

Significado de la Calidad de la Información en la Historia Clínica:
Una mirada desde los médicos internistas

Lina María López Cano

Universidad de Antioquia
Facultad de Medicina
Medellín, enero 2020

Trabajo de Investigación para optar al título de Maestría en Educación Superior en Salud.

Asesor: Carlos Enrique Yepes Delgado, profesor Facultad de Medicina -
Universidad de Antioquia

La correspondencia relacionada con este documento deberá ser enviada a:

limaria10@gmail.com-lina.lopezc@udea.edu.co

Dedicatoria:

A mi esposo, Eugenio; a mis hijos, Tomás e Isaac, por su paciencia y amor incondicional.

A mi madre bendita, Lía, por su ternura y por su ejemplo de perseverancia y optimismo.

A mi padre, Antonio José, quien me inculcó los valores de la honestidad y el sentido de pertenencia.

*A mi hospital con alma, el Hospital Pablo Tobón Uribe,
y a mi Alma Máter, la Universidad de Antioquia.*

A todos ellos, por permitirme forjarme como persona y profesional.

Agradecimientos

Destaco la contribución a la gestión del conocimiento brindada por cada uno de los médicos internistas del Hospital Pablo Tobón Uribe participantes en este estudio, quienes dispusieron generosamente su tiempo para dar a conocer el arte y la estética de lo que para ellos significa la calidad de la información en la historia clínica.

Al doctor Carlos Enrique Yepes D., por haberme retado a aprender la investigación cualitativa y ayudarme a desentrañar potenciales que me habrán de servir infinitamente para mis futuros proyectos.

A la profesora Margarita María Gómez, quien con su pedagogía me acompañó durante la Maestría.

A Catalina Agudelo, por transcribir las entrevistas, y a Juan Guillermo Betancur, por la corrección de estilo.

Nota Preliminar

Este estudio sobre la calidad de la información en la historia clínica es resultado de la confluencia de mi formación universitaria en Gerencia en Sistemas de Información en Salud, especialización en Estadística y Maestría en Educación Superior en Salud con mi experiencia profesional y docente.

Ambas perspectivas han sido el acicate para plantearme inquietudes de diversa índole sobre un asunto tan central en la gestión de las políticas públicas e institucionales en salud como el diligenciamiento de la información en las historias clínicas, que he buscado abordar en el presente estudio cualitativo. De otra parte, todo el desarrollo e implicaciones de llevarlo a buen puerto significó un gran reto por lo que representaba para mí el tránsito de los números y la estadística descriptiva e inferencial a la investigación cualitativa, metodología que me abre un universo de posibilidades para mi futuro desarrollo profesional.

Tabla de Contenido

Resumen	8
Introducción.....	1
2. Planteamiento del Problema	3
2.1 La Historia Clínica: Una Revisión Histórica	4
2.2 Construyendo Una Visión de la Calidad de la Historia Clínica	5
3. Objetivos.....	9
3.1 Objetivo General.....	9
3.2 Objetivos Específicos	9
4. Estado del Arte	10
5. Justificación	14
6. Marco Conceptual.....	16
6.1 Historia Clínica.....	16
6.2 La Historia Clínica Electrónica.....	18
6.3 El Concepto Calidad	22
6.4 Calidad de los Datos	23
7. Marco Referencial	27
7.1 El Interaccionismo Simbólico.....	27
7.2 La Teoría Fundamentada	28
8. Metodología.....	29
8.1 Recolección de Información	31
8.2 Análisis de los Datos.....	32
9. Resultados.....	34
9.1 Fenómeno: Disociación entre el deber ser y el ser del diligenciamiento con calidad de la información en la historia clínica en los médicos internistas.....	35
9.1.1 Fundamentos de la historia clínica.....	36
9.1.2 Competencias de la comunicación	37
9.2 Contexto.....	40
9.2.1 Cultura del diligenciamiento de la historia clínica con calidad	40
9.2.2 El adecuado diligenciamiento de la información: un legado para todas las generaciones	42
9.2.3 Documentación que refleja el liderazgo y juicio del médico	42
9.2.4 El mayor aporte de la información clínica al sistema de información en salud...	43
9.2.5 Historia clínica que refleja ética profesional.....	44
9.2.6 Historia clínica que contribuye con la salud del paciente	45

9.2.7 Médicos e instituciones referentes en el manejo del diligenciamiento de la historia clínica con calidad.....	45
9.2.8 Historias Clínicas que reflejan el conocimiento y claridad de los médicos que la diligencian.....	46
9.2.9 Información clínica que revela las conciliaciones de la salud	47
9.3 Las Causas que Originan el Fenómeno.....	47
9.3.1 La Universidad como precursora del adecuado diligenciamiento de la historia..	47
9.3.2 Formación universitaria.....	49
9.3.3 Lo curricular.....	50
9.3.4 Comunicación.....	51
9.3.5 Cultura digital e inmediatez	53
9.3.6 Institucional.....	53
9.3.7 Conocer, o desconocer, los principios de calidad de la historia clínica	56
9.3.8 Herramienta de historia clínica electrónica.....	57
9.3.9 Actualización de diagnósticos definitivos.....	58
9.4 Relaciones de Acción/Interacción	59
9.4.1 Recuperar información.....	59
9.4.2 Interpretar exámenes o paraclínicos anteriores	59
9.4.3 Corregir y completar los datos	59
9.4.4 Realizar un resumen.....	60
9.4.5 Fortalecer la comunicación oral y escrita.....	60
9.5 Consecuencias.....	61
9.5.1 Heterogeneidad en la forma de enseñar la elaboración de la historia clínica	61
9.5.2 Consecuencias del ‘copismo’	62
9.5.3 Distorsión de la comunicación.....	62
9.5.4 Vulnerabilidad de la historia clínica de enfermería	64
9.5.5 Calidad de historia clínica limitada.....	65
9.5.6 Datos imprecisos para el sistema de información en salud.....	65
10. Discusión	68
10.1 La historia clínica: Instrumento en función de la preservación de la salud y la vida de los pacientes	68
10.2 El rol de la comunicación en el acto médico	70
10.3 La confianza y la historia clínica en el proceso de la atención de salud.....	72
11. Conclusiones.....	77
12. Recomendaciones	81
13. Bibliografía.....	84
Anexos.....	88

Anexo 1: Cuadro 1: Características de los Sujetos de Investigación.....	88
Anexos 2 y 3. Actas de Aprobación Comités de Ética	89
Anexo 4: Guion de Entrevista Semiestructurada #1	91
Anexo 5: Guion de Entrevista #2.....	94
Anexo 6: Consentimiento Informado	95
Anexo 7. Cuadro 2: Categorías Descriptivas.....	98

Resumen

Objetivo: Comprender el significado que para los médicos internistas de Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín tiene la calidad de la información de la historia clínica.

Materiales y Métodos: se realizó estudio cualitativo, basado en la metodología de teoría fundamentada, a partir de 15 entrevistas semiestructuradas a médicos internistas vinculados al Hospital Pablo Tobón Uribe: 10 individuales y una entrevista focal a 5 médicos. El análisis se hizo mediante la codificación de la información en forma interrelacionada desde cuatro momentos, en el siguiente orden: codificación abierta donde se conceptualizó, fragmentó y describió la información, luego se clasificaron por categorías descriptivas, para luego relacionar mediante la codificación axial las categorías a subcategorías por propiedades y dimensiones, realizando el respectivo análisis, dando lugar a las interpretaciones y obteniendo propiedades o atributos sobre los conceptos centrales.

(Strauss & Corbin, 2002). **Resultados:** se evidencia el fenómeno de la disociación entre el deber ser y el ser del diligenciamiento con calidad de la historia clínica en los médicos internistas. **Conclusiones:** el médico debe ser consciente del valor inestimable de la información consignada en la historia clínica, no solo para las instituciones, el gobierno y, en general, para los diferentes actores del sistema de salud, sino primordialmente para orientar el accionar de los equipos de salud hacia la salvaguarda de la salud de los individuos y comunidades.

Palabras Claves: historia clínica, educación, comunicación, medicina de alto valor, educación médica, realimentación

1. Introducción

La historia clínica, uno de los recursos más importantes en la relación médico-paciente, es el registro del acto médico donde se consignan los eventos relacionados con el proceso salud-enfermedad y la información personal del paciente. (Arias, Guzmán, 2012) Por ello, un registro claro y sin distorsiones de dicha información no solo es un insumo de alto valor para un adecuado seguimiento de las condiciones del paciente, sino también de relevancia para el sistema de salud y para fines de investigación.

La calidad de la historia clínica está en el centro de atención de las instituciones de salud que disponen de métodos para su seguimiento y control, en su gran mayoría basados en inspecciones y revisiones directas de las historias clínicas por parte de comités o grupos de profesionales, y a partir de una evaluación cuantitativa de los documentos físicos y electrónicos asociados a dicho registro. (Riondet, 2007)

Este asunto del significado de la calidad de la historia clínica no ha sido lo suficientemente abordado por la literatura médica. Aunque el profesional médico, en su condición de actor principal en la creación de este registro clínico, sí se involucra en evaluaciones de calidad, su mirada se limita al reconocimiento de los errores u omisiones que él comete en este documento. (Penié, 2000)

Esta investigación de tipo cualitativo, y basada en el método de la teoría fundamentada, busca generar significado, compromiso y conciencia hacia un mejor registro de los datos y de la información en las historias clínicas y el reconocimiento de sus ventajas. Igualmente, tiene el propósito de llamar la atención de la comunidad académica y de los entes gubernamentales relacionados con la atención en salud sobre un tema que la impacta directamente, cual es el de la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica.

Los médicos internistas entrevistados para este estudio cualitativo se expresaron acerca del significado de la calidad en la elaboración de las historias clínicas. Sus respuestas, en su condición de médicos gestores e integradores de equipos de salud y tratantes de pacientes de alta complejidad, las ahondaron desde diferentes ópticas y matices, pues expresaron con sentido crítico y reflexivo las bondades y ventajas que trae la elaboración de la historia clínica cuando se realiza con información completa, precisa, relevante, clara y que describe lo acontecido en el acto médico, pues consideran que la información allí contenida contribuye al restablecimiento de la salud del paciente, a la prestación de un mejor y oportuno servicio y con base en ello se minimizan riesgos, se aumenta la seguridad del paciente, se optimizan los recursos requeridos para la atención y se contribuye con información de calidad para los sistemas de información para las políticas de salud pública y para la comunidad y para la investigación y la docencia. Del mismo modo, la información clínica plasmada en perfiles epidemiológicos es usada para el establecimiento de currículos universitarios en medicina. De hecho, los participantes coincidieron en decir que una buena historia clínica es la marca de calidad del acto médico y que además le da prestigio o desprestigio a quien la editó y, según sea el caso, de cómo la editó, entre otras bondades. No obstante, reconocieron las problemáticas derivadas de no diligenciar la historia clínica con la metodología y las políticas de calidad requeridas (Resolución 1995). Precisamente es como los médicos internistas están observando que acontecen elementos de entropía negativos que alteran la calidad de la información suministrada en la historia clínica y dan lugar al fenómeno identificado en la presente investigación, el cual concierne a la disociación entre el deber ser y el ser del diligenciamiento con calidad de este instrumento.

2. Planteamiento del Problema

Los recursos en el sector de la salud son cada vez más escasos; la falta de liquidez de las instituciones, los recortes de servicios y de personal, la lentitud o ausencia en el suministro de medicamentos, sumado a la evidente falta de información de calidad, son algunas de las condiciones que evidencian el deterioro en la prestación de los servicios de salud. Así que disponer de información con calidad es una condición esencial para que los administradores puedan desarrollar e implementar políticas, planes, proyectos y estrategias, y logren equilibrar y manejar los recursos eficientemente. Como lo señala la OMS, en su Informe sobre la Salud en el Mundo, "La falta de información sanitaria adecuada y la falta de personal aumentan el riesgo de colapso de algunos sistemas de atención sanitaria y amenazan la viabilidad de otros a largo plazo" (p. 6).

Los registros médicos, y la historia clínica en el centro de ellos, están relacionados en primera instancia con el cuidado y continuidad de la atención de salud brindada a los pacientes, pero su alta repercusión social, institucional, educativa e investigativa los convierten en el eje de la información en salud. Ello pone de presente que sus alcances dependan de cómo se escriba y de cómo se reporten y describan los hallazgos médicos en los pacientes.

Es así como la información consignada en la historia clínica, desde los datos demográficos, administrativos, diagnósticos, procedimientos y desenlace final, se convierten en una fuente imprescindible de información para todos los actores del sistema de salud, información de la que a su vez dependerá el impacto de los planes y políticas institucionales y de salud pública (Guzmán et al., 2012). De allí el reconocimiento de la importancia de la calidad del diligenciamiento y trámite de las historias clínicas. (Clínica, Galega, & Interna, 2012)

Tal como lo mencionan los autores, un adecuado diligenciamiento de la información contribuye a fortalecer la calidad de la atención de los pacientes, facilita la evaluación retrospectiva del desempeño de los profesionales asistenciales, es la fuente de recolección de datos para la elaboración de estadísticas y perfiles epidemiológicos, es fundamental para la investigación clínica y la docencia, se convierte en un instrumento de información que da respuesta a fines legales y normativos, es la base para la auditoría médica y el respaldo a las operaciones económicas de la prestación de los servicios, adquiere carácter docente y se constituye en un importante elemento administrativo, además con implicaciones médico-legales.

2.1 La Historia Clínica: Una Revisión Histórica

Las primeras manifestaciones de información sobre la atención en salud nos remiten a las civilizaciones griegas, romanas y egipcias, donde se produjeron escritos, en soportes como papiros, que contenían principalmente procedimientos de cirugías y tratamientos de enfermedades. (Patricia, 2011)

Lo que permitió la creación de las primeras 42 historias completas y bien caracterizadas de las que tenemos noticia están recogidas en “Las Epidemias I y III”. Con ellas nace el documento elemental de la experiencia médica que representa también el documento fundamental del saber médico (Médica et al., 2018).

Ya entre los años 129-200 d. c., Claudio Galeno fue la persona más influyente al aceptar la unidad sistemática, el estudio del concepto, la estructura del enfermo, la etiología y los síntomas, además de ser el primero en clasificar y ordenar la enfermedad de acuerdo con las causas externas, internas y conjuntas, y recomendó que la historia clínica debe tener los mismos principios morales y éticos de la práctica médica y no limitarse al mero acto administrativo.

En los siglos XIX y XX, la historia clínica se convierte en un documento multidisciplinar que se busca sea elaborado con riqueza descriptiva, precisión y coherencia interna por profesionales que asisten al paciente. (Clínica et al., 2012) Profesores, como Abraham Flexner, hicieron sus contribuciones en el campo de la medicina por medio de la descripción de las malas condiciones en las que se encontraban las facultades de medicina en los Estados Unidos y Canadá (Feider, 1939), lo cual estimuló al Clinical Congress of North America a anunciar planes de reforma en la atención hospitalaria y en la práctica quirúrgica, que llevaría a una transformación radical en la educación médica.

En 1918, el Colegio Americano de Cirujanos de Estados Unidos, acogiendo las recomendaciones de Flexner,

[...] puso en funcionamiento un programa de estructuración orgánica hospitalaria incluyendo entre los requerimientos mínimos de acreditación la existencia de una forma de auditoría médica a intervalos periódicos, que para mejorar la historia clínica debía incluir la creación de estándares, normalización de pautas de tratamiento y auditoría médica sistematizada (Mejía, 2002, p.33).

2.2 Construyendo una Visión de la Calidad de la Historia Clínica

Karl Popper realizó sus aportes a la información en el sector de la salud desde una visión completamente autocrítica y sostenía que “los errores pueden acechar, incluso en las teorías mejor contrastadas y que es deber del profesional buscarlos. Así, el descubrimiento de que una teoría contrastada y corroborada, o que un procedimiento comúnmente utilizado sea erróneo, puede ser sumamente importante en la proposición de nuevas teorías alternativas y en la evolución de la disciplina.

Popper afirmaba que “nuestra actitud hacia los errores puede cambiar y reformar nuestra actitud ética y profesional”. Los historiales clínicos son a menudo ilegibles; su orden puede ser confuso y con frecuencia hay inexactitudes y omisiones. Por ello, no sólo ocultan el análisis del error, sino que en realidad pueden inducir a error, dado que la información, vital para la asistencia del paciente, a menudo se pierde en el caos. De la escasa calidad de las anotaciones de los médicos se podría inferir una falta de interés en dejar constancia de la atención médica y la evaluación de la asistencia. Es preciso mejorar los historiales si queremos utilizarlos para analizar los casos individuales. “Mientras no se disponga de historiales buenos, la inspección y el análisis crítico y constante de la calidad de los cuidados médicos es prácticamente imposible” (Popper, 2013, p.6).

Con la historia clínica electrónica se vienen identificando prácticas en la escritura de los registros médicos que afectan la calidad en el diligenciamiento de la información, tales como: párrafos, oraciones completas de diferentes episodios y atenciones médicas copiadas y pegadas por diferentes médicos y profesionales de la salud. Sobre esta práctica del copiar y pegar, Dean (2018) refiere que: “representa incertidumbre y peligro para la atención de los pacientes”. Entre las recomendaciones que plantea el doctor Shanno para evitar que se copie y pegue textos, es que desde la universidad y las instituciones se capacite a los médicos, que comprendan las consecuencias que dicha práctica pueda acarrear, hacer comparaciones por procesos y colegas, que haya espacios reflexivos y compromisos, lo cual redundará en la seguridad de la atención a los pacientes.

Otro asunto presente en los registros médicos es el uso de abreviaturas, siglas y símbolos para nombrar diagnósticos y definir tratamientos son atajos usados indiscriminadamente según el deseo de cada autor que, aunque puede ser un camino para

ahorrar tiempo en la comunicación, se convierte en un mecanismo contraproducente pues podría dar lugar a interpretaciones por los diferentes profesionales del área de la salud, causando errores en la atención médica. “El uso de abreviaciones constituye uno de los principales atropellos que se producen en el lenguaje médico y es el propio profesional quien sufre las consecuencias” (Araujo, 2017, p. 99).

Las nuevas opciones para tratar las enfermedades en pacientes pediátricos y adultos con patologías crónicas o de alta complejidad hace que se requiera escribir con mayor precisión la prescripción de los medicamentos y tratamientos, incluyendo la información que el paciente debe tener escrita cuando es remitido a otras instituciones de salud. Por tal motivo es fundamental desarrollar e implantar un sistema continuo de vigilancia que restrinja en lo posible el uso de terminología médica confusa, especialmente en la prescripción médica, para evitar complicaciones en la atención del paciente. (Aleixandre-Benavent, Alonso-Arroyo, González-Muñoz, & De Dios, 2015)

Partiendo del hecho de que en el acto del registro clínico puede existir una relación directa en la calidad de la historia clínica con la subjetividad u objetividad del médico y su actuar ante su propia realidad del concepto de calidad que contribuirá a la aptitud del diligenciamiento del registro clínico final (Raman et al., 2018) (Villegas Múnera et al., 2013), el presente estudio, basado en la investigación cualitativa, está orientado a conocer el significado sobre la calidad de la historia clínica, justamente porque este asunto se ha investigado con frecuencia desde la perspectiva cuantitativa, enfocado en el producto final la historia clínica, más no desde el generador de ella. Se empleará el enfoque hermenéutico para comprender y descubrir los significados, abordando los aspectos sociales y humanos mediante el uso de instrumentos, procedimientos y metodologías para recabar información

a la que no es posible llegar por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación. Este estudio cualitativo hermenéutico se propone responder a la pregunta, ¿cuál es el significado que para los médicos internistas del Hospital Pablo Tobón Uribe Medellín tiene la calidad en la información de la historia clínica?

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Comprender el significado que para los médicos internistas de Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín tiene la calidad de la información en la historia clínica.

3.2 Objetivos Específicos

- Indagar acerca de la formación recibida, tanto en pregrado y posgrado, sobre calidad de la información en la historia clínica.
- Develar los aprendizajes que a partir de su experiencia profesional reconocen los participantes en relación con el mejor diligenciamiento de la historia clínica.
- Identificar las motivaciones y la valoración que dan los profesionales a la calidad de la información en la historia clínica.
- Analizar la autocrítica que los médicos internistas participantes puedan desarrollar en torno al diligenciamiento de la historia clínica.

4. Estado del Arte

Para el presente trabajo investigativo, que se propone indagar acerca de la calidad de la información registrada en las historias clínicas, la búsqueda bibliográfica se orientó inicialmente bajo los términos *calidad e historia clínica*, que abordarán el asunto del porqué no hay una cultura de la buena escritura y registro con calidad en la historia clínica.

Esta tarea se llevó a cabo mediante los motores de búsqueda bibliográfica Clinical Key, -que permite rastrear información de forma natural en la biblioteca médica pública- y Scopus -buscador de citas de artículos de revistas científicas- introduciendo los siguientes descriptores: calidad del dato en la historia clínica; calidad de los diagnósticos médicos; calidad de la historia clínica y los expedientes médicos; calidad en el registro de la historia clínica y los expedientes médicos, y consecuencias para el sistema de salud por mala calidad del dato.

