

**PROYECTO DE AUDITORÍA A LOS REGISTROS DE HISTORIAS CLÍNICAS EN
EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO
LEBRIJA, DEPARTAMENTO DE SANTANDER, ENTRE DICIEMBRE 2013 A
MAYO 2014**

**LUISA GÓMEZ FAJARDO
MARIAM DOMÍNGUEZ
DIANA RAMOS**



**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES Y UNIVERSIDAD
AUTONOMA DE BUCARAMANGA
2014**

**PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD**

**LUISA GÓMEZ FAJARDO
MARIAM DOMÍNGUEZ
DIANA RAMOS**

**Asesor
M.D ABELARDO GUZMAN HURTADO
Director de Proyecto**



**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES Y UNIVERSIDAD
AUTONOMA DE BUCARAMANGA.
2014.**

FICHA TÉCNICA
UNIVERSIDAD CES - Un Compromiso con la Excelencia

CIUDAD : Bucaramanga

ESCUELA : Medicina

PROGRAMA: Postgrado en Auditoria en Salud

TIPO DE PROYECTO: Proyecto de Investigación.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

AUTORES: Luisa Gómez Fajardo
Mariám Domínguez
Diana Ramos

ASESOR TEMÁTICO: Abelardo Guzmán Hurtado.

ENTIDADES INTERESADAS: INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
CES, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA,
E.S.E HOSPITAL LOCAL DE LEBRIJA.

RESUMEN

Se audito el cumplimiento de los registros de las historias clínicas de hospitalización de 80 pacientes hospitalizados en la E. S. E. Hospital local del Municipio de Lebrija entre Diciembre de 2013 a Mayo de 2014. Empleando el muestreo aleatorio simple para la selección de dichas historias clínicas, se realizó un estudio retrospectivo, de corte transversal y de tipo descriptivo y una ficha de verificación de cumplimiento de los requisitos que contó con trece criterios. Se determinaron las variables de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999, para la evaluación de la calidad del registro de la historia clínica en cada proceso asistencial de la institución. De un total de 192 historias clínicas se tomaron 80 historias clínicas, realizando la verificación en la base de datos para analizar el cumplimiento en el diligenciamiento de la historia clínica, obteniendo como resultado general que 60% (n=48) está dentro del rango optimo, el 17% (n=11) aceptable y el 13% (n=7) muy deficiente. Esto indica que se deben tomar medidas de mejoramiento, control y evaluación en los procedimientos para el cumplimiento de los estándares de calidad.

Palabra clave: Auditoria, Historia clínica, registros. Hospitalización.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	8
<i>Objetivo General.....</i>	<i>8</i>
<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>8</i>
JUSTIFICACION.....	9
MARCO DE REFERENCIA	11
MARCO INSTITUCIONAL.....	11
<i>La Misión.....</i>	<i>11</i>
<i>La Visión.....</i>	<i>12</i>
<i>Funciones.....</i>	<i>12</i>
<i>Valores Institucionales.....</i>	<i>13</i>
<i>Servicios Ofertados.....</i>	<i>14</i>
<i>Estructura Organizacional.....</i>	<i>15</i>
ORGANIGRAMA.....	15
<i>Dirección.....</i>	<i>16</i>
<i>Calidad.....</i>	<i>17</i>
<i>Calidad de la atención de salud.....</i>	<i>17</i>
<i>Auditoria.....</i>	<i>17</i>
HOSPITALIZACION.....	18
<i>Definición.....</i>	<i>19</i>
<i>Objetivos.....</i>	<i>19</i>
Funciones.....	20
<i>Solicitud y programas de ingresos.....</i>	<i>20</i>
<i>Encargo de camas.....</i>	<i>20</i>
<i>Elementos para la hospitalización.....</i>	<i>21</i>
<i>Documento.....</i>	<i>22</i>
<i>Historia clínica.....</i>	<i>22</i>
<i>Definición Historia clínica.....</i>	<i>23</i>
<i>Finalidad.....</i>	<i>23</i>
COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA.....	24
<i>La Historia clínica debe ser.....</i>	<i>26</i>
<i>La historia clínica es:.....</i>	<i>27</i>
<i>Los datos mínimos relacionado en la historia clínica.....</i>	<i>29</i>
<i>De identificación.....</i>	<i>29</i>
<i>Del ingreso.....</i>	<i>30</i>

Antecedentes.....	30
De la evolución.....	30
Del egreso.....	30
MARCO HISTORICO.....	35
MARCO CONCEPTUAL.....	39
BASE LEGAL.....	41
METODOLOGIA DE INVESTIGACION.....	44
<i>TIPO DE ESTUDIO.....</i>	<i>44</i>
<i>La muestra.....</i>	<i>44</i>
De exclusión.....	44
De inclusión.....	45
<i>Procedimiento para la recolección de datos.....</i>	<i>47</i>
Unidad de análisis, los contenidos de las historias clínicas.....	47
<i>Apertura e identificación de la historia clínica.....</i>	<i>48</i>
En Consulta Externa.....	49
<i>Hospitalización.....</i>	<i>49</i>
Urgencias.....	50
<i>Definición Operacional:.....</i>	<i>54</i>
<i>Parámetros de cumplimiento.....</i>	<i>54</i>
<i>Muestra de Resultados.....</i>	<i>55</i>
Hospitalización.....	55
<i>Unidad de cuidado de Hospitalización.....</i>	<i>56</i>
<i>Resultados de Hospitalización.....</i>	<i>57</i>
<i>Recomendaciones.....</i>	<i>62</i>
<i>Conclusiones.....</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
BIBLIOGRAFÍA.....	65
ANEXOS 1.....	66

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las historias clínicas son el registro documental de los datos del paciente que los hospitales o centros de salud deben realizar en atención de los usuarios, quienes acuden al servicio, dejando inscrita la reseña de los usuarios y su posible enfermedad para un eventual diagnóstico.

Estos datos inscritos en las historias clínicas que son la herramienta de trabajo y registros sanitarios epidemiológicos y psicopatológicos otorgan los elementos necesarios para los estudios profesionales médicos que generan los análisis a las potenciales enfermedades que puedan tener los pacientes.

Lo que otorga la responsabilidad institucional a la E. S. E. Hospital Local de Lebrija para que exista el cuidado obligatorio y suficiente, a una herramienta médica ineludible para la toma de decisiones como lo es las historias clínicas, en la cual no concurre orden en el deber de los funcionarios a la hora del diligenciamiento de los formatos de una manera adecuada y diligente, añadiendo a eso que son registros convencionales que no garantizan una adecuada aproximación para los diagnósticos.

Además se presentan deficiencias estructurales para la aplicación en la atención primaria, Su contenido, prioritariamente compuesto por texto suelto, complica el seguimiento de la evolución del cuidado médico, especialmente para problemas crónicos y con frecuencia induce la repetición de sugerencias o reiteración de estudios diagnósticos por interconsultantes, Su dificultad para la compilación de datos, la hace poco útil para la educación y la investigación.

Estas deficiencias médicas propician la insatisfacción en los pacientes reflejando se en la parte social, pues están sometidos en unas constantes revisiones en momentos de dificultad de las enfermedades más aún cuando son de suma

urgencia en el que los pacientes no encuentran sus historias médicas, en unos casos y en otros no están completas en datos y hojas, lo que impide avanzar en diagnosticar y formular los medicamentos con agilidad.

Todo ello ha generado inconformidades en la comunidad fundando desconfianza y rechazo a las asistencias médicas a la E.S.E hospital Local de Lebrija por cuanto, esta situación hace necesario la búsqueda de elementos de investigación e implementación de tecnología de punta que admitan el aprovechamiento de las herramientas tecnológicas en la innovación de los procesos de registro de las historias clínicas, generando una mayor oportunidad en la competitividad que surta efectos positivos administrativos en la toma de decisiones, en la exploración de la eficiencia y mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio a los usuarios.

OBJETIVOS.

Objetivo General

Auditar el proceso de diligenciamiento, calidad y registro de historias clínicas en el servicio de hospitalización del hospital local San Juan de Dios del Municipio de Lebrija Santander entre diciembre 2013 a mayo 2014.

Objetivos Específicos

- Conocer el proceso y procedimiento que surte una historia clínica desde que llega el usuario hasta que es dado de alta.

- Identificar cada uno de los pasos y requisitos en los cuales está sustentada una historia clínica.
- Evaluar la calidad del diligenciamiento de los formatos e información de las historias clínicas de los pacientes ingresados a hospitalización en la E. S. E hospital de Lebrija.

JUSTIFICACION

En las atenciones de los pacientes en los hospitales y centros médicos, se debe proceder a realizar un control ordinario en el cual se recolectan unos datos generales a través de un registro denominado Historia clínica.

Este proceso de la recolección de información es indispensable para la toma de decisiones médicas de las cuales se desprende los diagnósticos que le permitirán describir las situaciones o enfermedades que se presentan, generando las recomendaciones pertinentes si es el caso en los tratamientos a que haya lugar.

Por tanto el gobierno nacional a quien recae la obligatoriedad de velar por los ciudadanos genera una legislación para que sea de exigencia reglamentaria el cumplimiento del diligenciamiento de las historias clínicas en los hospitales o centros médicos en la atención de los pacientes, mas sin embargo en el hospital local de Lebrija este procedimiento no se viene desarrollando de la mejor manera, añadiendo que existen unos formatos antiguos, no hay utilización de informática y tecnología, acompañado de desorganización de los funcionarios a la hora de la atención de los pacientes en la toma de datos.

Por estas razones y conociendo que debe existir el principio de responsabilidad en la salud, se requiere incentivar a las empresas sociales del estado en especial la E.S.E. hospital de Lebrija de Santander para que realicen una auditoria en la que puedan reconocer la importancia y los beneficios de los planes de innovación y las

estrategias que les serán de gran ayuda en el sector administrativo y financiero, favoreciendo la competitividad en el mercado, pues es muy claro que con la implementación y modernización de los procesos y procedimientos aumentará la confianza de sus usuarios.

Los procesos tecnológicos invitan a las empresas a generar implementación de tecnología que transforme los procesos y procedimientos que conllevaran en este caso la ESE hospital local de Lebrija a generar mayores rendimientos en la atención de sus usuarios, lo que conllevaría a obtener mayores ingresos, generando confianza, eficiencia y eficacia, a los servicios prestados en la ESE que redundara en satisfacción de los usuarios viéndose reflejada en la comunidad que obtendrá mejor calidad en la prestación de los servicios de salud en su municipio.

Con el desarrollo de esta investigación se logrará aportar al mejoramiento de las características mencionadas, en donde lo primordial es la óptima prestación del servicio de salud al usuario de la ESE Hospital Local del Municipio de Lebrija, de la misma forma se fortalecerán los sistemas de información que alimentan los registros de las historias clínicas, beneficiando aún más el sistema administrativo de la Empresa Social del Estado.

MARCO DE REFERENCIA

MARCO INSTITUCIONAL.

En 1958, en una edificación tipo para puesto de salud, en el mismo lugar que hoy ocupa y donde antes funciono la Escuela de Niñas Gustavo Rojas Pinilla, siendo sus ambientes, la vivienda para el medico Consultorio de Medicina General, Consultorio para el Programa Nacional de Alimentos y Consultorio de Procedimientos de Enfermería.

