

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN  
LA UBA COOMEVA-CABECERA

RICARDO ALFONSO GÓMEZ GUTIÉRREZ  
MARTHA YANETH GONZÁLEZ LEÓN

UNIVERSIDAD CES-UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
FACULTAD DE MEDICINA- FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
POSTGRADO AUDITORÍA EN SALUD  
BUCARAMANGA  
2008

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN  
LA UBA COOMEVA-CABECERA

RICARDO ALFONSO GÓMEZ GUTIÉRREZ  
MARTHA YANETH GONZÁLEZ LEÓN

TRABAJO DE GRADO

Asesor Carlos Mario Tamayo Rendón, Médico Cirujano, Especialista Gerencia de la  
Salud Pública, docente Facultad de Medicina CES

UNIVERSIDAD CES-UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
FACULTAD DE MEDICINA- FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
POSTGRADO AUDITORÍA EN SALUD  
BUCARAMANGA  
2008

## CONTENIDO

	Página
JUSTIFICACION	6
1. OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
2. MARCO DE REFERENCIA	10
3. MARCO TEORICO	18
INTRODUCCION	18
ANTECEDENTES	19
NORMATIVIDAD	21
Definición de la historia clínica	21
Carácter Obligatorio	22
Elemento probatorio de primer orden	23
Generalidades	25
Características de la historia clínica	26
Componentes de la historia clínica	27
Privada y pertenece al paciente	29
FUNDAMENTOS DE LA HISTORIA CLINICA	30

Base científica y humana	30
Concordancia con la Lex Artis	32
Claridad	33
Integridad y estructura interna	33
Constituye el registro de los hechos de la vida	33
Intenta encuadrar el problema del paciente	33
Orienta la terapéutica	34
Posee un contenido científico investigativo	34
Adquiere carácter docente	35
Constituye un elemento administrativo	35
4. METODOLOGIA	36
RESPONSABLES DE LA AUDITORIA	36
TIPO DE ESTUDIO	36
ENFOQUE	36
Unidad de Análisis	36
Fuente de información	37
Universo	37
Muestra	37
VARIABLES	39
5. CRUCE DE VARIABLES Y GENERACION DE INDICADORES	43
INDICADORES GLOBALES	43

INDICADORES ESPECIFICOS	48
6. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS	53
7. PRESENTACION DEL INFORME	54
8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	55
9. FLUJO DE CAJA	57
10.RESULTADOS	58
11.CONCLUSIONES	74
12.RECOMENDACIONES	76
BIBLIOGRAFIA	78
ANEXOS	80

## JUSTIFICACIÓN

La historia clínica es un documento de vital importancia y hace parte del acto médico como está establecido en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud: “La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en su atención. Dicho documento solamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”.

Por tanto, la historia clínica es la principal herramienta, si está bien elaborada, para conducir a un diagnóstico, correcto análisis y estudios complementarios del paciente, que finalmente lo llevará al mejoramiento de su salud; es decir, que la calidad del diligenciamiento de éste documento reflejará la calidad de atención del paciente, y su ética profesional. Esto se traduce en la calidad del servicio prestado, con canalización adecuada de los recursos tanto humanos, tecnológicos, científicos y económicos. Otro aspecto de igual relevancia es que la historia clínica es un documento legal,

porque en determinado caso puede servir como elemento probatorio, convirtiéndose en un elemento procesal contra el profesional de la salud si está mal elaborada y es de baja calidad.

De allí que hoy, se le asigne un valor relevante a la misma, por lo que todos los médicos deben tener conciencia y conocer en su justa dimensión lo que significa la historia clínica en su diario que hacer.

Por tanto, la importancia que en todos los establecimientos en donde se prestan servicios de salud, en el caso particular de ésta investigación en la Unidad Básica de Atención (UBA) Coomeva – Cabecera, a pesar de contar con lineamientos bien claros en cuanto al diligenciamiento del formato de historia clínica, los cuales están ceñidos a los modelos implementados por el ministerio de salud, se observa frecuentemente en los análisis realizados en el comité interno de historias clínicas una deficiencia en la calidad de las mismas, por eso, la motivación de éste estudio, es identificar los puntos coyunturales que conllevan a la mala calidad de las historias clínicas, lo cual finalmente conduce a mala eficiencia y eficacia, una vez identificadas éstas falencias dar pautas para el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la calidad de las historias clínicas y registros asistenciales del servicio de consulta externa en la UBA COOMEVA Cabecera en el periodo comprendido entre el 1 de Julio y 31 de Diciembre de 2007 en estructura, cumplimiento de normatividad y coherencia pertinencia.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- diseñar un instrumento de evaluación integral ajustado a unas condiciones de calidad, normatividad y estructura.
  
- Describir la metodología para identificar las falencias en el registro de datos que conllevan a una mala calidad en el diligenciamiento de la historia clínica.
  
- Aplicar el instrumento a una muestra previamente seleccionada de historias clínicas y registros asistenciales, correspondientes a los



servicios de consulta externa de medicina que incluye el programa de prevención y promoción, en el periodo correspondiente del 1 de julio al 31 de diciembre de 2007.

- Consolidar y analizar la información para identificar los fallos del proceso, priorizar los de mayor impacto y generar planes de mejoramiento.
- Retroalimentar los resultados a cada uno de los profesionales y comprometerlos en el mejoramiento de la calidad de los registros asistenciales.
- Establecer metodología para la verificación periódica de resultados que permitan a la institución analizar tendencias de los resultados y asegurar el mejoramiento continuo.
- Describir la utilidad del registro adecuado de la información obtenida en la historia clínica con la finalidad de mejorar la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud.

## 2. MARCO DE REFERENCIA

COOMEVA, Cooperativa Médica del Valle, se fundó el 04 de marzo de 1964 por 27 médicos caleños, quienes constituyeron una Cooperativa especializada en ahorro y crédito, con el fin de poder obtener un conjunto de beneficios de seguridad social y protección. El principal motivador del grupo fue el Dr. Uriel Estrada Calderón, médico pediatra, quien dirigió los esfuerzos de la organización hasta 1982.

1964: la cooperativa se inició con la prestación de los servicios de ahorro y crédito, complementados con los seguros de ahorros y préstamos otorgados por una mutual, entidad aseguradora cooperativa de ámbito nacional.

1967: se da inicio al seguro de vida para médicos asociados, mediante la póliza emitida por una compañía de seguros.

1968: se lanza, por medio de una póliza colectiva, el servicio de seguro para los vehículos de los asociados.

En ese mismo año coomeva amplía su vínculo asociativo, permitiendo el ingreso ya no sólo a los profesionales de la medicina sino a todas las especialidades afines a la misma.

1970: en éste año se culmina el proceso de apertura de la vinculación asociativa, como oportunidad de ingreso para cónyuges y miembros de su familia en primer grado de consanguinidad, así como para los empleados de la cooperativa.

1971: se dio término al seguro colectivo de vida contratado con una aseguradora particular y se transformó en la autoprotección de vida Coomeva.

1973: nace el servicio de salud, el cual se constituyó en la primera experiencia de la medicina prepagada organizada en el país. También en este año se inaugura el colegio Coomeva.

1975: se da transformación de la autoprotección de vida en el actual servicio de Previsión, Asistencia y Solidaridad, de carácter obligatorio y que ampara al asociado en caso de invalidez, incapacidad y servicio funerario.

1976: Coomeva pasa de ser una cooperativa especializada en ahorro y crédito a ser una cooperativa multiactiva.

1977: se reglamentó el fondo social de vivienda, promoviendo proyectos de construcción para los asociados. Se crea el servicio de turismo Educativo.

1980: se organiza la Cooperativa de Vivienda Fundadores con 240 asociados, a través de la cual se constituyen y entregan igual número de unidades, uno de los proyectos pioneros en el país del sistema de vivienda cooperativa.

1982: se crea la agencia de turismo Coomeva en la ciudad de Bogotá

1986: se crea el servicio de odontología o salud oral con 70 asociados adscritos en su primera etapa.

1989: se crea la Fundación Coomeva

1990: se reforman los estatutos de Coomeva, cambiando la razón social de la entidad a Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia COOMEVA.

1995: con la entrada en vigencia de la Ley 100 de Seguridad Social, COOMEVA crea su Entidad Promotora de Salud, COOMEVA EPS S.A.

1996: el crecimiento de Coomeva EPS se hace notar, superando la cifra propuesta de 156.600 afiliados por 202.272 afiliados en el régimen contributivo.

1997: COOMEVA se vincula al esfuerzo de 150 asociados, profesionales de la salud, y se construye e inaugura la Clínica Infantil Los Farallones. En éste mismo año se comenzaron las primeras aplicaciones de modelos conceptuales y planes institucionales; se atendía una población de 444.535 afiliados presentes en el Atlántico, Santander, Antioquia, Cundinamarca, Bogotá, Risaralda, Quindío, Valle del Cauca, Cauca, Caquetá y la Guajira, mediante tres sucursales en las principales ciudades del país: Cali, Medellín y Bogotá.

1998: fue la consolidación de la operación, desarrollando una nueva plataforma informática que respondía al gran crecimiento poblacional con 671.510 afiliados en el régimen contributivo. Se instalaron nuevas unidades de atención tales como Mushaisa en la guajira, en los ingenios del valle del cauca donde se tenía la mayor población cotizante.

Se constituye la sociedad denominada Salud COOMEVA Medicina Prepagada S.A., a la cual se ceden todos los contratos de medicina prepagada que la cooperativa venía prestando.

