ADHERENCIA AL ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS EN UNA IPS DE SEGUNDO NIVEL DE SANTANDER DE QUILICHAO-CAUCA, PRIMER TRIMESTRE 2021.

ALEXANDRA YULIETH
MARTINEZ

MILTON FABIAN NAVIA GOMEZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE
DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD
PEREIRA
2021

ADHERENCIA AL ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS EN UNA IPS DE SEGUNDO NIVEL DE SANTANDER DE QUILICHAO-CAUCA, PRIMER TRIMESTRE 2021.

ALEXANDRA YULIETH
MARTINEZ

MILTON FABIAN NAVIA GOMEZ

Trabajo para el título de Especialista en Auditoria servicios de salud.

Nombre del asesor temático

DORA CRISTINA BUITRAGO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE
DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD
PEREIRA
2021

ANDINA
rsitaria del Área Andina

Tabla de contenido

1 INTRODUCCIÓN 7

2 PROBLEMA 8

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 8
2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 9

3 JUSTIFICACIÓN 10

4 ANTECEDENTES 11

5 OBJETIVOS 13

5.1 OBJETIVO GENERAL 13
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 13

6 MARCO TEÓRICO 14

6.1 MARCO CONCEPTUAL 15
6.2 MARCO NORMATIVO 16

7 METODOLOGÍA 17

7.1 TIPO DE ESTUDIO 17
7.2 POBLACIÓN 17
7.3 UNIDAD DE ANÁLISIS 17
7.4 MUESTRA 18
7.4.1 Marco muestral 18
7.4.2 Tamaño de muestra 18
7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN 18
7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 18
7.7 VARIABLES 18
7.8 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 19
7.9 PLAN DE ANÁLISIS 19
7.10 RESULTADOS ESPERADOS 20
7.11 COMPONENTE BIOÉTICO 20
7.12 IMPACTO SOCIAL O/Y INNOVACIÓN, O RESPONSABILIDAD SOCIAL 21

ÁREA ANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

ANDINA
rsitaria del Área Andina

8 RESULTADOS **22**

9 DISCUSIÓN **23**

10 CONCLUSIONES **24**

11 RECOMENDACIONES **25**

12 BIBLIOGRAFÍA **26**

13 ANEXOS **27**

13.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO 27
13.2 INSTRUCTIVOS 27
13.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN 27
13.4 CRONOGRAMA 27
13.5 PRESUPUESTO 27

ANDINA
rsitaria del Área Andina

Lista de tablas

Tabla número 1 marco normativo

Tabla número 2 variables

Tabla número 3 resultados

ANDINA
rsitaria del Área Andina

Lista de gráficas

ANDINA
rsitaria del Área Andina

1 INTRODUCCIÓN

La adherencia al estándar historia clínica y registros es uno de los principales elementos en la calidad de los servicios de una Institución prestadora de servicios en salud, y se encamina, desde varios puntos de vista o criterios de aplicación y cumplimiento frente a la dimensión de calidad y organización institucional.

Con esta investigación pretendemos enfatizar en la importancia de la historia clínica como documento legítimo y de seguimiento dentro del entorno de la salud, permitiendo al personal de salud un adecuado diligenciamiento, buen registro, el cual no solo servirá como aporte académico sino también de seguimiento al diagnóstico de los pacientes como tal.

Nuestra propuesta es a través de la auditoría de las historias clínicas y los registros de pacientes hospitalizados en el mes de enero a marzo del año 2021 al servicio de hospitalización adultos de un Hospital de segundo nivel del municipio Santander de Quilichao Cauca, verificar el diligenciamiento oportuno y real en el software de la institución de cada uno de los registros que allí se encuentran soportados, cuya finalidad es la de revisar los registros encontrados y sus principales hallazgos, posteriormente generar acciones y planes de mejora, buscando fortalecer la atención segura y de calidad, aportando a todos los programas institucionales, teniendo en cuenta y concientizando al personal que aquí labora, la importancia en la adherencia al estándar de historia clínica y registros y de manera voluntaria y responsable. (1) (2)

Esta investigación se encamino hacia la medición en la adherencia al estándar de historia clínica en el personal de la salud, y la conceptualización de la historia clínica y registros como un documento de suma importancia y responsabilidad, en el ámbito de la salud. Este sencillo, pero efectivo elemento hace grandes diferencias positivas en la aplicación de los servicios para que los profesionales puedan llevar el historial clínico del paciente, consignados en los archivos estadísticos de las instituciones tales como patologías, las prácticas y tratamientos a los que ha sido sometido en situaciones específicas hasta el momento de su última consulta, la medicación indicada y eventos adversos en los procesos de atención. La historia clínica cumple entonces un rol central en la determinación del proceso de atención del usuario en los servicios de salud. (3) (4)

ANDINA
rsitaria del Área Andina

2 PROBLEMA

2.1 Planteamiento del problema

Desde los inicios de la edad media se ha tenido la necesidad de llevar un registro escrito de forma precisa y ordenada la experiencia de los médicos la enfermedad de algunos pacientes de manera individual, y es de esta manera que nace la historia clínica referente a la calidad de la información registrada no se tiene archivos de mayor confiabilidad.

“El seguimiento a la evaluación de la adherencia del estándar de historias clínicas y registros en el servicio ha sido una preocupación desde el ejercicio de la administración hospitalaria, la dirección y organización de las mismas.
La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se toma un registro desde un tiempo ascendente las condiciones de salud del paciente, los procedimientos médicos y las demás acciones ejecutadas por el equipo de salud que interviene en su atención. Este documento puede ser conocido por terceros únicamente previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley". (5)

En tanto que, los registros en salud, son la base de las historias clínicas debido a la cantidad de información de manera confidencial y verídica, es importante resaltar que así mismo el personal de la salud responde a obligaciones laborales y judiciales por no incumplir al correcto diligenciamiento de las notas de enfermería.

Hay una relación estrecha entre la calidad de la atención prestada y la calidad en el registro de las historias clínicas. Desde tiempo atrás el personal asistencial y las autoridades de los establecimientos asistenciales han dedicado esfuerzos al ordenamiento de la historia clínica, registro y al constante buen diligenciamiento de ellas, así como de concientizarse que a nivel sanitario y legal representan un requerimiento para nuestra funcionalidad como IPS. Se le pide a todo el equipo asistencial la mejor calidad de ese documento que, es la única forma que hay para analizar la evolución de una patología en los pacientes o usuarios.
Quien escudriñe y evalúe una historia clínica puede evaluar qué clase de atención recibe el usuario. De ahí que el primer comité que se crea en la mayoría de las IPS sea el de historias clínicas. La gestión de calidad debe ser encargada con criterio de equidad y de justicia. (5)

Cedeño y col., en Ecuador muestran que el 89% no cumplen con las normas para registro correcto de los formularios, alcanzando altos porcentajes de incumplimiento en la hoja de administración de medicamentos, hoja de signos vitales y ninguna historia clínica cumplió´ con reportes médicos de calidad. (2)

La historia clínica es uno de los elementos clave elemento clave, obligatorio y necesario para que el ejercicio profesional de los equipos de salud sea de calidad, tanto desde lo asistencial como en lo administrativo ya que actúa como una guía en el manejo clínico del paciente.

ANDINA
rsitaria del Área Andina

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el grado de adherencia al estándar de las historia clínica y registros de los pacientes en los servicios de hospitalización adultos en un hospital de segundo nivel de Santander de Santander de Quilichao-cauca, primer trimestre 2021?

ANDINA
rsitaria del Área Andina

3 JUSTIFICACIÓN

A través de este proyecto de investigación pretendemos mostrar la importancia de la historia clínica como documento, en el entorno de la salud, es un elemento de mayor relevancia y con significado, simple pero efectivo y que hace claramente una diferencia positiva en la práctica pudiendo garantizar que los profesionales de la salud puedan conocer, reconocer y llevar un registro exacto del historial médico del paciente, así como también los diagnósticos, prácticas y tratamientos a los que han sido o serán sometidos frente a momentos específicos de su salud, y en su estancia en los servicios hospitalarios como las indicaciones medicamentosas o cualquier evento o efecto adverso dado en el proceso de atención, así entonces la historia clínica cumple un rol principal para determinar el proceso en la atención del usuario en los servicios de salud. (7)

Es importante señalar que la presente investigación abarca una revisión de la diferente normatividad y literatura de mayor relevancia en la auditoría de historias clínicas de nuestro sistema de salud, así como de los criterios de evaluación de la calidad.