Después de muchos años de funcionamiento como centro de salud, y varias reformas locativas Se le otorga personería Jurídica en donde se crea El Hospital Integrado Local de Lebrija, Empresa Social del Estado, en categoría especial de Entidad Pública, descentralizada de Orden Municipal, Patrimonio propio, autonomía administrativa, bajo la responsabilidad Técnica del Servicio Seccional de Salud de Santander e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Misión.

La Empresa Social del Estado Hospital san Juan de Dios de Lebrija, prestadora de servicios de salud, entrenados con calidad, fomentando estilos de vida saludable a nuestros usuarios logrando prevenir enfermedades, promocionando y recuperando la salud de la población en el Municipio de Lebrija, contamos con los recursos Tecnológicos y con talento humano idóneo, comprometido plenamente con nuestros clientes.

Es prioridad para la institución el respeto, la humanización, la ética y la eficiencia para la preservación de la calidad de vida.

La Visión.

La ESE Hospital San Juan de Dios de Lebrija para el año 2017, será líder en la atención de la salud y mantendrá su posicionamiento en la calidad de sus servicios, con oportunidad, eficiencia y eficacia dando un alto valor de importancia a la calidez de su equipo humano y la tecnología puesta al servicio de la salud.

Funciones.

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Lebrija se creó mediante Decreto 029 de Agosto 3 de 2001 entendida esta como una categoría especial de Entidad Pública, descentralizada de Orden Municipal con personería Jurídica, Patrimonio Propio, Autonomía Administrativa bajo la responsabilidad técnica de la Secretaria de Salud de Santander e integrante del Sistema General de Seguridad en Salud.

Tiene como objeto prestar, con el carácter de servicio público esencial a cargo del Estado los servicios de salud. En desarrollo de este objeto prestará atención médica, asistencia social y adelantará programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Para el cumplimiento de su objeto deberá orientarse en los principios básicos de eficiencia y eficacia, para mejor utilización de los recursos con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida, y la calidad, para una atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada.

El Hospital Local de Lebrija, tendrá las siguientes Funciones:

1. Producir Servicios de Salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad de carácter estatal canalizando sus servicios a través de:

2. Clasificación del nivel y tipos de riesgos que afecten el estado de salud de la comunidad y que repercuta en el individuo y su familia.
3. Identificación de prácticas que favorezca la salud con el fin de reforzarlas y las que sean nocivas con el fin de lograr su cambio.
4. Educación para el uso adecuado y oportuno de los servicios de primer nivel de atención y participación de la comunidad de la gestión en salud.
5. Vigilancia y Control de los riesgos específicos que afectan el estado de salud de la comunidad y que repercuten en el individuo y su familia.
6. Solución de problemas de salud de baja complejidad por parte de la familia y los miembros del equipo de salud.
7. Referencia y contrarreferencia oportuna al nivel de atención o grado de complejidad necesario.
8. Prestación de servicios médicos y odontológicos por parte del profesional, tecnólogo, técnico y auxiliar.
9. Prestación de servicios básicos de apoyo y diagnóstico tecnológico como: laboratorio clínico, servicios farmacéuticos, ecografías de baja complejidad.
10. Hospitalización de menor complejidad.
11. Suministro de medicamentos esenciales.
12. Apoyo técnico y de suministro de equipo comunal por parte del equipo multidisciplinario de la Unidad de Salud.

Valores Institucionales.

Todos los servidores públicos estamos comprometidos a actuar siempre conforme con los siguientes parámetros éticos, en el marco de la cultura, los principios y valores propios de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Lebrija.

“ **COLABORACIÓN:** En la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Lebrija tenemos la disponibilidad para hacer el bien indistintamente.

Contribuir al logro de un fin. Ayudar a otra u otras personas en su trabajo o en el logro de sus fines.

“ **COMPROMISO:** El servidor público de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Lebrija asumirá compromiso consigo mismo, con sus valores, (personales, grupales, organizacionales y patrióticos), con una misión, con el trabajo mismo, con una filosofía o cultura organizacional de servicio que implica una obligatoriedad moral. El ingreso a la entidad implica tomar conciencia del presente Código y asumir el compromiso de su debido cumplimiento.

“ **EFICIENCIA:** Nuestra entidad está comprometida con el logro de sus objetivos, metas y tareas, los funcionarios trabajaremos coherentemente con el fin que las actuaciones desarrolladas al interior de la E.S.E estén dentro de los niveles de excelencia que demanda las políticas sociales y financieras del estado

“ **HONESTIDAD:** Somos rectos, honrados y veraces en todos nuestros actos. Nos comportamos con integridad y carácter. Respetamos las leyes y nos comprometemos con ser coherentes en todos nuestros actos.

“ **RESPONSABILIDAD:** Obligación a responder por los actos propios. Capacidad para reconocer y hacerse cargo de las consecuencias de las actuaciones y omisiones; es conocer y asumir el compromiso personal, es la actitud responsable ante sí mismo, frente a los demás y frente a la naturaleza.

Los servidores públicos de la Empresa Social del Estado Hospital local de Lebrija prevén y corrigen las consecuencias negativas de sus actuaciones y omisiones como individuos y como organización, de este modo contribuyen a un clima laboral óptimo en la Entidad y a la toma adecuada de decisiones para el ejercicio de la función constitucional.

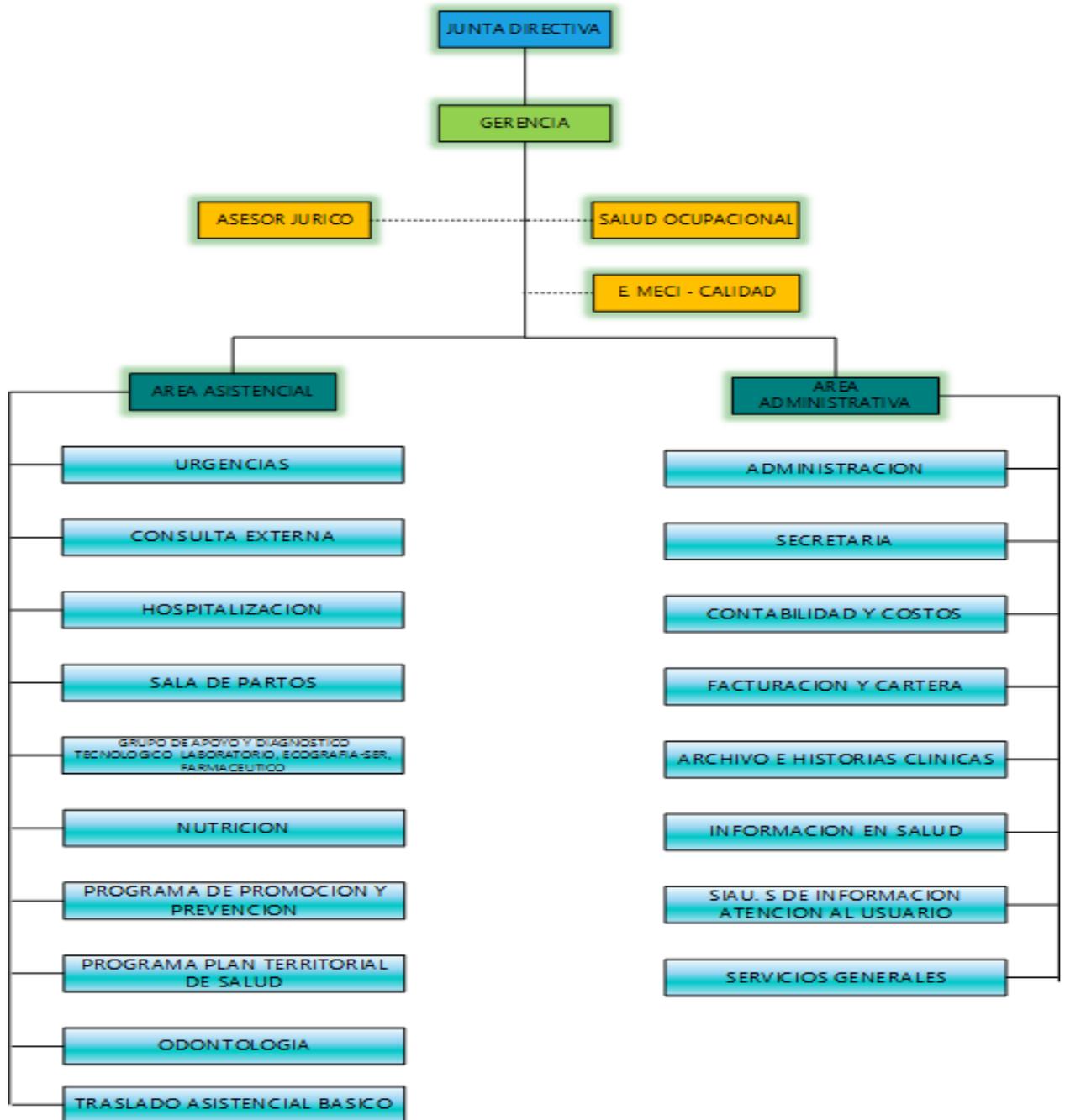
Servicios Ofertados.

Entre los principales servicios que presta el hospital se encuentran las acciones desarrolladas por Promoción y Prevención, Detección Temprana y Protección Específica, además, se encuentran los Programas de Control de Interés para las Enfermedades de Salud Pública, las acciones del PAB y los servicios asistenciales de baja complejidad entre los que se encuentra urgencias, servicios ambulatorios (consulta, procedimientos médicos y salud oral), servicios de hospitalización de baja complejidad y atención de partos no complicados, servicio de laboratorio clínico y servicios farmacéutico.

Estructura Organizacional.

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Lebrija adoptó por aprobación de la Junta Directiva de la Empresa la Estructura Orgánica. Teniendo en cuenta que la estructura orgánica de una unidad funcional permite visualizar cómo se establece la coordinación de los recursos para lograr los objetivos, y como están definidos los sistemas de comunicación.

ORGANIGRAMA.



Dirección.

Está conformada por la Junta Directiva y el Gerente; con el cargo de mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la misión y

finalidades empresariales, identificar las necesidades y expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir la estrategia de servicios, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional, y las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la EMPRESA. (1)

Calidad.

La atención ha de ser personalizada, oportuna, humanizada, efectiva y continua, de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos (técnicos-científicos-administrativos), que se utilice tecnología aprobada de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que ofrecen y acorde con las normas vigentes sobre la materia.(2)

Calidad de la atención de salud.

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Auditoria.

La palabra auditoria procede del inglés audit, que significa verificar, inspeccionar, la auditoria en salud es concomitante con el control que pretende un mejoramiento continuo en las instituciones de salud.

La auditoría es un proceso sistemático por medio del cual se lleva a cabo la verificación de actividades previamente definidas y establecidas mediante la utilización de técnicas especializadas ajustadas a normas generalmente aceptadas.

Es el análisis crítico sistemático de la calidad del cuidado en salud, incluyendo los procedimientos usados para el diagnóstico y tratamiento, el uso de los recursos, el resultado obtenido y la calidad de vida del paciente.

