

**EVALUACIÓN EN LA CALIDAD EN REGISTROS DE HISTORIAS CLÍNICAS  
FISIOTERAPÉUTICAS DE LA IPS FISIHOME S.A.S., BAJO CONVENIO  
EXTRAMURAL CON NUEVA EPS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2020**



**IBEROAMERICANA**  
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

**AUTORES**

**DIANA PATRICIA PÉREZ RANGEL**

**MARÍA ALEJANDRA VARGAS OSSA**

**JULIÁN ANDRÉS SÁNCHEZ BOLAÑOS**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA**

**FACULTAD CIENCIAS EMPRESARIALES**

**PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD**

**BOGOTA D.C.**

**MARZO 2021**

**EVALUACIÓN EN LA CALIDAD EN REGISTROS DE HISTORIAS CLÍNICAS  
FISIOTERAPÉUTICAS DE LA IPS FISIHOME S.A.S., BAJO CONVENIO  
EXTRAMURAL CON NUEVA EPS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2020**



**IBEROAMERICANA**  
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

**AUTORES**

**DIANA PATRICIA PÉREZ RANGEL**

**MARÍA ALEJANDRA VARGAS OSSA**

**JULIÁN ANDRÉS SÁNCHEZ BOLAÑOS**

**DOCENTE ASESOR**

**MARY LUZ BARRERA ORDÚZ**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA**

**FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES**

**PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD**

**BOGOTA D.C.**

**MARZO 2021**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO:</b> .....	9
<b>1.1. Problema de Investigación</b> .....	9
<b>1.2. Objetivos</b> .....	10
<b>1.2.1. Objetivo General</b> .....	11
<b>1.2.2. Objetivos Específicos</b> .....	11
<b>1.3. Justificación</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 2. MARCO DE REFERENCIA:</b> .....	13
<b>2.1. Antecedentes</b> .....	13
<b>2.1.1. Antecedentes Internacionales</b> .....	13
<b>2.1.2. Antecedentes Nacionales</b> .....	14
<b>CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO:</b> .....	17
<b>3.1. Tipo de estudio</b> .....	17
<b>3.2. Enfoque</b> .....	18
<b>3.3. Diseño</b> .....	18
<b>3.4. Población beneficiaria</b> .....	18
<b>3.4.1. Población</b> .....	18
<b>3.4.2. Muestra</b> .....	18
<b>3.5. Fuentes de información</b> .....	19
<b>3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos</b> .....	19
<b>3.7. Prueba Piloto</b> .....	20
<b>3.8. Criterios de la Investigación</b> .....	20
<b>3.8.1. Criterios de Inclusión</b> .....	20
<b>3.8.2. Criterios de Exclusión</b> .....	20

<b>3.9. Parámetros de Atención</b> .....	<b>21</b>
<b>3.10. Fases del proyecto</b> .....	<b>21</b>
<b>3.11. Consideraciones Éticas</b> .....	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS:</b> .....	<b>24</b>
<b>4.1. Análisis de confiabilidad de ítems</b> .....	<b>24</b>
<b>4.2. Discusiones</b> .....	<b>27</b>
<b>4.3. Conclusiones</b> .....	<b>28</b>
<b>4.4. Recomendaciones</b> .....	<b>30</b>
.....	<b>32</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>34</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>38</b>

## LISTADO DE TABLAS

<b>Tabla 1. Parámetros de evaluación del diligenciamiento de la historia clínica</b> .....	21
<b>Tabla 2. Plan Institucional de mejoramiento institucional para la optimización del registro en historia clínica institucional.....</b>	32

## LISTADO DE FIGURAS

<b>Figura 1. Niveles de calidad del registro de historias clínicas global .....</b>	<b>24</b>
<b>Figura 2. Niveles de calidad del registro de historias clínicas por dimensiones .....</b>	<b>25</b>
<b>Figura 3. Niveles de calidad del registro de historias clínicas dimensión datos de Identificación.....</b>	<b>26</b>
<b>Figura 4. Niveles de calidad del registro de historias clínicas dimensión diligenciamiento clínico.....</b>	<b>27</b>

## INTRODUCCIÓN

La auditoría de historias clínicas es apreciada hoy como una herramienta de gestión clínica, que puede contener diferentes aspectos del trabajo asistencial, administrativo y financiero-contable de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En la realización de la auditoría de historias clínicas junto con las estadísticas de atención, normas, protocolos, patrones estándares y la labor del auditor, permiten un análisis acucioso del trabajo clínico. La historia clínica es el documento médico por excelencia y en este queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar al diagnóstico científico, de allí, la importancia de su exhaustividad. Al igual es uno de los elementos probatorios de la diligencia, desde su elaboración formal hasta su trasfondo científico. Las implicaciones de este documento son de todo tipo, especialmente médico-legal

Desde una mirada del prestador de servicios de salud la historia clínica más que a un documento específico concentra un valor fundamental de la relación Equipo de Salud – Paciente, lleno de un valor científico, técnico y jurídico que resalta la prevalencia e importancia en la actuación en el sector salud y por tal atribución la auditoría de este documento adquiere exclusiva importancia dada la finalidad de la compañía, la cual es valorar las actividades asistenciales a los profesionales de la salud, acciones que deben ser desplegadas con ética, conocimiento y profesionalismo para no incidir en responsabilidades civiles que puedan ocasionar demandas por daños y perjuicios. De igual forma permite descubrir falencias en el registro y en la atención misma, de igual forma, ofrece la posibilidad de detectar y corregir oportunamente, inconsistencias que pueden ser objeto de glosas por parte de las entidades con las cuales se haya celebrado contrato de prestación de servicios.

El Decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el Decreto 1011 de 2006 que organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de

Seguridad Social en Salud, la Resolución 1995 de 1999 que establece normas para el manejo de la Historia Clínica y la Resolución 2003 de 2014, que regula el sistema único de habilitación en salud, establecen como objetivos del mismo estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilite las labores de auditoria, vigilancia y control, buscando además, que la información consignada en la historia clínica se adhiera a las guías y protocolos de manejo de los diferentes procesos y procedimientos.

Lo anterior expuesto conduce a una evaluación de la calidad en historias clínicas fisioterapéuticas de la IPS FISIHOMÉ S.A.S., bajo convenio extramural en el primer semestre del año 2020, como insumo de vigilancia tanto para la institución, como para los profesionales en fisioterapia, lo que sobrelleva al mejoramiento de las actividades de gestión, control y buena calidad de atención al usuario, quien finalmente es la razón de ser de las IPS.