En 1999: se inicia una nueva etapa con el software COOEPS Siglo XXI desarrollado por la misma EPS. Éste se convierte en una plataforma de gran ayuda para la operación de la empresa, que tenía el reto de manejar la información de 841.941 afiliados en el régimen contributivo en cuatro sucursales en las ciudades principales del país (Cali, Medellín, Bogotá y Barranquilla).

2.000: se contaba con una población de 1.294.402 afiliados en el régimen contributivo y presencia en más de 650 municipios del país mediante 30 oficinas.

En cuanto a su administración se rediseñó la “Carta de Navegación” de la EPS para los siguientes cinco años, y adoptó el Modelo de Desarrollo Organizacional, bajo la premisa: “la calidad es la base de nuestra competitividad”.

2001: Comeva EPS se consolidó como la segunda EPS privada en el régimen Contributivo, con una población de 1.335.203 afiliados en 692 municipios del país. Se desarrollo el software E-case, ahora Atentos coomeva, para la recepción de la voz del cliente. Además en la búsqueda de la estandarización de la imagen corporativa de Coomeva, se realizó el cambio del logo y slogan: “Somos su opción en salud”.

2002: Se consolidan territorialmente dos zonas, el eje cafetero y el Nororiente del país, para atender un total de población de 1.506.048 afiliados en 756 municipios colombianos. Por otro lado, la Asociación colombiana de Hospitales y clínica selecciona a Coomeva EPS como la mejor entidad Promotora de Salud; se desarrolló el sitio virtual EPS Online, ahora Copes Siglo XXI versión 2 y se trabajó en el código de buen gobierno corporativo.

2003: Coomeva EPS continuó consolidándose en el sector de la Seguridad Social en Salud, con una población de 1.789.023 afiliados con una presencia en 882 municipios del país. Además en la búsqueda en la recordación de marca se realizó nuevamente el cambio del logo símbolo. Se implementó el software Ciklos con el fin de ofrecer una información ágil y amigable en las UBAS, Unidades de Atención Básica.

2004: según el estudio realizado por la revista Dinero y la firma de investigación Invamer Gallup, Coomeva EPS se consolidó como Topo f Mind entre las Entidades Promotoras de Salud, es decir, la marca más recordada por lo colombianos. Además fue la primera Entidad Promotora de Salud que obtuvo la Certificación de Calidad ISO 9001:2000 en todos sus procesos. Se logró un crecimiento poblacional del 11% frente a lo

presupuestado con 2.065.489 afiliados en 912 municipios del país con 31 oficinas y 64 puntos de atención.

2005: cumplió una década brindando los servicios de salud a las familias colombianas, construyendo sueños que han sido posibles gracias a la confianza que 2.390.143 afiliados en 957 municipios han depositado día a día en Coomeva, se mantuvo la certificación ISO 9001:2000.

2007: COOMEVA EPS sigue consolidándose como una de las empresas promotoras de salud más sólidas del país.

Es importante mencionar que COOMEVA EPS dentro de su direccionamiento estratégico tiene como:

**MISION:** Administramos recursos para la promoción de la salud, curación y rehabilitación de la enfermedad, con el propósito de mantener nuestra población saludable, agregando valor en la relación con los colaboradores, proveedores, afiliados, Estado y accionistas.

**VISION:** Líderes reconocidos por mantener afiliados saludables y la excelencia en la prestación de los servicios.



**POLITICA:** Garantizamos y mejoramos continuamente la calidad científica, humana y oportuna de nuestros servicios.

### **3. MARCO TEORICO**

### 3.1 INTRODUCCIÓN

La historia clínica es uno de los elementos más importantes de la relación médico paciente. Esta relación objetivo de la medicina, se encuentra consagrada en la Ley 23 de 1981, la cual expresa en su artículo IV:

“La relación médico-paciente es elemento primordial en la practica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico...”

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico. Este se caracteriza 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.

- el objetivo de ayuda 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.

### **3.2 ANTECEDENTES**

Si obviamos épocas anteriores, se puede decir que de Hipócrates son las primeras historias clínicas conocidas. Nacido 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 del carácter individualista de la medicina hipocrática.

Podemos mencionar la etapa de los consilia, 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.

### **3.3 NORMATIVIDAD**

En Colombia las leyes relacionadas con los aspectos de la historia clínica son:

- Constitución Nacional artículo 15
- Ley 23 de 1981
- Resolución 1995 del 8 de julio de 1999
- Resolución 1715 de 2005 derogada
- Resolución 1043 de 2006 y anexos 1 y 2
- Resolución 058 de 2007

Según la normatividad, en el presente trabajo se hace referencia a los contenidos de éstas normas, que se relacionan con el objetivo y justificación de ésta investigación, es decir, desde un punto de vista de calidad, pertinencia, coherencia y seguridad del paciente.

**3.3.1 Definición de la historia clínica.** Para unificar criterios adoptamos la definición establecida en la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, art. 1 literal a “La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en su

atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”

Así mismo, en el art. 33 de la Ley 23/1981 dice “Las prescripciones médicas se harán por escrito, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia”.

**3.3.2 Carácter obligatorio.** Hay que recordar que la historia clínica es parte del acto médico, el acto médico no se refiere exclusivamente a la acción del servicio profesional dado a un paciente, sino además incluye la obligación de registrarlo o documentarlo, en lo que se denomina la historia clínica (acto médico documental), que por normatividad legal es de carácter obligatorio, Art. 34 de la Ley 23 de 1981 “la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente”.

Art. 1 literal a de la Resolución 1995 de 1999 “la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva...”y art. 4 de la Resolución 1995 de 1999 “los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución “.

Por lo tanto ningún acto hospitalario o de consultorio debe efectuarse sin su correspondiente registro en la historia clínica. En las instituciones de salud se exige la historia clínica como elemento indispensable para ejercer una medicina con calidad.

Además, la escritura de la historia clínica no puede ser reemplazada por la memoria del médico. Es lógico que no se puedan conocer detalles de cada paciente, ni por el número ni por la complejidad individual de cada ser humano, así, la historia clínica es irremplazable.

**3.3.3 Elemento probatorio de primer orden.** La prueba fundamental de todos los procesos de responsabilidad por servicios de salud es la historia clínica, de donde se obtienen también las bases para otros elementos probatorios tales como: los peritajes médico legales, los comités AD HOC y los conceptos de los expertos.

Por tanto, la historia clínica es una forma de prueba, pues se considera documento. De acuerdo con el código de Procedimiento civil (Sección III, Régimen Probatorio, Título XIII, Pruebas, Capítulo I, artículo a75):

“... Sirven como pruebas, la declaración de parte, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los

documentos, los indicios y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez”

El mismo código en su artículo 251 expresa:

“... Son documentos, los escritos, impresos, planos, cuadros, fotografías, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, radiografías, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo...”

Documento es todo aquel elemento perceptible por los sentidos del oído y la vista que al ser examinado sirva para comprobar la existencia de un hecho o una manifestación del intelecto y que, por lo tanto, puede ser llevado físicamente al juez.

Adicionalmente, la historia es parte de la función del médico como auxiliar de la justicia, evento consagrado en la Ley de Ética Médica (art. 1 literal 6):

“El médico es auxiliar de la justicia en los casos que señala la ley, ora como funcionario público, ora como perito expresamente designado para ello. En una u otra condición, el médico cumplirá su deber teniendo en cuenta las altas miras de su profesión, la importancia de la tarea que la



sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad y solo la verdad”.

El médico debe estar preparado para cualquier requerimiento de la justicia, y la mejor defensa radica en la confección de una irreprochable e incontrastable historia clínica. De allí, que hoy, se le asigne un valor relevante a la misma, por lo que todos los médicos deben tener conciencia y conocer en su justa dimensión lo que significa la historia clínica en el diario que hacer médico.

**3.3.4 Generalidades.** Según el artículo 5 de la Resolución 1995 de 1999: “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”.

Según la Ley 23 de 1981 artículo 36: “en todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad”

**3.3.5 Características de la historia clínica.** De acuerdo con la resolución 1995 de 1999 en su art. 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 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: 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 probabilidad 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.

**3.3.6 Componentes de la historia clínica.** En la resolución 1995 de 1999 del Ministerio da Salud en los art. 8, 9, 10, 11 hacen referencia a los componentes de la historia clínica:

- **IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO:** los contenidos mínimos de éste componente 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.
  
- **REGISTROS ESPECÍFICOS:** es el documento en donde 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 corresponden a la naturaleza del servicio que presta. La ley también expone que, cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente; y así mismo hace referencia a que el prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que correspondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

- 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, autorizaciones para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes. En la resolución 1995 de 1999 en el artículo 11 en su párrafo No. 1 hace referencia a que los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro de

exámenes paraclínicos que el prestador deberá establecer en forma obligatoria para tal fin; y en su párrafo No. 2 hace referencia a que los reportes de interpretación de las mismas también deberán consignarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente dejando constancia en la historia clínica con firma del paciente.

**3.3.7 Es privada y pertenece al paciente.** Aquí se involucran los conceptos de confidencialidad y secreto profesional

- Confidencialidad: la Ley 23 en su Título II, Capítulo III, art. 34 “... es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”. Y en la Resolución 1995 de 1999 en el Capítulo I art. 1 literal a “... dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”; y en el art. 14 hace referencia también al acceso a la historia clínica “ podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previsto por la Ley: el usuario, el equipo de salud, las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos por la Ley, las demás personas determinadas por la Ley”.