Es la evaluación sistemática de la calidad y la racionalización del recurso de la atención en salud, enfocada en su proceso y resultado con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población, orientar en la toma de decisiones y asegurar la calidad en el cumplimiento de las metas y objetos institucionales.

El proceso de la auditoria debe ser evolutivo y constante dependiendo de los cambios de las profesiones, siendo su objeto principal el mantener y mejorar el servicio asistencial. El trabajo de auditor debe ser determinar donde se encuentran los riesgos y recomendar como esos riesgos deben ser manejados siempre y cuando haya apoyo en el Gerente o Director, por lo cual es muy importante la comunicación con ellos. (3)

HOSPITALIZACION.

Dentro de los servicios ofertados por la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Lebrija, está el Servicio de Hospitalización, es un servicio orientado a proporcionar servicios básicos, desarrollando actividades médicas y de enfermería encaminadas al tratamiento y recuperación de la salud del paciente hospitalizado.

La hospitalización surge en la medida que la persona llega bien sea por urgencias o por condición de cita prioritaria en la cual se le efectúa un triage, estando a cargo de la jefe de enfermería en donde se realiza un primer chequeo decidiendo si lo amerita iniciar la apertura de la historia clínica quien en conjunto con el paciente lo envía a medicina general. E inicia el proceso de la historia clínica.

Definición.

El servicio de Admisión y Documentación Clínica regula los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización, así como la actividad de las unidades asistenciales, adecuándola a la demanda existente y a los objetivos y perfil asistencial del Hospital. (1)

Objetivos.

Lograr una adecuada programación y priorización de la asistencia, de acuerdo a los criterios establecidos por el Hospital.

Favorecer la ubicación de los pacientes hospitalizados en las unidades más adecuadas a su situación clínica, garantizando una distribución razonable de la utilización del recurso cama y un reparto equilibrado de cargas asistenciales entre servicios y unidades de enfermería.

Evitar estancias innecesarias por cuestiones organizativas, proporcionando el soporte operativo preciso a los servicios asistenciales y coordinando las acciones provenientes de las diversas unidades del hospital.

Participar activamente junto con los servicios clínicos en la protocolización y evaluación del funcionamiento asistencial del área de hospitalización.

Favorecer el correcto registro de los datos necesarios para la gestión operativa del área de hospitalización, así como la obtención de los indicadores de funcionamiento y producción definidos para el área.

Funciones.

Solicitud y programas de ingresos

Establecer los mecanismos necesarios para conocer en tiempo real la demanda de ingresos y los datos administrativos y de interés clínico que permitan la correcta clasificación de la solicitud.

Gestionar los ingresos de los pacientes en función de criterios y prioridades establecidas por la ESE. Así como de los diferentes protocolos de utilización asistencial definidos para cada servicio.

Establecer la oferta adecuada de camas, de acuerdo a la demanda asistencial prevista y a la ya comprometida (presión de urgencias, de consulta externas y programación de pacientes en lista de espera).

Encargo de camas.

Asigna unidad de enfermería y cama a las solicitudes de ingreso, teniendo en cuenta la situación clínica y el nivel de cuidados requeridos, las recomendaciones del médico solicitante del ingreso y la priorización en el uso de las camas disponibles.

Establece los procedimientos de verificación necesarios para garantizar la actualización permanente de la situación de las camas de hospitalización.

Autoriza y gestiona los cambios de ubicación de los pacientes dentro del área de hospitalización en función de criterios y prioridades establecidas.

Establece los circuitos necesarios para conocer en tiempo real las altas hospitalarias. Para una gestión eficiente de las camas del hospital, impulsara la comunicación de la previsión de camas.

Realiza estudios de utilización del recurso cama, orientados a evaluar la adecuación de la ocupación del área de hospitalización.

Elementos para la hospitalización.

Solicitud de ingreso: se contabilizan todas las solicitudes de ingreso recibidas y registradas, con independencia del tipo de ingreso posterior (urgencia o programado) y aunque, por cualquier incidencia, la consecuencia final no sea el ingreso efectivo del paciente.

Ingreso urgente: se contabilizan como ingreso urgente, todos aquellos en que el ingreso del paciente se produzca tras la solicitud, sin abandono por parte del paciente del hospital desde el momento de la solicitud hasta su ingreso efectivo.

Ingreso programado: se contabiliza como ingreso programado, todos aquellos en que el ingreso del paciente desde el momento de la solicitud hasta su ingreso efectivo. No se computaran, por tanto, las programaciones realizadas sin ingreso final del paciente.

Gestión de camas: se contabilizan como gestión de camas, todos los movimientos registrados para cada paciente, desde su ingreso (primer apunte), posteriores movimientos (traslados internos de servicio, unidad de enfermería o

cama) hasta el alta de hospitalización (último apunte). El ingreso en el área de hospitalización de un paciente proveniente de cirugía ambulatoria se contabilizara como un producto de gestión de camas.

Documento.

La historia clínica se define como el conjunto de documentos resultantes de la asistencia a un enfermo concreto. Como documento o fuente de datos debe garantizar las necesidades de información de tipo asistencias que permite la comunicación entre los diferentes niveles, que transmite los datos clínicos y epidemiológicos, permitiendo realizar la retroalimentación de la institución en la calidad del servicio prestado.

Historia clínica.

Como debe ser la historia clínica compone el instrumento más significativo que se utiliza entre el paciente y el médico, pues bien está estipulado en la ley 23 de 1981, en su artículo IV: *La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico* (4)

Bien la historia clínica está estipulada como el acto médico, está determinada por: Profesionalidad (solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico), pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de practicar una buena historia clínica.

Ejecución típica, es decir, su ejecución conforme a la denominada *LEX ARTIS AD HOC*, debido a que la medicina siempre se ejerce conforme a las normas de excelencia de ese momento, a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno.(5)

El objetivo de ayudar al enfermo, que se traduce en aquello que se transcribe en la historia.

La licitud pues la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable.

Definición Historia clínica.

La historia clínica obtiene definirse desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista gramatical, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal, definiéndose en tal circunstancia como el documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda. (5)

Finalidad.

La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria, el motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de la historia clínica y a continuarla a lo largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente.

Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente, dando atención,

generando un diagnóstico, pronóstico, evolución, vigilancia de lo actuado en la prestación de asistencia.

No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos extrasistenciales de la historia clínica:

1, Docencia e investigación: a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.

2, Evaluar de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Pues que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.

3, Administrativa: la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.

Se convierte en elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional, tiene un extraordinario valor jurídico, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento médico legal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, pues que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.

COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA.

Confidencialidad.

El secreto médico es uno de los deberes principales del ejercicio médico cuyo origen se remonta a los tiempos más remotos de la historia y que hoy mantienen toda su vigencia. La obligación de secretos es uno de los temas del derecho sanitario que más preocupa dada la creciente dificultad de su mantenimiento, el secreto no es absoluto, en la práctica médica pueden surgir situaciones de conflicto entre el deber de secreto y el principio de beneficencia del médico, fuerte protección legal del derecho a la intimidad.

El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan. La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe en una persona.

Seguridad.

Debe constar la identificación del paciente así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

Disponibilidad.

Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.

Única.

La historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión y economía sanitaria.

Legible.

Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

La Historia clínica debe ser.

Veracidad.

La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como delito de falsedad documental.

Exacta.

Rigor técnico de los registros.

Los datos en ella contenidos deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesionales o bien hacia la institución.

Completa.

Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases medico legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documentos de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

Identificación del profesional.

Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rubrica y número de matrícula.

La historia clínica es:

Propiedad.

La Historia clínica es propiedad del paciente independientemente de que el médico y demás personal asistencial tengan la autoridad intelectual. Puede utilizarse como material de consulta y apoyo a trabajos médicos, con sujeción a los principios de secreto profesional y de la propiedad intelectual. El paciente puede autorizar a la persona que desee para tener acceso a su historia clínica en forma expresa y por escrito, de acuerdo con la ley. (7)

Custodia y Acceso a la historia clínica: La Resolución 1995 de 1999 reglamenta que la institución estará a cargo, cumpliendo con los procedimientos de archivo señalados en dicha resolución y en otras normas legales vigentes. (8)

La ley 23 de 1981 a través del artículo 34 reglamenta quienes pueden tener acceso al documento y todos los folios que lo constituyen. (3)

En la historia clínica confluyen derechos e intereses jurídicamente protegidos, del médico, del paciente, de la institución sanitaria e incluso públicos.

Las doctrinas sobre la propiedad de la historia clínica son muy variadas:

Propiedad del médico.
Propiedad del paciente.
Propiedad de la Institución.
Custodia.
Acceso.
Almacenamiento y conservación.

Base científica y humana. Si por conocimiento entendemos el conjunto de representaciones intelectuales sobre las cuales tenemos certeza de verdad, la historia clínica hace parte del conocimiento científico, por que 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.

De 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 ella se plantean problemas, se prueban hipótesis e instrumentos de trabajo investigativo. 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 descriptivo, explicativo y predictivo.

La tecnología es la aplicación de los conocimientos para resolver problemas humanos, es el juego de procesos, herramientas, métodos, procedimientos y

equipo que se utilizan para producir bienes y servicios. La tecnología determina el curso de la sociedad. Sin embargo, no debemos ser simples usuarios de la tecnología, sino administradores de tecnología, tomando decisiones inteligentes que evalúen el impacto de la tecnología sobre los seres humanos y el medio ambiente. Por esta razón, cuando se habla de la medicina como ciencia es preciso considerar a la vez una tecnología que le proporciona instrumentos y una ética que imprime carácter a su trabajo.(10)

Los datos mínimos relacionado en la historia clínica.

Resolución 3374 de 2000, anexo técnico número 2, se especifica que el resumen de historia clínica o epicrisis debe contener los siguientes datos mínimos, sin perjuicio de los adicionales que los prestadores de servicios de salud decidan registrar. Si dentro de la práctica actual de los prestadores, la estructura y formato de epicrisis ya contiene los datos aquí definidos podrán anexar el formato ya adoptado, en su totalidad.

Datos mínimos:

De identificación.

Nombre y apellidos.

Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.

Edad.

Sexo.

Servicio de ingreso.

Fecha y hora de ingreso.

Servicio de egreso.

Fecha y hora de egreso.

Del ingreso

Motivo de la solicitud del servicio (percepción del usuario).

Estado general al ingreso (especialmente cuando sea una urgencia).

Enfermedad actual.

Antecedentes.

Revisión por sistemas, relacionada con el motivo que origino el servicio.

Hallazgos del examen físico.

Diagnóstico: Incluir los presuntivos, confirmados y relacionados.

Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico.

De la evolución.

Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo (se deben incluir complicaciones, accidentes u otros eventos adversos que hayan surgido durante la estancia en el servicio de urgencia o de hospitalización).

Resultados de procedimientos diagnósticos, que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico.

Justificación de indicaciones terapéuticas cuando estas lo ameriten.

Del egreso.

Diagnósticos presuntivos, principales y relacionados confirmados.

Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad funcional si la hubiere.

Plan de manejo ambulatorio.

Del médico que elaboro la epicrisis.

Nombres y apellidos legibles.

Firma.

Número del registro.

