**ANÁLISIS DE CALIDAD EN EL REGISTRO DE LA ANAMNESIS EN HISTORIAS
CLÍNICAS DE CONSULTA EXTERNA**

**JESICA ALEJANDRA CRUZ CASTAÑEDA
EVELIN JULIETH LÓPEZ QUIÑONEZ
KATHERINE JOHANA OLAYA SÁNCHEZ**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
BOGOTÁ, MAYO 2018**

**ANÁLISIS DE CALIDAD EN EL REGISTRO DE LA ANAMNESIS EN HISTORIAS
CLÍNICAS DE CONSULTA EXTERNA**

**JESICA ALEJANDRA CRUZ CASTAÑEDA
EVELIN JULIETH LÓPEZ QUIÑONEZ
KATHERINE JOHANA OLAYA SÁNCHEZ**

Director Monografía. ALEJANDRA VALENZUELA CAZES

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
BOGOTÁ, MAYO 2018**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
I. INTRODUCCIÓN.....	7
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
B. OBJETIVOS	8
1. Objetivo General	8
2. Objetivos Específicos	9
C. JUSTIFICACIÓN	9
II. MARCO TEÓRICO	12
A. ELEMENTOS CONCEPTUALES	12
1. Definición de la Historia Médica	12
2. Importancia y Repercusiones	13
3. Características generales de la Historia Clínica	14
4. Características especiales de la Historia Clínica	14
B. MARCO LEGAL.....	15
1. Resolución 1995 de 1999.....	15
2. Resolución 001715 de 2005.....	16
3. Resolución 058 de 2007.....	16
4. Ley 100 de 1993.....	16
5. Ley 23 de 1981	17
6. Decreto 3380 de 1981	17
7. Ley 10 de 1990.....	17
8. Decreto 1011 de 2006	17
9. Acuerdo 049 de 2000	17
10. Ley 734 de 2002.....	18
C. Componentes de la Historia Clínica	18

1. Historia de la Anamnesis.....	19
2. Anamnesis – Identificación del paciente.....	21
3. Puntos críticos en la Historia Clínica	23
4. Principales errores en la historia Clínica	25
III. METODOLOGÍA	27
A. Población.....	28
B. Instrumentos de Recolección de Información.....	29
C. Técnica de Evaluación Investigativa	29
D. Triangulación de la Información	30
IV. RESULTADOS	32
V. DISCUSIÓN	33
VI. CONCLUSIONES	35
VII. RECOMENDACIONES	38
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

RESUMEN

Las historias clínicas son instrumento documental de carácter privado, registra condición física y médica que padece el paciente, cuenta diversas patologías y procedimientos al profesional de salud del centro médico; Es inminente que la anamnesis sea real, conforme al paciente de resultado diagnóstico médico exitoso; caso contrario, pone en riesgo al paciente y legalidad del proceso. La problemática evidencia cuando el personal encargado de incorpora datos de consultas externas omite realizar procedimiento de Ley; con consecuencias perjudiciales. Surge el interrogante: **¿Cuál es la importancia del análisis de calidad en el registro de la historia clínica del servicio de consulta externa?**, responder a través de la metodología cualitativa, análisis de recolección de información, documentación científica, artículos indexados, reflexión, normatividad e investigaciones.

Palabras Clave. Anamnesis, historia clínica, personal de la salud, consulta externa.

ABSTRACT

The medical records are a private documentary instrument, record physical and medical condition suffered by the patient, account various pathologies and procedures to the health professional of the medical center; It is imminent that the anamnesis be real, according to the patient with a successful medical diagnostic result; Otherwise, it puts the patient at risk and the legality of the process. The problematic evidences when the personnel in charge of incorporating data of external consultations omit to carry out the procedure of Law; with harmful consequences. The question arises: What is the importance of quality analysis in the record of the clinical history of the outpatient service? Answer through the qualitative methodology, analysis of information collection, scientific documentation, indexed articles, reflection, normativity and investigations.

Keywords. Anamnesis, clinical history, health personnel, external consultation.

I. INTRODUCCIÓN

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El inadecuado registro y manejo de las historias clínicas generan problemáticas que no permiten desarrollar un apropiado proceso de atención como es la valoración general, el diagnóstico, el tratamiento oportuno y la rehabilitación del paciente que acuden al servicio de consulta externa. De acuerdo con esta realidad, surgió la necesidad de analizar las diversas estrategias que maneja el equipo de salud para identificar, prevenir y reflexionar acerca del adecuado manejo de las historias clínicas.

Las historias clínicas son un documento privado y obligatorio tanto para la persona que utiliza el servicio médico como para el personal que tiene acceso a la misma; Igualmente, “las historias clínicas deben ser diligenciadas de forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin espacios en blanco y sin utilizar siglas” (1).

“Este documento únicamente puede ser conocido por terceros con previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” (1).; se considera que las historias clínicas tanto manuales como sistematizadas, deben ser diligenciadas de manera clara, concisa y completa, de acuerdo a lo identificado en el paciente, situación que en ocasiones no se evidencia.

Esta monografía busca generar un impacto positivo y de análisis haciendo énfasis a la importancia de realizar un adecuado registro en las historias clínicas, para que el equipo de la salud logre brindar un atención oportuna a los pacientes que ingresen al servicio de consulta externa; la meta es generar espacios de reflexión que permitan identificar y prevenir los factores que influyen en los diferentes casos en donde se observa un inadecuado manejo y diligenciamiento en las historias clínicas.

El conocimiento que tiene el personal de la salud en relación a esta temática es escaso, esto se debe en parte a que no se dimensiona la importancia que tiene el dar un adecuado manejo a este documento, el cual tiene su fundamento en los diferentes marcos jurídicos, en la normatividad y en la ley en general; por lo tanto, es necesario crear espacios de reflexión en los que permita determinar las falencias que intervienen en el proceso de diligenciamiento y manejo de las historias clínicas.

Si bien esta problemática no es nueva, se trae a colación en esta investigación porque es un tema que ha generado mucha polémica en relación a los diferentes interrogantes que se tejen a su alrededor, tales como ¿Qué es una historia clínica?, ¿Cuál es la importancia de la historia clínica, ¿Cuáles son los componentes de la historia clínica?, ¿Cual es marco jurídico que reglamenta el manejo y el diligenciamiento de las historias clínicas?

Las anteriores preguntas evidencian que debido a que no se le brinda la importancia necesaria a la anamnesis de la historia clínica, el personal de la salud no genera un espacio de interacción y capacitación donde se impartan conocimientos acerca de los fundamentos legales que exigen calidad a las historias clínicas, por ello, a partir de lo anterior surgió la necesidad de realizar una revisión y un análisis bibliográfico sobre la normatividad que regula los aspectos de calidad en el diligenciamiento de las historias clínicas, es así, que surge para los investigadores un interrogante que se plantea de la siguiente manera ¿Cuál es la importancia del análisis de calidad en el registro de la anamnesis en historias clínicas del servicio de consulta externa?

B. OBJETIVOS

1. Objetivo General

Analizar y conocer la importancia de la calidad en el registro de la anamnesis en historias clínicas de consulta externa de acuerdo a lo estipulado en la normatividad establecida en el sistema obligatorio de calidad en salud.