Bajo estos criterios, se hallaron artículos sobre la calidad de la historia clínica, enfocados en las auditorías médicas desde una evaluación cuantitativa, pero que no abordan el asunto de la calidad del registro como instrumento propio de la relación médico-paciente y lo que ello implica. Así pues, fueron escasos los estudios identificados sobre la evaluación de la historia clínica desde el significado de la calidad para el médico y la relación de este significado con la calidad del registro clínico realizado.

Para refinar esta búsqueda bibliográfica, se atendió la recomendación del personal de la biblioteca de la Facultad de Medicina de Universidad de Antioquia de incluir el PubMed, motor de búsqueda de artículos de investigación biomédica. Este buscador refina las palabras o *términos mesh*, encontrando la siguiente terminología: *data in medical records; meaning quality; concordance between medical records and patient interview data; documentation is not legible; abbreviations are confusing; documentation is not*

organized; the medical record is not signed; threats to Australian Patient Safety TAPS (Técnicos de Atención Primaria en Salud); copy and stick texts; electronic medical records; clinical history; quality of the information in the clinical history, y quality in clinical files.

La literatura revisada referente a la evaluación de la calidad de las historias clínicas está especialmente enfocada en el acto de revisión sistemática y estadística de la documentación de la historia clínica como tal (Riondet, 2007)(Renau et al., 2001), priorizando la inspección y chequeos de calidad en el producto final -que es el documento ya realizado de la historia clínica- en detrimento del enfoque de la calidad desde el médico - que es la fuente misma que genera el acto del registro clínico- y su significado o conocimiento para él de lo que es en realidad un registro clínico de calidad.

Al no encontrar información significativa para el propósito de este estudio, se exploran otros criterios de búsqueda bajo los términos: siglas médicas; abreviaturas no autorizadas; peligro en la escritura médica; codificación diagnóstica inadecuada; textos copiados y pegados dentro de las historias clínicas electrónicas, y ventajas y desventajas de la historia clínica informatizada y electrónica.

Este rastreo dio cuenta de algunos estudios, como el llevado a cabo en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, donde desarrollaron un “[...] estudio descriptivo sobre la calidad y el grado de cumplimentación en la recogida de los datos de la historia clínica en servicios de medicina interna [...]” (Aj, Mj, Jc, Medicina, & Pública, n.d.). El resumen de este estudio califica como buena la calidad de la historia clínica, pero reporta que existen oportunidades de mejora en su diligenciamiento y legibilidad.

En un estudio en la Comunidad Autónoma de Cataluña sobre Atención Primaria en Salud se evaluó cuantitativamente, mediante un cuestionario estructurado, la información contenida en 1.473 historias clínicas, correspondientes a ocho áreas básicas de salud para

analizar diversos factores de la prestación de servicios. Además de la forma como se recopilaron los criterios de registro mínimo de datos de interés sanitarios acordados, como presión arterial, colesterol, consumo de alcohol, tabaquismo e índice de masa corporal, los resultados dieron que sólo un 18,3% del total de las historias clínicas analizadas cumplían con los criterios de registro mínimo de datos de interés sanitarios. (Sobrequés Soriano & Piñol Moreso, 2001)

En la Clínica Centenario Peruano Japonesa de Lima, Perú, se revisaron historiales de consulta externa de la especialidad de medicina interna y encontraron que “63.8% (206) de las historias tenía una calidad de registro ‘aceptable’, mientras que en 36.2% (117) de historias, la calidad de registro ‘falta mejorar’. Los ítems diagnósticos y tratamiento presentaron mayor oportunidad de mejoramiento” (Matzumura Kasano, Gutiérrez Crespo, Sotomayor Salas, & Pajuelo Carrasco, 2014).

En el hospital local San Juan de Dios del municipio de Lebrija (Santander, Colombia) se analizó cómo fue el diligenciamiento, calidad y registro de historias clínicas de pacientes hospitalizados, encontrándose en las historias clínicas evaluadas que el cumplimiento en el diligenciamiento de los requisitos establecidos fue de un 66%, que, aunque es un factor favorable, demanda el aumento de los controles; un 34% no cumplió con los requisitos, especialmente al finalizar el procedimiento que es cuando se da de alta al paciente. (Gomez Fajardo, Ramos Fonnegra, & Dominguez Contreras, 2014)

En el Hospital Susana López de Valencia de Popayán, Colombia, se realizó un estudio representativo para evaluar la calidad técnica del registro en la historia clínica por parte del personal médico en todos los procesos asistenciales de la institución. Este estudio abordó la identificación del usuario, los registros específicos de la atención y la calidad del registro.

Los resultados del estudio arrojaron que la mayoría de los servicios presentan baja adherencia al diligenciamiento de historias clínicas (64%), evidenciados en el incumplimiento del registro de riesgos, conciliación medicamentosa, signos vitales, el no diligenciamiento del campo que da cuenta de la presión arterial, antecedentes, medidas antropométricas, etc. Solo en los servicios de urgencias adultos y ginecología se cumplen con la mayoría de los criterios, mientras que pediatría de los servicios de urgencias y hospitalización registran más bajo cumplimiento en el diligenciamiento.

El informe señala algunos de los hábitos más comunes en el diligenciamiento de estos registros por el personal médico,

[...] a pesar de tener la historia clínica sistematizada, se observan palabras con las letras trastocadas o sin terminar, se siguen utilizando siglas y/o abreviaturas que no se encuentran en el manual entregado por la institución. Los espacios en blanco son frecuentes en los registros médicos, y no se deben permitir así se trate de una historia clínica electrónica (Lucía & Mutiz, 2013).

En síntesis, las publicaciones encontradas no abordan específicamente el tema del correcto diligenciamiento de la información en la historia clínica, sino que se ocupan de estudios estadísticos cuantitativos internacionales y nacionales que cuantifican las inconsistencias más comunes encontradas dentro de los documentos clínicos y de la importancia de abordarlo para evitar que sigan sucediendo.

5. Justificación

La historia clínica es la unidad fundamental del sistema de información en salud, el documento -físico o digital- que recoge la información de la atención de los pacientes relacionada con los diagnósticos, los procedimientos y los tratamientos. Como registro de la conducta y las pautas a seguir por el médico, este documento se convierte en el principio fundamental de la información y la comunicación para los diferentes actores del sistema general de salud; de allí la importancia de la veracidad de todo lo que se soporte y se construya en este documento con el fin de producir información confiable que refleje el verdadero estado de salud de los individuos, potenciar los planes y las políticas del sector y minimizar la ocurrencia de errores y fallas en este. (Guzmán et al., 2012)

Otros beneficios en la atención de la salud resultantes del registro claro, adecuado y confiable de información en la historia clínica tienen que ver con la racionalización de los recursos hospitalarios y como insumo de alto valor estadístico acerca de los indicadores epidemiológicos y para la docencia y las investigaciones que se desarrollen sobre estos asuntos.

La historia clínica es, pues, un documento que está en el centro del sistema de salud como productor y contenedor de información imprescindible para este. Desde el enfoque social, una información adecuada recogida en la fuente primaria en los servicios de salud, el encuentro médico-paciente, excederá en beneficios para la atención en salud al paciente y la comunidad y para el diseño de los planes y las políticas de salud pública construidas con base en la información resultante del quehacer consuetudinario de los actores del sistema de salud, fundamentalmente consignada en las historias clínicas.

De lo anterior se deriva el valor del conocimiento y la sensibilización por parte de los médicos y las instituciones formadoras y de salud frente al significado de una cultura de la calidad del registro de la información en salud, y el compromiso no solo con la salud de la población que atiende sino también con las familias de los pacientes, con la institución a la que presta sus servicios, con la sociedad en general y, lo que es muy importante, con la educación con fines investigativos, buscando que la información en salud esté a la vanguardia y en sincronía con los avances tecnológicos y, primordialmente, al servicio de la comunidad.

6. Marco Conceptual

En el presente apartado se pretende un abordaje y contextualización de tópicos relacionados con la información en salud. Llevar a cabo un estudio sobre la calidad en el registro y diligenciamiento de la historia clínica pasa por la necesaria revisión conceptual del significado de la historia clínica, pero también lo que es la historia clínica electrónica, definiciones del término calidad aplicada a los datos y el significado del uso para los fines de información en salud de las tecnologías de la información y la comunicación.

6.1 Historia Clínica

La historia clínica puede definirse como el documento, [...] donde se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa a un paciente, y donde se indican todos los procesos a los que ha sido sometido. Este documento forma parte importante en la atención adecuada e integral del paciente (Chero-Farro, Cabanillas-Olivares, & Fernández-Mogollón, 2017).

La historia clínica fue y continúa siendo un instrumento de excelencia donde reposa de manera escrita toda la información científica consignada por la autoridad intelectual médica y asistencial, en la cual se fusionan la capacidad de escuchar, comprender, sentir, investigar, interpretar y conducir al resultado esperado, que es el aumento de la salud. La información que allí queda comunicada es el producto de la suma de conocimientos, fruto del estudio continuado del médico y del equipo humano de salud, donde el paciente ha dado a conocer su más íntima información, sus mayores temores y además ha quedado consignado el registro de sus signos vitales.

La historia clínica resguarda información que se transforma en conocimiento para las decisiones y la ejecución de acciones relacionadas con la salud de una persona o paciente y para la salud pública de la comunidad, además de su alto valor científico, técnico

y jurídico que resalta la prevalencia e importancia en el ejercicio de las actividades en el sector salud. (Asociación Colombiana de Gastroenterología, 2004)

Los registros médicos son la evidencia que recoge el proceder de la práctica clínica relativa donde se tienen que describir todos los procesos médicos, terapéuticos y quirúrgicos a los que es sometido un paciente (Chero-Farro *et al.*, 2017) bajo los principios éticos de la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia (“El Principialismo.pdf,” n.d.).

Las características principales de la historia clínica se encuentran involucradas en su elaboración, como son: profesionalidad, ejecución típica (*lex artis ad hoc* la medicina se ejerce de acuerdo a las normas de excelencia de momento), objetivo y licitud. La importancia y repercusiones de este documento radican en que este se constituye en un compendio de la información de la vida de un ser humano y su entorno, y con base en dicha información se intenta establecer el problema, entendiendo las quejas del paciente e interpretando las manifestaciones de los signos y síntomas para establecer un diagnóstico y orientación hacia el tratamiento.

La información que se recopila en las historias clínicas se constituye en insumo para la investigación e instrumento para el ejercicio de la medicina. Igualmente, la historia clínica adquiere carácter docente, puesto que “conforme con la tradición secular, el médico está obligado a transmitir conocimientos al tiempo que ejerce la profesión, con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad”. (Ley 23/1981)

Este documento también es base para la auditoría médica y el respaldo a las operaciones económicas de la prestación de los servicios. No obstante, el fundamento principal del registro clínico son las bases científicas y humanas, registro que se basa en el cúmulo de conocimientos de la profesión, y la interacción entre diferentes especialidades

médicas y paramédicas, que debe basarse en la claridad de la relación entre lo escrito en cada una de sus líneas con lo manifestado por el paciente, con las palabras apropiadas, una buena estructura gramatical y justificación de los actos que se originan en las situaciones del paciente. Entre otros fundamentos, están la legibilidad, integridad y estructuración interna de dicho registro.

Cabe destacar las implicaciones médico-legales que representa la historia clínica como contrato de servicios médicos, entendida como la base de demostración de la diligencia médico-hospitalaria, pues esta es “uno de los elementos probatorios de la diligencia, desde su elaboración formal hasta su trasfondo científico”, y posee carácter probatorio ante la ley. (Guzmán et al., 2012) Dicho de otra manera, los registros clínicos son pruebas legales de la atención sanitaria de los pacientes, y por tanto soportan la evidencia ante las autoridades competentes.

Como está descrito en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, la Historia Clínica "es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente". Rodríguez (2019), citando a De Brigard Pérez (s.f.), afirma que la historia clínica,

[...] es indefectiblemente un documento de carácter obligatorio, condicionado a que puede ser siempre motivo de exhibición por un juez dentro de un proceso. Por tanto, la falta de cuidado al construirlo y al manejarlo, implica consecuencias jurídicas importantes, tanto en los procesos de responsabilidad médica como en los procesos penales donde se exhiben documentos privados (p. 130)).

6.2 La Historia Clínica Electrónica

El epicentro de la informática clínica es la historia clínica electrónica (HCE), y en torno a ella giran los demás aplicativos clínico-administrativos relacionados con el manejo de datos propios de la prestación de servicios de salud. Algunos de estos son: los

desarrollos de inteligencia artificial, como los sistemas de soporte a la decisión clínica (integran las observaciones del profesional de salud con el conocimiento científico para permitir la toma de decisiones racionales informadas por el personal clínico para el mantenimiento de la calidad; por ejemplo, software que guía al establecimiento de un diagnóstico o a la decisión sobre un tratamiento (Orduz et al., n.d.).

Daniel (2017) afirma que,

La historia clínica electrónica es un registro de información de salud que reside en un sistema electrónico específicamente diseñado para recolectar, almacenar, manipular y dar soporte a los usuarios para el acceso a datos seguros y completos, alertas, recordatorios y sistemas clínicos de soporte para la toma de decisiones, brindando información clínica importante y pertinente para el cuidado de los pacientes. Su objetivo es proporcionar información relevante para la atención de las personas en el momento que sea necesaria. (p.1)

La Red Latinoamérica para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información en Salud (RELACSYS) define la historia clínica electrónica como el registro en formato digital de los datos de salud propios de un sujeto humano, que incluye el estado de la salud en distintos momentos de la vida del individuo y las acciones que se desarrollaron para determinarlo y/o modificarlo, “porque el derecho a la salud empieza con el derecho a una información de calidad”. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) identifica la historia clínica electrónica como un componente fundamental de la estrategia de salud en las Américas.

Para los sistemas de información en salud, la importancia de la historia clínica electrónica radica en los siguientes aspectos: centrada en el paciente para la interrelación con los sistemas de gestión clínico-administrativa, la farmacoterapia, la imagen médica

digital, los sistemas de información departamentales, los servicios de telemedicina, los sistemas de vigilancia de salud pública o laboral, los programas de educación a distancia, las medidas de seguridad y protección y el intercambio de datos entre los sistemas. (Donato & Prince, 2013)

No podemos negar que la implementación de la historia clínica electrónica en la actividad asistencial ha sido un cambio del paradigma de la recopilación de la información sanitaria (Expósito-Tirado et al., 2014). Los registros de salud electrónicos (RSE) son un mecanismo importante en el camino para disminuir costos, ayudar en la toma de decisiones clínicas y disminuir los plazos de investigación de ensayos clínicos y avanzar en la atención de la salud. Sin embargo, estos pueden conllevar también nuevas amenazas, no solo en la recopilación de información errónea o poco adecuada, sino también en la seguridad de los pacientes y la información.

Durante los últimos diez años, las historias clínicas electrónicas han ofrecido cada vez más condiciones para acelerar, racionalizar y mejorar la investigación clínica. Para afianzar estas ventajas, es fundamental que las partes interesadas puedan unirse, encarar los desafíos críticos y lograr aprovechar los datos de los registros de salud electrónicos. Para ello se debe partir del fortalecimiento de la calidad e integridad de dichos datos, lo que se traduce en seguridad para la atención del paciente y en la disponibilidad de información de buena calidad para la toma de decisiones (Raman et al., 2018).

El uso de las TIC ha proporcionado un soporte para la toma de decisiones y se ha demostrado que redundan en beneficio de la seguridad del paciente, atenuando la tasa de errores de prescripción y documentación y sus consecuencias adversas (Baumann et al., 2018). Una revisión sistemática de 8.153 publicaciones en inglés y alemán realizadas entre los años 2005 y 2015, bajo las premisas de tiempo en documentación gastado, concepto de

calidad y eficiencia con respecto al personal médico, nos permite observar el aporte de la implementación de la historia clínica electrónica (HCE) comparada entre el antes y después de ella.

De acuerdo con este metanálisis, cuando se da una implementación completa de la HCE se logra una disminución de la carga laboral del personal médico en la documentación de esta y una mejor reasignación de tareas de documentación por medio de personal no médico, lo que contribuye a una mayor disponibilidad del tiempo del médico para la atención al paciente, impactando en la calidad de la atención médica y el registro clínico como tal, además de atenuar las multitareas o interrupciones en el personal médico contribuyendo de esta forma a un mejor flujo del trabajo clínico, fortaleciendo la seguridad, calidad en el establecimiento de los diagnósticos con claridad y especificidad, además de la exactitud de las prescripciones médicas, disminuyendo así las posibilidades de cometer errores (Baumann et al., 2018).

De otro lado, se ha progresado en la implementación de electrónica de la historia clínica,

[...] con el fin de que pueda ser adaptada a nuevos software de interoperabilidad semántica capaces de exportar información valiosa para obtener bases de datos estructuradas que puedan ser usadas como insumos de minería de datos, sistemas inteligentes administradores de información y codificadores automáticos, entre otros. (Sánchez y Toledo, 2015)

Sin embargo, para adaptar estas tecnologías se requiere disponer de información de calidad en la anamnesis de las historias clínicas y de exactitud (especificidad) de la descripción de todos los diagnósticos clínicos y procedimientos establecidos a los

pacientes, con el fin de garantizar la interpretación efectiva de la información comunicada a las nuevas tecnologías de información y comunicación.

6.3 El Concepto Calidad

Una revisión histórica sobre la primacía del asunto de la calidad en las sociedades contemporáneas nos remite a los Estados Unidos a finales del siglo XIX, cuando se dio inicio a un proceso de estandarización, división de los métodos y las condiciones de trabajo. Allí se empieza adoptar el pensamiento de Frederick Winslow Taylor, originando la separación entre la planificación y la ejecución del trabajo con el objetivo de aumentar la productividad, cambio que se dio en detrimento de la calidad del producto.

Asimismo, con la producción en serie y los principios clásicos de organización científica propuestos por Taylor, eran comunes los errores humanos, como olvidar colocar una pieza o entregar un producto defectuoso. De esta forma, se identificaron los primeros problemas asociados con la calidad y, para encontrar una solución, se adoptó la creación de la función de inspección, encargando está a una persona responsable de determinar qué productos eran buenos y cuáles no, eliminando paulatinamente a medida que este periodo iba avanzando, la preocupación o sentido de responsabilidad en la calidad de la fuente o persona que lo generaba y de esta forma se trasladaba la responsabilidad o preocupación al inspector.

La calidad en el ámbito de la empresa sólo comienza a estudiarse a principios del siglo XX, relacionándolo con el término de inspección (Tarí Guilló, 2000). Fue Japón quien comenzó una batalla particular por la calidad con un enfoque diferente de no producir productos defectuosos y evitar reprocesos y personal adicional para las inspecciones de los productos. Se pasó entonces a la prevención como forma de controlar los factores del proceso que ocasionaban productos defectuosos, todo desde la fuente misma donde se

inicia la creación del producto. De esta forma, se abrieron las puertas para el establecimiento del control total de calidad tal como lo conocemos hoy en occidente, ampliando así la visión de la calidad, centrada hasta ese momento en el producto (Tarí Guilló, 2000).

Así pues, la calidad como sinónimo de inspección en el ámbito de la producción manufacturera se puede transpolar al estado actual de lo que representa la calidad en las historias clínicas, donde aún se prioriza la inspección sobre el registro clínico, que es el producto final del acto médico, disminuyendo la atención sobre el personal médico, la fuente misma de generación de la historia clínica, y trasladando la responsabilidad de la calidad al personal dedicado a inspeccionar las historias clínicas.

Si cambiásemos el enfoque tradicional de calidad como sinónimo de inspección directa sobre el producto final -que para nuestro caso es la historia clínica- por el de ir directamente hacia la fuente misma de generación del producto -que sería el personal médico- se podría abordar la calidad de la historia clínica desde el significado que tiene para el médico el asunto de la calidad en la historia clínica y entender mejor cómo repercute este concepto sobre el registro clínico como producto final.

6.4 Calidad de los Datos

El conocimiento es el activo más valioso de las empresas; como bien intangible, no se desgasta por el uso, y la información, componente del conocimiento, no es un simple recurso para la dirección y el control gerencial, sino que es parte integral de la organización y debe ser tratada desde todos los niveles. (Basurto Amparano, 2005) La efectividad de los administradores de la salud depende básicamente de la calidad de los datos y la oportunidad de la información que disponen sobre lo relevante, en tiempo real, de todo lo que está

ocurriendo dentro de la organización y el entorno; el destino final del dato es la información que trasciende al conocimiento, es el elemento sobre el cual gravita el éxito en la dirección de las organizaciones de nuestro tiempo.