Según la resolución 1995 en su artículo 3 las características de la historia clínica son:

Integralidad: la historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de formato, 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 personales, familiares 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.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultáneamente después de que ocurre la prestación del servicio.

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.

Motivo del ingreso: se inicia describiendo el síntoma que perturba al paciente y la duración del mismo.

Antecedentes familiares: Estado de salud de la familia, edades de los hijos si los hay, enfermedades importantes, causas de fallecimiento de los parientes más cercanos, enfermedades hereditarias.

Historia Social: Ambiente de vida y de trabajo, condiciones higiénicas.

Historia médica previa: Enfermedades importantes padecidas por el paciente con anterioridad (incluidas las de la infancia), intervenciones quirúrgicas que se le han practicado.

Hábitos: Dieta, alcohol, tabaco, ejercicio.

Enfermedad actual: Descripción por el propio paciente de su enfermedad desde el principio.

Historia medicamentosa: Registro de la medicación que está tomando el paciente a su ingreso en el hospital o que ha tomado durante el último año.

Alergias o medicamentos y alimentos: Registro de las alergias sufridas por el paciente a lo largo de su vida.

La revisión por sistemas y el examen físico inicial.

Está constituido por la percepción sensorial del médico. Sus elementos constitutivos siguen siendo la inspección (apreciación visual), palpación (tacto), percusión y auscultación (oído).

Revisión por sistemas: El médico realiza una serie de preguntas al paciente acerca del funcionamiento de los diferentes sistemas de organismo desde la cabeza a los pies. Los diferentes sistemas del organismo se agrupan en: cabeza, ojos, garganta, nariz y oído, sistema respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, genitourinario, pie, huesos, articulaciones y músculos, sistema endocrino y nervioso. El médico debe registrar los síntomas que describe el paciente y realizar una serie de preguntas, anotando los síntomas tanto presentes como ausentes.

Examen físico: El examen físico es lo que evidencia y verifica la información obtenida mediante la revisión por sistemas, hay una parte general y una por sistemas. En el examen físico general se hace una breve descripción general y mental del paciente. Registrándose el peso, la talla, pulso, temperatura, respiración así como estado de las mucosas, piel, boca, uñas, pelo, glándula tiroideas, ganglios linfáticos, huesos y articulaciones. En la Revisión por sistemas se incluye todo el examen que el médico practica al paciente a través de la palpación, percusión y auscultación, análisis de signos y síntomas.

Diagnóstico y pronóstico: 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 a 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.

Diagnóstico: Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos y síntomas que advierte, y ayudas diagnósticas en que se apoya.

Pronóstico: Juicio que forma el medico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad, y sobre su duración y terminación por los síntomas que la han precedido o la acompañan.

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.

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. Se deben consignar en la historia clínica el procedimiento para su toma y todos los documentos que den cuenta de la realización de estas pruebas, así como sus resultados, ya que estos también hacen parte de la historia clínica.

Tratamiento: Prescripciones médicas y hoja de medicación de enfermería, debería incluir; el nombre del fármaco, dosis, intervalo y vía de administración, firma y fecha de cada toma, alergias, información.

Procedimientos invasivos: debido a que el paciente no se encuentra consciente en la mayoría de las ocasiones en que se le practican procedimientos invasivos (pues la anestesia es para estos casos casi de obligatoria aplicación), nada sabrá de lo que ha ocurrido en el interior de su organismo, si no es por las anotaciones dejadas en su historia clínica. Igualmente, para el médico tratante o para el cirujano constituye esta pieza un medio excepcional de prueba.

El paciente es capaz de relatar con mucha claridad lo ocurrido durante el tratamiento, si goza de memoria y conciencia. Por el contrario, en los eventos en que falta su lucidez, no habrá otra manera distinta de la historia clínica para reconstruir los sucesos.

En los procedimientos invasivos, particularmente 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.

Resolución 3905 de 1994, Artículo 1o. Adaptase como obligatorio a partir del 1o de agosto de 1994 el formato de RESUMEN DE ATENCION contenido en el anexo, que forma parte integrante de esta Resolución, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de hospitalización, de cirugía ambulatoria y de urgencias.

ARTICULO 2o. El formato a que se refiere el artículo anterior deber ser diligenciado teniendo en cuenta las instrucciones que a continuación se detallan y que deben ir impreso al respaldo del mismo: remitirnos a la resolución 3905 de 1994

MARCO HISTORICO

El origen de las historias clínicas se remonta a la época de Hipócrates, aproximadamente 460 años antes de Cristo, "se le considera el padre de la medicina. Las historias clínicas hipocráticas o catástasis, consideraban la totalidad del hombre, su ambiente y época de la vida. Hipócrates dio importancia a la anamnesis y la observación, y practicó la percusión y la auscultación inmediata. Aconsejaba interrogar al enfermo sobre la naturaleza y duración de sus sufrimientos, sobre el funcionamiento del intestino y sobre la dieta que seguía. Inició el método racional de la descripción cuidadosa de los síntomas y manifestaciones obtenidas directamente del enfermo y creó la historia clínica.

Posteriormente Galeno se ocupó sobre todo de la nosología, con un criterio netamente tipificador, en oposición de carácter individualista de la medicina hipocrática.

Podemos mencionar la etapa de los concilia, historias clínicas medievales basadas en la observación de las estrellas y no en los síntomas de los pacientes, y la de las observaciones, designación renacentista de la historia clínica, por la afición de la época a la observación de lo individual.

En el siglo XVII hay dos corrientes importantes, una de ellas considerada como la de la clínica pura, representada por Thomas Sydenham, muy cuidadoso de no escribir sino sobre lo que era producto de una atenta observación, y otra representada por la medicina anatomoclínica.

En el siglo XVIII, las historias clínicas adquieren la estructura que hoy conocemos, y en el siglo XIX, se apoyan en el desarrollo de la ciencia. Actualmente, en la historia clínica se abordan dos aspectos, el psicosomático y el humanístico o antropológico. Lo que si es cierto observando la evolución histórica, es que la historia clínica es el resultado de la comunicación que se establece entre el médico y el paciente, lo que exige una especial sintonía y comprensión que redundará, en definitiva, en beneficio del paciente".

Hoy día la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, la historia clínica se conoce como historia de salud o historia de vida. La historia clínica tuvo sus orígenes con el primer episodio de enfermedad o control de salud en el que se atiende al paciente, ya sea en el Hospital, en un centro de salud o en un consultorio, la historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento informado,

consentimiento del paciente; es un documento que se va enriqueciendo con el paso de los años, evidenciando principalmente la relación médico-paciente.

El registro de la Historia Clínica construye un documento esencial en un sistema de información hospitalario, indispensable en la asistencia y prestación del servicio de salud, comprende el registro completo de la atención prestada al paciente desde su enfermedad y posterior tratamiento, la historia Clínica es sin duda la columna vertebral de cualquier institución de salud y es la fuente de toda la información de facturación y en general administrativa y financiera.

La historia clínica en Colombia está normalizada por medio de la Resolución número 1995 de Julio 8 de 1999; allí el Ministerio de Salud establece normas para el manejo de la Historia Clínica.

Según la Resolución Número 1995 citada anteriormente las características básicas de la Historia Clínica son las siguientes:

1. **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.

2. **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.

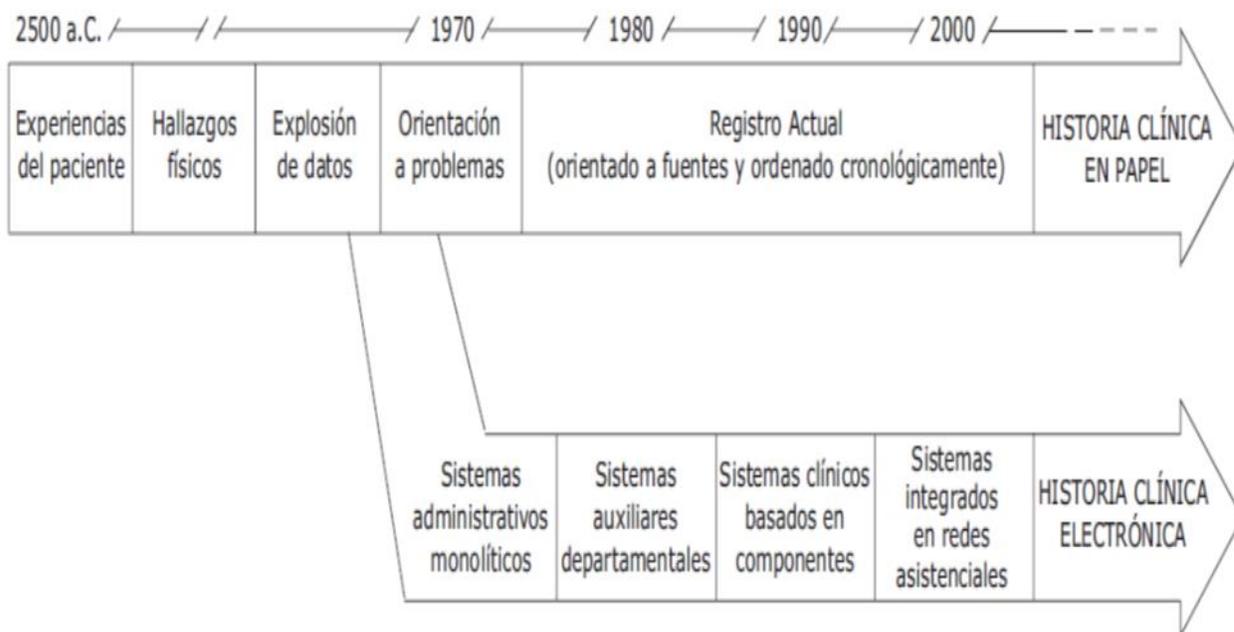
3. **Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

4. **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

5. **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Es de gran importancia mencionar que una parte de la evolución de las Historias Clínicas obedece al tipo de almacenamiento, El soporte físico del almacenamiento de información en los registros médicos fue siempre el papel. Con el surgimiento de las computadoras en la década de 1960 se generó una nueva forma de almacenar, recuperar y visualizar la información contenida en el registro, cambiando el soporte físico por el formato electrónico.

Evolución histórica del Registro Medico



MARCO CONCEPTUAL.

Historia clínica: De acuerdo a la resolución número 1999 de julio de 1995 es "un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley".

Auditoria: Acción consistente en auditar, es decir, estudiar y analizar toda la documentación relativa a una empresa, institución u organismo para determinar si la información que ofrece la misma se corresponde con la situación real de su patrimonio, y para determinar si sus sistemas de gestión y producción son los correctos para el funcionamiento de la misma y la consecución de sus objetivos.

Las auditorias se llevan a cabo por empresas independientes (auditoras), y son una herramienta muy útil para que una entidad funcione correctamente.

Diligenciar: Poner los medios necesarios para el logro de una solicitud, Tramitar un asunto administrativo.

Hospitalización: Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico.

Calidad: Conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite caracterizarla y valorarla con respecto a las restantes de su especie.

Registro: Acción de registrar. Documento donde se relacionan ciertos acontecimientos o cosas; especialmente aquellos que deben constar permanentemente de forma oficial

Característica: Cualidad o circunstancia particular de una persona o cosa que la distingue de las demás.

