

**CONOCIMIENTO SOBRE EL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN DOCENTES Y ESTUDIANTES DEL
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO EXTENSIÓN SANTIAGO DE CALI
2004 – 2005**

**CLAUDIA MILENA ARBELAEZ OSPINA
LORENA BENITEZ MURILLO
AIDA GABRIELA CABRERA CALDERON
BIBIANA HIDALGO LOPEZ
VERONICA RODRÍGUEZRANGEL
DAIRA PAOLA ORTIZ LASSO
LINDA CONSTANZA VILLOTA GORDILLO**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI
2005 - I**

**CONOCIMIENTO SOBRE EL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN DOCENTES Y ESTUDIANTES DEL
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO EXTENSIÓN SANTIAGO DE CALI
2004 – 2005**

**CLAUDIA MILENA ARBELAEZ OSPINA
LORENA BENITEZ MURILLO
AIDA GABRIELA CABRERA CALDERON
BIBIANA HIDALGO LOPEZ
VERONICA RODRÍGUEZ RANGEL
DAIRA PAOLA ORTIZ LASSO
LINDA CONSTANZA VILLOTA GORDILLO**

**ASESOR CIENTÍFICO: PAULA CRISTINA BERMÚDEZ. OD. MAS.
ASESOR METODOLOGICO: ELISA PINZON
ASESOR ESTADÍSTICO: HECTOR FABIO MUESES. EST.**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI
2005 - I**

DEDICATORIA

**A NUESTROS PADRES, HERMANOS, POR SU APOYO INCONDICIONAL,
AMOR, DEDICACIÓN, Y SACRIFICIO BRINDADO EN EL TRANCURSO DE
NUESTRA FORMACIÓN PERSONAL**

**A LA FAMILIA, AMIGOS, DOCENTES, COMPAÑEROS Y TODOS LOS QUE
FUERON COLABORADORES Y TESTIGOS DE LA CULMINACIÓN CON
EXITOS Y AGRADO DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS COMO SER SUPREMO POR TODOS LOS FAVORES RECIBIDOS

A NUESTROS PADRES, FAMILIARES POR EL APOYO INCONDICIONAL Y DE QUIENES HEMOS APRENDIDO LA IMPORTANCIA DE LA LEALTAD Y LA DEDICACIÓN AL TRABAJO

A LOS DOCENTES Y ESTUDIANTES POR SU COLABORACIÓN Y PARTICIPACIÓN PARA EL DESARROLLO DE ESTA INVESTIGACIÓN YA QUE SIN SU COLABORACIÓN NO SE HUBIERA LOGRADO EL PROPÓSITO DE ESTE TRABAJO

A NUESTROS ASESORES POR SU CONSTANTE APOYO COMPROMISO Y DEDICACIÓN EN NUESTRA FORMACIÓN Y EN EL DESARROLLO DE NUESTRA INVESTIGACIÓN

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	22
1.1. formulación del problema	22
1.2. justificación	22
1.3. objetivos	26
1.3.1. Objetivo general	26
1.3.2. Objetivos específicos	26
2. MARCO TEÓRICO	27
2.1 HISTORIA CLINICA	27
2.1.1 Origen de la historia clínica	27
2.1.2 Definición de la historia clínica	28
2.1.3 Ámbito y aplicación de la historia clínica	29
2.1.4 Características básicas de la historia clínica	29
2.1.5 Obligatoriedad del registro	30
2.1.6 Requisitos que debe cumplir la historia clínica	31
2.1.7 Componentes de la historia clínica	32
2.1.8 Diligenciamiento de la historia clínica	32
2.1.8.1 Generalidades	32
2.1.8.2 Apertura e identificación de la historia clínica	33
2.1.9 Contenido de la historia clínica	34
2.1.9.1 Relación medico paciente	34

2.1.9.2 Anamnesis	35
2.1.9.3 Examen físico	37
2.1.9.4 Datos epidemiológicos	37
2.1.9.5 Motivo de consulta	38
2.1.9.6 Enfermedad actual	39
2.1.9.7 Revisión por sistemas	39
2.1.9.8 Antecedentes personales	40
2.1.9.9 Historia familiar	40
2.1.9.10 Signos y síntomas	42
2.1.9.11 Impresiones diagnosticas	43
2.1.9.12 Exámenes complementarios	43
2.1.9.13 Plan de tratamiento	43
2.1.9.14 Evolución de la historia clínica	43
2.1.9.15 Epicrisis	44
2.1.10 Organización y manejo de la historia clínica	44
2.1.10.1 Obligatoriedad del archivo	44
2.1.10.2 Tipos de archivo	45
2.1.10.3 Custodia y manejo de la historia clínica	46
2.1.10.4 Seguridad del archivo de la historia clínica	47
2.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	48
2.2.1 Antecedentes de consentimiento informado	48
2.2.2 Definición de consentimiento informado	48

2.2.3 Ética y consentimiento informado	50
2.2.4 Aspectos legales	52
3. DISEÑO METODOLOGICO	54
3.1. Tipo de estudio	54
3.2. Universo, población y muestra	54
3.3. Criterios de selección	55
3.3.1. Criterios de inclusión	55
3.3.2. Criterios de exclusión	56
3.4. Variables	56
3.5. Sesgos	57
3.6. Consideraciones éticas	58
3.7. Validación del instrumento o prueba piloto	58
3.8. Formulario de recolección de información	59
4. RECURSOS	66
4.1 Recursos humanos	66
4.2 Recursos físicos	67
4.3 Recursos financieros	68
4.4 Cronograma	68
5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	70
6. RESULTADOS	71
7. DISCUSIÓN	81
8. CONCLUSIONES	83

9. RECOMENDACIONES	84
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS	88

LISTAS DE TABLAS

Tabla 1. VARIABLES	56
Tabla 2. RECURSOS HUMANOS	66
Tabla 3. RECURSOS FISICOS	67
Tabla 4. RECURSOS FINANCIEROS	68
Tabla 5. CRONOGRAMA 2004- I	68
Tabla 6. CRONOGRAMA 2004- II	69
Tabla 7. CRONOGRAMA 2005- I	69

LISTA DE FIGURAS

Grafico 1. CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN SEGÚN GENERO	71
Grafico 2. CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD	72
Grafico 3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTASDA, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO	72
Grafico 4. AÑO DE EGRESO DEL PREGRADO DE LOS DOCENTES ENCUESTADOS	73
Grafico 5. ESTUDIO DE POSTGRADO REALIZADO POR LOS DOCENTES	73
Grafico 6. AÑOS DE EXPERIENCIA CLÍNICA DE LOS DOCENTES	74
Grafico 7. PROMEDIO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO GENERAL, SEGÚN ASPECTOS TEMÁTICOS EVALUADOS	74
Grafico 8. PROMEDIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN DOCENTES, SEGÚN ASPECTOS TEMÁTICOS	76
Grafico 9. PROMEDIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ESTUDIANTES, SEGÚN ASPECTOS EVALUADOS	78
Grafico 10. COMPARACIÓN DE CONOCIMIENTO ENTRE DOCENTES Y ESTUDIANTES	78

LISTA DE ANEXOS

**Anexo A. RESOLUCIÓN 1995 DE 1999, (Julio 08). DEL MINISTERIO DE
SALUD COLOMBIA**

GLOSARIO

HISTORIA CLÍNICA: Conjunto de datos o informes relativos a un enfermo, a sus trastornos y tratamientos que ha recibido; documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos en su atención.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: autorización o aprobación dada por una persona para que se le realice algún procedimiento, es un documento que se viene implementando en las ultimas décadas en el mundo, en la búsqueda de nuevos y mejores mecanismos para la atención clínica donde se respetan los derechos del paciente o participar de una manera activa en las decisiones que tiene que ver las acciones de la salud.

IMPRUDENCIA MEDICA: se entiende como una actitud profesional injustificadamente apresurada o carente del juicio previo necesario para prever los resultados de la acción

NEGLIGENCIA: es una actitud profesional que se manifiesta no haciendo lo que se puede hacer, esta actitud omisiva para que sea negligente esta condicionada por la posibilidad de realizar el acto

IMPERICIA: se entiende como la carencia de los conocimientos teóricos y las destrezas y habilidades necesarias para la realización de un acto medico en forma correcta

DEMANDA: petición o acción de solicitar o reclamar, es la petición que hace u órgano judicial en reclamación de un derecho que sirve para iniciar un proceso civil o laboral

ANAMNESIS: reunión de datos relativos a un paciente, que comprende antecedentes familiares y personales, experiencias y en particular, recuerdos que se usan para analizar su situación.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento sobre el diligenciamiento de la historia clínica y consentimiento informado en estudiantes de noveno y décimo semestre y docentes de las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano. Extensión Santiago de Cali 2004 – 2005.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, la población objeto fueron los estudiantes matriculados en las clínicas de noveno y décimo semestre 101 y 32 docentes de clínica que laboran en la institución para un total de 133 personas. Se realizó una encuesta con 29 ítem, sin previo aviso y de forma privada, basados en la resolución 1995 de 1999 y consentimiento informado.

Resultados: En la población estudiada el 26% tiene falencias sobre consentimiento informado, el 29% % sobre contenido de historia clínica y el 53% sobre normatividad y aspectos legales.

Conclusiones y recomendaciones: Con un porcentaje ligeramente superior los estudiantes poseen mayor conocimiento que los docentes en los tres aspectos evaluados. Es necesario hacer mayor divulgación de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de salud Colombiano y hacer mayor énfasis sobre la importancia que se debe tener referente a historia clínica y consentimiento informado, para que en un futuro el profesional no se vea afectado en procesos legales por incurrir con las normas.

Palabras claves: Anamnesis, consentimiento legal, archivo general de la nación (Colombia), resolución 1995 de 1999, salud publica- legislación.

1. INTRODUCCION

1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

Cómo determinar cuales son y qué importancia tiene el conocimiento sobre historia clínica y consentimiento informado en los estudiantes y docentes del Colegio Odontológico Colombiano, Extensión Santiago de Cali, año 2004-2005.

1.2 JUSTIFICACION

En los últimos años las demandas hacia los profesionales de la salud van en un constante aumento. El personal mas afectado lo constituye el gremio de médicos y odontólogos, pues son ellos los encargados con base en signos, síntomas y otras ayudas, de emitir un diagnostico certero, ordenar y / o realizar un tratamiento adecuado a la patología encontrada.