- **Secreto profesional:** en el Juramento Hipocrático se estipula “... aquello que yo viere u oyere en la sociedad, durante el ejercicio, o incluso fuera del ejercicio de mi profesión, lo callaré, puesto que jamás hay necesidad de divulgarlo, considerando siempre la discreción como un deber en tales casos...”; en la Ley 23 de 1981 art. 39 “el médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional”.

### **3.4 FUNDAMENTOS DE LA HISTORIA CLINICA**

**3.4.1 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, porque, 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 sistemático; es comunicable por medio de un lenguaje específico; 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.

**3.4.2 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 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.

**3.4.3 Claridad.** Claridad es sinónimo de luz, transparencia y distinción. Constituye una característica de perfección intelectual y formal que se traduce en coherencia intelectual entre lo anotado en las páginas de la historia 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.



**3.4.4 Integridad y Estructura Interna.** No puede omitirse ninguna de sus partes constitutivas. Debe existir orden y coherencia entre las diferentes partes de la historia clínica. No solamente debe ser completa, sino estructurada en sus partes.

**3.4.5 Constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano.** Por definición, la historia clínica es la relación de eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio.

**3.4.6 Intenta encuadrar el problema del paciente.** De acuerdo con los conocimientos presentes, la queja del enfermo se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de involucrar sus síntomas, signos y documentos paraclínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces.

**3.4.7 Orienta la terapéutica.** El individuo que acude en busca de consejo y alivio a sus enfermedades se llama paciente. Quien recibe la información, la procesa y la utiliza para entregar una opinión científica y con base en ella disponer un tratamiento se llama médico. Y una de las

partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica, sea de tipo biológico o psicológico.

En la historia clínica queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica. De allí la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas.

**3.4.8 Posee un contenido científico investigativo.** La investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Y con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación únicamente. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad.

Ciertamente, en el campo terapéutico el médico se debe atener a lo dispuesto en las leyes, los códigos de ética y la Lex Artis. Por lo tanto, debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos de acuerdo a las normas de excelencia aceptadas en ese momento por la sociedad y las ciencias médicas.

**3.4.9 Adquiere carácter docente.** En la historia clínica se registran las acciones terapéuticas y de manejo médico de los pacientes. Asimismo, en

forma explícita o no, se encuentran elementos de participación del equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, todas las cuales deben ir respaldadas por la firma del responsable legal del enfermo. Además esto está contemplado en la Ley 23 de 1981 art. 1 numeral 5 “conforme con la tradición secular, el médico está obligado a transmitir conocimientos al tiempo que ejerce la profesión, con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad”.

**3.4.10 constituye importante elemento administrativo.** Por obvias razones de tipo administrativo y gerencial, la historia clínica es el documento más importante para respaldar procedimientos practicados, complicaciones sufridas y costos monetarios de quienes responden por cada enfermo.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 RESPONSABLES DE LA AUDITORIA**

Martha Yaneth González León

Ricardo Alfonso Gómez Gutiérrez

## **4.2 TIPO DE ESTUDIO**

Retrospectivo, descriptivo; utilizando las técnicas de inspección, comprobación y verificación.

## **4.3 ENFOQUE**

Para realizar la auditoria de la calidad de las historias clínicas de los usuarios de la UBA coomeva cabecera del 1 de julio al 31 de diciembre de 2007 en el servicio de consulta externa de medicina que incluye el programa de promoción y prevención, se consideró como:

**4.3.1 Unidad de análisis.** Los contenidos de las historias clínicas.

**4.3.2 Fuente de información.** La historia clínica.

**4.3.3 Universo.** Total de historias clínicas de los usuarios de la UBA coomeva cabecera desde el 1 de julio al 31 de diciembre de 2007, incluidas ambas fechas, en el servicio de consulta externa de medicina incluyendo el

programa de promoción y prevención, lo cual corresponde a 17.005 historias clínicas.

**4.3.4 Muestra.** Del total de 17.005 historias clínicas de usuarios de la UBA coomeva cabecera atendidos en consulta externa de medicina incluyendo el programa de promoción y prevención del 1 de julio al 31 de diciembre de 2007, se obtendrá una muestra representativa utilizando la técnica de muestreo computarizado en donde

$$n = \frac{S_2}{\frac{E_2 + S_2}{Z_2 * N}}$$

n : tamaño de la muestra

N: tamaño del universo

Z<sub>2</sub>: número de desviaciones estándar (1.96)

S<sub>2</sub>: Varianza muestral (0.16) significa que se desea trabajar con un 95% de confiabilidad

E<sub>2</sub>: error muestral (0.05) error estándar que se acepta

Tamaño de la muestra según el total de historias clínicas de pacientes atendidos en consulta externa de medicina incluyendo el programa de promoción y

prevención del 1 de julio al 31 de diciembre de 2007 en la UBA coomeva cabecera, con una confiabilidad del 95% y un error estándar del 5%		
IPS	Total de historias clínicas de pacientes atendidos en consulta externa y el programa de prevención y promoción del 1 de julio de 2007 al 31 de diciembre de 2007 en la UBA coomeva cabecera	Tamaño de la muestra, según tamaño de la población.
UBA coomeva cabecera	17.005	384

Obteniendo así una muestra representativa de 384 historias clínicas.

Utilizando el programa EPI-INFO versión 2002 se cargaran los números de las historias clínicas de los usuarios de la UBA coomeva cabecera atendidos en el periodo del 1 de julio de 2007 y 31 de diciembre de 2007 (17.005 historias clínicas) que consultaron en el servicio de consulta externa de medicina incluyendo el programa de promoción y prevención. Y mediante la operación de muestreo sistemático de dicho programa con un

nivel de confianza del 95% y una p de 0.05 se seleccionaran 384 historias clínicas que se evaluarán.

#### 4.4 VARIABLES

El objetivo de la auditoria de la calidad en las historias clínicas va dirigido en tres dimensiones: Estructura- normatividad y pertinencia, en donde según la resolución 1995 de 1999 se debe cumplir con unos parámetros mínimos preestablecidos que deben estar presentes en toda historia clínica. Por lo cual, se han tomado la dimensión de estructura que a su vez, está bajo el cumplimiento de la normatividad; y la dimensión de pertinencia y coherencia las cuales están en relación con el análisis de los elementos descritos en la estructura.

Por lo tanto, las variables a tener en cuenta en lo que respecta a estructura y normatividad serian las contenidas en la tabla N° 1, las cuales se les ha asignado una puntuación de acuerdo a la importancia o mayor peso para la toma de decisiones sobre la salud del paciente, en total el componente de estructura y normatividad tendrá un puntaje de 10. Las otras variables a tener en cuenta son las que tienen que ver con la pertinencia y coherencia (tabla N. 2) a las que también se les ha asignado un puntaje de 10.

El resultado de cada variable se dará tanto en un consolidado para todos los médicos, como de manera individual.

**Tabla N° 1. VARIABLES DE ESTRUCTURA Y NORMATIVIDAD**

<b>VARIABLES</b>	<b>PUNTAJE</b>
ANTECEDENTES PERSONALES	1
ANTECEDENTES FAMILIARES	1
FACTORES DE RIESGO	1
FACTORES DE RIESGO BIOSICOSOCIAL	1
EXAMEN FISICO	
ANAMNESIS	
SIGNOS VITALES	1
EXAMEN FISICO DESCRITOS	0.5
MOTIVO DE CONSULTA	1
ENFERMEDAD ACTUAL	1
AYUDAS DIAGNOSTICAS	0.5
REVISION POR SISTEMAS	1



<b>TOTAL</b>	<b>10</b>
--------------	-----------

**TABLA N. 2 VARIABLES DE PERTINENCIA Y COHERENCIA.**

<b>VARIABLES</b>	<b>PUNTAJE</b>
<b>AYUDAS DIAGNOSTICA</b>	
<b>AYUDAS DAIGNOSTICAS RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO</b>	1
<b>INTERPRETACION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS</b>	1
<b>DIAGNOSTICO</b>	
<b>DIAGNOSTICO RELACIONADO CON MOTIVO DE CONSULTA</b>	0.5
<b>DIAGNOSTICO RELACIONADO CON HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO</b>	0.5
<b>ANALISIS</b>	1
<b>PLAN DE MANEJO</b>	
<b>REGISTRA ADECUADAMENTE NOMBRE</b>	

<b>MEDICAMENTO, PRESENTACION, DOSIS Y CANTIDAD</b>	1
<b>PRESCRIPCION RACIONAL EN TIPO CANTIDAD Y DOSIS</b>	1
<b>ESTA RELACIONADO CON EL DIAGNOSTICO</b>	1
<b>ADHERENCIA A GUIAS DE MANEJO</b>	
<b>RACIONABILIDAD Y PERTINENCIA EN ORDENAMIENTO</b>	1
<b>CUMPLIMIENTO DE METAS TERAPEUTICAS</b>	1
<b>EXISTE UN PLAN DE CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE METAS</b>	1
<b>TOTAL</b>	10

## **5. CRUCE DE VARIABLES Y GENERACION DE INDICADORES**

### **5.1 GLOBALES**

Para monitorizar la calidad de las historias clínicas se proponen los indicadores cuya ficha técnica es la siguiente:

