T.O.01099

AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS EN EL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

INVESTIGADORES

CLAUDIA YAZMIN GARCIA AGUILERA
GINNA LIZANA ARCOS CERON
LAIDY VIVIANA SANCHEZ AVILA
ORLANDO ANDRES ALDANA RICO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA
2007

AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS EN EL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

INVESTIGADORES

CLAUDIA YAZMIN GARCIA AGUILERA
GINNA LIZANA ARCOS CERON
LAIDY VIVIANA SANCHEZ AVILA
ORLANDO ANDRES ALDANA RICO

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el titulo de odontólogo.

Asesora Metodológica
Dra. Martha Caycedo
Odontóloga, Especialista en Epidemiología

Asesora Científica
Dra. María del Pilar Roca
Odontóloga, Especialista en Auditoria médica y sistema de la garantía de la calidad.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA
2007

AGRADECIMIENTOS

Los participantes en la investigación Orlando Andrés Aldana Rico, Ginna Lizana Arcos Ceron, Laidy Viviana Sánchez Ávila y Claudia Yazmín García Aguilera, agradecemos a las personas que nos han colaborado, orientado y motivado en el transcurso de la realización del anteproyecto especialmente a: Nuestros padres , por su compañía, enseñanzas y comprensión.

Al Doctor Víctor Manuel Vélez por ser nuestro colega, compañero, amigo y jurado este trabajo de grado.

DEDICATORIA

Agradecemos a nuestro entorno que nos dio las facultades para pensar en nuestro futuro y sobre todo a nuestros padres, fieles amigos acompañantes y consejeros que si no fuera por sus sacrificios no estuviéramos en estos momentos.

Gracias a la vida que tenemos, a los amigos que mas queremos si no fuera por ellos nuestro sueño no habría sido cumplido, no tenemos letras para seguir diciendo el gran regocijo que nos da poder terminar esta carrera en donde profesores y compañeros dejan parte de su vida para dar vida a las ilusiones de estudiantes y que hoy en día se hacen realidad. Solo sabemos que este camino es solo el comienzo de una gran historia de virtudes.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2 JUSTIFICACION	10
1.3 PROPOSITO	10
1.4 MARCO CONCEPTUAL	10
1.4.1 Marco Teórico	13
1.4.2 Marco Legal	28
1.5 OBJETIVOS	30
1.51 General	30
1.5.2 Específicos	30
2. ASPECTOS METODOLOGICOS	31
2.1 Tipo de estudio	31
2.2 Objeto de estudio	31
2.3 Población de estudio	31
2.4 Criterios de selección	31
2.5 Variables	32
2.6 MUESTRA	33
2.7 PROCEDIMIENTO	33
2.8 Análisis estadístico.	33
3. RESULTADOS	34
4. DISCUSION	37
5. CONCLUSIONES	38
6. RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

La historia clínica es el conjunto de documentos donde se contienen todos los datos que genera la atención de un paciente. La historia clínica constituye así el único medio para transmitir esta información, entre los distintos miembros del hospital que intervienen en la asistencia del paciente. Sin embargo, la utilidad de la historia clínica sobrepasa los límites puramente asistenciales hasta convertirse en un elemento fundamental para la investigación, la docencia, la gestión hospitalaria y para el ámbito jurídico-legal.

En la actualidad, la historia clínica continua siendo la técnica más útil para conseguir una asistencia clínica óptima. Para aprovechar al máximo las ventajas de este procedimiento es necesario disponer de una buena metodología.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada institución de salud requiere una persona o grupo de personas que auditen el comportamiento de las actividades diarias y que evalúen los logros obtenidos para asegurar que se cumplan las expectativas y las metas. La auditoria de todas las actividades operativas y administrativas es una etapa esencial para la obtención de los resultados en concordancia con los objetivos establecidos y el cumplimiento de los presupuestos aprobados; así mismo debe conformar un sistema de control de las operaciones que refuerce los objetivos organizacionales establecidos por la alta dirección, a través, de normas, estándares y medidas de procedimientos, actividades o resultados, así como la inspección, la evaluación y la corrección de las desviaciones encontradas.

El control es el proceso para verificar que las tareas específicas establecidas se lleven a cabo y que conduzcan evidentemente a los objetivos de la institución. La organización del sistema de auditoria debe ser la apropiada para la estructura organizacional de la institución, puesto que, a diferencia de la administración, se dedica casi exclusivamente a las actividades internas de la entidad y difiere de esta tanto en la focalización de su actividad como en sus niveles. Las actividades de la dirección están orientadas hacia la planeación y formulación de cursos de acción consistentes con los objetivos de la organización así como la evaluación del control y la toma de decisiones, mientras la auditoria toma estos planes, los inspecciona, mide su desarrollo y evolución, propone reacciones cuando es necesario y supervisa la aplicación de estas. (1)

Teniendo en cuenta que una buena auditoria nos puede ayudar a generar un mayor control con las historias clínicas se encontrara menor numero de problemas legales a futuro es por esta razón nos interesa saber.

