

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS EN UN PROGRAMA  
DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

**CLAUDIA PATRICIA CALDERON LUNA  
RUBBY ESTHER MORENO DAGER  
MIREYA SOLANO ESTRADA**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA – CES  
AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD  
SANTANDER  
BUCARAMANGA  
2007**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS EN UN PROGRAMA  
DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

**CLAUDIA PATRICIA CALDERON LUNA  
RUBBY ESTHER MORENO DAGER  
MIREYA SOLANO ESTRADA**

**Proyecto de Grado Auditoria en Servicios de Salud**

**Jaime Eduardo Ordóñez Molina, M.D. PhD (C)  
Coordinador de Investigaciones, Facultad de Medicina, CES**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA – CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
SANTANDER  
BUCARAMANGA  
2007**

## TABLA DE CONTENIDO

1. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS EN UN PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR	6
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
3. JUSTIFICACIÓN	8
4. OBJETIVO GENERAL	9
4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	9
5. MARCO DE REFERENCIA	10
5.1. MARCO TEÓRICO	10
5.1.1. DEFINICIÓN	10
5.1.2. FUNCIONES DE LA HISTORIA CLÍNICA.	10
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.	11
5.1.4. PARTES DE LA HISTORIA CLINICA	12
5.1.5. ARCHIVO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	15
5.1.6. ACCESO Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN	16
5.1.7. SEGURIDAD Y CONDICIONES DE CONSERVACIÓN	16
5.2. MARCO LEGAL	17
5.2.1. LEY 23 DE 1981	17
5.2.2. RESOLUCIÓN 1995 DE de 1999	17
5.2.3. DECRETO 1011 DE 2006.	18
5.2.4 RESOLUCIÓN 1043 DE 3 DE ABRIL DE 2006.	19
6. RESEÑA HISTORICA DE LA EMPRESA	22
6.1. OBJETO SOCIAL	23
6.2. POBLACION OBJETO	23
7. METODOLOGIA	25
7.1 EVALUACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS E IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	25
7.1.1. FUENTE DE INFORMACION	25
7.1.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	26

7.1.3. TIPO DE ESTUDIO	26
7.1.4. UNIVERSO Y MUESTRA	26
7.1.5. INSTRUMENTO	27
7.1.6. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO	29
7.1.7. CONSOLIDACIÓN DE RESULTADOS	30
7.1.8. RESUMEN DE LA EVALUACION HISTORIAS CLÍNICAS	33
7.1.9. ANÁLISIS DE RESULTADOS	34
7.1.10. ANÁLISIS POR PARTES DE LA HISTORIA CLÍNICA	35
7.1.11. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	39
7.1.12. ANÁLISIS DE OTROS RIESGOS	41
8. METODOLOGIA EVALUACION DE COSTOS	46
8.1. FUENTE DE INFORMACIÓN:	47
8.2. INSTRUMENTO:	48
8.2.1. CONSOLIDACIÓN DE RESULTADOS:	49
8.3. ANÁLISIS	57
8.4. IMPACTO EN EL COSTO POR FALTA DE CONTINUIDAD EN EL MANEJO DEL PACIENTE	57
9. RECOMENDACIONES	60
9.1. CAPACITACIÓN	60
9.2. HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZADA	60
9.3. ÉNFASIS EN PREVENCIÓN	62
9.4.SISTEMA DE INFORMACIÓN QUE PERMITA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO AL PACIENTE	64
9.5. PERSONAL ORIENTADO AL SEGUIMIENTO	64
10. CONCLUSIONES	65
11. BIBLIOGRAFIA	67

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Instrumento de evaluación	28
Tabla 2. Resultados de la evaluación de los registros de la historia clínica	30
Tabla 3. Calificación de la historia clínica	33
Tabla 4. Número de historias asociadas a cada criterio de calificación	33
Tabla 5. Porcentaje de historias relacionadas a cada criterio de calificación	33
Tabla 6. Identifi. de diagnósticos asociados a los pacientes objeto del estudio	46
Tabla 7. Facturación de pacientes hospitalizados	49
Tabla 8. Costo promedio por diagnostico	55
Tabla 9. Fórmula típica mensual para un paciente de riesgo cardiovascular	58
Tabla 10. Comparativo entre la Historia Clínica Tradicional y la sistematizada	60

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Registro y diligenciamiento de las historias clínicas	32
Figura 2. Calificación general	34
Figura 3. Formato para recolección de los costos es el siguiente	48

**1. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS EN UN  
PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

## **2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿CUALES SERÌAN LOS RIESGOS QUE PUEDEN ESTAR EXPUESTOS LOS USUARIOS DE SOLSALUD, INCLUIDOS EN EL PROGRAMA PILOTO DEL CENTRO DE PREVENCIÓN TERCIARIA (RIESGO CARDIOVASCULAR) DE LA IPS SERVIR, POR EL MAL DILIGENCIAMIENTO DE LOS REGISTROS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS?



### **3. JUSTIFICACIÓN**

Las Instituciones Prestadoras de servicios de salud en aras de la optimización de todos sus procesos y procedimientos, e implementación del Sistema de Garantía de la Calidad, requiere de un programa de verificación de los mismos.

La IPS SERVIR, maneja programas de Promoción y Prevención y presta el servicio a los usuarios de Solsalud, dentro de estos, se cuenta con un programa piloto llamado Centro de Prevención Terciaria (Riesgo Cardiovascular) donde se atiende en forma integral a sus usuarios.

El alto volumen en el manejo de historias clínicas, del programa de riesgo cardiovascular y la importancia que estas tienen, fundamentadas en el derecho legal como documento privado, obligatorio, de carácter reservado, donde se tiene el registro día a día de las condiciones de salud de los pacientes, el actuar médico y procedimientos adicionales en su atención del equipo de salud, se hace necesario la evaluación de calidad del registro de las mismas.

Este instrumento servirá como base para que la institución implemente de forma sistemática y continua las revisiones de estos registros, así mismo servirá para identificar los riesgos por el mal diligenciamiento de las historias clínicas tanto administrativos como médicos a que están expuestos los usuarios de Solsalud, incluidos en el programa de Prevención Terciaria (Riesgo Cardiovascular) de la IPS Servir, no hay que desconocer la importancia de un correcto diligenciamiento de las historias clínicas, pues en un momento dado estos documentos son el soporte legal del acontecer médico, y permitirá disminuir los riesgos que se puedan presentar por errores en el registro clínico.

## **4. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los riesgos a que están expuestos los usuarios del Programa de Centro de Prevención Terciaria - Riesgo Cardiovascular en la IPS SERVIR. Por el mal diligenciamiento de las historias clínicas.

### **4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar los principales problemas presentados en los registros de las historias clínicas, mediante la lista de chequeos.
- Establecer los riesgos tanto administrativos como médicos a que están expuestos los usuarios por el mal diligenciamiento de las historias clínicas.
- Calcular los costos de algunos de los riesgos identificados y que afecten directamente la salud de los usuarios

## **5. MARCO DE REFERENCIA**

### **5.1. MARCO TEÓRICO**

#### **5.1.1 DEFINICIÓN.**

Dentro del marco legal colombiano encontramos una definición en la ley 23 de 1981, artículo 34 en donde la historia clínica “es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”. Una definición más precisa, la podemos encontrar en la resolución 1995 de 1999, capítulo i artículo 1 y esta dice lo siguiente: “la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”.

#### **5.1.2. FUNCIONES DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

La función principal de la historia clínica es la clínico-asistencial y deriva del motivo por el que se genera: la necesidad de tener agrupada toda la información sobre una persona, necesaria para el tratamiento o prevención de la enfermedad.

Otras actividades que se llevan a cabo en base a la historia clínica son:

- **Docente:** La formación práctica de los profesionales sanitarios pasa por el manejo de la historia clínica.

- Investigación clínica: Los diferentes estudios clínicos están basados en la información recogida en la historia clínica, tanto retrospectiva como prospectiva; con la autorización del paciente en su caso y con constancia documental en la propia historia.
- Judicial: A veces tanto el mismo proceso patológico como la actividad asistencial por la generada requieren la intervención judicial, siendo la historia clínica el elemento básico de investigación.
- Epidemiológica: Los estudios epidemiológicos, además de la información que directamente se transmite a los respectivos centros, basan sus fuentes de datos en la historia clínica.
- Control de calidad: El análisis de la actividad asistencial y la propuesta de mejoras en la misma nace del estudio del grado de cumplimiento de objetivos reflejado en la historia clínica.
- Gestión y administración: El control de la actividad sanitaria requiere tener una base de estudio y análisis de donde sacar conclusiones para la adecuada administración de recursos y planteamiento de planes y objetivos, ésta base de trabajo la proporciona la historia clínica.

### **5.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

Resolución 1995 de 1999. Capítulo I Artículo 3 Definiciones

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, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

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

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

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

#### **5.1.4. PARTES DE LA HISTORIA CLINICA**

- **LEGIBILIDAD:** Interpreta en la Historia Clínica la coherencia, secuencia (páginas foliadas), racionalidad, el orden y la facilidad para interpretarla.
- **IDENTIFICACIÓN:** Se debe registrar en la Historia: fecha y hora de atención, nombre completo del paciente, edad, actividad que desempeña, dirección - teléfono del domicilio y del trabajo, demás datos de acuerdo a las necesidades de cada programa.

- **MOTIVO DE CONSULTA:** Hace referencia a lo que manifiesta el paciente en el momento del interrogatorio, lo cual es una ayuda adicional para entender cual es el problema principal a tratar dentro de la anamnesis.
- **ESTADO Y/O ENFERMEDAD ACTUAL:** Es la parte más fundamental de la Historia Clínica, aquí se precisa con detalle el estado actual o la enfermedad que esta cursando el paciente al momento de consultar; Sintomatología y tiempo de evolución: cuando comenzó, como se presenta, con que varía, con que otros síntomas se asocia; tratando de expresar los problemas en forma completa y de manera cronológica.
- **REVISIÓN POR SISTEMAS:** Hace referencia a la revisión por los sistemas que todavía no se han explorado en la consulta, esto da mas seguridad en la completitud de la información recogida y brinda una visión global sobre la salud general del paciente. (Sistemas: respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal ó digestivo, genitourinario, endocrino y neurológico).
- **ANTECEDENTES PERSONALES:** Se registran los antecedentes negativos y/o positivos, en este último teniendo en cuenta el tiempo, la evolución y el Tratamiento suministrado, se amplían antecedentes laborales siempre y cuando se relacionen con el estado o enfermedad actual.
- **ANTECEDENTES FAMILIARES:** En esta sección se precisan los antecedentes tanto positivos como negativos que presenten o hayan presentado familiares cercanos como padres y hermanos, registrando el grado de consanguinidad del familiar a quien corresponde.

