

**CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN
BOGOTÁ Y PERSPECTIVAS PARA SU OPTIMIZACIÓN EN LA
ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL EN SALUD**

**"TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR
AL TÍTULO DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR"**

AGUIRRE GARCIA, NATALIA

naguirreg@unbosque.edu.co

CAMACHO NIÑO, YANETH SARAY

ycamachon@unbosque.edu.co

CARVAJAL AMAYA, MARIA PAULA

paulacarvajal@gmail.com

DOMINGUEZ MORENO, JAVIER ANDRES

javierdominguezmd@gmail.com

GARZON TENJO, PABLO ANDRES

pgarzont@unbosque.edu.co

GUEVARA VARGAS, LAURA NATALY

Nathaly332@hotmail.com

MANRIQUE ZHUKOV FERNANDO

fmanriquez@unbosque.edu.co

MAYORGA HERRERA, PAOLA ANDREA

pmayorga@unbosque.edu.co

**FACULTAD DE MEDICINA POSTGRADO MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**BOGOTÁ D.C.
AGOSTO 2017**

TUTORES

**DR. MAURICIO ALBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**DIRECTOR DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**DR GERARDO MEJIA CARRION
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**FACULTAD DE MEDICINA POSTGRADO MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**BOGOTÁ D.C.
AGOSTO 2017**

ESTE TRABAJO HACE PARTE DEL PROYECTO TITULADO

Propuesta de historia clínica integral en APIS con enfoque en determinantes de la salud. Primera fase
Convocatoria Interna, Grupo de investigación de medicina comunitaria, línea de investigación de salud familiar y atención primaria, Universidad El Bosque 2015
PCI -2015-8235

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DR. MAURICIO ALBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DIRECTOR DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE

COINVESTIGADORES

DR GERARDO MEJIA CARRION
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE

CARLOS IGNACIO DELGADO
INGENIERO DE SISTEMAS
UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE

**LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS
CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS INVESTIGADORES EN SU TRABAJO,
SOLO VELARÁ POR EL RIGOR CIENTÍFICO, METODOLÓGICO Y
ÉTICO DEL MISMO EN ARAS DE LA BÚSQUEDA DE LA VERDAD Y LA
JUSTICIA.”**

AGRADECIMIENTOS

A Dios que nos permitió conseguir este propósito.

A nuestras familias, por su incondicional apoyo y paciencia en el proceso que tuvimos

A nuestros profesores que nos brindaron sus conocimientos y apoyo.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	11
Introducción	13

CAPITULO 1

1.1 Título de la investigación	20
1.2 Planteamiento del problema	20
1.2.1 Pregunta de investigación	20
1.2.2 Justificación	20
1.3 Objetivo general	22
1.4 Objetivos específicos	22

CAPITULO 2

2. Marco teórico	24
------------------	----

2.1 Historia clínica	24
2.2 Historia clínica electrónica	26
2.3 Sistemas de información en salud	30
2.4 Atención primaria integral en salud (APIS)	32
2.5 Grupo focal y entrevista	36
2.6 Perspectiva	38
2.7 Optimizar	38

CAPITULO 3

3. Diseño metodológico	40
3.1 Introducción al análisis cualitativo	40
3.2 Estructura analítica	40
3.3 Tipo de estudio	41
3.4 Población y muestra	41
3.4.1 Criterios de inclusión	42
3.4.2 Criterios de exclusión	42
3.5 Métodos y técnicas para la recolección de la información	42

3.6 Metodología	43
-----------------	----

CAPITULO 4

4. Revisión de la normatividad vigente en Colombia relacionada con la historia clínica electrónica	52
--	----

CAPITULO 5

5. Resultados	70
5.1 Primera Fase de Análisis	70
5.2 Segunda Fase de Análisis	76
5.2.1 Categorías Deductivas	78
5.2.1.1 Primer contacto	78
5.2.1.2 Continuidad	79
5.2.1.3 Integralidad	80
5.2.1.4 Coordinación	81
5.2.1.5 Inclusión determinantes sociales en salud	82
5.2.2 Categorías inductivas	83

5.2.2.1 Usabilidad	83
5.2.2.2 Capacitación	83
5.2.2.3 Tiempo-facilidad en la consulta	84
5.2.2.4 Interoperabilidad	85
5.2.2.5 Trazabilidad	85
5.2.2.6 Sistema de información	86
5.2.2.7 Academia	87
5.2.2.8. Accesibilidad	87
5.2.2.9. Confidencialidad	88
5.2.2.10. Disponibilidad de laboratorios e imágenes	89
5.2.2.11. Secuencialidad	89
5.2.2.12. Mejoraría la historia clínica	90
5.2.2.13. Seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento de la salud	90
5.2.2.14. Marco legal	91
5.2.3 Grupos de interrelación	92
5.2.3.1 Grupo de interrelación 1	93
A. Sistema de información	93

B. Primer contacto	98
5.2.3.2 Grupo de interrelación 2	104
5.2.3.3 Grupo de interrelación 3	107
A. Sistema de información	108
B. Capacitación	111
5.2.3.4 Grupo de interrelación 4	113
5.2.3.5 Grupo de interrelación 5	115

CAPITULO 6

Análisis de avances normativos de la historia clínica electrónica	119
Conclusiones	122

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	125
-----------------------------------	-----

ANEXO 1

Artículo: *Panorama de la historia clínica electrónica en Bogotá*

LISTA DE SIGLAS

APS: Atención Primaria en Salud

APIS: Atención primaria integral en salud.

BDUA: Base única de afiliados

CIE 10: Clasificación internacional de enfermedades

CUPS: Registro individual de prestación de servicios de salud

ESE: Empresa social del estado

EPS: Entidades Promotoras de Salud

IPS: Institución prestadora de salud

PIAS: Política Integral de Atención en Salud

MIAS: Modelo integral de atención en salud

MinTic: Ministerio de las tecnologías y las comunicaciones.

PAI: Plan ampliado de inmunización

PAIS: Política de atención integral en salud

PCAT: Primary care assessment tools

SIDBA: Sistema de información distrital y de barreras de acceso

SISPRO: Sistema Integrado de Información de la Protección Social

SDS: Secretaria de Salud Distrital

SOAP: Subjetivo, objetivo, análisis, plan

TIC: Tecnologías de la información y comunicación

RESUMEN

Con el advenimiento de la modernidad y la tecnificación subsecuente, así como, con su globalización de la información surgió como necesidad a nivel mundial generar un sistema de información en el ámbito de la salud(1), para fortalecer la fácil consulta y acceso a los registros de salud de los pacientes, buscando de esta manera alcanzar un manejo biopsicosocial integral, continuo, universal; y asimismo generar estadísticas de la población en la búsqueda de generar políticas de salud pública eficaces enfocadas en atención primaria en salud.

Colombia como país creciente en población y en su exploración continua de mejora de la calidad de vida de sus ciudadanos no es ajeno a esta necesidad. Se ha documentado la falta de sistemas de información adecuados, con datos actualizados sobre el estado de salud de la población, permaneciendo segmentado el sistema de salud y existiendo problemas de calidad.(2)

Los médicos familiares como grupo comunitario idóneo para generar cambios en salud tenemos la obligación de promover estas reformas en aras de lograr una atención primaria en salud, integral, eficaz, eficiente y segura; por este motivo nos disponemos a realizar una revisión del estado actual de la historia clínica electrónica del distrito capital. Buscando las fortalezas de los instrumentos actuales, así como analizando las percepciones de los distintos actores que participan tanto en la realización, implementación y recopilación de datos de la historia clínica. Todo esto para lograr una perspectiva clara de la situación actual de la historia clínica

electrónica en Bogotá que nos permita tener claro los puntos a optimizar para conseguir una atención primaria integral en salud ideal.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud con el desarrollo de los Objetivos del Milenio ha estimulado el cuidado de la salud y la salud pública. En consecuencia, los sistemas de salud se han enfocado en las necesidades de las poblaciones en donde se aplican. A raíz de esto se han diseñado herramientas con el fin de mejorar la vigilancia de la salud, la gestión del sistema de salud, la educación sanitaria y la toma de decisiones clínicas.

Los sistemas electrónicos médicos de registro dentro de los que se encuentra incluida la historia clínica electrónica, se han analizado a través de meta-análisis que muestran que el uso de este tipo de sistemas de registro logra un aumento sólo de manera ligera el número de servicios de atención preventiva; este incremento ha sido cuantificado en una media de 13%. Asimismo no se ha encontrado cambio significativo en los resultados en salud, eficiencia de los servicios y costos.(3)

Dentro de las experiencias a nivel nacional, las diferentes EPS e IPS han desarrollado modelos de historia clínica de acuerdo a sus necesidades y en contratos con diferentes proveedores. En general no tienen diseños que faciliten al abordaje integral y que faciliten la consulta y manejo de la gran cantidad de información que se requiere para hacer este abordaje complejo.

En el 2005 la Universidad Nacional de Colombia, realiza una búsqueda de la situación actual de los sistemas de información en salud, encontrando falencias en la organización del sistema y plantea la necesidad de reflexionar ante este tipo de gestión para lograr un mejoramiento en relación a la

organización.(4) Posteriormente en el 2012 la Universidad del Cauca, planteó un modelo arquitectónico para la interoperabilidad entre instituciones prestadoras de salud en Colombia, con el fin de promover el concepto de redes integradas de servicios de salud, que posibilitarán el intercambio electrónico de información demográfica, clínica y epidemiológica entre los diferentes actores y componentes del sistema de salud.(4)

Se tienen en cuenta la ley 1438 del 2011, en donde se busca reorganizar el sistema de General de Seguridad Social, en relación a la información, se establecen indicadores para la evaluación del funcionamiento del sistema a cargo del Ministerio de protección social, además realiza la adopción de historia clínica electrónica de manera obligatoria y plantea la adopción de un modelo basado en la APS(4)

Avances hacia un sistema de información integral en el Distrito dentro del concepto de APIS.

Respecto a la infraestructura necesaria para tener una adecuada información, la Secretaria Distrital de Salud ha avanzado. Crea un aplicativo de software, llamado APS en línea, que desde el 2007 que apoya los procesos relacionados con la estrategia, unificando e integrando el trabajo de campo de las diferentes ESEs, y todos aquellos involucrados en la misma, favoreciendo la integración de la información social del distrito. En esta existe una vinculación de las diferentes instituciones del eje social, la SDS como operador del sistema de información, secretaría de educación, secretaría de integración social, instituto colombiano de bienestar familiar, secretaría de hábitat, entre otros, y también

vincula a los diferentes sectores de acuerdo con los ámbitos ordenadores de la operativización de la estrategia APIS: familiar, escolar y comunitario/barrial.(5,6)

El sistema de información en línea tiene dos módulos, el primero llamado detección, que permite reportar individuos identificados desde cualquier entidad o que pueden ser beneficiarios de la estrategia de APIS. El segundo denominado transectorialidad, que permite a otras entidades diferentes al sector salud, recibir notificaciones de canalizaciones hechas desde los grupos de APIS hacia los programas de su competencia y registrar las acciones realizadas en respuesta a dichas canalizaciones.(4)

El sistema finalizó su etapa de instalación en la red local de hospitales en junio de 2007 y se encuentran operando los módulos de caracterización y seguimiento de las acciones que realizan los equipos de salud familiar y comunitaria en todas las localidades.(6)

Al colocar la APS como referente conceptual para el desarrollo del modelo de atención, se ha podido ordenar y armonizar los procesos de gestión y atención en función de la satisfacción según las necesidades de los usuarios y de sus familias y permite que estos se empoderen de sus derechos, auto cuidado y posibilidades de utilización de los servicios de salud y de otros servicios relacionados y se desplieguen iniciativas de acción.(7)

En el año 2014 cuenta con los siguientes programas: Si territorio, Red Sangre, Banco de Datos, Barreras SIDBA, APS en línea, PAI, SIVIGILA, CIE 10. Estos en su conjunto tienen una gran cantidad de información útil para tomar decisiones en APS, sin embargo, esta en sistemas independientes y no es de

fácil consulta para los trabajadores de la salud, ni tienen vínculos con las historias clínicas que utilizan las diferentes EPS en que caso que se pretendiera usar esta información para hacer una atención integral.

En Colombia, actualmente existe una necesidad cada vez más grande de garantizar un sistema de información competente, acompañado de una cultura de generación, procesamiento y utilización de la información, que permita el óptimo aprovechamiento y utilización de los determinantes, los sistemas y el estado de salud de la población para conseguir un sistema de salud integrado.

En el último tiempo, se ha realizado un gran esfuerzo dentro del marco legal Colombiano, con el fin de fortalecer la optimización de un sistema de salud unificado e integrado para permitir el mejoramiento de la calidad en salud; por tal razón, apareció el plan de desarrollo 2006-2010(8) donde establece la creación de un plan nacional de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), que tiene como objetivo: en el 2019 todos los colombianos estarán conectados e informados, haciendo un uso eficiente y productivo de las TIC y objetivo lograr altos niveles de calidad y cubrimiento de los servicios de salud, a partir de la instalación de infraestructura tecnológica y la apropiación y uso eficaz de las TIC(8) en el sector posteriormente se establece en el informe del consejo privado de Competitividad en 2010, estrategias en salud teniendo en cuenta la digitalización de la totalidad de las historias clínicas y el desarrollo de plataforma electrónica para facilitar el acceso. Finalmente, con la ley 1438 del 2011, establece que: el Sispro (principal sistema de información colombiano) debe estar integrado por los sistemas del Ministerio de Protección Social,

Registraduría Nacional del Estado Civil, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el SISBEN y las entidades prestadoras de salud.(9)

En Bogotá ya se han generado por parte del Concejo de Bogotá, acciones encaminadas a unificar la historia clínica, buscando que ésta se encuentre dentro de un sistema de información distrital que aplique a la red pública de Bogotá y que permita mejorar el acceso de información a los médicos y agilizar la atención, el proceso de autorización de procedimientos médicos y la entrega de medicamentos, como quedó consignado en el proyecto acuerdo 178 de 2014 del Concejo de Bogotá.(10)

En Bogotá actualmente se dispone de muchos modelos de historia clínica electrónica, cada entidad de salud se acoge al modelo que más se ajusta a sus exigencias, teniendo en cuenta que todos los modelos de historia clínica deben cumplir los requisitos mínimos exigidos por el ministerio de salud en el territorio nacional.