A pesar del esfuerzo que implica el desarrollo de guías de práctica clínica, muchos estudios demuestran una baja tasa en la adherencia hacia ellas, tanto para las condiciones crónicas, como para las agudas. Estos estudios que han evaluado diferentes estrategias de diseminación e implementación entre los profesionales de la salud han demostrado que la diseminación pasiva de materiales educativos es altamente inefectiva, mientras otras estrategias como la auditoría y retroalimentación de los resultados, los recordatorios a partir de historias clínicas electrónicas y los programas con intervenciones múltiples sobre los profesionales de la salud son altamente efectivas. (3)

El adecuado registro en las historias clínicas y registros anexos a ellas, son importantes para el usuario porque mantiene, apoya y mejora la calidad de la atención en el ámbito sanitario, por ello se necesita una adecuada y acertada fuente de información del estado clínico de los pacientes.

Este documento ayuda desde su evolución para toma de decisiones y de origen legal, constituyéndose en un aporte permanente al equipo sanitario ya que proporciona información en el actuar clínico y a la investigación.

La sistematización de los registros médicos permite respaldar el diagnóstico y tratamiento de pacientes, realizados por los profesionales de salud. Además, permite la calidad en la atención en las instituciones de salud y hay un acceso rápido a la información, aunque está a su vez puede ser vulnerada o alterada según afirmaciones médicas, ya que el medio digital posibilita un ingreso fácil a este valorable instrumento

ANDINA
rsitaria del Área Andina

(4).

Es por ello que se propone auditar las historias clínicas y sus registros de pacientes adultos ingresados en los meses de enero a marzo del año 2021 al servicio de hospitalización del Hospital Francisco de Paula Santander del municipio Santander de Quilichao Cauca, verificando el diligenciamiento oportuno y real en el software de la institución de cada uno de los registros que allí se encuentran soportados, cuya finalidad es la de revisar los registros encontrados y sus principales hallazgos, posteriormente generar acciones y planes de mejora, buscando fortalecer la atención segura y de calidad, aportando a los diferentes programas institucionales, teniendo en cuenta y concientizando al personal que aquí labora la importancia de adherirse al estándar de historia clínica y registros y de manera voluntaria y responsable.

.

ANDINA
rsitaria del Área Andina

4 ANTECEDENTES

La historia clínica tiene orígenes en la medicina griega y mítico-religioso donde la medicina se ejerce en donde los Asclepios (seguidores o médicos del dios de la medicina Asclepio) transmitían las consultas en forma de oráculo y es así como en el templo Epidauro (ciudad griega) se encuentran lápidas, se encuentra escrito el nombre del enfermo y el mal que padece, estos documentos son las primeras prehistorias. (5) El Hipócrates inglés, sentó´ las bases de la medicina clínica, es decir, el estudio de los síntomas y de los signos mediante un método empírico y de observación. Se considera como el documento más importante después del enfermo, juega un importante papel en la formación del alumnado como la disciplina más doctrinal y de mayor proyección formativa. (3)

Se han realizado algunos estudios en Perú, en diferentes establecimientos de salud y contextos socioculturales, y se encontró resultados heterogéneos en el registro de historia clínica, donde la mayoría de ellos tenía deficiencia en la calidad de registro de datos (4,5). De esta manera se generan acciones correctivas al momento de realizar una auditoría.

En la nueva era y en sus cimientos tecnológicos se nos permiten abarcar múltiples enfoques entre ellos la salud del ser humano, sus estudios son innumerables y nos permite considerar archivar dichas investigaciones.

La sistematización de la información en los registros médicos permite respaldar el diagnóstico y tratamiento de pacientes una vez realizados por los profesionales de salud. Además, gracias a ella es valorable la calidad en la atención en las instituciones de salud y hay un acceso rápido a la información, aunque ésta a su vez puede ser vulnerada o alterada según afirmaciones médicas, ya que el medio digital posibilita un ingreso fácil a este importante instrumento (4).

La historia clínica como documento es de principal ayuda en la consigna de los datos médicos del paciente, constituye un gran instrumento de ayuda para la revisión y seguimiento en la atención, ya que los profesionales en salud tenemos acceso fácil a ello y en auditoría nos permite verificar una entrada permanente y con calidad de los usuarios a las instituciones de salud.
El manejo correcto y buen diligenciamiento en las historias clínicas contribuyen a gestionar la buena atención de los usuarios. Una herramienta importante para mejorar la calidad de historias clínicas de manera consciente y responsable es tener en cuenta las sugerencias y planes de mejora de las auditorías de registro de historias clínicas (5).
Contribuye a la investigación, estadísticas y formación de nuevos profesionales en salud
En la Historia Clínica se puede evidenciar el ejercicio profesional de salud, desde lo asistencial, investigativo y docente, permitiendo el análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales en salud. Por tanto, se le pide a todo el equipo asistencial la mejor

calidad de ese documento que, es la única forma que hay para analizar la evolución de una enfermedad, además de las ventajas administrativa y médico legal que esta contiene.

De la auditoría para las historias clínicas como proceso que se lleva en esta institución de salud se encuentra información primordial para el fortalecimiento de los procesos asistenciales y se tienen en cuenta el cumplimiento en el correcto diligenciamiento y obedeciendo de forma objetiva la información que estas deben contener (6),

Brevemente podemos afirmar que la historia clínica debe contener una vasta información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y registrarlo, su adecuado tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia a los diferentes servicios de salud.

Se debe hacer de forma rutinaria, permitiendo detectar y corregir los déficits de la información en las historias revisadas. Otro objetivo puede consistir en la evaluación de la calidad de la documentación y el correcto diligenciamiento de las historias para detectar las deficiencias y proponer planes de mejora en futuras situaciones.

En síntesis, la revisión global de los documentos médicos, aparte de complementarlo como requisito, también juega un papel importante en lo legal, donde se pueden detectar insuficiencias y salvaguardar a la institución y su cuerpo sanitario de muchas demandas e implicaciones legales (7)

Los profesionales sanitarios son responsables de la gestión y custodia de la documentación asistencial que se genere. Es decir, la custodia de la historia clínica de los pacientes que cada profesional de enfermería tiene a su cargo es de su entera responsabilidad.

Los registros de los actos se consignan a diario en este importante documento, es una tarea esencial para dar una adecuada calidad en la atención ayudando para el desarrollo de la profesión. Por tanto, los profesionales de la salud, deben conocer no sólo el adecuado cumplimiento de los registros sino también la legislación vigente que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud. Debemos registrar por responsabilidad jurídica, moral, respeto a los derechos de pacientes, desarrollo de la Enfermería y ante todo por su responsabilidad profesional de los que tengan acceso a ella. (8)

La aplicación y ejecución de las guías de manejo clínicas, en los servicios de salud contribuyen al mejoramiento de la calidad de la atención, la efectividad en las decisiones clínicas y la disminución de los costos. El protocolo sobre registros clínicos, define las normas que se deben tener en cuenta para el manejo de cada uno de los formatos existentes en la historia clínica, siendo una herramienta metodológica, basada en la evidencia científica.

Los registros de enfermería son de vital importancia en el día a día de los servicios de salud, son útiles para justificar la realización de procedimientos, así como responsabilizar y respaldar decisiones y actividades de cada profesional y acontecidas con cada paciente atendido; también constituyen un requisito para el desempeño profesional de enfermería, se deben conocer y ejecutar correctamente, para que se conviertan en soportes objetivos cuando se requieren procesos evaluación y auditoría de los servicios donde se ejecuten. (9)

ANDINA
rsitaria del Área Andina

El personal de salud es sujeto de derecho y, como tal, de responsabilidades e implicaciones de índole legal, “si las acciones de enfermería no están bien registradas, no le sirven de documento a un abogado defensor”. (3)
En Colombia existe un marco legal, amplio que establece las directrices para la apertura, diligenciamiento y archivo de los registros clínicos**.** (3)

Así mismo con relación al personal de enfermería la Ley 911 de 2004, en el capítulo V establece la responsabilidad que tiene con los registros clínicos como herramienta fundamental para evidenciar los cuidados planeados y ejecutados según las necesidades de cada paciente, de su cuidado y conducta a seguir; “el profesional de enfermería exigirá y además adoptará los formatos,medios de registro que respondan a las necesidades de información que se deba establecer acerca de los cuidados de enfermería que se prestan a los sujetos de cuidado, según los niveles de complejidad, sin perjuicio del cumplimiento de las normas provenientes de las directivas institucionales o de autoridades competentes”. (4)

Silvera-Fajardo, expone que ha de registrarse la información diaria del paciente y, en cada turno, anotar lo necesario. Estos datos proporcionan información para actualizar el plan de cuidados. Las notas tienen que ser fuente constante de información para el personal de enfermería, estos escritos bien diseñados y redactados con precisión será de valor inestimable para un abogado defensor y proporcionarán pruebas a los tribunales, ante una demanda. (5)

De acuerdo a lo establecido por la legislación y por la práctica médica, la historia clínica debe contener:

1) La fecha correspondiente a cada uno de los asientos en ella efectuados, en orden cronológico y la identificación de cada uno de los profesionales que los realizan, con indicación de su especialidad.