- **EXAMEN FÍSICO:** Se registra la información obtenida por observación signos vitales (registrando mínimo tres), auscultación, examen de órganos de los sentidos, reflejos, percusión y tacto.
- **ANÁLISIS DIAGNÓSTICO:** Es el conjunto de razonamientos en que se fundamenta el profesional para emitir el diagnóstico o la impresión diagnóstica.
- **DIAGNÓSTICO:** A través de la anamnesis y el examen físico, se da el diagnóstico o la impresión diagnóstica.
- **APOYO DIAGNOSTICO:** Es el registro de las solicitudes y análisis de resultados, de los exámenes de laboratorio, radiologías y demás pruebas, para apoyar el análisis diagnóstico.
- **TRATAMIENTO:** Registra las decisiones terapéuticas orientadas a corregir o restablecer el estado de salud del paciente.
- **DESCRIPCIÓN DE ACCIONES PREVENTIVAS:** Establece las indicaciones y/o recomendaciones formuladas al usuario, con el fin de reforzar estilos de vida saludables y/o corregir hábitos inadecuados.
- **CONTINUIDAD EN EL PROCESO DE LA ATENCIÓN:** Hace parte de los comentarios adicionales que establece el profesional de acuerdo a la asistencia (control de inasistentes), compromiso y/o actitud del paciente frente al programa (Adherencia); se revisa la integralidad del trabajo interdisciplinario, consultando el cumplimiento de las recomendaciones dadas en la consulta anterior, realizando un seguimiento en cada caso.
- **IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE:** Debe quedar inscrito la firma, el nombre, y registro profesional de quien elaboró la consulta (sello).

### **5.1.5. ARCHIVO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA**

La Resolución 1995 de 1999 en el capítulo III normaliza la obligatoriedad del archivo único de historias clínicas

#### **ARTICULO 12. 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.”

En la misma resolución el artículo 13 establece la custodia de la historia

#### **ARTICULO 13. 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 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.”

Igualmente este artículo, en diferentes párrafos establece normas para el traslado de la historia entre Instituciones de Prestación de servicios de salud y para la custodia en caso de liquidación de una una Institución Prestadora de Servicios de Salud



### **5.1.6. ACCESO Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN**

Resolución 1995 de 1999 capítulo III artículo 14

#### **ARTICULO 14. ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.**

“Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

1. El usuario.
2. El Equipo de Salud.
3. Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
4. Las demás personas determinadas en la ley.”

Resolución 1995 de 1999 capítulo III artículo 15

#### **ARTICULO 15. 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.

Un vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.”

### **5.1.7. SEGURIDAD Y CONDICIONES DE CONSERVACIÓN**

Resolución 1995 de 1999 capítulo III artículo 16

#### **ARTICULO 16. SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE 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. “

Resolución 1995 de 1999 capítulo III artículo 17

#### ARTICULO 17. CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

“Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.”

## **5.2 MARCO LEGAL**

### **5.2.1 LEY 23 DE 1981**

Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. El tema de la historia clínica es tratado en el Capítulo III: “De la prescripción médica, la historia clínica, el secreto profesional y algunas conductas” y de manera específica en los artículos 34 al 36.

### **5.2.2 RESOLUCIÓN 1995 DE DE 1999**

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

El primer capítulo trata de definiciones y disposiciones generales, tales como las Características de la historia y la obligatoriedad del registro. El capítulo II regula la forma como se deben diligenciar las historias clínicas. El capítulo III trata sobre la organización y manejo del archivo de historias clínicas y el último capítulo maneja el tema del comité de historias clínicas.

### **5.2.3.DECRETO 1011 DE 2006.**

Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud

El decreto tiene cuatro componentes: habilitación, acreditación, auditoría y sistema de información.

El sistema aplica a prestadoras de servicios de salud, entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado, entidades adaptadas, empresas de medicina prepagada y entidades departamentales, distritales y municipales de salud.

Según la medida, la habilitación se entiende como el cumplimiento de requisitos mínimos de garantía en la prestación de servicios de salud y consta de tres condiciones: suficiencia patrimonial y financiera, condiciones técnico-administrativas y condiciones técnico-científicas.

La acreditación se refiere al cumplimiento de unos estándares ideales de funcionamiento para la prestación de servicios de salud. Este componente tiene carácter voluntario.

La auditoría contempla las herramientas de evaluación de las fallas y los problemas en la calidad de la atención.

El decreto se refiere también al sistema de información que permita monitorear todo el sistema con los datos que se deben remitir a las Secretarías de Salud departamentales y distritales, con el fin de fijar políticas y tomar medidas.

La implementación del sistema de garantía de calidad es supremamente importante en las entidades, por que permiten optimizar los procedimientos establecidos y de esta manera lograr un mejoramiento continuo en las mismas, brindar un excelente servicio a sus usuarios, que en últimas es la razón de ser de cada entidad.

Así que tener una normatividad bastante detallada en el campo de la calidad de la salud, es ya un adelanto grande, pero es importante que esto no se vea como una norma sino como una oportunidad para buscar el mejoramiento de las instituciones y por supuesto del servicio al usuario.

“Las instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales”. (Decreto 1011 de 2006).

#### **5.2.4 RESOLUCIÓN 1043 DE 3 DE ABRIL DE 2006.**

Esta resolución establece 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.

En el anexo técnico No. 1, están descritos los estándares No. 6 el cual tiene diseñado procesos que garanticen que cada paciente cuenta con una

historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Los cuales se describen a continuación:

- Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.
- Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con 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, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.
- El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.
- Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.
- Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.
- En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.

- Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.
- Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.

El anexo No. 9 que establece la protección a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios, mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicio.

Establece, los riesgos propios de los servicios que sean ofrecidos en la consulta prioritaria, es decir: Consulta de medicina general.

## **6. RESEÑA HISTORICA DE LA EMPRESA**

SERVIR, es una IPS Santandereana creada en noviembre de 1993, por prestigiosas clínicas de Bucaramanga que vieron en su integración la oportunidad de afrontar conjuntamente nuevos modelos de atención en el sector, que les permitiera la utilización de su capacidad instalada y la creación de nuevos productos. Desde sus inicios, Servir ha sido pionera en la atención de servicios de salud, bajo esquemas de contratación por capitación.

Para el año de 1998, las EPS vieron en la IPS Servir una herramienta para el desarrollo de principios orientadores propios del sistema general de seguridad social en salud, tales como: la complementariedad y la integralidad de la red, toda vez que el grupo empresarial que conformó a Servir ofrecía a las promotoras servicios de salud en todos los niveles de complejidad, garantizándoles la prestación de los mismos en los términos de eficiencia, eficacia, oportunidad y calidad y además con la garantía del derecho de la libre escogencia propia de los usuarios del sistema frente a una gama de prestadoras de servicios debidamente autorizadas para funcionar.

En todo este proceso de desarrollo Servir S.A. ha logrado constituir un sistema de gestión que dirige, controla y promueve el acceso de los usuarios a través de una extensa red articulada de prestadores de servicios de salud, cubriendo los IV niveles de atención en salud con su red prestadora. Los socios de la IPS Servir son prestigiosas instituciones de salud santandereanas, quienes vieron la importancia de constituir a SERVIR S.A. para con su aporte técnico, científico y de servicios, prestar

servicios de salud estas son: Clínica Materno Infantil San Luis, Clínica Metropolitana, Clínica Bucaramanga, Clínica Santa Teresa, I.O.I.N.A. LTDA, Clínica Chicamocha S.A. .Fundación Cardiovascular de Colombia.

### **6.1. OBJETO SOCIAL**

Servir, es una sociedad anónima cuyo objeto social es prestar servicios de salud en forma integral con calidad y oportunidad, a los usuarios de las Empresas Promotoras de Salud tanto públicas como privadas, los diferentes niveles de atención, garantizando a sus usuarios, una mayor cobertura de red prestadora.

### **6.2. POBLACION OBJETO**

La IPS Servir S.A. es una entidad que atiende los usuarios de las EPS: Humana Vivir, Seguro Social, Salud Colpatria, Solsalud y Salud Total. La población objeto de esta evaluación son los usuarios de Solsalud, inscritos en el Programa de Centro de Prevención Terciaria (Riesgo Cardiovascular).

Actualmente SERVIR S.A. tiene bajo su cuidado una población creciente de personas de la tercera edad, quienes tienen alto riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, endocrinas, pulmonares, articulares y renales, los cuales están incluidos en el programa del Centro de Prevención Terciaria CPT cuya finalidad es realizar prevención, promoción y rehabilitación de la salud a personas de una forma integral, con una participación activa por parte del usuario y/o familia, buscando el auto cuidado y la independencia dentro de un trabajo de equipo multidisciplinario.



En aras de un funcionamiento que cumpla en su totalidad con el sistema de garantía de la calidad nos lleva a realizar la evaluación de las Historias Clínicas de esta población.

## **7. METODOLOGIA**

### **7.1 EVALUACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS E IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS**

Para cumplir con los objetivos relacionados con diseñar, desarrollar y estandarizar un instrumento (lista de chequeos) que nos permita evaluar la calidad de los registros en las historias clínicas y con el que tiene que ver con la identificación de los riesgos tanto administrativos como médicos a que están expuestos los usuarios por el mal diligenciamiento de las historias clínicas, la metodología contempla el desarrollo del siguiente procedimiento:

- Identificar la fuente de la información
- Determinación de la muestra a evaluar según la población
- Diseño del papel de trabajo
- Aplicación del instrumento a la muestra determinada
- Consolidación de los resultados.
- Identificación de riesgos
- Análisis y conclusiones

#### **7.1.1. FUENTE DE INFORMACION**

Dentro del trabajo investigativo servirá de fuente de información, los registros contemplados en las historias clínicas de los pacientes del Centro de Prevención Terciaria incluidos en el programa de riesgo cardiovascular.

Se tomará como base la normatividad existente sobre el tema de investigación como son la Ley 23 de 1981, Resolución 1995 de 1999 y se tendrá en cuenta la Resolución 1043 de abril 3/06 en su anexo Técnico No. 1 sobre Literal 6 y literal 9.

### **7.1.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Para la elaboración del presente trabajo se tendrán en cuenta todas las historias clínicas existentes en el archivo del programa de riesgo cardiovascular del centro de prevención terciaria en el periodo comprendido entre abril 2005 y diciembre 31 del 2006.