Como la mayoría de tratamientos son irreversibles y están relacionados directamente con la calidad de vida del paciente y algún efecto adverso generado del mismo, bien sea por negligencia medica o del paciente, acarreará múltiple procesos legales.

“El ejercicio de la medicina y de las profesiones sanitarias, tanto en la medicina institucionalizada como en la privada, esta basada en la relación medico- paciente de la que se derivan derechos y deberes recíprocos.

El profesional sanitario para prestar una buena y adecuada asistencia tiene que respetar los derechos del paciente o cumplir con todos sus deberes, lo cual resulta muchas veces difícil dada nuestra realidad asistencial”¹.

”Dentro del contexto medicolegal y deontológico del ejercicio de las profesiones sanitarias, la historia clínica adquiere su máxima dimensión en el mundo jurídico, por que es el documento donde se refleja, no solo la practica medica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente: deber de asistencia, deber de informar, etc., convirtiéndose en la prueba documental que evalúa el nivel de calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los profesionales sanitarios y / o a las instituciones publicas.”¹

Cuando el profesional se encuentra frente a un proceso legal, la falta de una historia clínica completa y bien diligenciada, disminuye la posibilidad de un buen resultado del proceso.

El conocimiento acerca de la forma correcta en que se deben manejar las historias clínicas y el consentimiento informado; es de vital importancia tanto en las fases preparatorias de las carreras medicas como en las del ejercicio profesional de la salud integral de las personas, no solamente porque se constituye en una herramienta indispensable para conocer el estado y evolución de los pacientes y usuario de los servicios de salud; la enfermedad; los diferentes diagnósticos; sino que también son herramientas de control, seguimiento y verificación de la historia médica particular de los pacientes y evitan cometer errores que acarreen consecuencias civiles, penales o jurídicas.

Las carreras de la salud como la medicina y la odontología son carreras vocacionales con un alto sentido humanista y de servicio y no deben verse solamente desde el punto de vista de su “rentabilidad” o como un instrumento “mercantil” más del mercado; ya que con la salud y la vida no se juega; el médico u odontólogo debe ser un apóstol de vida y no pretender a esta digna profesión sólo por el status social que ésta representada.

Existe además un Código de Ética para el profesional de la salud y odontología que regula la conducta y comportamiento moral de este gremio. Y que de igual manera deben ser ampliamente conocidos. Estos tres elementos: historia clínica, consentimiento informado y ética, constituyen las bases y fundamentos para un buen ejercicio profesional, por lo que se deduce que un buen conocimiento sobre

estos 3 pilares, debe ser bien impartido por parte de los docente y evaluado con los más altos criterios en los estudiantes, ya que las consecuencias civiles y penales pueden causar un grave daño a las instituciones y profesionales prestadores de servicios de salud y odontológicos.

Esta investigación sirvió para evaluar de una manera integral los conocimientos que sobre historia clínica y consentimiento informado, de esta misma forma observar cuales son las debilidades o fortalezas que tienen los estudiantes de noveno y décimo semestre y docentes de las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali, año 2004-2005; beneficiando con esto tanto a la universidad como a cada alumno y docente que hace parte de ella, ya que, contando con que estos últimos son funcionario de la salud y su trabajo esta íntimamente ligado al manejo de pacientes, es esencial que conozcan la reglamentación que rige una historia clínica (para que esta sea legal) y que sepan que anexo a esta se debe diligenciar un formato de consentimiento informado no solo para que el paciente este en pleno conocimiento de los procedimientos que se le realizaran, sino también para que los odontólogos se puedan defender en caso de demandas.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el conocimiento sobre el diligenciamiento de historia clínica y consentimiento informado de los estudiantes de noveno y décimo semestre y los docentes de las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano Extensión Santiago de Cali año 2004-2005.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar a la población sujeta a estudio según características sociodemográficas
- Evaluar el grado de conocimiento que poseen los estudiantes y docentes respecto a historia clínica y consentimiento informado
- Evaluar los aspectos temáticos en relación a:
 - ✓ Normatividad y aspectos legales
 - ✓ Contenido de historia clínica
 - ✓ Consentimiento informado

2. MARCO TEÓRICO

2.1 HISTORIA CLINICA

2.1.1 Origen de la historia clínica

La Historia Clínica es un documento que se inicia en la primera fase de la enfermedad, en el momento en que el paciente decide consultar un médico o utilizar su servicio de salud, ya sea en un hospital, o centro de atención básica.^{2, 16}

La información de la historia clínica puede obtenerse a través de diferentes medios como son:

- La anamnesis: Es la información resultado de la entrevista clínica que proporciona el mismo paciente.
- Exploración física o clínica, aobscultación, examen físico.
- Pruebas y exámenes, para comprobar el diagnóstico, realizados por el mismo facultativo o laboratorios adscritos al sistema de salud.
- Juicios de valor que extrae el mismo médico y documentos soportes del diagnóstico.
- Prescripción del tratamiento, lo cual se registra en la historia clínica.^{2,7,13}

2.1.2 Definición de Historia Clínica

Conforme a lo citado en la Resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, en su Capítulo I sobre Definiciones “La historia clínica es un y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”.¹⁵

Según otras definiciones, “la historia clínica es el conjunto de documentos surgidos de la relación entre el médico y el paciente y, a partir de la segunda mitad del siglo XX entre usuarios y el hospital o atención primaria. La historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, que incluye juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento del paciente; es un documento que se va haciendo en el tiempo, documentando fundamentalmente la relación médico-paciente”.^{2,3,7,13,16}

La historia clínica ha sido definida de muchas maneras: Moya Pueyo y Col. La define como “ un documento fundamental en que se recoge la descripción ordenada, completa y precisa de la expedición que el odontólogo obtiene en su relación directa y técnica con los pacientes. Se llama expediente médico por ser “un documento de tipo universal, donde debe quedar perfectamente registrada,

toda la actuación profesional que se le brindó a ese paciente”, solo en ese momento se transforma en expediente, donde el médico consigna, día a día el proceso por el que atraviesa un paciente en el transcurso de su enfermedad, anexándole todos los exámenes, diagnósticos y tratamientos prescritos.⁴

2.1.3 Ámbito y aplicación de la historia clínica

Conforme al Art. 2 de la Resolución 1995 de 1999, “Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.”⁵

2.1.4 Características básicas de la historia clínica

Integridad: 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 interrelacionándolo con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.^{5,9}

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.⁵

Racionalidad científica: Para los efectos de la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencia 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.⁵

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.^{1, 5, 8}

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.^{4,7}

2.1.5 Obligatoriedad del registro

Corresponde al artículo 4 de la resolución “Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.”⁵

2.1.6 Requisitos que debe cumplir la historia clínica

Las historias clínicas, deben cumplir con los siguientes requisitos:

Descriptiva: Consiste en describir lo más claramente posible, el cuadro clínico del paciente que se muestra al inicio del tratamiento.^{1,10,13}

Cronológica y fiel: Desde el mismo momento en que el paciente hace contacto con el médico, se registran cronológicamente, paso a paso, todos los acontecimientos relacionados con el paciente, desde su diagnóstico, tratamiento y evolución.^{10,11}

Según la Legislación Médica Colombiana "... Carecen de valor probatorio las inserciones de la historia clínica, atinentes al suministro de medicamentos, posteriores al fallecimiento del paciente..."^{1,10,11}

Completa, ordenada y legible: se trata de la extensión de su contenido, de ello dependerá el aspecto que presente la documentación por parte del médico, aplicada a su paciente.^{1,10,11,13}

"El profesional de la odontología tiene el derecho de ampararse en una historia clínica veraz y completa, pero a la vez debe soportar las consecuencias contrarias que pueden extraerse de una historia clínica deficientemente elaborada y en la

cual las omisiones pueden aparecer como un eventual intento de proteger su propia posición ante las falencias o defectos de diagnóstico o el acto quirúrgico practicado”¹⁰

2.1.7 Componentes de la historia clínica

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.⁵ como el llamado consentimiento informado y que se describen con el ánimo de unificar conceptos.¹¹

2.1.8 DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA

El CAPITULO II de la Resolución Nro. 1995 de 1999, nos habla del proceso de diligenciamiento de la historia clínica:^{5,11}

2.1.8.1 Generalidades

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.^{5,11}

2.1.8.2 Apertura e identificación de la historia clínica

“Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica”⁵

“A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años y el número de registro civil para los menores de 7 años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar”.^{5,11}

Según el Paragrafo 2º de la resolución 1995. “Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de atención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada”.⁵

2.1.8.3 Numeración consecutiva de la historia clínica

“Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable diligenciamiento de la misma”.^{5,12}

2.1.9 CONTENIDO DE LA HISTORIA CLINICA

2.1.9.1 Relación medico paciente

En todas las áreas médicas, la anamnesis, es decir el interrogatorio al paciente, ha desempeñado un papel muy importante para el diagnóstico médico. Este interrogatorio es parte esencial en el estudio del paciente y al igual que la ciencia médica, requiere la práctica, el entrenamiento y la experiencia; pero también es un arte que no se aprende a cabalidad, sino a través de la experiencia y cuyo objetivo debe ser ganar la confianza del paciente hacia el médico.¹²

La mejor relación entre médico y paciente se obtiene cuando se logra una buena comunicación o entrevista preliminar, pues genera confianza, credibilidad, respeto y respeto mutuo. Los factores que influyen positivamente en generar esa confianza de parte del médico son la sinceridad, el interés por el paciente, la honestidad y el respeto, entre otros.^{12,15}

Una buena relación médico-paciente se da cuando el médico toma en cuenta al paciente como un ser humano integral, con dolencias físicas, sentimientos y pensamientos y no se limita simplemente a conocer unos síntomas y a tratarlos sin tener en cuenta la persona.