2) El dato que identifica al paciente y de integrantes de su grupo familiar, representantes legales, apoyos en información social relevante.

3) Los antecedentes médicos y sanitarios relevantes del paciente –genéticos, fisiológicos y patológicos.

4) El registro claro y preciso de cada acto realizado por los profesionales y auxiliares intervinientes, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas, realizados sobre la base de

nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

5) Los instrumentos que den cuenta del consentimiento informado del paciente para prácticas que lo requieren (art. 59,CCyCN) o su revocación o de la negativa a recibir determinado tratamiento o a ser informado sobre su estado de salud o su revocación; en el caso de pacientes adolescentes, debe agregarse la información relativa a su información y opinión respecto de las prácticas médicas realizadas (art. 26,CCyCN).

6) El registro del consentimiento del paciente o de sus representantes legales, así como del profesional interviniente, para la futura divulgación de datos vinculados con la atención del paciente con fines académicos, así como de su eventual revocación

7) El asiento de las directivas anticipadas del paciente o del otorgamiento de mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad (art. 60, CCyCN), que el paciente hubiera dispuesto y que hubieran sido comunicadas al centro asistencial.

Cada asiento por los profesionales intervinientes importa la certificación del hecho del que da cuenta. (6)

“Dado que la historia clínica debe contener un registro unificado de la atención médica del paciente por las distintas áreas de un centro asistencial, lo habitual es que la historia clínica presente las siguientes secciones:1) Información de identificación y datos personales del paciente, incluyendo los vínculos conocidos; 2) Hoja médico legal en la que se asientan los datos de apertura del registro, la información médica obtenida al tiempo de la interacción inicial médico-paciente en el centro asistencial, signos vitales, sintomatología, lesiones, motivo de consulta, etcétera, y provisión de información a los pacientes adolescentes (conf. art. 26,CCyCN y pautas de la Organización Panamericana de la Salud –OPS–); 3) Hoja de guardia, en la que se detalla la información anterior pero en forma específica para los supuestos de ingreso por esa vía; 4) Antecedentes médicos, en la que se registran datos relevantes sobre enfermedades o intervenciones quirúrgicas existentes en la biografía del paciente, antecedentes familiares, etcétera; 5) Registros de evolución y tratamiento; 6) Interconsultas; 7) Hoja de enfermería, que debe guardar lógica correspondencia con las indicaciones terapéuticas establecidas en los asientos de evolución por el médico tratante; 8) Parte quirúrgico, con el detalle de la evolución del paciente durante la intervención, hasta su estabilización y agregación del consentimiento informado; 9) hoja de epicrisis, confeccionada por el médico tratante cuando ello es necesario; 10) ficha epidemiológica, y 11) Otras informaciones relevantes en la atención del paciente, como por ejemplo el resultado de la consulta a un Comité de Ética Hospitalaria.” (6)

Farfán, en Colombia realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar y describir las características de los registros de enfermería que hacen parte de Expedientes de un Tribunal Departamental Ético de Enfermería , para ello se hizo uso de un estudio de

análisis documental a través del cual se revisaron 46 expedientes y se analizaron las características encontradas en 674 registros de Enfermería en relación a los 7 tipos de registros correspondiente a: hoja de signos vitales, líquidos administrados y eliminados , informe de administración de medicamentos , hoja de notas de Enfermería, de recibo y entrega de turno , valoración neurológica y valoración cutánea , utilizando el mismo instrumento para todos los registros a través de una lista de chequeo con 19 ítems de calidad. Los resultados muestran que el 76% de los registros evaluados incumplió al menos 1 de los ítems propuestos en la lista de chequeo, en cuanto al registro de la hoja de signos vitales solo 25 registros cumplen con todos los ítems de los 39 registros evaluados, el registro de informe de administración de medicamentos solo 11 registros cumplen con todos los ítems de los 93 registros evaluados, en cuanto a la hoja de notas de enfermería solo 23 registros cumplen con todos los ítems de los 311 registros evaluados y en cuanto al registro de hoja de líquidos administrados y eliminados solo 48 registros cumplen con todos los ítems de los 89 registros evaluados. (10)

ANDINA
rsitaria del Área Andina

5.OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Evaluar el nivel de adherencia al estándar de historia clínica y registros de los pacientes del servicio de hospitalización adultos en un Hospital de segundo nivel de Santander de Quilichao – Cauca, primer trimestre 2021.

5.2 Objetivos específicos

Identificar las posibles fallas en el diligenciamiento de las historias clínicas, confrontando la normatividad y el instrumento creado para su revisión.

Establecer un plan de mejora con respecto a la información revisada y los hallazgos encontrados en las historias clínicas del servicio de hospitalización adultos.

ANDINA
rsitaria del Área Andina

5 MARCO TEÓRICO

El empleo de las guías de manejo clínicas, protocolos y manuales se han convertido en elementos fundamentales para la prestación de servicios de salud con calidad. El protocolo de registros clínicos es una herramienta que orienta al personal de enfermería en los lineamientos claves que se deben tener en cuenta en cada uno de los cuidados que se brindan.

La implementación, aplicación y ejecución de las guías de manejo clínicas, protocolos y manuales, en la prestación de servicios de salud contribuyen a mejorar la calidad en la atención, la efectividad de las decisiones clínicas y la disminución de los costos. El protocolo sobre registros clínicos, define las normas que se deben tener en cuenta para el manejo de cada uno de los formatos existentes en la historia clínica, se constituye, en una herramienta metodológica, basada en la evidencia científica, cuyo objetivo consiste en facilitar y orientar las decisiones del personal de salud sobre la oportunidad, secuencialidad y claridad en sus registros. (17)

La existencia de protocolos que orienten al personal de salud en la forma y características de los registros se convierte en una herramienta que estandariza, unificando los criterios establecidos por cada institución. Por otra parte, la adherencia al protocolo se puede documentar como la aplicación del conocimiento adquirido en un momento dado en torno a mejorar la condición actual de salud del paciente, basado en experiencias científicas ya certificadas. “El concepto adherencia es considerado como un proceso de cambio de conductas por parte del personal de salud, que puede declararse o manifestarse, y sobre la cual se intervendrá con capacitación. (6)

Auditoría de la historia clínica en el sistema de salud colombiano

El desarrollo del conocimiento empírico llevó a dedicar esfuerzos para considerar un valor por la atención en los servicios de salud, pero solo si eran de la calidad que esperaban las personas, dando de esta manera al recibimiento de un pago y prestigio por la atención. Esto conllevo a que la medicina trascendiera a la implementación de normas, protocolos y códigos durante la práctica médica. (Heredia, 2015)

Al pasar de los años el estudio epidemiológico y el pensamiento estratégico han llevado a exigir que las atenciones médicas tanto colectivas como individuales sean de calidad determinando que:

“la calidad depende de un juicio que realiza el usuario sobre un producto o servicio obtenido según las características de su uso y la urgencia de poseerlo “(Heredia, 2015) (19)

Por lo que se puede decir que en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia no es tan dinámico y tiene varias restricciones para la atención exigiendo que el usuario identifique sus necesidades y su capacidad de pago permitiendo alcanzar su nivel

máximo de calidad. (Heredia, 2015).

Se han encontrado múltiples definiciones de calidad en salud, pero la más acertada es la propuesta por Avedis Donabidean quien se ha interesado mucho por este tema hasta llegar a ser reconocido en toda Latinoamérica por sus conceptos en salud.

