

**ANALISIS DE LA EVALUACION DE LA HISTORIA CLINICA DIGITAL EN UNA
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, EN EL PERIODO DE
2014 ANTES Y DESPUES DE ACCION DE MEJORA**

Autores

VICTOR RAUL GUEVARA SALDAÑA

ANA CRISTINA VALENCIA GALLEGO

MILENA VELASQUEZ PARRA

Trabajo de grado para optar el título de Gerencia de IPS

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PÚBLICA
GERENCIA DE IPS
MEDELLIN
2015

CONTENIDO

	Pág.
1 INTRODUCCION.....	6
2 RESUMEN.....	8
3 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	9
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
3.2 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	10
4 MARCO TEORICO DE APROXIMACION AL TEMA.....	11
4.1 MARCO CONCEPTUAL.....	13
4.2 REFERENTES NORMATIVOS.....	15
5 OBJETIVOS	16
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
6 DISEÑO METODOLOGICO PRELIMINAR.....	17
6.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
6.2 TIPO DE ESTUDIO	17
6.3 CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN	17
6.4 POBLACIÓN DE REFERENCIA.....	17
6.4.1 Diseño muestral.....	18
6.4.2 Criterios de inclusión	26
6.4.3 Limitaciones y dificultades	26
6.5 TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION.....	27
6.5.1 Fuentes de información.	27
6.5.2 Instrumentos de recolección de información.....	27
6.5.3 Proceso de obtención de datos	28
7 CONCLUSIONES.....	29
8 CONSIDERACIONES ETICAS.....	31
9 BIBLIOGRAFIA.....	32

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1 Codificación de las variables semestre 1 del 2014	20
Tabla 2 Codificación de las variables semestre 2 del 2014	23

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Variables solicitadas en el llenado del historial clínico	18
Figura 2 Porcentaje de cumplimiento de los criterios de evaluación primer semestre 2014 sin plan de mejoramiento	19
Figura 3 Porcentaje de cumplimiento de los criterios de evaluación segundo semestre 2014 luego del plan de mejora	22
Figura 4. Diagrama de variables	25

GLOSARIO

HISTORIA CLINICA: La historia clínica es considerada un documento de vital importancia que está establecido en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 y en la resolución 1995 de 1999 del ministerio de salud; es un documento privado, en el cual se registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente. El diligenciamiento de este documento llevara a reflejar la calidad de atención al paciente y al profesionalismo médico.

CARACTERISTICAS DE HISTORIA CLINICA: **profesionalidad** que es la capacidad para la gestión de una excelente historia clínica. “**LEX ARTIS AD HOC**”; es la denominada ejecución conforme a normas estrictas de excelencia, a pesar de las múltiples limitaciones. **Objetivo de ayuda** es todo aquello transcrito en la historia clínica digital y **licitud** considerada como documento indispensable cobijado dentro de la misma normatividad jurídica.

ACCIONES DE MEJORA SOBRE DILIGENCIAMIENTO DE LAS HISTORIAS CLINICAS: Son un conjunto de actividades que se ejecutan al observar posibles fallas en el diligenciamiento, como son estudios pre y pos a los resultados obtenidos.

VARIABLES DE LA HISTORIA CLINICA A ANALIZAR: Tipo de evolución, subjetivo, objetivo, análisis, plan de evolución/educación al usuario.

RESULTADO DEL ANALISIS: Cuya finalidad es la toma de decisiones, imponer condiciones y concientizar al personal médico.

PACIENTE: considerado como la persona que padece físicamente y se encuentra bajo atención médica.

CALIDAD EN SALUD: De acuerdo al decreto 1011 de 2006 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.

1 INTRODUCCION

Las Historias clínicas digitales tienen gran innovación tecnológica y social. Gracias a estos avances ha sido posible optimizar la historia clínica. No obstante se presentan profesionales médicos que aún no diligencian a cabalidad este documento, a pesar de ser de obligatorio cumplimiento en el ejercicio médico y ser inherentes a su profesión.

Esto, llevaría a cuestionar el conocimiento que tiene el profesional de la salud en relación al software de cada IPS y de cómo se utiliza. Siendo responsabilidad de la institución prestadora de servicios de salud la socialización y la implementación de estos procesos. Mediante el Decreto 2174 de 1996(1) se organizó el sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema de seguridad social en salud en Colombia en el cual se establecieron unos objetivos; desarrollar un sistema de información sobre la calidad, vigilancia y control, para contribuir a la calidad de información de los pacientes. Además específica que la Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector y que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981(2), corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica. No obstante se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 80 de 1989(3).