## **CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO**

### **1.1. Problema de Investigación**

El logro, y mejoramiento de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud es hoy uno de los bienes de mayor valor para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). En este sentido garantizar la calidad es una prioridad que contribuye con la permanencia y sostenibilidad de toda IPS en un mercado competitivo a través de la maximización del grado la satisfacción de los usuarios.

La condición anterior se enmarca en la normatividad del actual sistema general de seguridad social de la república de Colombia, gran parte de ellas contenidas en la ley 100 de 1993 y en el decreto 780 del 2016 en su Parte 5, Título 1, Capítulo 1 en donde se define el sistema obligatorio de garantía de la calidad, como conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020), con las responsabilidades para cada uno de sus actores, y se debe ejecutar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud – PAMEC (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020), que se implanta en cada institución con base en la adopción de estándares e indicadores que les permitan precisar parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención con base en acciones preventivas de seguimiento y coyunturales, lo cual se fortalece además con la Resolución 3100 de 2019 que establece el Sistema Único de Habilitación.

Este marco legal induce y exige la implementación de programas de auditoria formal con una metodología definida y protocolos institucionales a seguir por cada recurso humano que interviene en cada nivel administrativo o asistencial cuyas responsabilidades van desde el autocontrol, hasta la evaluación, seguimiento y control que permitan la implementación oportuna de planes de mejoramiento

continuo en beneficio del logro y mantenimiento de la tan anhelada y obligada calidad de los servicios que se prestan, por tal motivo dicho proyecto busca fortalecer en la institución la trazabilidad, evolución y registros en las historias clínicas fisioterapéuticas en la modalidad extramural, ya que al ser un servicio propio de la empresa debe cumplir con los mismo lineamientos intramurales.

La auditoría ejecutada busca dar respuesta a esta problemática, a través de la identificación y propuesta de cambio de los aspectos deficientes en el diligenciamiento de las Historias Clínicas elaboradas en FISIHOME S.A.S. Sin embargo, no se conoce el nivel de registro frente a la labor de los profesionales en fisioterapia, en cuanto al diligenciamiento del registro clínico, situación que puede repercutir en el incremento en el gasto de la institución sin obtener los resultados esperados al implementar las auditorías, además, si no se alcanza el compromiso del personal con las auditorías y la formación en el correcto diligenciamiento de los registros propios del proceso de atención en salud, no tendrán impacto sobre su trabajo, manteniéndose situaciones de falla en el diligenciamiento, incumplimiento de la normatividad vigente, pero además generando tensión entre los auditados, lo que redundará en baja productividad de la organización y poca eficiencia financiera, de la mano de aumento de glosas y devoluciones en el contrato con NUEVA EPS, quien representa el 60% de los ingresos de la institución.

Para resolver este interrogante tendremos que conocer las deficiencias en la historia clínicas, es por ello que contribuyendo a ese conocimiento nos formulamos el siguiente cuestionamiento base de esta investigación: ¿Cuáles es el nivel de registro en el diligenciamiento de la historia clínica fisioterapéuticas desde el punto de vista administrativo y clínico de la IPS FISIHOME S.A.S., bajo convenio extramural con Nueva EPS en el primer semestre del año 2020?

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo General**

Evaluar la calidad técnica del registro dentro de la historia clínica por parte del personal en fisioterapia en la modalidad extramural bajo el convenio Nueva EPS en FISIHOME S.A.S. durante el primer semestre del año 2020.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- Emplear un instrumento que permita evaluar de forma objetiva el registro dentro de la historia clínica asistencial en fisioterapia extramural.
- Determinar la calidad del diligenciamiento de la Historia Clínica en fisioterapia extramural en su aspecto de forma y contenido logrando la máxima racionalidad técnica científica para el mejoramiento continuo en el proceso.
- Establecer planes de mejora administrativas y clínicas en el diligenciamiento de la historia clínica.

### **1.3. Justificación**

La auditoría de la calidad técnica de la historia clínica para FISIHOME S.A.S. es de especial importancia para la Gerencia de la institución en aras de dar respuesta al cumplimiento de los estándares de habilitación relacionados con la historia clínica y registros asistenciales, así como también la búsqueda de la sostenibilidad financiera que genera el adecuado registro en este documento. Al permitir dicha actividad calcular la trazabilidad de la auditoría de las historias clínicas y determinar los principales hallazgos en el diligenciamiento de las mismas con resultados tangibles frente a los cuales se podría comparar la auditoría que va corrida del año, marcando una línea de comparación entre las épocas.

Al realizar la auditoría de las historias clínicas en fisioterapia, se intenta conocer la calidad del servicio que se prestan, formular planes y sugerencias para optimizarlos, y conocer las situaciones en que se desarrolla la labor profesional

asistencial, partiendo de las dos tareas que posee la auditoría: acción correctiva y acción preventiva. La acción correctiva, definida como toda acción que, en el marco de la mejora continua de la calidad del servicio de salud, apunta a corregir una no conformidad específica y la acción preventiva, definida como toda acción que, en el marco de la mejora continua de la calidad de servicio de salud, tiene como objetivo plantear uno o varios mecanismos alternativos para evitar que una no conformidad hallada se vuelva a presentar en lo sucesivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). La identificación de los errores más frecuentes a la hora de diligenciar la historia clínica, además de su socialización permitirá una considerable reducción de estos, promoviendo el mejoramiento en la atención al usuario; que se ve reflejado en una mayor sensibilidad en el diagnóstico, inicio temprano y adecuado del tratamiento y seguimiento estricto que permite evaluar la progresión clínica del paciente. Esto se traduce en calidad del servicio prestado, con canalización adecuada de recursos humanos, tecnológicos, científicos y humanos.

La auditoría debe ser considerada desde este punto de vista como una herramienta de la gestión de calidad, y esta a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población, fundamentada en dos pilares: el mejoramiento continuo y la atención centrada en el usuario. Por lo anterior es indispensable realizar investigaciones que permitan no solo conocer la situación real de la calidad en la historia clínica si no también que sirva de instrumento de comparación con estudios similares, alimentando soluciones en los errores de diligenciamiento en cuanto a la historia clínica se refiere. De allí que hoy, se le asigne un valor relevante al mismo por lo que todos los médicos deben tener conciencia y conocer en justa dimensión lo que significa la historia clínica en su diario que hacer.