¿Cuáles son las omisiones más frecuentes que se pueden encontrar en el registro de datos de las historias clínicas del Colegio Odontológico Colombiano?

1.2 JUSTIFICACION

Al interior del colegio odontológico colombiano vemos la necesidad de la evaluación integral a la calidad del registro de datos de las historias clínicas para garantizar la adecuada prestación de los servicios odontológicos. Es de vital importancia la reducción de riesgos para evitar un problema legal

1.3 PROPOSITO

Este proyecto pretende hacer una retroalimentación frente a la calidad de la auditoria clínica para dar una expectativa en la elaboración de un plan de mejoramiento

1.4 MARCO CONCEPTUAL

AUDITORÍA ha sido definida como el conjunto de acciones destinadas a la evaluación de la atención médica mediante el análisis de su programa, contenido y procesos, confrontándolos con las normas vigentes orientadas al mejoramiento de su calidad y rendimiento" según lo expresado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y la Sociedad Argentina de Auditoria Médica.

AUDITORIA CLÍNICA: se define como la revisión sistemática y objetiva de la estructura del trabajo profesional y de la atención medica.

AUDITOR (persona que ejecuta la Auditoria) proviene del latín "auditus" con el que se define "el acto de oír".

AUDITORIA INTERNA está conformada por toda clase de acción de control que realice una empresa, utilizando para ello su propio personal.

AUDITORIA EXTERNA es aquella en la cual se contrata Auditores de empresas ajenas, generalmente integrantes de organizaciones especializadas, dedicadas a este rubro y que son de honestidad y eficiencia acreditada y comprobada.

CALIDAD: como "la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie" (Malagon G. 1986 Pág. 161)

CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD: es el nivel de desarrollo y operatividad que garanticen el logro de los mayores beneficios para el usuario, con los menores riesgos posibles, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos disponibles para su nivel de complejidad y con los valores éticos y sociales imperantes.
Las características principales de la calidad de la atención en salud son: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. La calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida. " (Malagon G. 1986 Pág. 161)

ATENCIÓN DE SALUD. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases
de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (Decreto 1011 de 2006 Art 2)

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. (Decreto 1011 de 2006 Art 2)

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (Decreto 1011 de 2006 Art 2)

CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud. (Decreto 1011 de 2006 Art 2).

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales

Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. (Decreto 1011 de 2006 Art 2).

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. (Decreto 1011 de 2006 Art 2)

1.4.1. Marco Teórico

La auditoria fue originalmente conceptuada por Flexner en 1910 al condenar las intervenciones quirúrgicas realizadas en ese entonces, por médicos generales imperitos por que se estimaba que dichos actos eran "unas verdaderas trampas mortales" en contra de los pacientes.

En la actualidad se tiene un enfoque muy diferente al originalmente planteado, ya que la Auditoria tanto médica como odontológica, se ha constituido en verdadera filosofía de análisis del trabajo profesional y tiene por principal objetivo, "evaluar el trabajo del médico y no a él como persona", a la vez que se orienta a educarlo en el buen desempeño de sus funciones y actos.

La Auditoria es la confrontación de determinadas actividades con pautas consideradas adecuadas por ser aceptadas y eficientes. Con el uso de su metodología operativa, se compara el grado de la calidad de la atención proporcionada, con pautas o normas que son los principios y prácticas aceptadas como correctas por la profesión. "Es el examen de la gestión de un ente con el propósito de evaluar la eficiencia de los resultados, con

referencia a las metas fijadas en relación con los recursos humanos, financieros y materiales empleados, la organización y utilización de dichos recursos y los controles establecidos sobre dicha gestión". (D r. W. L. Chapman).

La auditoria clínica tiene como ventaja principal la de remitir la evaluación sistemática de los procesos dados al interior de la prestación de un servicio asistencial. También nos permite la identificación de circunstancias desfavorables que inhiben el aumento gradual de los niveles de calidad en la atención y garantía de su mantenimiento, produciendo en forma directa la introducción de correctivos.

La misión de la auditoria es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población mediante la evaluación sistemática e imparcial de los procedimientos, métodos, condiciones de ejecución, procesos, productos y servicios con el fin de orientar en la toma de decisiones y asegurar la calidad en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales. (Malagon G. 1986 Pág. 161)

El Objetivo general de la auditoria clínica es evaluar y garantizar la calidad de la atención brindada a los usuarios de la institución, mediante el análisis de los procedimientos que se utilizan en la actualidad, con el propósito de mejorarlos y de conseguir el mas alto nivel de eficiencia en la atención prestada. (Malagon G. 1986 Pág. 161)

Los Principios de la auditoria es la Objetividad: la auditoria de servicios de salud debe realizarse de manera imparcial sobre los hechos sometidos a su análisis.
Divulgación: los resultados obtenidos en la auditoria se manejaran con la reserva debida. (Malagon G. 1986 Pág. 161)

Los Elementos de la auditoria - Planeación: El componente de auditoria de servicios de salud debe responder a los interrogantes para que, como y cuanto se va a auditar, por lo cual la planeación debe ser programada en un determinado tiempo y con unos recursos previamente definidos.