Para el ministerio software único no es equivalente a historia clínica electrónica única, mucho se ha hablado de lograr la unificación de las historias clínicas en el distrito, y se ha trabajado en ello por parte del ministerio, no en la búsqueda de lograr un software de historia clínica único para todo el distrito, ya que esto es muy difícil de lograr por razones de diversa índole, sino, en establecer unos requisitos mínimos que cumplan todas las entidades prestadoras de servicios de salud, y que recopilen la información más relevante de los pacientes, que sea visible en cualquier institución prestadora de salud a través de la web. De hecho, a menudo se reciben propuestas de

modelos de software para historia clínica que dicen ser la “panacea”, incluso de personas y entidades de otros países, pero como se ha explicado, esto no es lo que se está buscando.

Actualmente se cuenta con un marco legal que implementa los sistemas informáticos y unos requisitos mínimos a cumplir en las historias clínicas:

En la resolución número 2546 de 1998, se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información de prestaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.(11)

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.(11)

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

La ley 1995 de 1999: Dentro de sus consideraciones establece que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento

de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud. En el artículo 10 denominado registros específicos se refiere al documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.(12,13)

Cito dos artículos de la ley 1438 de 2011, que tratan el tema de regulación y articulación de sistemas de información.(9)

En el Artículo 112, se hace referencia a la Articulación del Sistema de Información. El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro), articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información.(9)

Por otra parte, el Artículo 113 referente al Sistema de Información Integrado del Sector Salud, establece que El Ministerio de la Protección Social junto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones tiene la labor de definir y contratar un plan para que en un periodo menor a 3 años se garantice la conectividad de las instituciones vinculadas con el sector de salud en el marco del Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones – TIC.(9)

CAPITULO 1

1.1 TÍTULO DE INVESTIGACIÓN

Características de la historia clínica electrónica en Bogotá y perspectivas para su optimización en la atención primaria integral en salud.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las características de la historia clínica electrónica desde las perspectivas que tienen los diferentes funcionarios implicados en registro de la misma del Sistema General De Salud en Bogotá, para identificar los aspectos de mejora y de optimización que se requieren en Atención Primaria Integral en salud (APIS)?

1.2.2 JUSTIFICACIÓN

Las tecnologías de la información que se han desarrollado mundialmente han permitido la creación de sistemas de información en salud que son un elemento importante en la mejora de atención de los pacientes ya que facilitan tanto la consulta de registros previos de atención en salud del individuo, así como el registro de los determinantes de la salud que lo afectan. Estos determinantes de la salud que corresponden al grupo de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

(Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención) explican, según datos de la Organización Mundial de la Salud la mayor parte de las inequidades sanitarias y en consecuencia estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuyo informe publicado en agosto de 2008 y con el que busca asesorar sobre como mitigar estas inequidades, propone tres recomendaciones generales que son: primero mejorar las condiciones de vida cotidianas, segundo luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y por último, medición y análisis del problema.(14)

Colombia es un país que no ha sido ajeno a estas necesidades y es por esto que desde tiempo atrás se inició la implementación de un Sistema Integral de Información de la Protección Social, de cuyos datos se obtiene la información necesaria para la elaboración de políticas, monitoreo regulatorio y la gestión de servicios. Una fuente importante de los datos allí consignados proviene de la atención en salud cuya base de registro es la historia clínica, es por esto que las distintas instituciones han optado por generar sistemas de historia clínica electrónica que les faciliten la extracción de los datos que les son requeridos.

Un número importante de instituciones prestadoras de servicios de salud utilizan la historia clínica electrónica para el registro de la información en cada una de sus atenciones, se han creado diferentes modelos de historia clínica electrónica según las necesidades de las instituciones, lo que hace que existan distintos software, cada uno con sus ventajas y desventajas en cuanto a información contenida y diligenciamiento, a pesar del deseo de unificación expresado por los entes reguladores no se ha logrado. Nosotros, como médicos familiares, profesionales idóneos para la generación de mejoras en la atención primaria en salud, somos conscientes de la importancia de los

determinantes de la salud, y sabiendo que la existencia de un sistema de información, no es garantía per se, de la calidad de los datos allí registrados. Decidimos realizar una investigación en la que se tenga en cuenta a los actores que utilizan y diligencian la historia clínica electrónica, con el fin de obtener a través de su percepción información clara sobre las características de la historia clínica electrónica, y a partir de esto verificar las perspectivas para su optimización en la atención primaria integral en salud.

1.3 OBJETIVO GENERAL

Conocer las características de las historias clínicas electrónicas en Bogotá, y verificar los aspectos factibles de mejora para que esta se enfoque en Atención Primaria Integral en Salud (APIS).

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Objetivo 1. Realizar una búsqueda de información disponible sobre las historias clínicas electrónicas que se manejan actualmente en Bogotá.
- Objetivo 2. Obtener información sobre la percepción de los actores que intervienen en el diligenciamiento y extracción de información de las historias clínicas electrónicas en Bogotá, acerca de las características de éstas, tomando en cuenta el modelo de atención primaria integral en salud.

- Objetivo 3. Identificar las opciones de mejora a las historias clínicas electrónicas para que sean de utilidad teniendo en cuenta el modelo de atención primaria integral en salud.

CAPITULO 2

2. MARCO TEORICO

2.1 HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica ha sido desde el comienzo de la historia de la medicina, un elemento fundamental del acto médico, que ha sido esencial para el progreso de la profesión y que refleja la calidad de la atención en salud. Las civilizaciones antiguas plasmaron su necesidad de generar una memoria histórica de los cambios poblacionales, en los papiros de Mesopotamia y el antiguo Egipto ya se hallaron registros clínicos de fallecimientos.(15)

En Grecia se encontró en las lápidas votivas el primer esfuerzo de documentar los registros del acto médico en las lápidas votivas, en las cuales se consignó como Asclepio y sus hijos actuaban para sanar a las personas, en un evento mítico-religioso que llevaba a la curación. Posteriormente, en los libros “Las Epidemias I y III” del Corpus Hipocraticum se encuentran las primeras 42 historias clínicas bien caracterizadas, a partir de lo cual se genera un punto de inflexión en donde la medicina comienza a ser ciencia y profesión. Más adelante, en la Edad Media, reaparece la historia clínica como un documento en forma de *consilium*, que es producto de la obligatoriedad del estudio de la medicina en las facultades existentes. A lo largo del renacimiento la historia clínica evoluciona transformándose en los Observatio, que son un fiel reflejo de su época y que marcan la diferencia al convertir la historia clínica en un relato preciso, objetivo y que finaliza con una reflexión diagnóstica, indicaciones terapéuticas y el *exitus* que es el desenlace, bien sea hacia la mejoría o hacia la muerte. En el siglo XVII, Thomas Sydenham en su afán de

describir y definir las enfermedades tropicales perfeccionó el contenido de la historia clínica haciéndola más minuciosa en la descripción de las características de la enfermedad. A través del siglo XVIII, bajo el método anatomoclínico y en el siglo XIX con el desarrollo de técnicas fisiopatológicas, se complementó la historia clínica. En el siglo XX, con el rápido incremento de nuevas pruebas complementarias se generó la necesidad de incrementar la complejidad de la historia clínica convirtiéndose en multidisciplinar y de obligado cumplimiento. La globalización y la aparición de las tecnologías de la información y la comunicación han sido el punto de inflexión a partir del cual se generó la sistematización de la historia clínica, en búsqueda de optimizar la herramienta que ésta representa facilitando su diligenciamiento y disponibilidad.(16)

Actualmente la historia clínica se considera un documento de carácter obligatorio, que es utilizado por los distintos profesionales de la salud y que recoge datos de la entrevista clínica, la exploración física, exámenes complementarios, diagnósticos y tratamientos, siendo reflejo de aspectos tanto subjetivos como objetivos, ya que se considera resultado de la comunicación entre médico y paciente, y requiere en su registro la aplicación de un lenguaje técnico a lo que fue tratado de manera coloquial con el paciente.(17)

La historia clínica es un continuo, en donde se registran los datos relevantes para el proceso asistencial de manera veraz y respetuosa;(18) y en Colombia en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 se reglamentó que la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente(13), precisándose su definición en la resolución 1995 de 1999 que especifica que la Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las

condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.(12)

La historia clínica tiene unas características básicas que permanecen en el tiempo y que resultan de obligatorio cumplimiento, pero en su operatividad técnica ha evolucionado de manera paralela al desarrollo de las tecnologías. Las tecnologías de la informática y la comunicación que en el sector de la salud iniciaron en las áreas de radiología y laboratorio han permeado el sistema con la aparición de la historia clínica electrónica que ha permitido la recolección de estadísticas y ha mostrado importantes resultados en calidad como lo son mayor adherencia a guías clínicas y disminución de los errores de formulación.(19)

En Bogotá ya se han generado por parte del Concejo de Bogotá, acciones encaminadas a unificar la historia clínica, buscando que ésta se encuentre dentro de un sistema de información distrital que aplique a la red pública de Bogotá y que permita mejorar el acceso de información a los médicos y agilizar la atención, el proceso de autorización de procedimientos médicos y la entrega de medicamentos, como quedó consignado en el proyecto de acuerdo 178 de 2014 del Concejo de Bogotá.(10)

2.2 HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Son muchos los nombres que se han empleado para referirse a una modalidad de manejo de la información médica de los pacientes en donde intervienen las ciencias informáticas, documentales y de comunicación.(20). Aun no se ha visto una

definición estandarizada para historia clínica electrónica, pero encontramos varias definiciones en la literatura:

- *Comité Europeo de Normalización (CEN)*: Registro longitudinal y potencialmente multistitucional o multinacional de la atención médica de un único sujeto (paciente), creado y almacenado en uno o varios sistemas físicos, con el propósito de informar en la asistencia médica futura del sujeto y proporcionar un registro médico-legal de la asistencia que se le ha suministrado.(21)
- “National Electronic Health Record Taskforce (NEHRT) de Australia: Un registro longitudinal en formato electrónico de información sanitaria personal, generalmente centrada en el paciente, registrada o aceptada por los proveedores de atención sanitaria, el cual puede estar distribuido o centralizado. La información está organizada con el propósito principal de facilitar la atención sanitaria continua, eficiente y de calidad [NEHRT00]”.(20)
- Office of Health and the Information Highway, Health Canada. Un registro longitudinal de información sanitaria personal referente a una única persona, registrada o aceptada por los proveedores de atención sanitaria y almacenada en soporte electrónico [H Canadá 01].(21)
- American Society for Testing and Materials (ASTM). Un conjunto completo y estructurado de información clínica, demográfica, ambiental, social y financiera en formato electrónico que documenta la atención sanitaria a un paciente [ASTM96].(22)

- Institute of Medicine (IOM) USA 1991, (computer based patient record) como el registro médico electrónico que reside en un sistema específicamente diseñado para dar soporte a los usuarios en cuanto a proveer accesibilidad a datos seguros y completos, alertas, recordatorios, sistemas clínicos de soporte en la toma de decisiones, enlace a fuentes de conocimiento médico y otros tipos de ayuda.(23)

Así como existen varias definiciones también se habla de la historia clínica electrónica, que es el nombre más comúnmente utilizado, pero con este título se refiere a la forma de manejo de la información médica mediante impulsos electromagnéticos, con la afluencia de computadoras y programas computacionales.(21). Al referirse a historia clínica sistematizada, se alude a un ordenamiento de sus partes de obligatoria utilización, que se podría expresar como el manejo de una plantilla común para todos los usuarios.(20,24). El término computarizada hace referencia a la utilización de ordenadores (computadores) para el procesamiento de la información lo que incluye el manejo electrónico y el uso de programas informáticos.(20,21,24). El término historia clínica digitalizada se refiere al sistema de manejo de la información mediante la codificación binaria digital de los caracteres y de las imágenes, está relacionada con la captura de gráficos o al almacenamiento en forma gráfica de documentos.(24).

Aunque nos hemos acostumbrado a los distintos términos como sinónimos, es importante el manejo único de un término y acatamos el nombre de Historia Clínica Electrónica (HCE). Reconociendo que la informática es una técnica que mediante sistemas electrónicos y programas computacionales permiten un manejo más eficiente

de la información cumpliendo con las condiciones ideales para el manejo documental y asistencial de las historias clínicas(20,21).

Hoy por hoy la revolución de las tecnologías nos ha llevado al gremio de la salud a sistematizar tan valiosa información, esta que plasmamos cada día que nos topamos un paciente, de allí surge la necesidad de que a nivel mundial se instaure una forma sistematizada y computarizada de guardar la información.(15). Es por esto que se empezaron a manejar dos términos a nivel mundial registro medico electrónico (electronic medical records EMR) y registro de salud electrónico (electronic health record, EHR), el primero corresponde a los registros institucionales y el segundo a la información más allá de la institución.(15)

En una revisión sistemática realizada en Canadá encontraron que la mayoría de estudios realizados para evaluar el impacto del uso de historia clínica electrónica en el área de la salud, mostro 51.2% fue calificado como impacto positivo para la práctica clínica, encontrando beneficios en cuanto a mejoría de la calidad de atención, mejoría de la productividad. Por otro lado los aspectos negativos que se encontraron en esta revisión fue que hay que tener soporte técnico en caso de fallas, la experticia del operador en el sistema, y la agilidad o rapidez del programa utilizado son influencias que impactan en su momento de forma negativa la fluidez en la atención del paciente. (25)

La mayoría de la literatura muestra los mismos beneficios de la historia clínica electrónica, por ejemplo, en una revisión realizada en Australia encontraron los siguientes beneficios:

- Eficiencia en los servicios de salud

- Mejoría de la legibilidad
- Facilidad en la auditoria y análisis de datos
- Ahorro de costos
- Disminución de errores clínicos y médicos asociados a un diligenciamiento inadecuado o incompleto.
- Mejoría de la seguridad del paciente
- Mejoría de la salud pública.

En contraste a esto encontramos también las barreras o los puntos negativos de la utilización de una historia clínica electrónica:

- Alto costo de implementación demostrado.
- Temor a una interrupción del flujo de trabajo.
- Tiempo requerido de entrenamiento al personal.
- Temor a la pérdida de la autonomía profesional.
- Contradicciones con la literatura.(26)

Teniendo en cuenta lo anterior es importante minimizar los factores negativos para la implementación de una historia clínica electrónica para que sea optima tanto para el paciente como para los funcionarios de salud que lo implemente, se debe regir por la legislación actual de Colombia y debe contener principios éticos que protejan la información del paciente.