2.1.9.2 Anamnesis

“La anamnesis implica mucho más que una simple serie de preguntas; entraña escuchar al paciente e intentar comprender su modo de vida, sus esperanzas y sus temores”¹²

“La capacidad de hacer sentir al paciente que usted se interesa por él como persona, y no como un simple enfermo, será la clave de muchos de sus éxitos”¹²

La anamnesis es el conjunto de datos o la información que aporta el interrogatorio. Es la forma en que se inicia la relación profesional – enfermo. Además obliga al profesional a comprender las características del paciente, su sensibilidad y nivel de comprensión, para establecer la empatía necesaria con el fin de mejorar la calidad de la atención. Consta de tres partes:^{12,13}

Identificación del Paciente. En esta parte se identifica al paciente en cuanto a su nombre y edad. Cabe la posibilidad de agregar más información como teléfono de

su casa, a quien contactar en caso de necesidad, qué previsión tiene o qué actividades desarrolla.^{5,12,3}

Más adelante, en la sección de antecedentes, existe una subdivisión de Antecedentes Sociales y Personales, en la que es posible extenderse sobre aspectos que permiten conocer mejor al paciente como persona. De acuerdo a lo anterior, al momento de comenzar a escribir la historia clínica, se anota:

- Fecha y hora
- Nombre completo del paciente
- Edad
- Teléfono, Dirección
- A quien avisar en caso de necesidad
- Previsión
- Actividad que desempeña.^{3,9}

Los pacientes que no son capaces de aportar a su historia por alguna incapacidad, proviene señalar las fuentes de donde provino la información (padres, parientes, amigos)

Anamnesis remota.

Se preguntan los aspectos individuales y familiares pasados del paciente. Se divide en tres antecedentes personales, antecedentes familiares y revisión por sistemas.¹³

2.1.9.3 Examen físico. En esta etapa de la historia clínica, se aplican las técnicas semiológicas. La exploración dependerá de la queja principal del paciente. Aquí, se evalúan la conciencia y estado mental, el estado físico en general, piel, anexos y signos vitales.^{12,13,14}

Se incluyen otras ayudas en como:

- Impresiones diagnosticas
- Exámenes complementarios
- Diagnósticos definitivos
- Pronostico
- Plan de tratamiento.^{3,9,14}

2.1.9.4 Datos epidemiológicos.

Son todos aquellos que pueden mostrar un panorama más amplio a fin de conocer al paciente y sus antecedentes:

- Edad
- Sexo y raza

- Estado Civil
- Lugar y fecha de Nacimiento
- Lugar de procedencia
- Religión
- Profesión
- Cambios de residencia
- Niñez
- Educación
- Trabajo
- Enfermedades y accidentes
- Vida sexual
- Historia familiar (médico-odontológica)
- Hábitos e intereses
- Actitud para con la familia
- Actitud ante la enfermedad
- Otros.^{12,9,14}

2.1.9.5 Motivos de Consulta.

Las quejas principales, deben consignarse con frases breves, transcribiendo las quejas del paciente y no nombres de enfermedades o el diagnóstico. Esto significa que es mejor no registrar la queja principal como “diabetes” o “bronquitis”, sino posiblemente “polidipsia y poliuria” o la de la “tos productiva”. Muchas se hace

necesario utilizar las palabras del paciente, cuando éstas expresan claros síntomas o idea del trastorno, pero si esos síntomas se conocen con un nombre técnico, es preferible hacerlo con este último. Ejemplo, si el paciente dice “perdí las ganas de comer”, se anotará como queja principal, “anorexia” y si dice sufro de desaliento o pocas fuerzas para trabajar, podría traducirse con el término “astenia” o “adinamia”^{9,12,14}

2.1.9.6 Enfermedad actual

Debe ser considerada como una parte muy importante de la historia clínica, por lo que hay que analizarla y estudiarla muy ampliamente y con cuidado. En esta parte, se anotan todos los detalles correspondientes a la queja principal, desde el mismo momento en que aparecieron los síntomas, la manera cómo aparecieron (lenta, paulatinamente o de repente) y su forma de evolución. En cuanto a la intensidad y carácter, se anotarán los cambios, si se han intensificado o variado de alguna manera. Todos estos registros deben hacerse en forma cronológica. Es suficiente con anotar ciertos puntos sobresalientes, intervalos de tiempo y síntomas principales.^{12,13, 14}

2.1.9.7 Revisión por sistemas

Una vez el facultativo, considere que ha obtenido el máximo de información relativa a la enfermedad actual, deberá revisar el funcionamiento de otros órganos y sistemas (especialmente aquellos que el paciente no ha mencionado en el curso

de su enfermedad actual) Esta revisión permitirá obtener una visión holística, sobre el estado de salud general del paciente y adicionalmente puede suministrar claves sobre la misma enfermedad actual, o puede revelar o evidenciar otras enfermedades no relacionadas con la enfermedad actual, pero que requieren atención médica.^{12,13,14}

2.1.9.8 Antecedentes Personales

a) Patológicos. B) Psicosociales .^{3,12,13}

2.1.9.9 Historia familiar

Conviene averiguar la causa de la muerte de familiares; estado de salud de los padres; y de los hermanos; presencia de enfermedades hereditarias y tendencias genéticas.

Cuando se habla de Antecedentes Personales, se describen los antecedentes o eventos anteriores, mencionados según su naturaleza, indicando fecha de ocurrencia. Éstos pueden clasificarse, así:

- Antecedentes personales (médicos, quirúrgicos y traumáticos)
- Hábitos
- Antecedentes sobre uso de medicamentos.

- Alergias.
- Antecedentes sociales y personales.
- Antecedentes familiares
- Inmunizaciones.³

Para un profesional de la salud odontológica, que hacen parte de un equipo interdisciplinario para brindar bienestar a la comunidad, es de vital importancia conocer y entender las enfermedades que afectan al diente y la cavidad bucal, siendo éstas partes de fácil inspección por hacer parte de la estructura de la cabeza, cara, cuello y cavidad bucal. Los problemas o alteraciones de esta estructura pueden detectarse con rapidez tan solo con la observación ocular, para lo cual se emplean algunas técnicas y métodos específicos como son:^{12,3,14}

- Sistemática
- Planeada
- Ordenada

Es un requisito en cada consulta, guardando un orden específico y dependiendo del método. Se recomienda siempre comenzar por el mismo lugar para conservar una secuencia lógica básicamente y establecer un orden:

EXTRABUCALMENTE

- Aspecto del paciente.
- Cara
- Ganglios
- Articulación Temporo-Mandibular (ATM)
- Orejas
- Región hiodea o tiroidea.^{3,12,13,14}

INTRABUCALMENTE

- Labios y comisura labial
- Carrillos
- Encías y maxilares
- Dientes y oclusión
- Paladar duro y blando
- Pared posterior bucal
- Lengua
- Piso de boca.^{3,12,13,14}

2.1.9.10 Signos y síntomas

Por separado se elabora una lista de los síntomas y otra de los signos físicos que se encontraron en el paciente.^{12,3}

2.1.9.11 Impresiones diagnosticas

Basados en los hallazgos encontrados en la anamnesis y el examen físico, se darán uno o varios diagnósticos, anotando los nombres de las enfermedades sistémicas y orales.^{12,3}

2.1.9.12 Exámenes complementarios

Constituidos por las pruebas que solicitamos para confirmar un diagnóstico (fotografías, biopsias, modelos de estudio, interconsultas y exámenes de laboratorio).^{12,13}

2.1.9.13 Plan de tratamiento

Debe dejarse constancia de cada una de las etapas que compone el tratamiento, en forma ordenada y lógica. Debe dársele al paciente la opción de escoger entre el tratamiento real y el tratamiento ideal, de acuerdo con su situación socio-económica y que más se acomode a sus necesidades y capacidades.^{12,13}

2.1.9.14 Evolución

Hace relación, paso a paso, a cada uno de los procedimientos ejecutados y sus posibles complicaciones; la medicación ordenada; los materiales utilizados; la técnica anestésica utilizada y la hora de la atención; duración de los procedimientos y finalmente el estado como se recibió el paciente y el estado en que se va el paciente.^{13,3}

2.1.9.15 Epicrisis

Resume los aspectos más importantes de la atención brindada al paciente. Debe incluir: identificación, motivo de consulta, historial de la enfermedad actual y los aspectos más relevantes de la evolución de la enfermedad. Puede utilizarse para realizar interconsultas o remisión de pacientes.^{13,3}

2.1.10 ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Observando lo dispuesto en la Resolución Número 1995 de 1999, en su Artículo 12, que dice:

2.1.10.1 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 17 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.”^{5,11}

2.1.10.2 Tipos de archivo

- **Archivo de Gestión:** “Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.”^{5,11,5}
- **Archivo Central:** “ Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde su última atención.”^{5,17,6,11}
- **Archivo Histórico:** “Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.”^{5,11,5}

El prestador de servicios de salud debe adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.⁵

Según el Artículo 11 de la misma Resolución 1995 del 1999, las historias clínicas deben conservarse por un término de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador del servicio y mínimo 15 en el archivo central. Hacen parte de ella los siguientes anexos:^{5,11}

Reportes de exámenes paraclínicos, los cuales pueden devolverse al paciente después de registrar su resultado en la historia clínica.⁵

En el caso de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y posteriormente estas imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, de lo cual deberá dejarse constancia con la firma del paciente en la historia clínica.^{5,7}

En todo caso, el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando exista la constancia firmada por el usuario, éste será responsable del manejo y conservación de la misma.^{5,21}

2.1.10.3 Custodia y manejo 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 generados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras formas legales vigentes.

El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando éste lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.^{5,2,11,8,19}

En caso de traslados de la historia clínica entre prestadores de salud, debe dejarse constancia escrita con actas de entrega y devolución, suscritas por los funcionarios responsables de la entidad encargada de la custodia.^{17,7}

Según los términos previstos en la Ley, tendrán acceso a la Historia Clínica, las siguientes personas y entidades:^{5,11,8,18}

- El usuario.
- El equipo de Salud
- Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- Las demás personas determinadas en la ley.^{5,11}

Se entiende que en todos los casos, el acceso a la historia clínica, es para fines de acuerdo a la ley que resulten procedentes, debiendo mantenerse su reserva legal.^{5,17,19}

2.1.10.4 Seguridad del archivo de las historias clínicas

Las historias clínicas deben estar archivadas en áreas restringidas, con acceso limitado al personal autorizado, conservándolas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de su contenido e información.^{5,17,18,2,8}

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad que impidan la alteración de la Historia Clínica.^{1,5,20}

2.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

2.2.1 Antecedentes de consentimiento informado

Los primeros antecedentes basados en la jurisprudencia, se remontan al siglo XVIII, pero su aparición se concreta en un *Leading Case* resuelto por la corte de New York en 1914. En esta sentencia se hace claridad que todo ser humano adulto y sano mentalmente tiene derecho a consentir o aceptar lo que se va a hacer con su propio cuerpo y a responsabilizar al cirujano que practique una intervención quirúrgica que se realice sin el consentimiento del paciente. Desde entonces no ha dejado de evolucionar este concepto y actualmente se hace referencia al consentimiento informado en los textos legislativos y médicos académicos, en los trabajos doctrinales y encuestas científicas, tanto jurídicas como médicos.¹⁰

2.2.2 Definición de consentimiento informado

Es la conformidad expresada por el paciente, manifestada por escrito, y tras la obtención de una información adecuada, para la realización de un procedimiento

diagnostico o terapéutico que afecte a su persona y que comporte riesgos importantes, notorios o considerables.