La Organización Mundial de la Salud tiene por objetivo lograr un compromiso mundial para mejorar los datos sanitarios. El doctor Ties Boerma, (2018) director del Departamento de Estadísticas Sanitarias y Sistemas de la Información de las Naciones Unidas, afirmó que,

Desde hace ya algunos años, dirigentes de organismos de las Naciones Unidas y alianzas sanitarias mundiales han estado formulando llamamientos cada vez más enérgicos pidiendo más y mejores datos sanitarios. Los datos exactos y completos son esenciales para adoptar buenas decisiones en lo que respecta a gastos sanitarios, responder a necesidades sanitarias específicas de los países, y medir los progresos y las repercusiones de los programas de salud.

Cada país debe contar con sistemas de información sanitaria sólidos y fiables. Deben poder generar sus propios datos para hacer el seguimiento de los programas de salud e informar sobre los progresos. Ahora mismo, el mundo no está en condiciones de hacerlo: prácticamente la totalidad de los 80 países de ingresos bajos y medianos bajos tienen importantes deficiencias en materia de capacidades, instrumentos y recursos para desarrollar sistemas de información sanitaria de calidad.

Más de las dos terceras partes de la población mundial vive en países que no elaboran estadísticas fiables sobre mortalidad desglosadas por edad, sexo y causa de defunción, uno de los indicadores de salud más importantes para conocer las prioridades sanitarias de un país. Además, se están utilizando datos de baja calidad para orientar

decisiones relativas a la asignación de los limitados recursos disponibles para el área de salud, lo que menoscaba la calidad de esas decisiones. (p.1)

Las instituciones de salud invierten en infraestructuras tecnológicas y sistemas de información modernos, sin embargo, los datos que ingresan al sistema, y que constituyen la materia prima de los sistemas de información en salud, pueden ser insuficientes e inconsistentes. Tal es el caso de los diagnósticos establecidos a los pacientes, que cuando se clasifican y codifican inadecuadamente se convierte en información superflua que representa un peligro para los mismos pacientes y para el sistema de información, pues los planes, políticas y estrategias establecidas sobre ellos pueden fallar y generar sobrecostos hospitalarios. Así mismo, con los avances de las tecnologías de información y comunicación, se habla de explotación de datos a gran escala para aprovechar la información clínica al servicio de la ciencia y la investigación, dado que los diagnósticos médicos son el principal insumo para las TIC en la salud.

De acuerdo con el estudio realizado por docentes de la Pontificia Universidad Javeriana (2015), las principales barreras percibidas para implementar la herramienta de información de mayor uso en países desarrollados Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) están relacionadas con la mala codificación diagnóstica, que puede ser resultado de una alta rotación de los médicos residentes o del desconocimiento de estrategias para codificar. En consecuencia, las causas que llevan a que no se disponga de información clínica suficiente, específica, veraz y exacta, especialmente en la codificación diagnóstica de morbimortalidad, no facilita la incorporación de nuevas herramientas y tecnologías que den cuenta del verdadero estado de salud de los pacientes y con las que se pueda aprovechar la mayor y mejor información posible para la búsqueda de solución de problemas y la promoción de la salud, en el campo de la investigación y la docencia, en la

formulación de planes y políticas del sector y en una mejor gestión de los recursos económicos.

7. Marco Referencial

7.1 El Interaccionismo Simbólico

El interaccionismo simbólico es una metodología para el estudio de la vida de los grupos y del comportamiento de los seres humanos. Este se basa principalmente en tres premisas: (Blumer, 1982)

1) “El ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que estas significan”. Aunque esta afirmación la pueden ratificar muchos especialistas, no se ve reflejada en sus investigaciones. Los investigadores basan sus explicaciones en los factores que justifican su actuar, sin prestar atención a los significados de las cosas, o se considera a dicho significado como mero vínculo neutral entre los actores responsables del comportamiento y los factores que los motivan. No hay intención de buscar el significado de las cosas hacia las que se encamina la acción humana. El interaccionismo postula lo contrario y plantea que el significado que las cosas encierran para el ser humano son un elemento central.

2) “El significado de las cosas se deriva de, o surge como consecuencia de la interacción social que cada uno mantiene con el prójimo”. El significado es fruto de la interacción entre individuos. El significado que una cosa encierra para un sujeto es el resultado de las distintas formas en que otras personas actúan hacia ese sujeto en relación con esa cosa. Es por eso que el significado es un producto social. (Blumer)

3) “Los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso”. La utilización del significado se produce a través de un procedimiento de interpretación. Este proceso posee dos etapas:

a) El actor se indica a sí mismo cuáles son las cosas hacia las que se encaminan sus actos (es decir, señalarse a sí mismo las cosas que poseen significado). Es una instancia de la persona enfrascada en un proceso de comunicación consigo misma.

b) Como resultado de este proceso, la interpretación se convierte en una manipulación de significados a tenor de la situación en que se halla inmersa la persona y de la dirección de su acto. Así, la interpretación no es una mera explicación automática de significados establecidos, sino que debe entenderse como un proceso formativo en el que los significados son utilizados y revisados como instrumentos para la orientación y formación del acto. Es decir, los significados desempeñan su papel en el acto a través de un proceso de autointeracción. (Blumer)

7.2 La Teoría Fundamentada

La Teoría Fundamentada es una teoría derivada de la recopilación de datos de forma sistemática, analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación.

Un proyecto de investigación no inicia con una teoría preconcebida (a menos que su propósito sea elaborar y ampliar una teoría existente). Más bien, comienza con un área de estudio y permite que la teoría emerja a partir de los datos. Lo más probable es que la teoría derivada de los datos se parezca más a la “realidad” que la teoría derivada de unir una serie de conceptos basados en experiencias o sólo especulando (como piensa uno que las cosas debieran funcionar). Aunque la característica primordial de este método es la fundamentación de conceptos en los datos, la creatividad de las investigaciones también es un ingrediente esencial. (Corbin).

8. Metodología

El presente estudio acerca del significado de la calidad en la información de la historia clínica, según médicos internistas del Hospital Pablo Tobón Uribe, es de tipo cualitativo y basado en la metodología de la teoría fundamentada, bajo el pensamiento sociológico del interaccionismo simbólico que busca comprender cómo los individuos, partiendo de su interacción y experiencia social, definen un fenómeno. Se utilizó la técnica de entrevistas semiestructuradas, alternando preguntas estructuradas con preguntas espontáneas, como técnica de recolección de la información. (Páramo, 2015)

La investigación cualitativa se orienta a la indagación de las condiciones sociales y humanas mediante el uso de instrumentos, procedimientos y metodologías para recabar información a la que no es posible llegar por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación.

En la investigación cualitativa, orientada por la teoría fundamentada, se reconoce que, primero, están los datos, que pueden provenir de fuentes como: entrevistas, observaciones, documentos, registros y películas; luego, están los procedimientos que los investigadores pueden usar para interpretar y organizar los datos, entre estos: conceptualizar y reducir los datos, elaborar categorías en términos de sus propiedades y dimensiones y relacionarlas por medio de una serie de oraciones proposicionales. A este hecho de conceptuar, reducir, elaborar y relacionar los datos se le denomina codificación. Otros procedimientos implicados en el proceso analítico incluyen el muestreo no estadístico, como escribir memorandos y diagramar. Los informes escritos y verbales conforman el tercer componente de esta metodología de investigación, y pueden presentarse en artículos para revistas científicas, en libros o en congresos, por ejemplo.

La teoría fundamentada se vale del muestreo teórico y de la codificación teórica como proceso de análisis de los datos en los que se sustenta. La información obtenida en las entrevistas se somete al análisis y se va codificando para obtener categorías que agrupan los datos y permiten la conceptualización, categorías que a su vez se confrontan para establecer un esquema que las relaciona en una teoría que, en el presente estudio, ha develado el significado que para médicos internistas del Hospital Pablo Tobón Uribe tiene la calidad de la información en las historias clínicas.

La explicación de la participación en este estudio de médicos internistas tiene que ver con que la especialidad de la medicina interna es una de las que más pacientes trata y por lo tanto más datos e información registran en las respectivas historias clínicas, pues aporta el 26% de los egresos hospitalarios sobre 66 especialidades, entre médicas y quirúrgicas, y cada uno de sus pacientes tiene un promedio de cinco diagnósticos (siendo muy homogéneo), la mayoría de ellos correspondientes a enfermedades crónicas.

Los participantes en la investigación se seleccionaron mediante muestreo selectivo o por recomendación y de acuerdo con las expectativas que se generaban en aportación de nuevas ideas en relación con el asunto del significado de la calidad de la información de la historia clínica y de las comparaciones que emergieron en dicho significado y en el muestreo teórico que facilitara oportunidades en la exploración de nuevas ideas y perspectivas de los médicos. (Hernández Carrera, 2014)

El criterio de inclusión para este estudio consistió en que los participantes estuvieran en ejercicio de su profesión, en jefaturas o coordinaciones, y vinculados laboral y académicamente en el semestre II de 2018 y en el semestre I de 2019 al Hospital Pablo Tobón Uribe. Así pues, la muestra quedó conformada por 15 médicos internistas. (Anexo 1)

Una vez aceptaron su participación, se les solicitó la firma del consentimiento informado, previamente aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Pablo Tobón Uribe (Anexo 2) y el Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (Anexo 3), cumpliendo así los requisitos exigidos por el Hospital Pablo Tobón Uribe para la realización del estudio. El presente trabajo de investigación se basó en la Declaración de WMA Helsinki 2016 Principios Éticos para la Investigación Médica que Involucra a Sujetos Humanos y en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio Nacional de Salud, Normas Éticas Internacionales para la Investigación en Humanos. Decreto 2378 de 2008.

La investigación propuesta tenía un nivel de clasificación de riesgo mínimo, pues no implicaba intervenciones de variables biológicas, fisiopatológicas, sociológicas o sociales o que tuvieran que ver con aspectos sensitivos de la conducta. No participaron grupos vulnerables.

Se concertó con los participantes el tiempo y lugar pertinente para la entrevista, de tal manera que fuera cómodo y agradable para todos y se pudieran evitar distractores propios de las labores diarias, propiciando así tranquilidad para la obtención de la mayor información posible. Se respetó la opinión y decisión de los entrevistados; así mismo, se protegió el anonimato de los participantes y sus datos personales.

8.1 Recolección de Información

Se aplicó entrevista semiestructurada (Anexos 4 y 5). Una vez iniciada cada entrevista, se introdujeron algunas variaciones o modificaciones a las preguntas de tal manera que permitieran ahondar en los conceptos y reflexiones de los entrevistados, con el fin de no perder aspectos esenciales en la construcción de la teoría fundamentada.

Se hicieron entrevistas hasta formar las categorías saturadas, analizadas rigurosamente; es decir, cuando se observó que no se obtenía información diferente o relevante a la ya recogida, de acuerdo con Hernández (2014).

8.2 Análisis de los Datos

El análisis de las entrevistas se realizó mediante el proceso de codificación teórica con el procedimiento de interpretación de datos, en tres procesos: *codificación abierta*, *codificación axial* y *codificación selectiva*.

El acercamiento a la interpretación de las entrevistas con los médicos internistas –que fueron grabadas y posteriormente transcritas- permitió, producto del microanálisis, la obtención de 1.635 códigos, distribuidos en 37 categorías descriptivas, y 76 propiedades o atributos que describen los diálogos realizados a profundidad. El microanálisis, conocido también como análisis lineal (codificación abierta), exige examinar e interpretar datos (entrevistas) de manera cuidadosa y minuciosa. Separamos los datos y trabajamos con los cuadros, palabras, frases, líneas, oraciones, párrafos y otros segmentos del material.

Por medio del escrutinio cuidadoso de los datos, línea por línea, los investigadores descubren conceptos y relaciones y construyen de manera sistemática las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones. El proceso de microanálisis significa abrir el texto y descubrir sus significados y variaciones.

Seguidamente se realizó la codificación axial, consistente en filtrar las categorías emergentes, seleccionando las más relevantes para la pregunta de investigación con base en los códigos que están relacionadas entre sí, para ahondar en su explicación, enriqueciéndolas con más citas y pasajes del texto. (Anexo 6) Este procedimiento se llevó a cabo usando el método de comparación constante hasta lograr la saturación teórica y la

identificación de la categoría central; además se recurrió al procedimiento de la triangulación como insumo para la validez y la explicación con sentido general acerca de lo que ocurre de manera concreta y profunda. Se reorganizó la información creando nuevas relaciones entre los conceptos. Las categorías y subcategorías emergentes se organizaron, cumpliendo con ello la codificación selectiva.

9. Resultados

En este estudio cualitativo sobre el significado de la calidad de la información en el diligenciamiento de la historia clínica, con la participación de médicos internistas y basado en la metodología de la teoría fundamentada, los entrevistados relacionaron el concepto de calidad con factores como: la formación universitaria en pregrado y posgrado; la experiencia producto del ejercicio de su profesión; el conocimiento de las historias clínicas que muchos de sus pacientes traen de otras instituciones de salud; su participación en telemedicina, y desde el fundamento de sus motivaciones y su propia autocrítica.

La presentación de los hallazgos se hizo a partir de cinco elementos claves de la teoría fundamentada: el fenómeno, el contexto, causas que originan el fenómeno, relación de acción e interacción y consecuencias. De lo anterior da cuenta la siguiente matriz paradigmática:

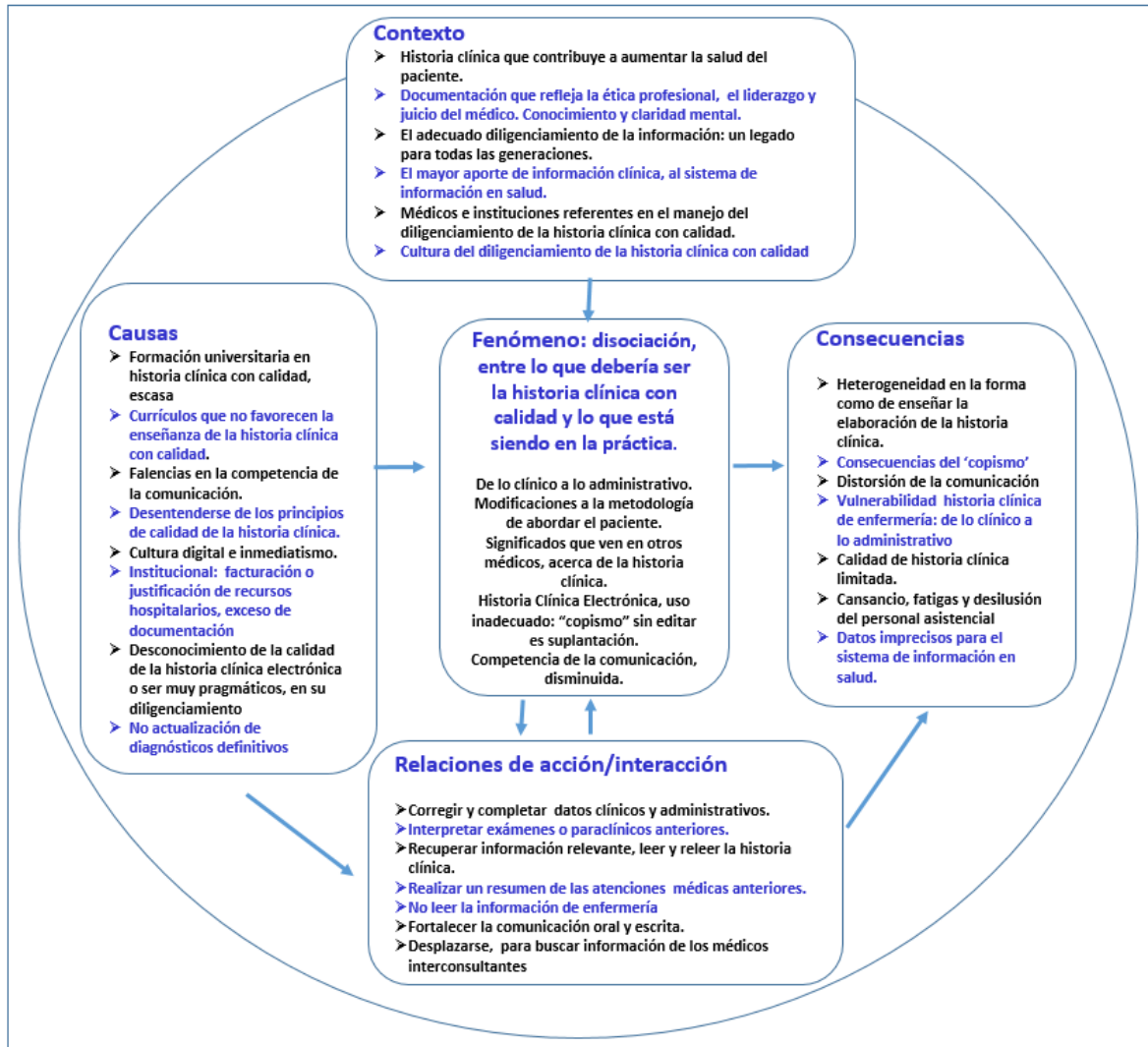


Figura 1: Matriz paradigmática: disociación entre el deber ser y el ser del diligenciamiento con calidad de la información en la historia clínica, en los médicos internistas

9.1 Fenómeno: Disociación entre el deber ser y el ser del diligenciamiento con calidad de la información en la historia clínica en los médicos internistas

La categoría central de este estudio da cuenta de la disociación que los participantes perciben entre lo que debería ser diligenciar una historia clínica con criterios de calidad y en lo que este recurso se ha convertido en la práctica. Para ellos, la intencionalidad original de este documento, ser una herramienta al servicio de la clínica, está siendo desvirtuada, pasando a convertirse en una herramienta al servicio de la administración con fines de

responder a los diferentes requerimientos administrativos del sistema de salud.

Adicionalmente, los participantes resaltan que la comunicación entre el personal asistencial está mediada desde la forma como se diligencia la historia clínica hasta cómo se captura el mensaje allí contenido.

[...] pasamos más parte de la atención elaborando la historia clínica en el sistema que con el paciente, y entonces ¡eso no está bien!, pero finalmente es tan importante la atención que, mira, vuelvo y reitero, que cuando uno evalúa el tiempo que dedica la atención con el paciente y la historia clínica y la administración, pues, de los sistemas, pasa más tiempo en eso. (E8, p6)

9.1.1 Fundamentos de la historia clínica

Los médicos internistas entrevistados consideran que debe preservarse el fundamento de la historia clínica como herramienta de información y comunicación en el acto médico, que aporta claridad y orienta la atención con calidad a la salud de los individuos. En sus testimonios, ellos señalan cómo desde el primer contacto con el paciente se debe tener una metodología clara de atención y documentación, lo que solo se consigue elaborando una historia clínica que consigne claramente cómo fue el interrogatorio al paciente, el chequeo médico y la revisión por sistemas, entre otros. Para ellos, un diligenciamiento adecuado debe contener de manera clara, concreta y colaborativa toda la información obtenida producto de la valoración holística del paciente, precisando los diagnósticos, el plan del tratamiento a seguir y facilitando el conocimiento oportuno de la evolución del paciente. Así pues, la historia clínica resguarda información fundamental e inestimable que contribuye al mejoramiento de la salud de los pacientes.

[...] la historia clínica tradicional, vuelvo a repetirlo, el motivo de consulta, la enfermedad actual, la revisión por sistemas, el examen físico, ese es otro aspecto que sigue... sigue muy vigente [...] el examen físico genera confianza [...] (E11, p3)

Los entrevistados expresaron preocupación y decepción frente a que la metodología de elaboración y el rol que ha cumplido la historia clínica en la atención de la salud están siendo modificados negativamente, pasando a cumplir una función de adecuarse a los requerimientos administrativos y financieros avalados por crecientes demandas y la presión de justificar los recursos por los aseguradores de los egresos, traducidas en normativas y regulaciones que las salvaguardan, ocasionando que los profesionales asistenciales deban dedicarle demasiado tiempo a la documentación para justificar los recursos empleados en la atención. Ello con la consecuente generación de desconfianza, fatiga laboral, enfermedades, e incluso la desilusión de su profesión, pues señalan que estudiaron para atender y tratar a los pacientes y no para ser notarios del uso de los recursos hospitalarios.

[...] es un pensamiento personal que he conversado con varias personas; creo que menos de la mitad de la historia clínica en estos momentos es clínica; legalmente es historia administrativa y eso es lo que están evaluando como calidad y en esa maraña de cosas administrativas se pierde lo clínico. (E1, p5)

Los participantes son enfáticos en manifestar cómo se está viendo afectada y vulnerada la esencia de la historia clínica, considerada como la principal herramienta del trabajo asistencial, instrumentalizándose en aras de los requerimientos administrativos y financieros.

9.1.2 Competencias de la comunicación

Los entrevistados señalaron algunas de las condiciones para que una historia clínica esté elaborada con criterios de calidad. Entre ellas, consideran que este registro debe ser claro,

comprensible y, aunque haya sido escrito por diferentes profesionales, ha de conservar un hilo conductor que precise la información y descubra integralmente para el equipo de salud quién es el paciente, cuál su estado de salud, cuál su mejor pronóstico y las opciones terapéuticas que se hubieran descartado o mantenido como mejor alternativa para el paciente, de tal manera que no se generen barreras comunicativas, sino todo lo contrario, una historia con riqueza descriptiva y documental, pero puntual.