2.3 SISTEMAS DE INFORMACION EN SALUD

Con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la atención en salud, los sistemas de información se han constituido como una herramienta vital y esencial en los procesos

de calidad y eficiencia en los servicios de salud(2), que permiten gestionar de una manera clara y estratégica el gran número de datos cualitativos y cuantitativos, y la amplia y diversa información relacionada con la salud de la población en general.(27)

El continuo proceso de mejoramiento de la calidad en salud, nos lleva a fomentar la búsqueda continua de mejores sistemas que permitan el acrecentamiento de la efectividad, oportunidad y calidad de la información, y de ésta manera contribuir al progreso y perfeccionamiento de las condiciones de salud de la población.(28)

Para entender de una mejor manera la importancia de los sistemas de información en salud es importante conocer el término “sistema”, por tanto, tomamos la definición de la real academia de la lengua al referirnos a éste como: “Un Conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto”. Y aplicamos este concepto a un sistema de información en salud, definiéndolo como un conjunto integrado de recursos humanos y materiales mediante el cual se recolectan, almacenan, recuperan, procesan y comunican datos e información con el objetivo de lograr una utilización eficiente de recursos.(27)

En Colombia, actualmente existe una necesidad cada vez más grande de garantizar un sistema de información competente, acompañado de una cultura de generación, procesamiento y utilización de la información, que permita el óptimo aprovechamiento y utilización de los determinantes, los sistemas y el estado de salud de la población para conseguir un sistema de salud integrado.(2)

En el último tiempo, se ha realizado un gran esfuerzo dentro del marco legal Colombiano, con el fin de fortalecer la optimización de un sistema de salud unificado e integrado para permitir el mejoramiento de la calidad en salud; por tal razón, apareció el plan de desarrollo 2006-2010(29) donde establece la creación de un plan

nacional de tecnologías de la información y la comunicación (TIC)(2), que tiene como objetivo: en el 2019 todos los colombianos estarán conectados e informados, haciendo un uso eficiente y productivo de las TIC y objetivo lograr altos niveles de calidad y cubrimiento de los servicios de salud, a partir de la instalación de infraestructura tecnológica y la apropiación y uso eficaz de las TIC en el sector(8), Posteriormente se establece en el informe del consejo privado de Competitividad en 2010, estrategias en salud teniendo en cuenta la digitalización de la totalidad de las historias clínicas y el desarrollo de plataforma electrónica para facilitar el acceso.(2) Finalmente con la ley 1438 del 2011, establece que: el Sispro (principal sistema de información Colombiano) debe estar integrado por los sistemas del Ministerio de Protección Social, Registraduría Nacional del Estado Civil, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el Sisben y las entidades prestadoras de salud.(9)

El Sistema de Información de Salud es la infraestructura esencial para el mejoramiento del sistema de salud, abarca recursos humanos, materiales y su interrelación.(27), y en la medida en que permita una profunda integración y unificación de datos de salud, se logrará la optimización de procesos, el incremento de productividad y la gestión financiera(30). De aquí la gran importancia de la creación de una historia clínica electrónica unificada enfocada en atención primaria en salud.

2.4 ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL EN SALUD (APIS)

La Organización Mundial de la Salud ha venido promoviendo la Atención Primaria de Salud (APS) desde los años previos a 1978, cuando decidió adoptar este enfoque como fundamento para el logro de la meta de “Salud Para Todos”.(31)

En la Declaración de Alma-Ata de 1978 la APS fue definida como el cuidado sanitario esencial basado en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación (OMS, 1978).(4)

Desde hace más de un cuarto de siglo la APS es reconocida como uno de los componentes claves de un Sistema de Salud. Las experiencias de los países desarrollados y en desarrollo demuestran por igual que la APS puede ser interpretada y adaptada para ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos.(31)

Por lo tanto, la APS, se puede definir y conceptualizar desde distintas perspectivas. Se le considera como una parte esencial del sistema de salud, la puerta de entrada a través de la cual los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud. Esta aproximación es ciertamente simplista y no permite visualizar de forma suficiente la importancia y complejidad del papel que la APS debe desempeñar en el conjunto de los procesos de atención de salud individual y colectiva.(32)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) redefinió en el 2008 a la APS como el “conjunto de reformas de los sistemas de salud para enfrentar los actuales desafíos de

la salud, guiándose por los valores de equidad, solidaridad y justicia social, teniendo en cuenta las expectativas de la población”. De este modo se entiende que la APS no se refiere solo a un programa de atención básica de salud o exclusivo a las intervenciones médicas, sino que se debe entender como una estrategia que permita lograr reformas en los sistemas de salud que conlleven al adecuado enfrentamiento de los desafíos de la salud que se dan en la actualidad. Para esto, se deben guiar en valores importantes y con base en las perspectivas de la población.(33)

Los que caracterizan a la APS, con independencia del país o comunidad en que se desarrolle, son los siguientes:

- Integral: se refiere en abordar los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando estos componentes como parte importante de los procesos de salud enfermedad.
- Integrada: los procesos de atención en salud deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- Continuada y longitudinal: desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja; y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema de salud (centro de salud, hospital, urgencias).
- Activa: realizada por unos profesionales que no se limitan a actuar como receptores pasivos de los problemas y demandas, sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos en sus fases más precoces.

- Accesible: sin existencia de barreras que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesiten o que las discriminen en función de su raza, creencias o situación económica.
- Desarrollada por equipos: formados por profesionales sanitarios (medicina, enfermería) y no sanitarios (trabajo social, administración).
- Comunitaria y participativa: enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria, y contando con la participación activa y constante de los actores implicados.
- Programada y evaluable: a partir del desarrollo de actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas de evaluación adecuadas.
- Docente e investigadora: con capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios. Para desarrollar en la práctica una APS que responda a los conceptos anteriores se pueden diseñar distintos entornos organizativos que van desde la asistencia en consultas individuales aisladas hasta el trabajo en equipo en el seno de centros de salud integrales, con múltiples variantes dependiendo del contexto. Sin menospreciar los valores de los diferentes modelos, parece existir un consenso mayoritario sobre las ventajas que ofrece la organización en equipos multidisciplinarios al incrementar la efectividad y la eficiencia de muchos de los componentes de los procesos de atención.(32)

El gobierno de la ciudad de Bogotá, a partir del Plan de Desarrollo del 2004 y su política de salud, decide poner en práctica la estrategia de Atención Primaria de Salud, desde un enfoque de calidad de vida en la red pública de servicios de salud adscrita a la Secretaría Distrital de Salud. La puesta en marcha de la APS busca mejorar el estado de salud de la población y reducir las inequidades, a través de la

optimización del acceso a la atención integral en salud; la garantía de la continuidad en la atención; la articulación de las acciones individuales y colectivas y el impulso de la acción intersectorial por la salud y la participación comunitaria y social. La APS en Bogotá se orienta, según las directrices generales de la Secretaría Distrital de Salud, por la orientación de salud familiar y comunitaria y se articula con la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud para promover estilos de vida saludables desde la perspectiva de responsabilidad social y el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud(34). Esta estrategia ha tomado diferentes nombres dependiendo de la administración distrital como Salud a Su Casa (SASC) durante la administración (2008-2011) y hoy Territorios saludables (2012- 2016).

2.5 GRUPO FOCAL Y ENTREVISTA

Para entender el desarrollo de esta tesis es importante conocer cuáles son los métodos que se van a desarrollar para la investigación, es así que se desea aclarar la definición de los instrumentos utilizados.

La entrevista es una técnica de recolección de información cuantitativa una forma de comunicación y es la base de las noticias que se publican, se orienta para obtener tres objetivos específicos como son: obtener datos del entrevistado, recolectar opiniones acerca de un hecho permitiendo generar una información. Es importante aclarar que no se considera una conversación normal si no formal lo cual conlleva a una intencionalidad con objetivos específicos para desarrollar una investigación

La técnica de la entrevista es una de las más utilizadas para realizar investigación cuantitativa, después de la encuesta que es una técnica cuantitativa. Eso nos permite ver que la entrevista es una técnica muy completa permite captar opiniones

estados de ánimo y ayuda a la resolver objetivos propuestos, sin embargo se considera importante que esta se complemente con otras técnicas como los grupos focales permitiendo con esto dar validez.(35)

Como se ha mencionado la entrevista tradicional era uno de los métodos utilizados en investigación cualitativa sin embargo se evidencio hacia los años 30 que este tipo de método presentaba varias limitaciones para el adecuado recolección de datos como fueran que el entrevistador podía ejercer influencias en la forma en que respondía el entrevistado entre otros(36), posterior a esto surge la idea de plantear la formación de grupos focales , ahora bien lo que se desea valorar con los grupos focales es que se expongan actitudes emociones creencias por el grupo entrevistado(37), por otra parte es importante conocer que estos grupos focales se construyen a partir de tres elementos que son propios de la investigación cualitativa: que son la exploración y descubrimiento, el contexto y profundidad e interpretación. En conclusión se puede definir que los son grupos focales son una técnica de investigación cualitativa, la cual se basa en la realización de un una entrevista a un grupo, el cual es dirigido por un moderador , en Este Grupo Participan Un Número Limitado de personas.(38)

Es importante por lo tanto aclarar la diferencia entre un grupo focal y una entrevista grupal, en la segunda se entrevistan las personas al mismo tiempo, acá el énfasis se marca en las preguntas y respuestas proporcionadas por el investigados y el participante, a diferencia de los grupos focales en donde lo que se desea valorar es la interacción del grupo basados en un tema propuesto por el investigados , otra importante diferencia radica en la dinámica social que se presenta en los diferentes

participantes del grupo.(38) este nos permite valorara exploración inicial frente el problema que se investiga buscando generar nuevas hipótesis.(39)

Por lo ya explicado se considera importante utilizar los grupos asociados con entrevistas en esta investigación dado que se conoce la sensibilidad que tiene para recolectar conocimiento y posteriormente desarrollar la investigación de una manera práctica, donde al final permitirá generar reflexiones críticas.(40)

2.6 PERSPECTIVA

Circunstancias que rodean al observador, y que influyen en su percepción o en su juicio

Siendo de juicio personal o la visión subjetiva de un sujeto como también uno o varios puntos de vista o modo de ver, entender y considerar las cosas.(41)

La real academia lo define como un punto de vista desde el cual se considera o se analiza un asunto. Considerada en principio más ajustada a la realidad, que viene favorecida por la observación ya distante, espacial o temporalmente de cualquier hecho o fenómeno.(42)

2.7 OPTIMIZAR

Optimizar es un verbo que designa la acción de buscar la mejor forma de hacer algo. Como tal, es un verbo transitivo que se conjuga como “realizar”. La palabra optimizar se compone del vocablo “óptimo”, superlativo de ‘bueno’, que proviene del latín *optĭmus*, y del sufijo “-izar”, del latín *-izāre*.

Optimizar quiere decir buscar mejores resultados, más eficacia o mayor eficiencia en el desempeño de alguna tarea. De allí que términos sinónimos sean mejorar, optimar o perfeccionar. Mientras que antónimos serían desmejorar o empeorar.

Se dice que se ha optimizado algo (una actividad, un método, un proceso, un sistema, etc.) cuando se han efectuado modificaciones en la fórmula usual de proceder y se han obtenido resultados que están por encima de lo regular o lo esperado. En este sentido, optimizar es realizar una mejor gestión de nuestros recursos en función del objetivo que perseguimos.(43)

Optimización es el proceso de hacer algo mejor. La optimización consiste del tratamiento de las variaciones de un concepto inicial y usar la información obtenida para mejorar la idea.(44)

CAPITULO 3

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Introducción al análisis cualitativo

El análisis cualitativo se diferencia mucho del cuantitativo, el aspecto fundamental que marca esta diferencia es el tipo de datos que manejan; en el primer caso contamos con discursos y textos narrativos mientras que en el segundo los datos manejados corresponden a valores numéricos. Los discursos y textos se transforman en datos útiles, de tal manera que pueden ser manejables y permiten realizar la extracción y comprensión del significado y su importancia, en relación con el problema estudiado. Existen múltiples procedimientos para realizar el análisis cualitativo de los datos, en este trabajo se empleó la estrategia de la teorización por ser la más adecuada para el enfoque metodológico que se planteó, con esta estrategia lo que se busca es ordenar y clasificar los textos por temas, de forma tal, que puedan ofrecer respuesta a los objetivos planteados en el estudio.

Para llevar a cabo el análisis mediante dicha estrategia empleamos dos fases principales, la primera de carácter hermenéutico mediante la cual se realizó una revisión de la legislatura colombiana, y la segunda, análisis de los datos obtenidos en nuestro trabajo de campo con la utilización de la herramienta informática Atlas.ti versión 7.5.

3.2 Estructura analítica

El proceso analítico realizado en el presente trabajo inició con la construcción del marco teórico a partir de la pregunta de investigación que es la orientadora del estudio, dicho marco teórico fue estructurado en conceptos, los cuales han orientado las fases del análisis de los datos, la revisión de la legislación, la codificación de los textos transcritos de las entrevistas, los grupos focales y los eventos realizados; de lo anterior se tiene que el análisis es inicialmente de tipo deductivo.

Posteriormente durante la codificación de los textos el análisis se va transformando en inductivo ya que permite ir captando y analizando los datos procedentes de los participantes en el estudio que no encajan en los conceptos estructurados a partir del marco teórico, pero que si contribuyen a dar respuesta a la pregunta de investigación.

La unidad de análisis en este estudio es la información obtenida del trabajo de campo realizado; la cual fue recolectada de los profesionales entrevistados de manera individual, en grupos focales y en la participación de eventos relacionados con el tema tratado.

3.3 Tipo de estudio

Investigación cualitativa, deductiva, fundamental, orientada a toma decisiones, de campo, con análisis metodológico, diseño transversal – descriptivo de campo.