La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención es un deber del medico.²¹

Según la resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud de Colombia, el consentimiento informado es un documento que sirve como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo para las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención.⁵

Suele incluir información como: necesidad del tratamiento, beneficios del tratamiento, indicaciones y contraindicaciones del tratamiento, cualquier tratamiento alternativo disponible, riesgos del tratamiento o la no aceptación del tratamiento".²²

"El consentimiento informado debe ser directo, breve y de lenguaje simple. No tiene que contener palabras abreviadas, ni terminología científica, debe estar de acue4rdo al nivel cultural de la población a la que está dirigido".²³

Para que el consentimiento informado tenga validez no debe disponer de bienes fundamentales (vida) ni ilícitos; debe ser libre, expreso. El paciente debe estar informado adecuadamente, ser capaz, mayor de edad y mentalmente apto.¹⁰

No será necesario realizar consentimiento informado sólo en casos de inconciencia, alineación mental, lesiones graves por causas de accidentes (urgencias).^{10,29}

Los actos jurídicos realizados por personas incapaces jurídicamente hablando, son inválidos ante la Ley, por tanto no deben celebrarse sino en cabeza de sus representantes o tutores legales. Cuando se presenta una urgencia y no existe una persona que pueda consentir el acto o la intervención que se deba realizar, debe quedar constancia clara y expresa en la historia clínica, y proceder a salvar la vida del paciente, en el caso de los odontólogos, antes de una intervención debe existir una autorización previa²⁴

“Lo que en el consentimiento informado no se encuentra escrito al afirmarles previo al acto médico, se entiende que no se ha informado y si no se ha informado, el profesional ha incurrido en una falta, que lo implicará y lo comprometerá en la orbita de su responsabilidad médica.”²⁵

2.2.3 Ética y consentimiento informado

La Ley 35 de 1989, Capítulo II Art. 20, establece que “la responsabilidad del odontólogo por reacciones adversas, inmediatas o tardías producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto”.

Esto es parte de un conjunto de principios éticos, así como de los deberes y derechos fundamentales que deben ser observados por el odontólogo, en el ejercicio de su profesión. Uno de estos derechos es el que tiene el paciente de recibir una información amplia, sobre su estado de salud, derecho éste correlativo con el deber del odontólogo de suministrar la información a su paciente. Otro derecho que se infiere de esta obligación, es el de la dignidad de la persona, que exige que al paciente se le suministre una atención oportuna, debida y posible.^{3,9} “El odontólogo debe informar al paciente los riesgos, incertidumbres y demás circunstancias que puedan comprometer el buen resultado del tratamiento”²⁶

Conforme a lo consagrado en el Artículo 10º. Del Decreto 491 “el odontólogo dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto, o de la imposibilidad de hacerla” El hecho de dejar constancia, sin embargo, no lo exonera de su responsabilidad, pero al menos es una prueba de su diligencia frente al manejo que va a realizar en sus pacientes.²⁶

Todo paciente tiene derecho a recibir de sus médicos y odontólogos, información veraz, sobre su diagnóstico, pronóstico, alternativas y posibilidades terapéuticas para el tratamiento de su enfermedad.²⁷

2.2.4 Aspectos legales

El ejercicio de la práctica odontológica, ha sufrido constantes modificaciones en los últimos años, dentro de las cuales se reconoce con facilidad el cambio de actitud del paciente odontológico, frente a los modelos de atención y a los cánones de interacción con el odontólogo e incluso la facilidad de que sean cuestionados tanto el diagnóstico como el tratamiento propuesto por el profesional.²⁸

Prueba de esto es que ya es relativamente común en algunas ciudades, el que el paciente considere discutir con el profesional aspectos de su caso e incluso contemple la posibilidad de entablar demandas judiciales, ante la percepción de que no se estén alcanzando los resultados esperados.²⁸

El Consentimiento Informado puede ser una herramienta muy útil para un médico y un profesional de la odontología, para brindar un adecuado medio educativo para el paciente, mejorar la comunicación y en caso de tener que manejar un riesgo o demanda.²⁸

Como conclusión se puede decir que, para el odontólogo o médico en general, los aspectos éticos profesionales más allá de lo meramente legal o jurídico, sin desconocer que éste último es de gran importancia, ya que actualmente los pacientes son más conscientes de imputar responsabilidades civiles y penales a

los profesionales de la salud en cuanto a errores de procedimiento e intervenciones quirúrgicas y sus consecuencias no deseadas.

Es muy importante no olvidar que este documento libera al odontólogo de cualquier responsabilidad por consecuencias previsibles, pero no por negligencia, impericia, imprudencia^{10,23}.

Es por ello que todo profesional del área de la salud, debe actualizarse y conocer ampliamente las leyes que afectan su vida como profesional y como persona y protegerse utilizando las mismas herramientas jurídicas que ofrece el sistema, como es el caso del Consentimiento Aprobado.²⁸

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se realizó fue no experimental, descriptivo observacional, de corte transversal , ya que el objetivo fue medir y evaluar los conocimientos que sobre Historia Clínica y Consentimiento informado tenían, tanto los docentes como los estudiantes de Odontología, del Colegio Odontológico Colombiano de Santiago de Cali, en el año 2004-2005

3.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

UNIVERSO

El universo estuvo constituido por 1.191 personas, de los cuales se incluyeron estudiantes(1.089) y docentes (102) del colegio odontológico colombiano Extensión Santiago de Cali.

POBLACIÓN

La población fue constituida por 194 personas, de las cuales 162 fueron estudiantes de 9° (85) y 10° (77) semestre; y se escogió un grupo de 32 docentes, de los cuales todos pertenecían al área de las clínicas de la facultad.

MUESTRA

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado proporcional con un error del 5% y un nivel de confianza del 95%, un porcentaje de conocimiento esperado del 80%. Según la prevalencia.

Se definieron dos estratos:

Estrato 1 estudiantes de noveno semestre: 53

Estrato 2 estudiantes de décimo semestre: 48

Se realizó un censo, en el cual se escogieron 32 docentes pertenecientes al área de las clínicas de sexto a décimo semestre

Quedando así una muestra de 133 personas, de las cuales 101 fueron estudiantes de 9° y 10° semestre y 32 docentes del área clínica

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

3.3.1 Criterios de inclusión.

- Estudiantes matriculados en Clínica, de 9°. Y 10°. semestre.
- Los Docentes de Clínica, desde 6°. Hasta 10°. Semestre.
- Docentes como Estudiantes, pertenecientes al Colegio Odontológico de Santiago de Cali.
- Genero masculino y femenino

3.3.2 Criterios de Exclusión.

- Estudiantes y docentes que no deseen participar
- Docentes con especializaciones en áreas como: administración en salud, salud publica o legislación en salud

3.4 VARIABLES

Tabla. 1

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO VARIABLE	DE OPERACIONALIZACIÓN
Genero	Clasificación del sexo de una persona	Cualitativo	▪ Masculino ▪ Femenino
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Cuantitativo	▪ De 20-30 ▪ De 31-40 ▪ De 41-50 ▪ Mayor de 50
Año de Egreso del Pre-grado docentes	Fecha de culminación de estudios de pre-grado en docentes	Cuantitativa	▪ Antes del 90 ▪ Del 91-95 ▪ Del 96-2000 ▪ Después del 2001
Años de Experiencia Clínica	Tiempo que lleva laborando como profesional.	Cuantitativo	▪ De 1-5 (años) ▪ De 6-10 ▪ De 11-15 ▪ De 16-20 ▪ Mayor de 20
Semestre del Estudiante	Semestre que cursa actualmente, en Clínica-	Cuantitativo	▪ 9º. ▪ 10º

Conocimientos sobre normatividad de historia clínica	Saber cuales son las normas que rigen el diligenciamiento de la historia clínica	Cualitativo	▪ Conocen ▪ No conocen
Conocimiento sobre el contenido de la historia clínica	Saber cuales son los componentes y las características de la historia clínica	Cualitativo	▪ Conocen ▪ No conocen
Conocimiento sobre consentimiento informado	Saber sobre el consentimiento informado, teniendo en cuenta su aplicación y diligenciamiento	Cualitativo	▪ Conocen ▪ No conocen

3.5 SESGOS

Sesgos de no respuesta o efecto del voluntario.

El grado de interés o motivación que tubo el individuo que participó voluntariamente en la investigación, la cual puede diferir sensiblemente en relación con otros sujetos. En el primer caso puede existir por ejemplo un mayor compromiso o motivación con respecto a la información solicitada. Igualmente, la negativa de algunos sujetos para ser incluidos en un estudio puede estar dadas por motivaciones sistemáticas experimentadas por ellos

Este tipo de sesgo se controló explicándoles a los encuestados la finalidad de la investigación sin comprometerlos o revelar su identidad

3.6 CONSIDERACIONES ETICAS

Según el Cáp. 1 del Art. 11 de la Resolución del Ministerio de Salud Numero 8430 de 1993, se clasifica la presente como “investigación sin riesgo”, porque es un estudio “que no realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológica, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”.

El Comité de Ética del Departamento de Investigaciones del Colegio Odontológico Colombiano aprobó una petición para no incluir el Consentimiento Informado dentro de la encuesta ya que la investigación fue clasificada como sin riesgo.