[...] entonces, leer una historia clínica refleja a cabalidad lo que había significado el ejercicio del abordaje del paciente; siempre con una forma, un método, un orden, donde quedaba reflejada claramente la condición del paciente, la impresión diagnóstica y el plan a seguir con ese paciente. (E4, p3)

Los médicos entrevistados reclaman el fortalecer las competencias del ser y del hacer, especialmente en la dimensión de la comunicación, asunto no lo suficientemente tenido en cuenta por algunos profesionales asistenciales pues el inmediatez y el escenario tecnológico bajo el cual se prestan los servicios de salud apuntan a que el sistema de salud y las instituciones no solo se están valiendo del diseño y uso de la historia clínica electrónica para responder a asuntos normativos y económicos sino también cómo los profesionales la utilizan, ya que algunas de sus notas evidencian el asunto del ‘copismo’.

Para los participantes, esta situación del ‘copismo’ refleja profesionales que no le dan valor ni a la metodología que fundamenta la atención al paciente ni a la documentación, pues omiten pasos importantes de la atención y utilizan la historia clínica electrónica como un trampolín al facilismo del diligenciamiento de datos que los llevan a incurrir y desatender “sesgos cognitivos”. Un ejemplo claro y serio de ello es la omisión, en ocasiones, de una completa y adecuada valoración por parte del profesional, que incluya la revisión de los órganos y sistemas.

Otro aspecto del ‘copismo’, emergente en las entrevistas, tiene que ver con el de los textos predefinidos, insertados y luego copiados múltiples veces, recurso que se está generalizando entre los profesionales de la salud. Puede decirse también que el ‘copismo’ es la suplantación de párrafos elaborados por un profesional y luego copiados y firmados por otros médicos, que en su afán no editan, dejando así falencias en la información del paciente, su evolución y respuesta a los tratamientos, con consecuencias impredecibles para la salud del paciente.

Temas como el copiar y pegar, ¡me parece eso un problema muy serio! El llenar la historia de información repetida, producto de copiar y pegar; uno ya ve unas notas que yo ya sé que le hicieron la tomografía ¡pero todos los días lo mismo! Entonces, uno hay veces brega a buscar simplemente el plan, que son tres renglones; muchas veces es importante en ese día, ¡no quiere decir que la otra información no!, o sea, por llenar unos requisitos entre legales, administrativos, pienso que se está haciendo una información muy redundante y muchas veces inútil, que lo único que hace a veces es hacer perder tiempo a los clínicos y tener menos contactos con los enfermos. (E11, H, p3)

Al insertar textos predeterminados, que son copiados y pegadas múltiples veces, en lugar de editarlos, los médicos pasan de largo sin indicar la verdadera evolución del paciente, estilo para realizar las historias clínicas que repercute en la calidad de la información. De esta manera se desencadenan otros acontecimientos como la no resolución oportuna de las patologías, la prolongación de las estancias hospitalarias y los sobrecostos en la atención. Por tanto, es transcendental comprender que la historia clínica es un medio fundamental de comunicación del equipo de salud, en el que se espera conocer la evolución del paciente, por lo que es necesario diligenciarla de tal manera que sirva como mediación entre médicos colegas e interconsultantes. Por su experiencia profesional, los participantes en este estudio

reconocen que diligenciar las historias clínicas procurando la calidad de la información los provee de elementos para prestar una mejor atención y cuidados al paciente.

[...] yo creo que repercute positivamente, porque a veces yo mismo necesito ir sobre la historia clínica, para recordar cosas, para buscar cosas, y las encuentro. Y entonces me permite ya ir caminando en lo que yo quiero hacer, o sea, registrar la historia clínica es muy bueno; le dejo el mensaje al otro, y para mí es un sistema también de consulta y retroalimentación. Entonces, yo a la historia clínica y el registro le veo mucho valor.

(E3, p14)

9.2 Contexto

Los médicos internistas entrevistados definen el asunto de la calidad de la información en la historia clínica como la coherencia entre los hallazgos en las condiciones de salud del paciente y lo descrito en ella, lo que se puede vislumbrar cuando el equipo de salud utiliza dicha información como ruta a seguir, asegurando la continuidad del tratamiento.

9.2.1 Cultura del diligenciamiento de la historia clínica con calidad

Las historias clínicas elaboradas con calidad evidencian una adecuada cultura del diligenciamiento de la información de la institución prestadora de servicios de salud y reflejan un acto médico que promueve el respeto por el paciente, la humanización del servicio, la complejidad en el sentido de lo que significó establecer el o los diagnósticos y tratamientos pertinentes, la interdisciplinariedad humana y científica y las decisiones compartidas no solo entre el equipo de salud sino también entre el paciente y su familia.

Un registro clínico con calidad es expresión de que el paciente fue realmente el centro de la atención y la razón de ser institucional, y que la comunicación giró en torno a él, permanentemente y en todas las vías, lo cual se materializa en la escucha atenta, no solo al paciente sino a su familia y a todo el equipo de salud, especialmente la información

brindada por el personal de enfermería, quienes tienen el mejor contexto de lo que le sucede al paciente. Durante las entrevistas, los médicos destacaron la gran labor de enfermería y además el enfoque sistémico que tienen de todo lo que acontece al paciente, en su condición de cuidadoras.

[...] enfermería es absolutamente trascendental en el cuidado de los pacientes, y sus registros también deben reflejar eso [...] por desgracia, los textos predefinidos a veces hacen que ese registro en la historia clínica sea repetitivo, un poquito impersonal; parece que fuera igual al de ayer, el de anterior y el de hace cuatro días y el del día cinco. (E4, M, p16)

Una historia clínica con las condiciones de calidad señaladas revela unas pautas de atención donde se previnieron o minimizaron todos los riesgos que podía tener el paciente, brindándole seguridad asistencial, humanización del servicio y ética médica. Por consiguiente, evidencia que el médico generó confianza para el paciente, sus cuidadores y el equipo de salud, lo cual le da prestigio, no solo a él, sino también a los profesionales que escribieron en la historia clínica adecuadamente, siendo así referentes para otros profesionales, y que permean la institución de salud a la que se pertenece. Calidad de la historia clínica es arte y estética cuando la información que allí se describe estima cómo fue abordado el paciente desde su ingreso hasta el alta y el seguimiento posterior.

[...] yo suelo decirles que la historia clínica es a los médicos lo que el libro al escritor, y que con frecuencia podemos identificar el autor de un libro o de un manuscrito por aquello que está contenido. Por fortuna, y por desgracia, ese manuscrito puede quedar bien o mal, y entonces uno termina por reconocer una buena historia clínica por el autor. Uno dice, ‘con seguridad esta historia clínica la hizo tal...’ (E4, p3)

9.2.2 El adecuado diligenciamiento de la información: un legado para todas las generaciones

Cuando en la historia clínica se encuentra información relevante y concreta sobre datos demográficos, hábitos o estilos de vida, antecedentes médicos y la sintomatología que presenta el paciente, ello conduce a mejores análisis clínicos que permiten precisar el diagnóstico y tener claridad sobre la conducta médica a seguir. Esta enseñanza parte desde la universidad, propiamente en la materia de semiología, bajo la influencia de algunos profesores que insisten en la formación del diligenciamiento de la historia clínica con calidad. Es así como debería continuar la transmisión del conocimiento como un legado trasmisible entre las generaciones y cultivando en los educandos los principios deontológicos que deben conservar la información en la historia clínica.

9.2.3 Documentación que refleja el liderazgo y juicio del médico

Las historias clínicas elaboradas con calidad son las que reflejan el juicio del acto médico, esto es, lo que pensó el médico, los diagnósticos que se descartaron o confirmaron; así mismo, los objetivos que se propuso y los cuidados médicos que brindó a su paciente en pro de la recuperación de la salud. Por esto la responsabilidad en el diligenciamiento de la historia clínica debe realizarse con pulcritud y reflejar en ella el liderazgo del médico, que al escribir adecuadamente promueve buenas prácticas que motivan a quien la lee a la mejora continua de la información allí consignada.

[...] hacerla de una manera que quede clara, concisa, que le sirva al paciente como documento para aportar en otros sitios que tenga que consultar, pero que también me sirva a mí para dejar cosas claras y que en el seguimiento haya un hilo conductor, que cuando vuelva el paciente, y al revisar la historia clínica -porque uno no se acuerda de todos los pacientes- yo con solo darle una mirada a la historia clínica ya puedo

empalmar con esta nueva atención de una manera muy fluida. Entonces, por eso es muy importante la historia clínica. (E5, H, p9)

[...] sentir motivación; es tener deseos de implementar otros aspectos de otras historias clínicas o de la forma como la llevan otros colegas. (E5, H, p11)

9.2.4 El mayor aporte de la información clínica al sistema de información en salud

Para los sistemas de información institucionales y gubernamentales, la historia clínica provee datos valiosos que se convierten en materia prima fundamental para establecer planes, políticas y acciones de prevención y promoción de la salud, como es el caso de los diagnósticos médicos, que al ser relacionados con los datos demográficos dan a conocer la situación de salud, la severidad de la morbilidad y la complejidad de los recursos hospitalarios requeridos para la atención de los pacientes tratados. Asimismo, mediante las tecnologías de la información se capturan los datos de las historias clínicas y se llevan a los conjuntos de datos para procesarse y saber cuáles fueron las patologías registradas de los pacientes y al mismo tiempo dar cuenta de cómo fue el manejo de las estancias y los costos hospitalarios, entre otros usos de la información sanitaria de interés para el sistema de información en salud. Por esto es insustituible y primordial que los médicos consignen los diagnósticos definitivos por los cuales están tratando a los pacientes, clasificando el diagnóstico principal y los secundarios en los campos indicados en la historia clínica y sobre este tema haya una realimentación permanente entre el equipo de salud y los directivos médicos.

[...] básicamente, que uno se queja todo el día que en Colombia no hay estadísticas, que en Colombia no conocemos la casuística de nosotros, cualquier cosa; y finalmente es que usted tampoco contribuye, ¿cierto?, como otros dolores abdominales de diagnóstico o... y ya la disnea tiene un nombre; pero, ¿sabe una cosa?, yo creo que eso también hace

parte de múltiples cosas que nosotros tenemos que hacer; ‘es que usted tiene no sé cuántos pacientes para pasarle ronda’, una enfermera diciéndole que uno está maluco, es difícil. Es como lo menos importante de todo lo que hay que hacer, siendo muy importante, uno desestima eso, ¿por qué?, porque uno dice de las tareas que uno tiene en el día es importante desde el punto de vista de registros, estadísticas, todo eso, pero de cara al paciente, pa’ uno, eso es lo importante. (E10, H, p11)

Una historia clínica elaborada con criterios de calidad se convierte en eje integrador de la información que puede permitir trazar no solo la ruta a seguir del tratamiento requerido para los pacientes, sino el impacto en la comunidad de las políticas sanitarias gubernamentales. La identificación de la complejidad de los pacientes, relacionada con la severidad de la carga de morbilidad asociada a las patologías, principal y secundarias, demanda diferentes intervenciones médicas y la disponibilidad de diferentes recursos para su atención, que la facilita la calidad de la información estadística en salud.

9.2.5 Historia clínica que refleja ética profesional

La historia clínica devela la ética profesional, relacionada con el trato del médico al paciente y cómo dio cuenta de ello al consignarlo responsablemente en la historia clínica.

Yo creo que es un acto de compromiso con el paciente, es un acto de responsabilidad ética, pienso yo. No hay nada más triste que ver pacientes atendidos por muy buenos doctores, colegas de la ciudad que uno sabe que son juiciosos, estudiosos, académicos, pero que cuando llegan con la historia, esa historia clínica no contribuye, no apoya, ¿cierto? Creo que el primer acto es de responsabilidad con el paciente, es la primera motivación, pero la segunda es conmigo misma; es que yo también quiero que cuando alguien lea mi historia diga ‘esta historia clínica tiene que ser de la dra. X’, porque las notas hablan de lo que yo hago y de lo que yo soy. (E4, M, p11)

Independientemente de lo que le haya sucedido durante la prestación del servicio, incluso si se presentaron complicaciones, debe dejarse constancia de ello en la historia clínica, pues en cualquier caso siempre será mejor dar a conocer la verdad. Es un acto de responsabilidad médica la comunicación que se establezca con el paciente, desde la manera de escucharlo hasta la información que se le comunique sobre su enfermedad, pronóstico, tratamiento más conveniente y educación sobre la misma.

9.2.6 Historia clínica que contribuye con la salud del paciente

En cualquiera de los casos anteriores, es menester que dicha información comunicada entre el equipo de salud y el paciente quede evidenciada en la respectiva historia clínica. Mantener una comunicación directa y permanente entre el equipo de salud que interactúa con el paciente, y desde las diferentes áreas, permite tomar acciones rápidas en pro de la salud del paciente y evita que surjan complicaciones, como podría ser la notificación de valores críticos del laboratorio clínico, que deben darse a conocer directa y oportunamente desde el laboratorio a los médicos tratantes, y siempre dejando constancia de ello en la historia clínica.

Se destaca, además, la labor del personal de enfermería desde el trabajo en equipo, las rondas conjuntas, las entregas de turno y el valor trascendental que este realiza frente al cuidado de los pacientes, pues parte del éxito del tratamiento depende de tal personal.

La credibilidad que el paciente, los colegas y en general el equipo de salud tenga sobre un médico depende de varios aspectos, entre ellos cómo haya editado las notas clínicas, pues debe reflejar dinamismo frente a los cambios que haya presentado el paciente, lo cual es valorado como una actitud responsable y honesta.

9.2.7 Médicos e instituciones referentes en el manejo del diligenciamiento de la historia clínica con calidad

Las notas clínicas elaboradas por médicos de las especialidades de infectología y los intensivistas se distinguen entre otros profesionales porque generan credibilidad y confianza por la forma como las diligencian y son las favoritas de los médicos entrevistados, por su información concreta y relevante de aspectos demográficos, epidemiológicos, culturales y clínicos, y siempre dejan un resumen ordenado y claro sobre las condiciones del paciente. Cuando hay credibilidad en un médico, se genera confianza y prestigio en la especialidad que atiende y en la institución a la que pertenece, fidelizando a los usuarios, lo cual puede trascender sobre otras instituciones y lugares. El prestigio de un médico está dado por su parte humana: saber escuchar, orientar y acompañar en el proceso de la recuperación de la salud.

Yo siempre les digo ‘mire, el fenómeno de la globalización, de la internacionalización, hace que hoy un paciente que vino a consulta mañana esté de viaje, por negocios, por vacaciones, porque se cambió de residencia en cualquier lugar del mundo’, que en ese otro lugar del mundo diga, ‘¡uff!, ¡qué nota tan buena la de la historia clínica!, no me quedaron dudas de lo que han hecho con este paciente y por qué está hoy así’, y que le permita darle continuidad al cuidado de ese paciente. Yo creo que eso es muy importante. La segunda, porque cada vez es más compleja la atención de los pacientes e intervienen mayor número de profesionales de la salud, pues esta historia clínica que hace unos años parecía muy de tal doctor en el consultorio privado a la que nadie tenía acceso, hoy debe ser un instrumento de comunicación efectiva entre los distintos profesionales. (E4, M, p9)

9.2.8 Historias clínicas que reflejan el conocimiento y claridad de los médicos que la diligencian

La forma como se escribe en la historia clínica refleja la claridad mental y la capacidad del médico que la diligencia, además de la autoría de la especialidad a la que pertenece. Una historia clínica bien elaborada es el sello de calidad de la atención brindada al paciente.

[...] creo que eso es el énfasis más importante, porque la historia clínica debe ser un buen reflejo del ejercicio profesional, de quién ha abordado ese paciente; y muchas veces vemos un ejercicio ordenado, metódico, exhaustivo, riguroso que se ve reflejado en esa nota de la historia clínica, y en otras ocasiones vemos que la nota no dice nada, que está desordenada, que no aporta nada al manejo del paciente, y cuando se va uno detrás del autor de esa nota, uno dice ‘esto se parece a su dueño’, ¿cierto? (E4, M, p9)

9.2.9 Información clínica que revela las conciliaciones de la salud

Las decisiones de salud conciliadas entre el médico y el paciente deben realizarse mediante un proceso de comunicación donde se ha establecido la confianza, ha primado la escucha y se han identificado las preocupaciones y fortalezas del paciente. Esto permite darle al paciente una mejor orientación sobre su estado de salud y ofrecerle las diferentes opciones terapéuticas, que deben estar sustentadas en las mejores evidencias científicas y especialmente en haber distinguido y tenido en cuenta sus condiciones personales, familiares, sociales, culturales y económicas. Por consiguiente, las decisiones compartidas entre el equipo de salud y el paciente podrán tener un impacto positivo en el tratamiento seleccionado; además de que con ello se cumple el principio ético de la autonomía, que el paciente tenga el conocimiento necesario para decidir.

9.3 Las Causas que Originan el Fenómeno de la Disociación

9.3.1 La Universidad como precursora del adecuado diligenciamiento de la historia clínica

La cultura del adecuado diligenciamiento de la historia clínica comienza desde la formación en la universidad y en todos los niveles del pregrado, rotaciones, internados y residencias, cultura que se arraiga desde el momento en que el alumno percibe en la práctica cómo su maestro se responsabiliza de su correcto diligenciamiento y se hace más fuerte cuando en la institución donde labora fomentan esta cultura del diligenciamiento de la información con calidad y de manera estandarizada, pues hay auditorías, realimentación permanente que contribuye a fortalecerla, lo cual va dejando como resultado que el médico, la especialidad y la institución tengan credibilidad y sean ejemplo a seguir.

Para tener calidad en la información contenida en la historia clínica es necesaria la actualización de los currículos desde la universidad, como precursora en la formación de los estudiantes, pues en voces de los entrevistados es notable la falta de metodologías y no se observa un adecuado entrenamiento de los estudiantes en el tema, por tanto "no pueden tener calidad en el diligenciamiento si no se les ha ensañado". Igualmente, se observan discrepancias en la forma como cada especialidad imparte la formación sobre el tema, generando confusión en los alumnos, es lo que se escucha en el currículo oculto y en el cual los respectivos directivos y comités de facultad deben priorizar.

[...] creo que, independientemente de la especialidad, deberíamos de ser así, pero es que eso es una cosa, curricularmente hay un atraso y eso lleva siglo y piquito así, ¡eso es una cosa difícil de cambiar! Internos sufriendo, ¿cierto?, entonces, es un interno que tiene digamos interés por el área clínica, en ortopedia, sufre horrible porque entonces empiezan los ortopedistas, ‘vos, ¿por qué estás poniendo toda esa carreta?, ¡no, ya!, no diga más cuánto y se fue el problema, ¿eh?’, que es muy como de la solución del quirúrgico, ¿cierto? el quirúrgico es al grano. Entonces, eso se ve muy difícil, no debería ser así. (E1, H, p8)

9.3.2 Formación universitaria

Los médicos entrevistados con mayor tiempo de experiencia en la asistencia recuerdan haber recibido con la materia de semiología una formación profunda acerca de cómo interrogar y examinar al paciente y un método apropiado para elaborar la historia clínica; además, recuerdan a profesores que daban muy buen ejemplo de ello, que tenían un enfoque sistémico de cómo abordar el paciente y documentar en la historia la información pertinente. Los profesionales con mediana y baja experiencia manifestaron que desde la formación como médicos generales y como médicos internistas no recibieron una educación directa y permanente acerca del diligenciamiento de la historia clínica con calidad. De otro lado, aunque en la materia de semiología vieron algunos conceptos y abordaron el asunto jurídico, por las implicaciones médico legales, afirman que no tuvieron una educación de manera sostenida y con pensamiento crítico o reflexivo que profundizara el cómo y por qué se debe realizar la historia clínica con criterios de calidad.

La falta de escenarios reales para diligenciar este registro fue muy sentida por los entrevistados, quienes expresaron que esta actividad solo se la hicieron en las rotaciones del V y XI semestre. En la formación de la residencia como médicos internistas sintieron que sus profesores asumían que ya tenían el conocimiento sobre el diligenciamiento de la historia clínica desde el pregrado, donde debieron haber aprendido a hacerlo adecuadamente, por lo que no insistieron en impartir alguna formación al respecto. Sin embargo, sí recuerdan algunos profesores, especialmente de medicina interna, que les dieron muy buen ejemplo, por el empoderamiento y el juicio con el que diligenciaban las historias clínicas con suficiencia, relevancia y pulcritud dándole el respeto que debe reflejar este documento como principal herramienta de trabajo y evidencia del acto médico.

