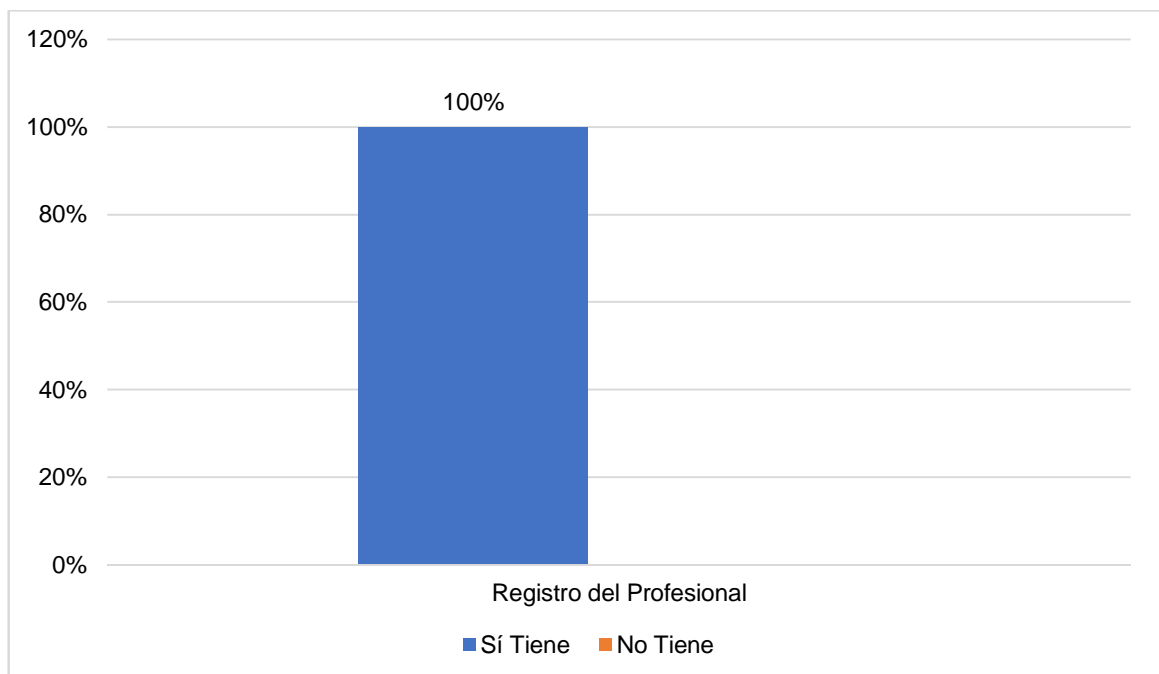


Gráfico 26. Variable Registro del Profesional de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **100%** de las historias evaluadas durante la investigación tiene los datos correspondientes al registro del profesional tratante.