El presente trabajo de grado para optar al título de especialista en gerencia de IPS, basado en el análisis de la evaluación del diligenciamiento de la historia clínica digital en una institución prestadora de servicios de salud en el periodo de 2014 antes y después de acción de mejora, presenta un soporte conceptual del estado de la calidad del registro, de igual forma una breve presentación del marco legal que cobija los lineamientos de la temática planteada y busca fomentar análisis crítico de la información clínica diligenciada en el periodo planteado anteriormente, a su vez se presentan conclusiones dentro del mismo para evitar futuros errores, identificando el ítem en el cual se presentan el mayor número de inconsistencias.

2 RESUMEN

Este trabajo es un estudio descriptivo que se realizó con el fin de analizar la evaluación de las historias clínicas digitales elaboradas por el personal de salud en el servicio de hospitalización de una IPS en la ciudad de Medellín, teniendo en cuenta el diligenciamiento en el periodo 2014 antes y después de acción de mejora; fueron importantes la descripción de las variables como lo son: tipo de evolución, subjetivo, objetivo, análisis, plan de evolución/educación al usuario y justificación. Se seleccionaron aleatoriamente ciento treinta y cuatro historias con el fin de verificar su diligenciamiento e identificar posible dificultades para su aplicación.

Una vez recolectada la información fueron recopilados los datos para el respectivo análisis del cumplimiento en el diligenciamiento de la historia clínica digital.

Los registros diligenciados en las historias clínicas digitales recolectadas son el centro de todas las actividades asistenciales, a lo que se refiere a la utilización de la información de cada uno de los pacientes; una historia clínica diligenciada adecuadamente y con buena calidad ha de evaluar apropiadamente los servicios de salud prestados. En este caso el análisis de las muestras recolectadas expone algunas dificultades e inconsistencias como son; falta de orden y secuencia cronológica, registro de examen físico y análisis del estado clínico del paciente. Por lo tanto este trabajo pretendió tener una mirada crítica y constructiva, convirtiéndose de esta manera en la prueba documental que evaluó el nivel de calidad entre el periodo 2014 antes y después de acción de mejora.

Palabras claves: historia clínica, registros médicos, calidad en la atención en salud, ítem, diligenciamiento

3 FORMULACION DEL PROBLEMA

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para la IPS de estudio es fundamental el diligenciamiento adecuado de la historia clínica por parte del personal de salud que interviene en la prestación del servicio para garantizar la calidad en la atención y el sostenimiento financiero.

El no diligenciamiento o el diligenciamiento incompleto e inadecuado de la historia clínica representa riesgos importantes para la institución; a nivel administrativo, como objeciones por parte de los pagadores que afectan los ingresos económicos, a nivel jurídico por ser la historia clínica un documento legal y en la prestación misma de los servicios de salud, por falta de información certera y de calidad para la toma de las decisiones en el manejo del paciente.

Implementar acciones de mejora que impacten en la calidad de los registros, mediante un análisis de las evaluaciones obtenidas entre los dos periodos del año 2014 se hacen necesarios para:

- En primer lugar mejorar la calidad de atención a los pacientes
- En segundo lugar proteger la institución de riesgos legales institucionales y del personal de atención en salud.
- Y por último disminuir los riesgos financieros generados por glosas o no pago de servicios por malos diligenciamientos de las historias clínicas.

3.2 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La evaluación de las historias clínicas en el primer y segundo semestre del 2014, arrojaron datos importantes que deben de ser analizados con el fin de determinar cuáles son los aspectos más necesitados de intervención y cuáles serían las estrategias más efectivas para lograr una notable mejora en la calidad del registro; lo que fundamenta el proyecto.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Cuáles son los ítems con menor porcentaje de cumplimiento en el diligenciamiento en las evaluaciones de las historias clínicas en el primer y segundo semestre del 2014 y cuál será la estrategia para mejorarlo.

4 MARCO TEORICO DE APROXIMACION AL TEMA

La Historia Clínica es uno de los elementos más relevantes en la relación médico paciente, el cual se encuentra consagrado en la ley 23 de 1981(2) en el artículo IV que dice: “la relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, legal y autentico...”