[...] en la universidad, como tal, no hay una materia estructurada, que uno dijera historia clínica: cómo hacer una historia clínica o calidad de la historia clínica, sino que eso lo aprendimos en la semiología. (E2, M, p3)

9.3.3 El asunto del currículo relacionado con la historia clínica

Los médicos internistas entrevistados manifestaron que los respectivos programas académicos de pregrado y posgrado no incluían una asignatura de la historia clínica como tal, o que se dispusiera de una metodología muy estructurada para su enseñanza, o se informara sobre los usos y aplicaciones e importancia de la historia clínica y los impactos en la atención según sea bien o mal diligenciada. No obstante, manifestaron que en las clases de informática médica sí se habla de tipos de historias clínicas electrónicas, pero no se profundiza. Adicionalmente, expresaron que en el currículo oculto se oía decir a algunos profesores que las historias clínicas bien realizadas deben dejarse en manos de los médicos internistas. Observaron, además, que por parte de docentes de algunas especialidades acosaban a los estudiantes para que resumieran al máximo la información allí consignada, lo que indica que no hay uniformidad en la manera como medicina interna y las otras especialidades enseñan a elaborar las historias clínicas. Concluyen que, aunque desde la asignatura de medicina interna se haga un esfuerzo por enseñarles a los estudiantes el correcto diligenciamiento de este instrumento, las otras especialidades médicas no lo hacen, lo cual genera confusión en los alumnos.

En ese currículo oculto, entonces, se encuentran con discursos contradictorios porque en el octavo semestre, digamos, ellos ven entonces medicina interna adulto, pero cuando llegan al noveno ven urgencias quirúrgicas, y la historia clínica de los cirujanos es muy pragmática. De hecho, se pasan de pragmáticos; entonces regañan a los estudiantes cuando empiezan a hacer una historia clínica como la que aprendieron a hacer en

medicina interna; ¡eso les genera una contradicción impresionante! [...] calidad de historia clínica depende incluso de la rama de la medicina en la cual uno la esté haciendo (E1, H, p7)

[...] yo pienso que la historia clínica, independientemente de si es quirúrgico o se es clínico, debería hablar del ser, no de la enfermedad; y eso debería ser calidad de la historia clínica [...] a eso le falta el otro pedacito de que ya no habla, ni del ser, ni de la enfermedad sino de lo que se va a cobrar, ¡ahora eso es lo que interesa y lo que evalúan en calidad de historia clínica! (E1, H, p8)

9.3.4 Comunicación

La manera como se escribe en la historia clínica y se interactúa con el equipo de salud, pacientes y cuidadores depende de la capacidad comunicativa del profesional de la salud, y en ello concuerdan los entrevistados, que expresan que las habilidades o falencias en la elaboración de la historia clínica puede deberse también a la competencia comunicativa de cada profesional de la salud, pues así como hay personas que escriben muy bien y tienen capacidad para expresarse se observan otros con falencias en la escritura –redacción, ortografía- además de cierta timidez o dificultad para interactuar con el equipo de salud. Consideran, además, lo complejo que es cambiar en los médicos los hábitos sobre la manera de comunicarse y escribir en la historia clínica, pues si desde la universidad no fueron formados en estas competencias, ni durante sus prácticas asistenciales nadie se preocupó por corregirles y explicarles de manera reflexiva la importancia de la comunicación oral y escrita en la historia clínica, esto queda arraigado y retrasa la resolución de la enfermedad del paciente.

Sin embargo, este asunto puede intervenir con la formación universitaria haciendo mayor énfasis en todas las dimensiones de la comunicación. Como responsables del

paciente, los médicos tratantes deben establecer canales de comunicación claros y directos con los interconsultantes para clarificar la información consignada en la historia clínica y la conducta a seguir, lo cual proporciona al médico tratante tranquilidad en beneficio del paciente.

Dentro una misma especialidad hay personas que hacen unas notas excelentes, que uno queda tranquilo y que sabe que ahí está lo que se necesita y le genera confianza. Hay veces, en otras personas, como les digo, no de especialidad sino personas donde la nota es escueta, es un renglón, le queda la duda si tuvo en cuenta todas las cosas que uno le estaba preguntando, no resuelve todas las dudas que uno tenía del paciente y unos muchas veces responden una interconsulta y no vuelven a aparecer hasta los tres y cuatro días. Pero, entonces, siempre, por lo menos en mi caso, yo lo que hago es que lo llamo; porque finalmente yo soy el responsable del paciente. Uno no se queda tranquilo y no se debe quedar solamente si tiene dudas de que el subespecialista al que interconsultó, el interconsultante que llamó, no resolvió las dudas que usted tenía respecto al paciente o no las plasmó en historia clínica; por lo menos, usted debe llamarlo y hablar con él y de hecho una de las cosas que más me quita a mí personalmente tiempo en una ronda, porque es muy frecuentemente que uno tiene que llamar a muchas personas para decir, ‘vea, doctor, entonces; ¿sí le vamos a poner este medicamento?’, ‘pero acuérdesse que tenemos este otro problema, entonces ¿para cuándo cree que va hacer el alta?’ o ‘¿para cuándo cree que el paciente, porque es que ese examen se demora 15 días, entonces vamos a dejarlo aquí 15 días hospitalizado esperando ese resultado?’ Ellos a veces no tienen en cuenta todas esas cosas, ¿cuánto interactuamos con otras especialidades?, no, a veces falta un poquito más de hablar con uno, hay unas personas que hablan siempre con uno se les arrima. ‘vea, doctor, acabé de

mirar su paciente, me parece esto y esto, vamos a pedirle tal cosa, ¡jummm...!’ (E7, H, p11)

9.3.5 Cultura digital e inmediatez

Los médicos opinaron que, aunque aparezca como una ventaja y estén cambiando las formas de comunicarnos, el uso de las tecnologías en salud, la cultura digital y el inmediatez están obstaculizando o causando el acortamiento del tiempo de dedicación a los pacientes, por la priorización de consignar información en detrimento del diálogo con estos, omitiéndose información valiosa, o por el afán o por no saber escuchar o, de hacerlo, no saber redactar adecuadamente en la historia clínica los apuntes correspondientes. Así pues, desde el punto de vista de las auditorías médicas, al profesional se le presenta un conflicto entre el tiempo de digitación y el de la asistencia.

[...] desafortunadamente, creo que las historias clínicas, o los sistemas electrónicos de información, nos han hecho pegarnos mucho al computador, tanto a los médicos como a las enfermeras y desapearnos mucho de escuchar ese paciente, sí... y eso no se mide en la calidad de historia clínica, o no se podría medir de manera indirecta, porque no están registradas los detalles que de pronto el paciente o la enfermera nos han dicho de una persona, o sea que la medición sería indirecta, eso se mide directo cuando el paciente llega y le dice a uno ‘¡ah!, es que ese doctor no me escuchó, no me tomó la presión, es que no me miró, es que...’. Sí, pero, es otra percepción distinta a la calidad de historia clínica, indirectamente sí es eso, que omitimos detalles importantes por esa ‘tecnologización’ en la que nos metemos. Es indispensable desconectarse del computador y usar los sentidos para comprender al paciente. (E2, M, p8)

9.3.6 Institucional

Los médicos internistas expresaron que, tanto el Sistema General de Salud y como el Sistema de la Garantía de la Calidad, están generando periódicamente solicitudes de información, contenidas en decretos, normas y recomendaciones que predisponen a los diferentes actores del sistema a diligenciar cada vez más datos, requerimientos que no solo tienen que ver con las patologías de los pacientes sino con normas de seguridad y aspectos administrativos y, principalmente, para justificar el uso de los recursos requeridos en la atención de los pacientes, pues de lo contrario las EPS glosan y no pagan los servicios prestados a los hospitales. Agregan que, por esto, las instituciones de salud deben disponer del suficiente personal médico y de enfermería para diligenciar dichos reportes, pues la mayor parte del tiempo de la asistencia se emplea en el cumplimiento de aspectos administrativos, como respaldo a la facturación o en aras de prevenir implicaciones médico legales.

Los entrevistados manifiestan no percibir motivación o sensibilización acerca del porqué se debe diligenciar adecuadamente la historia clínica diferente a los fines administrativos, pues predominan las sanciones a quien no justifica los recursos empleados, con glosas o demandas, más no se incentiva un adecuado diligenciamiento que redunde en la asistencia oportuna a los pacientes. La mayor motivación para hacer una historia clínica con calidad debe ser el respecto de los médicos por su profesión y por ende por sus pacientes y reflejar la atención brindada al paciente.

¡Por Dios!, es que es imposible concebir una buena calidad de la atención sin una buena calidad de los registros clínicos. Muchas veces la gente nos dice, ‘yo sí lo hice, yo sí le dije, yo sí le explique, yo sí lo examine, yo sí lo entreviste’, pero el registro clínico tiene que ser un reflejo razonable de esa actividad, y no me refiero a la historia clínica como una prueba documental, ¡eso no me gusta! A veces me decepciono un poquito cuando

escucho; ‘¡ve, que buena nota hiciste!’. Así, ‘es que, si no, me lo glosaban’. ¡A ver!, esa es una motivación real pero incorrecta, es que aun si no hay un requerimiento administrativo legal, judicial, cualquier cosa, la historia debería reflejar razonablemente lo que hacemos, por muchas razones; la primera porque no somos dueños de la historia clínica, el dueño es el paciente y él se merece una muy buena historia clínica que puede ser adecuadamente interpretada en cualquier lugar del mundo. (E4, p9)

De otra parte, los entrevistados observan cómo muchas notas de enfermería se marcan más en el uso de textos predefinidos que no se corresponden con la información que de sus pacientes desea ver el médico, sino a requerimientos normativos, como lo son las descripciones de diferentes escalas o aspectos administrativos relacionados con la cama hospitalaria.

Yo quiero hacer una intervención con respeto a algo que para nosotros era muy importante en la historia clínica de papel, y que se ha ido perdiendo en la historia clínica electrónica, es el valor de la nota de enfermería; la nota de enfermería cuando teníamos la historia clínica en papel. Ustedes, por ejemplo, recuerdan la hoja blanca para la evolución, la hoja amarilla donde formulábamos los medicamentos y la hoja azul de la nota de enfermería. Y uno llegaba a ver un paciente y esa nota de enfermería era muy clara; paciente que pasa la noche agitado, estuvo con temperatura de tanto, le hicimos esto, después tuvo diarrea, la diarrea fue con moco y con sangre... y uno llegaba a ver el paciente y uno sabía qué había pasado. Yo me enteraba de cosas importantes. (E3, H, p8)

[...] las notas de enfermería, para mí, al inicio de mi práctica, eran fundamentales; yo las leía todas las mañanas, ¡y me daban tanta información! Hoy en día no hay manera de que yo me lea una nota de enfermería, por varias razones: no informan nada,

absolutamente nada, uno quiere saber si un paciente tuvo una deposición, no lo encuentra por ninguna parte, uno quiere saber si el paciente vómito, en las notas de enfermería no lo dice; entonces, finalmente pues uno lo obtiene directamente del paciente. (E9, H, p8)

[...] las enfermeras están constantemente con el paciente y son las que más cuidado le dan; deberían ser menos esos textos que no dicen nada, todas las notas de todos los pacientes son iguales; y no dicen nada, cumplen con todas las normas legales, pero no dicen absolutamente nada. Entonces, ya los médicos no las leemos, las filtramos, las quitamos. (E9, H, p8)

[...] la nota de enfermería se ha perdido, se ha vuelto muy de un componente administrativo [...] la nota de enfermería tiene que recuperar el valor para el Médico. (E3, H, p15)

9.3.7 Conocer, o desconocer, los principios de calidad de la historia clínica

Otro aspecto que los entrevistados mencionan es el del desconocimiento por parte del personal de salud de los principios de calidad de la historia clínica y sus utilidades. Por ello consignan en las historias clínicas aspectos que no hacen parte de ella, como son los desaciertos o desacuerdos y conflictos que se dieron en el equipo de salud, y que en ocasiones se observan textos que expresan emociones, hostilidad, quejas y otros aspectos que deterioran la calidad de la información y que además pueden dar lugar a demandas y sanciones en contra de integrantes del equipo de salud. Tales situaciones deben solucionarse en los mejores términos y de manera personal y por ningún motivo deben escribirse en la historia clínica.

¿Cómo se logra esa modulación? Pensando un poquito, hay tres cosas que no vuelven atrás: la flecha lanzada, la palabra pronunciada y la oportunidad perdida. Entonces, hay

que pensar la palabra que voy a escribir; sí, yo no puedo escribir en la historia clínica con la rabia o con la pasión que me da la emoción en un momento. Así se logra modular, hay que tomar aire profundo despacio y escribir. (E2, M)

9.3.8 Herramienta de historia clínica electrónica

Teniendo en cuenta que la herramienta de la historia clínica electrónica se creó para facilitar el ingreso de datos de los pacientes y optimizar el tiempo de la atención, se ha observado que tal propósito no se cumple completamente, pues hay historias clínicas que quedan incompletas o saturadas de datos irrelevantes, lo que puede deberse a desconocimiento del manejo de la herramienta o por la forma como están estructurados algunos campos o por la actitud de las personas al no actualizar o modificar la información predefinida, dejando como resultado final que se altere la calidad de los datos y la prestación de los servicios de salud.

Al tener un subregistro de la información, es porque está consignada en un elemento que no debe estar, por ejemplo en el examen físico, que es texto derecho por así decirlo en prosa, en verso; mientras que nosotros tenemos los cajoncitos, si yo no lo consigno en los cajoncitos donde está, cuando yo voy a utilizar la herramienta de la historia clínica para ver como fue el estado del paciente en las últimas 24 horas y graficarlo, ese elemento no va a estar y yo no voy a saber cómo estuvo el paciente o si estuvo bien o si estuvo mal o si desde cuándo fue que se empezó a deteriorar y no lo pude visualizar. (E6, M, p5)

En relación con el desarrollo del software de la historia clínica electrónica, los médicos entrevistados manifestaron preocupación por su escasa participación en su diseño, además de las diferentes especialidades médicas y profesionales de la salud, que se deja en manos de ingenieros que privilegian los asuntos administrativos, ahondándose la alteración de la

esencia de la historia clínica. Así mismo, la inexistencia de una historia clínica electrónica única para el país afecta el sistema de información de salud, razón por la cual las instituciones gubernamentales deben legislar para obligar a los demás actores del sistema de salud a notificar los diferentes tipos de datos sanitarios.

9.3.9 Actualización de diagnósticos definitivos

Según el sentir de los médicos entrevistados, el logro de establecer los diagnósticos del paciente, que traza la ruta médica a seguir, puede no ser tan rápido como se quisiera y puede además generar incertidumbre por la misma complejidad de los pacientes. No obstante, si se olvidan de actualizarlo en el espacio de los diagnósticos definitivos de la historia clínica, situación que reconocen pasa frecuentemente, se está encubriendo una parte importante del acto médico, quizás la más difícil de toda la atención de la salud pues pudieron existir varias hipótesis, las cuales se estudiaron y se descartaron mediante diferentes investigaciones y para las cuales se requirió tiempo y recursos hospitalarios. Queda entonces registrado un signo o síntoma de esa enfermedad e indicando que no hubo un diagnóstico de trabajo, cuando en realidad sí lo hubo, pero en lo escrito no se actualizó, indicando que el acto médico no quedó evidenciado.

Estas son apreciaciones de los médicos entrevistados, quienes agregan que esta situación se presenta con más frecuencia cuando el paciente es visto por médicos de diferentes especialidades y no hay un hilo conductor de la información y que se observa además y con mayor frecuencia en profesionales que realizan rondas clínicas muy rápidas y, aunque atienden muchos pacientes, se perciben vacíos de información en sus historias clínicas. Para los médicos internistas entrevistados, este tipo de historias clínicas generan desilusión y pérdida del gusto por leer la historia clínica, y algunos optan por elaborar sus propios resúmenes y otros por realimentar al personal implicado en ello, pero cuando las historias

clínicas que predominan con dichas falencias son las que los pacientes traen de otras instituciones de salud sienten que es muy difícil tratar de recomponer la información.

9.4 Relaciones de Acción/Interacción

Teniendo en cuenta el valor de la historia clínica para los médicos internistas entrevistados, ellos reconocen diferentes estrategias para mitigar los inconvenientes producto de un mal diligenciamiento del registro de la información:

9.4.1 Recuperar información

Cuando hay información faltante, o aspectos que se preguntaron previamente al paciente y su familia y estos no se encuentran en la historia clínica, el médico se ve en la obligación de volver a preguntar, así sea aspectos como: datos sociodemográficos, hábitos o estilos de vida y de alimentación, enfermedades padecidas, ingestas de medicamentos, etc. Este nuevo interrogatorio le consumirá más tiempo, puede fatigar al paciente porque se le está volviendo a preguntar algo que ya había contestado y por consiguiente se dilatará la oportunidad del establecimiento del diagnóstico y su respectivo tratamiento. Sumado a ello, las consecuencias del manejo del tiempo, pues tienen más pacientes en espera para ser tratados, de alta complejidad y a la espera de la asignación de una cama hospitalaria.

9.4.2 Interpretar exámenes o paraclínicos anteriores

Cuando el médico internista no encuentra en la historia clínica la documentación de la interpretación de los resultados de los exámenes, se ve en la obligación de devolverse a buscar dicha documentación y realizar las debidas interpretaciones, aunque esta actividad le consuma más tiempo, sabe que logrará múltiples beneficios, entre ellos establecer los diagnósticos y contribuir a la evolución de la salud del paciente.

9.4.3 Corregir y completar los datos

Algunos médicos internistas informan que, cuando observan errores de información en la historia clínica, consideran que es más fácil para ellos mismos aclarar una nota mediante la elaboración de un párrafo nuevo o informarle al respectivo jefe que realimentar al autor de esa nota. Sin embargo, otros médicos manifiestan que su liderazgo como médicos internistas se refleja en su capacidad de recibir la realimentación y a su vez realimentar al personal que corresponda, para corregir datos errados que pueden ser tanto de menor importancia como de suma gravedad, por lo que es vital reconocer los errores y realimentar a quien se hayan equivocado, evitando que se trasgreda la seguridad del paciente y por consiguiente los principios de calidad de la historia clínica.

Para mí, un error es algo que uno puede cometer, o bien sea por desconocimiento o bien sea por omisión o bien sea simplemente digitación. O sea, es una equivocación y que es una equivocación que puede ser desde una importancia mínima hasta una importancia grave; entonces, el error tiene muchas facetas y yo creo que uno debe aprender a recibir las retroalimentaciones de sus colaboradores. (E3, H, p15)

9.4.4 Realizar un resumen

Hacer un resumen es una actividad que el médico puede efectuar en la historia clínica, pues se observan cantidades de textos insertados de los preestablecidos, duplicados o copiados y pegados múltiples veces, o igualmente párrafos que repiten exactamente lo mismo. El médico internista se ve en la obligación de optar por realizar él mismo un resumen completo, concreto y que realmente sí de cuenta del estado de salud del paciente y propicie el hilo conductor de la siguiente atención que se brindará.

9.4.5 Fortalecer la comunicación oral y escrita

Los médicos entrevistados sienten que el proceso de comunicación, fundamental en el trabajo interdisciplinario y en todas las dimensiones, se refleja cuando el paciente recibe la

mejor atención, por lo que están aplicando técnicas para fortalecer las competencias comunicativas que permeen a todo el equipo de salud, desde los iniciados hasta los que tienen más experiencia, mediante el ejemplo como la mejor forma de valoración de la comunicación y valerse de ella para formar. Agregan que dicha tarea conlleva tener una disposición de escucha a los pacientes, saber centrar la mirada en ellos y no en el computador y estar muy atentos a lo que informan los cuidadores. A la par, se aprovecha el trabajo interdisciplinario, pues las interconsultas no solo son para conocer otras opiniones sobre la salud del paciente, sino también para aprender de ellos como interconsultantes. Todos estos aspectos garantizan el mayor éxito en la atención del paciente; las rondas conjuntas son altamente efectivas y en ellas siempre debe estar incluido no solo el personal médico sino también el paramédico. Recuerdan que hay resultados o información tan valiosa que debe transmitirse verbal, directa y oportunamente al equipo de salud, al paciente y en general a los cuidadores, dado el caso, y que dicha información debe registrarse en la historia clínica

[...] a veces, cuando voy a ver un paciente con los ortopedistas, con los cirujanos plásticos, ‘¡venga!, cuénteme los mecanismos del trauma, la contaminación, tipo de contaminación que tuvo, a ver qué más microorganismos...’. Hay que pensar en este paciente, si el cubrimiento antibiótico que tenemos es el adecuado o no es el adecuado. Entonces, yo creo que la historia clínica para retroalimentar en el examen físico, para retroalimentar en la profundidad del interrogatorio. (E3, H, p5)

9.5 Consecuencias

9.5.1 Heterogeneidad en la forma de enseñar la elaboración de la historia clínica

Al no tener dentro del currículo universitario la estructuración de la enseñanza de la historia clínica, los profesores de diferentes especialidades médicas y quirúrgicas no tienen

una metodología estandarizada para formar a sus estudiantes de medicina sobre los usos e importancia de la historia clínica con calidad. Por consiguiente, se dan diversas maneras de diligenciar la historia clínica como resultado de la práctica médica, ocasionando heterogeneidad en el proceso, donde algunos asistenciales resumen y condensan la información del paciente en tanto otros tienden a extender la información sin dejar un resumen o un plan claro a seguir.