<b>FICHA TECNICA DEL INDICADOR N.1</b>
--

OBJETIVO	Identificar el porcentaje de cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a los componentes de estructura y normatividad en la historia clínica por parte de los médicos de la UBA COOMEVA Cabecera.
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a lo componentes de estructura y normatividad en la historia clínica
CATEGORIA DEL INDICADOR	Indicador de resultado
DIMENSIONES DEL INDICADOR	Eficacia, continuidad y seguridad
JUSTIFICACION	Teniendo en cuenta que el adecuado diligenciamiento de la historia clínica, no sólo es un deber del profesional de la salud como parte del acto médico, sino que es obligatorio para el cumplimiento de la normatividad. En la resolución 1995 de 1999 se establece la estructura que debe contener toda historia clínica, de manera que garantiza un interrogatorio y un examen físico completo del paciente que conduzcan al adecuado diagnóstico y tratamiento para la recuperación o mantenimiento de su salud, y que debe ser adoptada por toda institución de salud. De ahí que es imperativo que en cada institución de salud se realice un monitoreo continuo de las historias clínicas mediante la evaluación de las mismas identificando deficiencias en cuanto a estructura y cumplimiento de la normatividad en el diligenciamiento de los registros asistenciales y así poder diseñar estrategias de mejoramiento que conduzcan a la calidad en la institución.
FORMULA	Número de historias clínicas Con puntaje superior a 9 Puntos (optima) en estructura

	X 100
	Total de historias clínicas evaluadas
FOCO DE MEDIDA	Cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a los componentes de estructura y normatividad en las historias clínicas
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NIVEL DE COMPARACION	Porcentaje de cumplimiento en cuanto a estructura igual o superior al 90%
NIVEL DE DESAGREGACION	El área de consulta externa de medicina incluyendo el programa de prevención y promoción, por médico
NUMERADOR	Total de historias clínicas con puntaje superior a 9 puntos (buena)
DENOMINADOR	Total de historias clínicas evaluadas
DEFINICION DE LOS DATOS	Se definirán los siguientes datos de resultados: Optima: igual o mayor al 90% Regular: entre el 70% y 89% Mala: inferior al 70%
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Revisión de las historias clínicas y formato de consolidado de estructura y normatividad (FORMATO 02). DENOMINADOR: del formato evaluación de la calidad de las historias clínicas (FORMATO 01), se toma el dato de total de historias clínicas evaluadas.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensualmente
RESPONSABILIDAD DE GENERACION	Comité de historias clínicas

RESPONSABILIDAD DE DECISION	Comité de historias clínicas
JUSTE POR RIESGO	Historias clínicas que no estén diligenciadas porque en ese momento no hubo sistema ciklos y que no exista registro físico.

<b>FICHA TECNICA DEL INDICADOR</b>	
<b>N. 2</b>	
OBJETIVO	Identificar el porcentaje de cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas por parte de los médicos en la UBA Coomeva Cabecera.
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a pertinencia y calidad en las historias clínicas.
CATEGORIA DEL INDICADOR	Resultado
DIMENSIONES DEL INDICADOR	Eficacia, seguridad, continuidad, satisfacción
JUSTIFICACION	Siendo la historia clínica un documento de gran importancia tanto en el aspecto clínico como legal, se hace necesario y obligatorio que después de cumplir con el diligenciamiento en cuanto a estructura, esto, sirva de base para realizar un análisis correcto del paciente, de una forma coherente para tomar decisiones pertinentes que conduzcan al mejoramiento de su salud, así mismo, canalizar los recursos tanto técnico, científicos y financieros de la mejor forma, optimizando el servicio de la institución de una manera integral haciendo que se refleje con un impacto positivo en la comunidad.

FORMULA DEL INDICADOR	<p>Número de historias clínicas Con puntaje superior a 9 Puntos (optima) en pertinencia</p> <hr/> <p>Total de historias clínicas Evaluadas</p> <p style="text-align: right;">X 100</p>
FOCO DE MEDIDA	Cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a coherencia y pertinencia en las historias clínicas.
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NIVEL DE COMPARACION	Porcentaje de cumplimiento en cuanto a coherencia y pertinencia en las historias clínicas igual o superior al 90%.
NIVEL DE DESAGREGACION	El área de consulta externa de medicina incluyendo el programa de promoción y prevención, por médico.
NUMERADOR	Número de historias clínicas con puntaje superior a 9 puntos (optima) en pertinencia.
DENOMINADOR	Total de historias clínicas evaluadas
DEFINICION DE LOS DATOS	Se definirán los siguientes datos de resultados: Optima: igual o mayor al 90% Regular: entre el 70% y 89% Mala: inferior al 70%
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: revisión de las historias clínicas aplicando el formato 01 y formato de consolidado de coherencia (FORMATO 03). DENOMINADOR: del formato evaluación de la calidad de las historias clínicas (FORMATO 01), se toma el dato de total de historias clínicas evaluadas.
PRIODICIDAD DEL	Mensual

INDICADOR	
RESPONSABILIDAD DE GENERACION	Comité de historias clínicas
RESPONSABILIDAD POR DECISION	Comité de historias clínicas
AJUSTES POR RIESGO	Historias clínicas que no estén diligenciadas porque en ese momento no hubo sistema ciklos y que no exista registro físico.

## 5.2 ESPECIFICOS

VARIABLE	FORMULA	CALIFICACIÓN
DATOS DE IDENTIFICACIÓN	$\frac{\text{Nº de historias clínicas Que cumple con datos De identificación}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
MOTIVO DE CONSULTA	$\frac{\text{Nº de historias clínicas Que cumple con motivo De consulta}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
ENFERMEDAD ACTUAL	$\frac{\text{Nº de historias clínicas Que cumple con Enfermedad actual}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89%

		Total de historias Clínicas evaluadas	Malo: inferior a 70%
REVISION SISTEMAS	POR	Nº de historias clínicas Que cumple con Revisión por sistemas  _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
ANTECEDENTES PERSONALES		Nº de historias clínicas Que cumple con Antecedentes personales  _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
ANTECEDENTES FAMILIARES		Nº de historias clínicas Que cumple con Antecedentes familiares  _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
FACTORES RIESGO	DE	Nº de historias clínicas Que cumple con Factores de riesgo  _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
FACTORES RIESGO BIOPSICOSOCIAL	DE	Nº de historias clínicas Que cumple con Factores de riesgo biopsicosocial  _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
		Nº de historias clínicas Que cumple con signos Vitales(mínimo tres)	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre



SIGNOS VITALES	$\frac{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	70%-89% Malo: inferior a 70%
HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FISICO	$\frac{\text{Nº de historias clínicas Que cumple con Hallazgos positivos al Examen físico}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
AYUDAS DIAGNOSTICAS	$\frac{\text{Nº de historias clínicas Que cumple con ayudas diagnosticas}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
INTERPRETACION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	$\frac{\text{Nº de historias clínicas Que cumple con Interpretación de ayudas diagnosticas}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
AYUDA DIAGNOSTICA RELACIONADA CON EL DIANOSTICO	$\frac{\text{Nº de historias clínicas Que cumple con Ayuda diagnostica Relacionada con el diagnostico}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
DIAGNOSTICO RELACIONADO CON MOTIVO DE CONSULTA	$\frac{\text{Nº de historias clínicas Que cumple con Diagnostico relacionado Con motivo de consulta}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%

DIAGNOSTICO RELACIONADO CON LOS HALLAZGOS FISICOS	Nº de historias clínicas Que cumple con Diagnostico relacionado Con hallazgos físicos <hr/> X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
ANÁLISIS	Nº de historias clínicas Que cumple con análisis <hr/> X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
PLAN DE MANEJO SE REGISTRA ADECUADAMENTE MEDICAMENTO PRESENTACION DOSIS CANTIDAD	Nº de historias clínicas Que cumple con plan De manejo medicamento Presentación ... <hr/> X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
PRESCRIPCION ES RACIONAL EN TIPO CANTIDAD Y DOSIS	Nº de historias clínicas Que cumple con Prescripción racional <hr/> X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
PLAN DE MANEJO RELACIONADO CON DIAGNOSTICO	Nº de historias clínicas Que cumple con Plan de manejo relacionado Con diagnostico <hr/> X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%
RACIONABILIDAD Y PERTINENCIA EN ORDENAMIENTOS	Nº de historias clínicas Que cumple con Racionabilidad y Pertinencia en ordenamiento	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a

	$\frac{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	70%
CUMPLIMIENTO DE METAS TERAPEUTICAS	<p>N° de historias clínicas Que cumple con metas terapéuticas</p> $\frac{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	<p>Optimo : Igual o mayor 90%</p> <p>Regular: entre 70%-89%</p> <p>Malo: inferior a 70%</p>
PLAN DE CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE METAS CON EL PROBLEMA DEL PACIENTE	<p>N° de historias clínicas Que presentan plan de Cumplimiento y Seguimiento de metas Con el problema del paciente</p> $\frac{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	<p>Optimo : Igual o mayor 90%</p> <p>Regular: entre 70%-89%</p> <p>Malo: inferior a 70%</p>

## **6. PRESENTACION DE RESULTADOS**

La presentación de los resultados de la auditoria de la calidad de las historias clínicas en la UBA Coomeva cabecera , se hará mediante tablas y gráficos de barras , histogramas, círculos; en tres formas: la primera representa el resultado global de la evaluación de las historias clínicas en las dimensiones de estructura-normatividad y coherencia-pertinencia, lo cual corresponde a los indicadores anteriormente presentados (páginas 22 a 26); la segunda representa el resultado de cada variable evaluada tanto de estructura-normatividad como de coherencia-pertinencia del total de

historias clínicas; y la tercera representa el resultado de cada variable evaluada tanto de estructura – normatividad como de coherencia – pertinencia para cada médico de la institución.