Partiendo de lo anterior la historia clínica es una de la formas de relación con el paciente y es también una de las formas del registro del médico y a su vez de archivo en la entidad prestadora de servicio en salud, la cual posee unos ítems que la identifican peculiarmente como lo son:

Profesionalidad, practicada únicamente por el personal médico, el cual debe tener respeto y ética profesional a la hora de su elaboración ya que es considerado un documento confidencial entre la relación médico paciente.

Relevancia, para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

Planificación, para la atención del paciente, transformándola en una herramienta de evaluación del personal médico y de la institución donde se prestan dichos servicio.

Llegalidad, documento que puede ser usado como elemento probatorio de primer orden si la ley así lo requiere.

Normatividad, elaboración sugerida con los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.

Objetividad con respecto a la ayuda al paciente, significan todos los aspectos que transcriben la historia clínica. (Deducido de República de Colombia, ministerio de salud, registros médicos e historia clínica página 176)

No obstante partiendo de lo anterior no se puede dejar atrás las características decretadas por el gobierno nacional las cuales son contempladas en el artículo 3 de la resolución 1995(4)

Integralidad, definida como la reunión de información de carácter científico, técnico y administrativo allí es probable abordar temas personales, familiares, psicológicos y sociales.

Secuencialidad: Se debe tener secuencia cronológica.

Racionalidad científica: Como bien su nombre lo especifica es la aplicación de criterios científicos de forma racional y compleja.

Disponibilidad: Es la viabilidad de poder hacer uso de la historia clínica siempre y cuando se necesite y bajo la normatividad establecida.

Oportunidad: Es diligenciar el servicio prestado de manera rápida después de la atención al paciente.

Más que un complemento de las características de la resolución en Colombia las leyes relacionadas con aspectos de la historia clínica son:

Ley 23 de 1981

Constitución nacional artículo 15

Resolución 058 de 2007

Resolución 2003 de 2014

Resolución 1995 del 8 de julio de 1999

Según la normatividad anterior, en el presente trabajo se hará referencia de contenidos de la ley que se relacionan con el objetivo y justificación de esta investigación.

4.1 MARCO CONCEPTUAL

EQUIPO DE SALUD: Son los profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del usuario.

COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA: Motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes patológicos, antecedentes quirúrgicos, antecedentes farmacológicos, antecedentes familiares, antecedentes alérgicos, revisión por sistemas, diagnóstico, plan y tratamiento.

REGISTRO CRONOLOGICO: Condiciones del paciente, actos médicos y procedimientos.

ACCESO A TERCEROS: Historia clínica tiene acceso a terceros con autorización del paciente y en los casos previstos por la ley.

HISTORIA CLINICA CONSIDERADO COMO DOCUMENTO: Documento legal privado, obligatorio y sometido a reserva.

CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA:

- **INTEGRIDAD:** Aspectos científicos, técnicos y administrativos.
- **SECUENCIALIDAD:** Cronológicamente.
- **RACIONALIDAD CIENTIFICA:** Diligenciamiento lógico, claro y completo de los procedimientos.
- **DISPONIBILIDAD:** En condiciones de la ley, diligenciamiento simultáneo o inmediato. Significa además que cuando se requiere, debe estar disponible sujeto a los permisos de la ley para su consulta o diligenciamiento.

QUIEN REGISTRA EN LA HISTORIA CLINICA: Quienes atienden al usuario como lo son, profesionales de la salud; las acciones realizadas (observaciones, conceptos, decisiones, resultados)

COMO ESTA COMPUESTA LA HISTORIA CLINICA:

- **IDENTIFICACION DEL USUARIO:** Datos personales.
- **REGISTROS ESPECIFICOS:** datos del paciente obtenidos en los diferentes servicios
- **ANEXOS:** Documento de sustento legal, técnico, administrativo y científico.

4.2 REFERENTES NORMATIVOS

RESOLUCION 1995 DE 1999(4): Considerando como documento privado, obligatorio y sometido a absoluta reserva a la historia clínica ; en el cual se registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el personal médico que interviene en su atención. Dicho documento puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

LEY 23 DE 1981 CODIGO DE ETICA(2): Artículo 33- las prescripciones médicas se harán por escrito; artículo 34 la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado de absoluta reserva.

DECRETO 2200 DE 2005(5): Tiene por objeto regular las actividades y/o Procesos propios del servicio farmacéutico. medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico) y cumpliendo los requisitos expuestos y con los contenidos que determina la norma .