2. Objetivos Específicos

- Conocer la normatividad que existe en relación al buen procedimiento y registro de las historias Clínicas.
- Demostrar las fallas encontradas al momento de hacer el registro, llevando esto a diligenciar la Historia Clínica con defectos.
- Determinar la calidad del diligenciamiento y manejo de la Historia Clínica en su aspecto de estructura y contenido.
- Comprobar los métodos de mejoramiento, para crear conocimiento y conciencia al personal que labora en el área de la salud, al momento de diligenciar la Historia Clínica con el fin de mejorar el servicio.

C. JUSTIFICACIÓN

La Historia Clínica es un mecanismo sistemático de continuo conocimiento y evaluación del usuario y/o paciente que utilizan los diferentes servicios de salud, es de suma importancia conocer la calidad con la que es utilizada esta herramienta fundamental, puesto que una historia clínica es la principal herramienta que facilita al personal de salud conocer a sus pacientes, conducir a un diagnóstico concreto y claro como también, a un estudio complementario que permitirá obtener un adecuado tratamiento y rehabilitación con base a la patología de cada paciente.

En la eficacia del diligenciamiento de esta herramienta documental se logra reflejar la calidad de la atención y manejo profesional que se le dio al paciente, lo anterior se corrobora con la identificación de un posible diagnóstico y las canalizaciones pertinentes de los recursos humanos, tecnológicos, científicos y económicos que son necesarios para brindar una atención adecuada al usuario.

De acuerdo a lo anterior, en la actualidad los centros prestadores del servicio de salud, asumen diferentes roles u obligaciones en el momento de llevar a cabo una evaluación y seguimiento para diligenciar la Historia Clínica; estos parámetros son establecidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la normatividad vigente; por esta razón, la historia clínica al estar bien elaborada es la principal herramienta para tener un adecuado proceso en las fases del diagnóstico, adecuado análisis y completo estudio de un paciente que requiere el servicio de salud; así observan excelentes resultados y mejoramiento en el servicio de la salud; diligenciando adecuadamente este documento se evidencia la excelente calidad y atención al paciente y una buena ética profesional.

A su vez, la historia clínica es considerada un documento legal, ya que en algunas situaciones jurídicas son utilizadas como medio probatorio en diferentes procesos judiciales en contra del equipo de salud, cuando se percata que están mal elaboradas y son de baja calidad, por ende, todo el personal de salud debe tener el conocimiento sobre el significado de la historia clínica y las implicaciones que trae consigo la anamnesis incorporada en la misma.

La legislación nacional a través del Ministerio de salud tiene una directriz sobre el diligenciamiento de las historias clínicas, así mismo, es de obligatorio cumplimiento que las instituciones prestadoras de salud capaciten a sus profesionales en los lineamientos propios sobre la forma en cómo se debe incorporar la anamnesis a las historias médicas, pero de igual manera, las disposiciones de dichas instituciones no pueden hacer caso omiso a los parámetros exigidos por el Ministerio.

Actualmente muchas instituciones de la salud presentan deficiencias en la calidad de las historias clínicas por lo mencionado anteriormente, en razón de ello, esta investigación encuentra su justificación al observar la importancia que contiene realizar un adecuado registro de los pacientes y/o usuarios en las consultas externas, por ello, para el desarrollo de esta investigación se acude a realizar un análisis bibliográfico relacionado con la calidad del registro en la anamnesis de las historias clínicas de

consulta externa, ya que las falencias y/o deficiencias detectadas en este procedimiento no permiten realizar un adecuado diagnóstico y una adecuada canalización de atención y recursos que requiere el paciente.

II. MARCO TEÓRICO

A. ELEMENTOS CONCEPTUALES

1. Definición de la Historia Médica

La historia clínica como se ha expuesto en apartados anteriores, es una herramienta con la que cuenta tanto el personal médico como el paciente, pero más allá de ser un documento útil para identificar una patología y hacerle el seguimiento a la misma, es la evidencia de la relación que surge entre médico y paciente, la cual se funda en un compromiso responsable y legal donde está de por medio la salud de un ser humano, es entonces el registro médico en el que se incorpora todas las actuaciones realizadas en pro de la salud del paciente, dentro de las características principales se tienen las siguientes: la profesionalidad, que indica que solo el profesional médico es el capacitado para realizar la historia médica del paciente; la ejecución típica, haciendo referencia al principio “lex artis ad hoc”, el cual manifiesta que se debe ejecutar el procedimiento adecuado en el momento que se trata al enfermo; el objetivo, es la ayuda que se le presta al paciente y por último la licitud, donde es la norma jurídica respalda la Historia Clínica como un formato preciso para el procedimiento médico (2).

Cuando se hace referencia a una historia clínica se define como “Un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” (1, art. 1).

Por su parte, Rey y Rinesi indican que la historia clínica no solo es un banco de datos, es a través de este documento donde se adopta la ficha técnica de la patología de un paciente, estos autores establecen que la historia clínica permite registrar los diferentes datos médicos del profesional de la salud que tiene a su cargo la atención del usuario,

así mismo, incorpora la opinión de otros facultativos que intervienen en el proceso clínico cuando se presentan las interconsultas o cambios en las terapias (3).

El concepto que se tiene de la historia clínica infiere que es un documento en el cual desde la primera llegada del paciente al centro médico se debe implementar, incorporando en primera medida los datos personales del usuario y paso seguido, todo lo correspondiente a la dolencia que se exterioriza. Es importante indicar al paciente que la información sobre su estado de salud es una responsabilidad que recae en sí mismo, por ende, no es admisible el ocultamiento del verdadero estado de salud al profesional médico ya que todo lo que el paciente exponga queda consignado dentro de la historia clínica y es sobre esa información en conjunto con otros elementos, el medio por el cual se realiza un correcto diagnóstico, tratamiento y cura.

2. Importancia y Repercusiones

La historia clínica al contener la anamnesis constituye el registro de sucesos íntimos no solo del paciente sino también de sus familiares, por esta razón tiene carácter de privado y confidencial, lo que indica que su contenido no puede ser de común conocimiento a terceros, de igual manera, permite encasillar la dolencia del paciente dentro de un marco teórico que al analizarse admite encuadrar la sintomatología en una determinada enfermedad para proseguir al tratamiento o procedimiento adecuado para la patología; la historia médica permite orientar la fase terapéutica, entendida esta como la forma en que el medico concluye cual es el tratamiento adecuado, sea psicológico o biológico, ideal para tratar la patología, por ello, se hace énfasis en que se deben incorporar una anamnesis de forma completa y clara, a su vez, como se tiene entendido, uno de los objetivos de la medicina es la investigación, por consiguiente, cada caso medico es una investigación particular, pero la misma debe estar sometida a la normatividad vigente, por cuanto no es admisible experimentar algún tipo de tratamiento sobre el paciente. Otro de los aportes de la historia clínica se encuentra enfocado en el área administrativa, toda vez, que por saberes de tipo económico y gerencial, es el escrito de mayor importancia para tener un soporte al momento de

llevar acabo el procedimiento médico, con este documento se logra aclarar las complicaciones sufridas durante la práctica de un procedimiento, por último, tiene implicación médico legal puesto que es parte integral del contrato de servicios médicos en el que las partes son el paciente y el médico, en su mayoría respaldado por un centro médico de salud (4).