3.4 Población y muestra

Médicos generales, médicos familiares, enfermeras profesionales, directores médicos de atención primaria, que se encuentren laborando en una institución prestadora de salud, en la cual se utilice la historia clínica electrónica en todas sus atenciones. Personas de los entes reguladores, Secretaria de Salud de Bogotá, Ministerio de Salud y Protección Social cuya labor involucre el control de datos extractados de historia clínica o se encuentren adelantando proyectos sobre una posible unificación de la historia clínica

3.4.1 Criterios de inclusión:

- Instituciones prestadoras de salud que manejen historia clínica electrónica.
- Funcionarios mayores de 18 años que laboren en una institución prestadora de salud que manejen historia clínica electrónica en Bogotá.
- Personas que laboren en la Secretaria de Salud de Bogotá o el Ministerio de Salud y Protección Social.

3.4.2 Criterios de exclusión:

- Funcionarios que no den consentimiento para realizar la entrevista o participar en el grupo focal.
- Instituciones prestadoras de salud que no den consentimiento para realización de entrevistas.

3.5 Métodos y técnicas para la recolección de la información

- OBJETIVO 1:
 - Se realizó una pesquisa en internet, en motores de búsqueda, para encontrar con los términos mESH los artículos de interés, que suministren información de la historia clínica electrónica a nivel nacional con un enfoque especial en Bogotá.
 - Para el desarrollo de este objetivo se estableció:

3.6. METODOLOGÍA

El proceso analítico realizado corresponde a una investigación cualitativa, deductiva, fundamental, orientada a toma decisiones, de campo, con análisis metodológico, diseño transversal – descriptivo de campo.

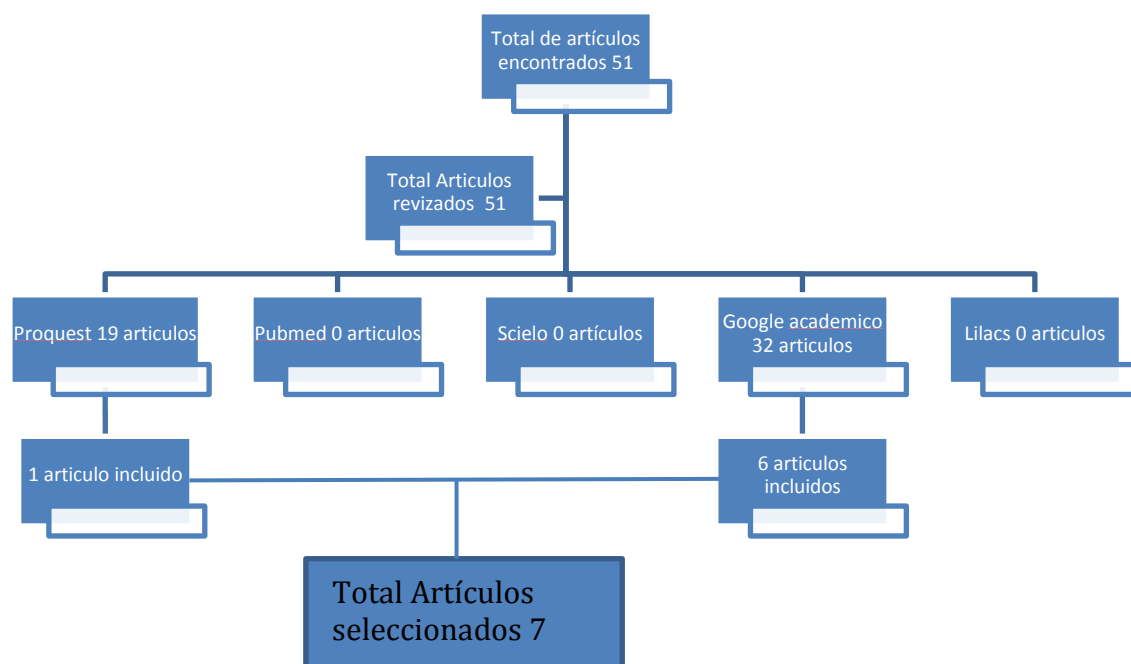


Fig. Clasificación de búsqueda

Se realizó una revisión bibliográfica acerca de la literatura disponible sobre la historia clínica electrónica en Bogotá, asociándolo a determinantes sociales de la salud, Atención primaria en salud y Atención integral de salud.

Para el desarrollo de este objetivo se realizó la búsqueda en un periodo de 4 meses, con fecha límite hasta el 1 enero del 2016, en las bases de datos Proquest, Pubmed, Scielo, Lilacs, y Google Académico.

MesH: La búsqueda se realizó incluyendo siempre la combinación de Historia clínica electrónica – Electronic health records AND Bogotá, adicionando los siguientes términos:

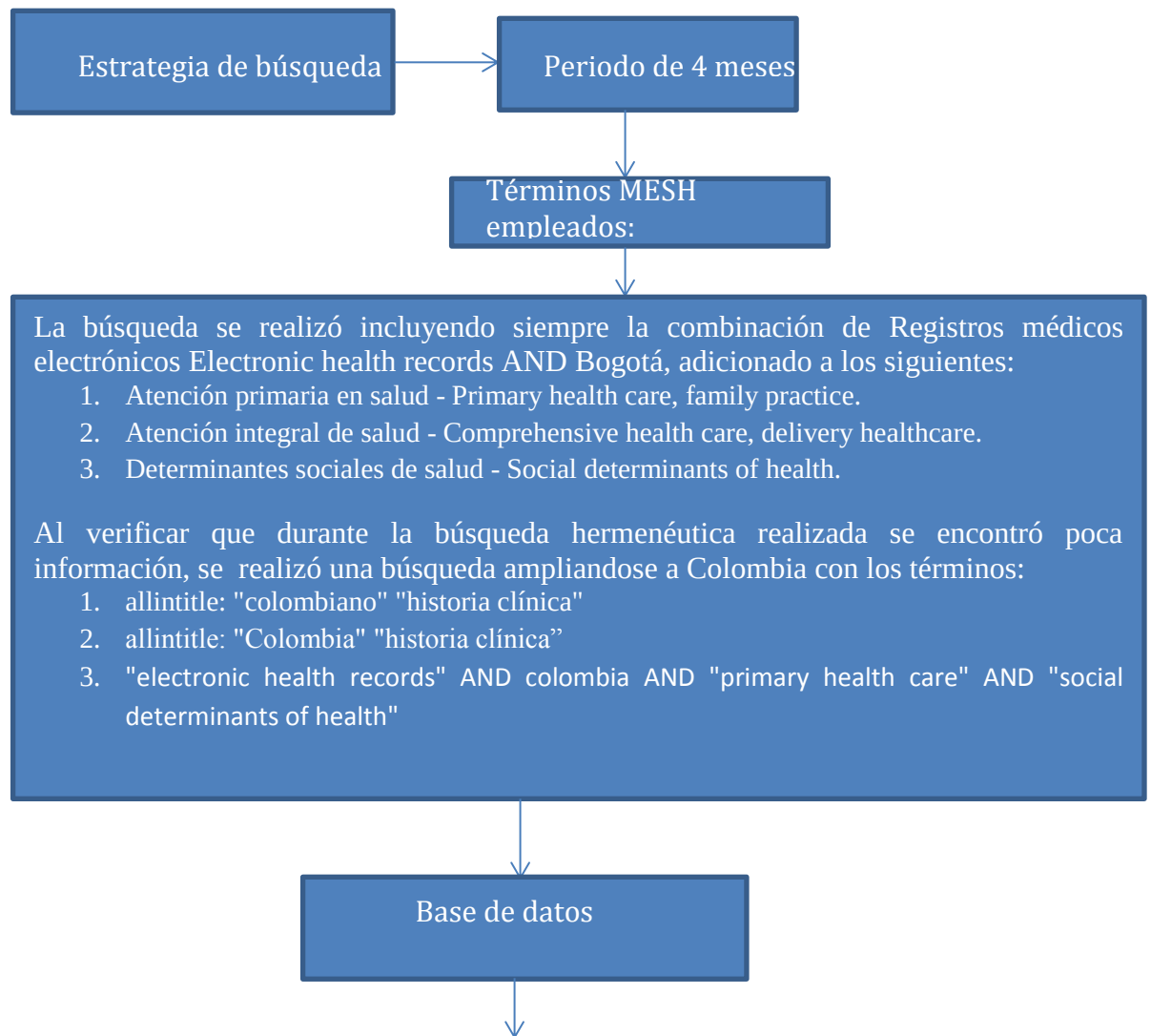
- Atención primaria en salud - Primary health care, family practice
- Atención integral de salud - Comprehensive health care, delivery healthcare.

- Determinantes sociales de salud - Social determinants of health,

De esta búsqueda resultaron los siguientes hallazgos: En la base de datos Pubmed 0 artículos; en Lilacs 0 artículos; en Scielo 0 artículos y en Proquest se encontraron relacionados 19 artículos, de los cuales se excluyeron 18, debido a que posterior a la revisión inicial que se realizó para el análisis de los artículos, no cumplían con el propósito del presente proyecto de investigación.

Debido a la presencia de solo un artículo pertinente, posterior a la búsqueda hermenéutica realizada, se consideró ampliar la pesquisa incluyendo la base de datos “google académico”, abarcando los términos MESH “Historia clínica electrónica en Bogotá”, “Historia clínica electrónica en Colombia, por allintitle: "colombiano" "historia clínica" y "electronic health records" AND colombia AND "primary health care" AND "social determinants of health".

Posterior a la segunda búsqueda realizada, se encontraron 32 artículos, de los cuales se excluyeron 26 artículos, para un total general de 51 artículos, de los cuales fueron excluidos 44 en razón a que no mencionaban la historia clínica electrónica, no tenían en cuenta Colombia o Bogotá, trataban temas ajenos a la historia clínica electrónica, trataban temas relacionados con historia clínica electrónica pero sin ninguna relación con el objetivo del proyecto de investigación. Finalmente fueron incluídos 7 debido a que tenían en cuenta características de la historia clínica electrónica relacionadas con las categorías deductivas escogidas.



Base de datos	Incluidos	Excluidos
Proquest: Total 19 artículos	1 artículo	18 artículos (por que no se relacionaban con historia clínica electrónica en Bogotá)
Pubmed: Total 0 artículos	0 artículos	0 artículos
Scielo: Total 0 artículos	0 artículos	0 artículos
Google académico: Total 32 artículos	6 artículos	26 artículos
Lilacs: Total 0 artículos	0 artículos	0 artículos

Para la búsqueda de la normatividad legal vigente ingresamos a la página electrónica del ministerio de salud y protección social, www.minsalud.gov.co, a la sección de normatividad, subsección leyes, y se inició la búsqueda año por año de las leyes con temática Salud, éstas se revisaron para verificar cuales eran pertinentes con respecto a la historia clínica.

Posterior a la realización de la búsqueda apareció nueva normatividad en Colombia que por resultar relevante en nuestra tesis se decidió incluir en ella, pese a salir en fechas posteriores a la realización de ésta.

- OBJETIVO 2

- Metodología:

1. Se eligieron en la ciudad de Bogotá, de forma aleatoria, coordinadores médicos, médicos familiares, médicos generales, enfermeras jefas, que aceptaron participar en la realización de grupos focales y entrevistas, que pertenecían tanto al régimen contributivo como régimen subsidiado. De igual manera, se incluyeron profesionales de los entes reguladores, Secretaria de Salud de Bogotá, Ministerio de Salud y Protección Social cuya labor involucra el control de datos extractados de historia clínica y proyectos relacionados, que aceptaron participar en entrevistas y eventos realizados.
2. Para la escogencia de la muestra, se identificaron las EPS contributivas que utilizan historia clínica electrónica y que se encuentran en el grupo alto y

medio alto de la encuesta de evaluación de los servicios y ordenamiento (ranking) de la EPS realizada por el ministerio de salud y protección social en el año 2012 y las EPS contributivas que presentan los mejores resultados con índice de desempeño (IDEPS) alto y medio; encuestas realizada por el ministerio de salud y protección social en 2014.

3. Con respecto al régimen subsidiado, se escogieron las instituciones prestadoras de salud que utilicen historia clínica electrónica y que se encuentran actualmente acreditadas según reporte del ministerio de Salud y protección social, a su vez se escogen instituciones prestadoras de salud de régimen contributivo de gran interés de la secretaría de salud de Bogotá para su participación en el estudio.
4. Teniendo en cuenta los eventos realizados, se efectuó una invitación a representantes de los entes reguladores, EPS e IPS, para participar y exponer avances y puntos de vista en cuanto a puntos por mejoras de la historia clínica electrónica.
5. Se realizó un total de siete entrevistas individuales dirigidas a los coordinadores médicos de atención primaria y personas de los entes reguladores, Secretaria de Salud de Bogotá, Ministerio de Salud y Protección Social cuya labor involucra el control de datos extractados de historia clínica. Las entrevistas citadas se realizaron entre el mes de abril y diciembre del 2016, con una duración aproximada de 60 a 75 minutos, se aplicaron las preguntas correspondientes a entrevista validada que se muestra en Anexo 1.
6. Se realizaron dos grupos focales:

- PRIMER GRUPO FOCAL

- Fecha del grupo focal: 07/09/2016
- Lugar: Universidad El Bosque
- En el primer grupo focal dentro de la convocatoria se invitó un total de 10 personas, la invitación se realizó a través de una carta virtual y llamada telefónica para confirmación de asistencia, teniendo en cuenta que utilizaran la historia clínica electrónica y pertenecieran al régimen contributivo. Dentro del cumplimiento de asistencia, solo se contó con la participación de 6 integrantes. La razón principal para la no asistencia del resto de participantes fue dificultades en el desplazamiento de los invitados. Este grupo focal estuvo constituido por cuatro médicos familiares, y dos médicos generales y tuvo una duración aproximada de dos horas.

- SEGUNDO GRUPO FOCAL

- Fecha del grupo focal: 01/02/2017
- Lugar: Universidad El Bosque
- En el primer grupo focal dentro de la convocatoria se invitó un total de 10 personas, la invitación se realizó a través de una carta virtual y llamada telefónica para confirmación de asistencia, teniendo en cuenta que utilizaran la historia clínica electrónica y pertenecieran al régimen subsidiado. Dentro del cumplimiento de asistencia, se contó con la participación de 7 integrantes. La razón principal para la no asistencia del resto de participantes fue dificultades en el desplazamiento de los invitados. El grupo focal estuvo

constituido por dos médicos familiares, tres médicos generales y dos enfermeros profesionales. El grupo focal tuvo una duración aproximada de dos horas.