Estos mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos y a los valores sociales relevantes con que se cuenta para proporcionar la atención. Se entiende por calidad en la prestación de los servicios de salud, las características con que se prestan dichos servicios, la cual está determinada por la estructura y los procesos de atención que deben buscar optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario …calidad técnica en los servicios de salud, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de forma que aumente sus beneficios para la salud, sin incrementar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. (Donabedian,1986). (19)

Pero se puede llegar a resumir en cortas palabras que hacer lo correcto durante la prestación de un servicio de salud es una atención con calidad.

Criterios de evaluación de la calidad de las historias clínicas A través de los años y por normatividad se evalúa, al personal que labora en lo asistencial, ciertas características que se debe reflejar en los documentos como son:

1. Oportunidad en el registro de las notas.
2. Coherencia de lo mencionado con el diagnóstico y tratamiento.
3. Veracidad en todos los registros.
4. Secuencialidad en los momentos de atención y los registros.
5. Diligenciamiento de la historia clínica según los criterios estandarizados por la EPS. (1011, 2006)

Se considera la historia clínica, como el instrumento básico para el ejercicio sanitario, ya que con ella se hace una recopilación en el tiempo, y de forma global del proceso de atención, que adquiere su máxima dimensión a nivel jurídico, donde se refleja la práctica médica, junto con los principios y deberes del personal sanitario. (Rodríguez, 2015)

A través de los años los pacientes han puesto en manos de los profesionales de la salud datos, hechos, síntomas, motivos de consulta que alteran su bienestar, los cuales generan un acto de confidencialidad entre los profesionales de la salud y el paciente. (Rodríguez, 2015)

Este documento también está sujeto a implicaciones de tipo legal, que de acuerdo al uso que le den los profesionales e instituciones así mismo, se refleja en su contenido la práctica médica y de atención. Es la base de la demostración de la diligencia médico-hospitalaria, se pretende encontrar el registro de una atención médica de calidad, ya que en ella se encuentra consignada y recopilados, los datos más

importantes de la atención, desde encontrar signos vitales, como el seguimiento de los mismos, laboratorios clínicos, imágenes diagnósticas, registros de otros médicos, u otras disciplinas que participan de su diligenciamiento. (Rodríguez, 2015)

La historia clínica refleja el método clínico que se realiza en la práctica, la cual es el conjunto sistemático de procedimientos para conseguir un diagnóstico, pronóstico y tratamiento correctos para cada paciente (Rodríguez, 2015)

La calidad en su realización está condicionada por muchos factores, como: el nivel de exigencia en las instituciones, el nivel de aprendizaje de los que la realizan y los problemas que puedan suscitar en su elaboración, por lo que pueden ser debidos al desconocimiento y premura en el diligenciamiento. (Rodríguez, 2015)

Por razones económicas y administrativas la historia clínica es fuente importante para respaldar por escrito, procedimientos practicados, complicaciones aparecidas, entre otros efectos generados durante la atención en salud por lo que debe estar siempre disponible y facilitarse en los casos que los requiera la ley, siempre asegurándonos que se asegura la confidencialidad de los datos registrados en ella (Rodríguez, 2015)

La inclusión de nuevas tecnologías en los sistemas de información en salud, han desarrollado procesos de gestión de la información con el objetivo de mantener los registros médicos en formato electrónico y de esta manera reducir los errores médicos, dicho documento debe ser único para cada paciente y visible ante otros profesionales de la salud que lo necesiten. (1011, 2006)

En los programas de auditoría siempre se busca la calidad en la atención en salud y esto implica que se deben ejecutar actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos contenidos dentro de cada institución, garantizando que las entidades mantengan estos planes de mejora a lo largo del tiempo, la comparación entre calidad observada y calidad esperada mediante guías, protocolos y normas. (1011, 2006)

Se deben llevar a cabo ciertos niveles para la auditoría de calidad en salud, que son:

1. Autocontrol, todas las acciones o evaluaciones que cada miembro de la entidad realiza de acuerdo a lo establecido por la normatividad vigente.

2. Auditoría Interna, es la evaluación que lleva a cabo alguien externo del proceso y que contribuye a la cultura del autocontrol.

3. Auditoría Externa, es la evaluación de los procesos realizada por un ente externo a la institución evaluada. (1011, 2006)

De igual manera la auditoría debe llevar tres tipos de acciones que implican:

1. Acciones Preventivas, son todas aquellas actividades que se deben realizar en la organización de manera previa a la atención de los usuarios.

2. Acciones de Seguimiento, son el conjunto de auditorías que se deben realizar para mantener el mejoramiento continuo.

3. Acciones Coyunturales, son los procedimientos que se deben realizar en la institución de manera retrospectiva cuando ocurra un evento adverso durante la atención en salud y

que facilite la aplicación de las intervenciones que conlleven a facilitar la solución de los problemas y la prevención de los mismos. (1011, 2006). (20)

Según el tipo de entidad se debe aplicar un modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

EAPB: deben adoptar criterios, indicadores y estándares que les permita establecer parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención para garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad en la atención y satisfacción de los usuarios. (1011, 2006)

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: implementar parámetros de calidad en los procesos de atención para adelantar acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales para garantizar los niveles de calidad que se establecen en las normas legales. (1011, 2006)

Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud: estas instituciones brindan asesoría a las EAPB y IPS en la implementación de programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. (1011, 2006)

Oportunidades de mejoramiento como resultado de auditorías de historias clínicas
Los objetivos principales en la auditoría de historias clínicas son conocer la calidad del registro es decir con la verificación que todos los datos registrados estén completos, legibles, según los estándares de calidad establecidos y analizar la calidad de la atención médica según las normas por un auditor médico y posteriormente someterse a una revisión por parte de un par. (S, Guido Osorio, 2002)

Estos pueden ser los aspectos que generen oportunidades para el mejoramiento continuo en la auditoría médica:

· Prevención en la ineficiencia de la práctica médica, dando cumplimiento a las normas médico legales.

· Establece el deber ser del actuar médico.

· Estimulan la enseñanza y perfeccionamiento tendiendo efectos educativos que permiten la obtención del aprendizaje y experiencia.

· Permite el conocimiento de los errores cometidos y sus causas; además, de la corrección de ellos para obtener mejores rendimientos.

· Los médicos adquieren una conciencia respecto a la responsabilidad que tienen frente a los registros médicos.

· Influye favorablemente en el perfeccionamiento de las historias clínicas, lo que redunda en una mejoría de las auditorías.

· Este proceso entrega información a los directivos de las instituciones, permitiendo orientar recursos económicos y humanos a la solución de los problemas detectados. (S, Guido Osorio, 2002)

La auditoría de la atención de salud, al trabajar sobre los registros generados durante la

atención, además de evaluar la calidad de éstos, contempla también la calidad de la atención, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y de la atención prestada. (S, Guido Osorio, 2002) La mejoría continua de la calidad tiene como objetivo establecer un control permanente de los procesos para lograr su optimización. La calidad total significa que la suma de los recursos de una institución se orienta a la satisfacción de los usuarios. (S, Guido Osorio, 2002)

¿qué es la historia clínica?

La Historia Clínica es un documento de carácter privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones y estado de la salud del paciente, los actos médicos, y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Igualmente es un instrumento privado, pero también realiza un aporte académico y científico modo investigación. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley competente. (5)

Características de la historia clínica

Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordando como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria, teniendo en cuenta lo relativo a sus antecedentes.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben quedar consignados 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 teniendo en cuenta su secuencia.

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

plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el preciso 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 y de sus anexos, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del

ANDINA
rsitaria del Área Andina

servicio. (6)

Registros de enfermería

Los registros de enfermería, son anotaciones diarias que realiza el personal de enfermería en su jornada laboral con el propósito de comunicar los aspectos técnicos y clínicos referidos a la atención del paciente o cuidados de enfermería a todo el personal de enfermería y equipo de salud y ser un testimonio jurídico legal que respalde la labor de la enfermera.

Utilidad de los Registros de Enfermería

· Sirve al equipo de enfermería para tomar decisiones respecto al estado de salud del paciente, ya que la enfermera es la única profesional que brinda el cuidado de los pacientes las 24 horas continuadas.

· Sirve como documento legal, utilizándose como medio probatorio en un proceso judicial, el contenido del registro documenta el nivel de la asistencia prestada a una persona en un establecimiento de salud.

· Sirve para el control económico, debido a que los costos de la asistencia sanitaria casi siempre se pagan a terceros, por lo que la investigación económica se hace a través de los diagnósticos codificables utilizados para determinar un grupo de diagnósticos.