3. Características generales de la Historia Clínica

En la historia clínica es donde se evidencia efectivamente los conocimientos, la destreza y las habilidades del personal médico que atiende a un paciente y es a través de la anamnesis donde el paciente expone al médico a través de una entrevista clínica los pormenores de su estado de salud y los antecedentes clínicos de su familia como de el mismo, así mismo, la exploración física, los exámenes complementarios, los juicios de valor y el tratamiento prescrito hacen parte de la inspección que se debe incorporar en la historia clínica, de allí se derivan ciertas características generales tales como: la obligatoriedad, que hace referencia a que ningún procedimiento se ejecuta sin revisión previa de la historia clínica; es irremplazable, en cuanto a que la historia clínica debe ser escrita y no sometida a la memoria del médico; es privada puesto que es confidencial salvo en casos excepcionales donde el medico es obligado a revelar el secreto profesional en situaciones puntuales como que peligre la vida del conyugue o descendencia, cuando se trata de menores de edad o incapaces, a familiares si se contribuye con el tratamiento, por orden judicial o al enfermo si la información le conviene; es objetiva y veraz, ya que se basa en hechos reales sobre la situación médica del paciente, por ende, no hay cabida a la especulación (5).

4. Características especiales de la Historia Clínica

En cuanto a las características específicas de la historia clínica, se encuentra la integralidad, que como su nombre lo indica es la herramienta mediante la cual se unen elementos científicos, técnicos y administrativos para llevar a cabo una atención en el área de la salud en todas sus fases ya sea de fomento, promoción, prevención,

diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en la integralidad se involucra aspectos de índole personal, familiar y social. Por otro lado, la secuencialidad hace referencia a que en la historia clínica se deben incorporar los sucesos que han ocurrido de forma cronológica desde el momento de la atención hasta la culminación de la intervención médica, esta información debe reposar en el archivo junto con los formatos relevantes para la prestación del servicio de salud brindados al usuario; en cuanto a la racionalidad científica, esta se enfoca en la atención medica como tal, es decir, contiene la explicación de las acciones médicas que se emplearon en beneficio de la salud del paciente, lo que incluye el diagnostico, el manejo y el tratamiento; a su vez, la característica de la disponibilidad hace referencia a que la historia clínica debe estar disponible para el momento en que el paciente lo requiera o cuando un tercero lo solicite salvo las limitaciones que la ley tiene establecidas; como ultima característica especifica se encuentra la oportunidad, que indica el término que la Ley tiene estipulado para consignar la información en la historia clínica, la cual debe ser simultánea o inmediata a la atención que preste el personal médico (6).

B. MARCO LEGAL

1. Resolución 1995 de 1999

En Colombia la normatividad que hace referencia al manejo de las historias clínicas está conformado por leyes y resoluciones que expiden las autoridades correspondientes con el objetivo de reglamentar el uso de este instrumento documental en beneficio tanto del paciente como del personal médico, una de las principales normas que están destinadas a este tema es la Resolución 1995/1999 (1), dada por el Ministerio de Salud en la cual se establece las normas requeridas para el manejo de la historia clínica, en esta resolución se expone el concepto, el ámbito de aplicación el cual abarca a todos los prestadores de servicios de salud, las características, la obligatoriedad del registro, la forma en cómo se debe diligenciar y los datos que debe contener, el archivo y el comité encargado de vigilar que se cumplan las normas establecidas en la materia (1).

2. Resolución 001715 de 2005

Esta resolución modifica de manera parcial la Resolución 1995 de 1999, “puesto que la Ley 791 de 2002 redujo los términos de prescripción previstos en las normas comunes, lo que obliga a cambiar el termino de retención y conservación de las historias clínicas por un periodo de 10 años cuando en el artículo 15 de la citada resolución era de 20 años, así mismo, el articulo 13 fue modificado para ajustar el procedimiento que se lleva a cabo en cuanto a la destrucción de las historias clínicas por parte de los Liquidadores de las instituciones pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud” (7).

3. Resolución 058 de 2007

Esta resolución deroga la resolución 1995 de 1999 puesto que previa solicitud de la Dirección General del Archivo General de la Nación en concordancia con la Ley 594 de 2000, se establecen las disposiciones referentes a la función archivística del Estado (8).

4. Ley 100 de 1993

Esta ley en su artículo 173 numeral 2, dispone las funciones que están a cargo del Ministerio de Salud y de la Protección Social, así mismo faculta a esta entidad estatal “para dictar las normas científicas que regulen la calidad de los servicios de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicio de salud del Sistema General de Seguridad social en salud y las direcciones seccionales distritales y locales de salud” (9).

5. Ley 23 de 1981

Esta ley estipula parámetros para la regulación de la ética médica, se crea la Historia Clínica como registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente, a su vez se dispuso la forma en cómo debía ser elaborada y el manejo que se le debía dar conforme a los artículos 33, 34, 35, 36, 37. De igual manera en el artículo cuarto de esta Ley, se manifiesta la correlación que hay del médico y el usuario debe estar instaurada sobre la base de un compromiso responsable, leal y autentico que se evidencia con la estricta reserva profesional de la historia clínica del paciente (10).

6. Decreto 3380 de 1981

Este Decreto hace mención al juramento médico y a su vez reglamenta la ley 23 de 1981 en sus artículos 23, 24 y 30 (11).

7. Ley 10 de 1990

El art. 8 de la mencionada Ley se dispone que, dentro de las ocupaciones del Ministerio de Salud, se encuentra la de formular políticas y dictar normas científico - administrativas de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran al sistema de salud (12).

8. Decreto 1011 de 2006

Con este Decreto se “establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud” (13).

9. Acuerdo 049 de 2000

Este acuerdo regula el capítulo 7° denominado “conservación de documentos” del Reglamento General de Archivos, mediante el cual se estipulan las condiciones estructurales que deben tener los sitios dispuestos para la guarda de los diferentes documentos (14).

10. Ley 734 de 2002

Esta Ley es el nuevo Código Disciplinario Único, que establece las disposiciones normativas referentes a las obligaciones y deberes de los funcionarios públicos, así mismo se establece que en cabeza de la Procuraduría se encuentra la función sancionatoria disciplinaria del Estado en contra de los funcionarios de la administración pública (15).

C. Componentes de la Historia Clínica

La Historia Clínica se conforma por varios grupos de documentos que posteriormente se unen en un carpeta para ser debidamente archivados, dichos grupos son los siguientes: (a) Informe de alta: contiene los datos del centro médico, del paciente, la hoja de la historia clínica, y el proceso realizado en el que se incorpora fecha de admisión y de alta, diagnóstico principal, procedimientos realizados y resumen clínico; (b) Hojas de curso clínico: en este documento se incorpora todo lo relacionado a la evolución del paciente, se debe estipular el médico que radica la evolución junto con la fecha y hora. (c) Hojas de datos de enfermería: esta hoja es de suma importancia puesto que en ella se consigna las anotaciones que la enfermera evidencio al ingresar el paciente, esta hoja junto a la historia médica que realiza el doctor son la base para determinar la patología y planificar la atención adecuada para el paciente. (d) Hoja de seguimiento de enfermería: esta hoja al igual que la de curso clínico se realiza con el mismo fin, pero se diferencia porque en esta la función se encuentra en cabeza de la enfermera. (e) Hoja de Quirófano: en esta hoja se plasma el estado del paciente antes de la intervención quirúrgica y lo acontecido durante el procedimiento haciendo referencia a la cirugía y a la anestesia, por ende, debe ir firmada tanto por el cirujano como por el anesthesiologo. (f) Hoja de las prescripciones médicas: esta hoja varía según el centro médico, aun así, es obligatorio que se los apellidos y firma del médico prescriptor, la fecha y la hora de la prescripción como el nombre del fármaco, la dosis correspondiente, la vía de administración y la duración. (g) Hoja de resultados: como su nombre lo indica, en esta hoja se incorporan los resultados de los exámenes por

ejemplo de laboratorio, la hoja de anatomía patológica y la hoja de exploraciones; (h) registros de enfermería: son hojas donde se ingresa información referente al plan de atención de la enfermería, plan de curas, controles, entre otros. (i) Hoja social: solo es requerida si el paciente manifiesta tener algún problema de índole social y solicita la asistencia del funcionario encargado de esta área en presencia del médico tratante; (j) Hojas de autorización: como el nombre lo indica hace referencia a las autorizaciones que han firmado pacientes, familiares o tutores para llevar a cabo la realización de un procedimiento médico. (k) Hojas administrativas: en estas reposan el ingreso del paciente a nivel administrativo donde se toman datos como la identificación, datos asistenciales y económicos, el motivo de la salida de alta del centro médico y la autorización del doctor que autoriza la salida (16)