### **7.1.3 TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de Estudio a utilizar es el descriptivo, retrospectivo. La metodología se basará en la búsqueda y recolección de datos tomados de las historias clínicas del Centro de prevención Terciaria desde su inicio en abril del 2005, hasta diciembre de 2006, con previa autorización de la Coordinación médica y Coordinación del Sistema de la Garantía de la Calidad

### **7.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA**

- **UNIVERSO**

Es el conjunto de todos los individuos y objetos en estudio. En nuestro caso la población esta formada por el total de las historias Clínicas de los usuarios del Centro de Prevención Terciaria, incluidos en el programa de riesgo cardiovascular.

En muchas ocasiones cuando se va a realizar un estudio o investigación resulta imposible, difícil o costoso trabajar con todos los elementos involucrados en el mismo, así se forman los conceptos de Universo o Población (identificado con

conjunto) y Muestra como solo una parte de los elementos del conjunto que se quiere estudiar.

El universo de este trabajo de investigación es de 1780 historias Clínicas que pertenecen a los usuarios del Centro de Prevención Terciaria, incluidos en el programa de riesgo cardiovascular.

- **MUESTRA**

Es una selección representativa de elementos del universo o población.

Determinación del tamaño de la muestra para poblaciones finitas. En este caso se emplea la siguiente fórmula determinada en:

[http://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra\\_pronos/pronosti.htm](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra_pronos/pronosti.htm)

La muestra determinada es de 316 historias clínicas

### **7.1.5 INSTRUMENTO**

Se ha diseñado un formato de evaluación de historias clínicas cuyo contenido está basado en la Resolución 1995 de 1999 así:

Tabla 1. Instrumento de evaluación

<b>Característica</b>	<b>Puntaje asignado</b>	<b>Puntaje obtenido</b>
<b>PRESENTACIÓN</b>		
Legibilidad	2	7
No tachones ni enmendaduras	2	
No abreviaturas ni siglas	2	
No tiene espacios en blanco	1	
<b>IDENTIFICACIÓN</b>		
Nombre	0.5	2
Edad	0.5	
Identificación	0.5	
Fecha y hora de atención	0.5	
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>		
Existe	3	3
<b>ENFERMEDAD ACTUAL</b>		
Existe	2.5	5
Es coherente con el motivo de consulta	2.5	
<b>REVISIÓN POR SISTEMAS</b>		
Órganos de los Sentidos	1	7
Cardiopulmonar	1	
Abdomen	1	
Genitourinario	1	
Extremidades	1	
Sistema nervioso	1	
Osteomuscular	1	
<b>ANTECEDENTES</b>		
Quirúrgicos	1	6
Patológicos	1	
Tóxicos	1	
Ginecológicos	1	
Alérgicos	1	
Familiares	1	
<b>SIGNOS VITALES</b>		
Tensión arterial	3	9
Frecuencia cardiaca	3	
Peso	3	
<b>EXAMEN FÍSICO</b>		
Órganos de los Sentidos	1.5	10
Cardiopulmonar	1.5	
Abdomen	1.5	
Genitourinario	1.5	
Extremidades	1	
Sistema nervioso	1.5	
Osteomuscular	1.5	
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
Si existe	5	10
Pertinencia ver guías de atención	5	
<b>AYUDAS DIAGNÓSTICAS</b>		
Se solicitaron de acuerdo a las guías	5	10
Se interpretan y se registran en la HCL	5	
<b>ANÁLISIS</b>		

Justificación del manejo	10	10
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		
Nombre del medicamento	1	
Dosis	1	
Cantidad	1	6
Vía	1	
Duración del tratamiento hora	1	
NO FARMACOLÓGICOS	1.5	
Dieta	1.5	4
Ejercicio	1	
Signos de alarma		
CONTINUIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN	7	7
IDENTIFICACIÓN DEL MEDICO		
Firma médico	2	4
Registro	2	
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente. Autores del Proyecto

Como se puede observar en el cuadro, la historia se divide en partes (Presentación, identificación, motivo de consulta, enfermedad actual, etc.) y a su vez cada una de las partes está compuesta por varios ítems. A cada uno de ellos se le asigna un puntaje. En el momento de calificar el ítem si este es totalmente satisfecho, se calificará con el puntaje asignado. Cada parte de la historia clínica obtendrá un puntaje y la suma de todos ellos dará 100 si la historia cumple a cabalidad con todos los requisitos

#### 7.1.6. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

El punto relacionado con la aplicación del instrumento se realizó con el apoyo médico del Dr. Alfonso Peralta Gerente de Calidad en la IPS SERVIR. En el desarrollo de esta actividad se evaluaron 316 historias clínicas, utilizando el papel de trabajo diseñado en el paso anterior.

Se tomaron al azar las 316 historias de un total de 1780 y se procedió a calificar cada una de ellas.

### 7.1.7 CONSOLIDACIÓN DE RESULTADOS

Para hacer la evaluación de las historias clínicas, en cada una de sus partes (presentación, identificación, motivo de consulta, etc.) se identifica el número de historias con falencias y se divide sobre el total de historias analizadas. Ejemplo:

$$\text{Legibilidad} = \frac{\text{No de historias con problemas de legibilidad}}{\text{Total de historias clínicas revisadas}}$$

Luego de procesar las historias clínicas objeto de estudio, se obtuvieron los resultados que se presentan en el siguiente cuadro.

Tabla 2. Resultados de la evaluación de los registros de la historia clínica

Característica	Puntaje asignado	Puntaje	Total
		Obtenido	
<b>PRESENTACIÓN</b>			<b>56%</b>
Legibilidad	2	61%	
No tachones ni enmendaduras	2	60%	
No abreviaturas ni siglas	2	47%	
No tiene espacios en blanco	1	57%	
<b>IDENTIFICACIÓN</b>			
Nombre	0.5	100%	97%
Edad	0.5	97%	
Identificación	0.5	100%	
Fecha y hora de atención	0.5	92%	
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>			
<b>Existe</b>	3	73%	73%
<b>ENFERMEDAD ACTUAL</b>			<b>63%</b>
Existe	2.5	63	
Es coherente con el motivo de consulta	2.5	5 63	
<b>REVISIÓN POR SISTEMAS</b>			
Órganos de los Sentidos	1	0%	
Cardiopulmonar	1	0%	0%

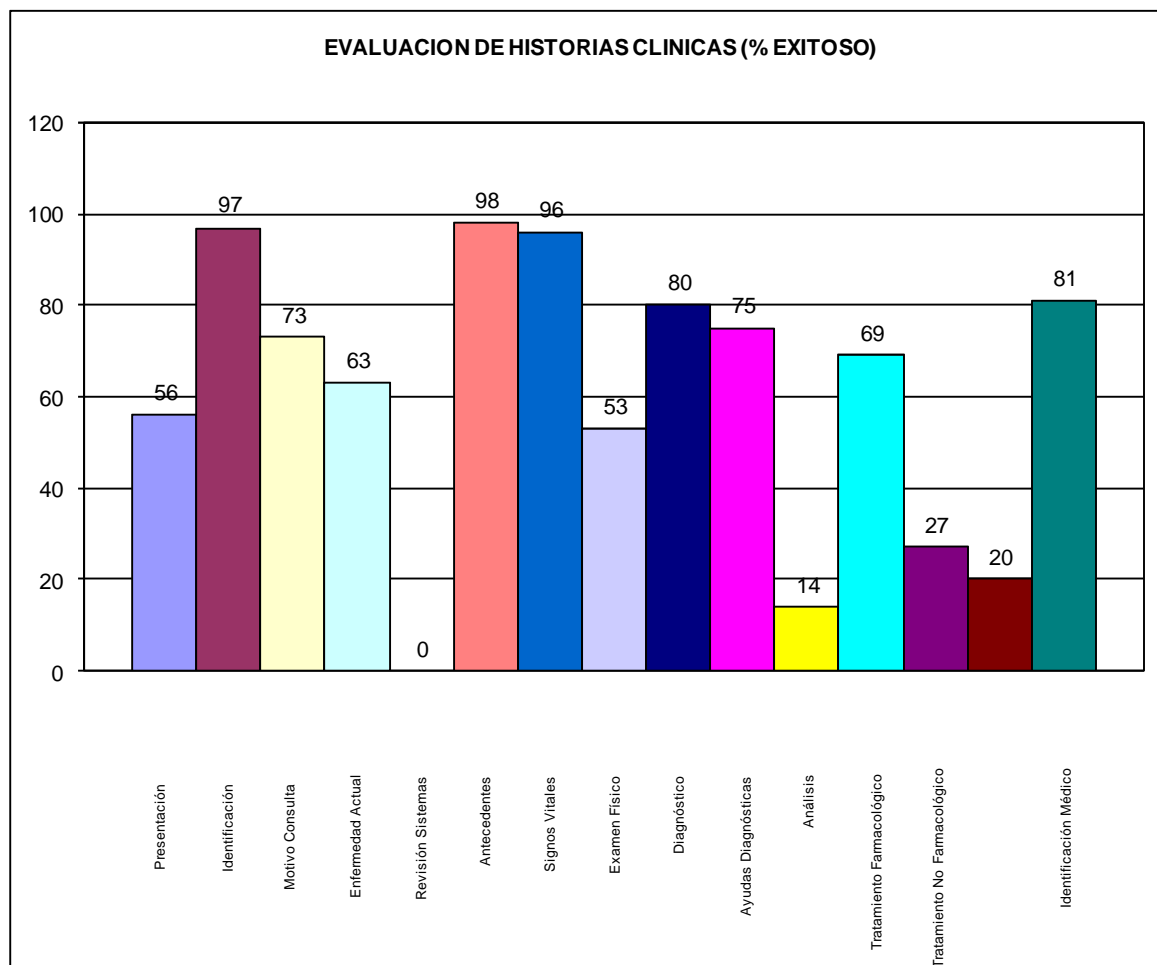
Abdomen	1	0%	
Genitourinario	1	0%	
Extremidades	1	0%	
Sistema nervioso	1	0%	
Osteomuscular	1	0%	
<b>ANTECEDENTES</b>			
Quirúrgicos	1	100%	98%
Patológicos	1	100%	
Tóxicos	1	97%	
Ginecológicos	1	96%	
Alérgicos	1	95%	
Familiares	1	100%	
<b>SIGNOS VITALES</b>			
Tensión arterial	3	96%	
Frecuencia cardiaca	3	96%	96%
Peso	3	96%	
<b>EXAMEN FISICO</b>			
Órganos de los Sentidos	1.5	23%	
Cardiopulmonar	1.5	100%	53%
Abdomen	1.5	100%	
Genitourinario	1.5	0%	
Extremidades	1	55%	
Sistema nervioso	1.5	88%	
Osteomuscular	1.5	3%	
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
Si existe	5	100%	80%
Pertinencia ver guías de atención	5	60%	
<b>AYUDAS DIAGNÓSTICAS</b>			
Se solicitaron de acuerdo a las guías	5	100%	75%
Se interpretan y se registran en la HCL	5	50%	
<b>ANÁLISIS</b>			
Justificación del manejo	10	14%	14%
<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>			
Nombre del medicamento	1	97%	
Dosis	1	97%	
Cantidad	1	75%	69%
Vía	1	0%	
Duración del tratamiento	1	97%	
Hora	1	48%	
<b>NO FARMACOLÓGICOS</b>			
Dieta	1.5	41%	
Ejercicio	1.5	41%	27%