3.7 VALIDACION DEL INSTRUMENTO O PRUEBA PILOTO

La prueba piloto fue realizada por medio de una encuesta donde se evaluó el conocimiento sobre el diligenciamiento de historia clínica y consentimiento informado de los docentes de las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, extensión Santiago de Cali, año 2004. Con una población de 24 personas, de las cuales fueron escogidas por medio de un muestreo aleatorio simple, una muestra de 14 participantes, equivalente al 55% de la población.

En esta prueba piloto se realizó en las instalaciones del colegio odontológico colombiano, realizando para esta su respectivo análisis estadístico y obteniendo

los resultados donde se observó algunas fallas a nivel de cuestionario de recolección de información por presentar algunas preguntas abiertas, lo cual motivó la modificación de la encuesta a preguntas específicas y cerradas.

3.8 FORMULARIO DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN HISTORIA CLÍNICA DE LOS ODONTOLOGOS SANTIAGO DE CALI AÑO 2004- 2005

Respetado doctor: Somos estudiantes de 10° semestre. Estamos realizando como trabajo de grado el proyecto: Conocimientos en historia clínica de los odontólogos docentes y estudiantes de clínicas IX y X semestre del Colegio Odontológico Colombiano Santiago de Cali, 2004. Le solicitamos conteste el formulario a continuación. Su identidad será confidencial y no serán objeto de investigación. Los datos personales aquí obtenidos son para identificación sociodemográfica de la población estrictamente. Es de vital importancia responder todas las preguntas con la mayor honestidad, debido a su carácter investigativo. **Favor marque con una X la respuesta que usted considera correcta.**

A. Datos personales

1. Género:

- a. Masculino
- b. Femenino

2. Cuántos años tiene en el momento:

- a. 20 a 30
- b. 31 a 40
- c. 41 a 50
- d. > de 50

3. Año de egreso del pregrado en Odontología:

- a. Antes de 1990 ó 1990
- b. 1991 a 1995
- c. 1996 al 2000
- d. Después del 2001

4. Cursó estudios de postgrado en algún área clínica?

a. si

b. no

Cual _____

5. Años de experiencia clínica.

a. 1 a 5

b. 6 a 10

c. 11 a 15

d. 16 a 20

e. Mayor de 20.

B. Las siguientes preguntas están dirigidas al Conocimiento en historia clínica.

6. La historia clínica, ha sido reglamentada por el ministerio de salud según la resolución:

a. 8430 de 1993

b. 3374 de 2000

c. 1995 de 1999

d. 1240 de 2002

7. La historia clínica la define usted como un documento que:

a. Es de vital importancia para la prestación de los servicios de salud, de obligatorio cumplimiento por parte de las entidades promotoras de salud.

b. Cumple con los principios de disponibilidad, oportunidad, integralidad, racionalidad científica y secuencialidad.

c. Puede ser conocido por terceros previa autorización del usuario o en los casos previstos por la ley y que debe estar ubicada en su respectivo archivo.

d. Es privado obligatorio, sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del usuario, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud.

LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS SON DE SELECCIÓN MÚLTIPLE MARQUE CON UNA X TODAS LAS RESPUESTA(S) QUE USTED CONSIDERE CORRECTAS.

8. Son componentes de la historia clínica:

- a. Identificación del usuario.
- b. Registros específicos.
- c. Anexos.
- d. Todas las anteriores

9. Considera usted que los registros específicos (datos generales) son: documentos en los que se consignan datos e informes de un tipo determinado de atención; los cuales deben corresponder a la naturaleza del servicio que presta el operador.

- a. Si
- b. No
- c. No se

10. En el diligenciamiento de la historia clínica, en el estado de salud del usuario se registran los datos e informes acerca de la condición:

- a. Somático
- b. Psíquica
- c. Social.
- d. Cultural
- e. Económica
- f. Medio ambiente
- g. Todas las anteriores

11. De que forma, debe diligenciarse la historia clínica.

- a. Clara
- b. Legible
- c. Sin tachones
- d. Sin enmendaduras
- e. Sin intercalaciones
- f. Sin dejar espacios en blanco
- g. Todas las anteriores

12. En el examen físico de la historia clínica, se debe diligenciar:

- a. Aspecto general
- b. Peso
- c. Presión arterial
- d. Frecuencia cardiaca
- e. Frecuencia respiratoria

- f. Género
- g. Estatura
- h. Todas las anteriores

13. Para elaborar un plan de tratamiento odontológico ideal para el usuario, usted tiene en cuenta los siguientes diagnósticos:

- a. General
- b. Craneomandibular
- c. Dental
- d. Endodóntico
- e. Periodontal
- f. Estomatológico
- g. Psicológico
- h. Tejidos blandos y óseos
- i. Todas las anteriores

14. Dentro de la evolución de la historia clínica usted incluye:

- a. Firma del usuario.
- b. Fecha.
- c. Hora
- d. Firma del operador
- e. Huella del usuario
- f. Todas las anteriores

15. En que momento de la atención evoluciona la Historia clínica?

- a. Antes de iniciar el procedimiento
- b. Durante del procedimiento
- c. Finalizado el procedimiento
- d. Al final del día
- e. Todas las anteriores

16. Cuales son las características básicas, vigentes en la reglamentación de la historia clínica:

- a. Secuencialidad.
- b. Disponibilidad
- c. Integralidad
- d. Oportunidad
- e. Racionalidad científica

17. Es la reunión de la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos, relativos a la atención en salud, en las fases de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología. La anterior definición corresponde a:

- a. Secuencialidad.
- b. Disponibilidad
- c. Integralidad
- d. Oportunidad
- e. Racionalidad científica

18. Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones brindadas al usuario, de modo que evidencie de forma lógica clara y completa el procedimiento que se le realizó en la investigación de las condiciones de salud del usuario, diagnóstico y plan de manejo. La anterior definición corresponde a:

- a. Secuencialidad.
- b. Disponibilidad
- c. Integralidad
- d. Oportunidad
- e. Racionalidad científica

19. Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación de servicio. La anterior definición corresponde a:

- a. Secuencialidad.
- b. Disponibilidad
- c. Integralidad
- d. Oportunidad
- e. Racionalidad científica

20. Cuales de los siguientes prestadores de salud, tienen obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones, resultados de las acciones en salud realizadas en cada procedimiento clínico.

- a. Profesionales de la salud
- b. Técnicos
- c. Auxiliares
- d. Todos de los anteriores

21. De las siguientes generalidades, cuales deben ser incluidas en el diligenciamiento de la historia clínica:

- a. Fecha y hora en que se realizara la actividad
- b. No dejar espacios en blanco
- c. No utilizar siglas
- d. No realizar tachones
- e. Diligenciarse en forma clara y legible
- f. Todas las anteriores

22. cuales son los tipos de archivos que dispone la resolución 1995, para la conservación de la historia clínica:

- a. _____
- b. _____
- c. _____

23. Cuanto tiempo se almacenan las historias clínicas según el archivo al que pertenecen

- a. tipo de archivo _____ años _____.
- b. tipo de archivo _____ años _____.
- c. tipo de archivo _____ años _____.

24. Según la reglamentación de la historia clínica, que personas pueden acceder a la información contenida en esta?

- a. El usuario
- b. Equipo de salud
- c. Las autoridades judiciales y de salud en casos previstos por la ley
- d. Personas determinadas por la ley
- e. Todas las anteriores

25. Respecto a la custodia de la historia clínica, en el caso en que usuario la solicite para un procedimiento legal, usted debe cumplir con:

- a. Entregarla al usuario o representante legal
- b. Entregarla una copia al usuario, o representante legal
- c. No se debe entregar

26. El consentimiento informado lo define como:

- a. Compromiso destinado a informar en forma oral o escrita la naturaleza, los propósitos, presentando los beneficios los riesgos, alternativas para determinado tratamiento
- b. Expresión de dos voluntades que intervienen en un proceso investigativo, de cualquier índole, ambas debidamente conocedoras, competentes, autónomas, que deciden contribuir a un procedimiento científico.
- c. Más que un instrumento policial, es la expresión de una actitud y voluntad que permite prácticamente expresar la manera como se va a conducir un proceso y las posibles consecuencias

27. De que manera, usted obtiene el consentimiento informado

- a. Escrita
- b. Verbal
- c. Escrita y verbal
- d. Otras

Cuales: _____

28. cuales son las funciones específicas del consentimiento informado:

- a. función informativa
- b. función declarativa
- c. función metodológica
- d. función proactiva y protectora
- e. todas las anteriores

29. El consentimiento de acuerdo a su estructura, usted lo obtiene

- a. Bajo un formato prediseñado como anexo a la HC. en donde el paciente firma
- b. Bajo un formato prediseñado dentro de la Historia Clínica en donde el paciente firma
- c. En la hoja de evolución, manuscrito por el odontólogo, explicando las indicaciones al paciente, firmado por el paciente.