1. Historia de la Anamnesis

La anamnesis y la historia clínica es empleada por el ser humano desde la antigüedad y su aporte ha sido significativo para la medicina en cada época. En el Papiro Edwin Smith se encuentra un archivo de 48 historias clínicas realizadas por un médico cirujano anónimo, el cual incorporo datos relevantes a la situación médica de algunas personas que sufrían patologías relacionadas con traumatismos en relación a los órganos que influían en la pérdida de ciertas acciones como el habla que ocasionaban parálisis a consecuencia de lesiones en el cerebro (17).

Por su parte, Nei Ching un médico chino de hace 4500 años estableció cuatro parámetros del examen médico, los cuales consistían en el interrogatorio, la observación, la palpación y la auscultación; en los procedimientos que se realizaban de la salud, los médicos debían realizar un estudio tanto al tono de voz como al color de la piel y la lengua, así mismo, se le indagaba al paciente sobre los sueños, gustos y aromas de su preferencia para establecer una relación que permitiera determinar las enfermedades (18).

La historia clínica como soporte escrito se remonta a la antigua Grecia en donde se hallaron diferentes manuscritos de Hipócrates en papiros, en los que se exponía los registros de los males que padecían los pacientes, estos documentos son un aporte significativo para la medicina puesto que contenían historias mediante las cuales se logró llegar a diagnósticos, pronósticos y tratamientos para los pacientes (19).

Por otro lado, las catástasis que eran historias clínicas hipocráticas analizaban las patologías del ser humano en conjunto con el medio ambiente y la época en la que se encontraban, los dictámenes hallados ascienden a 42 casos clínicos en los que se examinaba de manera minuciosa el sistema de salud del paciente, de estas historias clínicas se han obtenido numerosos aportes que aún continúan vigentes y son consultados en temas específicos como la nariz afilada, ojos hundidos, la facies hipocrática, entre otros. En cuanto a la observación del paciente, este aporte se le atribuye a Galeno quien gracias a su agudeza diagnóstica indicó que uno de sus pacientes tenía problemas hepáticos al notar signos de retención biliar en el excremento, otro avance significativo es el referido a Rhazés, quien escribió numerosos libros sobre medicina y diagnóstico los síntomas previos a la varicela (19).

Posteriormente, Paracelso resaltó la importancia de la observación indicando que a través de lo que los ojos miraban y las manos tocaban se podía llegar a diagnosticar una enfermedad que padeciera el paciente, así mismo, fue quien expuso las enfermedades profesionales de los mineros y la relación entre el bocio endémico y el cretinismo (19, p. 8).

En cuanto a la anamnesis, fue el Dr. John May quien ilustró en pequeñas historias las enfermedades que padecían sus pacientes y los tratamientos a seguir para la recuperación, de las experiencias obtenidas expidió un libro titulado "Select Observations on English Bodies" en el que incorporó entre otros casos, la descripción de unos cólicos que sufría su esposa junto a las convulsiones de las que era susceptible su hija, también una fórmula médica compuesta por polvo de gallo y cuervo que aliviaba a una mujer que presentaba la patología de enuresis. Otro autor significativo en la historia de

la anamnesis es Sir Percival Pott, quien a causa de la fractura de una de sus piernas mientras pasaba su convalecencia se dispuso a plasmar en historias médicas el interés que le surgió respecto del tema de las fracturas y posteriormente escribió sobre la tuberculosis vertebral, el cáncer del escroto en los deshollinadores (19, p. 8).

Los anteriores antecedentes que se expusieron de forma general, indican que las personas que se interesaron por la medicina siempre vieron la necesidad de consignar los descubrimientos y procedimientos de forma escrita, de tal manera, podían llevar un seguimiento a un determinado caso clínico como también descubrir nuevos elementos que contribuían al diagnóstico y tratamiento de una enfermedad en particular, la anamnesis sigue vigente en los métodos modernos ya que al recurrir un paciente a un centro médico se toma como primer punto la narración que el mismo hace de su situación médica y dolencia que lo aqueja y paso seguido se indaga sobre la situación médica de sus familiares. En el siglo XIX se empezó a incorporar el archivo que contendría las historias clínicas de los pacientes, pero la adaptación de los lugares dispuestos para esta función fue un problema, puesto que eran muchas las historias médicas y tanto los estantes como los cuartos de archivo no daban abasto (20, p. 64).

2. Anamnesis – Identificación del paciente

La anamnesis es inminentemente un procedimiento que se debe ejecutar cuando el paciente acude a un centro médico en busca de atención profesional, es el primer contacto entre médico y paciente, de esta relación surge los elementos bajo los cuales se constituye la historia del usuario referente a una dolencia que le aqueja, es por ello, un instrumento que plasma una situación médica determinada que pretende ser atendida de manera eficaz y pronta, como lo indica Andrzej Szczeklik (21)

En la Medicina la situación que se da, es el encuentro entre dos personas: enfermo y medico... el enfermo acude con su dolor, con su aflicción, su sufrimiento, su temor y pide socorro.... Y el enfermo habla. Hay que escucharle, oír su historia... y de vez en cuando es necesario hacerle una

pregunta, aclarar un detalle, determinar una cronología, etc. Para el paciente es lo más importante... (p. 76).

El autor considera que la anamnesis permite que el paciente exponga acontecimientos que el médico no logra percibir con la exploración física, de igual manera, esta primera fase de la atención medica exige que exista una buena comunicación entre el profesional de la salud y el enfermo, que el medico muestre interés en la dolencia, que se genere un ambiente de confianza y respeto mutuo, con un trato humano donde los procedimientos y la atención en general no cause ningún tipo de daño al paciente (22, p. 3).

Por ello, para realizar una anamnesis es indispensable que el profesional tenga sólidos conocimientos respecto de las patologías y las reglas que deben surtirse para realizar la entrevista clínica de forma correcta, entre ellas se pueden exponer que el paciente se exprese de manera libre y conteste las preguntas realizadas por el médico, que se definan los síntomas de la dolencia, que en cuanto sea posible se obtenga la mayor semiografía y se estipulen las consultas y tratamientos a seguir, entre otros (23).