DECRETO 3380/ley 23 de 1981(6): Habla de las relaciones del médico con el paciente y la relación de la historia clínica en dicha relación (Artículo 12. El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla.) Y de las relaciones del médico con su entorno como colegas, estado entre otros.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer los resultados de la evaluación de las historias clínicas digitales generadas en la IPS de estudio, durante el año 2014, con el fin de identificar las deficiencias recurrentes y la implementación de acciones de mejora necesarias.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Encontrar la especialidad en el servicio de hospitalización con menor porcentaje en el diligenciamiento.
- Construir planes de mejora para la retroalimentación en cuanto al proceso de diligenciamiento de la historia clínica digital.
- Deducir las posibles fallas en el diligenciamiento desde el punto de vista de la actitud y aptitud por parte del personal de salud.

6 DISEÑO METODOLOGICO PRELIMINAR

6.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo ya que describe lo que es en el momento puesto no se busca determinar una hipótesis ni hacer predicciones, su principal objetivo determinar las principales características del objeto de estudio, retrospectivo, determinando la variación en la evaluación entre los dos periodos del año 2014.

6.3 CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

La recolección de la información se hará de fuentes primarias y secundarias, ya que en primera instancia esta la recopilación de datos existentes en bases de datos digitales sobre historias clínicas de pacientes que tuvieron un proceso de seguimiento, de igual forma se tomaran otros datos de primera fuente de un proceso de auditoría de eficiencia en las historias clínicas y tras analizar los datos obtenidos se podrá evidenciar hallazgos respecto a esto.

Al Tener todos los datos sistematizados se hará un informe documental de la investigación, afrontando la forma pura que plantea la teoría con la realidad encontrada.

6.4 POBLACIÓN DE REFERENCIA

Historias clínicas de una institución prestadora de servicios de salud de tercer nivel en el servicio de hospitalización año 2014.

6.4.1 Diseño muestral

Una vez definidas las etapas de la investigación anteriormente mencionadas en el numeral 6, y definidas las observaciones en ellas, el muestreo se toma de 134 historias clínicas comprendidas entre los periodos 1 y 2 del año 2014, referidas a 67 por semestre de un muestreo aleatorio simple aprobado como utilidad del elemento.

Estas serán enfrentadas a diferentes variables (cuantitativas discretas y continuas) claves solicitadas en el llenado del historial clínico sistematizado, de forma que se les asignan variables de 1 si cumple, o 2 si no cumple, refiriéndose a si son diligenciadas adecuadamente o no correspondientemente.

Las variables designadas a evaluar en cada historial diligenciado para cada paciente son:

Figura 1 Variables solicitadas en el llenado del historial clínico

		1	2	3
Preguntas ó Items a Verificar	NOMBRE DEL MÉDICO	GODOFREDO DUQUE	MARIO VELEZ	LUIS FELIPE VANEGAS
	ESPECIALIDAD	MEDICINA INTERNA	ORTOPEDIA	CIRUGIA GENERAL
	N° HC - Ingreso	619672	610816	449068
Hospitalización				
	Tipo de Evolución	2	2	2
	Subjetivo	1	1	1
	Objetivo	1	1	1
	Análisis	1	1	1
	Plan de evolución / Educación al usuario	2	1	2
	Justificación	2	1	1
Observaciones				
Cumple	Total	3	5	4
No Cumple	Total	3	1	2
No Aplica	Total	0	0	0

Figura 2 Porcentaje de cumplimiento de los criterios de evaluación primer semestre 2014 sin plan de mejoramiento

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
Cumple	221	56%	
No cumple	174	44%	
Total de Criterios calificables	395	100%	

PONDERACIÓN	NIVEL
0	No Aplica
1	Cumple
2	No Cumple

Hospitalización			
Criterios	Cumple	No Cumple	No Aplica
Tipo de Evolución	47	20	0
Subjetivo	46	21	0
Objetivo	36	31	0
Análisis	47	20	0
Plan de evolución / Educación al usuario	34	33	0
Justificación	11	49	7

ANÁLISIS DEL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE 2014 SIN PLAN DE MEJORAMIENTO

- Los ítems con menor cumplimiento para este periodo son: Justificación con el 73.1 % de no cumplimiento y Plan de evolución / educación al usuario con un 49.3%. Según lo descrito dentro del manual, en estos puntos se requiere de la mayor compromiso por parte del profesional de la salud, en ellos estos debe quedar plasmado el por qué se toman las conductas medicas; basados en los resultados de las ayudas diagnosticas (imágenes, laboratorios, cultivos entre otros) y en la condición clínica descrita en los ítems de subjetivo y objetivo, lo que demuestra un reto mayor para el

profesional que deberá entonces en la historia clínica demostrar toda su experticia, conocimiento y experiencia en el manejo clínico del paciente .