- *Continuidad:* Debe existir un proceso continuo de auditoria en los planes y programas de las instituciones.
- *Evaluación de medio:* Se tienen que tener en cuenta las condiciones del medio donde se presta el servicio.
- *Estructura:* Conjunto de recursos humanos, técnicos, físicos y organizacionales para la prestación del servicio.
- *Proceso:* Secuencia de actividades propias de la interacción entre los profesionales de la salud y los usuarios en el curso de la atención.
- *Resultados:* Producto de la atención en salud en términos de recuperación, restauración de una función, supervivencia y satisfacción.

Tipos de acciones en una auditoria Según el artículo 34 del Decreto 1011 de 2006 nos muestra el tipo de acciones que tiene una auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud y son:

1. Acciones preventivas: conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
2. Acciones de seguimiento: conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar la calidad.
3. Acciones coyunturales: conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria, que deben realizar las personas y la

organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia. (2)

PARAMETROS PARA LA EVALUACION DE LA AUDITORIA CLINICA

Auditoria Clínica:

Existencia de un Sistema de Garantía de Calidad de Servicios de Salud.

Todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, en razón a la responsabilidad que tienen en la atención de pacientes, deben tener en cuenta un sistema de Garantía de Calidad de Servicios de Salud que contengan en sus componentes la Auditoria Clínica.

Tipos de auditoria en calidad de servicios de salud:

Los responsables de controlar y garantizar la calidad de los servicios en las instituciones de salud, diferencian conceptual y metodológicamente la auditoria de servicios, la auditoria clínica y la auditoria medica.

Normatividad sobre auditoria clínica:

Las instituciones de salud en su normatividad interna deben tener responsabilidades definidas sobre la auditoria clínica de los servicios.

Evaluación de la calidad de los servicios:

La entidad de salud detecta las deficiencias de los servicios y toma decisiones para contribuir a su mejoramiento.

Soporte documental:

La base de la auditoria clínica y medica es la historia clínica (expediente medico), la institución debe observar y generar una buena calidad de este documento probatorio.

Normas y procedimientos:

Un elemento importante de la calidad es la aplicación de protocolos de atención y normas de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, buscando disminuir riesgos y homogeneizar la atención.

Accesibilidad a la expresión del usuario o el paciente sobre el servicio:

Las instituciones de salud deben desarrollar procedimientos para la recepción y tramite de quejas para conocer la percepción del servicio recibido.

Educación Continua:

Cuando una institución de salud, a través de los informes y conceptos emitidos durante el proceso de la auditoria clínica conoce sus riesgos, debe establecer prioritariamente la capitación y actualización necesaria para disminuir los riesgos del servicio.

DISEÑO DE ESTÁNDARES:

La auditoria debe controlar las actividades operacionales. Los estándares se establecen para cada proceso de la operación de tal suerte que el desarrollo de cada actividad puede medirse. La administración define los estándares y sus prioridades en los procesos de control y de la importancia a cada una de las áreas que deben ser controladas. Las actividades críticas se controlan intensamente y a las menos importantes se les dedica menos tiempo. En efecto, la administración a través de la auditoria determina los estándares para la operación, así como para el funcionamiento de la misma auditoria.

Los estándares deben ser específicos para cada actividad, sin embargo, las prioridades no se asigna por departamento o por servicio. Varios recursos como el capital y resultados como la satisfacción de los pacientes, se controlan usando diferentes estándares. Hay servicios que ignoran determinados controles mientras otros los usan intensamente.
Existen cinco procesos de control relacionados con el establecimiento de estándares, planeación, presupuesto, elaboración de normas, análisis operacional e investigación. (Malagon G. Auditoria en salud para una gestión eficiente Pág. 21 – 22)

1. ***planeación*:** En general, un plan es un informe detallado de un curso de acción futuro para lograr unos resultados definidos , es el proceso de desarrollar tanto el plan general como los planes totalmente detallados para áreas especificas de la operación. Los planes desarrollados por la administración con el apoyo de la auditoria se convierten en estándares para su ejecución.

2. ***Presupuesto:*** La planeación llega a ser efectiva únicamente si se consideran las limitaciones presupuestales y los objetivos por alcanzar a largo plazo. Los presupuestos definen las cantidades que se establecen como estándares en los planes en forma numérica.

3. ***Elaboración de normas***: Las políticas, procedimientos, regulaciones y normas, son disposiciones para la organización de los estándares que bien definen la calidad de las actividades o describen la forma aceptable de llegar a ellas, y son el resultado de procesos cuidadosos de toma de decisiones y forman parte del plan para obtener los objetivos generales

4. ***Análisis operacional***: La planeación y la elaboración de estándares implica el desarrollo de un análisis operacional, es decir el estudio detallado del proceso de cada actividad u operación.