Al realizarse la anamnesis se debe corroborar la confiabilidad del paciente, lo útil y la validez de la información suministrada, esta fase del procedimiento medico se inicia con los datos de identificación que incluye nombres, apellidos, edad, sexo, dirección, color de piel, estado civil, escolaridad, ocupación, entre otros. Posteriormente, se prosigue con el motivo de consulta que expone el mismo paciente, esta información debe ir entre comillas y ser exacta a lo que el paciente difiere, también se aclaran las dudas para determinar la admisión de la consulta puesto que en ocasiones el usuario puede no estar presentando dolencia alguna y solo quiere chequearse o verificar su situación médica, en cuanto a la historia de la enfermedad actual, es importante que se tome nota de la cronología de los problemas médicos del usuario donde se aclare los antecedentes de la enfermedad, la fecha aproximada donde comenzaron los síntomas y valorar la prioridad de cada uno de ellos si se manifiestan que son varios, estos datos sean positivos o negativos pueden ser relevantes para la claridad del diagnóstico y el

enfoque terapéutico que se destina para la mejoría del paciente, así mismo, se aborda sobre las actuaciones que ha realizado el paciente para hacerle frente a la dolencia como también la percepción que tiene el usuario sobre la causa y repercusión que trae consigo la enfermedad (24, p. 409).

Para dar cumplimiento al objetivo de la enfermedad actual, el cual es el fundamento para el entendimiento médico del caso, es necesario que durante la entrevista se registre en la historia clínica los siguientes interrogantes, como son:

- a. “¿Cuándo comenzó la enfermedad?
- b. ¿Es la primera vez que la presenta
- c. ¿Cómo comenzó la enfermedad
- d. ¿Con que hecho lo relaciona?
- e. ¿Cómo evolucionó?
- f. ¿Qué síntomas asociados o relacionados con el motivo de consulta?
- g. ¿Qué tratamiento ha recibido?
- h. ¿Qué presenta actualmente?” (25).

Por otro lado, en la anamnesis se realiza una revisión por sistemas el cual consiste en incluir los datos positivos como negativos que se hallaron en el interrogatorio, su aporte es significativo para el diagnóstico inicial, la revisión por sistemas es realizada en conjunto con aparatos y sistemas, este interrogatorio se enfoca a establecer preguntas dirigidas a identificar las enfermedades, síntomas y funciones anormales de órganos puntuales o partes del cuerpo (24).

3. Puntos críticos en la Historia Clínica

La elaboración de la Historia Clínica se debe elaborar de forma clara y específica, no se debe utilizar abreviaciones o siglas diferentes a las convencionales del uso corriente no ideadas por el médico, sin enmendaduras, sin espacio en blanco, en orden cronológico y debe tener los registros (26):

- a. Identificación de la Historia Clínica con el nombre completo y número de identificación del usuario incluyendo apellidos y nombres, estado civil, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono de la residencia, nombre del acompañante, aseguradora y tipo de vinculación
- b. Fecha y hora en la que se realiza el registro, debe ser claro y legible sin espacios en blanco, evitando registrar siglas no reconocidas.
- c. Anamnesis: Registro de los datos motivo de consulta y enfermedad actual.
- d. Antecedentes personales y familiares: estos deberán encontrarse registrados en la historia clínica de primera vez y ser actualizados mínimo cada tres meses en las consultas posteriores. Haciendo énfasis en el registro de antecedentes particulares que devalen factores de riesgo de acuerdo con el ciclo vital del paciente
- e. Examen físico: Incluye el examen de signos vitales y el examen completo por sistemas.
- f. Análisis: Concepto del profesional sobre el estado del paciente, el tratamiento que se debe implementar y el seguimiento de la enfermedad, este concepto se sustenta con los estudios complementarios.
- g. Tratamiento: Se tiene en cuenta el accionar del médico tratante, se soporta el tratamiento estipulado con los resultados de diagnóstico en los que se incluye los laboratorios y las imágenes, también se hace referencia a la prescripción de medicamentos, al apoyo terapéutico y a las acciones educativas.
- h. Coherencia: es la relación que existe entre la anamnesis, historia clínica, el examen físico, el diagnóstico, el manejo y el resultado de los paraclínicos.
- i. Identificación del profesional: Identificación del profesional tratante del paciente, la especialidad, el registro médico y la firma

- j. Soportes de paraclínicos: los cuales son los exámenes de laboratorio y radioimagen (27. p. 71).

Observando esto del concepto de calidad, se ha mejorado, asumiendo como prioridad el aspecto asistencial y técnico del profesional médico y del profesional de enfermería, teniendo en cuenta los criterios de la práctica y de la calidad asistencial.

Ho en día se tiene en cuenta a todas aquellas personas de las diferentes organizaciones para el cuidado de todos clientes (internos y externos) de esta manera los sistemas de calidad van dirigidos a prevenir las fallas en el sistema, disminuir la variación de los procesos y control en el costo en lo que tiene que ver con la “gestión de calidad en todo y la mejoría de la calidad en cada momento”.

4. Principales errores en la historia Clínica

Según Blanco Aspiazú (28), uno de los errores que se presenta en la historia clínica es que en ocasiones no se considera necesario ampliar los síntomas señalados por el paciente, esta omisión puede llevar a que el interrogatorio realizado no quede completo y así mismo se perjudique los procesos que prosiguen, lo que ocasiona un evidente problema ya que la información oculta es un factor de difícil resolución.

Otro error en la historia clínica es el referente a que los médicos no le dan al aspecto psicosocial la importancia que tiene dentro de una patología, en este punto se omite datos sobre la infancia, aspectos socioeconómicos, relaciones en los ámbitos sociales, laborales y familiares, punto de vista acerca de cómo enfrentar el padecimiento, el apoyo familiar, entre otros (5).

Según Suárez Rivero, un error frecuente en la historia clínica se presenta en el examen físico y en el desorden notorio de este documento, situación que trae como consecuencia la omisión de cierta información reflejada en la no practica de una

maniobra o la no inspección de una determinada zona del cuerpo que se debió prever de acuerdo a la molestia del paciente (28).

Los autores de la investigación titulada “Deficiencias en la aplicación del método clínico en estudiantes de tercer año de medicina” (29) , indican que dentro de los principales errores en la historia clínica se encuentra en que el examen por sistemas se realiza de manera parcial, es decir, es minucioso durante la exploración lo que perjudica de manera directa tanto la anamnesis como el examen físico, etapas importantes para determinar la patología y posterior tratamiento de la enfermedad.

De acuerdo con los autores, se considera que no existe justificación alguna para que los profesionales de la salud en el ejercicio de sus funciones dentro de las cuales se encuentra la realización de la historia clínica, omitan procedimientos estipulados como tampoco información relevante que pueda contribuir a la salud del paciente.

III. METODOLOGÍA

Esta investigación al ser teórica acude al método de investigación cualitativo, cuyo instrumento de recolección de información a utilizar será la observación y la recolección de datos a través de fuentes primarias y secundarias que permitirán a través de un estudio bibliográfico establecer los elementos conceptuales más importantes dentro de la problemática planteada.

El método cualitativo permite examinar la problemática que se expuso de manera más directa con el grupo social al cual va dirigido, en este caso, los pacientes; es a través de este método donde se puede describir una situación problemática junto a los hechos, situaciones, comportamientos, entre otros., su finalidad consiste en identificar las cualidades de los sujetos que intervienen en el problema planteado como las características del problema a estudiar.