Tabla 1 Codificación de las variables semestre 1 del 2014

Hospitalización						
Criterios	Cumple	No Cumple	No Aplica	Total	% Cumple	% No Cumple
Tipo de Evolución	47	20	0	67	70,1%	29,9%
Subjetivo	46	21	0	67	68,7%	31,3%
Objetivo	36	31	0	67	53,7%	46,3%
Análisis	47	20	0	67	70,1%	29,9%
Plan de evolución / Educación al usuario	34	33	0	67	50,7%	49,3%
Justificación	11	49	7	67	16,4%	73,1%
Total				402		

- En el primer semestre 2014; la variable tipo de evolución evidencia un notable cumplimiento equivalente a un 70.1%, mientras que en el segundo semestre decae siendo la variable que menos cumple con un 72% de no cumplimiento. Lo cual quiere decir que no hubo ningún tipo de mejora del primer semestre al segundo semestre 2014.
- La variable subjetivo se mantiene estable, lo que se evidencia en su porcentaje que fue poco variable cumplimiento en el primer semestre de 68.7% frente a un no cumplimiento del 31.3% correspondientemente en el segundo semestre la variación fue de cumplimiento un 66% y no cumplimiento un 28%.

DESCRIPCION DE PLAN DE MEJORAMIENTO

1. **CARPETA ILUSTRADA:** Se crea una carpeta en físico con; normatividad vigente relacionada con el diligenciamiento de la historia clínica (decreto 2200/2205 y RESOLUCION 1995 DE 1999) por ser estas las más representativas e importantes, normatividad relacionada con los contenidos del plan obligatorio de salud y el instructivo de diligenciamiento de la historia clínica avalado por el comité de historias clínicas de la institución evaluada
2. **SOCIALIZACION PERSONALIZADA:** Se hace socialización personalizada a los especialistas de la institución con mayor número de pacientes atendidos hospitalizados, utilizando la carpeta ilustrativa y dando una explicación simple y puntual de la importancia del diligenciamiento adecuado de todos los ítems de la historia clínica y en especial de aquellos con menor cumplimiento, haciendo énfasis en la importancia de la seguridad del paciente y riesgos legales así como financieros
3. **REGISTRO DE SOCIALIZACION PERSONALIZADA:** se diligencia formato de asistencia por parte del profesional a quien se le hace la socialización.

4. EVALUACION DE HISTORIAS CLINICAS

Figura 3 Porcentaje de cumplimiento de los criterios de evaluación segundo semestre 2014 luego del plan de mejora

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
Cumple	224	59%	
No cumple	154	41%	
Total de Criterios calificables	378	100%	

PONDERACIÓN	NIVEL
0	No Aplica
1	Cumple
2	No Cumple

Hospitalización			
Criterios	Cumple	No Cumple	No Aplica
Tipo de Evolución	15	48	4
Subjetivo	44	19	4
Objetivo	43	20	4
Analisis	44	19	4
Plan de evolución / Educación al usuario	40	23	4
Justificación	38	25	4

De los porcentajes de cumplimiento de los criterios de evaluación queda claridad que en el primer semestre 2014 cumplió un 56% y en el segundo semestre cumplió un 59%; lo cual traduce que no hubo un cambio notable, solo se evidencia un 3% de mejoría frente al cumplimiento. El no cumplimiento permanece casi estable en ambos periodos 44% en el primer semestre, frente a un 41% en el segundo semestre, un 3% de no cumplimiento.

Tabla 2 Codificación de las variables semestre 2 del 2014

Hospitalización						
Criterios	Cumple	No Cumple	No Aplica	Total	% Cumple	% No Cumple
Tipo de Evolución	15	48	4	67	22%	72%
Subjetivo	44	19	4	67	66%	28%
Objetivo	43	20	4	67	64%	30%
Análisis	44	19	4	67	66%	28%
Plan de evolución / Educación al usuario	40	23	4	67	60%	34%
Justificación	38	25	4	67	57%	37%
Total				402		

La variable objetivo, presenta una mejoría en el segundo semestre evidenciada por un 64 % de cumplimiento con respecto a un 53.7% de cumplimiento en el semestre 1, a su vez un no cumplimiento mucho menor en el segundo semestre equivalente a un 30% con respecto a un 46.3% en el primer semestre.