5. ***Investigación:*** El establecer estándares para algunas áreas operacionales se hace simplemente determinando los estándares que otras operaciones han escogido para operar. La administración de una operación debe investigar la conveniencia de cada estándar, su procedencia y su comportamiento en entidades similares. En el área de la salud se publica frecuentemente estándares que son significativamente validos para muchas entidades. En general los estándares que pueden establecerse mediante investigaciones son exitosos cuando pueden compararse con estándares externos de operaciones iguales o similares

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. (Resolución Nº 1995 de 1999 Art 1).

Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos 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.

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. (3) (Resolución Nº 1995 de 1999 Art 5).

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica. (Resolución Nº 1995 de 1999 Art 6).

Son componentes de la historia clínica: (Resolución Nº 1995 de 1999 Art 8).

1- Identificación del usuario
2- Los registros específicos
3- Los anexos

1. 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.

2. REGISTROS ESPECÍFICOS.

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.

Cuando se realiza el proceso de auditoria es un importante elemento de evaluación para evaluar la historia clínica en la cual se observa:

- Cantidad y calidad de la información recolectada durante la anamnesis.
- Procedimiento para llegar al diagnostico.
- Grado de congruencia entre la anamnesis y el diagnostico y de este con el tratamiento.
- Control y seguimiento del paciente.
- Indicaciones de la remisión o interconsulta.
- Resultados obtenidos.

Este documento privado pasa a convertirse automáticamente en un documento público, en caso de surgir cualquier reclamación de orden legal.
Para las personas que realizan las auditorias de procedimientos en salud, es de especial relevancia el controlar y evaluar el adecuado procedimiento reflejado en las historias clínicas.

Para evaluar la Historia Clínica, se controla bajo dos grandes aspectos: un control clínico de los procesos de salud que representa un 70% y un control administrativo un 30 % del valor total de la evaluación:

1. Se busca identificar el diligenciamiento completo del formato de Historia Clínica del paciente en referencia, así como del sistema adecuado de archivo y las formas de manejo.
2. Se hace el seguimiento desde el motivo de la consulta, con todos sus antecedentes, las formas de llegar a diagnósticos precisos y la acertada toma de decisiones por parte del facultativo, siguiendo en orden secuencial todos los pasos del método clínico.

EVALUACION GENERAL DE LA HISTORIA CLINICA.

Estos son algunos de los elementos a tener en cuenta dentro del proceso de evaluación general de la historia clínica:

- Estado de conservación.
- Información básica.
- Legibilidad.
- Coherencia.
- Correlación científica

LA NORMA ISO – 9000 Y LAS HISTORIAS CLINICAS.

Las normas ISO – 9000 aun no han sido aplicadas al servicio de atención en salud, esto se implementara en un futuro muy cercano, en las cuales las empresas van a contratar a las EPS que se encuentren acreditadas y certificadas, es por ello que las instituciones de salud deben ir preparando para las futuras certificaciones, aunque estas normas se aplican a los productos es fácil adaptarla a la prestación del servicio teniendo en cuenta lo siguiente:

- Funcionario encargado de su diligenciamiento y manipulación.
- Versión correcta el documento. Es necesario la adopción, mediante lo reglamentos internos, de los documentos o formatos que va a contener la historia clínica.
- La disponibilidad de documentos en el lugar donde se necesiten, estableciendo un proceso para su constante reposición y suministro.
- Revisión constante de los formatos.
- Supervisión de cualquier cambio. (... MEMORIAS DEL SEMINARIO, ARCHIVOS DE HISTORIAS CLINICAS, Bogota, abril 26,27 y 28 de 2000 SISTEMA NACIONAL DE ARCHIVOS. Editorial Archivo General de la nación Republica de Colombia.

En el seguimiento administrativo

En ambos casos se utilizan indicadores ponderados porcentualmente que permiten confrontar lo realizado con lo programado por parte del equipo local de salud y obtener así una imagen cuantitativa para el auditor y el personal directivo.

El puntaje total obtenido al calificar la historia nos permite emitir conceptos en cuanto a la calidad de las historias clínicas estudiadas bajo los criterios de:

. Buena: si cumple entre 80% y 100%

. Aceptable: si cumple entre 60% y 79%

. No aceptable: si el valor es inferior al 59%

La calidad de la atención en salud

Sin lugar a dudas es una de las mayores preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud a la población y una necesidad sentida de quienes requieren de estos servicios.

Es un hecho ampliamente reconocido que toda institución prestadora de servicios de salud debe evaluar con alguna regularidad la calidad de la atención.

Para evaluar la calidad de la atención es necesario conocer los distintos enfoques que se tienen para definir esta propiedad. En la conceptualizacion del problema se han identificado tres enfoques, a saber: El técnico-científico se refiere al contenido del saber medico y a la tecnología medica disponible; el lógico se define en función de la eficiencia con la cual se utiliza la información para la toma de decisiones y, el óptimo de la calidad es la respuesta a distintas alternativas.

ATRIBUTOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

En la evaluación de la calidad de la atención es importante tener en cuenta, como referencia fundamental, los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. Los distintos autores y trabajadores del tema han identificado las cualidades que definen a continuación: (Malagon G. Auditoria en salud para una gestión eficiente Pág. 93 – 94).

OPORTUNIDAD: Corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

CONTINUIDAD: Se refiere a la aplicación, en secuencia lógica, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

SUFICIENCIA E INTEGRIDAD: Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud de forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, asistencia y rehabilitación.

RACIONALIDAD LOGICO-CIENTIFICA: Utilización del saber medico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógico y optimo.

SATISFACCION DEL USUARIO Y DEL PROVEEDOR: Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Así mismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeña.

EFECTIVIDAD: Es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.

EFICIENCIA: Es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención, sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud.

OPTIMIZACION: Es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.

ACEPTABILIDAD: Es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos relativos a la accesibilidad, relación medico paciente, comodidades del lugar de la atención y conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.

LEGITIMIDAD: Es la conformidad con los principios éticos, valores, normas regulaciones y leyes que rigen a la comunidad.

UNIDAD: Es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y beneficios entre todos los miembros de la población.

COMITES: HERRAMIENTA PARA HACER SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

Los comités son instrumentos establecidas en las organizaciones con el fin de hacer seguimiento a procesos ó temas de importancia, por lo cual, en el marco de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención se consideran un mecanismo valioso que contribuye al seguimiento y retroalimentación de la calidad generando información para la colocación en marcha de acciones correctivas ó preventivas y complementando las otras herramientas metodológicas antes referenciadas.

Los comités son equipos inter-funcionales que tienen una responsabilidad directa de contribuir a que las instituciones de salud presten servicios con calidad y establezcan acciones concretas para garantizarla; su funcionamiento afecta a la institución en general y a los usuarios. Es necesario tener total claridad sobre las responsabilidades de cada comité y sobre sus aportes al funcionamiento, planes, metas y logros de la organización.

Una tarea prioritaria que deberá emprender el responsable de la auditoria en salud en la institución, es trabajar con los comités existentes e iniciar los comités faltantes que se requieran para obtener impacto en la gestión de calidad. Esta labor implica analizar, fortalecer o definir sus mecanismos de operación, precisar el alcance, propósito y responsabilidades de cada comité y del área a la que pertenece, así como definir las estrategias de reunión y métodos rigurosos de trabajo para que las reuniones de los comités sean efectivas y productivas, y contribuyan al fortalecimiento del autocontrol en la institución.

COMITÉS OBLIGATORIOS

Los comités que a continuación se relacionan están reglamentados por la norma, razón por la cual se consideran de obligatoria existencia y funcionamiento aplicables según el tipo de entidad.

- Comité de Ética Hospitalaria
- Comité de Trasplantes
- Comité de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica
- Comité de Farmacia y Terapéutica
- Comité de Vigilancia Epidemiológica
- Comité Técnico – Científico
- Comité de Banco de Sangre
- Comité de Docencia e Investigación

- Comité de Historia Clínica
- Comité de Urgencias

Las actividades que desarrollen los comités deben estar orientadas a alcanzar el cumplimiento de la finalidad para la cual han sido creados, evitando convertirse en instancias formales de reunión. Deben tenerse claramente definidos los objetivos y metas de cumplimiento de estos.

De manera complementaria, para que los planes se cumplan y conduzcan a las metas deseadas, es necesario realizar un seguimiento permanente con los indicadores definidos para cada meta, de manera sistemática y con una periodicidad definida, de manera que se pueda determinar oportunamente si se está logrando o no la meta deseada. Cada comité debe reportar su avance a su superior inmediato, con la periodicidad que la institución determine, y en el formato que se defina para tal efecto y, cuando se detecten problemas que pueden impedir el logro de la meta final, los miembros del comité deben actuar oportunamente, lo que significa identificar las causas y establecer las soluciones adecuadas.

FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

La formulación del plan de mejoramiento deberá responder a la detección de las causas fundamentales que afectan el logro de los resultado esperado para lo cual se deberá aplicar herramientas que permitan neutralizar y bloquear lo que no permite lograr los resultados deseados. Por lo tanto, se deberá solucionar en forma definitiva mediante métodos como el de análisis y solución de problemas, six sigma ó Análisis de la causa Raíz (Análisis de Ruta Causal), entre otros.

Los aspectos a tener en cuenta para la formulación del plan de mejora son: Identificar el problema y definirlo concretamente, teniendo muy claro el grado de importancia global del mismo.

Observar en detalle las características del problema, tomando en cuenta los puntos de vista de diferentes personas involucradas en el proceso.
Analizar el problema para descubrir sus causas fundamentales, en este punto es importante la utilización de herramientas estadísticas básicas
Elaborar un plan de acción muy detallado, capaz de bloquear las causas y solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además unos indicadores para evaluar posteriormente los resultados.