Expuesto lo anterior, se trae a colación lo expuesto por Taylor & Bogdan (1987), citado por Blasco & Pérez. (2007), quienes indican las características más relevantes del método cualitativo:

La investigación cualitativa es inductiva. Los investigadores desarrollan conceptos y comprensiones partiendo de pautas de los datos y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos. Los investigadores siguen un diseño de investigación flexible, comenzando sus estudios con interrogantes vagamente formuladas, el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. Se estudia a las personas en el contexto de su pasado y las situaciones actuales en que se encuentran (30).

Es así, que por medio del método cualitativo se podrá dar respuesta al interrogante que los investigadores se plantearon al inicio de la investigación, como también se alcanzara el objetivo general y los objetivos específicos establecidos. Para el desarrollo de esta revisión investigativa, se acudió a diferentes fuentes documentales y bases de datos como Redalyc, ScienceDirect, Scielo, Latindex entre otras, en las cuales se alojan revistas científicas multidisciplinarias y especializadas.

Con lo expuesto, se concluye que esta investigación es Cualitativa debido a que los investigadores pretenden comprender y resolver un problema que se manifiesta en un contexto específico; en este tipo de investigación cada persona que participó tuvo pleno conocimiento acerca de los objetivos y metas que se tenían planteados, para así poder comprender la problemática que se quiere investigar; los investigadores fueron los encargados de guiar y facilitar el proceso de comunicación entre los miembros del centro médico escogido para la observación.

La recolección de información y el correspondiente análisis de dichos datos recogidos, se hizo bajo la base del entendimiento del problema en sí, para buscar la posible solución del tema a estudiar que es la calidad de la atención que reciben los pacientes durante el registro de la Anamnesis en Historias Clínicas de consulta externa. Es así que la investigación de tipo cualitativo determinó los aspectos, conceptos y categorizaciones necesarias para entender el problema, además ayudó a buscar la manera más correcta para poder encontrar un camino a la solución, que se llevó de manera constante.

A. Población

La población escogida para esta investigación hace referencia a las historias clínicas de los pacientes de la Sub Red Sur Occidente de la Paps 50 Mexicana de la localidad de Kennedy ubicada en la dirección calle 40 sur N° 89c - 76 en la ciudad de Bogotá, se observaron las historias realizadas por consulta externa a los pacientes que ingresaron y fueron atendidos por el personal profesional en la salud de este centro médico, en la

visita que se realizó a esta institución se analizó el registro de la Anamnesis y todo lo concerniente a este proceso, como es la información que se incorpora, el procedimiento que surte y los resultados que se obtuvieron, lo que permitió establecer ciertas recomendaciones y exponer conclusiones objetivas que se exhibirán más adelante.

B. Instrumentos de Recolección de Información

Al ser esta una investigación cualitativa se empleó como instrumento de recolección la observación participante, al respecto Klaus Heinemann (31) indica:

“La observación participante es una forma de observación en la que el observador se introduce en el suceso, es decir, a) la observación se realiza (mediante la recopilación de datos) en el campo no falsificado del suceso, b) el observador participa en el suceso y c) es considerado por los demás partes del campo de actuación. La intensidad de la participación puede ir desde <<una participación meramente pasiva>> en el suceso hasta desempeñar un papel definitivo en el campo de actuación y, por tanto, ser necesariamente parte activa del suceso” (p. 144).

Bajo este concepto, los investigadores consideran que la mejor forma de evidenciar la problemática es siendo partícipes activos de la misma, esto es recolectando los datos de la observación que se realizó frente al proceso de la anamnesis de las historias clínicas, lo que permitió guiar la investigación a cada momento en el que fue surgiendo los supuestos sobre los que se trabajó, estos se aplicaron en la medida de lo necesario durante el proceso.

C. Técnica de Evaluación Investigativa

La técnica de evaluación escogida al ser esta una investigación cualitativa, es de tipo descriptivo exploratorio, ya que la procedencia de los datos incorporados en este trabajo hacen referencia a la expectación que se logró explorar y evidenciar con la

observación participante, donde el foco de estudio se centró en el procedimiento que se surte para llevar a cabo el trámite de la anamnesis consignada en las historias clínicas cuando la consulta es externa, los resultados de esta evaluación permiten al profesional de la salud localizar los puntos en los cuales se está fallando en este procedimiento que afecta en parte a la relación paciente médico que se origina en la atención al usuario.

La investigación Descriptiva Exploratoria se caracteriza por “conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas” ; es decir, a través de esta investigación se predice e identifica las relaciones existentes entre dos o más variables para lograr recoger los datos sobre el programa de atención y resumir la información de manera minuciosa y realizar el respectivo análisis de los resultados y así obtener una serie de conclusiones que contribuyan al conocimiento (32).

D. Triangulación de la Información

La triangulación de la información está basada en el análisis detallado que se realizó a la problemática planteada, se establecieron tres puntos sobre los cuales versa la investigación, a saber, el primero de ellos es el teórico, el segundo es la información recolectada y el tercero es la metodología empleada, de esta manera se logró observar el vínculo directo que se presenta entre las discusiones que emergen con los pacientes que asisten a consulta externa del centro médico escogido para investigar. La triangulación es entendida como “la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes, y que en esencia constituye el cuerpo de resultados de la investigación”; se resalta que en esta investigación son relevantes las premisas que hacen referencia a la información teórica que se obtiene a través de las diferentes estrategias de recolección de la parte teórica, mientras que los supuestos nacen de las manifestaciones que tienen los sujetos inmersos en la investigación, facilitando que los ejes temáticos permitan realizar la recolección de información a través de herramientas

metodológicas fáciles para seguir un hilo conductor durante el correspondiente análisis posterior de dicha información recolectada (33).

IV. RESULTADOS

En esta investigación se logró establecer los aspectos conceptuales, históricos y teóricos más importantes de la temática de las historias clínicas, material académico de suma importancia para establecer las pautas que deben tener en cuenta los profesionales de la salud al momento en que realizan la historia clínica de sus pacientes, se hace relevancia que es gracias a esta función que se logra identificar las patologías y se estipula el tratamiento adecuado a seguir en la protección para la salud de los pacientes.

La historia clínica por la importancia que la embiste dentro de los procedimientos médicos, permite que entre el médico y el paciente se construya una relación estrecha, ya que, al incorporarse la anamnesis de forma correcta, se transmite información de carácter personal y confidencial.

En cuanto a la observación que se realizó al servicio de Consulta Externa de los pacientes de la Sub Red Sur Occidente del Paps 50 Mexicana, se evidencian ciertas falencias que se presentan en la realización de las historias clínicas, en primera medida se debe evaluar que el procedimiento se realice a todos los usuarios de este centro médico, así mismo, se debe identificar los aspectos en los que se está fallando en cuanto al registro de la anamnesis de la historia médica, de esta manera, se lograra que la atención ofertada sea enmarcada en el sistema general de la garantía de la calidad, a su vez, al aplicar la normatividad que regula la materia se asegura una mejoría de los procesos y productos de dicho centro médico, dando cumplimiento al factor prioritario que es la complacencia del beneficiario.

V. DISCUSIÓN

Es claro que en muchas situaciones clínicas, el determinar la patología se puede lograr con tan solo observar al paciente, pero con la anamnesis los diagnósticos dan un mayor grado de confiabilidad a la enfermedad que padece el usuario, en la actualidad, esta figura medica que ha existido durante décadas y que ha servido de apoyo para la medicina, se enfrenta a cambios de los sistemas de la salud en los cuales es notorio que cada vez es menor el tiempo que dispone el paciente para manifestarle al médico los síntomas, antecedentes, dolores y demás aspectos relevantes de la enfermedad que se padece.