Signos de alarma	1	0%	
<b>CONTINUIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN</b>			
Hay continuidad en el proceso	7	20%	20%
<b>IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO</b>			
Firma médico	2	97%	
Registro	2	65%	81%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		

Fuente. Autores del Proyecto

Figura 1. Porcentaje exitoso en el registro y diligenciamiento de las historias clínicas



Fuente. Autores del Proyecto

### 7.1.8 RESUMEN DE LA EVALUACION HISTORIAS CLÍNICAS

Para la evaluación de los registros de la historia clínica se tendrán los siguientes criterios de calificación:

Tabla 3. Calificación de la historia clínica

<b>Calificación de cada característica de la historia clínica</b>	
Optimo	> 90 %
Aceptable	70 – 89 %
Mala	50- 69 %
Deficiente	< 50 %

Fuente. Autores del Proyecto

Tabla 4. Número de historias asociadas a cada criterio de calificación

<b>EVALUACION HISTORIAS CLINICAS</b>	<b>CALIFICACION</b>			
	90-100	89-70	69-50	<50
Optimo	0			
Aceptable		107		
Malo			202	
Deficiente				6

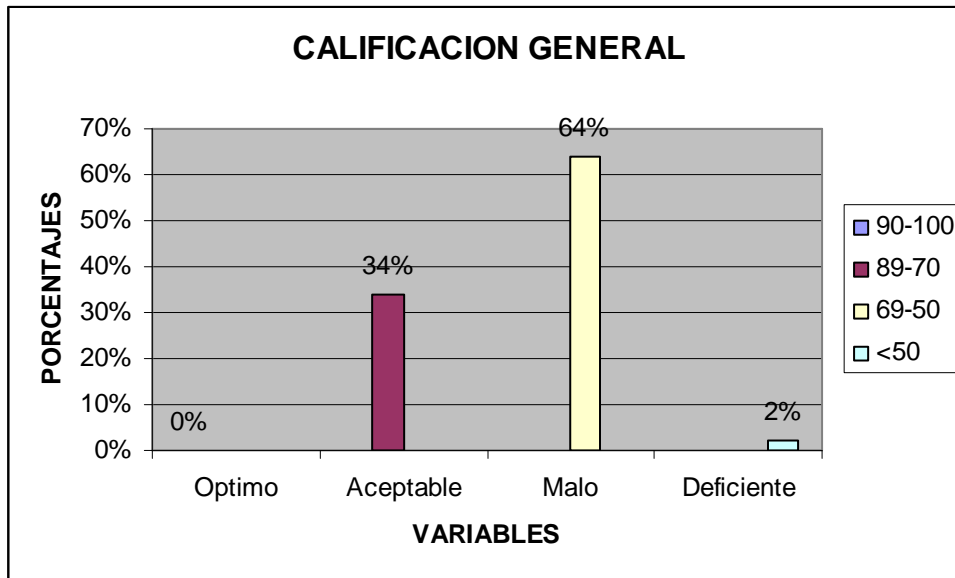
Fuente. Autores del Proyecto

Tabla 5. Porcentaje de historias relacionadas a cada criterio de calificación

<b>EVLUACION HISTORIAS CLINICAS</b>	<b>CALIFICACION</b>			
	90-100	89-70	69-50	<50
Optimo	0%			
Aceptable		34%		
Malo			64%	
Deficiente				2%

Fuente. Autores del Proyecto

Figura 2. Calificación general



Fuente. Autores del Proyecto

### 7.1.9 ANÁLISIS DE RESULTADOS

- RESULTADO GENERAL:

En el primer cuadro del numeral anterior se observan algunos resultados con excelente calificación tales como: Identificación el 97%, Antecedentes el 98% y signos vitales el 96%. Estos aspectos permiten minimizar el riesgo de pérdida de historias, de sanciones por no cumplimiento de la normatividad. La adecuada evaluación de los signos vitales permite la identificación de un diagnóstico correcto.

Sin embargo en términos generales los resultados al evaluar el diligenciamiento de las historias clínicas son deficientes y tan sólo unos pocos registros son aceptables. En la gráfica del numeral anterior se representa la calificación general de las historias clínicas evaluadas, donde se observa que no existen historias completamente bien diligenciadas, que sólo el 34% son aceptables y que la

mayoría de ellas tienen una calificación de mala de acuerdo con los criterios establecidos previamente.

Al analizar los resultados se identificaron las siguientes causas:

1. Falta de Capacitación continuada al equipo interdisciplinario que labora en el CPT
2. Desconocimiento de las normas o parte legal.
3. Falta de pertenencia en la aplicación del proceso (diligenciamiento de la historia clínica) por parte del equipo interdisciplinario del CPT.
4. Falta de comité primario integrado por el personal del CPT para auditar las historias clínicas y su respectiva retroalimentación.

#### **7.1.10. ANÁLISIS POR PARTES DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Al observar el cuadro presentado en el numeral 8.1.5 se encuentra que las principales falencias (las partes con resultado mas bajo) tienen que ver con la presentación, revisión por sistemas, tratamiento no farmacológico, examen físico, análisis y continuidad en el proceso de atención.

- **PRESENTACIÓN:**

En las historias clínicas evaluadas se dio un cumplimiento en un 56%. Las fallas que se observaron en los registros de la historia clínica se enfocaron en:

1. Hojas de la historia clínica no foliada.
2. Falta de fecha y hora en cada control.
3. Espacios en blanco.
4. Evolución médica incompleta, faltando en algunos casos el diagnóstico y el tratamiento.

5. Ausencia de firmas y sellos que le den soporte a la consulta médica.
6. Tachones y enmendaduras.
7. Letra ilegible.
8. Abreviaturas y siglas no permitidas por la OMS

Estas falencias reflejan desconocimiento de la parte legislativa (Resolución 1995), por parte de quienes las diligencian, situación que pone en riesgo tanto al personal médico y paramédico como a la IPS SERVIR en el momento de una demanda o auditoria externa.

- REVISIÓN POR SISTEMAS:

Dentro de las historias clínicas evaluadas se dio un puntaje del 0%. Este proceso no se está realizando, lo que conlleva a una mala práctica en el examen físico del paciente dando como resultado complicaciones posteriores que aumentan los costos en la calidad de la atención.

A pesar de toda la información que se ha recogido en la anamnesis y los antecedentes, conviene tener algún método para evitar que se escape algo importante. Una breve revisión por los sistemas que todavía no se han explorado da más seguridad en la determinación de los diagnósticos.

Se sugiere al personal médico tener en cuenta este paso ya que es fundamental para la realización de un buen diagnóstico y tratamiento evitando complicaciones de punto de vista médico- legal

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

Dentro de las historias clínicas evaluadas solo se alcanzó un 27 % de efectividad en la aplicación de este proceso, ya que el personal médico y paramédico en el momento de su control le brinda educación a cada paciente sobre signos de

alarma, cuidados y recomendaciones que deben tener frente a su patología para mejorar su estado de salud, olvidando consignar en los registros de la historia clínica, dando pauta para que se evalúe en sentido negativo.

Son indudables los avances en el campo farmacéutico y de los tratamientos quirúrgicos. Sin embargo, el número de pacientes que día a día se enfrentan a enfermedades por riesgo cardiovascular, en vez de haberse disminuido, crece en la mayoría de la población, teniendo igual comportamiento en nuestro medio. En muchos lugares del mundo ésta es la mayor causa de mortalidad, por encima del cáncer o de muertes debidas a accidentes de tránsito.

Estamos enfrentados a un problema de grandes magnitudes. Intentar tratamientos más allá de lo convencional es una tarea urgente, que obtendrá reconocimiento y sobre todo gratitud por parte de miles de pacientes. En este sentido, es elogiado el sentido filosófico y práctico del programa Centro de Prevención Terciaria de Servir S.A. Sin embargo pueden existir más alternativas por probar. Convencer a directivos, a personal médico y a pacientes sobre los beneficios de tratamientos no farmacológicos es una labor necesaria. Explorar medicinas alternativas, tratamientos preventivos, el cuidado de la salud a través de la alimentación y la actividad física, cuidar la salud mental y emocional y en general toda teoría que se sale de lo tradicional, puede tener grandes beneficios, muchos de los cuales implican bajo costo y poco esfuerzo.

- EXAMEN FÍSICO:

En la práctica los médicos del programa hacen énfasis en la valoración del sistema cardiopulmonar, abdomen y el sistema nervioso. La ausencia de la evaluación de otros sistemas puede conllevar a la no identificación de algunas patologías.

- ANÁLISIS:

Se hace poco énfasis en la justificación del tratamiento del paciente. Esta deficiencia puede ocasionar problemas en el momento de realizar auditorias o ante problemas de carácter legal.

- CONTINUIDAD EN EL PROCESO:

Esta calificación del 20% refleja la falta de continuidad del proceso de atención en el programa CPT, falla que se viene presentando debido a las siguientes causas:

1. La falta de un sistema de información que permita el seguimiento y control del paciente. A través del sistema se debe poder identificar pacientes inasistentes, periodos de tiempo sin control, identificación de pacientes para visita domiciliaria y seguimiento a los mismos.
2. Desactualización de dirección y teléfono del domicilio que conlleva a la no ubicación del paciente.
3. Desconocimiento de los pacientes que salen del programa por cambio de EPS y fallecimiento.
4. La falta de planificación y direccionamiento de la demanda ya que no existe un cronograma donde se registren los pacientes de visita Domiciliaria en forma cronológica, por prioridad en la atención y seguimiento de los casos.
5. La falta de personal para cubrir el 100% de la población asignada del CPT, ya que La continuidad de la atención solo se puede asegurar a través del personal y del sistema de información. En último término la información sistematizada permitiría la consecución de la continuidad. Es prudente la realización urgente de un programa sistematizado donde se registren los pacientes a visitar en su

domicilio para la continuación del tratamiento, su interés es doble médico y legal permitiendo conocer la demanda para esta actividad, en el sistema debe estar registrado el nombre del personal asistencial, la fecha, nombre del paciente, dirección y teléfono, de los pacientes domiciliarios a demanda como los programados y su seguimiento. Con esto se permite lograr para los pacientes la mayor efectividad posible en la resolución de sus problemas.