· Sirve como información a los estudiantes porque es una forma eficaz de conocer la naturaleza de una enfermedad, en pacientes con problemas médicos similares.

· Sirve al profesional de enfermería para realizar estudios de investigación, extrayendo datos estadísticos relacionados con las frecuencias de los trastornos clínicos y complicaciones.

· Sirve para evaluar la calidad de la asistencia de la enfermera profesional; y la asistencia sanitaria prestada en un establecimiento de salud.

El empleo de un mismo lenguaje común entre el personal de enfermería facilita una mejor comunicación no solo entre ellos, sino incluso con otros profesionales de la salud y garantiza la utilidad de los registros. Un buen registro de enfermería, según (Amescua, 1995) debe tener la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente. Las razones de su utilización han evolucionado desde el tiempo en que la pionera en enfermería Florence Nightingale los introdujo como instrumento de uso de la enfermera para prestar atención a los pacientes. La documentación utilizada en aquella época recogía principalmente el cumplimiento de las órdenes del médico. Los registros se consideran como un documento que avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación y que evitan errores. Además, son un respaldo legal a posibles

demandas y también permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados. Los registros de enfermería son un instrumento importante que permiten supervisar de manera indirecta la eficacia de la atención, porque muestran las experiencias, y

conocimientos, capacidades y habilidades del personal de enfermería para detectar fallas y necesidades que deben ser resueltas, es la síntesis de la atención proporcionada al paciente y la respuesta a los cuidados recibidos. (2)

La historia clínica en Colombia está normatizada desde la ley 23 de 1981 por medio de la cual se dictan normas en materia de Ética Médica, en su artículo 33 al 45, por medio de esta ley se dictan normas en materia de ética médica. El artículo 34 define la historia clínica como "El registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado que debe mantener reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley". (5)

La historia clínica (HC) es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitaria de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen en una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la práctica médica.

Modernamente, se procura que ella no sea un mero registro burocrático, sino que constituya una suerte de "pato biografía" del paciente, que permita el seguimiento de la evolución de su salud a lo largo del tiempo.

Definición y regulación legal. La doctrina médica forense define a la historia clínica como el documento o instrumento escrito en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada la narración de todos los actos y comprobaciones realizadas por el médico o el equipo médico, durante la asistencia de un paciente en un establecimiento público o privado desde su ingreso hasta el momento de su egreso por alta, remisión o por muerte.

En razón de las facultades constitucionales concurrentes que en el sistema federal argentino existen en materia de salud entre la nación y las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), la regulación básica de la historia clínica se encuentra comprendida en los artículos 12 a 21 de la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (ley 26.529, modificada por la ley 26.742), que en el primero de esos artículos define a la historia clínica como el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares del área de la Salud. (6) (21)

ANDINA
rsitaria del Área Andina

6.1 MARCO CONCEPTUAL

Sistema único de habilitación

"Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema. Estos se dirigen a dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). (13)

Las condiciones de habilitación son tres:

1.Capacidad técnico administrativa
2.Suficiencia patrimonial y financiera
3.Capacidad Tecnológica y científica

Se debe recordar que las condiciones de habilitación incluyen los requisitos que deben cumplir los prestadores según como realicen su inscripción en el REPS. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica incluyen los 7 estándares y los criterios definidos para cada estándar. Los criterios definidos en cada uno de los estándares tienen el fin de minimizar los riesgos en la atención en salud; por lo tanto, se centran en hacer referencia a las condiciones mínimas donde los beneficios de los servicios de salud superan los riesgos potenciales. Por lo tanto, no abarcan la totalidad de las condiciones y criterios para el funcionamiento de los prestadores y de los servicios de salud." (14)

Habilitación

Condiciones de Capacidad Técnico Administrativa

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

ANDINA
rsitaria del Área Andina

Verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación

"Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud". (14)

Auditoría

La auditoría en el presente se hace presente en diferentes escenarios, no solo la parte financiera es la línea base para realizar estos tipos de exámenes críticos, sistemáticos y representativos en una organización.

La auditoría en salud consta de ciertas generalidades emanadas en el artículo 32 del decreto 1011 de 2006 señala que los programas de auditoría deberán ser acordes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación, con el fin de lograr mejoramiento de la calidad de la atención de salud , así mismo señala que los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB. (15)

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica: · La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

· La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

· La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique

operará en los siguientes niveles:

· Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

· Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

· Este nivel puede estar ausente en las entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

· Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la elaboración de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa. (16)

Estándares de habilitación

"Son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud en forma segura; los 7 estándares son:

-Talento humano
-Infraestructura
-Dotación
-Medicamentos, dispositivos médicos e insumos
-Procesos prioritarios
-Historia clínica y registros
-Interdependencia

La entidad encargada de establecer los estándares y criterios es el Ministerio de salud y protección social." (17)

Alcance del estándar de historia clínica y registros

Son las condiciones mínimas e indispensables que debe cumplir la historia clínica y los registros asistenciales, para garantizar la trazabilidad de la atención en salud.

Adherencia

La adherencia se refiere a la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de las costumbres o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente.

Historia clínica para efectos archivísticos

Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos y/o formatos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención

de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

Archivo de gestión

Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

Archivo central

Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.

Características básicas que debe cumplir la historia clínica

• Sus registros deben ser actuales.
• Debe contener todos los documentos (datos administrativos, consentimientos, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.)
• Se deben cumplir con rigor todos los requisitos de confidencialidad ya que la HC es el expediente más privado que existe una persona.
• Debe ser accesible a pacientes, profesionales, investigadores y jueces, guardando la citada confidencialidad e intimidad.
• Ser exacta, con rigor técnico y científico, conteniendo datos objetivos, sin afirmaciones subjetivas hirientes para enfermos, profesionales o institución.
• Todos los documentos que se almacenen en ella deben tener exacta e inequívoca identificación del paciente, utilizando siempre que sea posible etiquetas; así mismo todo personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado.
• La HC debe ser completamente legible, exenta de rectificaciones sin aclaración, en todos y cada uno de sus documentos.
• Debe estar ordenada y contener datos irrelevantes.
• Según la Ley General de Sanidad debe ser única.
• Por último y no menos importante la HC debe ser veraz. El no cumplir tal requisito puede incurrir en un delito tipificado en el actual Código Penal (falsedad documental).

Archivo histórico

Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

Características de la historia clínica

Otras características de la historia clínica:

ANDINA
rsitaria Andina

Diligenciamiento

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.

Apertura e identificación de la historia clínica

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica. A partir del primero de enero de 2000 la identificación de la historia clínica se hará con el número de identificación así: de cédula para los mayores de edad; el número de tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número de registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En caso de que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de cédula de ciudadanía de la madre o del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

Numeración consecutiva de la historia clínica

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

Identificación del usuario

Los contenidos mínimos de este 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

Registro específico es el documento en el que se guardan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta. Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del usuario. 49 Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada

atención del paciente.

El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan 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, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin. En los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, 50 explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

Obligatoriedad del archivo

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

Custodia de la historia clínica

La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales

ANDINA
rsitaria del Área Andina

vigentes.

El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida 51 en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal.

Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

Acceso a la historia clínica

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la ley: -El usuario -El equipo de salud -Las autoridades judiciales y de salud en los casos provistos en la ley - Las demás personas determinadas en la ley El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

Retención y tiempo de conservación

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

Seguridad del archivo de las historias clínicas

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

prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado. (1)

ANDINA
rsitaria del Área Andina

Características.

Confidencialidad: El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan.
Seguridad: Debe constar la identificación del paciente así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.
Disponibilidad: Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitando en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.
Única: La historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión y economía sanitaria.
Legible: Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

Requisitos de la historia clínica

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

Exacta

Rigor técnico de los registros: Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosos y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesionales o bien hacia la institución.

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

Identificación del profesional: Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de matrícula. (1)

.

ANDINA
rsitaria del Área Andina

6.2 MARCO NORMATIVO

Norma	Año	Descripción
Resolución 2003	2014	La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución. (27)
Resolución 1441	2013	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. (28)
Ley 23	1981	La siguiente declaración de principios constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica. (29)
Ley 911	2004	Código deontológico de enfermería. (30)
Resolución 3100	2019	Define los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud. (26)
Resolución 1043	2006	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1011	2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (31)
Resolución 2309	2002	Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (1)
Decreto 4124	2004	Por el cual se reglamenta el Sistema Nacional de Archivos, y se dictan otras disposiciones relativas a los Archivos Privados. (32)
Decreto 1011	2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de

		Seguridad Social en Salud.