4. RECURSOS

4.1 RECURSOS HUMANOS

Tabla 2 RECURSOS HUMANOS VII Y VIII SEMESTRE

Investigadores	Dedicación horas semestre	por durante	Valor hora	Valor total
Veronica Rodríguez Paola Ortiz Bibiana Hidalgo Linda Villota Claudia Arbelaez Gabriela Cabrera Lorena Benítez	60		0	0
Asesor científico	16		20.000	
Asesor metodológico	16		20.000	
Asesor estadístico	1		20.000	

Tabla 2. RECURSOS HUMANOS IX Y X SEMESTRE

Investigadores	Dedicación horas semestre	por durante	Valor hora	Valor total
Veronica Rodríguez Paola Ortiz Bibiana Hidalgo Linda Villota Claudia Arbelaez Gabriela Cabrera Lorena Benítez	80		0	0
Asesor científico	20		20.000	
Asesor metodológico	20		20.000	
Asesor estadístico	10		20.000	

4.2 RECURSOS FÍSICOS

Tabla 3. RECURSOS FISICOS VII SEMESTRE

Rubro	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Resma papel	1	20.000	20.000
Lapiceros	7	1.000	7.000
Fotocopias por página	200	50	10.000
Internet por hora	40	2.000	100.000
Disco de 3 ½	20	1.000	20.000
Transporte urbano	30	1.000	30.000
Refrigerio x 4 horas de trabajo	21	2.000	42.000
RECURSOS FISICOS VIII SEMESTRE			
Fotocopias x paquete	200	50	10.000
Computador x hora	50	2.000	100.000
Papel por resma	1	20.000	20.000
Refrigerio x 4 horas de trabajo	21	2.000	42.000
Disco de 3 ½	20	1.000	20.000
Transporte urbano	40	1.000	40.000
Refrigerio x 4 horas de trabajo	21	2.000	42.000
RECURSOS FISICOS IX Y X			
Papel resma	1	20.000	20.000
Fotocopias por página	250	50	12.500
Computador pro hora	60	2.000	120.000
Transporte urbano	50	1.000	50.000
Disco de 3 ½	30	1.000	30.000
Impresiones	60	400	24.000
Refrigerio x 4 horas de trabajo	30	2.000	60.000
Anillados	6	3.000	18.000
TOTAL			915.500

4.3 RECURSOS FINANCIEROS

Tabla 4. RECURSOS FINANCIEROS

RUBRO	VALOR
Recursos humanos	0
Recursos físicos	915.500
Sub total	915.500
Imprevistos 5%	45.775
Total	961.275

4.4 CRONOGRAMAS

Tabla 5. CRONOGRAMA VIII SEMESTRE. 2004-I

Actividad	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Revisión de la literatura																				
2. escogencia del tema																				
3. Recolección de Información																				
4. Recolección de Información																				
5. Presentación de artículo																				
6. Inicio de Anteproyecto																				
7. Organización anteproyecto																				
8. presentación del anteproyecto																				
9. entrega anteproyecto																				

Tabla 6. CRONOGRAMA IX SEMESTRE. 2004- II

Actividad	Julio				Agosto				Septiem bre				Octubre				Noviem bre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Revisión de la literatura																				
2. Organización del marco teórico																				
3. Validación del instrumento																				
4. Correcciones formato de recolección																				
5. Presentación informe prueba piloto																				
5. inicio trabajo de campo																				

Tabla 7. CRONOGRAMA X SEMESTRE. 2005-I

Actividad	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Realización de trabajo de campo																				
2. Análisis estadístico																				
3. Presentación de resultados																				
4. Inicio artículo científico, introducción																				
5. Realización de materiales, métodos y resultados.																				
6. Corrección del artículo científico																				
7. sustentación de la tesis																				
8. Realización del Póster																				
9. Realización del documento final																				
10. Entrega del documento final																				

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Toda la información se ingresó en el programa de Excel Office de Microsoft y se analizó en el paquete estadístico EPI-INFO 6.0 versión 2004 del Center for Disease Control & Prevention (CDC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, univariado, empleando tablas de frecuencia y gráficos de barras, para describir el comportamiento de las variables. De igual manera se realizó un análisis bivariado, con tablas de contingencia y gráficos de barras.

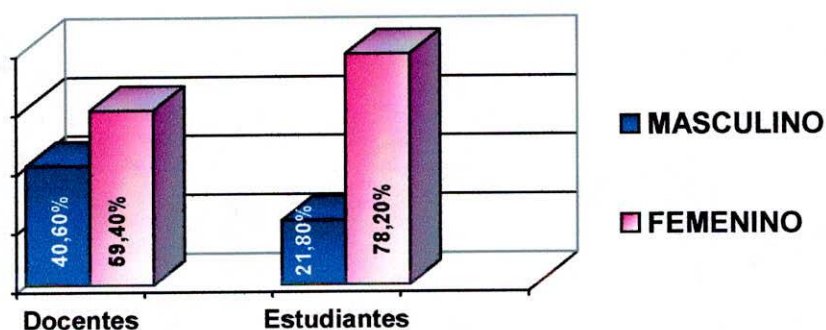
6. RESULTADOS

Se realizaron 133 encuestas en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, extensión Santiago de Cali, entre noviembre de 2004 y enero de 2005 respectivamente.

De los 133 participantes, 36 (equivalente a un 26.1%) pertenecían al género masculino y 98 (73.1%) pertenecían al género femenino.

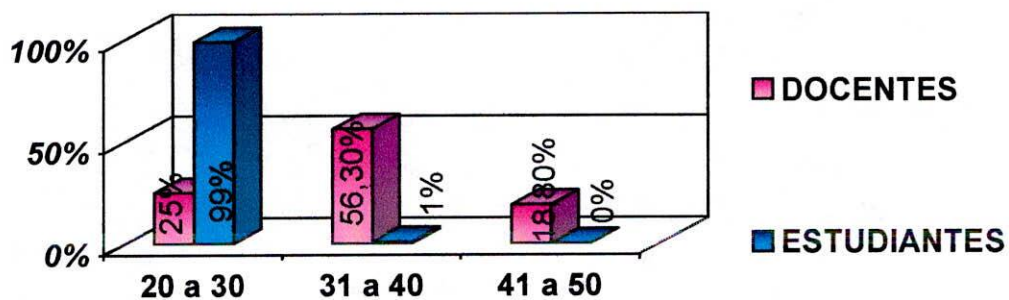
La mayoría de la población fueron mujeres (Grafico 1)

Grafico 1. Caracterización de la población según género.



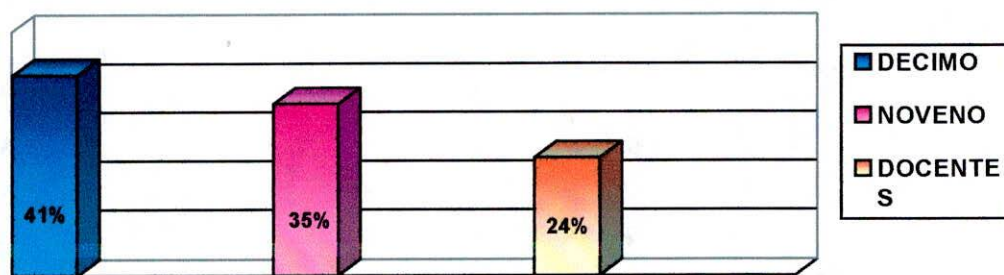
La población encuestada se encontró entre las edades de 20 a 50 años siendo más significativas las edades de 20 a 30 años en los estudiantes y de 31 a 40 años en los docentes (grafico 2)

Grafico 2. Población según edad.



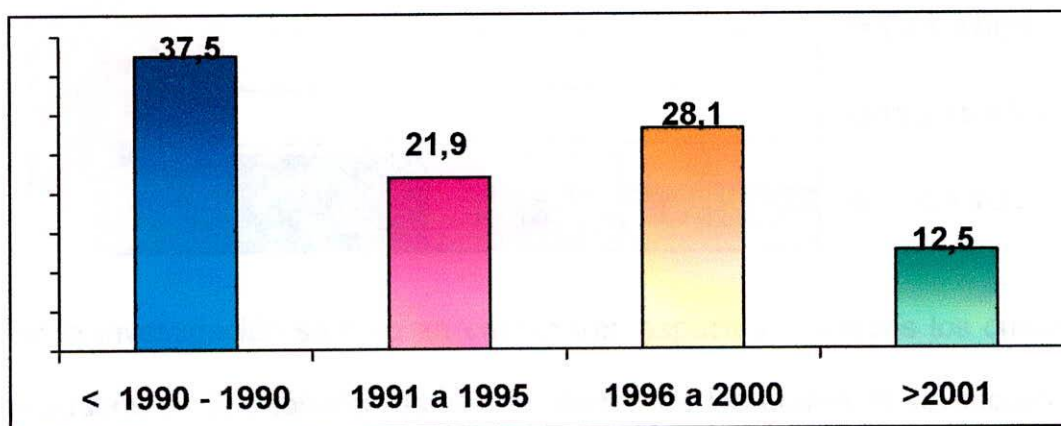
En la población encuestada se observó que el 76% eran estudiantes, dentro de los cuales hay una diferencia mínima del 6% entre los estudiantes de décimo y noveno semestre (grafico 3)

Grafico 3. Distribución de la población encuestada según nivel educativo.



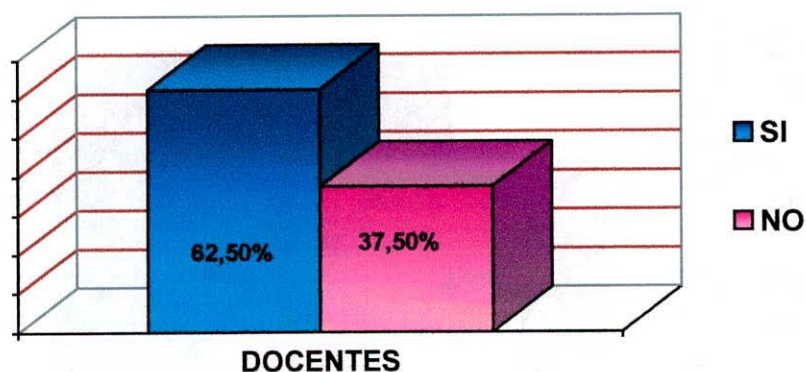
Dentro de los docentes se encontró que el 87.5% de esta, egreso antes del año 2000 (grafico 4)

Grafico 4. Año de egreso del pregrado en la población de docentes encuestados.



Dentro de la población de docentes encuestados, se observó que la mitad ha realizado especialización (grafico 5)

Grafico 5. Estudios de postgrado realizado por los docentes.



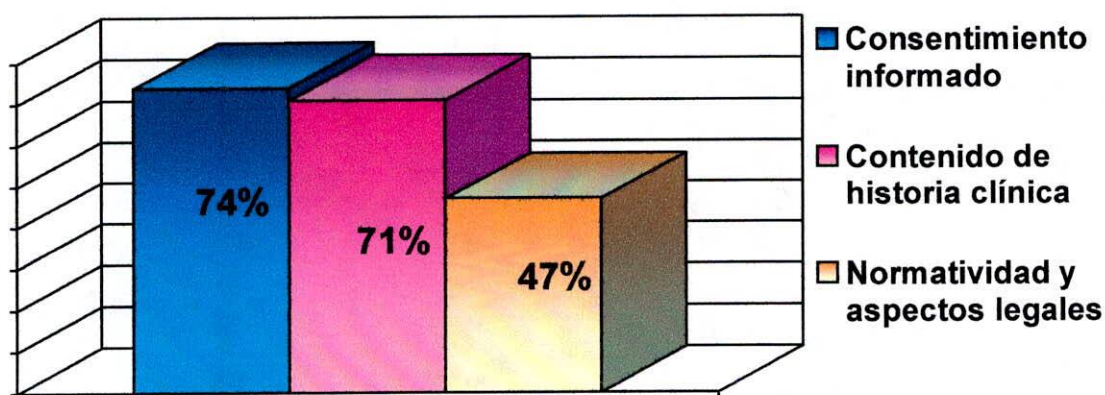
La mitad de la población de los docentes cuenta con una experiencia clínica entre los 6 a 10 años. (grafico 6)

Grafico 6. Años de experiencia clínica de los docentes.