Dado que los pacientes matriculados en el programa CPT tienen su patología definida, recibiendo tratamiento para el control de su enfermedad, una de las características más importantes del programa debe ser la continuidad en el proceso para evitar complicaciones mayores. Un paciente que no asista al control, un paciente que no siga los tratamientos adecuadamente, un paciente con hábitos inadecuados de vida saludable, un paciente al que se le pierde el rastro por la ausencia de un sistema de información, es un paciente al que será muy probable encontrar posteriormente en la cama de un hospital, o en una unidad de cuidados intensivos, incurriendo en costos altísimos y deteriorando su calidad de vida.

#### **7.1.11 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS**

**RIESGOS CON MAYOR IMPACTO EN EL PROCESO DEL DILIGENCIAMIENTO DE LAS HISTORIAS CLINICAS:**

De acuerdo con el cuadro del numeral anterior, los siguientes son los riesgos que mas prevalecen en cada una de las partes de la historia clínica, vulnerando la salud integral del paciente que conlleva a la elevación de costos.

- **FALLA EN EL DIAGNÒSTICO:** Este riesgo se puede presentar por la ausencia o el mal diligenciamiento de algunas de los registros de la historia clínica como: Motivo de consulta, Enfermedad actual, revisión por sistemas,



antecedentes, signos vitales y examen físico, ocasionando complicaciones posteriores en la patología del paciente.

La falla en el diagnóstico ocasiona las siguientes consecuencias adversas:

- Utilización errada de ayudas diagnósticas ocasionando un sobre costo innecesario.
- Se hace un tratamiento para combatir una patología que en realidad no existe lo cual genera costos y por otro lado no se hace el tratamiento adecuado de manera oportuna terminando el paciente en una complicación con la consecuente elevación del costo.
- **TRATAMIENTO INADECUADO:** Se presenta por la mala práctica en la atención del paciente, al no evaluar por parte del personal médico de forma completa cada una de las partes de la historia clínica como son: revisión por sistemas, signos vitales, examen físico, Diagnósticos, ayudas diagnósticas, análisis, tratamiento farmacológico.

Esta equivocación conlleva a un tratamiento no coherente con la patología, lo cual ocasiona sobre costos e impide el tratamiento oportuno del paciente el cual puede sufrir complicaciones.

- **COMPLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD:** Este riesgos se presenta a causa de la falla en el diagnóstico y de un tratamiento inadecuado debido a la mala evaluación de cada una de las partes de la historia clínica.

Una de las principales razones de ser del programa Centro de Prevención Terciaria, debe ser evitar por todos los medios posibles que el paciente llegue a un estado de complicación. Como se analizará posteriormente la complicación de un

paciente ocasiona costos elevadísimos y el deterioro de la calidad de vida del paciente, habiendo casos como por ejemplo una trombosis, en los cuales las consecuencias son irreversibles.

- **SANCION POR INCUMPLIMIENTO DE LA NORMA:** Este riesgo se presenta por el desconocimiento de la normatividad (Resolución 1995) y también debido a la mala práctica en el ejercicio por parte del personal médico y paramédico.

Las consecuencias pueden ser muy complicadas, como demandas por responsabilidad civil contractual donde involucra las relaciones de conducta culposa, Daños y perjuicios por parte del personal médico y paramédico de la institución puede terminar en una indemnización.

En la responsabilidad extracontractual intervienen los familiares que se ven perjudicados porque el acto médico que resulta frustrado, lesiona el patrimonio económico y trae también consecuencias de tipo moral.

Pueden también existir demandas de responsabilidad penal según código penal ley 599 de 2000, donde dicho proceso puede resultar en una pena o indemnización.

Por esta razón la historia clínica debe elaborarse con cuidado y cumpliendo todos los requisitos exigidos por la ley, ya que constituye un medio probatorio documental por excelencia, porque en él quedan plasmados todos los hechos relacionados con el tratamiento y evolución de la enfermedad.

#### **7.1.12 ANÁLISIS DE OTROS RIESGOS**

- ✓ **ADMINISTRACIÓN EQUIVOCADA DEL TRATAMIENTO:**

- **PRESENTACIÓN:** Letra ilegible, tachones o enmendaduras no permitiéndole al paciente y a su grupo familiar entender la formula médica que le entrega el personal interdisciplinario de salud ocasionándole error en la administración de su tratamiento.
- **TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:** La falta de algunos de los 6 correctos en la prescripción de la formula médica como; nombre del medicamento, dosis, cantidad, vía, duración y hora, conlleva a errores en la administración de los mismos por parte del paciente y su grupo familiar.
- **CONTINUIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN:** En el momento de la consulta el personal médico y paramédico en algunas ocasiones olvida explicar la prescripción del tratamiento a su paciente, conllevándolo a equivocarse en la administración de los medicamentos.
- ✓ **NULIDAD DEL DOCUMENTO COMO SOPORTE LEGAL:**
  - **PRESENTACIÓN:** La nulidad en el documento como soporte legal dentro de la presentación, se da porque el equipo interdisciplinario que interviene en la historia clínica olvida en algunas ocasiones que no se debe escribir con tachones, enmendaduras, letra ilegible, siglas y abreviaturas que no están autorizadas por la OMS al igual que no deben dejarse espacios en blanco porque permite la adulteración del documento lo que ocasiona un alto riesgo comprometiendo al autor o a la IPS en caso de investigación disciplinaria o auditoria.
  - **IDENTIFICACIÓN:** El riesgo de nulidad se puede presentar en caso de una investigación disciplinaria o auditoria interna o externa de los registros de la historia clínica porque el personal médico y paramédico olvida en algunas

ocasiones escribir datos tan precisos o de vital importancia como son; la fecha y hora de atención, nombre del paciente, edad y su documento de identidad.

- IDENTIFICACIÒN DEL MÈDICO: Hay nulidad por falta de la firma y el sello del médico tratante responsable de la atención.
  
- ✓ ADULTERACION DE LA HISTORIA CLINICA:
  - PRESENTACIÒN: Se puede dar la adulteración por los espacios en blanco dejados por el personal médico y paramédico.
  
  - IDENTIFICACIÒN: El no registro de la fecha y hora de atención, puede ocasionar en algún momento la adulteración de la historia clínica por parte de personal interno o externo.
  
  - IDENTIFICACIÒN DEL MÈDICO: La ausencia de la firma y sello del médico tratante conlleva a la manipulación en la información de los registros de la historia clínica.
  
- ✓ MALA INTERPRETACIÒN DE LA HISTORIA CLINICA POR SIGLAS Y ABREVIATURAS NO AUTORIZADAS, ILEGIBILIDAD
  - PRESENTACIÒN: EL personal médico y paramédico se expone a riesgos administrativo o de tipo legal por la mala interpretación de los registros por parte de los comités técnico-científico, auditorías internas - externas y en investigaciones interdisciplinaria por la utilización de siglas o abreviaturas no autorizadas y ilegibilidad de los registros.
  
- ✓ SANCIÒN POR INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD:

Este riesgo compromete todas las partes de la historia clínica, la carencia de información en cada uno de estos criterios no soporta un buen diligenciamiento y cumplimiento de la norma según la resolución 1995 en caso de una investigación de tipo administrativo o legal al personal comprometido o a la IPS.

✓ PÉRDIDA PARCIAL DE LA HISTORIA CLINICA:

- IDENTIFICACIÓN: La pérdida se puede dar por:

La falta de foliación e identificación en cada una de las hojas de los registros de la historia clínica.

Ausencia de firma por parte de los pacientes al entregársele en calidad de préstamo registros de la historia clínica.

✓ RIESGO DE DEMANDA POR INOPORTUNIDAD:

El equipo interdisciplinario de salud corre riesgo al no demostrar la oportunidad en la atención que le brinda al paciente en el momento de su control al olvidar anotar la fecha y hora en que recibió la atención.

✓ PERDIDAS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

Este riesgo se da por la falta de organización de los registros de la historia clínica por parte del equipo que la manipula donde se presentan situaciones como:

La no foliación de la historia clínica.

Falta de nombre e identificación en las ayudas diagnóstica

No existe firma que compruebe la entrega al paciente de las ayudas diagnósticas

No legajan las ayudas diagnósticas en la historia clínica

✓ AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD POR FALTA DE FIRMA MÉDICA

La ausencia de firma y sello no respalda los registros de la historia clínica en caso de auditoría internas, externas o implicaciones de tipo legal.

✓ RIESGO DE DEMANDA POR NO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este riesgo se presenta cuando no se explica al paciente y a su grupo familiar el tratamiento a seguir, o por la ausencia de la firma y número de identificación del paciente o persona responsable como respaldo legal después de haber recibido la información.

✓ ERRORES EN DECISIONES MÉDICAS POR FALTA DE LEGIBILIDAD EN LA HISTORIA CLÍNICA.

La falta de legibilidad en las anotaciones médicas representa un riesgo de parte de la persona que realiza el control, al interpretar de forma incorrecta las anotaciones anteriores.