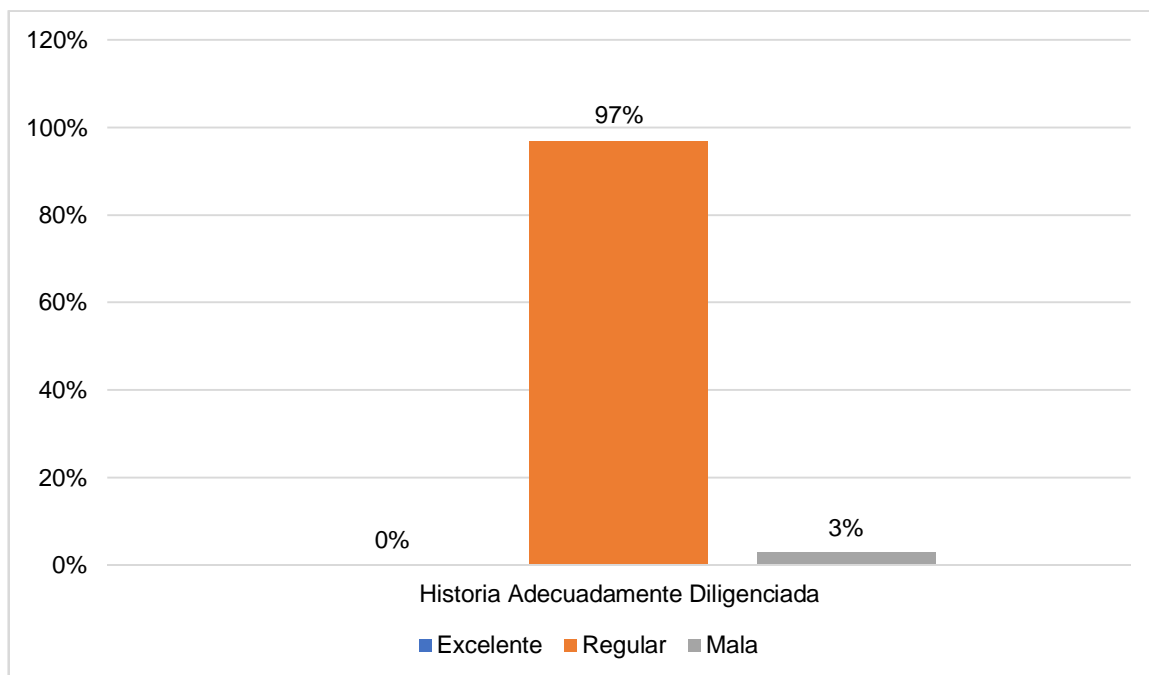


Gráfico 27. Variable Historia adecuadamente diligenciada de la investigación nivel de adherencia al adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander en el primer trimestre de 2017.

El **97%** de las historias evaluadas durante la investigación obtuvieron como resultado una calificación de regular a datos correspondientes a la historia debidamente diligenciada. El **3%** de las historias evaluadas durante la investigación obtuvieron como resultado una calificación mala a datos correspondientes a la historia debidamente diligenciada.

7 DISCUSIÓN

Al evaluar el nivel de adherencia al correcto diligenciamiento de la historia clínica en la unidad de rehabilitación del ESE HUS, durante el primer trimestre de 2017, se pudo evidenciar que no hubo ninguna historia clínica adecuadamente diligenciada, lo que refleja la falta de compromiso del personal en el registro de las evaluaciones, procedimientos y demás actuaciones frente al paciente, esto hace supremamente difícil realizar la trazabilidad para identificar la calidad de la atención que se brinda en salud. Estos resultados reflejan la falta de seguimiento que se realiza a los profesionales de la institución.

Gómez y González en el estudio denominado Evaluación de la calidad de las Historias Clínicas en la UBA Coomeva cabecera (Bucaramanga 2008), concluyeron que el 25,5% de las historias clínicas evaluadas se encontraban en un rango óptimo de diligenciamiento, el 28% en un rango regular y el 46,5% en un rango malo; al comparar estos resultados con el presente estudio, se evidencia una diferencia significativa en los resultados, pues la mayoría de las historias evaluadas, el 97% obtuvieron un nivel de calificación regular, no hubo historias clínicas con un alto nivel de diligenciamiento; en el estudio de la UBA de Coomeva se encontró que el ítem con mayor puntaje fue el de motivo de consulta con un 96% y en el estudio actual se encontró que solo el 52,3% de los profesionales registraban el motivo de consulta.