La variable análisis de cumplir en un 70.1% en el primer semestre paso a cumplir menos en el segundo semestre con un 66% representativo; no obstante su no cumplimiento no tuvo una mayor significancia ya que permaneció casi estable en ambos periodos con un 29.9% en el primer semestre frente a un 28% en el segundo semestre.

La variable plan de evolución / educación usuario mejoro en el segundo semestre con un cumplimiento del 60% y un no cumplimiento del 34% , en comparación al semestre 1, que evidencia un estado muy igual del no cumplimiento y del cumplimiento, con porcentajes respectivamente del 50.7% frente a un 49.3%.

En la justificación se aprecia claramente que cumplieron menos en el primer semestre y más en el segundo semestre con porcentaje comparativo de 16.4% cumple (primer semestre) y 57% cumple (segundo semestre). Al igual que en el no cumplimiento, primer semestre 73.1% y segundo semestre 37%.

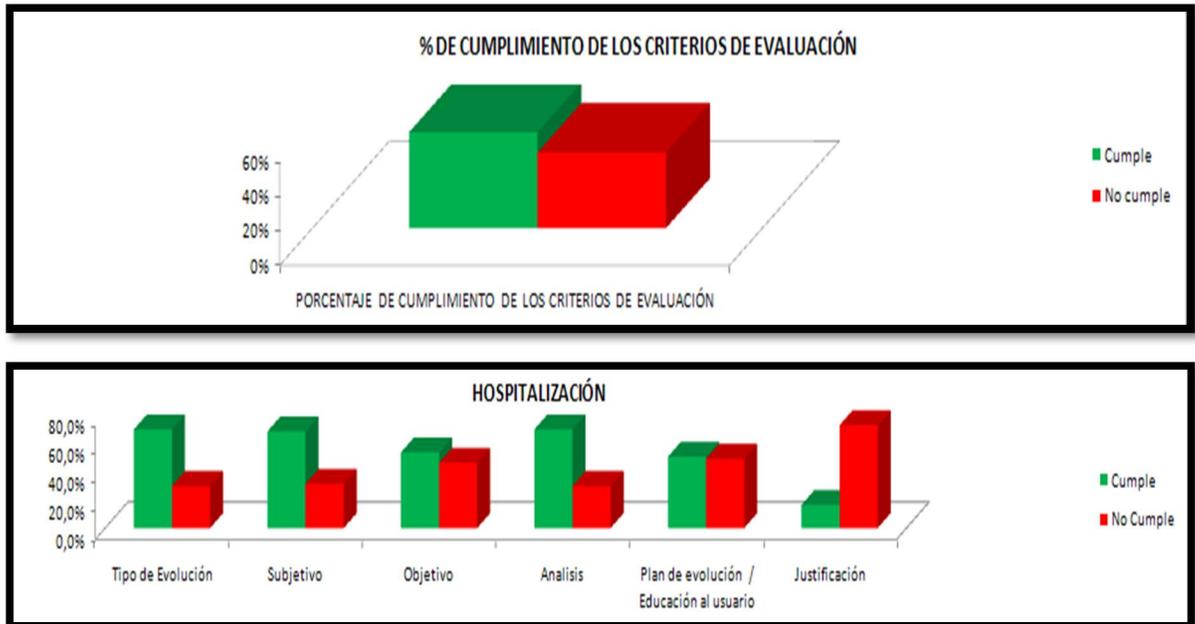
6.4.1.1 Descripción de las variables

Como ya se mencionó anteriormente las 6 variables fundamentales tenidas en cuenta son

- 1) **Tipo de evolución:** despliega un menú y Este paso es necesario para poder dar inicio a la evolución etc. según el caso, esta es de obligatoriedad para poder continuar con las otras variables y dar inicio a la evolución
- 2) **Subjetivo:** Este campo es digitalizable y se utiliza para describir lo que el paciente refiere en sus propias palabras, respecto a su patología.
- 3) **Objetivo:** Este campo es digitable y se utiliza para describir lo que el médico interroga de manera objetiva al paciente, con respecto a la evolución de su enfermedad.
- 4) **Análisis:** (IMPRESIÓN DIAGNOSTICA) En este campo describimos la situación clínica del paciente y hacemos una aproximación al diagnóstico
- 5) **Plan de evolución / educación al usuario:** Describe cual es la conducta tomada, según la patología del paciente. Es importante aclarar que no son las órdenes médicas.
- 6) **Justificación:** en el caso que el paciente aún se encuentra hospitalizado se justifica el motivo por el cual se continúa.