## 8. METODOLOGIA EVALUACION DE COSTOS

- Identificación de Diagnósticos asociados a los pacientes objeto del estudio
- Determinación de los datos a evaluar
- Diseño de papeles de trabajo necesarios para determinar los costos asociados a la hospitalización de dichos pacientes.
- Aplicación del papel de trabajo a los datos seleccionados
- Consolidación de Resultados
- Análisis de los resultados

Tabla 6. Identificación de diagnósticos asociados a los pacientes objeto del estudio

PATOLOGIA	COMPLICACIONES	TRATAMIENTO MEDICO
Hipertensión	crisis hipertensiva	observación en urgencias – hospitalización
	insuficiencia renal etapa 4	Diálisis
	cardiopatía hipertensiva	Tratamiento médico
	infarto agudo del miocardio	Tratamiento médico
		cateterismo cardiaco, angioplastia
		colocación stent
	insuficiencia cardiaca	Tratamiento médico
	Arteriosclerosis	Tratamiento médico
	Accidente vascular cerebral	Tratamiento médico
		Terapia Ocupacional
	angioplastia, colocación stent	
Diabetes	insuficiencia renal etapa 4	Diálisis
	Retinopatía	cirugía Rayos Láser, foto coagulación
	coma diabético	Hospitalización (UCI)
	Neuropatía	tratamiento medico
	infarto agudo del miocardio	tratamiento medico
		cateterismo cardiaco, angioplastia
		colocación stent
	Pie Diabético	Tratamiento Médico
		Amputación- prótesis
	Cetoacidosis	Hospitalización ( UCI)
Hipertensión	Tratamiento Médico	
	enfermedades de las arterias coronarias	Tratamiento Médico
	Arteriosclerosis	Tratamiento Médico

Dislipidemias	infarto agudo del miocardio	Tratamiento Médico
		cateterismo cardiaco, Angioplastia
		colocación stent
	taponamiento de arteria	cateterismo cardiaco, angioplastia
	enfermedad cerebro vascular	Tratamiento médico
		Terapia Ocupacional
		Angioplastia, colocación stent

Fuente. Autores del Proyecto

Este cuadro representa las diferentes patologías que afectan a los pacientes del programa de riesgo cardiovascular (CPT) Centro de Prevención Terciaria. Los riesgos que se dan en el mal diligenciamiento de la historia clínica, como la falta de continuidad en el manejo conllevan a serias complicaciones que requieren diferentes tratamientos, elevando los costos en el manejo de cada una de las patologías, y disminuyendo la calidad de vida de los pacientes.

### **8.1 FUENTE DE INFORMACIÓN:**

Información de facturación de los pacientes atendidos por Servir S.A. remitidos a una de las clínicas de su red prestadora desde enero 1 de 2006 hasta abril 30 de 2007, y que presenten alguno de los diagnósticos relacionados con las complicaciones presentadas en el punto anterior.

Se identificaron los siguientes diagnósticos:

- Aneurismas
- Angina de pecho
- Angina Inestable
- Aterosclerosis
- Diabetes Mellitus
- Infarto agudo del miocardio
- Hipertensión esencial



Insuficiencia cardiaca  
 Insuficiencia renal  
 Otra arritmia cardiaca  
 Choque cardiogénico  
 Embolia y trombosis de arteria  
 Enfermedad aterosclerótica del corazón  
 Enfermedad cardiovascular no especificada  
 Enfermedad isquémica crónica del corazón  
 Isquemia cerebral transitoria  
 Otras enfermedades cerebro vasculares  
 Ulcera del miembro inferior no clasificada

## 8.2 INSTRUMENTO:

Figura 3. Formato para recolección de los costos es el siguiente

Diagnóstico:		
Paciente:	Cédula:	Registro:
Concepto de Facturación		Costo
<b>Total Factura</b>		

Fuente. Autores del Proyecto

Nota: Los conceptos de facturación son por ejemplo estancia, laboratorio, rayos x, derechos de sala, etc.

### 8.2.1. CONSOLIDACIÓN DE RESULTADOS:

El siguiente cuadro presenta la información recolectada de los pacientes con alguno de los diagnósticos con su respectivo valor de la factura. Las tarifas pactadas entre Servir S.A. y la institución están contempladas en el manual tarifario ISS 2001 + el 10%.

La primera columna se refiere al código del diagnóstico según el estándar CIE10, la segunda columna corresponde al nombre del diagnóstico. La tercera columna corresponde a la cédula del paciente. La cuarta columna corresponde al número del registro, que es un número interno de identificación del paciente mientras se encuentra hospitalizado. La última columna corresponde al valor de la factura del paciente.

Se omite el nombre del paciente para proteger su privacidad.

Tabla 7. Facturación de pacientes hospitalizados

<b>Código dx</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Cedula</b>	<b>Registro</b>	<b>Valor factura</b>
I714	Aneurisma de la aorta abdominal sin mención de ruptura	600979	571747	807,311
I714	Aneurisma de la aorta abdominal sin mención de ruptura	600979	567868	5,158,621
I714	Aneurisma de la aorta abdominal sin mención de ruptura	37810308	566424	4,539,715
I719	Aneurisma de la aorta sitio no especificado sin mención de ruptura	37810308	567211	2,329,980
I719	Aneurisma de la aorta sitio no especificado sin mención de ruptura	37810308	565070	2,714,153
I728	Aneurisma de otras arterias especificadas	2139481	552780	1,225,569
I209	Angina de pecho no especificada	28208677	599238	385,198

I209	Angina de pecho no especificada	3148556	614173	1,034,109
I209	Angina de pecho no especificada	27902070	598214	653,812
I209	Angina de pecho no especificada	28061672	616644	564,490
I209	Angina de pecho no especificada	28395041	598000	574,144
I209	Angina de pecho no especificada	28395091	553273	453,746
I209	Angina de pecho no especificada	27920600	587574	725,955
I209	Angina de pecho no especificada	2013385	566504	193,072
I200	Angina inestable	2013385	559573	2,631,840
I200	Angina inestable	2011193	608454	1,847,863
I200	Angina inestable	37640082	561691	1,056,850
I200	Angina inestable	2013385	560487	393,560
I702	Aterosclerosis de las arterias de los miembros	28321529	606844	1,768,226
I702	Aterosclerosis de las arterias de los miembros	28166570	567740	4,518,204
I702	Aterosclerosis de las arterias de los miembros	5566703	542386	903,655
I702	Aterosclerosis de las arterias de los miembros	5566703	540076	1,341,615
I709	Aterosclerosis generalizada y la no especificada	28216096	601191	890,425
I709	Aterosclerosis generalizada y la no especificada	2034955	560560	526,974
I709	Aterosclerosis generalizada y la no especificada	2181568	574725	1,358,133
R001	Bradycardia no especificada	5561116	567676	188,948
R001	Bradycardia no especificada	5561116	567563	302,899
J90x	Derrame pleural no clasificado en otra parte	2171626	603697	5,406,351
J90x	Derrame pleural no clasificado en otra parte	2073775	608395	3,441,216
J90x	Derrame pleural no clasificado en otra parte	24386367	624353	806,712
J90x	Derrame pleural no clasificado en otra parte	27906204	621560	579,205
E124	Diabetes mellitus asociada con desnutrición con complicaciones neurológicas	2149283	584198	1,928,427
E100	Diabetes mellitus insulino dependiente con coma	91275956	600737	1,300,300

E100	Diabetes mellitus insulino dependiente con coma	30063208	576907	1,152,155
E100	Diabetes mellitus insulino dependiente con coma	91275956	600278	2,193,233
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	2010012	540972	551,195
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	26721649	623020	825,050
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	26405008	554718	785,903
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	37791035	589703	508,097
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	28095626	543648	1,480,426
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	27946933	620193	661,736
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	27909610	587563	718,534
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	27902336	553259	931,042
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	91269471	540066	252,352
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	88136421	607584	647,856
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	63483262	606465	504,771
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	3115782	608356	4,962,464
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	27924997	544880	804,235
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	28414636	542540	417,889
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	13802538	602551	2,096,978
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	2110402	552286	1,439,930
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	63483262	610539	453,855
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	28379558	556220	533,072
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	63483262	574982	1,217,123
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	23156154	542347	2,362,632

E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	27909610	544124	509,341
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	28399155	577994	865,708
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	30063208	573539	1,340,741
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	2074038	604988	585,187
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	17303011	536756	1,400,027
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	17303011	536631	330,222
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	5563844	609093	363,310
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	63311302	628061	444,371
I749	Embolia y trombosis de arteria no especificada	91236310	560117	3,050,008
I743	Embolia y trombosis de arterias de los miembros inferiores	2151565	575435	3,464,720
I743	Embolia y trombosis de arterias de los miembros inferiores	2151565	575716	193,072
I829	Embolia y trombosis de vena no especificada	88170830	607414	747,615
I829	Embolia y trombosis de vena no especificada	41357175	551273	909,247
I829	Embolia y trombosis de vena no especificada	5550001	580422	972,185
I251	Enfermedad aterosclerótica del corazón	27926810	545355	802,549
I251	Enfermedad aterosclerótica del corazón	27926810	545328	349,176
I251	Enfermedad aterosclerótica del corazón	2112342	554147	468,794
I251	Enfermedad aterosclerótica del corazón	5705976	604799	2,594,082
I251	Enfermedad aterosclerótica del corazón	2112342	553733	436,983
I251	Enfermedad aterosclerótica del corazón	2016056	567234	474,874
I251	Enfermedad aterosclerótica del corazón	27558856	565082	325,225
I251	Enfermedad aterosclerótica del corazón	2016056	567437	150,975
I251	Enfermedad aterosclerótica del corazón	27558856	564861	1,101,896

I516	Enfermedad cardiovascular no especificada	2197371	602192	382,172
I516	Enfermedad cardiovascular no especificada	27909610	595773	809,563
I516	Enfermedad cardiovascular no especificada	27755972	617965	865,443
I516	Enfermedad cardiovascular no especificada	2126624	591746	98,053
I516	Enfermedad cardiovascular no especificada	5559615	589879	857,458
I516	Enfermedad cardiovascular no especificada	27933852	560537	893,542
I516	Enfermedad cardiovascular no especificada	13821321	582258	1,526,218
I10x	Hipertensión esencial (primaria)	12579154	628138	1,005,335
I10x	Hipertensión esencial (primaria)	28328795	600091	379,257
I10x	Hipertensión esencial (primaria)	28256085	553077	774,163
I10x	Hipertensión esencial (primaria)	37830534	539230	414,443
I10x	Hipertensión esencial (primaria)	32005792	597088	283,341
I219	Infarto agudo del miocardio sin otra especificación	13831321	576425	1,548,011
I219	Infarto agudo del miocardio sin otra especificación	13831321	576052	325,807
I219	Infarto agudo del miocardio sin otra especificación	13831321	576720	596,808
I219	Infarto agudo del miocardio sin otra especificación	5705976	605326	475,525
I634	Infarto cerebral debido a embolia de arterias cerebrales	27849542	621605	940,415
I633	Infarto cerebral debido a trombosis de arterias cerebrales	27909610	589288	1,162,193
I633	Infarto cerebral debido a trombosis de arterias cerebrales	2079348	558332	924,616
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	5713224	619898	382,104
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	27920600	565816	1,033,814
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	2124369	593164	856,553
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	28370811	563887	971,084
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	2013456	622821	2,093,981
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	13215730	538334	2,316,263