9.5.2 Consecuencias del ‘copismo’

Se observan profesionales que dan poca importancia al registro clínico, uno de los motivos por los cuales insertan textos predeterminados, copian y pegan esos mismos textos o párrafos sin editarlos, convirtiéndose en una mala práctica del diligenciamiento de la historia clínica. Tal aspecto fue explicado por los médicos internistas entrevistados, quienes definieron el ‘copismo’ como plagiar o suplantar información o firmar por otros profesionales como si fueran los autores intelectuales de la información y ni siquiera se toman el tiempo de editar o corregir la ortografía, y están lejos de imaginar el impacto que esto puede tener en la atención clínica, las consecuencias en la salud del paciente y las posibles implicaciones legales, al no dejar claro el estado y evolución clínica. Sin embargo, si el personal de la salud copia, pega y edita los textos que fueron previamente escritos en la historia clínica, y los edita con juicio y reflexión, está indicando que se cercioró de los cambios de la salud que ha tenido el paciente y está previniendo complicaciones. Refleja, así, que se es prudente y cuidadoso y facilita la continuidad de la atención y la resolución de la enfermedad.

9.5.3 Distorsión de la comunicación

Cuando hay debilidades en el proceso comunicativo del personal asistencial, como no escribir adecuadamente en la historia clínica o no leer lo que allí se consignó o no

realimentar al equipo de salud, se distorsiona la información en las diferentes vías. La comunicación puede detenerse por falta de confianza, por aplazamiento, por indiferencia o por esperar a que otras personas lo hagan; en todo caso, este factor repercute enormemente en la calidad de la información suministrada en la historia clínica y propicia desórdenes administrativos y reprocesos que llevan a la repetición de órdenes médicas, exámenes y ayudas diagnósticas, situación que no solo puede generar la prolongación de la estancia hospitalaria o sobrecostos a la atención de salud, sino que marca una mala prestación de los servicios al verse interrumpida la continuidad de la atención, incurriendo en riesgos para la salud del paciente. En ello influye la ausencia de liderazgo, ya que una actitud que dé paso a que se complejice la comunicación impide realimentar de manera verbal o escrita las recomendaciones de aspectos importantes del paciente a los otros a profesionales o al equipo de salud. Describen que la actitud de “no usar los sentidos” en la prestación del servicio al paciente hace que se dé un “analfabetismo”, desfavoreciendo la comunicación efectiva entre el equipo de salud, lo cual es un problema de fondo.

Me da mucho pesar porque, ¿es que tenemos como un analfabetismo también los médicos! Es que ni llamamos a los otros, a decirle por qué hicieron o no hicieron esto, ni leemos las historias clínicas, o con una dificultad, ¿electrónicas!, ¿cierto? Antes no las leíamos porque los garabatos del tal doctor no se entendían, ¿sí?, cuando era escrita; y ahora no la leemos porque la tenemos clarita en Arial 12, porque no nos da la gana. Todos analfabetos de eso, ¿cierto? Entonces, como que no quisiéramos escuchar al otro, como que no quisiéramos leer al otro; pues eso me parece a mí, y ahí es donde la meta 2, que se llama comunicación efectiva entre cuidadores, es la principal causa de eventos adversos y de muertes prevenibles en el mundo. O sea, no escuchamos lo del otro, lo llamo a la interconsulta y no leo lo que me contesta. En estos días, en un curso de

pedagogía, informo que tenemos alexia cuando no leemos ni lo escrito ni el lenguaje verbal, ni nos comunicamos con el otro; es como una especie de analfabetismo, sí que creo que en parte lo favorece el inmediatez y la cultura tecnológica y digital, ¿cierto? (E2, M, p18)

9.5.4 Vulnerabilidad de la historia clínica de enfermería

La información sobre los pacientes proporcionada por el personal de enfermería ha sido siempre inmensurable, así que cuando un médico no se comunica adecuadamente con este pierde información valiosa y el enfoque sistémico que tienen de los pacientes que va más allá de su estado de salud, pues incluye aspectos culturales, sociales y psicológicos, lo que lo convierte en el personal clave en la atención y recuperación de los pacientes.

Por otra parte, los médicos internistas entrevistados expresan sentir un cambio radical en cuanto a cómo eran las historias antes de la historia clínica electrónica y después de ella. Ya sienten desmotivación para leer la historia clínica del personal de enfermería, pues esperan saber lo que le ha acontecido al paciente en las últimas horas, aspectos clínicos que ya no están quedando consignados en las historias clínicas, de modo que le genera al médico inconformismo por no percibir la información requerida de sus pacientes. No obstante, reconocen la gran labor que ejercen los profesionales de enfermería, vital para la recuperación de los pacientes y el trabajo en equipo con estos es invaluable para el médico. Sin embargo, enfatizan que la información deseada no está quedando registrada en las historias clínicas, pues como enfermeros o cuidadores principales deben dar cuenta de los signos y síntomas, del contexto de lo que le sucede y lo que está al alrededor del paciente. Agregan que minimizar o no comunicar la información sobre los síntomas clínicos del paciente tiene un impacto negativo en la salud del paciente; lo contrario se traduce en beneficios para el paciente. Es por esto por lo que la información proporcionada por el

personal de enfermería es relevante para determinar la conducta médica a seguir con el paciente

[...] si yo no escribí que el paciente tenía un síntoma quiere decir que lo minimicé, o no lo pregunté y no me pude dar cuenta; y si no me di cuenta, no le pude avisar y si no avisé, no pude hacer la atención a tiempo de los pacientes, entonces, ¡pues!... Ejemplo, uno revisa, la piel, por ejemplo, cómo están los catéteres, para ver si lo que yo vi y comparo si eso ya estaba antes o no estaba, y cómo lo están viendo ellos, si orinó, si durmió, si no durmió... porque a veces los pacientes no hablan porque están en una condición especial clínica que no les permite contestar, o que no está el acompañante para poderlo verificar; entonces, ¿uno qué hace?, retrocede las 24 horas a ver cómo paso el último día y se mete en las historias de la enfermera o de auxiliares de enfermería ¡si no dicen! Eso me impacta, que yo no me voy a dar cuenta y que pude haberlo beneficiado. (E6, M, p15)

9.5.5 Calidad de historia clínica limitada

Los participantes manifiestan que por no existir una forma estandarizada y homogénea en el diligenciamiento de la historia clínica se limita la calidad de la historia clínica. El diligenciamiento de la información según un criterio personal lleva a que escasee la información relevante, ocasionando que como médicos internistas y gestores de los pacientes adultos deban reprocesar largos textos repetidos para resumir las historias clínicas que adolecen de dicha precariedad, y deben acudir a médicos de otras especialidades que no escribieron para que interpreten los exámenes y ellos mismos escribirlo, ya que es fundamental saber cuál ha sido la evolución del paciente que facilite establecer la continuidad del tratamiento.

9.5.6 Datos imprecisos para el sistema de información en salud

La mayor limitación o falencia que se presenta para el sistema de información en salud del país o de una institución es que no se disponga de información real sobre los pacientes tratados y que estén quedando almacenados datos de mala calidad, diagnósticos imprecisos, como los síntomas que presentó el paciente, y que no dan cuenta del estado de salud de la población. Ello conduce a la falla de los planes y políticas institucionales y del sector salud, como lo expresan los perfiles epidemiológicos publicados en la web por diferentes actores del sistema información en salud que no reflejan el verdadero estado de salud de los pacientes ni justifican los recursos requeridos para la atención.

En cuanto a la actualización de los diagnósticos, los médicos manifiestan que no disponer de esta se presta para diferentes interpretaciones, como que el médico lo olvidó pues no estuvo atento o no tenía la capacidad o el juicio para establecer los diagnósticos. Lastimosamente, el esfuerzo que se hizo durante la atención médica para establecer los diagnósticos, y sobre lo que giró el tratamiento brindado, no queda reflejado en el sistema por su no actualización.

[...] porque también me ha pasado que me llamen y me digan, ‘¡oiga, doctor!, usted ya tenía el diagnóstico del paciente y usted no cambió el diagnóstico con que el paciente quedo matriculado, o sea, ¿cierto?, ¡fiebre!, pero yo sé que tiene fiebre porque tiene un dengue, pero yo no cambié fiebre por dengue’. Entonces, yo estoy entorpeciendo la calidad del registro si alguien tiene que estar allá mirando, ¿cierto?, que tiene un diagnóstico que es muy pobre, pero ella sabe que ya tiene un dx de dengue. Eso lo hemos dicho yo como médico, ¡y no lo hice!, o sea que yo, ¿cómo estoy en ese sentido contribuyendo a hacer un registro medico de calidad? (E3, H, p15)

[...] no, ¿cierto?, o sea, es que es todo eso, ¡todo!, lo que hay alrededor de historia clínica, del diagnóstico, de lo que yo descarté, lo que ya confirmé. No, cierto que

muchas veces los médicos no le damos toda la importancia a eso, lo digo porque a mí se me ha pasado, me han llamado de registros clínicos, que a pesar de tener unos diagnósticos no los vacié adecuadamente donde debían quedar vaciados. O sea, yo estoy cometiendo un error, una falla, porque no estoy favoreciendo a que el registro sea fidedigno y completo. (E3, H, p16)

Lo anterior lleva a que los entrevistados manifiesten que es muy importante la realimentación que pueda hacer el personal administrativo como asistencial de manera oportuna, respetuosa y concreta, para que no falte la información pertinente o no quede duplicada, y se actualicen los diagnósticos con su respectiva clasificación, pues lo contrario genera incertidumbre y riesgo para el paciente y se está entorpeciendo la calidad de los datos al sistema de información de la institución y del país. De igual manera agregan que siempre será menester disponer de historias clínicas completas, claras y concretas, así el paciente haya sido tratado de manera ambulatoria o presente su historia de otras instituciones de salud donde fue tratado, pues muchas veces los pacientes traen exámenes de laboratorio o ayudas diagnósticas con lo que se logra aplicar la medicina de alto valor para optimizar recursos y evitar sobre costos al sistema de salud.

10. Discusión

10.1 La Historia Clínica: Instrumento en función de la preservación de la salud y la vida de los pacientes

La Ley 100, y su última actualización mediante la Resolución 3512 del 26 de diciembre de 2019, desvirtuó la esencia de la historia clínica convirtiéndola en insumo de carácter administrativo y financiero para las instituciones de salud, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social de Salud de Colombia (SGSSS). Así, los médicos deben justificar con este instrumento las ayudas diagnósticas, los tratamientos y los medicamentos que ordenan.

Producto del interactuar entre los diferentes actores del SGSSS se da la Resolución 3047 de 2008 con sus diversas modificaciones, entre ellas el anexo técnico N°6 Manual Único de Glosas, que define una glosa en salud como “una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud”, que no es más que los recursos que posiblemente van a perder las instituciones de salud en el intercambio comercial de la prestación de servicios de salud. Es esta la raíz del suplicio de los médicos al tener que justificar con la documentación en la historia clínica el uso de los recursos que empleó para la recuperación de la salud de los pacientes. Esta situación ha dado lugar a que las instituciones de salud deban replantear y orientar la estructuración de la historia clínica, incorporando en ella nuevos parámetros y modelos enfocados en el sustento de dicho requerimiento y asegurar con ello la respectiva justificación del uso de los recursos.

Por sus repercusiones, este tema ha sido abordado en múltiples publicaciones. Una búsqueda en internet bajo el término “glosas a la historia clínica” ofrece 472.000 resultados, donde se abordan tópicos desde cómo evitar las glosas y cuyas estrategias indicadas van siempre encaminadas a diferentes alternativas, pero todas ellas con el mismo

foco, como estructurar la historia clínica electrónica para evitar los descalabros financieros, auditorías concurrentes, listas de chequeo para su verificación, tal como lo indican Cano y Monsalve (2013),

Cabe rescatar la importancia que juega la historia clínica, la cual, al tener un buen diligenciamiento por parte del personal de salud, propende en tener soportes adecuados y completos, que, a la hora de revisar la factura por parte del auditor médico, se reflejarán en la disminución de las glosas. (p1).

En este sentido, López (2019) informa acerca de las millonarias sumas de glosas por períodos anuales y semestrales.

Para el rubro de pertinencia permanece con mayor valor de glosas los servicios de hospitalización básicos y la unidad trasplante; revisando causa raíz se evidenció que estas glosas se encuentran presentes por no justificación adecuada en la historia clínica de la pertinencia de los servicios prestados.

De otra parte, la búsqueda de “glosas a la historia clínica & universidad” arroja 331.000 resultados de publicaciones y 5.800 aplicando un filtro de Google Académico. Por las implicaciones del asunto, las universidades buscan que, en sus trabajos de grado, los estudiantes de posgrado aborden el tema de las glosas a partir del objetivo de mejorar su diligenciamiento.

Dado este escenario, los médicos internistas que hicieron parte de esta investigación, hicieron énfasis en no perder el valor del adecuado diligenciamiento de la información desde la perspectiva clínica. Y es que, al revisar en la literatura, muchos estudios publicados por médicos especialistas y médicos generales sobre diversas patologías han indicado lo clave que es la información clínica cronológica que se encuentra registrada en la historia clínica, por su contribución con un diagnóstico oportuno y la prevención de

complicaciones asociadas. En el artículo de neurología “Semiología de la crisis epiléptica: un reto clínico”, los autores Palacios y Clavijo (2016) dieron a conocer la importancia de la documentación de los signos y síntomas de los pacientes con crisis epilépticas y expresaron que el "el diagnóstico de epilepsia depende de una historia clínica detallada y precisa hasta en un 90%" (p. 204). De hecho, llaman la atención en cuanto al orden cronológico de la secuencia o recurrencia de los eventos que debe tener la recopilación de la información. Los autores concluyen que "la información clínica no solo nos permite realizar un adecuado diagnóstico, sino que también nos permite clasificar de una manera precisa y eficaz las crisis epilépticas, sin dejar de lado la importancia que reviste la semiología". (p. 204)

Una historia clínica bien elaborada favorece la observación de signos por parte del equipo interconsultante, lo que redundaría en la preservación de la salud y vida del paciente, como en el caso de la patología del hemotórax que, de no ser diagnosticada y tratada a tiempo genera mayores complicaciones. Greenfield (2011) indica que "los traumas torácicos son el 25% de los tipos de trauma en los pacientes politraumatizados" (p. 1)

Las complicaciones suelen ser frecuentes por lo que se debe realizar una historia clínica minuciosa, así como una adecuada revisión primaria y secundaria para descartar lesiones, las cuales comprometan la vida del paciente, permitiendo realizar un diagnóstico oportuno e iniciar tratamiento de forma rápida y eficaz. (p3). Son los criterios médicos con los que se puede confirmar que la historia clínica contribuye a salvaguardar la vida de los pacientes.

10.2 El Rol de la Comunicación en el Acto Médico

Los participantes de este estudio han abordado desde diferentes matices el asunto de cómo se están transmitiendo los mensajes, y en especial desde la historia clínica electrónica. El tema de la comunicación no es un asunto menor en los diferentes procesos

de la atención de la salud, ya que fácilmente esta puede verse interrumpida en el curso de los diferentes medios de transmisión del mensaje. El inmediatez, la era digital, los contextos que se dan al responder a las normativas en salud, y también la falta de fortalecimiento de las competencias comunicativas en el personal asistencial, son aspectos que lamentablemente no favorecen una adecuada información que debe quedar consignada con claridad y rigor, tanto en la historia clínica como de manera oral.

En su teoría de los sistemas sociales, Niklas Luhmann, influyente sociólogo alemán durante las décadas de los 60 y 70, analizado por Eguzki, argumenta que,

El procedimiento de comunicación es la síntesis de una información, de un enunciado y de una comprensión. La información se define como una «distinción que diferencia un acontecimiento posterior». Dicho de otra forma, es una distinción que cobra sentido y puede ser conectada a otra”. (p. 307)

Conforme con esta teoría, la comunicación en todas las vías en la atención de la salud es imprescindible y de ello depende una adecuada atención de los pacientes, la resolución de sus patologías, la prevención de complicaciones y la gestión de los recursos requeridos, opuesto al escenario del médico aislado frente al computador atendiendo principalmente requerimientos administrativos, sin participación en las rondas interdisciplinarias conjuntas y proveyendo información limitada y poco clara mediante una historia clínica estrechamente simplificada o muy extensa y repetitiva.

Los conceptos previos y claros expresados en la historia clínica y sus respectivas aclaraciones reflejan la evolución del paciente, quien puede recibir la información detallada, adecuada y completa. Lo contrario ocasiona distorsión en la información requerida tanto por sus colegas como por sus pacientes y todos a su alrededor empiezan a

dudar de sus competencias, concluyendo así y desde el acto médico una comunicación vulnerada y un entorno no cooperativo.

Así pues, el acto médico se produce cuando hay comunicación, y como señala Luhmann “la comunicación solo se produce cuando alguien mira, escucha, lee y comprende lo suficiente para que la comunicación pueda producirse” (p. 307), y reflexiona acerca del rol de la comunicación en el sistema social comparándola con la reproducción de la vida por los sistemas vivos.

10.3 La Confianza y la Historia Clínica en el Proceso de la Atención de Salud

En el artículo Revisión por sistemas en la historia clínica del paciente (Bonilla, 2018), el autor fundamenta en la generación de un vínculo de confianza médico-paciente la calidad de la información que este brinde en beneficio de un adecuado diagnóstico y tratamiento. Pese al tiempo estipulado para la consulta, el médico puede no escribir en la historia clínica o resumir u omitir información importante obtenida en la entrevista médica, lo que ha llevado a cometer errores en el establecimiento de los diagnósticos. Bonilla indica que realizar adecuadamente la historia clínica conduce al éxito del médico; asimismo, debe leerse sin importar el tiempo que se tenga o el lugar donde se encuentre. “La buena comprensión de la Historia Clínica es fuente indiscutible y módulo ineludible de los pénsum de medicina de una universidad, es criterio esencial en el aprendizaje médico y en la formación de un estudiante”. (p. 1)

En la publicación “La reivindicación de la clínica” (2018), el autor llama a la reflexión acerca de la utilidad de una buena información contenida en la historia clínica hacia el diagnóstico de patologías sin tener que para ello sea necesario utilizar otros recursos tecnológicos; basta con una buena información en la historia clínica, que solo en algunos casos requiere de confirmación con exámenes de laboratorio o algunas imágenes de

acuerdo con la apreciación clínica. Por tanto, de acuerdo con Lifshitz (2018), la información que se obtenga se debe dar por “el acercamiento, ganar la confianza, lograr una comunicación efectiva y sensible, identificar signos y síntomas, procesarlos lógicamente, estimar el pronóstico, tomar decisiones y vigilar la evolución” (p.1)

Niklas Luhmann, en su libro *el Sistema Confianza* (2005), aborda diferentes matices, indicando “la fe en las expectativas” como algo básico y fundamental para la sociedad. El autor subraya que “la confianza acontece ahí donde hay expectativas de continuidad” y señala que “quien confía, lo que hace es actuar frente al orden exterior y su problemática”, y, resaltando el rol de la confianza en la construcción social, y anota que,

[...] el hecho de que la confianza busca reducir el riesgo de las decisiones, pero no eliminarlo y que, por ello, la confianza se pone en peligro cuando quien busca generarla ofrece un exceso de datos o acentúa las posibles sanciones que se derivarían de su quebranto, generando así lo contrario de lo que se buscaba, es decir, provocando desconfianza en vez de confianza. (p.123)

Bajo estas apreciaciones, podemos afirmar cómo las situaciones que se presentan en la atención médica y en la forma como se diligencia la historia clínica pueden llevar a generar confianza o desconfianza en el acto médico y la prestación de los servicios de salud.

Aguirre Martínez, en el libro “El reto de ser persona. Cómo poner el alma en la vida diaria” (2014), reflexiona sobre el ser dignos de confianza y relaciona este valor con la construcción del bien común, y la manera como este se refleja en el bien particular.

La confianza facilita la coordinación y comunicación, importantes en el desarrollo de cualquier proyecto humano. La creación de la confianza acrecienta los vínculos personales, reduce la preocupación por el presente, a la vez que permite ocuparse con

mayor compromiso y esperanza el porvenir, liberando la capacidad de soñar en la consecución de un futuro distinto. (p. 212)

Comunicarse es “el camino hacia el otro, es todo un arte que exige aprendizaje constante y surge de una íntima creencia en el valor de los demás”. (p. 122)

Desde sus aprendizajes, producto de su experiencia profesional, los médicos internistas entrevistados reconocen la relación entre la confianza que se construye con el paciente, con el equipo de salud y con la institución con un mejor diligenciamiento de la historia clínica, que se basa en una metodología clara para obtener la información óptima a consignar en este documento.