Control. Dirección o dominio de una organización o sistema, Dominio que una persona tiene de sus propios emociones.

Empowerment: Aumenta la confianza de los integrantes del equipo, su responsabilidad, autoridad, creatividad y compromiso en la satisfacción del cliente.

Estrategias: Arte de proyectar y dirigir un asunto para lograr un fin, se da en las operaciones militares.

Estructura: Conjunto de relaciones que mantienen entre si las parte de un todo.

Exploratorio: Que sirve para explorar. Dic del instrumento o medio que se emplea para explorar cavidades o heridas en el cuerpo.

Innovación: Cambio que supone una novedad; acción y efecto de innovar.

Planear: Pensar o preparar una acción para realizarla en el futuro.

Pro-actividad: Entendida como la capacidad para tomar iniciativas en el desarrollo de acciones creativas y audaces para generar mejoras en la organización.

Procedimiento: Método o trámite necesario para ejecutar una cosa.

Proceso: Conjunto de las diferentes fases o etapas sucesivas que tiene un acción o un fenómeno complejo.

Producto: Se refiere a los cambios significativos, en forma y apariencia que tengan los productos pero que no modifiquen las características y funciones del mismo. Así mismo, dichos cambios pueden extenderse hasta el embalaje del producto.

Variables: Que está sujeto a cambio o probables.

BASE LEGAL.

La normatividad Colombiana se inicia en la carta magna otorgada por el Constituyente de 1991, y obtiene principios universales sobre los cuales emana la legislación que cobija el desarrollo gubernamental.

Constitución Nacional Artículo 15

Ley 100 de 1993, en su artículo 22 Definición de la calidad de los servicios en el Sistema General de seguridad Social de Salud.

Resolución 2546 de 1998. Determina los datos mínimos; las responsabilidades y los flujos de información de prestadores de salud en el sistema general de seguridad social en salud.

~ Resolución 1995 de 1999, del Ministerio de Salud establece las normas para el manejo de la historia clínica.

Resolución 0365 de 1999 por la cual se adopta la clasificación única de procedimientos de salud.

Resolución 4144 de 1999 por la cual se fijan lineamientos en relación con el Registro Individual de Atención.

Resolución 1832 de 1999 por la cual se fijan lineamientos en relación con el Registro Individual de Atención.

~ Ley 23 de 1981. Artículos Nos. 33, 34, 35. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Secreto profesional de la Historia clínica. Regula archivos de las historias clínicas.

~ Resolución 1715 de 2005 derogada.

Decreto 3380 de 1981. Artículo El conocimiento que de la historia clínica que tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta.

Resolución 1043 de 2006.

Resolución 058 de 2007.

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.

Resolución 1446 de 2006, Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Ley 1122 de 2007, Reforma al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Resolución 2680 de Agosto 11 de 2007, por la cual se modifica la resolución 1043 de 2006 y otras disposiciones.

“ Decreto 1011 de 2006 en el artículo 33 obliga a garantizar el desarrollo de procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad que los programas de auditoria sean concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básico en el Sistema Único de Habilitación.

“ Resolución 1832 De 1999. Artículo 3: Ajuste a la estructura de datos de identificación, consulta, procedimientos, hospitalización y urgencias.

“ Acuerdo 07 de 1994, Archivo General de la Nación de Colombia. Por el cual se adopta y se expide el Reglamento General de Archivos como norma reguladora del quehacer archivístico del país.

“ Acuerdo 011 de 1996, Archivo General de la Nación de Colombia. Por el cual se establecen criterios de conservación y organización de documentos+.

“ Acuerdo 049 de 2000, Archivo General de la Nación de Colombia. %Conservación de Documentos+ del Reglamento General de Archivos sobre %Condiciones de edificios y locales destinados a archivos+. Artículo 2: Condiciones generales. Ubicación, aspectos estructurales. Artículo 3: Áreas de depósito. Estanterías, distribución de estanterías. Artículo 4: Condiciones ambientales y técnicas. Base legal.

METODOLOGIA DE INVESTIGACION

TIPO DE ESTUDIO.

Se empleó un diseño retrospectivo, no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo, utilizando las técnicas de inspección comprobación y verificación.

La muestra.

La muestra estuvo constituida por 80 historias clínicas del área de hospitalización entre los meses de diciembre de 2013 y mayo de 2014 en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Lebrija.

De exclusión.

Historias Clínicas de pacientes que hayan asignado a hospitalización en atención del primer nivel de complejidad en un periodo anterior al estudio o pertenecientes a otros servicios médicos del mismo hospital, historias clínicas de hospitalización que estén en procesos medico legales o solicitadas para informes médicos a auditoria medica; historias clínicas de pacientes dados de alta antes de cumplir lo reglamentario en sus tratamientos, historia clínicas de pacientes que estén aun en hospitalización, que no se encuentren dentro de los ambientes de archivo clínicos o que no comprendan el periodo descrito.

Para la selección mensual de las unidades de análisis se usó el muestreo aleatorio simple, tomándose en cuenta el número de historias clínicas para el periodo de estudio, el número de historias del correspondiente mes y tamaño de la muestra.

De inclusión:

Historia clínicas de Hospitalización de pacientes de ambos sexos en atención del primer nivel de complejidad durante el periodo de Diciembre 2013 a mayo de 2014, en la E.S.E. hospital San Juan de Dios del Municipio de Lebrija en Santander.

RESOLUCION 1043 DE 2006. SISTEMA UNICO DE HABILITACION. ESTANDAR HISTORIAS CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES:

COD	SERVICIO	CRITERIO
6.1	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los pacientes atendidos tienen historias clínicas. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.
6.2	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución de cada paciente y su

		<p>disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.</p>
6.3	TODOS LOS SERVICIOS	<p>El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y si es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales</p>
6.4	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el comportamiento de anexos</p>
6.5	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.</p>
6.6	TODOS LOS SERVICIOS	<p>En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto . ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.</p>
6.7	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Las historias clínicas cuentan con registros de consentimiento informado por cada procedimiento cuando este indicado.</p>

Tabla 1: Fuente, RESOLUCION 1043 DE 2006

Procedimiento para la recolección de datos.

Como primera medida, se tramitó, coordinó y contó con el permiso de la Dirección Administrativa de la Empresa Social del Estado Hospital de Salud de Lebrija, seguidamente, se seleccionaron las historias clínicas de hospitalización de pacientes de primer nivel de complejidad, verificándose en estas el cumplimiento y calidad de llenado de los ítems previstos, según las normas, en los formatos específicos y especiales, así como registrándose la información pertinente en las fichas de verificación. Por último se anotó el puntaje parcial respectivo al final de la información sobre cada formato y sobre los atributos generales de la historia clínica, registrada en la precitada ficha, y el puntaje total obtenido al final de esta, en base a un máximo 85 puntos.

El puntaje total sirvió para determinar, en términos porcentuales, el nivel de calidad de la correspondiente historia, en base a los siguientes criterios: Óptimo, si el porcentaje total obtenido es mayor o igual a 85%; Aceptable, si el porcentaje total obtenido está entre menos de 84 y 70; Deficiente, si el porcentaje total obtenido está entre menos de 69 y 55; Muy Deficiente, si el porcentaje total obtenido es menor de 40.

Se utilizaron como medidas de análisis.

Unidad de análisis, los contenidos de las historias clínicas.

Fuente de información. La historia clínica, los funcionarios involucrados en los procesos de ejecución de los procedimientos (jefe de enfermería, auxiliar de enfermería, médico y laboratorio).

Universo. Total de historias clínicas de los usuarios de la Empresa Social del Estado Hospital de Salud de Lebrija entre Diciembre de 2013 a Mayo de 2014.

Muestra. Del total de 192 historias clínicas de usuarios de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Lebrija, personas hospitalizadas en primer nivel de complejidad de diciembre de 2013 a Mayo de 2014. Obteniendo un muestro utilizando la siguiente formula.

$$n = (N (p q) Z^2) / (Z^2(p q) + e^2(n-1)).$$

Dónde:

n=muestra

p=Probabilidad de aceptación

e=Error estimado

N=Población

q=Probabilidad de rechazo

Z=Nivel de confianza

N= 80 Historias Clínica de la ESE hospital de Salud

q=50%

p=50%

Z= 1.96 Para un nivel de confianza del 95% e=5%

$$n = \frac{80(0.5*0.5)1.962}{1.962 (0.5*0.5) + 0.052 (80-1)}$$

n= 8.5

El Tamaño de la muestra está representado en el total de historias clínicas de los pacientes hospitalizados entre el mes de Diciembre de 2013 a mayo de 2014 en la E.S.E hospital San Juan de Dios de Lebrija, con una confiabilidad del 95% y un error estándar del 5 %.

Apertura e identificación de la historia clínica.

Dentro de los servicios ofertados en la Empresa Social del Estado hospital se encuentran las acciones desarrolladas por Promoción y Prevención, Detección Temprana y Protección Específica, además, se encuentran los Programas de

Control de Interés para las Enfermedades de Salud Pública, las acciones del PAB y los servicios asistenciales de baja complejidad entre los que se encuentra **urgencias**, servicios ambulatorios (**consulta**, procedimientos médicos y salud oral), servicios de **hospitalización** de baja complejidad y atención de partos no complicados, servicio de laboratorio clínico y servicios farmacéutico.

Cuando se procede a apertura de la historia clínica.

En Consulta Externa.

- Historia clínica de consulta ambulatoria cuando el usuario solicita cita previa o programada.
- Historia clínica de consulta prioritaria ambulatoria cuando el usuario no tiene asignada cita programada.
- Historia clínica de revisión o transcripción cuando el usuario viene para revisión de exámenes o transcripción de fórmulas médicas, sin programar cita previa.

Hospitalización.

Historia clínica de ingreso: todo usuario que se hospitalice para tratamiento médico o parto, deberá contar con historia clínica de ingreso por médico tratante.

Las evaluaciones deben contar con fecha y hora de la consignación de la información, se diligenciarán en el formato de notas médicas de hospitalización.

Las notas de las rondas realizadas se registran en el formato de rondas de hospitalización.

Es responsabilidad del que inicia un formato de evaluación diligenciar los datos de identificación de usuario (número de historia clínica, nombre y apellidos), foliar la misma de manera consecutiva garantizando que no falte componente en la misma y dar cumplimiento a la normatividad legal vigente. Resolución 1995 de 1999 ministerio de Salud.

La E.S.E Hospital San Juan de Dios de Lebrija, cuenta con el Servicio de Hospitalización, es un servicio orientado a proporcionar servicios básicos, desarrollando actividades médicas y de enfermería encaminadas al tratamiento y recuperación de la salud del paciente hospitalizado.

Este procedimiento de hospitalización Inicia con la llegada del paciente bien puede ser por cita previa a consulta en la que pasa directamente al médico general, quien realiza las pruebas y según el resultado ordena la hospitalización, también puede ser por urgencias en donde existen dos eventos, el primero es que la persona viene en estado crítico de salud por lo cual el médico de urgencias lo revisa ordenando su hospitalización, dejando en observación, y/o personas que ingresan por urgencias solicitando a atención medica por su puestos malestares menores pero que resultan de atención prioritaria en donde hay la necesidad de dejar al paciente en observación, por lo cual se autoriza la hospitalización.