## **CAPÍTULO 2. MARCO DE REFERENCIA**

### **2.1. Antecedentes**

Las investigaciones en auditoría de historias clínicas han demostrado grandes avances a nivel internacional y han permitido estandarizar los procesos de atención según condiciones específicas. Los estudios que serán expuestos a continuación intervienen sobre población explorando temáticas heterogéneas correspondientes al tema de investigación y la exploración de las variables o factores adyacentes.

#### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

Como referencia internacional se encontró el estudio “Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico - Centro Hospitalario Pereira Rossell” (CASURIAGA, 2018), cuyo objetivo fue evaluar la calidad de las historias clínicas (HC) de los niños hospitalizados, utilizando un estudio de corte transversal mediante revisión de HC de niños egresados de áreas de cuidados moderados de un centro de referencia entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2015. Variables analizadas: datos patronímicos, cuadrícula, curvas de crecimiento, antecedentes socioeconómicos, ingresos, evolución, prescripción, transcripción, diagnóstico al egreso, resumen de egreso. Se establecieron tres categorías: suficiente puntaje mayor o igual a 80%, aceptable 60%-79%, insuficiente <60%. Se analizó la calidad de las HC en función de la edad, estadía hospitalaria, diagnóstico al egreso y estación del año. Se

realizó un muestreo aleatorio (prevalencia esperada de error 50%, precisión 5%, poder 80%) (N=385 HC). Se consideró significativa  $p < 0,05$ . Como resultado de las 385 HC analizadas, 52% (202) correspondieron a varones, mediana de edad: 3 meses. Fueron suficientes 17%, aceptables 49,6% e insuficientes 33,4%. Las HC suficientes predominaron en menores de 1 año (21,5% vs 14%) y con estadía menor o igual de 3 días (21% vs 11%)  $p < 0,05$ . Las HC insuficientes predominaron en invierno (43% vs 29%,  $p < 0,05$ ).

De igual forma el artículo “Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General” (Rocan, 2008), donde cuyo objetivo fue evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos dentro del Servicio de Emergencia de un hospital general. Se revisó 86 historias clínicas de los pacientes fallecidos en enero y febrero del presente año en el Servicio de Emergencia del Hospital Loayza de Lima. Como resultado 100% de las historias clínicas (HC) auditadas se encontró en un rango de calificación entre 48 y 64%. Datos de filiación incompletos (100%); registró incompleto de la Enfermedad Actual (100%); no énfasis en el motivo de consulta (70%); no se enfatizó el estado general o de conciencia (50%); en ninguna HC se registró la codificación CIE10; sólo el 15% del total de HC registró la epicrisis; sólo el 15% de las HC tuvo la apreciación del caso clínico, correspondiendo todas al área de medicina; en el 60% de las HC no se utilizaron los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos; en el 77% de las HC no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la HC; y, en más del 50% de HC no se registró los resultados de los exámenes radiológicos (tomografía y placas radiográficas) ni el comentario y/o apreciación de los mismos.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

Pasando a los trabajos encontrados a nivel colombiano se encontró el estudio denominado “Evaluación de la historia clínica sistematizada en la relación médico paciente de las IPS adscritas a SUSALUD, Medellín 2002”, cuyo objetivo fue Evaluar la satisfacción de los profesionales de la salud con la Historia Clínica

Sistematizada IPS@ en instituciones adscritas a SUSAWD y de los pacientes con respecto a la atención médica que acababan de recibir. Se encontraron los niveles de satisfacción entre los usuarios de las instituciones con IPS no fueron significativamente diferentes de aquellos usuarios de las instituciones con historia clínica tradicional. El 83.3% de todos los profesionales aseguraban que mantenían contacto visual permanente con el paciente, encontrándose diferencias significativas entre los dos grupos, 66% con HCS y 100% sin HCS ( $p$  menor que 0.05). La percepción general de los médicos de ambos tipos de instituciones sobre el tiempo dedicado a la consulta fue que los 20 minutos eran suficientes para el 72% de los médicos que utilizaron IPS@ y 66% para los que utilizaron la historia clínica tradicional, diferencia que no fue estadísticamente significativa.

En otro estudio nacional “Impacto de la auditoría del 2009 sobre el diligenciamiento de la Historia Clínica en la Fundación Hospital San Carlos” (DELGADO) de la Corporación Universitaria Iberoamericana cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la auditoría realizada en la Fundación Hospital San Carlos en el diligenciamiento de las Historias Clínicas por parte de los médicos consultantes de diferentes especialidades, en el servicio de consulta externa de la Fundación. Se encontró Los resultados de la investigación realizada evidencian que las acciones implementadas a partir de las debilidades identificadas en la auditoría realizada en agosto de 2009 no ha tenido impacto significativo en el diligenciamiento de las Historias Clínicas por parte de los médicos consultantes de diferentes especialidades en el servicio de consulta externa de la Fundación Hospital San Carlos, proponiendo diversas acciones de mejora, encaminadas a la capacitación e implementación de herramientas informáticas que permitan desarrollar dicha labor.

Farfán (2013), en Colombia se realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar y describir las características de los registros de enfermería que hacen parte de Expedientes de un Tribunal Departamental Ético de Enfermería , para ello se hizo uso de un estudio de análisis documental a través del cual se revisaron 46 expedientes y se analizaron las características encontradas en 674 registros de

Enfermería en relación a los 7 tipos de registros correspondiente a: hoja de signos vitales, líquidos administrados y eliminados , informe de administración de medicamentos , hoja de notas de Enfermería, de recibo y entrega de turno , valoración neurológica y valoración cutánea , utilizando el mismo instrumento para todos los registros a través de una lista de chequeo con 19 ítems de calidad. Los resultados muestran que el 76% de los registros evaluados incumplió al menos 1 de los ítems propuestos en la lista de chequeo, en cuanto al registro de la hoja de signos vitales solo 25 registros cumplen con todos los ítems de los 39 registros evaluados, el registro de informe de administración de medicamentos solo 11 registros cumplen con todos los ítems de los 93 registros evaluados, en cuanto a la hoja de notas de enfermería solo 23 registros cumplen con todos los ítems de los 311 registros evaluados y en cuanto al registro de hoja de líquidos administrados y eliminados solo 48 registros cumplen con todos los ítems de los 89 registros evaluados.