2.4.1 Marco Legal

DECRETO 1011

03/04/2006

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.

TITULO IV

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD

Artículo 32. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.
Artículo 33. Niveles de operación de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
Artículo 34. Tipos de acciones.

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999

(JULIO 8)

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

CAPITULO I

ARTICULO 1. DEFINICIONES.

ARTICULO 2. AMBITO DE APLICACIÓN.

ARTICULO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

ARTICULO 4. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.

CAPITULO II

ARTICULO 5. GENERALIDADES.

ARTICULO 6. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

ARTICULO 7. NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA

ARTICULO 8. COMPONENTES.

ARTICULO 9. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.

ARTICULO 10. REGISTROS ESPECÍFICOS.

Ley 23 de 1981

(Febrero 18)

ARTICULO 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente.

ARTICULO 35. En las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

ARTICULO 36. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Evaluar la calidad del registro de datos en las historias clínicas identificando los errores mas frecuentes realizados en el registro de datos de las historias clínicas del Colegio Odontológico Colombiano.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Identificar el correcto diligenciamiento de los datos del paciente.
- Identificar el correcto diligenciamiento de la anamnesis.
- Identificar el correcto diligenciamiento del examen periodontal.
- Identificar el correcto diligenciamiento del examen dentario.
- Identificar el correcto diligenciamiento de los diagnostico, plan de tratamiento y consentimiento informado.

2. ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1 Tipo De Estudio

Descriptivo transversal de corte retrospectivo.

2. 2 Objeto De Estudio

Diligenciamiento de las historias clínicas del Colegio Odontológico Colombiano

2.3 Población De Estudio

Historias clínicas sede centro de Colegio Odontológico Colombiano I periodo del 2006.

2.4 Criterios De Selección

- ***Criterios de Inclusión:***

Historias clínicas de pregrado

Historias clínicas aprobadas.

- ***Criterios de Exclusión:***

Historias clínicas de postgrado.

Historias clínicas pediátricas.

Historias clínicas de urgencias.

Historias quirúrgicas.

2.5 VARIABLES

OBJETIVOS	VARIABLE	OPERACIONALIZACION	
DATOS DEL PACIENTE	Fecha de Consulta Numero de Historia Clínica Nombre y Apellido Edad Genero Motivo de consulta	SI	NO
ANAMNESIS	Historia medica personal Historia medica familiar Alerta medica	SI	NO
EXAMEN PERIODONTAL	Sistema de registro periodontal	SI	NO
EXAMEN DENTARIO	Odontograma	SI	NO
DIAGNOSTICO, PLAN DE TRATAMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	Diagnostico definitivo Tratamiento Consentimiento informado	SI	NO

2.6 MUESTRA

Se tendrán en cuenta 400 historias clínicas realizadas durante el I semestre del 2006 clínica centro del Colegio odontológico colombiano.

2.7 PROCEDIMIENTO

- Se solicita una autorización al Dr. Luís Felipe Falla Agudelo para la entrada a la central de archivos de Historia Clínica con el fin de realizar la prueba piloto.
- Se realiza prueba piloto con 40 historias clínicas con su respectivo formato de instrumento.
- Se realiza la tabulación de la prueba piloto.
- Se realiza la modificación de la prueba piloto dejando nuevo formato para la prueba final.
- Se adquieren resultados de las 360 historias clínicas faltantes para realizar la respectiva tabulacion.
- Se obtienen conclusiones.

2. 8 ANALISIS ESTADISTICO.

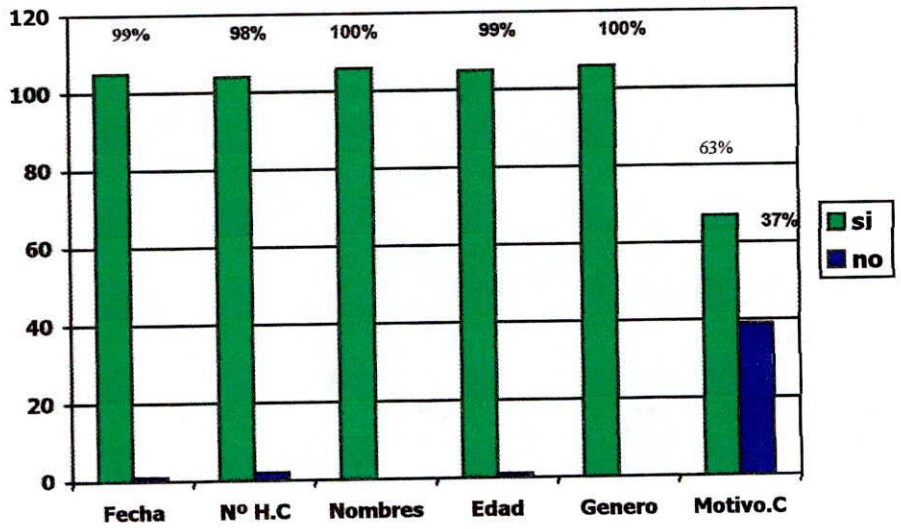
Se analizaron los datos con medidas de estadística descriptiva, utilizando porcentajes y frecuencias.