8 CONCLUSIONES

- Para la auditoría de las historias clínicas de la unidad de rehabilitación se diseñó un instrumento de evaluación con 27 variables que fueron tenidas en cuenta de acuerdo con los campos obligatorios en la resolución 1995 de 1999. Se tomó una muestra significativa de 239 historias clínicas a las que se aplicó dicho instrumento para ser evaluadas.
- Como resultado del estudio realizado, se puede concluir que no hubo ninguna historia clínica adecuadamente diligenciada en la unidad de rehabilitación de la ESE HUS, existen falencias claras en el registro de la anamnesis, datos importantes como el 48% de los profesionales no registran el motivo de consulta siendo necesario para captar las necesidades del usuario y así mismo para tomar decisiones y acciones adecuadas para un diagnóstico y tratamiento pertinente. El 50% de los profesionales no registran antecedentes siendo estos datos relevantes para el estado de salud del usuario que ayudan a determinar los factores de riesgo para la enfermedad actual. El 69% de los profesionales registran incompletos los signos vitales siendo importantes para determinar el estado de salud en el que se encuentra el usuario en el momento de la atención. El 100% de los profesionales no registran ni clasifican el riesgo de caídas, no siendo conscientes de los riesgos potenciales que se pueden derivar durante la atención en salud provocando un daño al usuario. El 65% de los profesionales no registran los procedimientos realizados los cuales son útiles para el usuario y para el profesional porque apoya, mantiene y mejora la calidad en la atención clínica, aportando una buena fuente de información del paciente y a futuro sirve para la toma de decisiones convirtiéndose en un documento legal que traduce los actos del equipo de salud. El 33% de los profesionales no registran el diagnóstico terapéutico siendo importante para la consecución de su tratamiento. El 70% de los profesionales no registran las recomendaciones al usuario, esta permite complementar el tratamiento en casa y así mismo recuperarse de manera satisfactoria y desarrollar sus actividades de la vida diaria. El 100% de los profesionales no registran el consentimiento informado siendo importante porque por él se le da a conocer al usuario toda la información sobre los procedimientos que se le realizarán y así mismo este podrá aceptar o no las intervenciones.
- El 63% de los profesionales de la unidad de rehabilitación dejan espacios en blanco en los registros clínicos incumpliendo con el capítulo II, artículo 5 de la resolución 1995 de 1999.
- El 85% de los profesionales de la unidad de rehabilitación no registran el estado civil del incumpliendo con el capítulo II, artículo 9 de la resolución 1995 de 1999.

- Al no haber un adecuado diligenciamiento de los registros se está incurriendo en el incumplimiento de la norma por la cual nos regimos actualmente resolución 1995 de 1999, ya que dichos contenidos de la historia clínica son obligatorios y pueden llegar a servir como un sustento legal, técnico y científico a las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención en caso de que la institución llegase a verse involucradas en problemas jurídicos como lo son las demandas interpuestas por los mismo usuarios y/o sus familiares.
- Por otro lado se logró identificar varias de las posibles causas para la no adherencia al correcto diligenciamiento de las historias clínicas entre estas y la más impactante es que algunos ítems exigidos en la resolución 1995 de 1999 obligatorios en la historia clínica no los contempla la historia clínica de la ESE HUS para la unidad de rehabilitación como lo es el motivo de consulta, la clasificación de riesgo de caídas, las recomendaciones al usuario, y el consentimiento informado, sin embargo también existen ítems como por ejemplo signos vitales, diagnóstico terapéutico contemplados en la historia clínica y no son diligenciados dejando espacios en blanco.
- Otra causa importante identificada es la falta de tiempo de algunos profesionales para registrar todos los datos en la historia clínica, ya que sus atenciones en el servicio de hospitalización y ambulatorio son de 20 minutos por usuario incluido el tiempo para el registro en la historia clínica.
- Otra causa identificada fue que no existe una inducción adecuada al diligenciamiento de la historia clínica, ya que esta inducción es dirigida por el departamento de sistemas (ingeniero de sistemas), siendo no pertinente en la orientación del registro de la historia clínica en el profesional de la salud. Por ello el correcto diligenciamiento de la historia clínica depende la calidad de atención prestada en los servicios de salud, ya que es de gran importancia realizar todos los registros clínicos desde la apertura inicial de la historia clínica hasta su egreso, pues finalmente se verán reflejados en la satisfacción del usuario.
- No obstante es de resaltar que la institución cuenta con un software para el registro de las historias clínicas que al ingreso por primera vez del usuario son de obligatorio registro los datos de identificación básicos como nombres y apellidos, número de documento que es igual al número de historia clínica, edad, lugar de residencia, asegurador, tipo de vinculación, fecha y hora del registro, sin embargo hace falta incluir el ítem de estado civil exigido en la resolución 1995 de 1999 y que no se evidenció en los registros evaluados. El software, también incluye el nombre, firma y registro profesional del profesional que realiza el registro, constituyendo una gran ventaja para el profesional y para la institución pues todos sus registros están firmados por el profesional que realizó cada atención en salud al usuario.