## **7. PRESENTACIÓN DEL INFORME (RETROALIMENTACIÓN)**

Una vez aplicado el instrumento de evaluación de la calidad de las historias clínicas (FORMATO 01) y analizado sus resultados, se podrán presentar los resultados en un consolidado general de los tres aspectos evaluados en las historias clínicas: estructura, normatividad y coherencia-pertinencia, e igualmente éstos tres aspectos se analizarán de forma individual para cada médico de la UBA coomeva Cabecera.

Los resultados se presentarán mediante tablas y gráficas, tanto a los docentes del postgrado en auditoria en salud como a la parte administrativa y asistencial de la UBA en donde se realizó la auditoria.

## **8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Para llevar a cabo la auditoria de la calidad de las historias clínicas en la UBA coomeva cabecera tanto de consulta externa como del programa de promoción y prevención se procederá de la siguiente manera:

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>FECHA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Realización de anteproyecto	1 de junio a 1 de septiembre de 2007	Ricardo Alfonso Gómez Gutiérrez

		Martha Yaneth González León
Solicitar la autorización a la EPS coomeva Bucaramanga sede administrativa con el fin de tener acceso a la base de datos que contiene las historias clínicas de los usuarios de la UBA coomeva cabecera en donde se realizará el estudio de auditoria de las historias clínicas	14 de noviembre de 2007	Martha Yaneth González León  Ricardo Alfonso Gómez Gutiérrez
Una vez conocida la población objeto de estudio, se procederá a hallar una muestra representativa sobre la cual se va a realizar la auditoria de la calidad de las historias clínicas tanto de consulta externa como del programa de promoción y prevención, utilizando la técnica de muestreo computarizado del programa IPI-INFO 2002	Del 26 al 29 de noviembre de 2007	Martha Yaneth González León  Ricardo Alfonso Gómez Gutiérrez
Obtenido el tamaño de la muestra se iniciará la auditoria de la calidad de las historias clínicas tanto de consulta externa como del programa de promoción y prevención de la UBA coomeva cabecera	Del 1 de marzo al 31 de marzo de 2008	Martha Yaneth González León  Ricardo Alfonso Gómez Gutiérrez
Con la información obtenida luego de la auditoria de las historias clínicas en la UBA coomeva cabecera se hará	Del 1 de abril al 30 de abril de 2008	Martha Yaneth González León

el análisis y recomendaciones		Ricardo Alfonso Gómez Gutiérrez
Socialización de los resultados	Mayo 16 o 17 de 2008	Martha Yaneth González León  Ricardo Alfonso Gómez Gutiérrez

## 9. FLUJO DE CAJA

El presupuesto para la presente investigación:

<b>RECURSO HUMANO</b>		
GASTO POR PROFESIONAL	HORAS	VALOR EN PESOS (20.000/hora)
PLANEACION	20	400.000
REVISION BIBLIOGRAFICA	20	400.000
DISEÑO DEL PROYECTO Y DEL INSTRUMENTO	40	800.000



APLICAR INSTRUMENTO	120	2.400.000
CONCLUSIONES Y RETROALIMENTACION	20	400.000
TOTAL	220	4.400.000
<b>INSUMOS</b>		
PAPELERIA, INTERNET, ENERGIA, TINTA		1.000.000
<b>LOGISTICA</b>		
DESPLAZAMIENTOS		200.000
<b>IMPREVISTOS</b>		
		400.000
<b>TOTAL</b>		<b>6.000.000</b>

## 10. RESULTADOS

Al aplicar el instrumento de evaluación de la calidad de las historias clínicas en cuanto a estructura/normatividad y pertinencia / coherencia los resultados encontrados fueron los siguientes:

1. En cuanto al consolidado general en estructura el 25.5% (98 de 384) de historias clínicas evaluadas se encuentran en un rango óptimo de diligenciamiento, el 28% (109 de 384) de historias clínicas evaluadas se

encuentran en un rango regular de diligenciamiento en los registros, y el 46.5% (177 de 384) de historias clínicas evaluadas se encuentran en un rango malo de diligenciamiento de los registros (ver tabla No. 1 y gráfica No. 1)

**TABLA No. 1 CONSOLIDADO GENERAL EVALUACION DE ESTRUCTURA DE HISTORIAS CLINICAS (FORMATO 02)**

CALIFICACION	PORCENTAJE
OPTIMA	25.5%
REGULAR	28 %
MALA	46.5 %
TOTAL	100 %

**GRÁFICA No. 1**

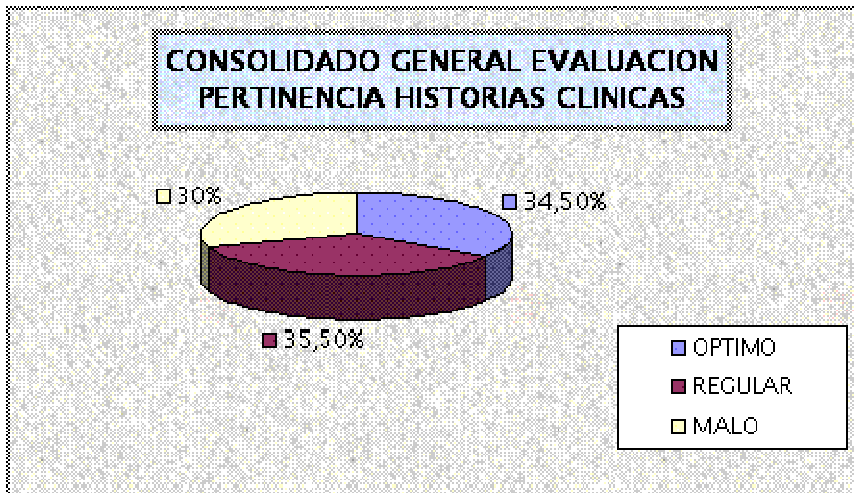


2. En cuanto al consolidado general de pertinencia/coherencia se pudo concluir que el 34.5% (132 de 384) de las historias clínicas evaluadas se encuentran en un rango óptimo, el 35.5% (136 de 384) de las historias clínicas evaluadas se encuentran en un rango regular y el 30% (116 de 384) de las historias clínicas evaluadas se encuentran en un rango malo en cuando a pertinencia / coherencia. (Ver tabla N.2 y gráfico N. 2)

**TABLA N. 2 CONSOLIDADO GENERAL EVALUACION  
PERTINENCIA HISTORIAS CLINICAS  
(FORMATO 03)**

<b>CALIFICACION</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>OPTIMO</b>	<b>34.5%</b>
<b>REGULAR</b>	<b>35.5%</b>
<b>MALO</b>	<b>30 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

**GRAFICA N. 2**



3. Del consolidado general de ítems de estructura en la evaluación de la calidad de las historias clínicas encontramos que el ítem con el más alto porcentaje de diligenciamiento fue el motivo de consulta con el 96%, seguido por los hallazgos positivos al examen físico con el 94% y la enfermedad actual con el 90%, los cuales se encuentran en un rango óptimo de diligenciamiento; es decir que, el 27 % de los ítems evaluados se encuentran en el rango de optimo. (ver Tabla N. 3 y 4, gráfico No. 3).
4. Igualmente del consolidado general de ítems de estructura de historia clínica en la evaluación se encontró que los ítems con el mas

bajo porcentaje de diligenciamiento fueron; los factores biopsicosociales con un 41%, revisión por sistemas con un 42% y factores de riesgo con un 1%, por tanto, el 46% de los ítems evaluados se encuentran en el rango malo de diligenciamiento (ver Tabla N. 3 y 4, gráfica N. 3).

**TABLA N. 3 CONSOLIDADO GENERAL POR ITEMS DE ESTRUCTURA DE HISTORIA CLÍNICA**

<b>ITEM</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>1 IDENTIFICACION</b>	<b>52%</b>
<b>2 MOTIVO DE CONSULTA</b>	<b>96%</b>
<b>3 ENFERMEDAD ACTUAL</b>	<b>90%</b>
<b>4 REVISION POR SISTEMAS</b>	<b>42%</b>
<b>5 ANTECEDENTES PERSONALES</b>	<b>82%</b>
<b>6 ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<b>54%</b>
<b>7 FACTORES DE RIESGO</b>	<b>51%</b>
<b>8 FACTORES BIOPSIOSOCIALES</b>	<b>41%</b>
<b>9 SIGNOS VITALES</b>	<b>76%</b>
<b>10 HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FISICO</b>	<b>94%</b>
<b>11 FECHA DE LABORATORIO</b>	<b>73%</b>

**GRAFICO No. 3**

**CONSOLIDADO GENERAL POR ITEM DE ESTRUCTURA DE HISTORIA CLINICA**

**TABLA No. 4 CONSOLIDADO DE CALIFICACION DE CADA ITEM DE ESTRUCTURA**

VARIABLE	FORMULA	CALIFICACIÓN	FORMULA	CALIFICACION
DATOS DE IDENTIFICACION	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de historias clínicas Que cumple con datos De identificación}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	$\frac{200}{384} \times 100$	52%
MOTIVO DE CONSULTA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de historias clínicas Que cumple con motivo De consulta}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	$\frac{369}{384} \times 100$	96%
ENFERMEDAD ACTUAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de historias clínicas Que cumple con Enfermedad actual}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	$\frac{345}{384} \times 100$	90%