3. RESULTADOS

Los resultados fueron agrupados en 4 categorías: datos del paciente, anamnesis, exámenes complementarios y diagnostico.

GRAFICO Nº 1

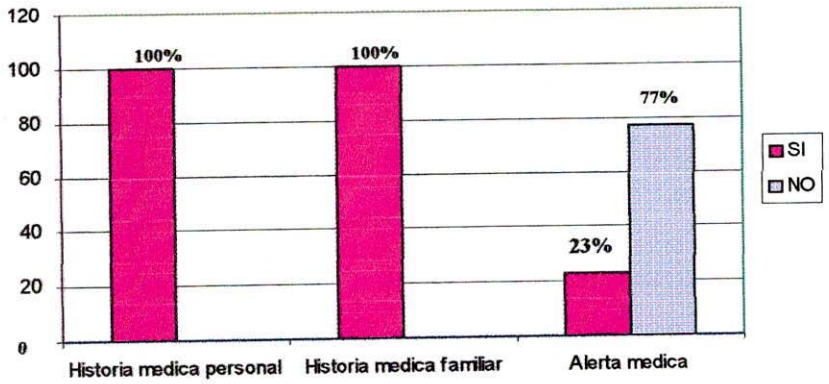
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL REGISTRO DE DATOS DEL PACIENTE



En cuanto a los datos del pacientes se encontró que el motivo de consulta no se diligencio en un 37%.

GRAFICO Nº 2

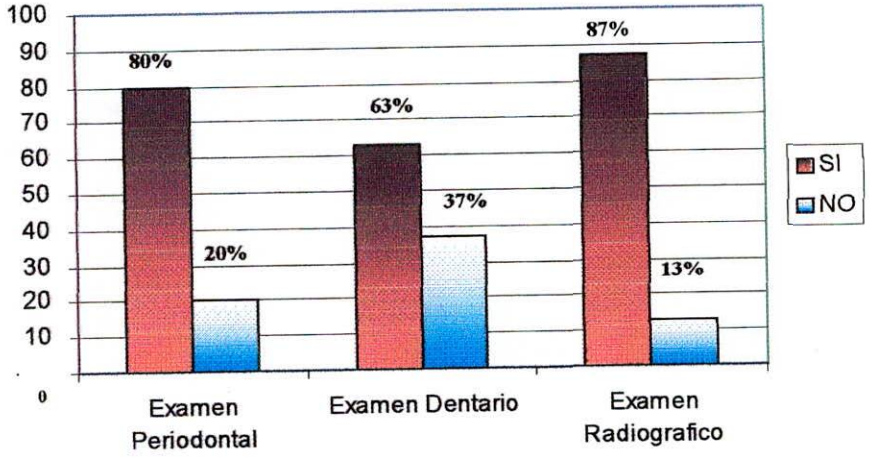
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL DILIGENCIAMIENTO DE ANAMNESIS



En la primera y segunda categoría se encontró diligenciada la historia médica personal y familiar en un 100% mientras la alerta médica no se registró en un 77%.

GRAFICO Nº 3

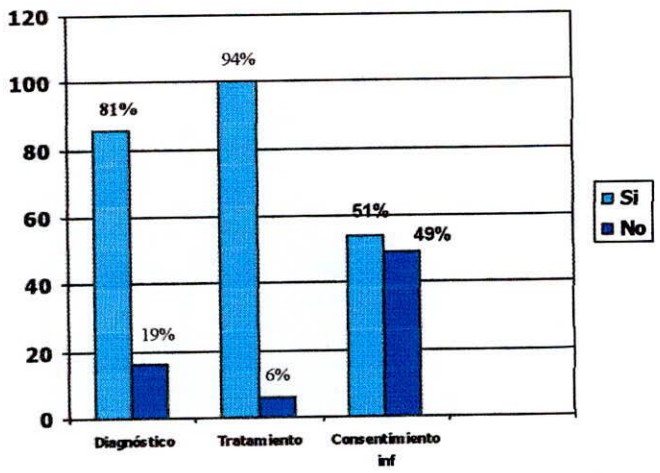
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL DILIGENCIAMIENTO DE EXAMENES PERIODONTAL , DENTARIO Y EXAMEN RADIOGRÁFICO .



En la tercera categoría se registraron diligenciadas las historias clínicas el cuadro del sistema de registro periodontal (P.S.R) en un 80% y en un 20% no se registraron, el odontograma se registro en un 63% y en un 37% no, en el examen radiográfico especificado se registro en un 87% y en un 13% no.

GRAFICO Nº 4

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL DILIGENCIAMIENTO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.



En la cuarta categoría se encontró diligenciadas las historias clínicas en cuanto al diagnóstico en un 81% se registraron y en un 19% no, en el tratamiento se registró en un 94% y en un 6% no, en el consentimiento informado se registró en un 51% y en un 49% no.