9 RECOMENDACIONES

- Es muy importante cumplir la normatividad vigente en cuanto al correcto diligenciamiento de la historia clínica para ello se puede modificar la historia clínica de la unidad de rehabilitación de la ESE HUS e incluir los ítems exigidos en la normatividad vigente resolución 1995 de 1999.
- Es necesario documentar y estandarizar la práctica segura del consentimiento informado, debido a su importancia como documento legal para efectos de responsabilidad profesional, ya que con dicho documento se puede evitar solventar y/o sustentar problemas legales con el usuario.
- Es indispensable ajustar el software con los requerimientos de la resolución 1995 de 1999, se debe agregar el estado civil, colocar un campo para el motivo de consulta, campo para clasificar el riesgo de caídas, campo para registrar recomendaciones al usuario, campo para registrar los procedimientos realizados y que sean obligatorios en la historia clínica, es decir que no se permita avanzar en esta si no se han registrado los datos pertinentes al estado de salud y las atenciones realizadas a cada usuario dando cumplimiento a la normatividad vigente y fortaleciendo la calidad de las historias clínicas de la Institución.
- Se debe socializar y concientizar periódicamente a los profesionales de la unidad de rehabilitación en la importancia de realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica registrando los datos completos de la anamnesis, antecedentes, clasificación del riesgo de caída, signos vitales, diagnóstico terapéutico, registro de procedimientos realizados y evitar dejar espacios en blancos, ya que todo esto constituye datos importantes para el manejo adecuado de la historia clínica.
- Incluir dentro el grupo de formación y cultura de la institución las capacitaciones periódicas dirigido a los profesionales en donde se enfatice en la importancia del registro clínico.
- Revisar y ajustar el procedimiento de la historia clínica de la unidad de rehabilitación acorde a lo exigido en la resolución 1995 de 1999 con el fin de evitar la variabilidad de la historia clínica.
- Realizar auditorías internas para seguimiento mensual del diligenciamiento de la historia clínica con el fin de identificar fallas y retroalimentar los incumplimientos para ir mejorando la adherencia al diligenciamiento de la historia clínica con los profesionales de la unidad de rehabilitación.

- Dar a conocer al comité de historias clínicas de la institución los resultados de la auditoría realizada a fin de que sea un sustento para retroalimentar a los profesionales en el adecuado diligenciamiento de las historias clínicas y las consecuencias que conlleva de no hacerlo y así contribuir con los planes de mejoramiento continuo en cuanto a auditoría interna de historias clínicas de la institución.

10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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 Clínica Centenario Peruano Japonesa internal medicine doctor's offices, 2010 - 2011. An Fac Med. 2014;75(3):251.
2. 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.
3. Santos L. Evaluación de la calidad del registro de historia clínica en la ESE HUS. Hospital Universitario de Santander; 2014.
4. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. 2011.
5. Mendoza S, Martínez Bedoya J. Caracterización del proceso gestión de auditoria para el mejoramiento continuo. [Internet]. Hospital Universitario de Santander; 2015. Disponible en: <http://bit.ly/2vIVWho>
6. Llanos-Zavalaga LF, Mayca Perez J, Navarro Chumbes GC. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos / Medical audit of patient records at an outpatient clinic in four Peruvian public hospitals. Rev Medica Hered. 2006;17(4):220.
7. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia; 2007. 72 p.
8. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución Número 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. [Internet]. Ministerio de Salud; Julio 8. Disponible en: <http://bit.ly/2v3DAq3>
9. Hospital Santa Margarita. Manual Manejo De La Historia Clínica. [Internet]. 2008. Disponible en: <http://bit.ly/2wC7voD>
10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3374 de 2000. Por la cual se reglamentan 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. Diario Oficial No 44.276. 2000.

11. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 839 de 2017. Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones. 2017.
12. Guzmán F, Arias CA. La historia clínica: Elemento fundamental del acto médico [Internet]. Rev Colomb Cir. 2012; 27:15-24; 2011. Disponible en: <http://bit.ly/2wwaGPx>
13. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Unión Temporal: Instituto de Ciencias de la Salud, CES - Centro de Gestión Hospitalaria. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, D. C.; 2007. 148 p.
14. Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud.
15. Kerguelen Botero CA. Calidad en salud en Colombia: los principios. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008. 226 p. (Colección PARS).
16. Hernández Reyes M, Mendoza Amado SM. Procedimiento para Auditoría Interna E.S.E. HUS [Internet]. 2015. Disponible en: <http://bit.ly/2wBVFel>
17. Terán Malagón G. La auditoría de procesos de negocio y su importancia dentro de la función de auditoría interna. Rev Criterio Libre. ene de 2015;13(22):252.
18. Universidad de Buenos Aires. Manual de procedimientos de auditoría interna auditoría general. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2vmp6gf>
19. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Unión Temporal: Instituto de Ciencias de la Salud, CES - Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, D. C de 2007;
20. Gómez Gutiérrez RA, González León MY. Evaluación de la calidad de historias clínicas en la UBA- COOMEVA cabecera. [Internet]. 2008. Disponible en: <http://bit.ly/2eTwOsR>

21. Hernández Galindo JG. Constitución política de Colombia, comentada, 2015. Medellín [Cartagena]: Biblioteca Jurídica Diké; 2015. 433 p.
22. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Ley 23 DE 1981. Por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica. 1981.
23. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 13437 de 1991. Por la cual se constituyen los comités de ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. 1991.
24. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Ley 30 de 1992. Por el cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. 1992.
25. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 60 de 1993. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. 1993.
26. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148. 1993.
27. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 2904 de 1994. Por el cual se reglamentan los artículos 53 y 54 de la Ley 30 de 1992. 1994.
28. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 1474 de 2002. Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación. 2002.
29. Ruiz MY, Gamboa PL, Delgado MI. Manual institucional ciclo de preparación para la acreditación. Proceso gestión del mejoramiento continuo. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://bit.ly/2wCcLso>
30. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. 2014.
31. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. 2016.
32. Equipo EY. Manual de auditoría interna organización Carvajal. [Internet]. Organización Carvajal; Disponible en: <http://bit.ly/2g38Sq9>

33. Cruz-Coke M. R. Universal de bioética y derechos humanos de UNESCO. Rev Médica Chile. septiembre de 2005;133(9):1120-2.

11 ANEXOS

11.1 Carta E.S.E HUS

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



Nuestro Compromiso es:
Calidad y Eficiencia en el Servicio



5000-SSAAT-0194-2017

Bucaramanga, agosto 31 de 2017

Doctora:
VIVIANA MAYERLY NOVA GALLO
Ciudad

ASUNTO: Autorización Continuación Desarrollo Tesis de Grado

Cordial Saludo

De acuerdo a su comunicación me permito informarle que en calidad de Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico me permito autorizarla para que continúe desarrollando la tesis de grado que vienen adelantando en el servicio de Rehabilitación desde el primer trimestre del año en curso.

Atentamente,

SIGIFREDO FONSECA GONZALEZ
Subgerente de Servicios Ambulatorios
Y Apoyo Terapéutico (E)

Copia(s) María Alejandra Mendoza - Estudiante Postgrado Auditoría de Servicios de Salud

Proyectó: María Antonia Rincón Santos - Profesional Universitario Serv. Ambulatorios - Gestión Integral

SUBGERENCIA SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO
TERAPEUTICO
Carrera. 33 # 28 -126 P. 12 B. La Aurora,
Bucaramanga
PBX: (7) 6346110 EXT. 374
E-mail: subambulatorios@hus.gov.co

www.hus.gov.co
Hospital Universitario de Santander
Ventanilla Única: Cra 30 # 31 - 10
Servicio de Información y Atención al Usuario:
slau@hus.gov.co
NIT. 900006037-4

11.2 Instrumento

[illegible]

GLOSARIO

Auditoría Interna: Es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, diseñada para agregar valor y mejorar las operaciones de la organización. La actividad de auditoría interna ayuda a la organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorarla eficacia de los procesos de gestión, control y gobierno. (32)

Control interno: Sistema integrado por el esquema de la organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos. (Ley 87 de 1993, artículo 1°). (32)

Bioética: La UNESCO la define como el estudio sistemático, pluralista e interdisciplinario para la resolución de los problemas éticos planteados por la medicina, las ciencias de la vida y las ciencias sociales cuando se aplican a los seres humanos, y a su relación con la biósfera, comprendidas las cuestiones relativas a la disponibilidad y accesibilidad de los adelantos científicos y tecnológicos y sus aplicaciones.(33)