Tabla numero 1 marco normativo

ANDINA
rsitaria del Área Andina

6 METODOLOGÍA

7.1 Tipo de Estudio

El presente estudio es cuantitativo de tipo descriptivo transversal, a través del cual se pudo identificar el nivel de adherencia que tiene el personal sanitario en esta institución en salud de segundo nivel al diligenciar la historia clínica y sus registros, evidenciado a través de una muestra de historias clínicas y se pudieron describir y cuantificar los hallazgos.

7.2 Población

La población objeto de la presente investigación es representada por las 147 historias clínicas de pacientes que serán tomados de los archivos en el servicio de hospitalización adultos del Hospital Francisco de Paula Santander en el periodo de los meses de enero a marzo del año 2021.

7.3 Unidad de análisis

Cada una de las historias clínicas de la base de datos de los pacientes en el servicio de hospitalización adultos del hospital francisco de paula Santander-Santander de Quilichao cauca, primer trimestre 2021.

7.1 Muestra

Se obtiene a partir de un muestreo de historias clínicas de pacientes internados en el servicio de hospitalización adultos durante los meses de enero a marzo de 2021.Tamaño de la muestra 147 historias clínicas.

7.1.1 Marco muestral

Base de datos del proceso de Gestión Documental y archivo, contando con un censo diario de los pacientes atendidos en el servicio de hospitalización adultos del Hospital Francisco de Paula Santander-Santander de Quilichao – Cauca, primer trimestre de 2021.

7.1.2 Tamaño de muestra

La población que hace parte de la presente investigación está representada por 147 documentos de pacientes que fueron seleccionadas del servicio de hospitalización adultos Hospital Francisco de Paula Santander-Santander de Quilichao – Cauca, en este caso específico serán representados por sus historias clínicas.

Nivel de confianza 95%

Margen de error 5
Población 235
n=147

7.1 Criterios de inclusión

Historias clínicas: Base de datos de las historias clínicas de pacientes internados en el servicio de hospitalización adultos del Hospital Francisco de Paula Santander durante el primer trimestre del año 2021.

7.6 Criterios de exclusión

Durante la investigación y aplicación del instrumento diseñado se emplearon listas de chequeo y no tuvimos criterios de exclusión alguno.

7.1 Variables

Calidad del registro de la historia clínica

Es el cumplimiento de criterios auditables de registro en la historia clínica, para luego discutir y acordar los próximos procedimientos a seguir.

Variable	Definición	Tipo	Categorías	Método de recolección	Indicador
Adherencia y Calidad del registro de la historia clínica.	Criterios de calificación en los procesos de cumplimiento de todos los parámetros en la Historia Clínica	Cuantitativa -transversal	Cumple No Cumple Observaciones	Revisión y evaluación de historias clínicas servicio de hospitalización adultos a través de Instrumento y lista de chequeo.	calidad

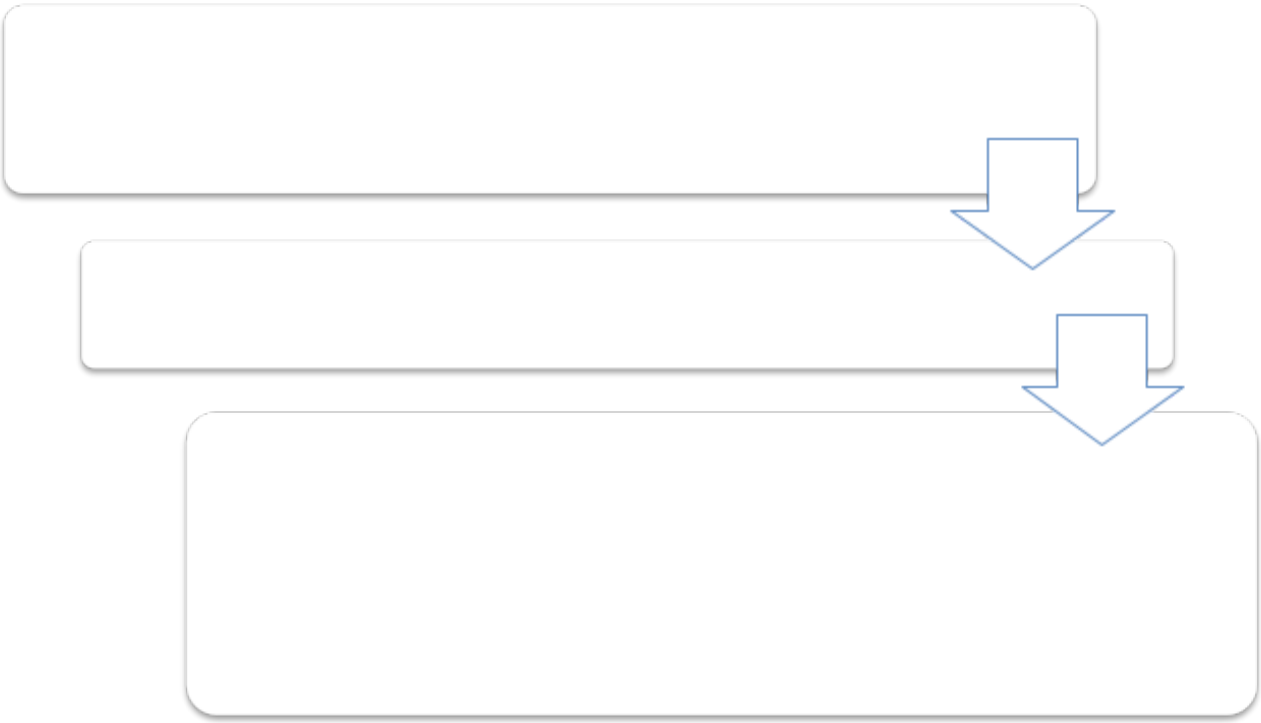
Variables para el control de calidad de las historias clínicas

Identificación paciente	Revisión y evaluación de historias clínicas
Fecha de ingreso	Revisión y evaluación de historias clínicas
Antecedentes personales	Revisión y evaluación de historias clínicas
Antecedentes familiares	Revisión y evaluación de historias clínicas

Alergias	Revisión y evaluación de historias clínicas
Motivo de ingreso	Revisión y evaluación de historias clínicas
Orden de paraclínicos y tratamientos	Revisión y evaluación de historias clínicas
Evolución	Revisión y evaluación de historias clínicas
Alta	Revisión y evaluación de historias clínicas
Consentimientos informados	Revisión y evaluación de historias clínicas
HC impecable: -Clara -Legible -No siglas -Nombres y firmas	Revisión y evaluación de historias clínicas

Tabla numero 2 variables

7.1 Recolección de la información



ANDINA
rsitaria del Área Andina

7.2 Plan de análisis

Recolección de la información:
Los datos se recolectarán mediante un instrumento creado a partir de la resolución 2003 del año 2014 disponible en el punto anterior, de acuerdo a los estándares de habilitación.

7.3 Hallazgos

7.4 Componente Bioético

- En el trabajo de investigación, no se realizarán procedimientos invasivos a pacientes, no se tendrá contacto directo con los mismos, se maneja las Historias Clínicas sin tomar datos individuales de absolutamente ningún usuario, colaborador evitando de esta forma violar normas morales y éticas. Para lo cual se realizó solicitud escrita y formal al representante legal de la institución para la autorización y acceso a la información la cual fue debidamente aprobada.

7.1 Impacto social y/o innovación, o responsabilidad social:

Al ayudar con el suministro de correcciones a través de oportunidades de mejora en la adherencia del manejo de las historias clínicas mediante los resultados de esta investigación en este Hospital de nivel II,generará que en sus futuras proyecciones académicas y de auditorías internas se obvien estas correcciones brindadas y se tengan en cuenta para generar un excelente diligenciamiento de tan importante documento como es la historia clínica, aportando no solo la correcta presentación de tal documento sino que servirá como aporte y soporte investigativo.