La anamnesis no puede ser tenida en cuenta como una simple formalidad o un procedimiento de obligatorio cumplimiento en los centros de salud, por el contrario, el personal médico debe acatar de manera estricta los elementos que componen este instrumento documental, por ello, su implementación debe consistir en el surgimiento de una postura habitual en la que la historia clínica no sea vista como una exigencia sino como un compromiso en beneficio del paciente y de la comunidad médica.

Por otro lado, se considera que la auditoría de la calidad en historias clínicas se enfoca a un proceso de mejora continua, donde se compara los diferentes estándares empleados respecto al diligenciamiento de historias clínicas, los resultados que se obtienen permiten iniciar procesos de mejora en aquellos puntos en los que no se alcanzan los estándares establecidos.

La auditoría que se realiza a los registros diligenciados en la prestación de servicios para Consulta Externa no solo demuestra la calidad de los mismos, sino también, la relación que existe entre la calidad y la atención brindada, por ello, al realizar un adecuado diligenciamiento de historias clínicas se evita eventos adversos e incidentes no previstos, además, permite revisar la correspondencia del plan de tratamiento con lo consignado previamente en la historia lo que optimiza la atención brindada en el Paps 50 Mexicana.

Sumado a lo anterior, para garantizar la calidad de la atención se debe incluir a todo el equipo de personal, por ello, esta monografía pretende hacer énfasis al tema de la calidad y adecuado diligenciamiento de historias clínicas, puesto que se considera que de este proceso se desglosan varias problemáticas que llegan hasta instancias de índole judicial, al ser utilizada como material probatorio en contra del personal médico que atendió a un determinado paciente y cuyo procedimiento no fue satisfactorio para el usuario.

VI. CONCLUSIONES

Esta investigación ofrece la oportunidad de plantear diversas recomendaciones que los investigadores consideran se deben implementar para lograr un diagnóstico y un tratamiento acorde a la realidad patológica de los pacientes, es así, que a través de un control de calidad se puede mejorar en gran medida el desempeño, la disposición y condición de los trabajadores del área de la salud. Cuando se lleva a la experiencia y se emplean métodos prácticos y sencillos del control basados a las técnicas y actividades a nivel operativo de identificación, jerarquía y soluciones a dificultades destinadas a satisfacer los requerimientos del control de calidad, de igual manera se contribuye al mejoramiento de la atención a los pacientes, incluyendo la precisa anamnesis de las Historias Clínicas.

Respecto al control que se mencionó en el párrafo anterior, este se basa en un transcurso de permanencia que pretende medir y estimar todas aquellas actividades o prestación sobre los diferentes criterios existentes plasmando puntos de referencia, permitiendo resarcir las desviaciones que se dan con respecto aquellos.

Tanto el control de calidad como el control basado en técnicas y actividades operacionales, deben estar acompañados de un sistema de garantía de la calidad cuya finalidad sea satisfacer las expectativas de los pacientes, para ello, es indispensable identificar los problemas y tomar los correctivos necesarios a través de estrategias que permitan promover la toma de decisiones en las que se ven involucrados los directivos y demás profesionales de la salud de un determinado centro médico; por ende, es mediante el análisis de los procesos como del comportamiento de los indicadores de gestión, que las estrategias planteadas son de obligatorio cumplimiento para lograr la mejoría en la atención del usuario, en términos generales, concluyendo de esta manera que el objeto de auditar las Historias Clínicas es retener la mayoría de estándares de mejoramiento de calidad repercutiendo así en una adecuada práctica médica encaminada a una situación clínica.

Durante la investigación se evidencio que la Historia Clínica es un documento privado, susceptible de ser objeto de un hecho punible el cual está estipulado en el Código Penal Colombiano bajo la denominación “la falsedad en la Historia Clínica”, se hace referencia a que se consume el actuar delictivo cuando este instrumento medico documental es objeto de destrucción, supresión u ocultamiento, así mismo, la Resolución 1995 de 1999 también lo estipula de manera similar.

Para el estudio que se realizó, se concluye que al diligenciar de una forma inadecuada la Historia Clínica se generan unas repercusiones:

- a. Mala praxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal
- b. Insatisfacción de los servicios clínicos ofertados.
- c. Riesgo potencial de responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración y a la comunidad en general.
- d. Riesgo médico legal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por mala praxis médica (34).

Desde el punto de vista de la Bioética, es de gran importancia que el manejo ético de las Historias Clínicas se ejecuten conforme a los parámetros legales expuestos ya que en las mismas se consigna información relevante y de absoluta reserva, por ello, establecer los parámetros que aseguren su salvaguarda es inminente puesto que en caso contrario, se podría estar atentando contra la dignidad del paciente al no brindar la protección adecuada a este documento personal, es así, que la historia clínica no puede ser manipulada por terceros salvo en circunstancias especiales como una orden judicial que prima el interés del afectado, del demandante y del demandado, es importante en la defensa o la condena de las partes involucradas.

Desde el punto de vista del estudio realizado de manera puntual a la entidad de la Sub Red Sur Occidente del Paps 50 mexicana de la localidad de Kennedy, se concluye que teniendo en cuenta todas las falencias que se evidenciaron y los resultados que se

obtuvieron en la ejecución del instrumento, este centro médico requiere diferentes cambios y capacitación constante para el equipo de salud que labora en este centro médico, es así, que dentro de los planes de mejora a implementar se podrán evidenciar cambios positivos en la calidad de atención y evolución en las historias clínicas, por ende, se debe enfocar en la anamnesis de cada paciente con el objetivo de adecuar una nueva forma de generar el proceso correcto en el registro de estas.

La calidad de las historias clínicas depende del conocimiento que tiene todo el equipo de salud acerca de este tema, el cual debe estar basado en la normatividad vigente, lo anterior, con la finalidad de que el funcionario que tenga bajo su cargo la realización de la anamnesis de la historia clínica, se capacite y verifique las acciones a realizar en el ejercicio de este procedimiento.

En el proceso de mejora sobre el registro de las historias clínicas es fundamental la participación que tiene el auditor, ya que es la persona encargada de controlar, evaluar, informar, entre otras funciones, sobre la calidad de los procedimientos que se realizan, esta tarea se ejecuta en conjunto con el apoyo de las áreas administrativas del centro médico para contribuir en el proceso de mejora continua; de esta manera se puede disminuir las falencias que actualmente se presentan en el momento de la atención y el registro de la anamnesis de los pacientes en el servicio de consulta externa.

Dentro de los requisitos de capacitación al personal de salud, se debe tener en cuenta las personas que estén en disposición de planes de mejora frente a este tema, para que se mantengan en constante aprendizaje y en mejoramiento de la calidad de la atención y el registro de la anamnesis en las historias clínicas. Estos procesos de verificación se deben planear con todo el equipo que se encuentra en contacto constante con los pacientes del centro de salud, para que se lleven a cabo las mejoras correspondientes en cada uno de los eslabones de la cadena de la historia clínica y se obtengan mayores y mejores resultados para los pacientes.