La confianza se genera en el conocimiento y se transfiere de manera oral y escrita en la historia clínica, lo cual hace que el proceso de atención sea más eficiente. En su conferencia durante el XXXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (2017), el doctor Laso Guzmán nos recuerda la premisa acerca de la relación entre una buena historia clínica y una óptima relación médico-paciente (el humanismo médico), además de que es a los médicos más jóvenes a quienes corresponde equilibrar los avances tecnológicos sin perder el humanismo en la medicina, y afirma que “es vital aprovecharse de las enormes ventajas que ofrece la tecnología, pero siempre manteniendo la cercanía y el contacto con el paciente”.

La herramienta que se utilice como historia clínica, bien sea física o electrónica, no puede ser una barrera para impedir la confianza. Adquirir la confianza es un acto independiente del tiempo de experiencia que se tenga en la asistencia y atañe a cada médico y a todo el personal asistencial, sin discriminar la especialidad a la que pertenezca.

Para ganar confianza en el paciente y por consiguiente en el equipo de salud se debe partir de una buena entrevista al paciente. Esta debe incluir, además de la toma de los

signos vitales, la revisión por sistemas y los datos demográficos pertinentes, el saber escuchar y mirarlo a los ojos, conocer sus temores, indagar por información personal y su estilo de vida. Otras estrategias para construir confianza tienen que ver con expresar respeto por sus opiniones y participarle de las opciones terapéuticas, lo que le permitirá al médico en primera instancia hacer una valoración integral para realizar oportunamente el diagnóstico y el tratamiento a seguir. Con la misma calidez con la que se abordó el encuentro con el paciente, debe quedar consignado en la historia clínica la información que se compartió. Asimismo, es fundamental escribir en la historia clínica las decisiones del tratamiento conciliadas con el paciente, puesto que el no hacerlo quebranta la confianza. A la par, es una razón del porqué hay que leer lo que ya se encuentra consignado en la historia clínica, lo que genera credibilidad.

En un artículo publicado en *The American Journal of Medicine sobre Humanizing the Electronic Medical Record with the Personal Fact* (2017) se insiste a los médicos en que vean a los pacientes más allá de la información electrónica cuantitativa que, aunque importante, debe primar su condición de individuos que responden por una familia, como seres sociales que tiene una experiencia de vida, unos logros alcanzados, como personas que han dejado huella en la vida de otras personas. En este mismo artículo se presentan los resultados de un ejercicio realizado por unos médicos en la Escuela de Medicina de Yale / Hospital de Yale-New Haven Saint Raphael. A su ingreso, se les preguntó a los pacientes por sus aficiones o por alguna experiencia de vida significativa, y esto les permitió realizar oportunamente el diagnóstico, mejor adherencia a los tratamientos y hasta establecer relaciones empáticas que solo se dan cuando hay confianza y cambio en el tono de la conversación. Bajo este ambiente, el beneficio no solo lo recibe el paciente sino también los

médicos, pues se alivian las posibles fatigas mentales y hay mayor satisfacción laboral en un escenario de salud demandante.

Si el equipo de salud antepone esta metodología en la práctica, hace que se consolide una adecuada cultura del diligenciamiento de la información clínica, se aumenta la confianza entre ellos y por consiguiente la motivación y la credibilidad para que pueda darse la continuidad de la atención y todo el abordaje de lo que significa tratar pacientes desde la alta complejidad clínica y social. Al mismo tiempo, se ganan otros beneficios importantes como la disminución en la estancia hospitalaria, la eficiencia en el manejo del tiempo y los recursos hospitalarios, la ganancia que se da entre el equipo de salud por un adecuado clima laboral y el fortalecimiento de las competencias corporativas.

Finalmente, entre las recomendaciones de Niklas Luhmann, en su libro sobre la confianza dirigido en el significado de aprendizaje social (2005), se destaca la afirmación acerca de la confianza y su impacto positivo en los individuos y la organización,

Donde hay confianza hay aumento de posibilidades para la experiencia y la acción, hay un aumento de la complejidad del sistema social y también del número de posibilidades que pueden reconciliarse con su estructura, porque la confianza constituye una forma más efectiva de reducción de la complejidad. (pág.14)

11. Conclusiones

Las conclusiones que a continuación se describen dan cuenta de los objetivos planteados en esta investigación.

Lo registrado en una historia clínica por colegas, interconsultantes o cualquier miembro del personal asistencial es un insumo del que el médico echa mano no solo para la mejor atención del paciente sino incluso para aprender de ellos. Así pues, el médico debe valorar y saber integrar a la nueva atención la información que los pacientes traigan de otras instituciones de salud, soportando en esta los principios éticos y deontológicos que resguardan la información sanitaria y contribuyendo así con una adecuada comunicación con el paciente, el equipo de salud y a la medicina de alto valor. Adicionalmente, el médico debe ser consciente del valor inestimable de esta información para las instituciones, para el gobierno y, en general, para los diferentes actores del sistema de salud.

En los currículos de medicina no existe una materia estructurada que enfoque propiamente la calidad del diligenciamiento de la historia clínica, o que ellos como estudiantes reciban formación de manera sostenida y con pensamiento crítico o reflexivo para profundizar en el cómo y por qué se debe diligenciar la historia clínica con criterios de calidad. Adicionalmente, faltan escenarios reales para la elaboración de las historias clínicas, lo que solo se logró en dos semestres académicos

En posgrado no les enseñaron la elaboración de la historia clínica, sintieron que los docentes asumían que sus estudiantes ingresaban a la residencia con los conocimientos ya adquiridos en el pregrado. Algunos médicos de mayor experiencia laboral sí recuerdan a varios de sus profesores porque fueron muy influyentes por la forma como elaboraban la historia clínica, y percibían la importancia que le daban como herramienta de

comunicación, de organización para el establecimiento de los diagnósticos y tratamientos y como evidencia del acto médico.

Los médicos internistas reconocen que la historia clínica elaborada con calidad trae múltiples beneficios. La ven como herramienta fundamental y estratégica de información, comunicación y trabajo que toma alto valor en la atención médica para el direccionamiento al objetivo que se pretende alcanzar con el paciente. Facilita ordenar las ideas para establecer los diagnósticos; permite conciliar los medicamentos y tratamientos pertinentes; es un instrumento para monitorear el estado de salud del paciente y distinguir las causas que pueden generar complicaciones y agravar el estado de salud. Por consiguiente, este recurso bien diligenciado aporta a la seguridad asistencial y a proteger la vida del paciente, salvaguarda la complejidad en las decisiones que como médico afrontó y respalda el acto médico. Ampara los principios éticos de no maleficencia, justicia y autonomía del paciente. Saben que una buena historia clínica sustenta cómo fue la comunicación dentro del equipo de salud, la efectividad del tratamiento y su efectividad. Refleja además calidad o la humanización del servicio brindado.

Adicionalmente, del estudio se desprende que la historia clínica es el principal insumo para la elaboración de planes y políticas para la salud pública, las acciones inmediatas de epidemiología, la investigación y docencia, pues con ellas se enseñan habilidades clínicas. Es un documento probatorio pericial y evidencia la facturación de los servicios prestados y la optimización de los recursos.

La historia clínica es la fuente de información que provee los datos biomédicos y demográficos de los pacientes, que contenidos en conjuntos de datos dan valor a las tecnologías de información y comunicación utilizadas en la investigación científica.

La práctica del ‘copismo’ genera un impacto negativo para el paciente e implicaciones de carácter médico-legal para el profesional que suplanta y duplica la información.

En cuanto a las notas de enfermería, por estar más dirigidas a aspectos administrativos que clínicos, corren el riesgo de subestimar información valiosa sobre el paciente.

Se valora la calidad de la historia clínica cuando la información allí consignada genera confianza a la persona o al profesional que la lee o la continuará escribiendo, pues hace que se vislumbre un mejor panorama médico en la continuidad de los servicios que se prestarán y en la efectividad de los tratamientos y recursos utilizados, lo cual se refleja en la satisfacción del paciente y su familia al percibir el trato humano. En lo que respecta a las instituciones de salud, los indicadores con los que se mide la eficiencia de los servicios prestados reflejan excelentes resultados clínicos, administrativos y económicos, asunto que motiva a los médicos participantes de este estudio.

Las historias clínicas elaboradas con calidad le dan prestigio al profesional o profesionales que las elaboraron, volviéndose referentes para otros profesionales. Además, fideliza los servicios tanto hacia el profesional, como a la especialidad y la institución de salud a la que pertenece. Por el contrario, una historia clínica que no esté bien elaborada genera incertidumbre, ruido, falta de credibilidad o desconfianza y desprestigio del profesional en el medio.

La autocrítica que los médicos internistas participantes en este estudio desarrollaron en torno al propio diligenciamiento de la historia clínica es un llamado a la reflexión crítica a ellos mismos, a todos los médicos y al personal asistencial, para que como proveedores y principales demandantes de la información generen cultura de información con calidad y sobrepongan las buenas prácticas en el manejo de las herramientas de los registros clínicos

electrónicos. Esto, consideran, debe ser trascendental y transversal a todo el personal asistencial y administrativo de las instituciones de salud.

12. Recomendaciones

Examinar desde lo macrocurricular, mesocurricular y microcurricular cómo homogenizar y profundizar la enseñanza de la elaboración de la historia clínica con calidad, en los docentes, estudiantes de medicina de pregrado y posgrado de las diferentes especialidades médicas, quirúrgicas y áreas paramédicas. Que sea permanente en todos los semestres académicos.

Desde la universidad y las instituciones de salud, ejecutar periódicamente estrategias didácticas de aprendizaje en la comunicación y en el adecuado diligenciamiento de la historia clínica, favoreciendo el pensamiento reflexivo y crítico en docentes y estudiantes, para que haya cultura del diligenciamiento de la información con calidad.

Durante las fases del desarrollo de software de historia clínica electrónica se deben tener en cuenta, y ser escuchadas y atendidas, las recomendaciones de los médicos de las diferentes especialidades. Asimismo, las oportunidades de mejoramiento que el personal asistencial solicite en la fase de producción.

La realimentación que se hace a partir de la historia clínica debe realizarse tanto de los aspectos negativos como positivos y trascender de la medición del dato (lista de chequeo) a todo el contexto que tuvo el médico frente al paciente, cuidadores y equipo humano interdisciplinario.

Explorar el significado del diligenciamiento de la historia clínica con calidad en especialidades quirúrgicas.

Una de las mayores expectativas de los médicos internistas entrevistados es contar con una historia clínica electrónica integrada para todo el país, que realmente sea un canal de comunicación entre las IPS, las EPS y los demás actores del sistema de salud.

Socializar los resultados del presente estudio con las universidades e instituciones de salud, con el fin de generar reflexión en el medio acerca del impacto de una formación intencionada hacia la elaboración con calidad de la historia clínica.

Limitaciones

El presente estudio de índole cualitativo, y por los resultados obtenidos, se constituye en un llamado para que otras investigaciones continúen abordando los asuntos relacionados con la calidad de la información asistencial.

Los médicos internistas participantes en este estudio dieron a conocer el significado de la historia clínica con calidad. Tener en cuenta las recomendaciones de médicos de diferentes especialidades médicas y quirúrgicas puede dar parte de un significado diferente.

El análisis de la presente investigación fue desarrollado por un solo autor, por supuesto, bajo las orientaciones del asesor académico. Si para abordar esta tarea se hubiese sumado la perspectiva de otros profesionales de la salud, o de las áreas humanas y sociales, sin duda ello habría redundado en el potencial del análisis.

13. Bibliografía

- Aguirre, A. (2014). El reto de ser persona; Como poner el alma en la vida diaria. Publicado por el Instituto de Liderazgo de Bancolombia
- Aj, D., Mj, P., Jc, V., Medicina, S. De, & Pública, S. (n.d.). de Medicina Interna, *15*(1).
- Aleixandre-Benavent, R., Alonso-Arroyo, A., González-Muñoz, M., & De Dios, J. G. (2015). Comunicación científica (XXIII). Lenguaje médico (1): Usos y abusos de las abreviaturas y siglas en el lenguaje médico y en pediatría. *Acta Pediatrica Espanola*, *73*(5), 134–140.
- Araujo, J. C. (2017). Reflexiones En Torno Al Lenguaje Médico Actual, Los Epónimos Y Abreviaciones. Las Razones De Su Existencia Y Los Principales Problemas Que Plantea Su Uso, *17*(1), 93–104. <https://doi.org/10.17151/biosa.2017.16.1.10>
- Asociación Colombiana de Gastroenterología. (2004). *Revista Colombiana de Gastroenterología*. (Vol. 19). Asociación Colombiana de Gastroenterología. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572004000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Basurto Amparano, A. (2005). *Sistema empresa inteligente : una propuesta al mundo sobre como debe ser la organización prototipo de la era del conocimiento*. Editorial Empresa Inteligente.
- Baumann, L. A., Baker, J., & Elshaug, A. G. (2018). The impact of electronic health record systems on clinical documentation times: A systematic review. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, *0*(0). <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.05.014>
- Blumer, H. (1982) El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona;
- Campos Gómez X y Vega Ávalos A.. Hemotorax. Med. leg. Costa Rica vol.33 n.1 Heredia Jan./Mar. 2016 https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000100025
- Cano T. y Monsalve C (2013) Comportamiento de las glosas en una IPS de III nivel de la ciudad durante el periodo de enero a diciembre de 2011 y realización de una propuesta para el manejo de la historia clínica como herramienta eficaz para el control de las mismas. En http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1140/2/Comportamiento_glosas_ips.pdf Consultado 4 de enero de 2020
- Cano T. y Monsalve C. (2013) Propuesta para el manejo de historia clínica como herramienta eficaz para el control de las mismas.http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1140/2/Comportamiento_glosas_ips.pdf
- Chero-Farro, D., Cabanillas-Olivares, A., & Fernández-Mogollón, J. (2017). Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención. *Revista de Calidad Asistencial*, *32*(2), 115–116. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.05.005>
- Clínica, G., Galega, S., & Interna, D. M. (2012). Historia de la historia clínica, *73*(1), 21–26.

- Corbin, J. y Strauss, A. (2002). Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Daniel, R. (n.d.). Historia clínica electrónica, 1–5.
- De Brigard Pérez, A. M. (s.f.), Valor jurídico de las historias. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Bogotá Colombia.
- De La Cuesta Benjumea, C. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de Los Ciudadanos*, 2 Semestre(20), 136–140.
<https://doi.org/10.14198/cuid.2006.20.19>
- Donato, M. B. M., & Prince, D. T. A. (2013). Maestría en Gestión de Servicios Tecnológicos y Telecomunicaciones Tesis La Historia Clínica Electrónica centrada en el paciente Sistema de Información de Salud.
- El Principialismo.pdf. (n.d.).
- Elsevier. Revisión por sistemas en la historia clínica del paciente. Iván A. Bonilla, VS (2018) <https://www.elsevier.com/es-es/connect/estudiantes-de-ciencias-de-la-salud/revison-por-sistemas-en-la-historia-clinica-del-paciente>
- Expósito-Tirado, J. A. et al., (2014) Calidad de los antecedentes personales en la historia clínica electrónica hospitalaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(6), 362–363.
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2014.09.005>
- Feider, Z. (1939). Bulletin, 30(2), 1–24.
- Gomez Fajardo, L., Ramos Fonnegra, D. C., & Dominguez Contreras, Y. M. (2014). Proyecto de auditoría a los registros de historias clínicas en el servicio de hospitalización del hospital local del municipio Lebrija, departamento de Santander, entre diciembre 2013 a mayo 2014. Retrieved from <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/3657>
- Guzmán, F., Arias, C. A.,(2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Asociación Colombiana de Cirugía. *Historia Clínica Rev.Colomb.Cir.*, 27(1), 15–24. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/3555/355535148002/>
- Laso Guzmán. F. J. (2017). Semiología en el siglo XXI: Equilibrio necesario entre la tradición y las nuevas tecnologías .Ponencia en el XXXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y el XV Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid-Castilla la Mancha (Madrid)MI)
- Humanizing the Electronic Medical Record with the Personal Fact. (2017). The American Journal of Medicine.
- Ley 100 de 1993. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993
- Lifshitz, A. (2018) Reivindicación de la clínica. Editorial Med Int Méx. julio-agosto; 34(4):513-515. <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n4/0186-4866-mim-34-04-513.pdf>

- López, D. (2019) Diseño y propuesta de mejora del proceso de auditoria concurrente interna en el Instituto Cardiovascular Fundación Cardiovascular Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/1084/1/Dise%C3%B1o%20y%20propuesta%20de%20mejora%20del%20proceso%20de%20auditoria%20concurrente%20interna%20en%20el%20Instituto%20Cardiovascular-Fundaci%C3%B3n%20Cardiovascular.pdf> Consultado 4 de enero de 2020
- Luhmann. N. (2010). El sistema confianza. México, D.F. <https://www.uma.es/contrastes/pdfs/015/contrastesxv-16.pdf> Eguzki Urteaga Niklas Luhmann's systems theory pag 307. En el libro el Sistema Confianza la confianza acontece ahí donde hay expectativas de continuidad
- Luhmann N. (2005). Confianza. Barcelona. España .Anthropos Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=WWBknPW0C3AC&pg=PR6&lpg=PR6&dq=NIKLAS+LUHMANN+Confianza+Trad.+de+Amada+Flores+Editorial+Anthropos+y+Universidad+Iberoamericana,+Barcelona.&source=bl&ots=Qf_AVYvNJH&sig=ACfU3U3F11TWJFvNuw_kntcU1wUxs55bZQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjliZu86u_mAhUp01kKHWMYMBXoQ6AEwAnoECAoQAQ#v=onepage&q=NIKLAS%20LUHMANN%20Confianza%20Trad.%20de%20Amada%20Flores%20Editorial%20Anthropos%20y%20Universidad%20Iberoamericana%20C%20Barcelona.&f=false
- Lucía, M., & Mutiz, B. (2013). Especialización en administración hospitalaria.
- Múnera, M. E. et al. (2013). Percepción egresados Medicina UdeA sobre su formación en pregrado, 26(4), 437–446.
- Matsumura Kasano, J. P., Gutiérrez Crespo, H., Sotomayor Salas, J., & Pajuelo Carrasco, G. (2014). Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. *Anales de La Facultad de Medicina*, 75(3), 251–257. <https://doi.org/10.15381/anales.v75i3.9781>
- Médica, A., Claudia, L., Ferriol, F., Marta, D., Ferriol, R., & Jorge, C. (2018). Roma: imperio , cultura y medicina, 2, 2–9.
- Ministerio de Salud y Protección Social (1999) Resolución 1995 de 1999 Normas para el manejo de la historia clínica. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019) Resolución 3512 del 26 de diciembre de 2019. Disponibel en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5848
- OMS (2003) Informe sobre la Salud en el Mundo. Capítulo 7 Sistemas de salud. Disponible en <https://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index5.html>
- Orduz, R., et al (n.d.). *No Title*.
- Palacios, E. y Clavijo, C. (2017) Semiología de la crisis epiléptica: un reto clínico. <https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-03/06-Articulo-revisionSemilogia-crisis.pdf> Consultado 4 de enero de 2020


- Páramo, D. (2015). La teoría fundamentada, metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (39), 119–146.
<https://doi.org/10.14482/pege.39.8439>
- Patricia, D. (2011). Una visión sucinta de la enseñanza de la medicina a lo largo de la historia : I . Desde el Antiguo Imperio Egipcio hasta el siglo XVII. *Iatreia*, M(1), 90–96.
- Penié, J. B. (2000). Penié, Jesús Barreto La Historia Clínica: Documento Científico Del Médico. *Ateneo*, 1(1), 50–55. Retrieved from
http://www.bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate09100.pdf
- Popper, K. R. (2013). La actitud crítica en medicina (art especial), 12(2), 258–271.
- Raman, S. R., et al (2018). Leveraging electronic health records for clinical research. *American Heart Journal*, 202, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2018.04.015>
- Rodríguez Manjarrés, R. E. (2019) Idoneidad de la historia clínica como prueba en un proceso de responsabilidad civil médica. Recuperado en:
<https://doi.org/10.22518/vis.v0i00.1177>
- Reivindicación de la clínica. (2018). 513-515. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n4/0186-4866-mim-34-04-513.pdf>
- Renau, J., Pérez-Salinas, I., Jorge, C., Tomás, R., José, R., & Pinazo, M. (2001). FORMACIÓN CONTINUADA Evaluación de la calidad de las historias clínicas. *Pápeles Médicos*, 1010(11), 32–4032.
- Riondet, B. (2007). Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata. Retrieved from <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/5391>
- Sánchez Aguilar, M. y Toledo Agua, S. (2015). La Historia Clínica Electrónica. Una nueva forma de comunicación. Recuperado en: https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/21737/historia_sanchez_toledo_IICICS_2015.pdf?sequence=1
- Sobrequés Soriano, J., & Piñol Moreso, J. L. (2001). Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Atención Primaria*, 28(8), 535–542.
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70444-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70444-1)
- Systems, H. I. (n.d.). Addressing the risk of copy-paste documentation errors.
- Tarí Guilló, J. J. (2000). *Calidad total: fuente de ventaja competitiva*. Publicaciones de la Universidad de Alicante. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante.
<https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>

Anexos

Anexo 1: Cuadro 1: Características de los Sujetos de Investigación

Código	SEXO	EDAD	Estudios Universitarios			Años en experiencia asistencial		Ha laborado en otras instituciones de salud
			Pregrado Medicina	Posgrado Medicina Interna	Otros estudios superiores	Médico General	Internista	
E-1	Masculino	34	Universidad Pública 1	Universidad Pública 1	Si	1.5	5	Si
E-2	Femenino	41	Universidad Pública 1	Universidad Pública 1	Si	1.5	12	Si
E-3	Masculino	61	Universidad Privada 1	Universidad Pública 1	Si	2.5	31	Si
E-4	Femenino	49	Universidad Privada 1	Universidad Privada 1	Si	3	20	No
E-5	Masculino	42	Universidad Pública 1	Universidad Pública 1	No	6	13	Si
E-6	Femenino	35	Universidad Privada 1	Universidad Privada 1	Si	4	4	si
E-7	Masculino	56	Universidad Privada 1	Universidad Privada 1	No	9	23	No
E-8	Masculino	33	Universidad Pública 1	Universidad Pública 1	No	8	4.5	si
E-9	Masculino	37	Universidad Internacional 1	Universidad Internacional 2	Si	2	4	Si
GF-11	Masculino	45	Universidad Privada 1	Universidad Pública 1	No	8	7	Si
GF-11	Masculino	34	Universidad Pública 1	Universidad Pública 1	No	1.5	6	Si
GF-11	Femenino	30	Universidad Pública 1	Universidad Pública 1	No	1	2	Si
GF-11	Masculino	32	Universidad Pública 1	Universidad Pública 2	No	3	2	Si
GF-11	Femenino	33	Universidad Privada 2	Universidad Privada 1	No	4	3	Si
E-11	Masculino	55	Universidad Privada 1	Universidad Privada 1	Si	2	23	No

Anexos 2 y 3. Actas de Aprobación Comités de Ética



Medellín, 19 de octubre de 2018

Señora
LINA MARIA LÓPEZ CANO
Investigador
Hospital Pablo Tobón Uribe
Medellín

Ref: "Calidad del Registro en la Historia Clínica: Una mirada desde los médicos internistas" Protocolo: 2018.085

Cordial saludo:

Por la presente informamos que con fecha 18/10/2018 según consta en el acta 20/2018, el Comité de Investigaciones y Ética en Investigaciones del Hospital, aprobó la realización del estudio en el Hospital Pablo Tobón Uribe.