I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	28395091	588848	673,487
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	27919008	630207	264,508
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	2110402	555539	474,465
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	2020755	591349	1,597,620
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	28114823	576204	2,322,033
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	28256085	554974	582,104
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	2014381	623413	1,162,674
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	27910753	570555	319,783
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	2139147	609371	357,739
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	28356545	582717	708,251
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	5623809	616663	490,070
N180	Insuficiencia renal terminal	8693589	565447	639,658
N180	Insuficiencia renal terminal	27952687	565607	2,580,269
N180	Insuficiencia renal terminal	4037321	569137	1,666,176
G459	Isquemia cerebral transitoria sin otra especificación	62391	566501	674,543
G459	Isquemia cerebral transitoria sin otra especificación	28414636	562080	390,908
G459	Isquemia cerebral transitoria sin otra especificación	2110378	581498	627,526
G459	Isquemia cerebral transitoria sin otra especificación	37838044	583470	312,488
I498	Otras arritmias cardiacas especificadas	1990494	595624	378,679
I678	Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas	2026337	585461	483,816
D694	Otras trombocitopenias primarias	13806302	560605	6,892,805
D694	Otras trombocitopenias primarias	13862777	625212	356,877
D694	Otras trombocitopenias primarias	34825921	569657	514,821
D694	Otras trombocitopenias primarias	28467022	627515	775,544
I460	Paro cardiaco con resucitación exitosa	28276564	587009	354,166
I469	Paro cardiaco no especificado	2133583	600784	1,780,755
L97x	Úlcera del miembro inferior no clasificada en otra parte	5721910	629118	1,047,230

Fuente. Autores del Proyecto

A continuación se relaciona el costo promedio por diagnóstico. La primera columna se refiere al código del diagnóstico según el estándar CIE10, la segunda columna corresponde al nombre del diagnóstico. El costo es la suma del valor de las facturas para los pacientes que presentaron ese diagnóstico. La cuarta columna hace referencia al número de pacientes que presentaron el diagnóstico en cuestión y la quinta columna se refiere al costo promedio por diagnóstico es decir el resultado de dividir el costo entre el número de pacientes.

Tabla 8. Costo promedio por diagnostico

<b>Código dx</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Costo</b>	<b>Nro pacientes</b>	<b>Costo promedio</b>
I714	Aneurisma de la aorta abdominal sin mención de ruptura	10,505,647	3	3,501,882
I719	Aneurisma de la aorta sitio no especificado sin mención de ruptura	5,044,133	2	2,522,067
I728	Aneurisma de otras arterias especificadas	1,225,569	1	1,225,569
I209	Angina de pecho no especificada	4,584,526	8	573,066
I200	Angina inestable	5,930,113	4	1,482,528
I702	Aterosclerosis de las arterias de los miembros	8,531,700	4	2,132,925
I709	Aterosclerosis generalizada y la no especificada	2,775,532	3	925,177
R001	Bradicardia no especificada	491,847	2	245,924
J90x	Derrame pleural no clasificado en otra parte	10,233,484	4	2,558,371
E124	Diabetes mellitus asociada con desnutrición con complicaciones neurológicas	1,928,427	1	1,928,427
E100	Diabetes mellitus insulino dependiente con coma	4,645,688	3	1,548,563
E140	Diabetes mellitus no especificada con coma	24,870,930	23	1,081,345
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	3,123,117	5	624,623
I749	Embolia y trombosis de arteria no especificada	3,050,008	1	3,050,008



I743	Embolia y trombosis de arterias de los miembros inferiores	3,657,792	2	1,828,896
I829	Embolia y trombosis de vena no especificada	2,629,047	3	876,349
I251	Enfermedad aterosclerótica del corazón	6,704,554	9	744,950
I516	Enfermedad cardiovascular no especificada	5,432,449	7	776,064
I10x	Hipertensión esencial (primaria)	2,856,539	5	571,308
I219	Infarto agudo del miocardio sin otra especificación	2,946,151	4	736,538
I634	Infarto cerebral debido a embolia de arterias cerebrales	940,415	1	940,415
I633	Infarto cerebral debido a trombosis de arterias cerebrales	2,086,809	2	1,043,405
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	16,606,533	17	976,855
N180	Insuficiencia renal terminal	4,886,103	3	1,628,701
G459	Isquemia cerebral transitoria sin otra especificación	2,005,465	4	501,366
I498	Otras arritmias cardiacas especificadas	378,679	1	378,679
I678	Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas	483,816	1	483,816
D694	Otras trombocitopenias primarias	8,540,047	4	2,135,012
I460	Paro cardiaco con resucitación exitosa	354,166	1	354,166
I469	Paro cardiaco no especificado	1,780,755	1	1,780,755
L97x	Ulcera del miembro inferior no clasificada en otra parte	1,047,230	1	1,047,230
	<b>Totales</b>	<b>150,277,271</b>	<b>130</b>	<b>1,155,979</b>

Fuente. Autores del Proyecto

### **8.3. ANÁLISIS**

Cuando un paciente se complica, requiriendo hospitalización el costo mínimo de acuerdo con el cuadro presentado anteriormente es de \$245,224.00 pudiendo llegar hasta un costo de \$3,501,882,00 El costo promedio de un paciente hospitalizado por alguno de los diagnósticos identificados es de \$1,155,979,00

Diversas son las causas por las cuales se puede complicar un paciente una de las cuales puede ser el mal diligenciamiento de la historia clínica, lo cual como se puede observar ocasiona altos costos y disminuye la calidad de vida de los pacientes. En este análisis se tienen en cuenta únicamente los pacientes de Servir S.A. de los diagnósticos relacionados con riesgo cardiovascular que ingresan únicamente a una clínica y el costo es superior a \$150,000,000,00 En un análisis más exhaustivo, si se tuvieran en cuenta la totalidad de los pacientes que ingresan a una clínica debido a complicaciones generadas por riesgo cardiovascular, se pueden estar observando cifras que superan los \$500,000,000 lo cual no es una suma despreciable y permite concluir fácilmente que valen la pena todos los esfuerzos que se hagan en prevenir la complicación de los pacientes.

### **8.4. IMPACTO EN EL COSTO POR FALTA DE CONTINUIDAD EN EL MANEJO DEL PACIENTE**

Los costos asociados con la atención de un paciente tienen una parte fija y una variable. El costo fijo está relacionado con las instalaciones, médicos, enfermeras, personal administrativo, etc. necesarios para la atención de los pacientes. Este costo existe sea que el paciente asista o no a la consulta. El costo variable está relacionado con los medicamentos de los pacientes que asisten a la consulta y eventualmente con las ayudas diagnósticas cuando el paciente lo requiera.

Tabla 9. Fórmula típica mensual para un paciente de riesgo cardiovascular

Medicamento	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
Captopril 50 mg tab.	Tableta	60	28	1680
Metoprolol 100 mg tab.	Tableta	60	88	5280
Hidroclorotiazida 25mg tab	Tableta	30	18	540
Losartan 50 mg tab.	Tableta	60	300	18000
Total				25500

Fuente. Autores del Proyecto

Luego el costo variable típico anual para un paciente de riesgo cardiovascular sería de 25500 multiplicado por 12 meses lo cual da un valor de 306.000

Si un paciente no asiste a consulta es mas probable que se complique y se tenga que hospitalizar en cuyo caso el costo promedio es de 1'156.000 de acuerdo con el análisis mostrado en el numeral 10.3

La relación entre el costo de un paciente que no acude a consulta y uno que acude y probablemente se hospitaliza es entonces  $1'156.000 / 306.000$ . Esto da como resultado 3.77.

Sin embargo, estos datos no deben interpretarse como una relación exacta sino simplemente como una idea, ya que habrá pacientes que no asisten a consulta y no se hospitalizan, como también habrá casos en que a pesar de que el paciente asista a la consulta, se complican por otras razones y es necesaria la hospitalización. Por ejemplo, pacientes con mala administración de medicamentos en su domicilio por diversas causas tales como analfabetismo, no entendimiento de fórmulas, falta de acompañamiento familiar, problemas emocionales, etc.

El análisis descrito anteriormente muestra que un paciente que no asiste a consulta puede costar casi cuatro veces más. Si se tiene en cuenta que el programa del Centro de Prevención Terciaria en la actualidad cubre una población

de 2780 pacientes, en la medida en que sean muchas las hospitalizaciones el impacto sobre el costo será muy alto. Una vez más se resalta la importancia de la continuidad en la atención de los pacientes haciéndose necesario su seguimiento minucioso y evitando las causas de la no continuidad enunciados en el numeral 8.

## 9. RECOMENDACIONES

### 9.1 CAPACITACIÓN

Debe existir un programa de capacitación continua al equipo interdisciplinario que labora en el CPT

Debe hacerse énfasis en el conocimiento de las normas legales

Se sugiere la conformación de un comité primario integrado por el personal del CPT para auditar las historias clínicas y su respectiva retroalimentación

### 9.2 HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZADA

Algunos de los riesgos relacionados con el mal diligenciamiento de la historia clínica pueden minimizarse mediante un sistema de información electrónico.

Tabla 10. Cuadro comparativo entre la Historia Clínica Tradicional y la sistematizada.