7. Se realizaron dos eventos:

- PRIMER EVENTO:

- Fecha del evento: 08/06/2016
- Lugar: Universidad El Bosque
- Se realizó en el auditorio Fundadores, de la Universidad El Bosque, el taller denominado Experiencias en el uso de la historia clínica hacia la atención primaria integral en Salud, avances y desafíos. Experiencias desde: Ministerio de Salud y protección social, Ministerio de las TICs, Secretaria Distrital de Salud, EPSs e IPSs. El evento contó con una duración de ocho horas.

- SEGUNDO EVENTO

- Fecha del evento: 08/06/2016
- Lugar: Universidad El Bosque
- Se realizó en el auditorio Fundadores, de la Universidad El Bosque, el taller denominado: “Conversatorio, Información para la Historia Clínica en Atención Primaria Integral en Salud, Experiencias desde: La Secretaría Distrital de Salud, Secretaría de Salud de Cundinamarca, Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de las TICs. El evento contó con una duración de ocho horas.

8. Posterior a la realización de las siete entrevistas individuales, dos grupos focales, y dos eventos; se transcribió toda la información existente, estableciendo categorías de análisis deductivas e inductivas donde se organizó la información. Se formularon códigos y grupos de interrelación utilizando las redes desarrolladas con la herramienta de análisis ATLAS ti.7.5. para finalmente clasificar las percepciones que tienen los profesionales, con objeto de establecer las opciones de mejora de la historia clínica electrónica.

CAPITULO 4

4. REVISIÓN DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE RELACIONADA CON LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

1. LEY 23 DE 1981 Por la cual se dictan normas en materia de ética médica

AUTOR: El Congreso de la República de Colombia

DESCRIBE: Determinan las normas en materia de ética médica involucrando: I) Las generalidades II) En las practicas del profesional: donde se nombra la importancia de la historia clínica y III) Órganos de control y régimen disciplinario.(13)

2. LEY 80 DEL 1989

AUTOR: El Congreso de la República de Colombia

DESCRIBE: Ley por la cual se crea el Archivo General de la Nación.

"Artículo 1º Créase el Archivo General de la Nación, como un establecimiento público, del orden nacional, adscrito al Ministerio de Gobierno, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y con domicilio en Bogotá, D.E."

"Artículo 2º El Archivo General de la Nación tendrá las siguientes funciones:

- a) Establecer, organizar y dirigir el Sistema Nacional de Archivos, con el fin de planear y coordinar la función archivística en toda la Nación, salvaguardar el patrimonio documental del País y ponerlo al servicio de la comunidad.
- b) Fijar políticas y expedir los reglamentos necesarios para garantizar la conservación y el uso adecuado del patrimonio documental de la Nación...

- c) Seleccionar, organizar, conservar y divulgar el acervo documental que integre el Archivo de la Nación, así como el que se le confíe en custodia.
- d) Formular, orientar, coordinar y controlar la política nacional de archivos, acorde con el Plan Nacional de Desarrollo y los aspectos económicos, sociales, culturales, científicos y tecnológicos de los archivos que hagan parte del Sistema Nacional de Archivos.
- e) Promover la organización y fortalecimiento de los archivos del orden nacional, departamental, intendencial, comisarial, municipal y distrital para garantizar la eficacia de la gestión del Estado y la conservación del patrimonio documental, así como apoyar a los archivos privados que revistan especial importancia cultural o histórica.
- f) Establecer relaciones y acuerdos de cooperación con instituciones educativas, culturales, de investigación y con archivos extranjeros."(45)

3. LEY 10 DE 1990

AUTOR: El Congreso de la República de Colombia

DESCRIBE: Ley Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Se establece la primera ley correspondiente al Sistema de Salud en Colombia en conformación a la Constitución Política de 1991. La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente Ley.(46)

4. LEY 100 DE 1993

AUTOR: El Congreso de la República de Colombia

DESCRIBE: La presente ley tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. Se establecen los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

"El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad."(47)

5. DECRETO LEY 1421 DE 1993

AUTOR: El Presidente De La República De Colombia

DESCRIBE: "El presente estatuto político, administrativo y fiscal tiene por objeto dotar al Distrito Capital de los instrumentos que le permitan cumplir las funciones y prestar los servicios a su cargo; promover el desarrollo integral de su territorio; y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes."

"Santa Fe de Bogotá, Distrito Capital. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 322 de la Constitución Política, la ciudad de Santa Fe de Bogotá, Capital de la

República y del departamento de Cundinamarca, se organiza como Distrito Capital y goza de autonomía para la gestión de sus intereses, dentro de los límites de la Constitución y la ley."(48)

6. DECRETO 2174 DE 1996

AUTOR: El Presidente De La República De Colombia

DESCRIBE: Las disposiciones del presente Decreto se aplicarán a todas las Personas Naturales y Jurídicas, que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud; haciendo referencia a la atención en salud sobre aseguramiento y administración de los recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud y a la prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. En la calidad de la atención se determinan las características principales tales como: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. La calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.(49)

7. CIRCULAR No. 2 DE 1997 PARA LAS ENTIDADES PÚBLICAS DE DIRECTOR DEL ARCHIVO GENERAL DE LA NACION

AUTOR: Director del Archivo General de la Nación

DESCRIBE: Parámetros a tener en cuenta para la implementación de nuevas Tecnologías en los archivos públicos. El Archivo General de la Nación, teniendo en

cuenta la necesidad de asegurar que las entidades públicas tomen decisiones acertadas cuando pretendan implementar nuevas tecnologías para la producción, organización, conservación, reproducción, recuperación, almacenamiento y manejo de sus archivos; ha establecido parámetros que garanticen a aquellas la adecuada administración de su documentación en cualquiera de sus fases.

En concordancia con las normas vigentes y los parámetros establecidos por el *ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN*, las Entidades Estatales pondrán tecnologías de punta en la administración de sus archivos, pudiendo utilizar cualquier soporte documental, por medio técnico, electrónico, óptico, informático, o telemático para el cumplimiento de sus funciones, siempre y cuando cumplan los requisitos ya establecidos.(50)

8. RESOLUCIÓN 2546 DE 1998

AUTOR: El Ministerio de Salud

DESCRIBE: Tiene como objeto definir los datos sobre prestaciones de salud, su estructura y características; establecer los procedimientos para su generación, actualización y administración; y fijar las responsabilidades de las instituciones integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, independientemente de su naturaleza jurídica. Se determina en los Capítulos II- De los datos y III - Procedimientos informáticos para los datos de prestación de servicios, los formatos establecidos por el Ministerio de salud para el registro de información de los datos mínimos en la atención en salud.

Se describen los aspectos relevantes a considerar en el proceso de la investigación:

Artículo 3: REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCIÓN. Es el conjunto de datos

relativos a las atenciones individuales de consulta, procedimientos, hospitalización, atención de urgencias y acciones de promoción y prevención. Fuente de los datos sobre prestaciones de salud. ...proceso de atención en salud a una persona usuaria, de la cual se hace un registro de datos en la historia clínica y se genera un registro individual de atención. Los procesos informativos son: Actualización, validación, organización, administración, transferencia de datos.

Artículo 4. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCIÓN.

Los prestadores de servicios de salud en el Sistema Integral de Información deberán diligenciar los registros individuales de atención, como soportes únicos de información de la atención, en forma sistemática y rutinaria de acuerdo con los contenidos mínimos de datos...

Artículo 5o. IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN se plantea los formatos de registro para la identificación de la información de los usuarios."

Artículo 6o. DATOS DE CONSULTA registro individual de consulta con los datos de identificación y los de atención y motivo de la consulta se determina la estructura y características.

Artículo 8o. DATOS DE PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO *PATOLOGÍA Y RADIOLOGÍA SIMPLE.* Los prestadores de servicios de salud deberán generar el registro individual de procedimientos de laboratorio clínico y de patología, con los datos de identificación del prestador y del usuario, de acuerdo con la siguiente estructura y características.

Capítulo III: Procedimientos informáticos para los datos de prestación de servicios

Artículo 14o. PROCESOS INFORMATICOS EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. En la actualización de datos, deben: I) Estandarizar las

formas de registro manual o automatizado, que incluyan los contenidos y la estructura definida en la presente resolución; II) Hacer el registro de los datos simultáneamente con la prestación de la atención (registros individuales de atención) y III) Garantizar la confiabilidad y validez de los datos sobre prestaciones de salud.

Artículo 15o. PROCESOS INFORMATICOS EN LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS. Párrafo 2 - Las direcciones departamentales, distritales y locales de salud, que actúan como administradoras para la prestación de las atenciones de salud a la población vinculada y de las atenciones cubiertas con recursos de oferta, deben llevar a cabo los mismos procesos informáticos y conformar la base de datos de las atenciones de la población de su ámbito territorial.

Artículo 17o. ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA. Las direcciones departamentales y distritales de salud deben informar a las entidades administradoras de planes de beneficios los casos confirmados de las patologías de control, que fueron notificadas por los prestadores como casos presuntivos. Las entidades administradoras de planes de beneficios deberán actualizar sus bases de datos de prestaciones de servicios de salud, con esta información.(11)

9. RESOLUCIÓN 1995 DE 1999

AUTOR: El Ministerio de Salud

DESCRIBE: Se expide las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación. Se tratan las políticas con respecto a la historia clínica: Capítulo I

Definiciones y disposiciones generales, artículo 3 características básicas de la historia clínica. Capítulo II Diligenciamiento. Capítulo III Organización y manejo del archivo de historias clínicas. Capítulo IV Comité de historias clínicas.(12)

10. RESOLUCIÓN 1832 DE 1999

AUTOR: El Ministerio de Salud

DESCRIBE: Modificar parcialmente la resolución 2546 de 1998 en relación con la estructura de los datos, la transferencia de los mismos y el establecimiento de períodos de cumplimiento en la generación y transferencia de los datos y modificar el período de transición y ámbito de aplicación de la resolución 0365 de 1999.

La estructura de algunos datos de identificación, consulta, procedimientos, hospitalización y urgencias se ajustan con la presente resolución incluyendo la estructura completa, con los cambios, supresiones y adiciones, establecidos en la resolución 2546 de 1998, en los artículos 5,6, 7, 8, 9, 10 y 11.(51)

11. RESOLUCION NUMERO 4144 DE 1999

AUTOR: El Ministerio de Salud

DESCRIBE: Tiene como objetivo que todos los prestadores de servicios de salud deberán enviar, a las entidades administradoras de planes de beneficios para su obligatoria revisión y validación, los Registros Individuales de Atención en medio magnético y/o digital, de acuerdo con la estructura definida en la Resolución 1832 de 1999, junto con la factura de cobro. A partir del año 2000 todos los prestadores de servicios de salud deberán enviar, a las entidades administradoras de planes de beneficios para su obligatoria revisión y validación, los Registros Individuales de

Atención en medio magnético y/o digital, junto con la factura de cobro. Las entidades deben disponer de un plan de implementación y ajuste que les permita adecuarse, además de la normatividad vigente sobre el Sistema Integral de Información del SGSSS, a las previsiones del Manual Tarifario de las Prestaciones en Salud, con base en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS.(52)

12. RESOLUCION NUMERO 3374 DE 2000

AUTOR: El Ministerio de Salud

DESCRIBE: Tiene como objetivo la reglamentación por parte del Ministerio de Salud sobre la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social de Salud.

La presente Resolución corresponde a la reglamentación del Ministerio de Salud sobre la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social de Salud. Es necesario regular, estandarizar y racionalizar el esfuerzo institucional en la generación de datos e información sobre los servicios de salud prestados.

Le compete al Ministerio de Salud establecer los datos básicos que deben generar los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los servicios individuales de salud prestados y facturados a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, la definición, estructura, flujo y almacenamiento de los mismos, la administración y disposición de la información y las responsabilidades que les compete a los distintos participantes del SGSSS obligados a reportar al Sistema Integral de Información de Salud.(53)

13. RESOLUCIÓN 1895 DE 2001

AUTOR: El Ministerio de Salud

Describe: La presente resolución se adopta para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación

Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima revisión.

En la presente resolución se adopta la regulación, estandarización y clasificación de enfermedades y problemas relacionados con la salud: "Artículo 1º. Adoptar para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación

Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima revisión -, contenida en la publicación de la organización

Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la organización Mundial.

Artículo 2º. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima revisión -, debe ser asumida por los Organismos de Dirección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las que se les asimilen, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo; las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS-,

para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado; las direcciones departamentales, distritales y locales de salud para los servicios de salud cubiertos con recursos de oferta; los prestadores de servicios de salud, las Compañías de Seguros para accidentes de tránsito, pólizas de hospitalización y cirugía o cualesquiera otra

protección en salud; el Fondo de Solidaridad y Garantía de la Salud -FOSYGA- para accidentes de tránsito y eventos catastróficos y las administradoras de planes de beneficios de los regímenes especiales en materia de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica."(54)

14. RESOLUCION 1896 DE 2001

AUTOR: El Ministerio de Salud

DESCRIBE: La presente resolución se adopta para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima revisión.

La presente resolución se describe la forma de utilización de la CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD (C.U.P.S.) que corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan en Colombia, identificados por un código y descritos por una nomenclatura validada por los expertos del país, independientemente de la profesión o disciplina del sector salud que los realice así como del ámbito de realización de los mismos.

Esta clasificación será de gran ayuda para estandarizar los datos que consolidan el Sistema Integral de Información, proveer un lenguaje homogéneo entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, facilitando tanto la definición de Planes de Beneficios y sus alcances como el monitoreo del desempeño del sector bajo parámetros de comparabilidad. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud- CUPS- adaptación para Colombia, se adopta por resolución 365 de 1999.(55)

15.DECRETO 1011 DE 2006

AUTOR: Ministerio de Protección Social

DESCRIBE: Se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.(56)

16.LEY 1151 DE 2007 (julio 24) por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010

AUTOR: El Congreso de Colombia

DESCRIBE: A partir de los logros obtenidos durante el período 2002-2006 en seguridad, confianza, desarrollo económico y equidad social, el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 tendrá como orientación básica consolidar y continuar las directrices del Plan 2002-2006 pero con particular énfasis y prioridad en dos objetivos fundamentales: Mantener el crecimiento económico alcanzado recientemente y complementarlo con una noción más amplia de desarrollo.