Del mismo modo en el estudio “Adherencia al protocolo de manejo de historia clínica, en el programa de pacientes agudos en un servicio de atención domiciliaria de Cali” (ARIAS), de la Fundación Universitaria del Área Andina; en donde su objetivo fue determinar cuál es el nivel de adherencia al protocolo de manejo de historia clínica en el programa de pacientes agudos en un servicio de atención domiciliaria de la ciudad de Cali en el mes de mayo de 2018. Se encontró que en la evaluación de los criterios de la historia clínica por parte de los médicos se detectó que el 91 % de los ítems se cumplen con respecto al manejo asistencial integral del paciente, seguimiento de los protocolos y diligenciamiento del diagnóstico del paciente y calidad de registro y con respecto al 9 % de cumplimiento, se encontró que en 3 ítems se representan con menor cumplimiento: La oportunidad en el registro, control de signos vitales y coherencia y pertinencia en la valoración. Se determinó en el trabajo de investigación, que la información registrada en la historia clínica no es real, confiable y fidedigna, con respecto a la condición del paciente, la cual puede variar en dos días o más, se identificó registros de datos erróneos del paciente, registros retrospectivos de las notas de evolución de la prestación del servicio en la historia clínica registrado en

el sistema, ausencia de documentos soportes en la misma y el copie y pegue de los registros del paciente. No se está dando cumplimiento en la IPS de baja complejidad. Con relación al capítulo II de la resolución 1995 de 1999 Art 5.

Para finalizar en el estudio “Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el servicio de urgencias de la clínica regional del oriente de la Policía Nacional” (AYALA MORENO), del Instituto de ciencias de la salud CES y Universidad Autónoma de Bucaramanga, se evidencio un estudio Descriptivo Retrospectivo, de la evaluación de la Calidad de Las Historias Clínicas del servicio de urgencias como criterio de inclusión; de un tamaño poblacional de 15 mil Historias Clínicas con una proporción esperada de buen diligenciamiento de 50%, para un nivel de confianza del 95%. Efecto de diseño 1.0, para una precisión del 5%. Tamaño estimado de la muestra mínima requerida, 375 Historias Clínicas y tamaño de la muestra final de 404 Historias Clínicas, de donde se evaluaron Atributos de las Historias Clínicas en el diligenciamiento administrativo y Clínico, tomando como parámetros: Optimo, Adecuado, Aceptable, Deficiente e Inaceptable. El estudio arrojó resultados de ausencia de rango Óptimo en el diligenciamiento de las historias clínicas, con una media del 26% en el rango de Aceptable, dejando entre dicho que se debe realizar un trabajo de sensibilización en el correcto diligenciamiento de las Historias Clínicas del personal del servicio de urgencias de la institución en mención.

## **CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo de estudio**

Fue estudio descriptivo, la información es recolectada sin cambiar el entorno, es decir, no hay manipulación. Los estudios descriptivos en que el investigador no interactúa con el participante incluyen estudios de observación de personas en un ambiente o estudios que implican la recolección de información utilizando registros existentes.

### **3.2. Enfoque**

El proyecto de será un estudio cuantitativo ya que según Sampieri permite analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado.

### **3.3. Diseño**

Sera estudio transversal, las variables son identificadas en un punto en el tiempo y las relaciones entre las mismas son determinadas de corte retrospectivo porque el evento o fenómeno identificado en el presente es relacionado a factores o variables en el pasado.

### **3.4. Población beneficiaria**

#### **3.4.1. Población**

Todas las historias clínicas de Fisioterapia en modalidad extramural del convenio Nueva EPS en el primer semestre del año 2020 de la institución prestadora de servicios de salud FISIHOME S.A.S.

#### **3.4.2. Muestra**

La muestra se determinará a través del muestreo aleatorio simple sistematizado.

Para el cálculo de la muestra se utilizará la siguiente fórmula:

$$= \frac{z^2 \times p \times q}{e^2 + z^2 + \frac{(p)}{}}$$

$$\frac{x + xq}{N}$$

En donde:

n: Tamaño de la muestra a calcular.

Z: Nivel de confianza

p: Variabilidad positiva

q: Variabilidad negativa

e: Error.

N: Tamaño de la población.

Para el caso específico del estudio, el nivel de confianza será del 95% y un error porcentual del 5%.

Para este proyecto la muestra determinada es de **n= 355** historias clínicas.

### **3.5. Fuentes de información**

Para la recolección de la información se diseñará un instrumento de fácil manipulación, adaptado según los requerimientos del estudio. Como fuentes de información primaria se determinará la Historia Clínica del servicio de fisioterapia que esté relacionada con la atención a pacientes de la Administradora de Planes de Beneficios Nueva EPS del primer semestre del año 2020.

Como fuente secundaria se utilizará antiguas revisiones de las historias clínicas que la IPS en su plan interno de actividades cuente con dichos registros.

### **3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se diseñará un instrumento de verificación en hoja de cálculo utilizando el programa Microsoft Excel. Consta de tres criterios fundamentales, de acuerdo a la

Resolución 1995 de 1999: Identificación del usuario, Registros específicos y características del diligenciamiento, según Anexo A.

### **3.7. Prueba Piloto**

Antes de aplicar las listas de chequeo en la muestra seleccionada, se realizará prueba piloto a diez (10) historias clínicas de la población global, para determinar que la lista de chequeo tiene la validez para la obtención de la información precisa para el desarrollo de la investigación.

De esta revisión se decide quitar las variables relacionadas con administración de medicamentos, registros de laboratorio y el ítem de evaluación; ya que el profesional en fisioterapia no ejecuta dichas actividades en la institución.

### **3.8. Criterios de la Investigación**

#### **3.8.1. Criterios de Inclusión**

- Historias clínicas diligenciadas en el primer semestre del año 2020.
- Historias clínicas diligenciadas en los servicios de: Consulta externa en Fisioterapia.
- Registros en la historia clínica diligenciados por el personal en salud.

#### **3.8.2. Criterios de Exclusión**

- Historias clínicas diligenciadas en años diferentes.
- Historias clínicas diligenciadas en servicios diferentes a Consulta externa en Fisioterapia.
- Registros en la historia clínicas diligenciados por profesionales diferentes al personal en salud.

### 3.9. Parámetros de Atención

Para la valoración del grado de calidad de las Historias Clínicas a revisar, se tendrá en cuenta la tabla 2 utilizada por la Gestión de auditoría de la IPS Fisihome S.A.S. Para cada atributo se establecerá la proporción de cumplimiento en el conjunto de historias revisadas.