Aparece como comité responsable Comité de bioética de la Facultad de Medicina de la U de A. Se debe adicionar el CIEI del HPTU y sus contactos

Al finalizar el estudio debe dejar informe escrito de la investigación en el Hospital y en caso de presentaciones o publicaciones, deben dar los créditos al Hospital.

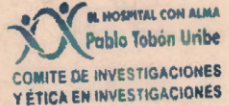
Igualmente debe diligenciar, firmar y devolver el acta de compromiso antes de comenzar la investigación, la cual se anexa.

Si en un año no han terminado la investigación, deben someter un informe de avance al Comité.


Atentamente,



JOHN JAIRO ZULETA TOBON
Secretario Comité de Investigaciones y Ética en Investigaciones
Calle 78B # 69-240 – teléfono 4 445 92 88 - Fax 4 445 97 58



Calle 78B N°. 69-240 *Con:(574) 445 90 00 Ext. 8905
comiteinvestigaciones@hptu.org.co *www.hptu.org.coMedellín - Colombia

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1103</p>	<h2>ACTA APROBACION PROYECTOS</h2>	FACULTAD DE MEDICINA
		CÓDIGO F-017-00
		VERSIÓN 01

4. El comité se reserva el derecho de hacer nuevas revisiones del proyecto a solicitud de alguno o algunos de sus miembros o de las directivas institucionales con el fin de revisar lo relacionado con el bienestar y los derechos de los participantes en la investigación.
5. El comité deberá informar a las directivas institucionales correspondientes cualquier evento t^o cante con faltas de cumplimiento de las obligaciones del investigador en el desarrollo del proyecto, de las solicitudes del comité o suspensiones del proyecto por razones de tipo ético.
6. Se informara a la dirección del Instituto de Investigaciones sobre situaciones como: 1) efectos dañinos que se ocasionen a los participantes de esta investigación; 2) situaciones que signifiquen riesgos para los participantes o para personas independientes; 3) cambios ocurridos en el proyecto que fueran aprobados por el comité; y 4) situaciones distintas que de alguna manera puedan influenciar negativamente el buen desarrollo de la investigación.
7. La aprobación de este proyecto tendrá una duración de un año a partir de la fecha de aprobación; si se debe continuar por más tiempo, deberá someterse a aprobaciones anuales hasta la finalización del mismo. El investigador deberá anexar la documentación pertinente para cada nueva revisión del proyecto por parte del comité.

El investigador deberá informar al comité y al Instituto sobre los siguientes eventos:

- a. Cambios que se realicen en el proyecto, los cuales deberán ser aprobados en una nueva sesión del comité.
- b. Situaciones imprevistas que puedan implicar riesgos para los participantes.
- c. Efectos adversos que ocurran en los participantes, en las 24 horas siguientes a su ocurrencia.
- d. Alteraciones del rumbo de la investigación que alteren la adecuada proporción entre riesgos y beneficios.
- e. Las decisiones tomadas por comités de ética de otras instituciones que participen en el proyecto.
- f. Los informes parciales, finales o de suspensión temporal o permanente del proyecto, con las debidas razones que los justifiquen.

El investigador deberá presentar informes parciales del estudio cada (6) meses.

En este proyecto no se encontraron conflictos de interés por parte de los investigadores.

Sugerencias y comentarios: Debe enviar informe parcial en el mes de marzo de 2019

Nota: Para efectos de la investigación sólo podrá utilizarse el Consentimiento Informado avalado, con el sello del Comité de Bioética.

Atentamente,



GABRIEL JAIME MONTOYA MONTOYA
Presidente

Anexo 4: Guion de Entrevista Semiestructurada #1

Preámbulo

Agradecemos su participación y asistencia a esta entrevista. El objetivo de la presente investigación es comprender el significado de la calidad del registro de la historia clínica, para usted como médico internista de Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín.

Teniendo en cuenta que la historia clínica es el registro generado en la atención de la salud, la cual es definida “como un documento integral para la adecuada atención del paciente, donde se recoge la información que procede de la práctica clínica, y donde se indican todos los procesos a los que ha sido sometido cada paciente”, es claro que la calidad del registro de la misma depende en gran parte del médico. De ahí, nuestro interés en preguntarle a los médicos internistas del HPTU por la calidad del registro de la historia clínica.

Recuerde que su contribución o participación en este estudio es de carácter voluntario, al igual si considera retirarse en algún momento de la entrevista puede hacerlo. Es importante anotar que no hay respuestas buenas o malas, lo único que se espera es que pueda responder con confianza y sinceridad y tenga en cuenta que toda la información que usted nos propone se manejará de manera confidencial por parte de los investigadores y sus datos de identificación no quedarán publicados en ningún registro ni informe del presente estudio

Con el ánimo de aprovechar fielmente toda la información que usted puede proporcionarnos, es importante grabar la entrevista, siempre y cuando lo haya aceptado. Usted podrá interrumpir la grabación cuando lo estime conveniente, aunque haya permitido la grabación, puede retirar su aprobación.

(Aplicar el consentimiento informado y firmar si el médico internista desea participar)

Ficha frontal

Edad _____

Sexo _____

¿Cuántos años ejerció su profesión como médico general?: _____

¿Cuántos años ha ejercido su profesión como médico internista?: _____

Nombre de la universidad dónde realizó el pregrado de medicina: _____

Nombre de la universidad dónde se especializó en medicina interna: _____

¿Ha realizado otros estudios, especializaciones o subespecializaciones? Sí ____ No ____

¿Cuál (es)? _____

En el transcurso de su ejercicio profesional, ¿ha trabajado en el área académica?:

Sí _____ No _____

¿Cuál (es) instituciones académicas y en qué cargo? _____

¿Cuántos años lleva de experiencia como docente? _____

¿En qué instituciones de salud ha laborado y en qué cargos? _____

¿Trabaja en otras instituciones? Sí ____ No ____ ¿Cuáles? _____

Guion de preguntas abiertas

Hablemos inicialmente de la formación recibida tanto en pregrado y posgrado, sobre calidad del registro de las historias clínicas

1. ¿Cómo fue la formación que la universidad le brindó en pregrado para la elaboración de las historias clínicas?

2. ¿Cómo fue la formación que la universidad le brindó en posgrado para la elaboración de las historias clínicas?
3. ¿Cuénteme la experiencia de una clase que usted recuerde, en la que se trató el tema del diligenciamiento de la historia clínica?
4. ¿Cuénteme de la experiencia con algún profesor en su formación, que le aportó al diligenciamiento de la historia clínica?
5. Si pudiera, ¿qué les recomendaría a las facultades de medicina, sobre cómo fortalecer la enseñanza del diligenciamiento de las historias clínicas?

Ahora vamos a hablar sobre los aprendizajes que a partir de su experiencia profesional reconocen en relación con el mejor diligenciamiento de la historia clínica.

6. ¿Recuerda usted cómo diligenciaba las primeras historias clínicas como médico general?
7. ¿Recuerda usted cómo diligenciaba las primeras historias clínicas como médico especialista?
8. ¿Cuéntenos cuáles serían las diferencias del diligenciamiento entre las primeras historias clínicas y las que hoy diligencia?
9. Si, lo ha hecho, ¿cómo ha realimentado a algún colega o ha sido realimentado sobre la forma como se debería diligenciar la historia clínica?
10. ¿Qué importancia le da en su quehacer a la historia clínica?

Conversemos ahora sobre las motivaciones y la valoración que se le da a la calidad del registro en la historia clínica

11. Cuéntenos, dentro su experiencia, ¿qué es lo que más ha disfrutado en el ejercicio de su profesión?
12. ¿Cuáles son sus principales motivaciones para una adecuada elaboración de historias clínicas?
13. ¿Qué aspectos considera usted debe contener una historia clínica para que esta sea de buena calidad?
14. ¿Cuéntenos para que cree usted que sirve la información de la historia clínica?
15. ¿Qué grado de importancia considera usted debe tener la calidad en la historia clínica para una institución de salud y para un sistema de información de salud?

Para ir cerrando, hablemos un poco de la autocrítica que pueden desarrollar en torno al propio diligenciamiento de la historia clínica.

16. Dr., para usted ¿qué representa tener que diligenciar historias clínicas?
17. Durante la elaboración de la historia clínica, ¿qué tanto se cuestiona usted si lo está haciendo adecuadamente?
18. ¿Cómo cree que repercute en usted, el diligenciamiento de la historia clínica?
19. ¿Cómo cree que repercute en el paciente, el diligenciamiento de la historia clínica?
20. ¿Cómo cree que repercute en el sistema de información hospitalario, el diligenciamiento de la historia clínica?

Cierre

21. Dr., ¿habrá algo que usted considere importante de este tema que me quiera compartir y que yo no le haya preguntado?
22. Dr., si cuando yo esté analizando la información que usted me proporcionó, tengo

alguna duda e inquietud puntual, ¿puedo contactarlo nuevamente? Sí _____ No _____

Número del teléfono fijo _____

Número del celular _____

Correo electrónico _____

Anexo 5: Guion de Entrevista #2

Significado de la Calidad del registro de la HC en MD internistas

Preámbulo... Significado de la Calidad del registro de la HC en MD internistas de HPTU.

Trabajo de grado de Lina María López, estudiante de Maestría en educación superior en salud, Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.

Consentimiento informado.

Preguntas:

En relación con su formación de pre y posgrado: ¿Qué lo marcó en cuanto al diligenciamiento de la HC?

Desde su perspectiva, ¿Qué tanto sigue siendo la medicina interna, una especialidad referente en la calidad del registro de la HC?

¿Qué tanto la reputación que un MD adquiere entre colegas, se deba al diligenciamiento del registro de la HC?

En su concepto, ¿Qué impacto tiene la calidad del registro de la HC en el paciente?

Hablando de la HC, ¿Qué tanto logra ser un mecanismo de comunicación entre personal MD y para-MD?

Sobre el registro de la HC, ¿Qué tanto se escribe en la HC, en relación con todo lo que piensa el MD durante el análisis del caso clínico de su paciente?

En ese mismo sentido, ¿Qué sucede con el “copia y pegue” de trozos de HC para agilizar su diligenciamiento?

En relación con los diagnósticos que se escriben al inicio de la atención de un paciente, ¿Cómo es el proceso de actualización del mismo, y el impacto de no hacerlo para el sistema de información de la región y del país, para la posterior toma de decisiones?

Para empezar a cerrar, ¿Cómo lograr una mayor cultura entre los MD, del adecuado diligenciamiento de la HC?

Por último, ¿Hay algo que no le hayamos preguntado, que considere importante mencionar?

Agradecimiento y dejar puerta abierta.

Anexo 6: Consentimiento Informado

Proyecto de Investigación.

“Calidad del Registro en la Historia Clínica: *Una mirada desde los médicos*”
internistas Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, 2018

Estimado participante:

Es probable que el presente formulario de consentimiento contenga palabras o conceptos que usted no entienda. Por favor, pídale al investigador que le explique todas las palabras, conceptos o información que no comprenda con claridad. Igualmente, puede realizar todas las preguntas que considere pertinentes para tomar su decisión, tómese el tiempo necesario para que pueda voluntariamente aceptar su inclusión en la investigación.

Identificación del investigador.

Nombre Lina María López Cano

Dirección: Calle 48 No39- 61 Medellín

Teléfonos: 254-88 23 Móvil: 300-719-07-84

Correo electrónico: limaria10@gmail.com

Sitio de trabajo: Departamento de Gestión de Información Clínica, Hospital Pablo Tobón Uribe. Teléfono: 445 -91 -86

Sitio donde se llevará a cabo el estudio.

Hospital Pablo Tobón Uribe

Entidad que respalda la investigación.

Unidad de investigación del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín.

Entidad que patrocina la investigación.

Recursos propios del investigador principal.

INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE.

Propósito

Apreciado Doctor (a),

Usted es un profesional asistencial médico internista, que presta servicios de salud, investigación y docencia en el Hospital Pablo Tobón Uribe, pertenece a una de las especialidades que mayor volumen de pacientes trata en el Hospital, actúa como integrador de otras especialidades que tratan clínicamente a los pacientes adultos mayores de diferentes patologías y de alta complejidad en la atención médica. Usted ha sido seleccionado(a) para participar en esta investigación que tiene como propósito comprender el significado que tiene para los médicos internistas de Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín la calidad del registro de las historias clínicas.

Participación: En esta entrevista conversaremos sobre la formación recibida tanto en pregrado y posgrado sobre el registro de la información en las historias clínicas, los aprendizajes, las experiencias, las motivaciones, las valoraciones, la autocrítica que como médico internista le da a la calidad de la información registrada en la historia clínica.

Sitio de ejecución. Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU) de Medellín

Razón de ser del proyecto: Este proyecto es importante, porque nos permite conocer cómo ha sido la relación médico– paciente, desde el acto del registro médico y poder conocer el significado que tiene de calidad del registro de información en la historia clínica.

¿Por qué lo estamos invitando a participar?: dado que Usted es un profesional asistencial médico internista que presta servicios de salud, investigación y docencia en el Hospital Pablo Tobón Uribe, siendo una de las especialidades que mayor volumen de pacientes trata en el Hospital, con una adecuada cultura del manejo del registro de datos e información en la historia clínica, actúa además como integrador de otras especialidades que tratan clínicamente a los pacientes adultos mayores de diferentes patologías y de alta complejidad en la atención médica; es para nosotros muy importante comprender el significado que usted tiene sobre la calidad del diligenciamiento de la información en las historias clínicas

Para esta investigación es necesario darles a conocer este consentimiento informado y contar con su autorización firmada para participar en ella, declarando que comprende totalmente los propósitos y que acepta voluntariamente ser entr

Número de participantes: En la investigación se espera entrevistar aproximado a 20 médicos internistas del Hospital Pablo Tobón Uribe, hasta obtener la información que permita la comprensión de los significados que tienen de la calidad de la información registrada en la historia clínica

Procedimientos del estudio.

Para obtener la información que se necesita realizaremos entrevistas individuales a los médicos internistas del Hospital Pablo Tobón Uribe. Las entrevistas tendrán aproximada una duración de una hora y es probable que, en un momento posterior del estudio, usted sea llamado(a) a profundizar en algunos aspectos de interés para la investigación.

La entrevista será grabada, siempre y cuando usted acepte y posteriormente se transcribirá para el análisis de lo dialogado.

Confidencialidad: Toda la información obtenida en este diálogo tendrá un manejo estrictamente confidencial y anónimo. La entrevista será registrada con un código. Su nombre no será incluido en los documentos finales del estudio con el fin de proteger su intimidad. La información será manejada exclusivamente por el investigador y utilizada para los fines académicos del estudio. Los archivos documentales que genere la investigación serán protegidos de posibles utilidades por terceras personas ajenas a la investigación.

Costos: Usted no tiene que asumir ningún costo.

Beneficios: La entrevista le ofrece la posibilidad de que usted aporte sus experiencias y opiniones para comprender el asunto objeto de esta investigación, lo cual estará sumado o abonado a las compensaciones de la transmisión del conocimiento en el ámbito de generar cultura del adecuado diligenciamiento de la información en las historias clínicas, relevante para la atención de los pacientes, las instituciones y la ciencia.

Riesgos: La información será manejada en forma totalmente confidencial y anónima, por tanto, no hay riesgo para usted como entrevistado.

Derechos: Dado el carácter libre y voluntario de la entrevista, puede interrumpir el curso de la misma o responder selectivamente las preguntas planteadas cuando usted encuentre motivo para ello.

Compensación: No hay ningún tipo de compensación económica por su participación. Cuando se tengan los resultados finales se le invitará a participar en los espacios de presentación de los hallazgos.

Responsabilidad del participante al hacer parte del proyecto: al hacer parte de este proyecto su compromiso es con facilitar sus conceptos y apreciaciones con la mayor objetividad posible, de acuerdo con lo que usted indique del significado sobre sus experiencias y opiniones para comprender el asunto objeto de esta investigación.

Igualmente, le informo que Usted puede responder libremente a las preguntas o negarse a realizarlo en el momento que lo considere conveniente, se puede retirar de la investigación y puede solicitar la entrevista en el momento que lo desee.

Disposición final de los datos recolectados

Para cualquier información puede contactar:

Lina María López Cano (investigador principal), teléfonos (4) 445-91- 86o al móvil 300-719-07-84E-mail: limaria10@gmail.com

Doctor Carlos Enrique Yepes Delgado (coinvestigador) Teléfonos: 445 9753 Celular 3176426367Correo electrónico:caenyede@gmail.com

Aceptación: Si tiene alguna duda o si desea más información, podemos ampliarla en este momento. La entrevista iniciará sólo en el momento en que usted considere que las condiciones están dadas para hacerlo y tendrá una duración aproximada de una hora. Si usted está de acuerdo en conceder esta entrevista individual, podemos proceder. Su firma en este formato de consentimiento informado indica que usted decidió participar en este estudio. Cuando tenga los resultados lo contactaré para compartirlos con usted.

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o mímicas para participar en el estudio; que dicha decisión la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, consciente y libremente.

Doy constancia de que he recibido una copia del presente consentimiento informado.

Nombre del entrevistado: _____

Cédula: _____.

Testigo 1: _____

Cédula: _____.

Testigo 2: _____

Cédula: _____.

Nombre del entrevistador: _____

Cédula: _____.

Contacto del Comité de Investigaciones y Ética en Investigación Hospital Pablo Tobón Uribe

Padre: JAIME ALBERTO LÓPEZ MONSALVE

Presidente - Comité de Investigaciones y Ética en Investigación

Email: comiteinvestigaciones@hptu.org.co

Teléfonos: 445 92 88 - Fax 445 97 54

Calle 78B N° 69-40 *Cons(574) 4459000 Ext 8905

comiteinvestigaciones@hptu.org.co * www.hptu.org.co Medellín – Colombia

Anexo 7. Cuadro 2: Categorías Descriptivas

Arte y Estética	Calidad	Cirujanos	Complejidad
Comunicación	Comunicación Enfermeras	Confianza	Credibilidad
Cultura de la Información	Currículo	Currículo Oculto	Datos Valiosos
Decisiones Compartidas	Ética	Experiencia	Fatiga
Formación	Hábitos de Escritura En Hce	Historia Clínica Electrónica (HCE)	Humanización de la Atención
Interdisciplinarieda d	Kardex	Limitación	Medicamentos
Medicina de Alto Valor	Notas de Enfermería	Omisión	Paradigmas
Pensamiento Reflexivo	Prestigio	Realimentación	Requerimientos de Médicos
Rondas Conjuntas	Seguridad del Paciente	Sesgo Cognitivo	Significado de la Historia Clínica
Tecnologías de Información			