Esa noción más amplia reconoce que, el objetivo del crecimiento económico no es un fin en sí mismo, sino es un medio idóneo para alcanzar una sociedad más justa. El crecimiento económico por sí solo no es suficiente para alcanzar la equidad y debe articularse con sólidas políticas sociales y económicas con responsabilidad social si bien el crecimiento económico es necesario, este por sí solo no es suficiente y debe tener como contexto sólidas políticas sociales y de seguridad democrática, en las cuales obren como criterios relevantes y decisivos la equidad, la reducción de la pobreza, la sostenibilidad ambiental y la descentralización.(57)

17. LEY 1438 DE 2011

Autor: El Congreso de Colombia

DESCRIBE: Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.(9)

18. RESOLUCIÓN 4505 DEL 2012

AUTOR: El Ministro de Salud y Protección Social

DESCRIBE: Establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.(58)

19. PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL BOGOTÁ HUMANA 2012-2016

AUTOR: Secretaría Distrital de Salud.

DESCRIBE: Se propone asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a través de un modelo de salud humanizado, participativo, integral e incluyente. Basado en la Atención Primaria en Salud (APS) y en la organización de los servicios estatales en red, permita de manera muy precisa modificar las condiciones que determinan la calidad de vida y la salud de la población del Distrito Capital. Incluyendo la superación de todas aquellas situaciones problemáticas inherentes al modelo de seguridad social en salud prevaleciente en la ciudad y en el país

Las atenciones directas realizadas a las familias en su sitios de residencia, acercan los servicios de salud a las comunidades y familias, resolviendo situación menos complejas de salud que contribuyen a reducir las barreras de acceso, con servicios de calidad, respuestas oportunas y generando satisfacción en las familias, mayor credibilidad en las instituciones y confianza en un mejoramiento efectivo de condiciones de salud de la población. Las acciones adelantadas se llevan todos los integrantes de las familias independientemente de los credos, situación frente al sistema de salud, pertenencia a grupos étnicos o poblaciones especiales. Permite la canalización a otros sectores y la respuesta dada por cada uno de estos, ha contribuido al fortalecimiento de la intersectorialidad y la partición conjunta de la administración en la solución de los problemas y necesidades, mejorando así la calidad de vida de las familias y la sociedad en su conjunto.

Se considera como el modelo base para el desarrollo de los determinantes en salud a nivel distrital con enfoque en APS, fuente teórica principal para el desarrollo de la investigación.(59)

20. ACUERDO 576 DE 2014

AUTOR: EL Concejo de Bogotá Distrito Capital

DESCRIBE: El objeto del presente acuerdo es implementar el sistema de historia clínica electrónica del distrito capital, para que los actores involucrados en la prestación del servicio de salud, puedan contar con información de los pacientes de forma oportuna, confiable, confidencial y segura, para la toma de decisiones y solución de problemas clínico- asistenciales en cualquier momento y en cualquier punto de atención del distrito capital.

Artículo 1. El objeto del presente acuerdo es implementar el sistema de historia clínica electrónica del distrito capital, para que los actores involucrados en la prestación del servicio de salud, puedan contar con información de los pacientes de forma oportuna, confiable, confidencial y segura, para la toma de decisiones y solución de problemas clínico- asistenciales en cualquier momento y en cualquier punto de atención del distrito capital.

Artículo 2. La Secretaría Distrital de Salud, liderará como cabeza del sector en el distrito capital y en coordinación con la Comisión Distrital de sistemas y la Alta Consejería de TIC, el diseño, implementación, elaboración de políticas en salud electrónica y gestión del sistema de historia clínica electrónica del distrito capital.

Artículo 3. El diligenciamiento, contenido, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas en línea y el acceso tanto de los usuarios como a los profesionales de la salud a éstas, se hará de conformidad con las normas legales vigentes sobre la materia y los parámetros establecidos por la Secretaría Distrital de Salud, el Ministerio de salud y protección social y del Archivo General de la Nación.(60)

21. PROYECTO DE ACUERDO NO. 178 DE 2014

AUTOR: Bancada polo democrático alternativo

DESCRIBE: Establece el sistema de historia clínica electrónica del distrito capital en Julio 10 de 2014.

El objetivo del proyecto es establecer un sistema de información que permita llevar la historia clínica en línea de los usuarios de la red pública de hospitales de Bogotá, para que los pacientes puedan acceder a los servicios de salud en cualquier momento, contando el profesional médico que los atienda con la información básica y especializada, de forma inmediata, de los antecedentes de la salud del paciente. Al tener disponible la historia clínica en línea del paciente, para la consulta del profesional médico, permite agilizar la atención, el proceso de autorización de procedimientos médicos y la entrega de medicamentos.

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

- En el artículo 5 de esa norma se dispone, que: “La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma”.(10)

22. LA RESOLUCIÓN 1531 DE 2014

AUTOR: Ministerio de salud y protección social

Describe: modifica el numeral 2 del artículo 1 de la resolución 3374 de 2000, el cual quedaría así: 2. Entidades administradoras de planes, de beneficios: son las entidades

responsables de la prestación de servicio de salud a una población específica, en razón de un plan de aseguramiento o por disposición del SGSSS, tales como: las Entidades promotoras de salud EPS y las que se les asimiles, para el plan obligatorio de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado...

Modificaría el artículo 10: Procesos informáticos para la generación de datos de la prestación de servicios de salud: las entidades administradoras de planes de beneficios están obligadas a garantizar la confiabilidad, seguridad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud.(61)

23. LEY 1753 DE 2015

AUTOR: El Congreso de la República de Colombia

DESCRIBE: El Plan Nacional de Desarrollo se basa en los siguientes tres pilares:

1. Paz. El Plan refleja la voluntad política del Gobierno para construir una paz sostenible bajo un enfoque de goce efectivo de derechos.
2. Equidad. El Plan contempla una visión de desarrollo humano integral en una sociedad con oportunidades para todos.
3. Educación. El Plan asume la educación como el más poderoso instrumento de igualdad social y crecimiento económico en el largo plazo, con una visión orientada a cerrar brechas en acceso y calidad al sistema educativo, entre individuos, grupos poblacionales y entre regiones, acercando al país a altos estándares internacionales y logrando la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos.(62)

24. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2014 -2018 “TODOS POR UN NUEVO PAÍS”

AUTOR: El Congreso de la República de Colombia

DESCRIBE: Tiene como objetivo construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en armonía con los propósitos del Gobierno Nacional, con los estándares de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y con la visión de planificación de largo plazo prevista por la Agenda de Desarrollo post 2015.(63)

25. RESOLUCION 0429 DE 2016

AUTOR: Ministerio de salud y protección social

DESCRIBE: Traza la Política de Atención Integral en Salud PAIS, desarrollando un marco estratégico y un modelo operacional que van a permitir la acción coordinada de las normas, reglas, reglamentos, agentes y usuarios, a efectos de orientar la intervención de los diferentes integrantes hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, al interrelacionar los elementos esenciales que lo configuran.(64)

CAPITULO 5

5. RESULTADOS

5.1 PRIMERA FASE DE ANÁLISIS

Después de una búsqueda exhaustiva de artículos sobre el proyecto de historia clínica unificada, se encontró que Colombia no es ajena a este tema y existe la idea de unificación desde hace algunos años atrás. Según las revisiones hechas durante nuestro proyecto de investigación, la conclusión cardinal es que la historia clínica electrónica debe ser única para todas las instituciones de salud, cumpliendo con unas características imprescindibles para su adecuada utilización por los asistenciales, dentro de los que destacan: accesibilidad, privacidad, individualidad, racionalidad científica, disponibilidad, oportunidad, integralidad, secuencialidad según concluyen los autores del artículo “la historia clínica informatizada. Evaluación de los casos colombiano y español”(65) que se complementa de manera correcta con el artículo “ley de historia clínica única electrónica en Colombia”(66) donde algunos operadores buscan mejorar el formato de historia clínica manejando un portafolio de soluciones específicas para agilizar el proceso de transición a un servicio de salud más conectado. En ese sentido sus desarrollos se orientan a reducir los costos en los procesos asistenciales e incrementar los ingresos de terceros, mediante un plan de actuación que incluye elementos tales como externalización, interoperabilidad, especialización, automatización, gestión de las compras y proveedores e innovación. Para la optimización e innovación en los procesos asistenciales buscan colaborar a las

organizaciones sanitarias para conseguir la implantación de una gestión por procesos clínicos, optimizando los procesos asistenciales y aplicando la innovación a los diferentes elementos de la cadena de valor, con el fin de conseguir trazabilidad y un seguimiento del proceso de principio a fin, generando indicadores de gestión para todas sus actividades y agentes intervinientes. Es la interoperabilidad eje fundamental para lograr gestionar de manera eficaz y eficiente los mecanismos de interacción entre los diversos recursos, es decir, entre profesionales, sistemas de información, aplicaciones y equipamientos, con independencia del nivel asistencial en el que se ubiquen y de una manera transparente a partir de esta, se podría facilitar la comunicación, la colaboración, el intercambio y el acceso a la información. Como lo menciona el artículo “Parametrización de la historia clínica y tipos de enfermedades según HL7 versión 3, para un caso colombiano”(67) Uno de los principales problemas es el paciente que asiste a varias instituciones médicas y no hay una información de su historia clínica interoperable, generando la reiteración de estudios médicos, gastando tiempo en llenar datos mínimos, dificultando la continuidad a lo largo del tiempo y deteriorando la relación médico paciente. No sin antes recordar que este documento médico legal debe no solo facilitar todo lo antes mencionado, sino que además siga un margen jurídico, para garantizar su confidencialidad, su seguridad en el registro de datos y siga dando al paciente “un derecho sanitario”(68) Colombia está trabajando de forma continua para mejorar la legislación de historia clínica y que al compararse con otros países como en España no está lejos de ser más amigable en todos los ámbitos, sin embargo existen estudios que han evaluado el sistema de información para la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud (SOGCS) en Colombia, donde identifican una serie de

conflictos que no favorece el control de la información sin permitir la evaluación fiable del impacto de la atención en salud. Este aspecto dificulta el proceso de recolección de la información debido a que el sistema de monitoreo en Colombia no se encuentra unificado y además por la falta de sistematización de historia clínica automatizada en un número considerables de IPS a nivel nacional.(69)

Existen actualmente proyectos proponiendo alternativas para mitigar el pobre acceso que tenemos a la historia clínica y trazabilidad, como lo expone el artículo "Proyecto Anamnesis – Desarrollo de una aplicación web y móvil para la gestión de una Historia Clínica Unificada de los colombianos"(70) en donde se propone la creación de una aplicación que permita a todos los colombianos acceder manera centralizada, unificada y oportuna a su anamnesis médica que se basa en una información primaria de salud requerida para tratar una emergencia y asistencias médicas en general.

En la búsqueda de la legislación colombiana, encontramos que la primera mención en relación a la historia clínica corresponde a lo descrito en la ley 23 de 1981 en donde se dictan Normas en Materia de Ética Médica, en el capítulo III se hace mención a la obligatoriedad del registro de la misma; así como que constituye un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.(13) Ulteriormente en el decreto 3380 de 1981 se especifica que El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta y que ésta debe diligenciarse con claridad.(71) De aquí se evidencia la importancia del diligenciamiento de la historia clínica en cada atención al paciente, teniendo presente que debido a que en ésta se registran datos privados, debe mantenerse de forma

estrictamente confidencial. Consecuentemente en 1989 a través de la ley 80 se creó el archivo general de la nación y se comenzó el establecimiento de las normas para la conservación, custodia y confidencialidad de la historia clínica.(45)

La ley 10 de 1990 organizó el Sistema Nacional de Salud, aunque directamente no determina normatividad sobre historia clínica, en ella se contempló la cobertura y accesibilidad de la población al sistema de salud público.(46) Se considera la base de lo que posteriormente sería la Ley 100 de 1993, la cual estableció la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, constituyéndose como la primera legislación donde se abarca todo el proceso, principios y desarrollo del sistema de salud del país. Si bien es la base de la normatividad del sistema de salud a nivel nacional por parte del Estado, no reglamenta los sistemas de información relacionados a los servicios de salud, como la historia clínica.(47)

Posteriormente con el decreto 2174 de 1996 se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los sistemas de información, y fue derogado por el decreto 2309 de 2002 que a su vez fue derogado por el 1011 de 2006.(49,56,72)

La resolución 2546 de 1998 constituyó la obligatoriedad del registro individual de atención, de manera simultánea a la misma, los datos de obligatorio diligenciamiento y la actualización de la información epidemiológica. Gracias a esta se estandariza de manera somera el esquema que debe tener toda historia clínica, incluyendo datos mínimos de identificación del usuario y básicos de la consulta.(11)

En este punto fue tan notable la importancia de este instrumento que se establecieron las normas para el manejo de la Historia Clínica, a través de la resolución 1995 de 1999, y es aquí donde encontramos la definición legal de esta: La Historia Clínica es

un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley (12) y las características básicas de la historia clínica, archivo, y la posibilidad de uso de medios físicos o automatizados para el diligenciamiento de ésta. Esta resolución resulto fundamental debido a que trato de manera específica la historia clínica dando los parámetros básicos de la misma, y adicionalmente abrió la puerta al uso de sistemas de información electrónicos. Dando continuidad a la estandarización de la información se establece el reporte de datos por medio del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, en la resolución 3374 del 2000 que introduce los conceptos de procesos informáticos en la generación de datos básicos sobre la prestación de servicios de salud, haciendo referencia a las responsabilidades sobre la validación y actualización de los datos. Este concepto es relevante al momento de generar en la investigación el proceso de estandarización, evaluación, actualización y validación de los elementos de la historia clínica electrónica.(53)

En 2001, por medio de la resolución 1895 se adoptó para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima revisión, y con la resolución 1896 se estableció la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS; buscando unificar los códigos para diagnósticos y procedimientos con el fin de lograr estadísticas confiables y adecuadas para el posterior análisis de la situación de salud en Colombia.(55)

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, instaurado por el decreto 1011 de 2006, alineó las Condiciones de capacidad tecnológica y científica para la Habilitación de prestadores de servicios de salud, en donde va incluida la historia clínica.(56)