**Tabla 1. Parámetros de evaluación del diligenciamiento de la historia clínica**

Optimo	$\geq 85\%$
Aceptable	$\geq 75\% - \leq 84\%$
Deficiente	$\geq 64\% - \leq 74\%$
Muy deficiente	$\leq 64\%$

**Fuente: Autores**

Para cada registro (historia clínica) se obtendrá la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los atributos evaluados, para obtener posteriormente el porcentaje de cumplimiento de los atributos.

### 3.10. Fases del proyecto

- **Solicitud de Consentimiento a la Institución Prestadora de Servicios de Salud**

El presente trabajo de grado contara con el Consentimiento informado de la Gerente General de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cumpliendo con las especificaciones del artículo 15 de la resolución ya mencionada, donde ellos deberán ser informados de forma clara, precisa y comprensible sobre lo que se pretende realizar con el estudio, así como aclarar la especificación metodológica, la justificación, objetivos, las molestias o riesgos esperados, los beneficios que puedan obtenerse, la garantía de recibir respuesta ante cualquier duda, los alcances y el destino de la información que suministren las historias clínicas.

- **Recolección de información**

Los datos se recolectarán mediante un instrumento diseñado por los autores. Este pasara por una prueba piloto para determinar su valides y comportamiento al enfrentarlo a los registros clínicos.

- **Tabulación de datos.**

Los datos se tabularán en una base de datos en Excel.

- **Análisis de la información.**

Se realizará la auditoria de los criterios de evaluación según instrumento acorde con la normatividad, lo cual reflejará falencias en el diligenciamiento en las historias clínicas por parte de los fisioterapeutas

- **Elaboración del Plan de mejora**

Se registrará el plan de mejoramiento que permitirá corregir y solucionar las deficiencias en el proceso de investigación. Este plan contendrá las acciones que se recomiendan implementara por parte de la institución las cuales responderán a las debilidades detectadas y comunicadas por el equipo de investigación.

- **Socialización de los Resultados**

Se realizará la sustentación de los resultados a la institución prestadora de servicios de salud y a la universidad como resultado final del proceso y cierre del proceso investigativo.

### **3.11. Consideraciones Éticas**

Es de suma importancia tener en cuenta que al momento de toda investigación se debe dedicar un espacio a las consideraciones éticas tomando como referencia la Resolución 8430/93 del Ministerio de Salud de la República de Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social., 2020), se considera pertinente

mencionar las observaciones que se tienen en cuenta para el abordaje y desarrollo de presente estudio.

Según el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, esta investigación se encuentra clasificadas dentro de la categoría a, que significa que es una investigación sin riesgo, puesto que no se realiza intervención o modificación en seres humanos, se aplicaran métodos y técnicas que no revisten ningún peligro para las personas, pues será la aplicación de una escala que indaga la posición que las personas tienen respecto a algunas afirmaciones que se utilizan en la cotidianidad.

El presente trabajo de grado contara con el Consentimiento informado de la Gerente General de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cumpliendo con las especificaciones del artículo 15 de la resolución ya mencionada, donde ellos deberán ser informados de forma clara, precisa y comprensible sobre lo que se pretende realizar con el estudio, así como aclarar la especificación metodológica, la justificación, objetivos, las molestias o riesgos esperados, los beneficios que puedan obtenerse, la garantía de recibir respuesta ante cualquier duda, los alcances y el destino de la información que suministren las historias clínicas. Ver anexo A.

Como profesionales en Fisioterapia se tomaran en cuenta algunos aspectos de la Ley 528 de 1999, para lograr llevar a cabo el proceso de investigación, la cual tiene como referente el Título III “Del ejercicio de la profesión de Fisioterapia”, en su literal a del artículo 3 “Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinar o interdisciplinar, destinada a la renovación o construcción de conocimiento que contribuya a la comprensión de su objeto de estudio y al desarrollo de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales”; artículo 52 “El Fisioterapeuta tiene el derecho de propiedad intelectual sobre los trabajos e investigaciones que realice con fundamento en sus conocimientos intelectuales, así como sobre cualesquiera otros documentos que reflejen su criterio personal o pensamiento científico, inclusive sobre las anotaciones suyas en las Historias Clínicas y demás registros”.

En el momento de realizar la recolección de los datos, se asumirá el compromiso de que en una posterior visita se socializaran los resultados obtenidos, con la comunidad comprometida y con todos los participantes de la misma.

## **CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS:**

### **4.1. Análisis de confiabilidad de ítems**

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la calidad técnica del registro dentro de la historia clínica por parte del personal en fisioterapia en la modalidad extramural bajo el convenio Nueva EPS en FISIHOMÉ S.A.S. durante el semestre del año 2020 con el fin de identificar errores en el diligenciamiento de la historia clínica y así hacer las respectivas recomendaciones. La muestra estuvo conformada por un total de 355 historias, con un nivel de confianza del 95% y un error porcentual del 5% en los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

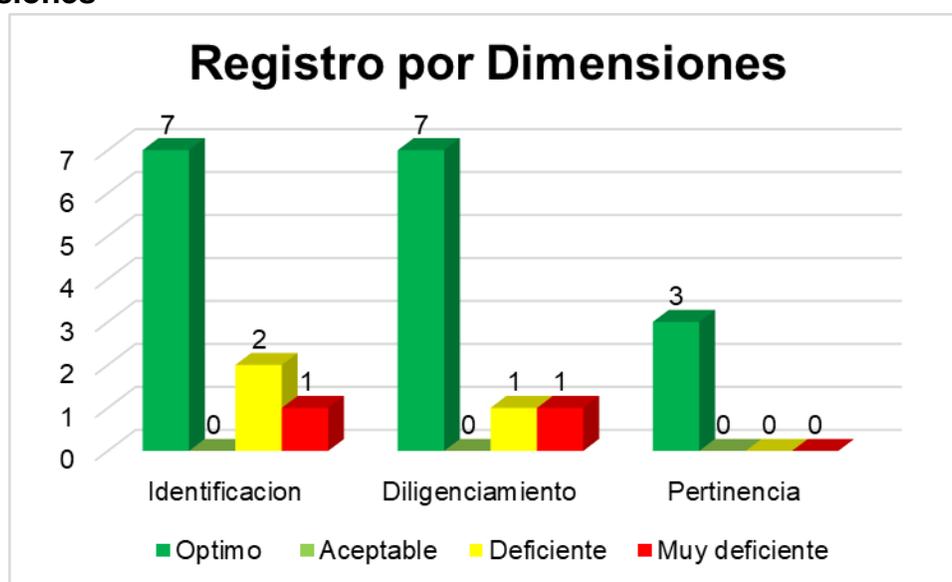
**Figura 1. Niveles de calidad del registro de historias clínicas global**



**Fuente: Los Autores**

La Figura 1, muestra los resultados porcentuales respecto a la calidad de las historias clínicas registradas en bajo el servicio de fisioterapia en el primer semestre del año 2020, en la Institución Prestadora de Servicios de Salud FISIHOME S.A.S. en convenio de la Nueva EPS de la ciudad de Neiva. Se observa que en el nivel Óptimo sobresale con 96%. En el nivel aceptable un 3% y deficiente 1%; demostrando que el registro en historia clínica de la Institución cuenta con un alto margen de desempeño visto desde un panorama general.