Hoy día la investigación debe representar cambios importantes como producto de los procesos desarrollados, por lo cual el impacto sobre la población se evalúa y dimensiona de acuerdo a las necesidades de las comunidades y a las transformaciones que la investigación proyecta y aporta en ellas. A su vez la innovación que es la mayoría de las veces el eje transformador, permite valorar los aportes del proyecto para las comunidades específicas y para otras sociedades similares. El investigador puede apoyarse en la norma ISO 26000 del 2010, además de la Ley 23 de 1981, Resolución 1995 de 1999, Resolución 2003 de 2014 y Resolución 839 de 2017 y otras normas inherentes en la cual se describe ampliamente la responsabilidad social de un proyecto y aporten internamente en su habilitación y permanezcan siempre acreditadas.

ANDINA
rsitaria del Área Andina

8. RESULTADOS

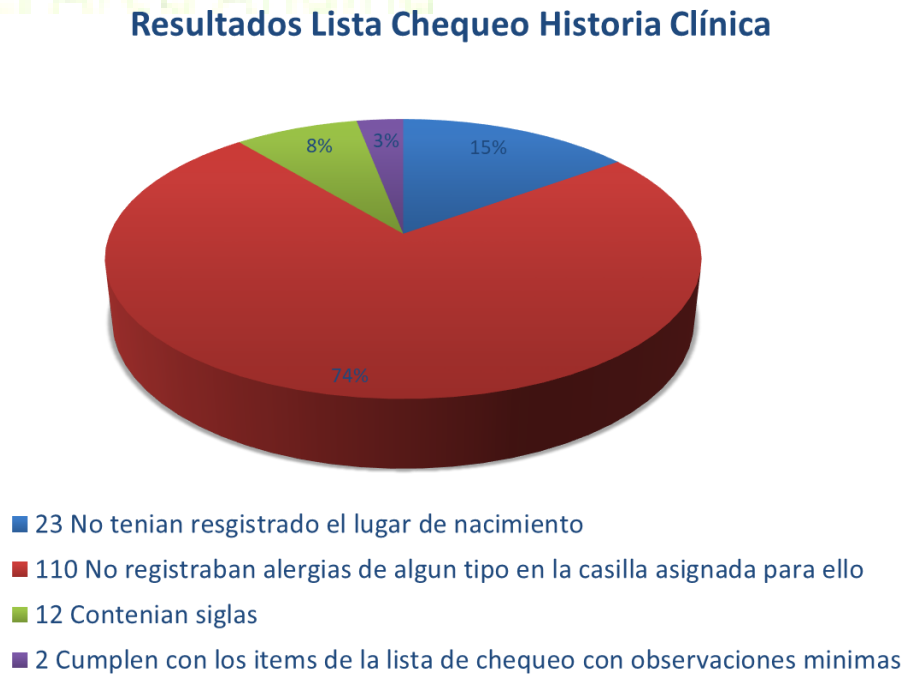
En este capítulo se presentan los resultados del análisis de las historias clínicas del servicio de hospitalización adultos y se presentan los hallazgos frente al cumplimientos de los estándares relacionados con el diligenciamiento, manejo de estas y las repercusiones que puede tener el no adecuado diligenciamiento de las historias clínicas, asistenciales y administrativas.

Asistenciales: la seguridad del paciente es el mayor principio y objetivo de una institución prestadora de servicios de salud y la evaluación y valoración en tiempo real puede llevar a varias fallas asistenciales y ocurrencia de eventos adversos.

Administrativas: los registros sobre la atención prestada al usuario debe quedar consignada y debe ser veraz para futuras acciones de la institución tales como auditorías,pago de cuentas etc.

Análisis de la información:

en la IPS se realizó trabajo de investigación “ADHERENCIA AL ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS EN UNA IPS DE SEGUNDO NIVEL DE SANTANDER DE QUILICHAO-CAUCA, PRIMER TRIMESTRE 2021.” del periodo comprendido entre enero y marzo del año 2021 la información es obtenida de forma digital por carpetas para su correspondiente revisión y aplicación del instrumento de evaluación, se inició con la auditoría de los criterios condensados en la lista de chequeo acordes con la normatividad, lo cual arroja que las historias clínicas tomadas están diligenciadas de forma adecuada pero también muestra algunos hallazgos negativos que no permiten que sean el 100% de calidad, estos hallazgos son mínimos pero de gran importancia ya que el correcto diligenciamiento de este documento legal es indispensable en la coherencia y pertinencia de la valoración de los pacientes.



GRÁFICA

Tabla número 3 resultados

95% cumplen con los ítems de la lista de chequeo con observaciones mínimas y que es importante resaltar que la institución cuenta con un plan de manejo de la documentación muy bueno y que permite que los resultados de esta investigación sean favorables.

74 % de las historias clínicas chequeadas no registraban la anotación de alergias del usuario en la casilla del formato asignada para, ello cabe resaltar que este tipo de anotación es de carácter vital en el manejo y atención del usuario.

el 3% con observaciones mínimas.

15 % no contaban con la casilla lugar de nacimiento diligenciado.

8 % de las historias clínicas contenían en la redacción de las notas siglas que como lo indica la norma este documento debe ser claro y legible.

ANDINA
rsitaria del Área Andina

PLAN DE MEJORA

El hospital san Vicente de Paul implementará acciones que permitan corregir y solucionar las deficiencias encontradas en el proceso de recolección de la información de la investigación, que está dirigido al logro de el 100% del cumplimiento de los ítems evaluados en el estándar de historia clínica.

¿QUE?	¿DONDE?	¿QUIEN?	¿CUANDO?	¿COMO?
Implementar un cronograma de capacitaciones para el personal administrativo y asistencial, sobre el correcto diligenciamiento y actualización software historia clínica.	En las áreas del hospital donde se aplique el diligenciamiento de la historia clínica.	Todo el personal administrativo y asistencial que haga uso del software.	2 por cada trimestre del año.	Mediante charlas, talleres y conferencias que se pueden incluir en los programas de reinducción al personal de la institución.
Creación y presentación de instrumento de creado para evaluación de calidad en los registro.	En las áreas del hospital donde se aplique el diligenciamiento de la historia clínica.	Area tecnológica	1 evaluation mensual.	Mediante el uso de los medios tecnológicos de la institución intranet y página web.
Seguimiento estadístico de la calidad en el registro.	Área de calidad del hospital.	Area tecnológica	Mensual	Realizando tabulaciones de las respuestas de los instrumentos.

9. DISCUSIÓN

En este capítulo se hace la confrontación de los resultados obtenidos con los análisis teóricos realizados durante el desarrollo de toda la investigación, las similitudes y discrepancias con otros autores fortalecen el conocimiento científico y dan pautas para otras investigaciones, teniendo en cuenta que (1) si no se tiene la cultura del correcto diligenciamiento de los instrumentos, es difícil realizar un seguimiento y tratamiento con

calidad.

Así mismo el adherirse a un estándar o a una norma no es fácil, sin embargo, luego de contemplar e ilustrarse sobre los propósitos cuya finalidad es evidenciar errores, comparaciones y correcciones, pero ante todo realizar un buen diligenciamiento que aporte y evidencie el buen actuar de dejarlo plasmado en tan importante documento como es la historia clínica y que dejará un impacto a nivel académico e investigativo.

con la aplicación del instrumento a través de las listas de chequeo en cada historia clínica, pudimos extraer los ítems donde no hay cumplimiento según la normatividad y se logra dejar las observaciones porque hay hallazgo de algunos errores mínimos pero en su mayoría se cumplen todos los puntos del instrumento a evaluar; nuestro aporte para con la institución es dejar el condensado de dicha investigación así como de planes de mejora en los hallazgos negativos encontrados, y es importante resaltar que los procesos y los documentos de la institución en el manejo de la documentación y los registros de historia clínica se realiza de forma ordenada, siempre en pro de la mejora, calidad y calidez. (1)

ANDINA
rsitaria del Área Andina

10. CONCLUSIONES

En la aplicación y análisis de la lista de chequeo y los resultados se logra determinar que el Hospital Francisco de Paula Santander cumple con el 95% de los criterios aplicables según la normatividad vigente en el estándar de historia clínica y registros en el servicio de hospitalización adultos,

Se resalta y reconoce a la institución prestadora de servicios de salud su buena práctica, adherencia y pocos hallazgos encontrados en la investigación a los estándares aplicables en los registros de la historia clínica.
Se establece un plan de mejora enfocado en la capacitación hacia el personal de salud y hacia la mejora continua en la calidad de los registros.

.