Consecuentemente con el avance tecnológico, con la ley 1151 de 2007, se generó una migración del Ministerio de Comunicaciones hacia el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, lo cual impactó de manera definitiva al sector salud del país, ya que buscó la mejora de la calidad y el cubrimiento de los servicios de salud gracias a optimización de la infraestructura tecnológica.(57) Siguiendo este enfoque en 2011 con la ley 1438 se dictaminó la creación del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO)(9), al cual se integró el registro de actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública, según lo dispuesto en la resolución 4505 del 2012.(58) Bogotá tomó la iniciativa con la creación del Proyecto de acuerdo 178 de 2014, el fin de éste fue establecer un sistema de información que permitiera llevar la historia clínica en línea, de los usuarios de la red pública de los hospitales de Bogotá para que cuando los pacientes accedieran a los servicios de salud, el profesional médico tuviera disponible la información básica y especializada, de forma inmediata.(10) Al siguiente año se genera la ley 1753 del 2015 que fijó bajo la observancia del derecho fundamental de hábeas data, que el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC), en coordinación con las entidades responsables de cada uno de los trámites y servicios, definirá y expedirá los estándares, modelos, lineamientos y normas técnicas para la

mejora de los trámites y servicios que el Estado ofrece al ciudadano y deberán ser adoptados por las entidades estatales aplicando a la historia clínica electrónica.(62)

Finalmente, en febrero de 2016 se expidió la resolución 0429 por la que se adopta la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, que tiene como modelo operacional el modelo integral de atención en salud –MIAS. Esta resolución busca desarrollar un conjunto mínimo de datos disponibles para todos los integrantes del sistema de salud, bajo el concepto de interoperabilidad y respetando la reserva de los datos.(64)

5.2 SEGUNDA FASE DE ANÁLISIS

La segunda fase del análisis incluye la descomposición de cada texto en distintas unidades partiendo de la estrategia ya explicada, para posteriormente reconstruir una unidad de acuerdo a las distintas categorías o conceptos que le dieron significado, permitiendo una adecuada comprensión. Para poder llevar a cabo esto, se realizó la transcripción literal y completa de cada entrevista, grupo focal y evento, con el fin de poder hacer una completa abstracción de la percepción de los profesionales participantes.

Una vez incorporados los 11 documentos procedentes de las transcripciones de las 7 entrevistas, 2 grupos focales y 2 eventos, en la base de documentos primarios creada dentro de la *Unidad Hermenéutica* (UH) de ATLAS ti. La UH es el archivo en donde se almacena todo el trabajo analítico que se realizó en el presente estudio. Los textos fueron leídos concienzudamente para poder realizar una adecuada codificación y posterior agrupación según los conceptos o categorías, generados del análisis del marco teórico, de cada una de las ideas que los profesionales planteaban.

Es decir, el proceso de codificación se realizó segmentando los textos y seleccionando fragmentos que puedan tener algún significado, las *citas*. Estas citas a su vez son etiquetadas mediante *códigos*, que son las categorías o conceptos generadas del marco teórico (deductivas) y otras categorías que surgen durante el proceso de análisis y que pueden ayudar a responder la pregunta de investigación (inductivas). Cabe anotar que simultáneamente con el proceso de codificación los investigadores íbamos generando anotaciones o *memos* en los cuales se registraban nuestros propios procesos analíticos, y otros tipos de información relevante para el análisis.

Posterior a este proceso de codificación, se continuó con el análisis en un plano más profundo, es decir, un nivel de mayor abstracción como lo es la creación de *grupos de interrelación de códigos*; esto significa la agrupación de los códigos en grupos de interrelación o categorías, lo cual nos ayudaría en la articulación de los resultados del análisis.

En el presente trabajo obtuvimos 19 códigos, con los cuales formamos 5 grupos de interrelación. En este punto, es decir ya con los grupos de interrelación creados, generamos relaciones entre las ideas de las que se compone cada una de estas grupos de interrelación. Para lo anterior se utilizó la herramienta *vista de red (network)* del programa, la cual facilita la formación de mapas conceptuales a partir de vínculos semánticos entre los distintos códigos que forman la idea o concepto.

Por último se contrastan estos mapas de conceptos con los datos originales con el fin de validar su capacidad explicativa.

Los resultados de la presente investigación han sido generados tras el análisis cualitativo ya mencionado, en respuesta a la pregunta de investigación y a sus

objetivos. Estos resultados tienen su base en las citas textuales ya que estas se comportan como la evidencia científica.

Con el fin de facilitar la comprensión de los resultados y de las conclusiones generadas a partir de los mismos, se han utilizado las redes desarrolladas con la herramienta de análisis ATLAS ti.7.5.

A continuación se procederá a la descripción de la relación existente entre cada concepto que conforma cada categoría, grupo de interrelación y cada idea.

5.2.1 CATEGORIAS DEDUCTIVAS

5.2.1.1 Primer contacto

En esta categoría todos los profesionales estuvieron de acuerdo en que la historia clínica electrónica que manejan en sus sitios de trabajo, es un instrumento con la capacidad de facilitar en alguna medida la consulta, refirieron que en algunas ocasiones disponían en la historia de información previa que les resultaba útil, *“la historia clínica sistematizada brinda muchas ventajas, facilita la comunicación médico-paciente porque hay mucha información que ya está plasmada, ya está consignada, no tenemos que repetirla por un lado y por otro lado, esos Pacientes que son un poco desordenados y que no conocen bien su historia también les favorece porque nosotros estamos enterados de la atención; optimiza los recursos porque no vamos a estar pidiendo exámenes o laboratorios que ya han sido solicitados, que ya han sido evaluados o que por periodicidad ya no lo tenemos que volver a hacer, el acceso a antecedentes, a manejos y atenciones previas en el histórico, si tenemos que hacer algún cambio de medicamentos, si hubo alguna*

reacción adversa porque les cambiaron el medicamento, entonces, no devolvernos en procesos y en atenciones, eso es otra ventaja de la historia”.(73)

Los participantes también coincidieron en afirmar que la historia clínica electrónica, aunque es una herramienta que facilita los procesos, no es práctica, debido a que el acceso a las atenciones previas de un paciente estaba relegado a las valoraciones hechas por consulta externa, de programas especiales como crónicos, excluyendo las atenciones realizadas en urgencias y hospitalización.

Finalmente, es importante ver como en el nuevo modelo de atención en salud, el primer contacto va a ser un punto que se facilitara ya que la atención será prestada a las familias por un médico de cabecera, *“vemos también como vamos a tener unos Médicos de cabecera, estos Médicos de cabecera van a estar encargados de cierto número de familias y encargado de toda la salud de cada uno de los individuos que conforma esa Familia”*(74)

5.2.1.2 Continuidad

Los participantes en nuestra investigación refirieron la importancia de esta categoría ya que es uno de los puntos de partida para llegar a una historia clínica, según lo afirmó uno de los participantes, de los entes territoriales: *“queremos llegar a la implementación de un sistema de información hospitalario para todos los hospitales, que nos permita todo lo que es accesibilidad, hacer un buen uso de la información... nuestro objetivo principal como todos los sabemos es la continuidad de la atención, dado que cuando no compartimos información, entonces, si se atiende un Paciente en una subred y esa atención no se puede visualizar en otra subred nos genera costos, por ejemplo, si solicitaron un cuadro hemático en la mañana y el paciente fue*

trasladado a otra sub red en la tarde volvemos a repetir el cuadro hemático de la mañana”.(74)

Al respecto los profesionales participantes coincidieron en que se dispone de información en las redes propias, pero que existen dificultades cuando los pacientes consultan a redes externas; también aclararon que se están realizando esfuerzos para mejorar esta situación y evitar así la pérdida de la continuidad en la atención a los pacientes, lo cual equivale a mejorar la calidad de atención de los mismos, esto se sustenta en la siguiente opinión: *“Tenemos acceso a todas las historias que se hayan hecho por consulta externa de cualquier especialista digamos de cualquier servicio, se pueden ver si son de consulta externa, si han sido de hospitalización, está tratando de hacer una asociación con los hospitales, en donde tiene convenio para que cuando llegan después de una hospitalización uno pueda abrir la Historia Clínica”.(75)*

5.2.1.3 Integralidad

Esta categoría hace referencia a toda la información que debe aportar la historia clínica electrónica: aspectos biológicos, funcionales y sociales con el fin de realizar una intervención en todos los enfoques, desde la prevención, diagnóstico, tratamiento hasta la rehabilitación. Al respecto los profesionales consideraron que las diferentes historias clínicas electrónicas usadas en sus lugares de trabajo no cumplen con esta definición, indicaron: *“la historia clínica que manejamos en la Institución actualmente es una historia que hemos tratado de ir llenando con las diferentes características que necesitamos de cada programa, pero aún le hace falta... en lo básico es única, pero tiene diferentes pestañas según las patologías o según lo que uno identifique en el individuo, tiene la parte de riesgo cardiovascular, tiene la parte*

de enfermedad renal crónica, tiene la parte de obesidad y dislipidemia, pero muchas veces duplicamos información en esas pestañas, entonces los Médicos quedan perdidos de, adonde registro, si es aquí en hipertensión o es en diabetes o es en enfermedad renal crónica, lo otro es que obvia y no tiene preguntas claras y básicas, tan básicas por ejemplo en diabetes que sepa uno que es diabetes tipo 1 y que es diabetes tipo 2 entonces no lo tiene, en enfermedad renal crónica en el seguimiento no tiene cosas básicas como la parotohormona, como la hemoglobina, como las cosas básicas pero también el temor cuando uno solicita eso es que ya quede muy especializado y los médicos finalmente no lo terminen de utilizar, entonces es difícil y básicamente yo diría que por esos dos puntos grandes yo no estoy satisfecha con la historia clínica porque hace falta meter más cosas, hace falta integrar para que quede en una sola punto el registro y que el Médico no tenga que duplicar la información en varias hojas y lo otro es agilidad, es recordatorios, bloquearle para ciertas cosas”.(76)

Los profesionales además de considerar que los diferentes modelos de historia clínica que existen actualmente no son amigables en su diligenciamiento ni tienen el diseño para un enfoque biopsicosocial, también coinciden en que la historia clínica actual tiene un enfoque completamente clínico, no se cuenta con información que aporte al mantenimiento de la salud, “*hay que fortalecerla en todo lo de mantenimiento de la salud, porque no me permite hacer un seguimiento de los determinantes que yo voy a encontrar*”.(76)

5.2.1.4 Coordinación

Esta categoría hace referencia a la integración de la información en los diferentes entornos clínicos del paciente, al respecto los entes territoriales opinan *“queremos llegar a integrar componentes como son tele salud, telemedicina, todo lo de salud móvil, todo lo de e-learning, toda la informática en salud pública y todo lo de información para el paciente”*.(77)

Con respecto al tema de coordinación, los profesionales fueron claros en la necesidad de fortalecer la comunicación, no solo escrita, entre los diferentes profesionales integrantes del equipo de salud, así lo refirieron: *“lo que pasa es que una cosa es que uno envíe el Paciente y que ese Paciente vuelva con alguna respuesta, algo le hicieron, lo vieron y otra cosa es que haya una comunicación efectiva entre los dos médicos, eso segundo no se suele dar, salvo que en el lugar donde uno trabaje haya posibilidades de reencontrarse con las personas, entonces, cuando uno tiene la oportunidad de trabajar con los especialistas de otra áreas y los conoce y tiene reuniones de tipo académico o incluso a nivel coloquial y empieza a compartir con esa persona, entonces, empiezan a surgir cosas en común... Se hacen acuerdos y la cosa fluye eso es independiente de la historia clínica”*.(73)

5.2.1.5 Inclusión determinantes sociales en salud

Los profesionales refirieron que sí se encuentran herramientas en sus historias clínicas para recolectar información en cuanto a promoción y prevención, ya que se ha venido trabajando en la gestión del riesgo a nivel individual, sin embargo, en las historias clínicas no se ha contemplado formalmente la inclusión de todos los determinantes sociales de la salud ya que estos son difíciles de intervenir desde la óptica del personal asistencial. *“Si hay acceso a alguna información, hay espacios*

para ciertos ítems que evalúan determinantes sociales, pero son muy a nivel individual, el nivel de escolaridad, ocupación, con quien conviven y ya, y además no tienen una actualización... es muy individual, muy centrada en la persona, no hay de pronto un indagar más allá de como es su relación con su familia, no sé, acceso a servicios de salud eso es muy poco”.(73)

5.2.2 CATEGORIAS INDUCTIVAS

5.2.2.1 Usabilidad

Los participantes están de acuerdo en que la historia clínica electrónica debe ser amigable, ágil, ahorrar tiempo y evitar duplicar la información: *“Si nosotros tuviéramos más ágil el sistema, si sería adecuado... porque los tiempos no son adecuados, porque nuestro sistema es lento y repite información... la solución no es aumentar tiempo de consulta, la solución es agilizar el sistema”.*(76)

Adicionalmente mencionaron la importancia de la agilidad en el diligenciamiento de los datos, ya que de esta depende en gran medida que sean registrados en los campos correspondientes y de manera completa; ya que cuando el tiempo se prolonga debido a la dificultad en el registro de éstos, se sacrificaba la calidad de los mismos.

5.2.2.2 Capacitación

Los profesionales concordaron en que en las instituciones en donde laboraban se realizaban inducciones en cuanto al uso del software, sin embargo, no se les capacitaba en lo referente a la importancia del adecuado registro de los datos, y del entender la importancia de éstos depende en gran medida su correcto diligenciamiento. Un integrante refirió: *“en la institución para la introducción de*

datos, si hay capacitación, de hecho está programada como inducción... cada uno de los funcionarios asistenciales tienen dos días de inducción con un par... y tenemos soporte por parte de sistemas de una persona que hace acompañamiento de preguntas frecuentes de los funcionarios que usan el sistema”.(76)

5.2.2.3 Tiempo-facilidad en la consulta

Respecto al tiempo suficiente para realizar una consulta en un servicio de salud ambulatorio, no hubo consenso en el promedio del mismo; los participantes diferían en el valor de minutos necesarios para una atención apropiada, ya que según indicaban dependía de diversas variables.