**Figura 2. Niveles de calidad del registro de historias clínicas por dimensiones**

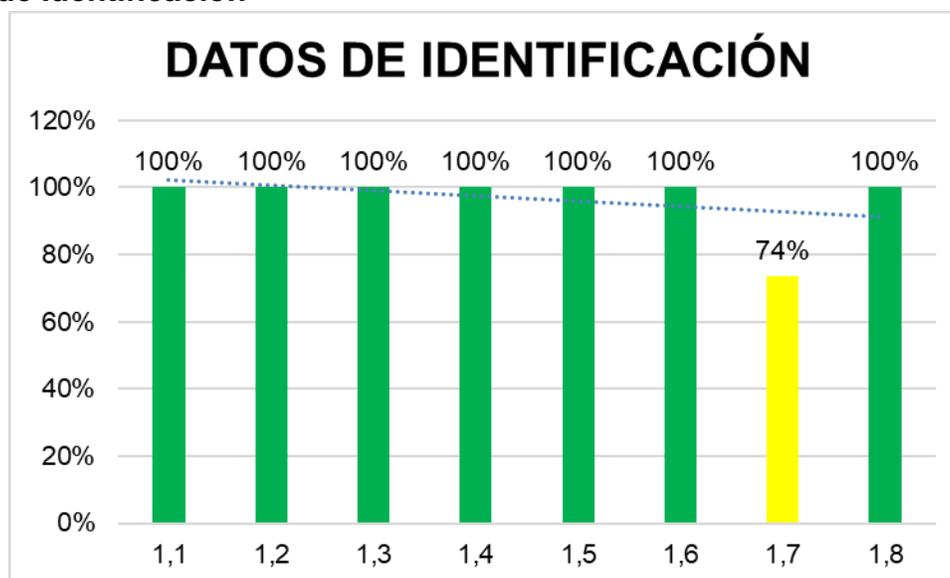


**Fuente: Los Autores**

Ahora bien, si desagregamos la medición por dimensiones, figura 2; se evidencia un comportamiento muestra que los niveles óptimos en los registros de historia clínica se mantienen constantes, sin embargo, al especificar se muestra resultados deficientes y muy deficientes en las dimensiones identificación y diligenciamiento, que podrían impactar en acciones propias de la facturación en salud o en la calidad del registro en correlación a la pertinencia de la información consignada en la historia clínica.

Si hacemos énfasis en las variables propias de las dimensiones identificación y diligenciamiento nos encontramos que la variable ...” Registra Nombre, teléfono y parentesco del Acompañante”; no cumple con el nivel óptimo al registrar un 74% de cumplimiento, figura 3; lo que se considera ítems de gran valor en el registro clínico al ser dato clave para situaciones de emergencia o contacto durante el tratamiento, así como cumplimiento legal para escenarios relacionadas con la atención de menores de edad, personas con deterioro cognitivo y movilidad reducida que es la mayoría de la población atendida bajo el convenio en estudio.

**Figura 3. Niveles de calidad del registro de historias clínicas dimensión datos de Identificación**

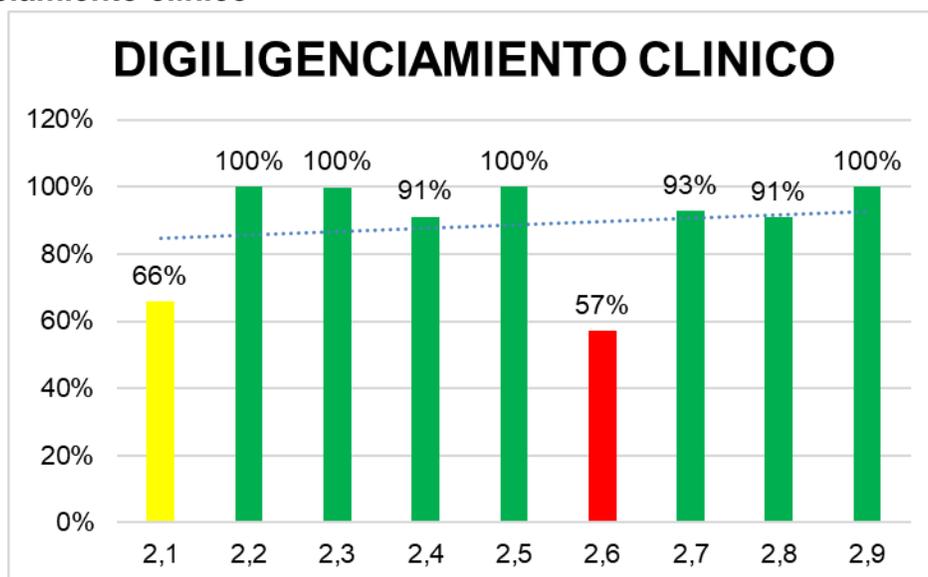


**Fuente: Los Autores**

En relación a la pertinencia del registro y al analizar la dimensión diligenciamiento clínico se evidencia un porcentaje de no cumplimiento en las categoría deficiente para el ítem ... “Registra Motivo de Consulta y Enfermedad Actual (Síntomas importantes)”... con un 66%, lo que impacta en la consecución de los antecedentes clínicos y las alertas médicas que el paciente pueda tener frente a su situación patológica actual. En relación al ítem ...”Registra descripción el tipo de elementos o insumos utilizados en cada terapia”..., se demuestra que el nivel de cumplimiento es del 57% posicionándolo en la categoría de muy deficiente,

figura 4; y alerta para que la institución prestadora de servicios de salud, fundamente acciones frente a dicho registro ya que guarda relación con la consecución de la capacidad instalada de la misma y la adquisición por uso de nuevos elementos o insumos que con evidencia clínica certera permitirá a la institución desarrollar o adoptar nuevas tecnologías biomédicas o farmacológicas que permitan optimizar los planes de tratamiento y los tiempos de atención.