En la investigación se tuvo en cuenta tres aspectos temáticos los cuales fueron evaluados en la población estudiada, dentro de los cuales el se encontró que el 74% de la población tienen claridad sobre el consentimiento informado, el 71% sobre contenido de historia clínica y el 47% sobre normatividad (grafico 7).

Grafico 7. Promedio del nivel de conocimiento general, según aspectos temáticos.



El promedio obtenido a nivel general fue estratificado para los docentes y los estudiantes donde se presentan las principales fortalezas y debilidades que demuestran frente a los temas expuestos con anterioridad

Promedio del nivel de conocimiento en docentes

Contenido de historia clínica:

El 91% de los docentes encuestados conoce lo que se debe diligenciar en la historia clínica según el estado de salud del usuario y la elaboración de un plan de tratamiento ideal basándose en un buen diagnóstico.

Dentro de las debilidades se encontró que el 87% no tienen claridad del momento en el que se debe evolucionar la historia clínica y en cuanto a los datos que se incluyen en el estado de salud del usuario, el 62% de los docentes no registran la información completa.

Normatividad:

Los docentes tienen fortalezas sobre las generalidades incluidas en el diligenciamiento de la historia clínica se encontró un porcentaje de acertividad de un 97%.

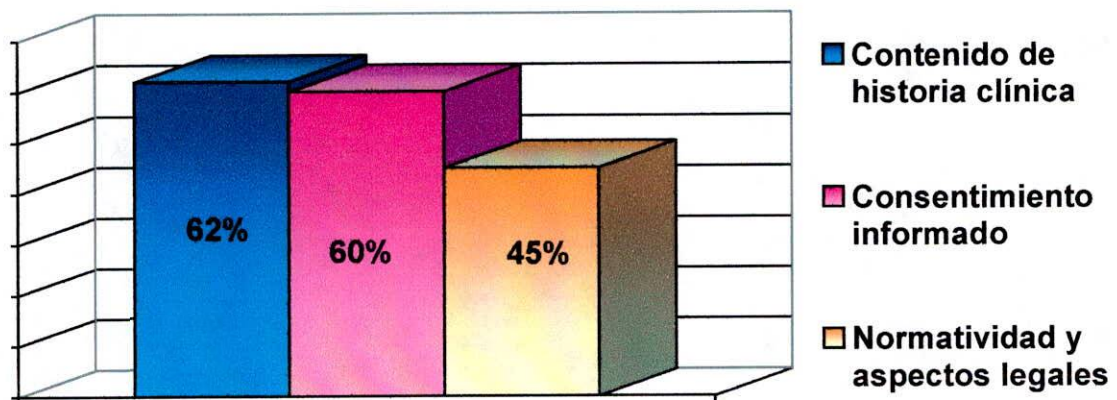
En cuanto al tiempo que se debe almacenar una historia clínica y el tipo de archivo al que pertenece se obtuvo un porcentaje deficiente del 100%, lo cual hace referencia a una debilidad.

Consentimiento informado:

El 100% de los docentes tienen la fortaleza de saber como se obtiene el consentimiento informado de acuerdo a su estructura; pero respecto a las funciones específicas del consentimiento informado, el 59% presenta debilidad.

(Grafico 8)

Grafico 8. Promedio de nivel de conocimientos en docentes, según aspectos temáticos.



Promedio del nivel de conocimiento en estudiantes

Contenido de la historia clínica:

De acuerdo a las fortalezas encontradas en los estudiantes el 98% sabe cual es la forma correcta en que se debe diligenciar la historia clínica, el examen físico y la elaboración de un adecuado plan de tratamiento.

El 78% no tienen claridad del momento en el que se debe evolucionar la historia clínica lo cual es una debilidad.

Normatividad:

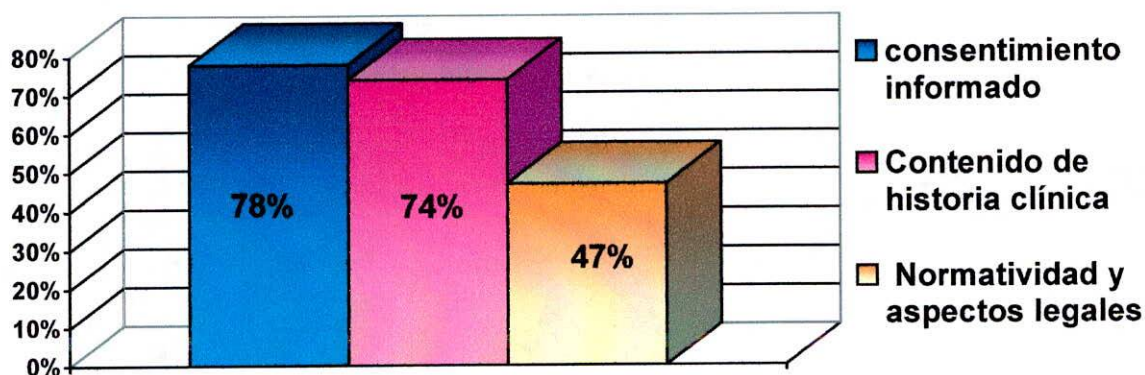
Sobre las generalidades incluidas en el diligenciamiento de la historia clínica se encontró un porcentaje de acertividad del 89% lo cual es una fortaleza.

En cuanto al tiempo que se debe almacenar una historia clínica y el tipo de archivo al que pertenece se obtuvo un porcentaje deficiente del 99% lo cual es una debilidad.

Consentimiento informado:

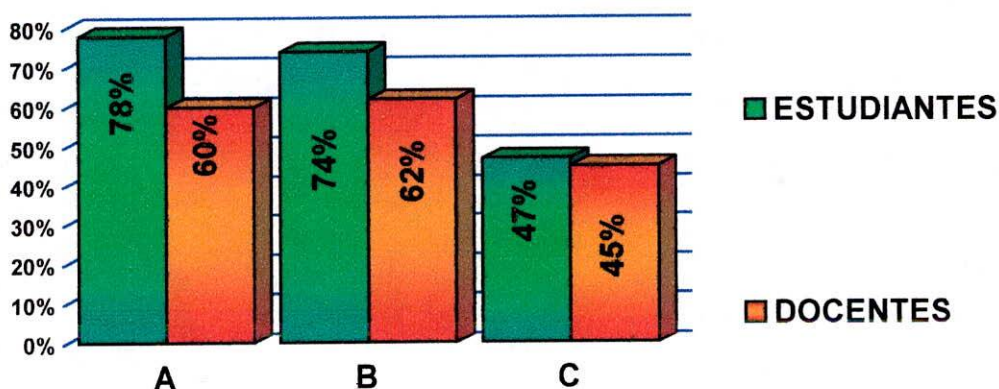
Se encontraron la siguientes fortalezas: el 100% de los estudiantes sabe como se obtiene el consentimiento informado de acuerdo a su estructura, el 71% lo obtiene de forma escrita y verbal y el 68% conoce cuales son las funciones especificas de consentimiento informado. (grafico 9)

Grafico 9. Promedio del nivel de conocimiento en estudiantes, según aspectos temáticos.



Con un porcentaje ligeramente superior se observó que los estudiantes presentaron mayores porcentajes en el conocimiento de acuerdo a los ejes temáticos evaluados. (grafico 10.)

Grafico 10. Comparación de conocimiento entre docentes y estudiantes



A: Consentimiento informado
 B: Contenido de historia clínica
 C: Normatividad y aspectos legales

DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS A NIVEL GENERAL SEGÚN ASPECTOS TEMÁTICOS

NORMATIVIDAD Y ASPECTOS LEGALES

El 80% conoce que personas pueden acceder a la información contemplada en la Historia Clínica

El 77% sabe como se debe proceder en caso de solicitud de la Historia Clínica para procesos legales

Definen de forma correcta la Historia Clínica el 71%

Tipos de archivos de la Historias Clínicas lo desconoce el 92% y el 99% no sabe el tiempo de almacenamiento, según el tipo de archivo

El 80% de la población desconoce sobre que personal debe registrar datos en la Historia Clínica

Resolución que reglamenta la Historia Clínica el 66% la desconoce

El 66% de los encuestados desconocen las características básicas de la Historia Clínica contenidas en la normatividad

La mitad de la población encuestada no sabe cómo se define el concepto de registro específico en la Historia Clínica

CONTENIDO DE HISTORIA CLÍNICA

El 96% de los encuestados contestan que dentro de sus Historias Clínicas sustentan con diagnósticos precisos los planes de tratamiento

El 90% de la población conoce sobre la forma en que se debe diligenciar la Historia Clínica y los aspectos de la valoración física del usuario

El 89% enumera los componentes de la Historia Clínica

El 20% de los encuestados desconoce la totalidad de los datos que deben estar en la hoja de evolución

El 80% desconoce el momento en que se debe realizar la evolución

El 47% desconoce la totalidad de información que debe consignarse en la sección sobre estado de salud del usuario

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El 31% no define adecuadamente que es Consentimiento Informado

El 35% no responde acertadamente cómo se debe obtener

El 38% desconoce las funciones específicas de este documento

El 100% lo integra a su vida laboral, pero de este 100%, solo el 60% de los encuestados conocen que el Consentimiento Informado se debe realizar como un anexo a la Historia Clínica.