Urgencias.

Todo usuario de la dependencia de urgencias debe contar con la historia clínica, el cumplimiento es responsabilidad del médico general. Es obligatorio el registro del triage, atención en consulta, observaciones sobre tratamientos, enviados por parte del médico y del personal de enfermería.

Cuando una persona ingresa al hospital bien sea por cita previa, consulta prioritaria, revisión, transcripción o por urgencia debe realizársele un triage que es

el primer paso del procedimiento de atención en donde la jefe de enfermeras o quien haga el turno inicia la elaboración de la historia clínica.

Este triage es un procedimiento que permite clasificar al paciente en prioridad de atención, en el cual la enfermera toma los primeros datos como nombres, apellidos, número documento de identidad, estado civil, fecha de nacimiento, ocupación. Reseñas antropológica de peso, estatura, edad, sexo entre otros.

Estos datos dan inicio a la historia clínica lo que permite identificar a la enfermera si realmente amerita sí o no enviar a urgencia o se dirige a consulta prioritaria si es el caso o sino es enviado a consulta externa, pero si el caso es meritorio se envía para revisión médica de urgencias con la apertura de la historia clínica quien realiza la remisión en el primer caso, para el segundo se deja en observación con tratamiento según corresponda y en el tercer o último caso se ordenara la hospitalización.

En observación del paciente pueden surgir tres momentos uno que surge es cuando el paciente empeora su salud o se agrava, ordena la remisión para otro centro hospitalario especializado, el segundo se note mejoría en el paciente y se ordene consulta externa o cita prioritaria, y/o seda de alta (salida), y el tercero es autorizarse la hospitalización del paciente.

Grafico que demuestra el recorrido que debe realizar la historia clínica en la E.S.E hospital Local del Municipio de Lebrija, Santander.

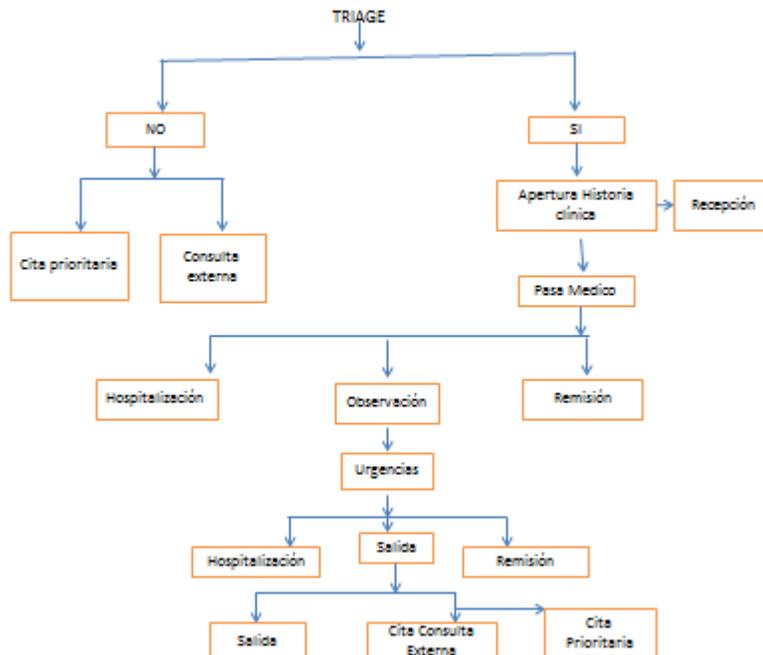


Gráfico 1: Creación Autores: Datos suministrados Jefe de Enfermería E. S. E. Hospital Local de Lebrija.

En la tabla siguiente se observan los porcentajes de cumplimiento de los criterios evaluados a través de la aplicación de la ficha a todos los documentos de las Historias Clínicas. También se indica el tipo de criterio. La letra C señala todos los criterios utilizados para hallar los indicadores de legibilidad y veracidad, respectivamente.

Características del diligenciamiento (ver a Anexo 1).

Estos instrumentos cuentan con los siguientes criterios.

Identificación del usuario: Se evalúa el registro de datos personales de identificación del usuario:

- Apellido y nombre completo.
- Estado civil.
- Documento de identidad.
- Fecha de nacimiento.
- Edad

- Sexo
- Ocupación.
- Dirección y teléfono del domicilio.
- Lugar de residencia.
- Nombre y teléfono del acompañante.
- Nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario según el caso.
- Aseguradora y tipo de vinculación.

Registros específicos en la historia clínica: Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario debe tener:

Tipo de riesgo de acuerdo al listado interno de la institución;

Motivo de consulta.

Enfermedad actual.

Signo vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

Medidas antropológicas: peso y talla.

Examen físico general.

Análisis y plan de tratamiento.

Diagnóstico.

Indicaciones médicas.

Evoluciones clínica

Diligenciamiento de Historia clínica: Evalúa que los registros no contengan intercalación, siglas y/o abreviaturas no autorizadas en la institución y registros en blanco.

Parámetros de evaluación.

Actualmente la institución ha establecido la siguiente escala de medición para determinar el cumplimiento o no del diligenciamiento de la historia clínica.

Tabla 2.

Parámetros de evaluación del diligenciamiento de la historia clínica. E.S.E. hospital San Juan de Dios de Lebrija.

PARAMETROS DE EVALUACION	
Optimo	$\geq 85\%$
Aceptable	$\geq 70\% - \leq 84\%$
Deficiente	$\geq 55\% - \leq 69\%$
Muy deficiente	$\leq 40\%$

Tabla 2: Fuente E.S.E Hospital Local de Lebrija.

Indicadores de diligenciamiento de la historia clínica institucional.

Nombre del indicador: Adherencia a diligenciamiento de historia clínica institucional.

Definición Operacional:

Numero de historias clínicas evaluadas de pacientes atendidos con n de registros clínicos que cumplen con los criterios del diligenciamiento de historias clínicas institucionales en el periodo

$$\frac{\text{Número de historias clínicas evaluadas de pacientes atendidos con n registros clínicos que cumplen con los criterios del diligenciamiento de historias clínicas institucionales en el periodo}}{\text{Número total de historias clínicas evaluadas de pacientes atendidos con n registros clínicos en el mismo periodo.}} \times 100$$

Nivel de desagregación: Hospitalización.

Para determinar el cumplimiento o no del diligenciamiento de la historia clínica, se agruparon los parámetros de comparación de la siguiente manera:

Parámetros de cumplimiento.

PARAMETROS DE CUMPLIMIENTO	
Optimo	Cumple
Aceptable	
Deficiente	No cumple
Muy deficiente	

Tabla 3. Fuente: Suministrada ESE Hospital.

Estos parámetros nos permiten obtener los elementos suficientes para clasificar las Historias Clínicas dependiendo del cumplimiento en el diligenciamiento del documento, si se obtiene optimo y aceptable son documentos que están dentro de lo eficiente aun faltando unos requisitos mínimos; documentos deficientes y muy deficientes son los documentos que no han cumplido una etapa rigurosa.

Resultados

Hospitalización.

Proceso Hospitalización	Egreso	Porcentaje
Hospitalización Adultos	45	56.25%
Hospitalización Urgencias	25	31.25%
Hospitalización por consulta externa	10	12.5%
Total	80	100.05%

Tabla 4. Fuente: tabla realizada por los autores.

MUESTRA PROCESO DE HOSPITALIZACION		
N	192	Población
P	0,5	Probabilidad de aceptación
E	0,5	Porcentaje de error
N	80	Muestra durante los 6 meses
Q	0.5	Probabilidad de rechazo
Z	1.962	Nivel de confianza

Tabla. 5. Fuente: Elaborado por los autores.

La población total de acuerdo a el número de egresos en el proceso de hospitalización en el periodo de Diciembre de 2013 a mayo de 2014 el muestro probabilístico aleatorio sistemático fue de 80 historias clínicas para realizar la auditoria.

Unidad de cuidado de Hospitalización.

Total de egresos para el proceso de Hospitalización 2013 a Mayo de 2014.

PROCESO UNIDAD CUIDADO DE HOSPITALIZACION	EGRESOS	TOTAL
UNIDAD DE CUIDADO EN HOSPITALIZACION INTENSIVO	10	25
UNIDAD DE CUIDADO HOSPITALIZACION INTERMEDIO	15	

Tabla 6.Fuente: Datos Hospital, cuadro creado por autores.

Calculo de la muestra aplicando muestreo probabilístico aleatorio sistemático para el proceso de Unidad de Cuidado.

MUESTRA PROCESO DE HOSPITALIZACION		
N	80	Población
P	0,5	Probabilidad de aceptación
E	0,5	Porcentaje de error
N	25	Muestra durante los 6 meses
Q	0.5	Probabilidad de rechazo
Z	1.962	Nivel de confianza

Tabla 7. Fuente: Creado por los autores.

Estos datos son recogidos de acuerdo a los egresos para el proceso de hospitalización durante los 6 meses, en los cuales sea aplicado la muestreo probabilístico siendo de 80 Historias clínicas para realizar la auditoria de un total de 192 durante los seis meses.

Resultados de Hospitalización.

En auditoría realizada a las historias clínicas verificadas en el proceso de hospitalización, se evidencio el llenado de requisitos en un 60% (n=48) se le otorgo la calificación optima, 17.5% (n=14). Esta dentro del rango aceptable, en el caso de 13.75% (n=11) está dentro del rango deficiente, siendo 8.75% (n=7) muy bajo el rango de muy deficiente. (Ver gráfico 2).

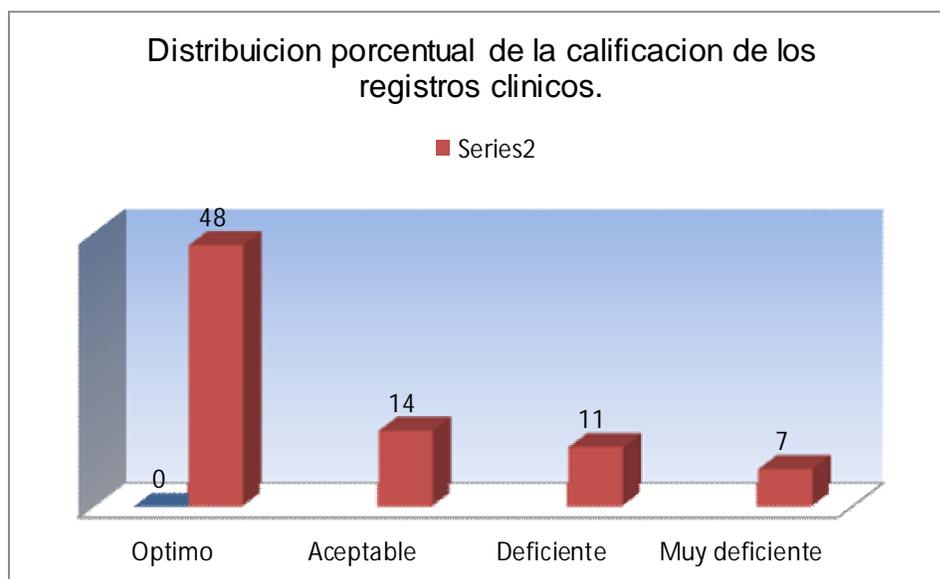


Gráfico 2. Distribución porcentual de la calificación de los registros clínicos en el servicio de hospitalización ESE hospital San Juan de Dios de Lebrija. Fuente creada por los autores.