6.4.1.2 Diagramas de variables

Figura 4. Diagrama de variables



6.4.1.3 Tablas de variables

Las 6 variables fueron analizadas en cada una de las historias clínicas previstas para el caso en la cual se obtuvieron el cumplimiento de los registros como se muestra en la siguiente tabla.

Con un cumplimiento del 60% y un no cumplimiento del 34%, en comparación al semestre 1, que evidencia un estado muy igual del no cumplimiento y del cumplimiento, con porcentajes respectivamente del 50.7% frente a un 49.3%.

En la justificación se aprecia claramente que cumplieron menos en el primer semestre y más en el segundo semestre con porcentaje comparativo de 16.4%

cumple (primer semestre) y 57% cumple (segundo semestre). Al igual que en el no cumplimiento, primer semestre 73.1% y segundo semestre 37%.

6.4.2 Criterios de inclusión

- Historias clínicas diligenciadas en periodos posteriores al actual
- Historias clínicas de pacientes atendidos en la IPS de estudio entre el primer periodo y segundo periodo del 2015
- Historias clínicas que proceden de los diferentes servicios de la institución como lo son: cirugía general, medicina interna, cirugía plástica, ortopedia, infectología, medicina interna, otorrino, neumología, electrofisiología, hematología, cardiología, ginecología, neurocirugía, orl, ginecoobstetricia, neurointervencionismo, c interv, md interna, cx gral, urología, neurocx.

6.4.3 Limitaciones y dificultades

- La auditoría es excluyente ya que no todas las historias pueden ser analizadas.
- Se hace necesaria la ayuda y asesoría de un auditor externo con experiencia en el campo médico.
- El tamaño de la muestra constituye una limitación, ya que son tomados en el servicio de hospitalización, lo que no posibilitará generalizar los resultados a obtener.
- El diseño a aplicarse que no es experimental, limitará establecer relación causa-efecto y solo establecerá una relación simple.
- Otro factor es la limitada empatía que puede existir al entrevistar al personal médico, para hacer un análisis más detallado de la situación, que es absolutamente imposible de lograr.

6.5 TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION

La investigación se valida por el hecho que la información es verificable ya que se obtienen de fuentes fidedignas, teniendo en cuenta los objetivos sobre la profundización del trabajo.

6.5.1 Fuentes de información.

Son las unidades estadísticas que tomaremos como elementos que componen la población estudiada, igualmente para el caso las personas a las que se les ha hecho una historia clínica en la IPS de estudio, siendo los pacientes la población que hace parte del objeto observado que es la historia médica.

Cada objeto de estudio es recopilado, analizado en variables agrupadas y evaluadas con caracteres numéricos de atributo (no cuantitativas), (1 cumple, 2 no cumple, 0 no aplica) con el fin de crear un totales y determinar porcentajes estadísticos.

Las fuentes siendo estas los medios por el cual la información es obtenida serán secundarias estando ya presente en datos pre-elaborados teniendo la característica de ser pertinente, fidedigna y de confianza.

6.5.2 Instrumentos de recolección de información

Las fuentes.

- **Base de datos:** la organización tiene un software que mediante una base de datos en la cual después que los profesionales de la salud han recolectado información a través de fuentes primarias (sus pacientes), es clasificada y digitalizada, la cual fue solicitada

a la organización y evaluada bajo un formato externo de control de calidad, en el que se evaluaron las variables que lo constituyen

6.5.3 Proceso de obtención de datos

Para obtener procesos sistemáticos, lo cual genera un logro de los objetivos son necesarios lineamientos específicos para la recolección de los datos, dentro de los cuales está en primer lugar la observación de las ocurrencias de la situación real, clasificando acontecimientos de acuerdo a lo previsto y según el análisis que se estudia.

Que: Se debe hacer un análisis de la situación antes y después; para contrarrestar futuras fallas; teniendo presente las variables y sus características.

Quien: El grupo de estudiantes de Gerencia de IPS, como equipo pionero y piloto del análisis del problema.