<b>Historia Clínica Sistematizada</b>	<b>Historia Clínica tradicional en papel</b>
<b>Inviolabilidad</b>	
Difícil de adulterar a través de controles del sistema	Puede llegar a rehacerse total o parcialmente sin poder comprobarlo
<b>Reserva de la información privada del paciente</b>	
Garantizada por mecanismos de seguridad informáticos	Garantizada por mecanismos de control del archivo
<b>Accesibilidad</b>	
Utilizable en todo momento o lugar siempre que el sistema esté funcionando	Utilizable en un solo lugar
<b>Disponibilidad</b>	

Siempre disponible para cuando se necesite. Todas las personas que están justificadamente habilitadas pueden poder acceder a toda la información que se requiera. Médicos, auditores, epidemiólogos, peritajes legales	Dependiendo de la accesibilidad a los Archivos físicos
<b>Riesgo de pérdida de información</b>	
Seguridad garantizada con una correcta política de copias de seguridad	Puede extraviarse fácilmente, posibilidad de microfilmarse
<b>Integridad de la información clínica</b>	
La informatización de un paciente se puede consultar completamente de una manera fácil	Se suelen abrir varios números de historia clínica para un mismo paciente.
<b>Durabilidad</b>	
Permanece inalterable en el tiempo para que su información pueda ser consultada	Sufre deterioro con el tiempo, por su propio uso muchas veces
<b>Legibilidad</b>	
Es siempre legible	Algunas veces ilegible
<b>Legalidad y valor probatorio</b>	
Garantizado por los controles automatizados	Garantizado sí esta bien confeccionada, clara, foliada y completa
<b>Temporalidad precisa</b>	
Garantizada con fecha y hora con Inserción de hora y fecha automática de servidor local y de entidades de certificación de inserción de hora y fecha automática	A veces con fecha y hora
<b>Garantía de la autoría</b>	
Identifica en forma inequívoca a quien generó la información mediante la firma digital	Por medio de la Firma manual y sello que a veces puede olvidarse colocar
<b>Errores de consignación</b>	
Menor número de errores	A veces inexacta
<b>Estandarización de datos</b>	
Ingreso estandarizado de datos	Organizada según necesidad de cada servicio
<b>Costos de personal administrativo</b>	
Puede ser operada y buscada por los mismos profesionales que	Requiere personal para el mantenimiento del archivo, (repartir,

requieren la información.	buscar y ordenar las HC)
<b>Costos de papel</b>	
Bajo, sólo cuando necesariamente se requiera imprimirla	Alto
<b>Tiempo de Consulta</b>	
Más corto si se tiene destreza para usar el computador	Más largo
<b>Tiempo de búsqueda de estudios complementarios</b>	
Más corto	Más largo
<b>Orientaciones en la terapéutica</b>	
Se pueden incorporar alertas y reglas informatizadas	
<b>Disponibilidad de los datos para estadísticas</b>	
Inmediata	Mediante tediosos procesos
<b>Búsqueda de información de pacientes y separación de datos por distintos ítem</b>	
Fácil y accessible	Difícil, poco confiable y costosa
<b>Robo de la historia clínica</b>	
Imposible si hay una política de seguridad informática confiable de conservación de registros y copias. Si se llegara a perder se puede recuperar del back up	Si se roba o se pierde es imposible de re superarla

[encolombia.com/medicina/enfermería8025-ventajas.htm](http://encolombia.com/medicina/enfermería8025-ventajas.htm)

### 9.3 ÉNFASIS EN PREVENCIÓN

La medicina preventiva hace referencia al estudio de las medidas precisas para evitar, bien sea la aparición de una enfermedad, o como en el caso del CPT, para evitar el desarrollo de complicaciones clínicas de enfermedades ya existentes. Prevenir es trabajar con las causas reales o hipotéticas de algo que, de dejarlo pasar ahora, para tratarlo después significará un gran costo en dinero, en sufrimiento y en la calidad y expectativas de vida de un paciente.

El CPT a nuestro juicio, es un programa revolucionario en nuestro medio que se aparta un poco de los tratamientos quirúrgicos y farmacéuticos tradicionales, desde su inicio trabajando en la prevención, por iniciativa propia y no por imposición de una norma. Trabajar en esta dirección es la tarea. Estamos

acostumbrados al modelo de salud en el que se invierten altísimas cifras en el descubrimiento de nuevos medicamentos, de nuevas cirugías y de nuevos equipos. Los trasplantes de corazón son la gran noticia, pero no están al alcance de miles de enfermos y probablemente no sean la gran solución pues de por sí causan un gran trauma y es posible que no prolonguen la expectativa de vida de los pacientes. Al contrario un sistema preventivo, con menos costo, sí puede hacerlo.

Deepak Chopra, uno de los personajes más influyentes de nuestra época, en su libro el Regreso del Maestro (Pág. 96), nos cuenta como cierto médico que había practicado por mucho tiempo la medicina convencional, encontró señales que apuntaban hacia otras direcciones en donde existían toda clase de medicinas alternativas y luego de aprender mucho en un tiempo breve les escribió una carta a sus pacientes que decía: **“Mi propósito es que todos ustedes estén perfectamente sanos. Vengan a verme ahora, mientras estén sanos, y discutamos juntos cómo usted puede preservar la salud. No me vean como una autoridad con poderes mágicos. No dependan de mí como de un mecánico para reparar sus cuerpos descompuestos. Yo he cambiado. Considero que ustedes están conectados conmigo de manera íntima en el funcionamiento de todo el universo. Juntos podremos descubrir al médico perfecto que hay dentro de cada uno de ustedes. Ya no quiero ser un mecánico. Ya no quiero que me teman. Compartan sus vidas conmigo y podremos poner fin a esa horrible herencia de enfermedades que hacen sus vidas tan amenazantes. Paz”**.

Es difícil pensar en la prevención sin pensar en los cambios de estructura de un Sistema de Salud, pero sobre todo en los cambios de los modos de pensar, de los modelos teóricos de partida, de las filosofías y de los sistemas de creencias de los directivos, de los profesionales que laboran en el campo de la salud y de los propios pacientes. Un Sistema de Salud es más eficaz en la medida en que se oriente más a la prevención que a la curación. Es más eficaz desde el punto de



vista social y más eficaz desde el punto de vista económico. Curar implica la inversión de una mayor cantidad de recursos económicos. Estamos acostumbrados a indicadores tales como recursos invertidos en medicamentos, recursos invertidos en procedimientos, número de pacientes atendidos, etc. cuando un verdadero indicador debería estar orientado a evaluar el número de pacientes saludables, y tal indicador con una calificación positiva es más fácil de encontrar por el camino de la prevención y de conceptos, teorías y filosofías complementarias a la medicina tradicional. Abrir los ojos en estas direcciones, seguramente traerá grandes beneficios a un sistema de salud que cojea, que tiene baja credibilidad, que hace fila para entutelar y que lastimosamente, a veces no clama por salud en un consultorio sino por justicia ante un tribunal.

#### **9.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN QUE PERMITA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO AL PACIENTE**

Complementario al sistema de información de historia clínica, debería existir un sistema de información que permita el seguimiento y control del paciente. A través del sistema se debe poder identificar pacientes inasistentes, identificación de direcciones, teléfonos alternos y familiares, periodos de tiempo sin control, identificación de pacientes para visita domiciliaria y seguimiento a los mismos.

#### **9.5 PERSONAL ORIENTADO AL SEGUIMIENTO**

La continuidad de la atención solo se puede asegurar a través de personal cuya función sea hacer seguimiento, utilizando como herramienta el sistema de información. Específicamente debe haber personal a quien se le asignen las siguientes responsabilidades: Recordar a los pacientes el cumplimiento a las citas programadas, actualización de los datos de ubicación del paciente y de sus familiares, búsqueda de pacientes inasistentes, identificación de pacientes potenciales para visita domiciliaria asignando un rango de prioridades y concientización a pacientes renuentes y a su grupo familiar.

## 10. CONCLUSIONES

- Al evaluar el diligenciamiento de las historias clínicas su calificación es deficiente y tan sólo unos pocos registros son aceptables. No existen historias completamente bien diligenciadas, solamente el 34% son aceptables y la mayoría de ellas tienen una calificación de insuficiente. Las principales falencias tienen que ver con la presentación, revisión por sistemas, tratamiento no farmacológico y continuidad en el proceso de atención.
- El no adecuado diligenciamiento de la historia clínica conlleva muchos riesgos tanto para el paciente como para la institución, siendo los principales la falla en los diagnósticos, tratamientos inadecuados, complicación de la enfermedad y sanciones por incumplimiento de normas legales. Estos riesgos traen como consecuencia final elevados costos y el deterioro de la calidad de vida del paciente. Ya que los pacientes matriculados en el programa CPT tienen su patología definida, recibiendo tratamiento para el control de su enfermedad, una de las características más importantes del programa debe ser la continuidad en el proceso para evitar complicaciones mayores. Perder el control de un paciente debido a la falta de seguimiento implica que con el tiempo, muy probablemente, tal paciente, podrá hallarse en una habitación o en una unidad de cuidados intensivos de una clínica.
- Una de las principales razones de ser del programa Centro de Prevención Terciaria, debe ser evitar por todos los medios posibles que el paciente llegue a un estado de complicación. La complicación de un paciente ocasiona costos que en promedio valen un millón ciento cincuenta mil pesos. Si son muchos los pacientes que llegan a este estado las cifras pueden superar fácilmente los quinientos millones de pesos en un año, valor no despreciable, si se tiene en cuenta que solamente se evaluaron los pacientes de riesgo cardiovascular y que esta patología está aumentando cada vez más. Otra consecuencia es el

deterioro de la calidad de vida del paciente, habiendo casos como por ejemplo las trombosis, en los cuales las consecuencias son irreversibles. Otros riesgos que pueden llegar a tener un impacto elevado son las sanciones por el desconocimiento e incumplimiento de normas legales.

- En muchos lugares del mundo el riesgo cardiovascular esta asociado a la mayor causa de mortalidad, por ello la prevención por todos los medios debe ser la bandera del programa. Hacer uso intensivo de tratamientos no farmacológicos, explorar medicinas naturales y alternativas, fomentar el cuidado de la salud a través de la alimentación y la actividad física, cuidar la salud mental y emocional y en general toda teoría que se sale de lo tradicional, puede tener beneficios inmensos a una población potencialmente alta de pacientes con riesgo de enfermedades generalizadas, silenciosas, costosas y mortales. La implementación de programas de mejoramiento continuo unido a una capacitación permanente del personal médico y paramédico y la implantación de un sistema de información electrónico para el manejo de las historias clínicas, al igual que para el control y seguimiento a los pacientes son recomendaciones a tener en cuenta para el programa del Centro de Prevención Terciaria cuya filosofía y resultado práctico son evidentemente elogiados.

## 11. BIBLIOGRAFIA

1. Resolución 1995 de 1999
2. Decreto 1011 de 2006
3. Personal telefónica [terra.es/Web/medellínbadajo2/sociología/pinicio.htm](http://terra.es/Web/medellínbadajo2/sociología/pinicio.htm)
4. Ley 23 de 1981
5. Ley 1043 de 2006
6. El Regreso del maestro, Página 96, Deepak Chopra. Editorial Grijalbo
7. Código Penal
8. Código Civil
9. [www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra\\_pronos/pronosti.htm](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra_pronos/pronosti.htm)
10. Altisent Trota, R. «Cuestiones éticas en el
11. Uso de la historia clínica». En: *La implantación de los*
12. *Derechos del paciente*. León Sanz, P. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA). Navarra. 2004.
13. [encolombia.com/medicina/enfermería8025-ventajas.htm](http://encolombia.com/medicina/enfermería8025-ventajas.htm)