REVISION POR SISTEMAS	Nº de historias clínicas Que cumple con Revisión por sistemas _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	162/384 X 100	42%
ANTECEDENTES PERSONALES	Nº de historias clínicas Que cumple con Antecedentes personales _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	315/384 X 100	82%
ANTECEDENTES FAMILIARES	Nº de historias clínicas Que cumple con Antecedentes familiares _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	209/384 X 100	54%
FACTORES DE RIESGO	Nº de historias clínicas Que cumple con Factores de riesgo _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	195/384 X 100	51%
FACTORES DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL	Nº de historias clínicas Que cumple con Factores de riesgo biopsicosocial _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	157/384 X 100	41%
SIGNOS VITALES	Nº de historias clínicas Que cumple con signos Vitales(mínimo tres) _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	292/384 X 100	76%
HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FISICO	Nº de historias clínicas Que cumple con Hallazgos positivos al Examen físico _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	361/384 X 100	94%
	Nº de historias clínicas	Optimo : Igual o		

AYUDAS DIAGNOSTICAS	Que cumple con ayudas diagnosticas _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	97/132 X 100	73%
------------------------	---	---	--------------------	-----

5. observando los resultados en el consolidado general por ítems de pertinencia en la evaluación de la calidad de las historias clínicas, vemos que el ítem con el mas alto porcentaje de cumplimiento fue realizar el diagnostico coherente con el motivo de consulta en un 98% de los casos, seguido por la ayuda diagnostica pertinente en cuanto al motivo de consulta en un 95%. (ver Tabla N. 5 y6, gráfico N. 4).

6. En pertinencia los ítems con los más bajos porcentajes fueron: análisis con un 35%, interpretación de ayudas diagnósticas con un 51% y seguimiento del problema del paciente con un 64%. (Ver Tabla N. 5 y 6, gráfica N.4).

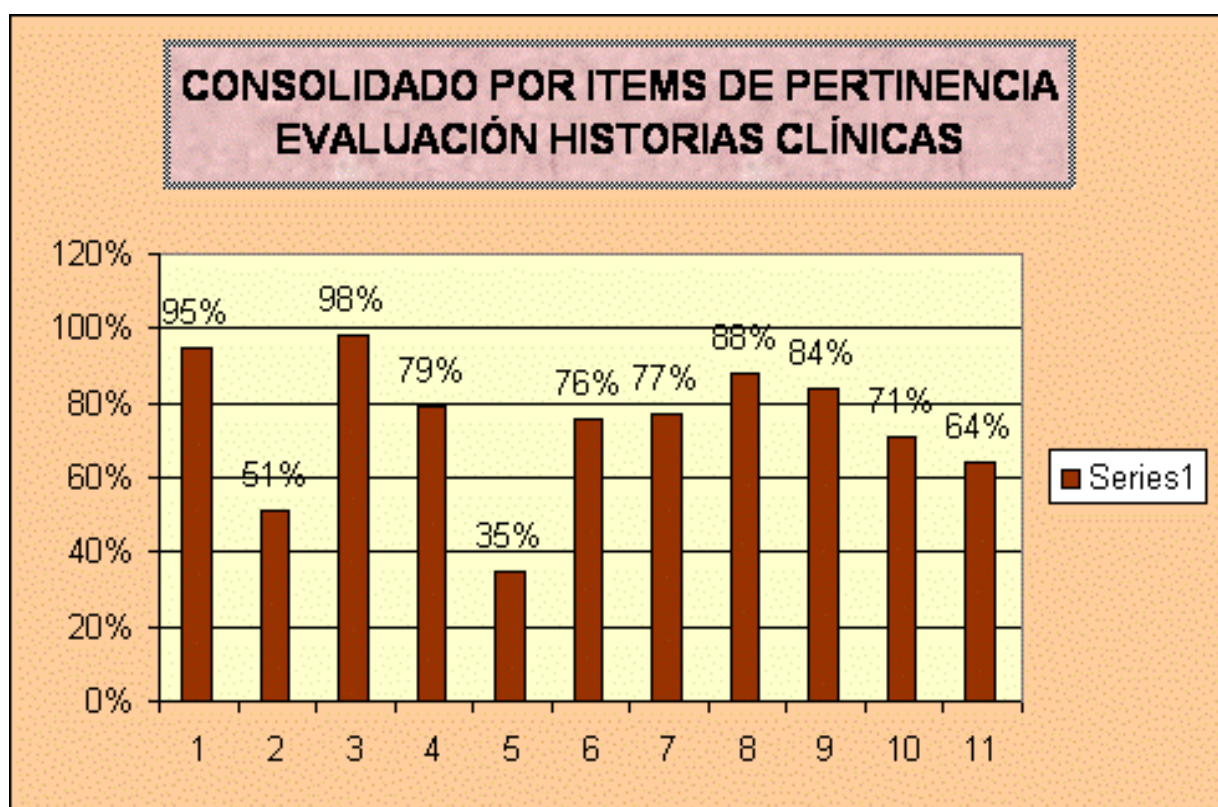
**TABLA N. 5 CONSOLIDADO GENERAL POR ITEMS DE PERTINENCIA EVALUACION DE HISTORIA CLINICA**

ITEM	PORCENTAJE
<b>Ayuda diagnostica relacionada con el diagnostico</b>	<b>95%</b>
<b>Interpretación de resultados de laboratorio</b>	<b>51%</b>
<b>Diagnostico relacionado con el motivo de consulta</b>	<b>98%</b>
<b>Diagnostico relacionado con</b>	<b>79%</b>



<b>hallazgos de examen físico</b>	
<b>Análisis</b>	<b>35%</b>
<b>Nombre de medicamentos: presentación , dosis, cantidad</b>	<b>76%</b>
<b>Prescripción de medicamentos racional en tipo cantidad y dosis</b>	<b>77%</b>
<b>Plan de manejo relacionado con diagnóstico</b>	<b>88%</b>
<b>Racionabilidad y pertinencia en ordenamientos</b>	<b>84%</b>
<b>Cumplimiento de metas terapéuticas</b>	<b>71%</b>
<b>Existencia de plan de cumplimiento y seguimiento de metas con el problema del paciente</b>	<b>64%</b>

**GRAFICA N. 4**



**TABLA No. 6 CONSOLIDADO DE CALIFICACION DE CADA ITEM DE PERTINENCIA**

VARIABLE	FORMULA	CALIFICACION	FORMULA	CALIFICACION
INTERPRETACION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de historias clínicas que cumple con Interpretación de ayudas diagnosticas}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	$\frac{68/132}{X}$	51%
AYUDA DIAGNOSTICA RELACIONADA CON EL DIAGNOSTICO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de historias clínicas que cumple con Ayuda diagnostica Relacionada con el diagnostico}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	$\frac{236/248}{X}$	95%
DIAGNOSTICO RELACIONADO CON MOTIVO DE CONSULTA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de historias clínicas que cumple con Diagnostico relacionado Con motivo de consulta}}{\text{Total de historias Clínicas evaluadas}} \times 100$	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	$\frac{375/384}{X}$	98%

DIAGNOSTICO RELACIONADO CON LOS HALLAZGOS FISICOS	Nº de historias clínicas Que cumple con Diagnostico relacionado Con hallazgos físicos _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	306/384 X 100	79%
ANÁLISIS	Nº de historias clínicas Que cumple con análisis _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	134/384 X 100	35%
PLAN DE MANEJO SE REGISTRA ADECUADAMENT E MEDICAMENTO PRESENTACION DOSIS CANTIDAD	Nº de historias clínicas Que cumple con plan De manejo medicamento Presentación ... _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	218/287 X 100	76%
PRESCRIPCION ES RACIONAL EN TIPO CANTIDAD Y DOSIS	Nº de historias clínicas Que cumple con Prescripción racional _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	227/296 X 100	77%
PLAN DE MANEJO RELACIONADO CON DIAGNOSTICO	Nº de historias clínicas Que cumple con Plan de manejo relacionado Con diagnostico _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	338/384 X 100	88%
RACIONABILIDA D Y PERTINENCIA EN ORDENAMIENTOS	Nº de historias clínicas Que cumple con Racionabilidad y Pertinencia en ordenamiento _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	322/384 X 100	84%
CUMPLIMIENTO DE METAS TERAPEUTICAS	Nº de historias clínicas Que cumple con metas terapéuticas _____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	273/384 X 100	71%