VII. RECOMENDACIONES

Con el estudio que se realizó y las conclusiones a las que se llegó posterior al análisis de las falencias evidencias en el registro de la anamnesis de las historias clínicas, los investigadores se atreven a exponer ciertas recomendaciones que a su juicio consideran se deberían emplear para lograr un nivel de calidad superior donde los beneficiarios no solo serán los pacientes, también el personal médico y el centro de salud en general. Dichas recomendaciones son:

- Brindar al personal médico las capacitaciones requeridas en las que se imparta el conocimiento de la importancia de la atención y el registro adecuado de la anamnesis en la historia clínica.
- Considerar establecer un lapso de tiempo mayor entre consultas, que permita al profesional de la salud interactuar más con el paciente frente al motivo de consulta.
- Recalcar las consecuencias que trae consigo el registrar historias clínicas incompletas, como falta de un documento o datos del paciente.
- Implantar con el comité de historias clínicas un seguimiento con auditorías internas para que se identifique los errores y se inicie el mejoramiento continuo.
- Involucrar al personal administrativo y operativo a las diversas actividades del centro médico para que se generen mayores espacios de participación y permitan definir concretamente cuales son los aspectos a mejorar en cuanto a la atención y registro adecuado de la anamnesis del paciente en el servicio de consulta externa.
- Propiciar los controles necesarios para entradas y salidas de las historias clínicas, teniendo en cuenta que este documento es considerado privado y confidencial.
- Establecer los parámetros que garanticen la custodia de las historias clínicas.
- Capacitar y concientizar al talento humano del centro médico sobre el cumplimiento de los requisitos legales y la normatividad que cobija el procedimiento.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Resolución N° 1995 de 1999. “Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica”. Diario Oficial N° 43655 de agosto 5 de 1999.
2. Guzmán, F. & Arias, C. A. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev Col [Internet]. 2012 [Consultado 3 Abr 2018]; 27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>
3. Alonso L., J. La historia clínica electrónica: ideas, experiencias y reflexiones. Revista ACI. [Internet]. [Consultado 12 Mar 2018]; 13. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_5_05/aci02505.htm
4. Delgadillo, E. F. La historia clínica importancia y repercusiones. Rev Médico-Legal [Internet] [Consultado 25 Mar 2018]. Disponible en: http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/1998/4/3/histo_importreper_v4_r3.pdf
5. Alcaraz, M.; Nápoles, Y.; Chaveco, I.; Martínez, M. & Coello, J. La historia clínica: un documento básico para el personal médico. Rev Medisan [Internet]. 2010 [Consultado 12 Mar 2018]; 14(7). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700018
6. Universidad de Pamplona Colombia. Manejo de historias de Asesoría Psicológica. [Internet] 2013 [Consultado 7 Abr 2018]. Disponible en: http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_13/recursos/gestion_bienest_universitario/procedimientos/29112013/tbu_20_manejo_historias_clin.pdf
7. Ministerio de la Protección Social. Resolución 001715 de 2005. “Por la cual se modifica la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999”. Diario Oficial N° 43655 de agosto 5 de 1999.
8. Ministerio de la Protección Social. Resolución N° 0058 de 2007. “Por la cual se deroga la Resolución 001715 de 2005”. Diario Oficial N° 46522 de enero 25 de 2007.
9. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. Diario Oficial N° 41.148 del 23 de diciembre de 1993.
10. Congreso de la República. Ley 23 de 1981. “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”. Darío Oficial N° 35.711 de 27 de febrero de 1981.
11. Congreso de la República. Decreto 3380 de 1981. “Por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981. Diario Oficial N° 35914 del 30 de diciembre de 1981.

12. Ministerio de Salud. Ley 10 de 1990. "Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones". Diario Oficial N° 39.137 del 10 de enero de 1990.
13. Congreso de la República. Decreto 1011 de 2006. "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud". Diario Oficial N° 46230 abril 03 de 2006.
14. Congreso de la República. Acuerdo 049 de 2000. "Por el cual se desarrolla el artículo 61 del capítulo 7° de conservación documentos el reglamento general de archivos sobre "condiciones de edificios y locales destinados a archivos". Diario Oficial N° 44.039 del 11 de junio de 2000.
15. Congreso de la República. Ley 734 de 2002. "Por la cual se expide el Código Disciplinario Único". Diario Oficial N° 44699 del 5 de febrero de 2002.
16. Castro I. & Gámez. Historia clínica. [Internet]. [Consultado 14 Mar 2018]. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf>
17. López E., J. A. Una rareza bibliográfica universal: el papiro médico de Edwin Smith. Rev ACIMED [Internet]. 2012 [Consultado 5 Abr 2018]; 10(3). Ciudad de La Habana. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352002000300005
18. Díaz de Santos. "Glosario de Psiquiatría". Madrid; 1989.
19. Rojas, M.; Gómez, H. & Janco, A. La anamnesis y su valor histórico en la práctica médica, reporte de un caso. Rev Ciencia y Medicina [Internet]. 2004 [Consultado 28 Mar 2018]; 5. Disponible en http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1816-29082004000100020&script=sci_arttext
20. Brian J. Historia de la Medicina. México: Editorial Grijalbo; 1998.
21. Szczeklik, A. Catarsis: Sobre el poder curativo de la naturaleza y del arte. Barcelona: Acantilado; 2010.
22. Moreno R. Requisitos para una buena utilización del método clínico. La Habana: Hospital Carlos J. Finlay; 1995.
23. Ilizástigui & Rodríguez. El método clínico. La Habana: MINSAP; 1989.
24. Rodríguez G., P. & Rodríguez, P., L. Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. Revista Cubana Med Gen Integr [online]. 1999. [Consultado 15 Mar 2018]; 15(4): 409-414. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400011

25. Quizlet. Anamnesis – Historia de la enfermedad actual o anamnesis próxima. [Internet]. [Consultado 5 Abr 2018]; Disponible en: <https://quizlet.com/138278365/anamnesis-historia-de-la-enfermedad-actual-o-anamnesis-proxima-flash-cards/>
26. Rincón P., G. Todo sobre la historia clínica. México: Encolombia. [Internet]. [Consultado 5 Abr 2018]; Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/heraldo-medico/vol-231/heraldo231-historia/>
27. Coronado H., T. Diagnóstico médico. [Internet] 2015. Bogotá: Universidad Libre. [Consultado 22 Mar 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Julian26/Downloads/Dialnet-DiagnosticoMedico-5646110.pdf>
28. Aspiazú, B.; Salazar Á.; Salazar; Morales, A. & Ramírez C. J. Ventajas y desventajas del modelo de historia clínica en medicina interna. Rev Haban Cienc méd [Internet]. 2010 [Consultado 14 Mar 2018]; 9(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2010000200011
29. Santana T., Del Águila G., Villalonga M. & Del Risco, C. (2007). Deficiencias en la aplicación del método clínico en estudiantes de tercer año de medicina. Rev Humanidades Médicas [Internet]. [Consultado 7 Abr 2018]; 7(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000100010
30. Blasco, J. E. & Pérez, J. A. Metodologías de investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte: ampliando horizontes. España: Club Universitario; 2007.
31. Heinemann, Klaus. (2003). Introducción a la metodología de la investigación empírica. En las Ciencias del Poder. Editorial Paidotribo. Barcelona.
32. Dalen, Van & Meyer, William. La investigación descriptiva: “Estrategia de la investigación descriptiva”. Noemagico; 2006.
33. Castellanos, Luis. Metodología de la Investigación: Categorización y triangulación. 2017. Disponible en: <https://lcmetodologiainvestigacion.wordpress.com/2017/02/28/categorizacion-y-triangulacion/>
- 3.4 Vera C., O. Aspectos éticos y legales en el acto médico. [Internet] 2013 [Consultado 7 Abr 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200010