**Figura 4. Niveles de calidad del registro de historias clínicas dimensión diligenciamiento clínico**



**Fuente: Los Autores**

#### **4.2. Discusiones**

En la institución prestadora de servicios de salud se registran algunos intentos sobre auditoria de calidad basada en la historia clínica, sin embargo, existen algunos estudios con los cuales podemos aproximar una discusión de los resultados encontrados.

El artículo “Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General” (Rocan, 2008), donde cuyo objetivo fue evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos dentro del Servicio de Emergencia de un

hospital general. Se revisó 86 historias clínicas de los pacientes fallecidos en enero y febrero del presente año en el Servicio de Emergencia del Hospital Loayza de Lima. Como resultado 100% de las historias clínicas (HC) auditadas se encontró en un rango de calificación entre 48 y 64%. Datos de filiación incompletos (100%); registró incompleto de la Enfermedad Actual (100%); no énfasis en el motivo de consulta (70%); no se enfatizó el estado general o de conciencia (50%); en ninguna HC se registró la codificación CIE10; sólo el 15% del total de HC registró la epicrisis; sólo el 15% de las HC tuvo la apreciación del caso clínico, correspondiendo todas al área de medicina; en el 60% de las HC no se utilizaron los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos; en el 77% de las HC no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la HC; y, en más del 50% de HC no se registró los resultados de los exámenes radiológicos (tomografía y placas radiográficas) ni el comentario y/o apreciación de los mismos. En esta investigación se toman 355 historias clínicas que como resultado se observa que en el nivel Óptimo sobresale con 96%. En el nivel aceptable un 3% y deficiente 1%; demostrando que el registro en historia clínica de la Institución cuenta con un alto margen de desempeño visto desde un panorama general, sin embargo al entrar a verificar las dimensiones especialmente la de identificación y diligenciamiento clínico, se logra establecer falencias generalizadas en los profesionales de fisioterapia correspondiente a el registro de los datos del acompañante y la utilización de insumos correspondientemente llevando a la institución a posible fuga de recursos al presentarse situaciones donde se requiera por emergencia contactar allegados de los usuarios o tener costeados los servicios de salud al no reconocer elementos utilizados que a su vez también le permitan a la institución adquirir o modernizar equipos en relaciona a la frecuencia de utilización.

### **4.3. Conclusiones**

Una historia clínica es una potente herramienta debido que comunica información sobre la historia de salud de un paciente, incluyendo enfermedades y tratamientos pasados y presentes, la cual debe considerarse como un documento básico en todas las etapas del modelo de atención y ser apreciada como guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona, por tal motivo en la presente investigación se concluye:

- La calidad de registro de historias clínicas en las clínicas en fisioterapia del primer semestre del año 2020 bajo el convenio con la Nueva EPS está en el nivel óptimo, con 96% de cumplimiento.
- Al especificar el instrumento por categorías se evidencia que la falla en las dimensiones de identificación; específicamente en datos del responsable y acompañante, propios de un proceso de atención de emergencia que se necesite para los usuarios, de igual forma falla en el registro del motivo de la consulta y alertas medicas del usuario aspecto clave ya que repercute no solamente en las auditorías internas de la IPS, sino en las externas correlacionas con la facturación y glosas de cuentas medicas bajo parámetros de pertinencia.
- De igual forma se evidencia que no se registra los insumos equipos biomédicos utilizados en las sesiones terapéuticas, barrera para la consecución de elementos acordes a las actualizaciones de las guías de la práctica clínica y que permitirán siempre prestar un servicio con la mayor evidencia científica disponible. A su vez no permitirá el fortalecimiento de la capacidad instalada y la dotación de la institución al no evidenciar el aporte de necesidad de estos elementos que afirmaran una correcta prestación del servicio y un fortalecimiento de los programas institucionales.
- Finalmente puede afirmarse que estos hallazgos pueden contribuir para la toma de decisiones en el fortalecimiento de las actividades

de cumplimiento normativo y contractual con las empresas administradoras de planes de beneficios. Como se mencionó en los resultados, es posible revertir la mayoría de las fallas identificadas, siempre que exista fortalecimiento en la formación de los profesionales, la constante vigilancia y el aporte gerencial frente al diligenciamiento de las historias clínicas.

#### **4.4. Recomendaciones**

- Realizar trabajos de investigación sobre la calidad de registro de los formatos de atención en las diferentes áreas de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Dar a conocer los resultados de la presente investigación y futuras investigaciones similares con el fin de mejorar el formato de calidad de las historias clínicas.
- Sistematizar la Historia Clínica en la IPS, con fines de controlar aspectos importantes como el registro de datos personales, firmas y sellos, datos de los acompañantes y responsables propios de un proceso de atención administrativo -asistencial de las líneas de frente.
- Concientizar al profesional en fisioterapia de la importancia del correcto registro de la historia clínica e investigar los casos puntuales en el comité de historias clínicas de la institución, con el fin que se adelante procesos individuales.
- Seguir el cumplimiento del siguiente plan de mejora administrativo y clínico que permita la corrección de las fallas encontradas en la investigación:







## REFERENCIAS

- Arias Muñoz, E. J. (2018). Adherencia al protocolo de manejo de historia clínica, en el programa de pacientes agudos en un servicio de atención domiciliaria de Cali. Tesis Postgrado. Fundación Universitaria del Área Andina. Facultad de Ciencias de la Salud.  
<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/2149/ADHERENCIA%20AL%20PROTOCOLO%20DE%20MANEJO%20DE%20HISTORIA%20CL%C3%8DNICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ayala Moreno, S. E. (2007). Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el servicio de urgencias de la clínica regional del oriente de la Policía Nacional. Tesis Postgrado. Instituto de ciencias de la salud CES y Universidad Autónoma de Bucaramanga. Facultad de Medicina. Postgrado en Auditoria en salud.  
[https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1338/1/Evaluacion\\_de\\_la\\_calidad\\_de\\_las\\_historias\\_clinicas\\_servicio\\_urgencias\\_Clinica\\_Regional.pdf](https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1338/1/Evaluacion_de_la_calidad_de_las_historias_clinicas_servicio_urgencias_Clinica_Regional.pdf)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2011). Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica.  
[https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf)
- Consejo Técnico de la Contaduría Pública. Boletín 23; 23.  
<http://www.ctcp.gov.co/conceptos/2020>
- David, R. (2008). Egyptian Mummies and Modern Science.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511499654>
- Errasti, F. (1997). Principios de gestión sanitaria.  
<https://www.casadellibro.com/ebook-principios-de-gestion-sanitaria-ebook/9788499698137/2400797>
- Estevez, L. J; Curiel, H. J. (2003). Manual para la gestión sanitaria y de la historia clínica hospitalaria: la admisión de enfermos y documentación clínica.