Se evidencia en el proceso de evaluación de manera general que las historias clínicas cumplen con los requisitos en un 66% (n=53) obtienen los criterios de la auditoria, un 33.75% (n=27) no presentaron correctamente los criterios evaluados. (Ver grafica 3).

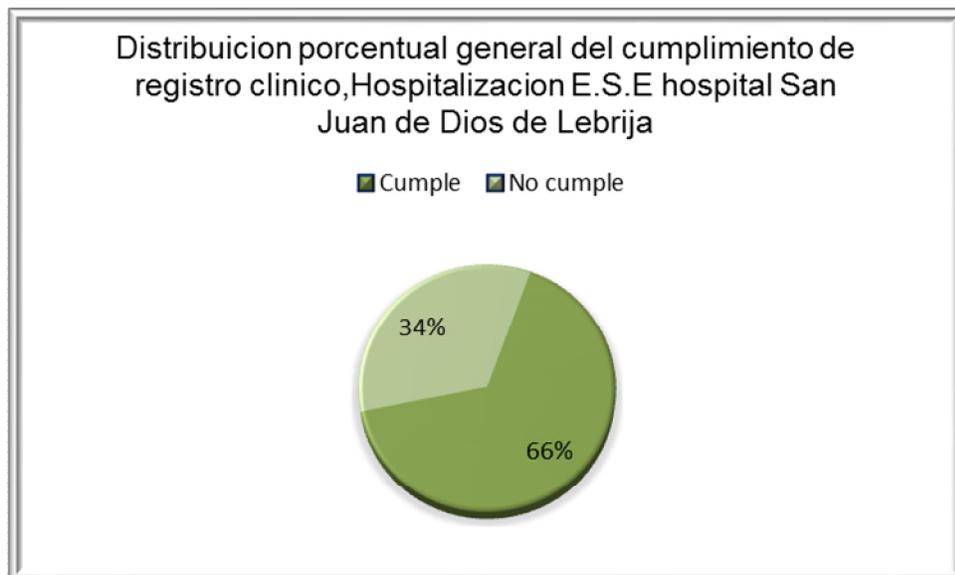


Grafico 3. Distribución porcentual general del cumplimiento de registros clínicos hospitalización ESE hospital Local de Lebrija.
Fuente: Creado autores.

Como se observa en la gráfica al realizar la auditoria se puede evidenciar 33.75% (n=27) de las historias clínicas en hospitalización no cumplen con el lleno de los requisitos establecidos al finalizar el procedimiento que es cuando se da de alta al paciente, y aunque el porcentaje de 66% (n=53) es un factor favorable se requiere aumentar los controles.

Dentro del proceso de hospitalización se evidencia que en la atención de la persona adulta existe falla del llenado de los requisitos en un 57% (n=46). Dentro de los ítem de educación en salud al paciente este no se evidencio en un 83.75% (n=67). La legibilidad que deben tener los registros clínicos estos no correspondía a la estipulada en la ley lo cual se evidencia un deterioro de un 43.75% (n=35). (Ver gráfico 4).

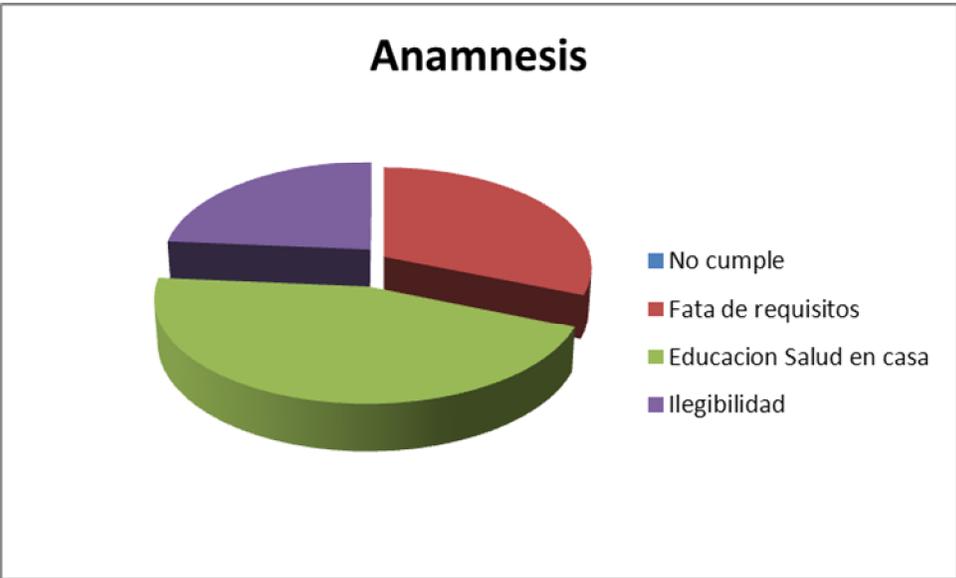
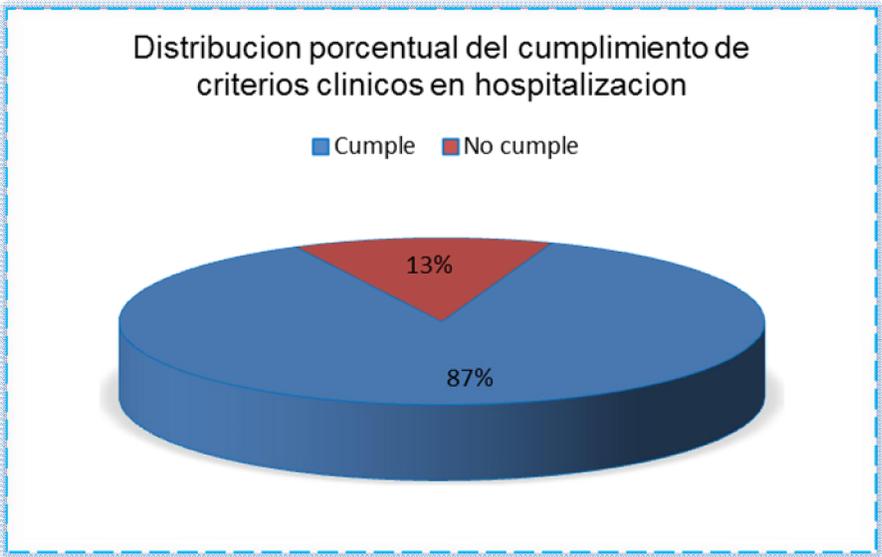


Gráfico 4. Distribución porcentual de criterios de evaluación general de registros historias clínicas hospitalización E.S.E hospital San Juan de Dios de Lebrija

En el ítem medidas antropológicas datos que deben tomarse en el momento de ingreso a hospitalización del pacientes se evidencia que no se ejecuta esta acción en un 100%, (n=80). Comparado con los procesos de urgencias y consulta externa en donde la deficiencia está en un 18.15% (n=15). (Ver gráfico 5).

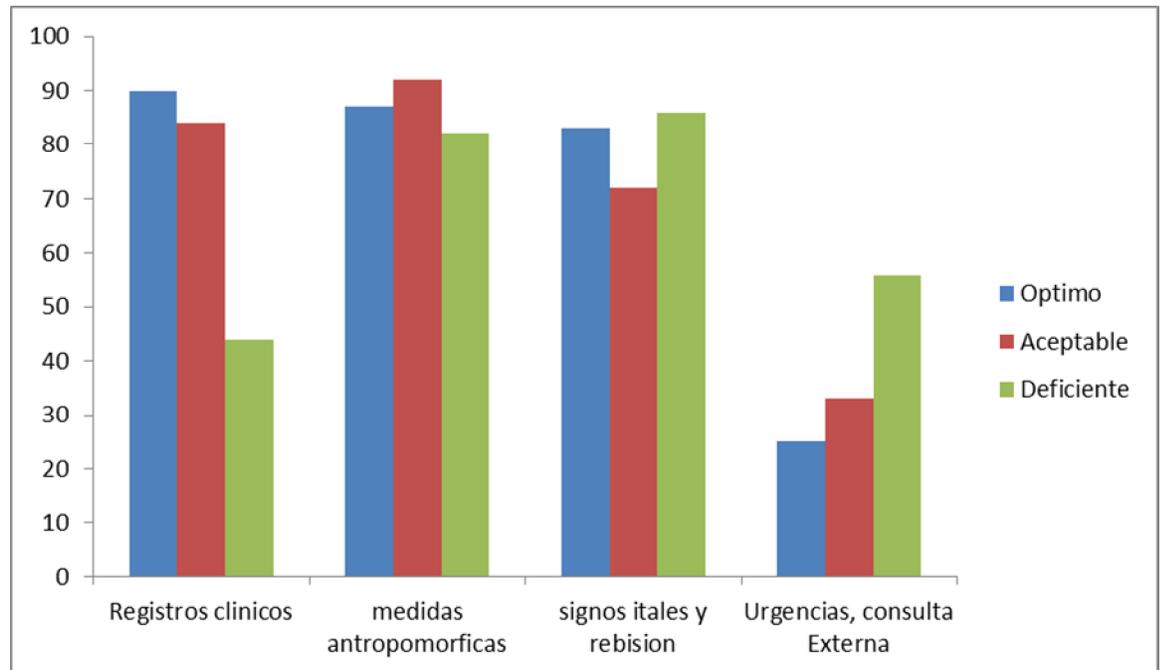


Gráfica 5 Distribución porcentual del cumplimiento de criterios del registro clínico en Hospitalización.

Fuente: creación autores.

Se encuentran los porcentajes dentro del rango de aceptable en registro clínicos en lo que se refiere a signos vitales, tipo de dieta, registro del egreso hospitalario, fórmula, signos de alarma, exámenes, estado general del paciente, registros de solicitud y valoración de ayudas diagnósticas y exámenes de laboratorio, descripción de los síntomas expresados por los pacientes, examen físico completo, registro de la remisión, orden y legibilidad en los registros, nombre completo, legible, identificación y sello de quien elabora la historia.

Dentro de estos parámetros también están las medidas antropométricas como en Urgencias y Consulta externa, existiendo una diferencia con respecto de urgencias que presenta unos casos menos especiales en cumplimiento de los requisitos en los registros médicos. (Ver gráfico 6).



Grafica 6 Distribución porcentual del cumplimiento de criterios del registro clínico en Hospitalización.

Fuente: creación autores.

Dentro del proceso de hospitalización en el caso de Urgencias se menciona antes que existe una diferencia ya que está dentro del rango deficiente al

no verificarse la toma de algunos eventos de obligatorio cumplimiento en los registros clínicos como lo estipulan los lineamientos.

Generando una evaluación independiente por parte de los involucrados en la debida transcripción de los datos, podemos evidenciar que existe un mayor control por parte de auxiliares de enfermería o enfermeras ya que se evidencia dentro de los criterios establecidos del registro clínico sus debidas transcripciones dentro de las notas de enfermería los registros correspondientes. Criterio óptimo.