4. DISCUSION

La resolución 1995 de 1999 establece las normas para el manejo de la historia clínica teniendo en cuenta que los datos diligenciados deben ser claros, no haber enmendaduras, tachones, siglas y estar todos los datos personales del paciente. En el estudio se encontró que la mayoría de las historias clínicas estaban diligenciadas en lápiz, corrector, con tachones y espacios en blanco. Las historias clínicas no presentan los datos completos del paciente, lo cual demuestra que no cumple con la norma.

El artículo 11 establece todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo como lo es el consentimiento informado deben estar en las historias clínicas, a diferencia de lo encontrado en este estudio donde el consentimiento informado faltaba en un 49% de las historias revisadas.

Se observaron inconsistencias en el diligenciamiento del consentimiento informado faltándoles firma y huella digital.

Así mismo en la resolución se hace referencia a los aspectos integrales en cuanto a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, en el estudio se encontró que había historias en las cuales no estaba el registro periodontal elaborado de forma adecuado al igual que el odontograma y fallas en la elaboración del tratamiento.

La Ley 35 de 1989, se refiere al código de ética del odontólogo Colombiano que declara en el Capitulo III Artículo 25, el odontólogo deberá abrir y conservar debidamente, historias clínicas de sus pacientes, de acuerdo a los cánones científicos. (5) En el Colegio Odontológico Colombiano se encontró debidamente conservadas las historias clínicas.

5. CONCLUSIONES

El motivo de consulta obtuvo un bajo porcentaje de cumplimento observándose que no se cumple el correcto diligenciamiento, presentando a utilización de lápiz, y la falta de comillas para la consignación de este dato.

En la Anamnesis no se consignaron los datos de alerta médica en un alto porcentaje.

En el examen dentario se encontraron muchos de los datos diligenciados a lápiz, corrector, siglas y espacios en blanco.

En el diagnóstico se encontraron espacios en blanco y diligenciados en lápiz o con corrector.

En el tratamiento se obtuvo un alto porcentaje de correcto diligenciamiento.

Se evidenció en un alto porcentaje la ausencia del consentimiento informado o estaba diligenciado en lápiz sin firma ni huella digital.

6. RECOMENDACIONES

Establecer procesos y procedimientos que sean de conocimiento docente y estudiante debido a que los estudiantes de séptimo semestre cometieron falencias al momento de registrar los datos en las historias clínicas.

De acuerdo a las omisiones mas frecuentes encontradas en el presente estudio se puede establecer que no hay un seguimiento en el diligenciamiento de la historia clínica por esto vemos la necesidad de implementar un plan de mejoramiento buscando así mayor calidad en los servicios de odontología prestados en el Colegio Odontológico Colombiano.

Se propone auditar el diligenciamiento de las historias clínicas de urgencias.

Se debe concienzar a los estudiantes de la importancia que nos lleva a un correcto diligenciamiento de la historia clínica, evitando no solo un problema académico sino también legal.

BIBLIOGRAFIA

1. MALAGON G. Auditoria en salud para una Gestión Eficiente, Capítulos 1, 7, 9,10 y 11 Segunda edición, Editorial Panamericana de la Salud OPS/OMS, Colombia – Bogota D.C, 2003.

2. BETANCOURT D, Ministerio de Protección Social, Decreto 1011 de 2006, Bogota D.E.

3. GALVIS V. Ministro de Salud, Resolución 1995 de 1999, Bogotá D.E.

4. RUIZ M. Tipologia documental en las historias clínicas. Revista de estudios extremeños 2003; 59: 481 – 494.

5. BECERRA M, DIAZ E, Ministerio de Educación Nacional, Misterio de Salud, Ley 35 de 1989, Bogotá D.E.

Direcciones electrónicas

http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15355DocumentNo2509.PDF

http://www.lasalle.edu.co/archivo/documentos/res_1995.doc

http://www.medicosgeneralescolombianos.com/LEY%2023%20DE%201981.doc

AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS DEL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Nombre de operador: _____ **Nº**_____
Numero de Historia Clínica: _____
Fecha: _____

INSTRUMENTO Nº 1

	SI	**NO**
DATOS DEL PACIENTE		
Fecha de Consulta	☐	☐
Numero de Historia Clínica	☐	☐
Nombre y Apellido	☐	☐
Edad	☐	☐
Genero	☐	☐
Motivo de consulta	☐	☐
ANAMNESIS		
Historia medica personal	☐	☐
Historia medica familiar	☐	☐
Alerta medica	☐	☐
EXAMEN PERIODONTAL		
Sistema de registro periodontal	☐	☐
EXAMEN DENTARIO		
Odontograma	☐	☐
EXAMEN RADIOGRAFICO		
Radiografías	☐	☐
DIAGNOSTICO, PLAN DE TRATAMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Diagnostico definitivo	☐	☐
Tratamiento	☐	☐
Consentimiento informado	☐	☐

Fecha de inicio de Historia Clínica:

_____