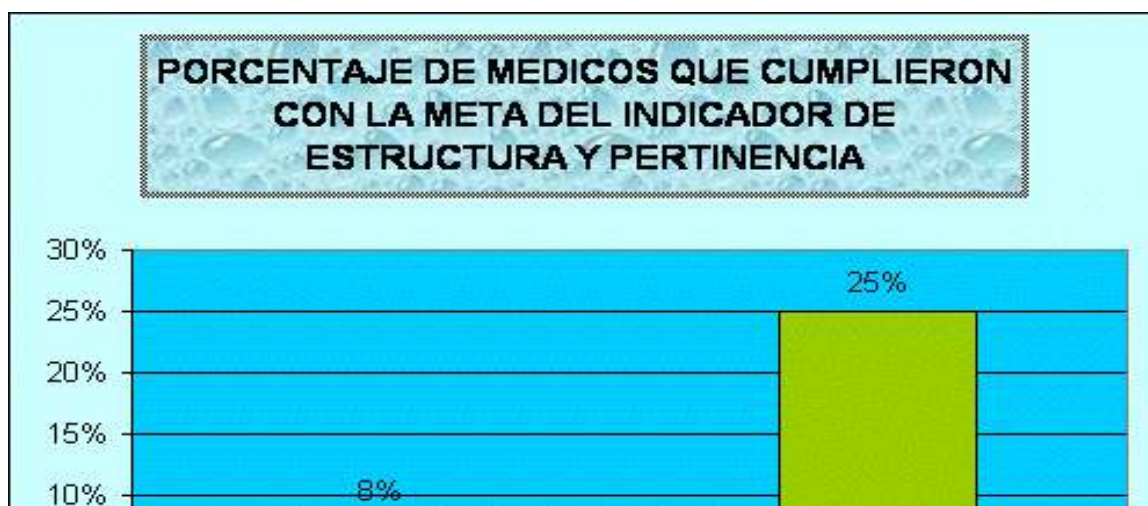
PLAN DE CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO DE METAS CON EL PROBLEMA DEL PACIENTE	Nº de historias clínicas Que presentan plan de Cumplimiento y Seguimiento de metas Con el problema del paciente	Optimo : Igual o mayor 90% Regular: entre 70%-89% Malo: inferior a 70%	246/384 X 100	64%
	_____ X100 Total de historias Clínicas evaluadas			

7. De los 12 médicos evaluados el 8% cumple con óptimo para estructura/ normatividad y el 25% de los médicos cumple con óptimo para pertinencia/coherencia. (Ver Tabla N. 7 y gráfica N. 5).

**TABLA N. 7 PORCENTAJE DE MEDICOS QUE CUMPLIERON CON LA META DEL INDICADOR EN ESTRUCTURA Y PERTINENCIA**

CLASIFICACION	PORCENTAJE
ESTRUCTURA	8 %
PERTINENCIA	25%

**GRAFICA N. 5**

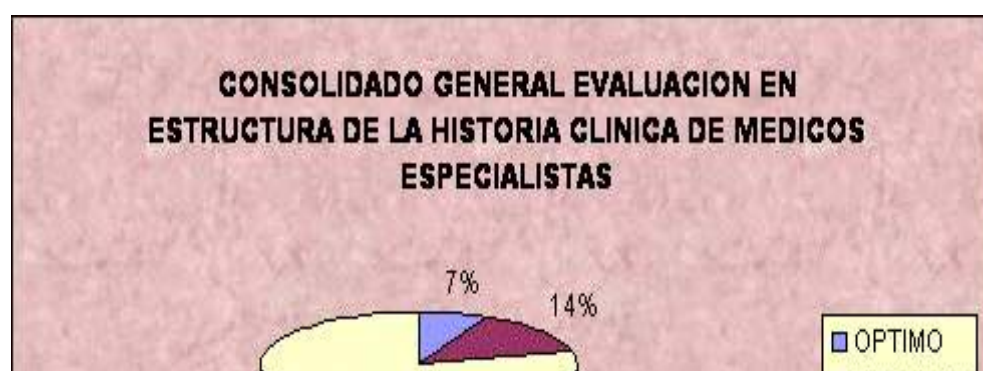


8. De los médicos especialistas el 7% cumple con óptimo en estructura/ normatividad y el 36% cumple con óptimo en pertinencia / coherencia. (ver Tabla N. 8 y gráfica N. 6)

**TABLA N. 8 CONSOLIDADO GENERAL EVALUACIÓN EN ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLINICA DE MEDICOSESPECIALISTAS**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>OPTIMO</b>	<b>7%</b>
<b>REGULAR</b>	<b>14%</b>
<b>MALO</b>	<b>79%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

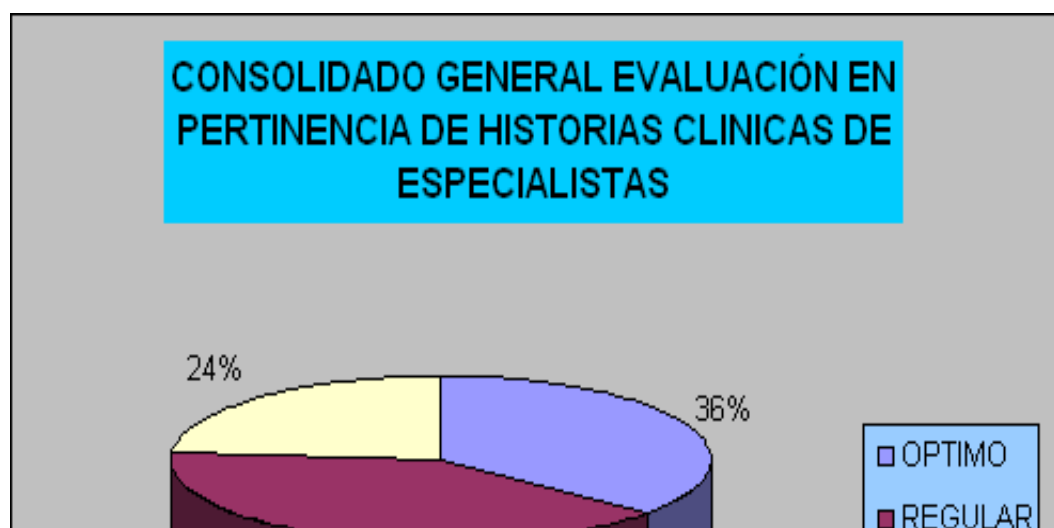
**GRAFICA N. 6**



**TABLA N. 9 CONSOLIDADO GENERAL EVALUACION EN PERTINENCIA DE HISTORIAS CLINICAS DE ESPECIALISTAS**

<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>OPTIMO</b>	<b>36%</b>
<b>REGULAR</b>	<b>40%</b>
<b>MALO</b>	<b>24%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

**GRAFICA N. 7**



9. Del consolidado general de ítems de estructura para especialistas el parámetro con mayor porcentaje de diligenciamiento fue la enfermedad con el 93%, seguido de motivo de consulta con un 82%. (Ver Tabla N. 10 y gráfica N. 8)

**TABLA N. 10 CONSOLIDADO GENERAL POR MEDICOS  
EVALUACION EN ESTRUCTURA DE HISTORIAS CLINICAS DE  
MEDICOS ESPECIALISTAS**

<b>MEDICO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>1</b>	<b>7%</b>
<b>2</b>	<b>82%</b>
<b>3</b>	<b>93%</b>
<b>4</b>	<b>43%</b>
<b>5</b>	<b>78%</b>
<b>6</b>	<b>46%</b>
<b>7</b>	<b>25%</b>
<b>8</b>	<b>7%</b>
<b>9</b>	<b>32%</b>
<b>10</b>	<b>82%</b>
<b>11</b>	<b>14%</b>

**GRAFICA N. 8**



**10.** Del consolidado de los ítems de pertinencia / coherencia el más alto porcentaje de cumplimiento fue los ordenamiento son pertinentes con un porcentaje de cumplimiento fue los ordenamiento son pertinentes con un 93% seguido el diagnóstico está relacionado con el motivo de consulta con un 89%. (ver Tabla N. 11 y grafica N. 9)

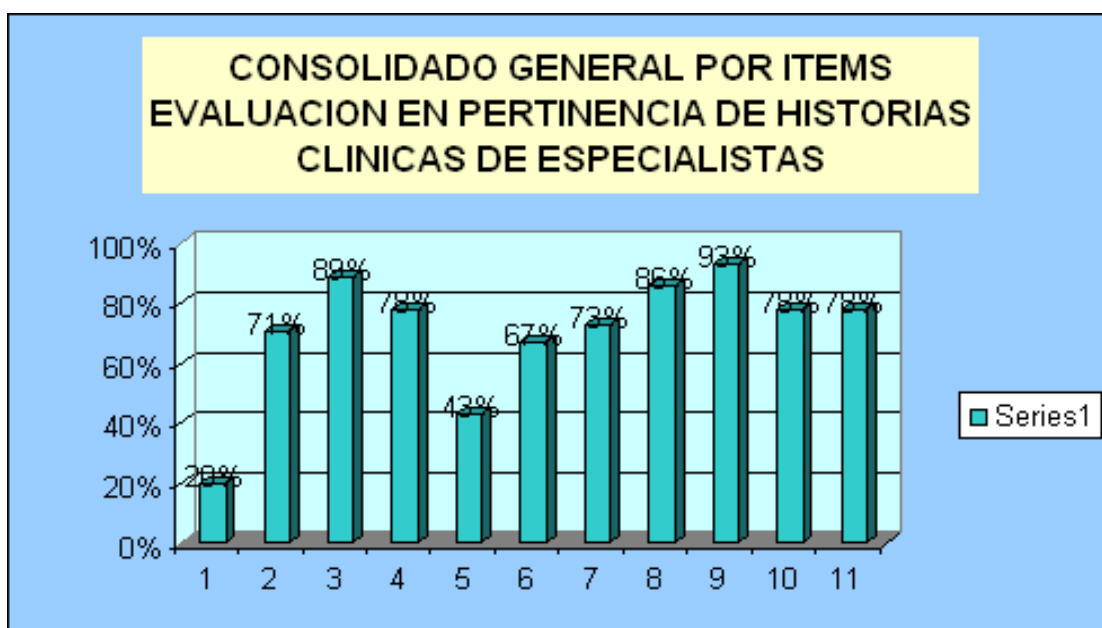
**TABLA N. 11 CONSOLIDADO GENERAL POR MEDICOS  
EVALUACION EN PERTINENCIA DE HISTORIAS CLINICAS DE  
MEDICOS ESPECIALISTAS**

<b>MEDICO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>1</b>	<b>20%</b>
<b>2</b>	<b>71%</b>
<b>3</b>	<b>89%</b>
<b>4</b>	<b>78%</b>
<b>5</b>	<b>43%</b>
<b>6</b>	<b>67%</b>



7	73%
8	86%
9	93%
10	78%
11	78%

**GRAFICA N. 9**



## 11. CONCLUSIONES

- En la auditoria realizada de las historias clínicas se encontraron deficiencias en cuanto a estructura, pertinencia y cumplimiento de la normatividad tanto en la historia clínica como en el registro de los diligenciamiento de los registros asistenciales, lo cual se traduce en una deficiente visión y análisis integral del paciente que permita identificar el problema que aqueja su salud y plantear soluciones

oportunas que conduzcan a la satisfacción del usuario y a su vez optimizando recursos.