No siendo lo mismo para el diligenciamiento de los registros médicos generales en los ingresos hospitalarios ya que carecen del cumplimiento de criterios de diligenciamiento en los cuales se evidencia la ausencia de los datos de identificación del pacientes, nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, siendo estos los más frecuentes, seguidamente en una escala menor están. Aceptable.

(Ver grafica 7).

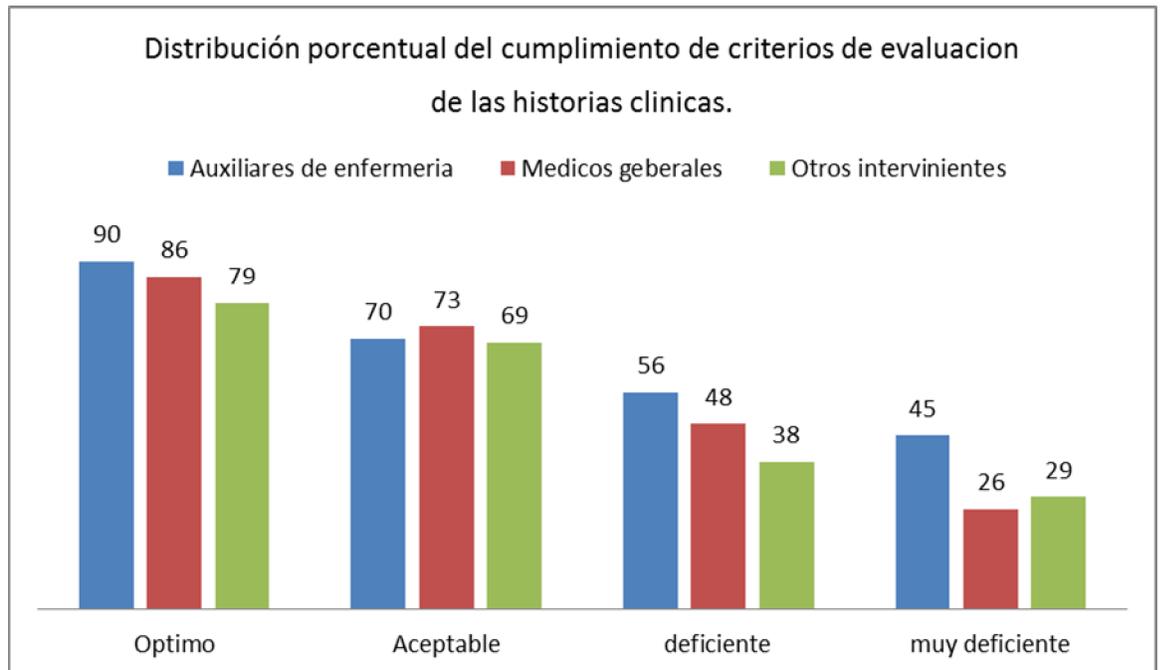


Grafico 7: Distribución porcentual del cumplimiento de criterios de evaluación de los registros históricos, intervinientes Médicos generales, Auxiliares de enfermería ESE hospital San Juan de Dios de Lebrija

Fuente: creado Autores.

Recomendaciones.

Generar conocimiento de la importancia del llenado de los requisitos tanto del formato como de la documentación anexa para que la historia clínica se archive completa.

Ordenar siempre la verificación del cumplimiento de los formatos como de los documentos que acompañen la historia clínica en los ingresos de los pacientes evitando desorden y faltante tanto de datos como de documentos.

Implantar con el comité de historias clínicas un seguimiento con auditorías internas para que se detecten los errores e inicien el mejoramiento continuo tanto en difusión como en capacitación.

Involucrar el personal administrativo y operativo para que se generen mayores espacios de participación como de discusión en torno al mejoramiento en el diligenciamiento de los registros clínicos.

Definir el espacio suficiente para la generación de los archivos ya que se carece de un espacio archivístico adecuado para las historias clínicas con personal idóneo.

Propiciar los controles necesarios para entradas y salidas de las historias clínicas garantizando la custodia de la misma, en lo cual se deben estar adelantando al personal nuevo la inducción y re inducción para el personal antiguo certificando los procesos legales establecidos.

Capacitar y concientizar al recurso humano del cumplimiento de los requisitos legales que están implantados y la entidad debe acatarlos, emanados por el Gobierno Nacional. Estas capacitaciones están en caminadas a reconocimiento legal institucional, toda la normativa que cobija el procedimiento.

Conclusiones

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del Municipio de Lebrija recién arranca con una serie de innovaciones y cambio que esta implementado con el proceso de autonomía administrativa y presupuestal dentro de las cuales está la sistematización y digitalización de los registros clínico.

Esta implementación requiere de una infraestructura técnica y tecnológica acompañada de capacitación constante durante un periodo aproximado de unos seis meses, buscando la mayor aceptación de los cambios y comprensión de la importancia, de tal forma que no genere traumatismos dentro de los procesos y procedimientos, de tal forma que el recurso humano no se resienta durante la implementación y adecuación de la nueva forma de generar el proceso de lleno de registros clínicos.

Como estos procesos se venían llevando manualmente, existían diferentes formas de organizar los documentos y diligenciamiento del de los requisitos o criterios necesarios para el diligenciamiento de la historia clínica lo que permitía el desorden e inconstancia dentro del diligenciamiento de los formatos.

En la nueva estructura administrativa que se viene organizando el Modelo Estándar de Control Interno, que si es bien aplicado generara los espacios de auto control lo que servirá para la revisión constante en la medida de la aplicación del mejoramiento continuo en los procedimientos del diligenciamiento de la historia clínica.

Dentro de los requisitos de capacitación se debe conformar equipos reales de verificación que estén siempre a la vanguardia de los nuevos procesos para que se obtengan una conste en el aprendizaje y el mejoramiento de los productos que emana el hospital en la atención de sus pacientes.

Estos procesos de verificación se deben planear con todo el equipo interviniente de la institución para que se lleven a cabo las mejoras correspondientes en cada uno de los eslabones de la cadena de la historia clínica que debe redundar en un producto garantizado para la institución y con los mayores resultados para el paciente.

Dentro de los procesos de implementación de tecnología deben implementar equipos de alta tecnología para los diferentes eventos como en el caso de las impresiones que incumplen los requisitos de elegibilidad pues quedan en una muy

baja capacidad resolutive e impide apreciar el diligenciamiento de los respectivos datos

Estos pasos deben finalizar con que se obtenga una buena custodia del documento final que en la actualidad el hospital no cuenta con un sitio apto para el depósito y manejo archivístico, junto con esto debe existir personal, capacitado e idóneo en el manejo documental.

Implantar la calidad en el procedimiento de la historia clínica obliga a realizar programación de consensos y capacitaciones al personal de salud de hospitalización con el objetivo de unificar criterios en cumplimiento de los parámetros legales.

La Empresa Social de Estado Hospital San Juan de Dios de Lebrija es un hospital que está en proceso de crecimiento y de fortalecimiento como entidad descentralizada de Salud, la cual requiere que cada uno de los procedimientos que realiza sean de la mejor calidad, sin embargo por ser entidad del estado está en una instancia muy débil ya que recién arranca su proceso descentralizador que le otorga autonomía administrativa y presupuestal.

Esta independencia de autonomía como es reciente está en proceso de reorganización física, administrativa y presupuestal, elementos que estando establecidos le permitirán adentrarse en una serie de servicios que deben poner en función de su nuevo rol; rol que incluye generar nuevos procesos y procedimientos dentro de los cuales debe ampliar la planta de personal para que adquiera la capacidad de prestar los mismos y los nuevos servicios de una manera más técnica y profesional en búsqueda de brindar servicios de calidad a sus usuarios y de cumplir con los parámetros legales establecido.

Dentro de esos deberes está el propiciar unos espacios de una mayor interacción administrativa en el entendido que siendo el registro clínico el elemento de más importancia entre la institución y el usuario o paciente se obtenga de la mejor manera, con los mayores estándares de calidad en el que se le brinde el mejor respaldo a los paciente quienes serán los mayores beneficiados ya que se obtendrán la información correspondiente para otorgarle las mejores decisiones en el momento de otorgar los diagnósticos epidemiológicos de su enfermedad para la posible cura.

BIBLIOGRAFÍA

1. E.S. E. Hospital Local Municipio de Lebrija. Material Suministrado de composición de la estructura administrativa y funcional.
2. Ministerio de Salud, Ley 100 de 1993, Diario oficial 41.148 del 23 de Diciembre.
3. Llanos Zavalaga Lf mayca Peres J, Navarro Chaparro GC, Auditoria Medica de la historia clinica en consulta externa de cuatro hospitales Públicos Peruanos, Rev Med Hered. 2006; 17 (4); 220 . 226
4. Ministerio de Salud. Ley 23 de 1981. Diario oficial No 35.711 de Febrero.
5. Planos M, Rodriguez T y Lecha M. La importancia de los datos. Rev. Nutr Hosp. 2004; 19 (1): 11 -13
6. Franco Delgadillo Eduardo La historia clínica importancia y Repercusión URL <http://www.consultorsalud.com/....>
7. Presidencia de la Republica. Decreto 3380, Diario Oficial 35914 de Diciembre de 1981
8. Ministerio de Salud, Resolución 1995/99. Diario oficial 43655 de agosto 5 de 1999.
9. Ministerio de Salud, Resolución 3905 de 1994. Diario Oficial.

10. Luna Daniel, Soriano Enrique, Gonzales Bernardo de Quiroz Fernán
 Actualización y avances en investigación - Historia clínica electrónica

ANEXO 1

Instrumento.

Instrumento: Se diseñó una lista de verificación en hoja de cálculo utilizando el programa Microsoft Excel, Consta de tres criterios fundamentales, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999: identificación del usuario, registró específicos y características del diligenciamiento

Esto es debido a que la estructura es una dimensión dentro de la normatividad, aunado a ello es la dimensión de pertinencia y coherencia estando en estrecha unidad con los análisis de elementos puntualizados en la estructura.

AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS						
Codigo	Version	Fecha de Emision				
Servicio:						
Muestra:						
		1	2	3	4	5
	Nombre medico	Nombre Medico	Nombre Medico	Nombre Medico	Nombre Medico	Nombre Medico
		Esp:	Esp:	Esp:	Esp:	Esp:
	No. de historia	No. de Historia	No. de Historia	No. de Historia	No. de Historia	No. de Historia
	Folio:	Folio:	Folio:	Folio:	Folio:	Folio:
	La Historia Clinica cuenta con el diligenciamiento de los siguientes items:	SI(1)/NO(0)	SI(1)/NO(0)	SI(1)/NO(0)	SI(1)/NO(0)	SI(1)/NO(0)
Datos personales						
Datos de afiliación						
PUNTUACION TOTAL (PT)	0	0	0	0	0	0
PUNTAJE IDEAL (P1)(Cuando Apliquen Todos los Requisitos)	2	2	2	2	2	2
% OBTENIDO ((PT/P1)*100)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Antecedentes	Medicos					
	Quirurgicos					
	Alergicos					
	Ginecologicos					
Consiliacion medicamentosa						
Tipo de riesgos						
Anamnesis	Motivo de Consulta					
	Enfermedad Actual					
Signos vitales	Presion arteriar					
	Frecuencia cardiaca					
	Frecuencia respiratoria					