ANDINA
rsitaria del Área Andina

11. RECOMENDACIONES

Retroalimentar al personal de salud de la institución sobre manejo de historias clínicas y sobre la resolución 1995 de 1999 donde establece las normas para el manejo de historias clínicas las cuales son de obligatorio cumplimiento su correcto y total diligenciamiento.

Aplicar un instrumento de evaluación de historias clínicas con mayor frecuencia, socializar los resultados y vigilar que los resultados para que la calidad siga mejorando, programar revisiones periódicas.

Retroalimentar al personal médico de acuerdo a los hallazgos en la aplicación de este instrumento de historias clínicas y velar por su cumplimiento.

ANDINA
rsitaria del Área Andina

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Mónica Carrillo Díaz YPMBGVV. repository.unab.edu.co. [Online].; 2017. Acceso 10 de octubre de 2021. Disponible en: https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/1665/2017_Tesis_Monica_Carrillo_Diaz.pdf?sequence=1.

2. Dra. Adriana Silvia Velito DSRTS. http://www.auditoriamedicahoy.com/. [Online].; 2010. Acceso 25 de septiembre de 2021. Disponible en: http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf.

3. MINSALUD. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2020. Acceso 25 de septiembre de 2021. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Asi-funcionara-la-historia-clinica-electronica-en-Colombia.aspx.

4. Gómez JAT. www.medellin.gov.co. [Online]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/Campaas_0/Shared%20Content/Eventos%202016/Segundo%20seminario%20de%20salud%20visual/Memorias/Estandar%206%20final.pdf.

5. SALUD MD. minsalud.gov.co. [Online].; 1999.. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf.

6. Stefanía Johanna Cedeño Tapia DCGI. Repositorio.ug.edu.ec. [Online].; 2013. Acceso 14 de SEPTIEMBRE de 2021. Disponible en: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/8750/1/Calidad%20de%20los%20registros%20de%20Enfermeria%20en%20la%20Historia%20Clinica.pdf.

7. MINSALUD. www.minsalud.gov.co. [Online]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf.

8. Jeremy Grimshaw 1 MERIT GMC RCFLV. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998; 2006.

9. Fernando Guzmán CAA. La historia clínica. SCIELO. 2012.

10. Pablo Ronald Puescas Sánchez MADNCDV. Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo. DIALNET. 2012; 5(2).

11. Juan P. Matzumura Kasano aHGCJSSPC. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas. SCIELO. 2014.

12. Social MdlP. www.normassalud.com. [Online].; 2005. Acceso 18 de SEPTIEMBRE de 2021. Disponible en: https://www.normassalud.com/archivos/c47e82e01e20ad22f816159eb3c3c048308ffca5b116cfc0c9aaaf012ee5b729.

13. Colombia cd. mineducación. [Online].; 2004. Acceso 10 de octubre de 2021. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf.

14. Luz Marina Bautista Rodríguez1 LYVRMRPPJJMLFRKYLSJAB. GRADO DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA. SCIELO. 2016; 7(1).

15. OPS. salud.gob.ar. [Online]; 2017. Acceso 22 de OCTUBRE de 2021. Disponible en: https://salud.gob.ar/dels/entradas/historia-clinica.

16. NITOLA GMF. repository.javeriana.edu.co. [Online].; 2013. Acceso 22 de OCTUBRE de 2021. Disponible en: https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13783/FarfanNitolaGinaMarcela2013.pdf;sequence=1.

17. Bautista LM VLPMMJFLLK. GRADO DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA. CUIDARTE. 2016; 7(1).

18. Bautista Rodríguez LM, Vejar Ríos LY, Pabón Parra MR. GRADO DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE REGISTROS CLÍNICOS DE. CUIDARTE. 2016; 7(1).

19. Angela Marin Peláez CSBVC. repository.ean.edu.co. [Online].; 2018.. Disponible en: https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/9113/PelaezAngela2018.pdf;jsessionid=562F6CF65BD21906874A091A5067C46A?sequence=1.

20. MINSALUD. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2006.. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf.

21. Ing. Luis Eduardo Pavón Rosero DMAGS. www.dspace.uce.edu.ec. [Online].; 2017.. Disponible en: http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13411/1/La%20auditoria%20m%C3%A9dica.pdf.

22. MINSALUD. www.minsalud.gov.co. [Online]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/abece-sistema-obligatorio-garantia-calidad.pdf.

23. MINSALUD. HABILITACIÓN SERVICIOS DE SALUD. [Online].; 2021. Acceso 10 de SEPTIEMBRE de 2021. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/lineamientos-verificacion-habilitacion-servicios-salud2021.pdf.

24. MINSALUD. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2006.. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf.

25. MINSALUD. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2007. Acceso 20 de Octubre de 2021. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf.

26. MINSALUD. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2019.. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf.

27. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2014.. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf.

28. MINSALUD. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2013.. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf.

29. MINEDUCACION. /www.mineducacion.gov.co. [Online]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103905_archivo_pdf.pdf.

30. MINEDUCACION. www.mineducacion.gov.co. [Online].; 2004.. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf.

31. MINSALUD. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2006.. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf.

32. PUBLICA F. www.funcionpublica.gov.co. [Online].; 2004.. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=15442.

1. Dra. Adriana Silvia Velito DSRTS. www.auditoriamedicahoy.com. [Online].; 2010.. Disponible en: http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20

instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf.

13. ANEXOS

13.1 Cronograma

Cronograma de actividades						
	Meses					
Actividades	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**			
Presentación del anteproyecto.	X	X				
Validación del instrumento.		X				
Recolección de datos.		X				
Análisis de datos.		X				
Elaboración de resultados			X			
Elaboración de conclusiones			X			
Presentación de proyecto.			X			

13.5 **Presupuesto**

RECURSOS HUMANOS					**VALOR**
ITEM	**UNIDAD**	**CANTIDAD**	**VR. UNITARIO**	**VR. TOTAL**	
			$	**$**	**$**
RECURSOS FISICOS					**VALOR**
Fotocopias	**Unidad**	**200**	**$ 100**	**$ 20.000**	**$ 50.000**
Papelería	**Unidad**	**2000**	**$ 100**	**$ 200.000**	**$ 200.000**
Impresiones	**Unidad**	**600**	**$ 500**	**$ 100.000**	**$ 100.000**
Pasajes					**$ 1.000.000**
Otros					**$ 300.000**
TOTAL					**$ 1.700.000**

LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTÁNDAR TALENTO HUMANO SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS

1	0				
2		LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR TALENTO HUMANO SERVICIO DE HOSPITALIZACION ADULTOS			
3					
4	NUMERAL	NDAR DE HISTORIA CLINICA Y REGIS	CUMPLE	NO COMPLE	OBSRVACIONES
5	1	Toda atención de primera vez a un usuario incluye el proceso de apertura de historia clínica.			
6	1.1	utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo.			
7	1.2	La institución dispone un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico también electrónicamente.			
8	1.3	En este tipo las historias clínicas están separadas por servicios o cronológicamente, siempre y se cuenta con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario.			
9	1.4	El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, les garantiza confidencialidad y seguridad, permitiéndoles siempre registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.			
10	1.5	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.			
11	1.6	Las historias clínicas están diligenciadas en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas			
		En Cada anotación lleva la fecha y hora en la que se realiza un procedimiento o atención, con el nombre completo y			

	A	B	C	D	E
12	1.7	En Cada anotación lleva la fecha y hora en la que se realiza un procedimiento o atención, con el nombre completo y firma del autor de la misma.			
13	1.8	Los registros en la historia clínica Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y			
14	1.9	En la historia clínica se evidencia un consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos y cuenta con mecanismos para verificar			
15	1.10	Se observa registrado en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las			
16	1.11	si hay procedimientos de transfusión sanguínea en la historia clínica,se evidencia que cuenta con:			
		Registro de las transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya: Como mínimo la razón para la transfusión, monitorización continua no invasiva de sus signos vitales. El producto y volumen que fue transfundido, la hora de la transfusión. Lote y fecha de vencimiento de las unidades, Sitio de punción donde se extrae la muestra para cruce, reserva y rastreo trasfusional. Sitio de venopunción y calibre del catéter por donde se trasfundirá y debidamente rotulado, además de ello anexar la evolución e reacciones durante y post trasfusión y administración del diurético			

ANDINA
rsitaria del Área Andina

ANDINA
rsitaria del Área Andina

ANDINA
rsitaria del Área Andina

ANDINA
rsitaria del Área Andina

ANDINA
rsitaria del Área Andina

ANDINA
rsitaria del Área Andina