- Se encontraron fortalezas en estructura tales como el registro del motivo de consulta y enfermedad actual, dos aspectos, que al diligenciarlos en forma optima dan una idea amplia del problema del paciente, pudiendo así indicar un tratamiento coherente al paciente.
  
- Hay una clara deficiencia en estructura en el diligenciamiento de los factores de riesgo, factores biopsicosociales y revisión por sistemas; por tanto, se debe enfatizar en éstos puntos de la historia clínica ya que representan los aspectos en donde se puede hacer promoción de la salud y prevención de la enfermedad para disminuir el riesgo de patologías de alto costo que traen consecuencias devastadoras para el paciente y grandes esfuerzo técnico-científicos y económicos para las EPS e IPS
  
- En cuanto a pertinencia la mayor deficiencia se observó en el análisis del paciente, por tanto, se debe promover la realización de este ítem; puesto que en el análisis se plantea el razonamiento de la patología del paciente, así como el tratamiento, pronóstico y seguimiento del mismo.

## **12. RECOMENDACIONES**

- Es de vital importancia el cumplimiento estricto en cuanto a estructura/ normatividad y coherencia/ pertinencia, por el carácter de documento legal que tiene la historia clínica, siendo el principal elemento probatorios en los casos de responsabilidad profesional.

- Enfatizar en la importancia de consignar la fecha de los para-clínicos y la interpretación de los mismos, ya que no solo es preponderante para apoyar el diagnóstico y el tratamiento, sino también para el proceso de facturación, pilar fundamental para el soporte de toda institución de salud.
- Socializar de manera constante a los profesionales de la salud, el proceso de concientización del correcto diligenciamiento de la historia clínica, ya que de esta manera se verá reflejado en seguridad y satisfacción del usuario, y por otra parte, en eficiencia y eficacia del servicio.
- Crear en los médicos especialistas conciencia de la importancia del óptimo diligenciamiento de la historia clínica en estructura y pertinencia, ya que, todos los miembros del equipo de salud deben estar inmersos en el proceso constante de calidad de la institución.
- Promulgar que el correcto diligenciamiento de la historia clínica es una obligación del acto médico.
- Retroalimentar los hallazgos de los comités de historias clínicas para el mejoramiento continuo.
- Socializar las guías de manejo y a su vez la evaluación del grado de empoderamiento de cada profesional a las mismas para su correcta aplicación.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Resolución 1995 de 1999. Ministerio de Salud. Colombia.
- Ley 23 de 1981. Congreso de Colombia. Bogotá 1981
- REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud: Registros Médicos e Historia Clínica. 1983 página 176.
- Yepes Restrepo Sergio. La responsabilidad civil médica. 3ª ed. Biblioteca Jurídica. Dike 1994; página 34.

- AUTORES VARIOS. Bioética, Justicia y salud. 1ª ed. Universidad el Bosque. Agosto de 2006; pagina 224.
- Juan José Nicolás. ¿Hace usted una buena historia clínica? ¿conoce los riesgos que implica? Intramed. 2007;1-4.
- Guzmán Mora Fernando. La Historia Clínica elemento fundamental del acto médico. Medspain. 2006; 1-7.
- Castaño Patricia. Congreso de Responsabilidad civil. Medellín. Julio 28 de 2000. “La Historia Clínica”.
- Ruiz Moreno “La historia Clínica como acto médico legal”. Conferencia en Cochabamba Bolivia. Septiembre de 2000.
- De Brigard Pérez Ana María. Valor jurídico de las historias clínicas. Documento. 1997. Bogotá. Colombia
- Ministerio de Salud de Colombia. “Registros médicos e historia clínica”. Bogotá. Enero de 1983
- Mejía Braulio. Auditoria Médica para la Garantía de la Calidad en Salud. ECOE ediciones. Tercera edición. Bogotá año2000. pág. 70.
- Velásquez Ferreira. Los Daños y Perjuicios en el Ejercicio de la Medicina. Biblioteca Jurídica. primera edición colombiana. 1993. pág 223.
- Criado del río María Teresa, Seoane Prado J. Aspectos Médicos legales de la Historia Clínica. Madrid. 1999.
- Juan Surós Batlló, Antonio Surós Batlló. Semiología Médica y Técnica exploratoria. Séptima edición. Masson, S.A.

# ANEXOS

FORMATO (0.1)  
EVALUACION DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS  
UBA COOMEVA CABECERA

PARTE A : ESTRUCTURA Y NORMATIVIDAD

ORDEN		
Numero HC		
Tipo de HC (C.E, Hosp, Urgs)		
FECHA DE ATENCION EVALUADA		
	RESULTADO	PONDERADO

<b>1. DATOS DE IDENTIFICACION</b>		
Cuenta con los siguientes datos de identificación del paciente actualizados: fecha de consulta, edad, género, estado civil, dirección, teléfono, ocupación, raza.	SI	1
<b>2. ANAMNESIS</b>		
cuenta con motivo de consulta	SI	1
La enfermedad actual describe cronológicamente la sintomatología, causa aparente de su estado de salud	SI	1
<b>2.a Revisión por sistemas:</b> indaga sobre otras afecciones presentes en el paciente en otros sistemas corporales	SI	1
<b>2.b Antecedentes personales:</b> indaga sobre antecedentes personales relacionados con el motivo de consulta	SI	1
<b>2.c Antecedentes familiares:</b> indaga sobre antecedentes familiares relacionados con el motivo de consulta	SI	1
<b>2.d Factores de riesgo:</b> Indaga sobre alimentación, tabaquismo, alcohol, ejercicio	SI	1
<b>2.e Factores biosociales:</b> indaga sobre factores biosociales	SI	1
<b>3. EXAMEN FISICO</b>		
<b>3.a Signos vitales:</b> Explora mínimo tres signos vitales (TA, FC, FR, T°, Peso)	SI	1
En el examen físico están descritos los hallazgos positivos de la enfermedad	SI	0,5
<b>4. AYUDAS DIAGNOSTICAS</b>		
Se consigna la fecha de los resultados de laboratorio	SI	0,5
<b>TOTAL</b>		10
<b>CALIFICACION ESTRUCTURA</b>	<b>OPTIMA</b>	<b>OPTI MA</b>

RECOMENDACIONES DEL AUDITOR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OPTIMA : IGUAL O MAYOR A 9  
REGULAR : 7 - 8.9  
MALA: MENOR A 7

**PARTE B: COHERENCIA Y PERTINENCIA**

<b>1 AYUDAS DIAGNOSTICAS</b>		
La ayuda esta relacionada con el diagnostico	SI	1
Se realiza interpretación de los resultados de laboratorio	SI	1
<b>5. DIAGNOSTICO:</b> Se describe Idx, Dx, con las siguientes características		
<b>5.a</b> Esta relacionado con el motivo de consulta	SI	0,5
<b>5.b</b> Esta relacionado con los hallazgos del examen físico	SI	0,5
<b>6. ANALISIS:</b> Esta relacionado con la enfermedad actual, antecedentes, examen físico, y conducta farmacológica	SI	1
<b>7. PLAN DE MANEJO:</b>		
<b>7.a</b> Registra adecuadamente: Nombre del medicamento , presentación, dosis y cantidad	SI	1
<b>7.b</b> La prescripción es racional en tipo , cantidad y dosis	SI	1
<b>7,c</b> esta relacionado con el diagnostico	SI	1
<b>8 ADHERENCIA A GUIAS DE MANEJO</b>		
<b>8.a</b> Racionabilidad y pertinencia en ordenamientos	SI	1
<b>8.b</b> Cumplimiento de metas terapéuticas	SI	1
<b>8.c</b> Hay un plan de cumplimiento y seguimiento de metas con el problema del paciente	SI	1
<b>TOTAL</b>	SI	10
<b>CALIFICACION COHERENCIA - PERTINENCIA</b>	<b>OPTIMO</b>	



RECOMENDACIONES DEL AUDITOR

---

---

---

---

OPTIMO : IGUAL O MAYOR A 9  
REGULAR : 8 - 9.9  
MALA: MENOR A 7

<b>FORMATO 02</b> <b>CONSOLIDADO DE ESTRUCTURA/ NORMATIVIDAD</b>	
<b>OPTIMO</b>	
<b>REGULAR</b>	
<b>MALA</b>	
<b>TOTAL</b>	

<b>FORMATO 03</b> <b>CONSOLIDADO DE COHERENCIA / PERTINENCIA</b>	
<b>OPTIMO</b>	
<b>REGULAR</b>	
<b>MALA</b>	
<b>TOTAL</b>	