Como: Mediante método descriptivo cuantitativo; cuyo principal objetivo determinar las principales características del objeto de estudio, retrospectivo determinando la variación en la evaluación entre los dos periodos del año 2014. Mediante la técnica de un software utilizado en la IPS de estudio que cuenta con las herramientas necesarias y cuyo modelo es el adecuado para el análisis correspondiente.

Cuando: En el desarrollo de la especialización se logró complementar paso a paso el análisis para el logro de los objetivos.

7 CONCLUSIONES

- Las historias clínicas no eran diligenciadas en su totalidad omitiendo posible información de vital relevancia.
- Los resultados conocidos en el análisis de las historias clínicas digitales generadas en la IPS de estudio durante el año 2014, fueron de poco compromiso por parte del personal médico ya que se evidenció una mejora poco significativa entre ambos periodos; deficiencias como omisión por parte del personal al debido diligenciamiento de las mismas.
- El porcentaje de cumplimiento de los criterios de evaluación seleccionados en la muestra alcanzo el 56%. El 44% restante no cumplieron con los criterios.
- Para el primer periodo de 2014, el criterio **Justificación**, obtuvo el nivel más alto de los que no cumplen, registrando el 73.1%, seguido de el **plan de evolución** con el 49.3%, el objetico con un 46.3%.
- Para el segundo periodo de 2014, el criterio **Tipo de evolución**, alcanzo el nivel más alto de los que no cumplen, registrando el 72%, seguido de **justificación** con el 37%, el **Plan de evolución** con un 34%.
- Del estudio se Deduce que las posibles fallas en el diligenciamiento obedecen a: desde el punto de vista de la actitud y aptitud por parte del personal de salud.
- Se deben implementar planes de mejoramiento para las deficiencias detectadas en la evaluación de las historias clínicas.

- Se encontraron deficiencias en cuanto a la pertinencia y cumplimiento de la normatividad tanto en las historias clínicas como del personal de salud, lo cual traduce a una falencia de análisis integral del paciente.
- Se debe socializar con los profesionales de la salud para lograr un proceso de concientización para hacer mejor el diligenciamiento de la historia clínica digital, ya que es la mejor manera de brindarle un servicio eficiente y efectivo y con seguridad a los pacientes.
- Crear conciencia a los miembros del equipo de salud, para un proceso de constante calidad para la IPS de estudio.
- Retroalimentar en comités para posibilitar un mejoramiento continuo.

8 CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo con la resolución número 1995 de 1999 del Ministerio de Salud(4), se realizó el análisis según artículos relevantes, en los cuales se consideró de riesgo mínimo el análisis del trabajo ya que es netamente de carácter deductivo de acuerdo a lo analizado en el software de las historias clínicas digitales en la IPS de estudio; por tanto estos son estudios retrospectivos que emplean el registro de datos a través de información clara y concisamente comunes consistentes en mirar historias clínicas de los individuos en los que no se manipulo la conducta del sujeto.

Los aspectos éticos de la investigación se rigen por los principios fundamentales y las directrices establecidas en el código de Núremberg de 1947(7), la declaración de Helsinki, pautas internacionales para el análisis biomédica relacionada con los seres humanos(8) y la ley 23 de 1981 de Colombia(2).

Este trabajo se llevó a cabo una vez se obtuvo la debida autorización del Comité institucional de investigación del CES – Facultad de medicina.

9 BIBLIOGRAFIA

1. Colombia. Decreto 2124 de 1996, noviembre 28. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantías de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial No. 42.931, del 3 de diciembre de 1996.
2. Colombia. Ley 23/1981 de 18 de febrero, Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Diario Oficial No. 35.711, del 27 de febrero de 1981.
3. Colombia. Ley 80/1989, diciembre 22, Por la cual se crea el Archivo de la Nación y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1989.
4. Colombia. Ministerio de la protección social. Resolución 1995 de 1999, julio 8, Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Bogotá: El Ministerio; 1999.
5. Colombia. Decreto 2200 de 2005, junio 28. Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Presidente; 2005.
6. Colombia. Decreto 3380 de 1981. Por el cual se reglamenta la ley 23 de 1981. Bogotá: El Presidente; 1981.
7. Tribunal Internacional de Nuremberg. Código de Nuremberg [Internet]. 1947. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/1MnW6qu>
8. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2008. Recuperado a partir de: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