[https://books.google.com.co/books/about/Manual\\_para\\_la\\_gesti%C3%B3n\\_sanitaria\\_y\\_de.html?id=pcifPAAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.co/books/about/Manual_para_la_gesti%C3%B3n_sanitaria_y_de.html?id=pcifPAAACAAJ&redir_esc=y)

Estruch, J. (2007). Las otras religiones: Minorías religiosas en Cataluña.

<https://www.pluralismoyconvivencia.es/publicaciones/fichas/las-otras-religiones-minorias-religiosas-en-cataluna/>

Farfán, G. (2013). Características de los registros de enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de enfermería . Tesis pregrado . Bogotá.

Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería.  
<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/13783>

Glick, T; Steven, J; Faith W. (2005). Medieval science, technology, and medicine.

[https://books.google.com.co/books/about/Medieval\\_Science\\_Technology\\_and\\_Medicine.html?id=SaJlbWK\\_-FcC&redir\\_esc=y](https://books.google.com.co/books/about/Medieval_Science_Technology_and_Medicine.html?id=SaJlbWK_-FcC&redir_esc=y)

Guido, O.S. (2002). Auditoria Médica: Herramienta de gestión moderna subvalorada. Revista Médica de Chile. 130(2).

[https://www.researchgate.net/publication/240114881\\_Auditoria\\_medica\\_herramienta\\_de\\_gestion\\_moderna\\_subvalorada](https://www.researchgate.net/publication/240114881_Auditoria_medica_herramienta_de_gestion_moderna_subvalorada)

Gutiérrez, R. J. (2003). Evaluación de la historia clínica sistematizada en la relación médico paciente de las IPS adscritas a Susalud. Revista CES, 17.

<https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/554>

Guzmán, F; Arias, C.A. (2012). La Historia Clínica: Elemento fundamental del acto médico. 27(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355535148002>

INCONTEC - Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. (2015). ISO 9001: Gestión de Calidad.

[http://www.cucsur.udg.mx/sites/default/files/iso\\_9001\\_2015\\_esp\\_rev.pdf](http://www.cucsur.udg.mx/sites/default/files/iso_9001_2015_esp_rev.pdf)

ICONTEC Internacional. (2018). Manuales ICONTEC Internacional.

[http://www.icontec.org/Paginas/e\\_normas.aspx](http://www.icontec.org/Paginas/e_normas.aspx).

- Jaramillo, A. J. (2005). Historia y Filosofía de la Medicina. [https://libreriaucr.fundacionucr.ac.cr/index.php?route=product/product&product\\_id=1521](https://libreriaucr.fundacionucr.ac.cr/index.php?route=product/product&product_id=1521)
- Lain, P. (1991). La historia clínica, historia y teoría del relato patográfico. <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-historia-clinica-historia-y-teoria-del-relato-patografico/>
- Leonard, W. P. (2012). Evaluación de los Métodos y Eficiencia Administrativos. 2(1). [http://biblioteca.udla.edu.ec/client/es\\_EC/default/search/detailnonmodal/ent:\\$002f\\$002fSD\\_ILS\\$002f0\\$002fSD\\_ILS:15363/one?qu=Leonard%2C+William+P.&ic=true&te=ILS&ps=300&h=0](http://biblioteca.udla.edu.ec/client/es_EC/default/search/detailnonmodal/ent:$002f$002fSD_ILS$002f0$002fSD_ILS:15363/one?qu=Leonard%2C+William+P.&ic=true&te=ILS&ps=300&h=0)
- Malgosa, I. A. (2003). Paleopatología, la enfermedad no escrita. <https://es.scribd.com/document/402149662/Paleopatologia-La-enfermedad-no-escrita-Isidro-Malgosa-PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). Resolución 8430. 4 de Octubre de 1993. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1999). Resolución 1995. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Auditoría para el mejoramiento de la Calidad. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>.

- Pedraza, L. (1998). Informática médica. 2(1).  
[http://biblioteca.unach.edu.ec/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=764#.X6R7mvMzZkg](http://biblioteca.unach.edu.ec/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=764#.X6R7mvMzZkg)
- Sampieri, R. (2006). Metodología de la investigación. Sexta Edición. Ed. McGraw-Hill.  
<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Sousa, V. D; Driessnack, M; Mendes I. A. C. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: Diseños de investigación cuantitativa. III (15).  
<https://www.semanticscholar.org/paper/Revisi%C3%B3n-de-dise%C3%B1os-de-investigaci%C3%B3n-resaltantes-1%3A-Sousa-Driessnack/624e11d36a83f7967497354e02153526aada0044>
- Taggesell, G. H. (2005). Error médico a la luz de la jurisprudencia comentada.  
[https://books.google.com.co/books/about/Error\\_m%C3%A9dico\\_%C3%A0\\_luz\\_da\\_jurisprud%C3%Aancia\\_c.html?id=YQZeWN3KiPwC&redir\\_esc=y](https://books.google.com.co/books/about/Error_m%C3%A9dico_%C3%A0_luz_da_jurisprud%C3%Aancia_c.html?id=YQZeWN3KiPwC&redir_esc=y)
- The Office of Research Integrity. (2011). Módulo 2: Diseño de Investigaciones - Sección 1. <https://ori.hhs.gov/content/m%C3%B3dulo-2-dise%C3%B1o-de-investigaciones-secci%C3%B3n-1#descriptive-studies>
- WHO. (1998). Guidelines for Medical Record Practice.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59341/WHO\\_HS\\_NAT.COM\\_80.370\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59341/WHO_HS_NAT.COM_80.370_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## ANEXOS

### Anexo A

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ identificada con cedula numero \_\_\_\_\_, en mi actuar como Gerente de la compañía \_\_\_\_\_; he leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado(a) de las incomodidades riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio y sé que puedo retirarme de él en cualquier momento. Autorizo el uso de los registros clínicos de los usuarios de la Institución Prestadora de Servicios de Salud que represento del propósito de esta investigación.

Al firmar este documento de consentimiento, no estoy renunciado a ninguno de los derechos legales que yo tendría de otra manera como sujeto en un estudio de investigación.

Yo estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_