7. DISCUSIÓN

De acuerdo con la resolución 1995 que rige a partir del 8 de julio de 1999, del Ministerio de Salud de Colombia, la historia clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud, por tanto resulta imperativo conocer a cabalidad las normas que rigen el diligenciamiento de la misma. Pese a que esta reglamentación se maneja hace mas de 5 años, nuestro estudio reveló que el 55% de los docentes y el 53% de los estudiantes no tienen conocimiento de la normatividad de la historia clínica. Presentando sus principales debilidades en cuanto a: conservación de la historia clínica (tipos de archivo y tiempo de almacenamiento de la historia clínica) ⁴. El 26% de los estudiantes y el 38% de los docentes desconocen sobre contenido de historia clínica.

Según el artículo 5º del código de ética del odontólogo colombiano “el odontólogo debe informar al paciente de los riesgos, incertidumbres y demás circunstancias que puedan comprometer el buen resultado del tratamiento” y “dejara constancia en la historia del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla. Teniendo en cuenta que el consentimiento informado se convierte en parte fundamental de la historia clínica; este estudio demostró que el 22% de estudiantes y el 40% de docentes no precisaron de que manera lo obtienen y si lo diligencian correctamente.

De igual manera, el artículo 25° del código de ética del odontólogo colombiano, “el odontólogo deberá abrir y conservar debida mente historias clínicas de sus pacientes, de acuerdo con los cánones científicos. Este estudio reveló que el 92% de la población desconocen los tipos de archivo de historia clínica y el 99% desconocen el tiempo de almacenamiento de estos según el tipo de archivo, de acuerdo a lo contemplado en la resolución.

El porcentaje Promedio total obtenido de conocimiento fue del 61% el cual es considerado medio y se asemeja mucho a lo reportado por Duque y Escobar quienes después de revisar los 60 procesos adelantados en diferentes seccionales de los Tribunales de Ética Odontológica del país, determinaron la baja calidad en el diligenciamiento de historia clínica.

8. CONCLUSIONES

Con un porcentaje ligeramente mayor, los estudiantes poseen mayor conocimiento que los docentes en los tres aspectos evaluados

Al analizar los resultados se encontró que tanto docentes como estudiantes, tiene las mismas fortalezas y debilidades.

Las principales fortalezas fueron con base a, diligenciamiento de historia clínica, elaboración de un plan de tratamiento ideal, examen físico y obtención del consentimiento informado.

Las principales debilidades fueron: Momento de evolución de la historia clínica y conservación de la misma.

Respecto a los conocimientos en normatividad de la historia clínica, se observa mayor dificultad con un porcentaje del 53%.

El porcentaje del conocimiento esperado era del 80%, el cual no fue alcanzado al realizar la investigación ya que el porcentaje obtenido fue del 61%.

9. RECOMENDACIONES

A estudiantes, como futuros profesionales del área de la salud están en la responsabilidad de mantener el buen prestigio de los odontólogos, por lo tanto deben adoptar un proceso de mejoramiento continuo a través de la profundización en conocimiento del manejo y diligenciamiento de la historia clínica y el consentimiento informado.

Es necesario hacer mayor divulgación de la resolución 1995 de 1999 en el Colegio Odontológico Colombiano, extensión Santiago de Cali.

Motivar a los estudiantes y hacerles ver la importancia de conocer las normas que rigen la historia clínica en áreas como: Legislación en salud y administración en salud, teniendo en cuenta que bajo determinadas circunstancias el profesional de la salud se puede exponer a problemas legales por incurrir con las normas establecidas por la ley.

Reforzar en los docentes y estudiantes los conocimientos sobre consentimiento informado, normatividad y aspectos legales y contenido de la historia clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. GIMENEZ, Dolors. La historia clínica: aspectos éticos y legales. Disponible en: HC%20aspectos%20eticos%20y%20legales.htm. [03/07/04]
2. Historia clínica. Disponible en: www.enciclopedia.us.es/index.php/historia_cl%ednica.
3. Historia clínica. Es un documento privado con características. Disponible en www.sanmartin.edu.co/academicos/odontologia/tesis/htm/body_historia_clinica.html, marzo 22 de 2004
4. MONZON WYNGAARD, Alvaro; ARIASGAGO, Olga L.; NUÑEZ, Oscar. Historia clínica o ficha odontológica. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones científicas y tecnológicas 2003.
5. Ministerio de Salud, Resolución No. 1995 de 1999.
6. Historia clínica, breve reseña historica – definición. Disponible en: www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_40_DICIEMBRE_2001.HTM [12/07/04]
7. Grupo de expertos en información y documentación clínica. Documento final. Disponible en: www.diariomedico.com/asesor/hclinica.html.
8. Hospital general Yagüe Burgos. Manual de utilización de la historia clínica. Disponible en: www.hgy.es/hc.html27junio2004manualdeutilizaciondelahistoriaclinica.
9. Aspectos éticos y legales en la medicina. Jamia. Vol. 3. No. 2. 1996. Pág. 139 – 148.
10. AGRANATTI, Patricia. Herramientas fundamentales frente al riesgo legal de mala praxis. Disponible en: www.odontomarketing.com.co.
11. MANRIQUE, Iva; LÓPEZ, Mario Andrés. La historia clínica de las demandas. Disponible en: www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum141-02tema-hist.htm [26/08/2003]
12. CEDIEL, Angel Ricardo. Semiología médica. 5ª edición; celsus, Colombia 2002, cap. 1.

13. GUZMÁN MORA, Fernando. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Disponible en: www.medspain.com/antrn12_may00/historiad.htm.
14. SOSA LACRUZ, Lucio Manuel. De la historia clínica al diagnóstico. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/>.
15. VERDU PASCUA, Fernando. La secreta historia clínica. I Simposio Iberoamericano de Derecho Médico, Montevideo, 28, 29 y 30 de Septiembre de 2000.
16. CUESTA MEJÍAS, Leonardo; PRESNO LABRADOR, Clarivel. Experiencia médica, historia clínica en el consultorio. Una necesidad. En: Revista Cubana Med Gen Integr. Vol. 13. No. 4. 1997. Pág. 364 – 368.
17. Conservación de historias clínicas en caso de que el facultativo cese en su actividad. Informe 381 / 2003.
18. URIOSTE, Ramiro. ¿Cuánto tiempo debe conservarse la Historia Clínica?. Disponible en: www.diariomedico.com.
19. JAMIA. La confidencialidad e intimidad se deben garantizar. Febrero. Lancet. 1996
20. KROLL, Cristina. Historia clínica Electrónica.
21. VERDÚ, Fernando. Exposición de motivos. Reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Ley 3 de 2001, 28 de mayo (BOE03.07.01)
22. OTERO, Jaime. Consentimiento informado en odontología. Disponible en: www.odontomarketing.com.
23. Consentimiento informado. Disponible en: www.intermedicina.com/avances/corigia/Ac/14.htm.
24. RIVERA, Pedro Julian. El consentimiento informado y la advertencia del riesgo.
25. DI CATALDO, Vanessa. El consentimiento informado. En Odontología ejercicio profesional. Marketing dental y gerencia en odontología. Junio de 2004.
26. Código de Ética del odontólogo colombiano, Ley 35 de 1989. 3ª edición. Tribunal de ética odontológica – Seccional Valle del Cauca.

27. Conceptos básicos. Disponible en:
www.dentopolis.com/modulos.php?name=content&p9=shawppage&pid23#5
28. CÓRDOBA PALACIO, Ramón. El consentimiento del paciente. Disponible en:
www.encolombia.com/odontologia/foc/memorias-6encuentreh.htm [27/07/2003]
29. CACERES, Franklin. Apuntes a cerca de la mala práctica médica. Disponible en: odontología@ejercicioprofesional.com (revista virtual sobre la practica de la odontología Vol. 1. No. 5. Septiembre 2000).
30. Tribunal Nacional de Etica Odontológica. Manual de etica odontológica, legislación, jurisprudencia y doctrina. Segunda edición Bogota D.C. 2003
31. Gran diccionario de la lengua española. Larousse editorial, S.A. año 2000

ANEXOS



MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999

(Julio 8)

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

EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y en especial las conferidas por los artículos 1, 3, 4 y los numerales 1 y 3 del artículo 7 del Decreto 1292 de 1994 y

CONSIDERANDO

Que conforme al artículo 8 de la Ley 10 de 1990, al Ministerio de Salud le corresponde formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.

Que la Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2, faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.

Que el Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios.

Que la Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 80 de 1989.

RESUELVE:

CAPÍTULO I

DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES.

a) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999

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

b) Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

c) Equipo de Salud. Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

d) Historia Clínica para efectos archivísticos: 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.

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

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

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

ARTÍCULO 2.- AMBITO DE APLICACIÓN.

Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, 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.

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999
Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

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

ARTÍCULO 4.- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

CAPÍTULO II
DILIGENCIAMIENTO

ARTÍCULO 5.- GENERALIDADES.

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.

ARTÍCULO 6.- APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

PARÁGRAFO PRIMERO. Mientras se cumple el plazo en mención, los prestadores de servicios de salud deben iniciar el proceso de adecuación correspondiente a lo ordenado en el presente artículo.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada.

ARTÍCULO 7.- NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA

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

ARTÍCULO 8.- COMPONENTES.

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

ARTÍCULO 9.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999

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

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.

ARTÍCULO 10.- 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.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

PARAGRAFO PRIMERO. Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

PARAGRAFO SEGUNDO. Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

ARTÍCULO 11.- ANEXOS.

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

PARAGRAFO PRIMERO. Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

PARAGRAFO SEGUNDO. A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

PARAGRAFO TERCERO. Los archivos de imágenes diagnósticas que hasta la fecha existen en las Instituciones Prestadoras de servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en el artículo 15 de la presente resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.

PARAGRAFO CUARTO. En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999
 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

existiere esta constancia firmada por el usuario, será este ultimo el responsable de la conservación de las mismas.

CAPÍTULO III
ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

ARTÍCULO 12.- OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO.

Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas 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.

ARTÍCULO 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.

PARÁGRAFO PRIMERO. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

PARÁGRAFO SEGUNDO. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

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

ARTÍCULO 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.

PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999
Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 18.- DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

CAPÍTULO IV
COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

ARTICULO 19.- DEFINICION.

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999
Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución.

PARÁGRAFO. El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.

ARTÍCULO 20.- FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

- a) Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b) Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- c) Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- d) Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

ARTICULO 21. - SANCIONES.

Los Prestadores de Servicios de Salud que incumplan lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

ARTÍCULO 22.- VIGENCIA.

La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ
Ministro de Salud