“Pues es que con el tema del tiempo yo soy un poco escéptico al respecto, porque creo que la consulta ha caído en una cosa, y es que se ha tratado de homogenizar todas las actividades que se hacen, entonces 20 minutos para todo el mundo, 18 o media hora, y todo es muy diferente y hay cosas que se hacen en consulta que son pérdida de tiempo, por ejemplo, aquí en Colombia no nos cabe en la cabeza que uno pueda formular un hipertenso y no lo pese y lo talle, al paciente que no se le toma la tensión, no se examina, es como que perdió la consulta, pero eso es aquí en Colombia, en la mayoría de países no funciona así , o sea, al paciente se le toman signos vitales y ya, si va a un control de hipertensión y si no ha tenido hospitalizaciones y ha tenido una buen adherencia, la consulta puede ser telefónica y se le puede decir usted está muy bien vaya a la farmacia reclame sus medicamentos y nadie lo vio y es un desperdicio de recursos tener a un especialista, supra-especialista pagándole 60,80,100 mil pesos la hora para que formule losartan, hidroclorotiazida, eso es una pérdida de plata tenaz, pero por otro lado es absurdo

que pongan a una persona hacer un control prenatal en 15 minutos, es materialmente imposible, entonces, esas cosas deberían ser acordadas en cada lugar y es que si eso surge de un acuerdo, las cosas se van hacer bien, porque si uno pone a hacer a todo el mundo de afán las cosas, pues las cosas van a quedar mal hechas y al paciente le va tocar venir 2 y 3 y 4 veces a hacer lo mismo, o sea, si yo tengo un niño con varios problemas quiero ver el crecimiento y el desarrollo, pero aparte está enfermo, pero aparte va a tener que hacer una consulta larga y sino, él va a tener que venir 3 veces y gastarse el mismo tiempo y hasta más, tienen que 4 médicos explicarle otra vez a todos lo mismo, es una pérdida de tiempo, eso debería ser flexible y debería ser acordado en cada lugar de trabajo.(73)

5.2.2.4 Interoperabilidad

La interoperabilidad es un concepto que tienen mucho más claro los profesionales que trabajan en los entes de control y aquellos que tienen cargos administrativos; al respecto, refirieron que de esta depende la posibilidad de compartir datos entre las diferentes instituciones, lo cual permitirá mejorar la atención en salud, disminuir gastos y generar estadísticas fidedignas.

5.2.2.5 Trazabilidad

La trazabilidad se consideró una parte significativa de la práctica que se ve facilitada por el completo registro de los datos en la historia clínica y que permite realizar los seguimientos a lo largo del tiempo de las patologías, paraclínicos, etc. En evento mencionaron: *“en lo que tiene que ver con el modelo diría uno que las características de la información para este modelo busca primero que todo que se*

oriente a la identificación, análisis, resolución y seguimiento a los problemas de salud a nivel individual y familiar que facilite el registro de los datos necesarios y suficiente para establecer asignar diagnósticos lo más precisos posibles en los entornos y ámbitos a los cuales se les oriente la intervención en usuarios y familias que garantice la trazabilidad de la atención individual y familiar planes de manejo tales como los planes integral de cuidado primario, acciones e intervenciones, evolución de los problemas individuales y familiares, que permita la aplicación registro y seguimiento de las actividades de un proceso de atención clínico orientado por problemas y permite el acceso oportuno y ágil de los registros de salud a los agentes del sistema con quienes tendrá contacto el usuario y su familia”.(74)

5.2.2.6 Sistema de información

La historia clínica electrónica hace parte del sistema de información en salud, siendo el documento primordial del mismo; los participantes pusieron de manifiesto la necesidad de nuestro país por instaurar un sistema de información en salud que facilite la gestión adecuada toma de decisiones en salud. Al respecto los participantes dijeron: *“teniendo en cuenta que el objetivo de estos sistemas de información es contribuir al mejoramiento de la atención en salud, por eso es que estos sistemas se han constituido como una herramienta vital y esencial en los procesos de calidad y eficiencia en los servicios de salud, que permite gestionar de una manera clara y estratégica el gran número de datos cualitativos y cuantitativos, y la amplia y diversa información que de ellos parte, relacionado todo con la salud de la población en general, generándose una premisa la historia clínica como generadora de la información”.*(74)

“Estos son los aspectos en gestión que hemos realizado, gestión TIC desde la Secretaria Distrital de Salud a diciembre de 2015, dentro de los aspectos importantes que hemos manejado hicimos toda la actualización de apoyo en cuanto a hardware a todos los hospitales esto hace referencia a toda la dotación en cuanto a computadores, portátiles, impresoras, servidores para llevarlos a un nivel el cual nos permita... desarrollar historia clínica electrónica”.(74)

5.2.2.7 Academia

En esta categoría los participantes coincidieron en la importancia de la formación de los profesionales de la salud en sistemas de información y en el adecuado diligenciamiento de los datos, desde la academia. Es decir, desde los estudios en pregrado: *“la Universidad sea un real transformador de todas estas experiencias de salud... es muy importante que la academia se vincule al desarrollo de todas estas herramientas de salud, porque es la única forma en que vamos a llegar a la población joven de salud o sea a los nuevos médicos”.*(78)

Otro punto importante considerado como perteneciente a la academia es la validación de escalas y test, recalcando la definición de la pertinencia de los mismos; los participantes indicaron: *“el contexto que necesitamos y esperamos desde la academia, es que la academia me diga que test o cuáles son las preguntas claves que hayan sido validadas... cuando se define un test deben decirme el objetivo, si ya está validado, qué indicadores me genera ese test, que resultados quieres de ese test”*(78)

5.2.2.8. Accesibilidad

Es muy importante el avance que se ha tenido en el país en cuanto a la cobertura realizada en materia de telecomunicaciones, lo cual permite que se tenga un adecuado acceso a la información, sin importar el lugar del país en el cual se encuentre: *“estos son los dispositivos y periféricos que se encuentran en diferentes instituciones del departamento, y estas instituciones del departamento a su vez tienen centros y puestos de salud, que envían la información y la centralizan en su servidor central en sus hospitales, y básicamente una vez la información esté centralizada en estos servidores, estos servidores se encargan de enviar la información hacia nuestro sistema central de información en la Gobernación”*.(74)

5.2.2.9. Confidencialidad

La confidencialidad es un tema bastante álgido a considerar en la historia clínica electrónica, algunos participantes refirieron la existencia de espacios diseñados para consignar posibles dificultades que se hayan presentado en la relación médico paciente y que el paciente no podrá ver en la impresión de la historia clínica, indicaron: *“la historia clínica tiene un espacio, digamos que, accesorio para dificultad con el paciente de parte del médico, que no hace parte de la historia clínica, pero si de la relación médico-paciente, entonces, no se ve cuando se hace una impresión de historia clínica”*.(76)

Para la construcción de la historia clínica electrónica se debe interoperar entre distintos sectores por lo cual la confidencialidad es un tema muy importante, de ahí que los entes ya tienen la normativa que debe regir este aspecto: *“todo el tema de historia clínica tiene toda la aplicabilidad de la norma del archivo general de la*

Nación, donde en este momento está toda la norma de manejo, almacenamiento y protección de datos clínicos”.(74)

5.2.2.10. Disponibilidad de laboratorios e imágenes

Durante la investigación, se evidenció que algunos modelos de historia clínica no cuentan con una herramienta amigable y práctica, ya que no hay fácil acceso al reporte de laboratorios, o no permite registro sencillo de los valores en la historia clínica, algunos participantes mencionaron que aun dependen de la toma de notas para posteriormente realizar la transcripción en la historia: *“Yo quisiera que hubiera más interacción entre sistemas, ya se ha logrado interactuar, por ejemplo, con el sistema de laboratorio clínico... pero no se ha logrado a tal punto que con sólo un click yo pueda traer los valores del laboratorio a los lugares específicos donde quiero que sean registrados, es decir, para el seguimiento de pacientes crónicos el médico tiene que leer el examen y transcribir el examen en el campo específico para que pueda quedar en el adecuado registro de la historia clínica; deberían estar enlazadas con ellos para poderles generar más beneficio a los médicos pero ninguna Institución hasta el momento lo ha logrado”.(76)*

En cuanto a las imágenes diagnósticas el reto es mayor ya que algunos sistemas no permiten la visualización de las mismas, refirieron: *“yo creo que el problema si es tecnológico, digamos en cuanto a los sistemas que utilizan las máquinas, a veces no son compatibles... o no ha logrado hacer la interfaz para el cargue”.(77)*

5.2.2.11. Secuencialidad

La secuencialidad es lo que permite que cada paciente tenga un registro ordenado en forma cronológica, y si estos registros se tienen consolidados en una historia clínica electrónica, sin importar si el paciente fue visto en la red propia o externa, se traducirá en una atención integral y de calidad para los pacientes, además de la disminución en costos para el sistema: *“tenemos que apuntar como datos básicos que tenemos que interoperar en el ejercicio de la atención primaria y del manejo de redes integradas de servicios de salud, una información que todos los Médicos tengan dispuesta para consultarle a un individuo sin necesidad de transferir la historia clínica en papel o los datos clínicos del paciente”*.(74)

5.2.2.12. Mejoraría la historia clínica

Al respecto todos los participantes estuvieron de acuerdo, entre menos pestañas tenga la historia clínica es más práctica y amigable: *“Que tuviera el menor número de pestañas y de pasos para hacer cada actividad, creo que eso ahorra mucho tiempo, que los procesos estén integrados, la formulación con la prescripción, con las órdenes clínicas... que la parte intuitiva sobre todo al inicio de un proceso se me hace que es importante, si tu no tienes que hacer un proceso de capacitación vas a garantizar que la persona desde el principio pueda tener un tiempo óptimo, mientras que, cuando no son intuitivos los sistemas con el tiempo va mejorando eso, pero tiene que tener una curva de aprendizaje y entonces al principio los tiempos son demoradissimos”*.(76)

5.2.2.13. Seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento de la salud

Los profesionales concordaron en que los diferentes software existentes no incluyen herramientas para el registro de esta información, por lo menos, no de forma completa, insisten en que las historias clínicas siguen teniendo un enfoque muy clínico, hacia lo curativo y no hacia la prevención: *“los sistemas no lo incluyen, indudablemente que se necesita pero los sistemas se diseñaron para la facturación... no generamos sistemas para conocer la gente sana... pacientes sanos, no existe ese indicador, entonces los sistemas no se hacen para eso, que es un grave error y ese es el resultado del colapso del sistema”*.(76)

5.2.2.14. Marco legal

En los eventos realizados durante nuestra investigación, se indicó la normatividad vigente para nuestro país en lo concerniente a historias clínicas. Se aclaró que no existe un modelo específico de historia clínica a seguir dado por las normas, así como que no hay claridad sobre los datos mínimos que deben contener las historias clínicas. En un evento refirieron: *“se ha aclarado que historia clínica única no hay, ni está proyectada específicamente en el país, y claramente, no es responsabilidad del Ministerio de Salud la idea de que exista, esa interoperatividad de datos tendrá una conjunción entre lo que haga la Secretaria, el Ministerio de Salud, el Ministerio de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, y de otro lado, lo que las entes territoriales definan y hagan respecto a cómo integran su red de prestador de servicios públicos, la otra pregunta que me surge entonces es ¿y entonces toda esa parte que no es red de servicio públicos como se integrara a ese sistema de plan mínimo de datos del sistema de información?”*.(78)

5.2.3 GRUPOS DE INTERRELACIONES

En nuestro trabajo de investigación encontramos que las diecinueve categorías previamente descritas se encuentran interrelacionadas de manera específica, ante estos hallazgos en aras de facilitar la comprensión decidimos agrupar las categorías según su afinidad en 5 grupos de interrelaciones, que se encuentran conformados de la siguiente manera:

1. Grupo de interrelaciones 1: en este encontramos a sistema de información, accesibilidad, capacitación, disponibilidad de laboratorios e imágenes, seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento, determinantes, trazabilidad, facilidad en la consulta, usabilidad y primer contacto.
2. Grupo de interrelaciones 2: integrado por sistema de información, trazabilidad, seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento, determinantes, disponibilidad de laboratorios e imágenes, secuencialidad, facilidad en la consulta, usabilidad y primer contacto.
3. Grupo de interrelaciones 3: está conformado por capacitación, mejoraría la historia clínica, academia, marco legal, determinantes en salud, seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento, determinantes y sistema de información.
4. Grupo de interrelaciones 4: conformado interoperabilidad, disponibilidad de laboratorios e imágenes, primer contacto, mejoraría la historia clínica, secuencialidad, seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento, determinantes, trazabilidad y sistema de información.

5. Grupo de interrelaciones 5: de este hacen parte sistema de información, determinantes en salud, confidencialidad, mejoraría la historia clínica, coordinación, secuencialidad, continuidad, integralidad y seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento, determinantes.

A continuación se procederá a la descripción de la relación existente entre cada concepto que conforma cada categoría, grupo interrelacional y cada idea.

5.2.3.1 GRUPO DE INTERRELACIONES 1

En el grupo de interrelaciones 1 surgen una serie de planteamientos que se articulan entre sí, tal como se muestra en el gráfico 1. Como se puede observar *el sistema de información y primer contacto* son los códigos que guardan una relación más estrecha con el *acceso*; este será el concepto principal del cual se irán desprendiendo los demás, por lo cual iremos describiendo paso a paso los resultados que nos han permitido llegar a estos conceptos una vez realizado el análisis sistemático de los mismos.

A. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Este concepto es la base que sostiene el objetivo principal del presente trabajo, entiéndase la relación entre *sistema de información* y *acceso* como el cubrimiento que se debe realizar a todo el sistema de salud, en cuanto a infraestructura adecuada, para poder llegar a una historia clínica electrónica ideal, lo anterior haciendo referencia a una adecuada dotación de equipos tales como computadores, redes, garantizar que sin

importar el lugar el sistema de salud provea el acceso a un nivel aceptable de tecnología. A esto se refieren los profesionales en el primer evento así:

“Dentro de los aspectos importantes que hemos manejado hicimos toda la actualización de apoyo en cuanto a hardware... esto hace referencia a toda la dotación en cuanto a computadores, portátiles, impresoras, servidores para llevarlos a un nivel el cual nos permita trabajar adecuadamente”.(74)

Como se mencionaba anteriormente, esto es la base para poder asegurar un adecuado sistema de información, debido a que si no se tiene un cubrimiento tecnológico básico, difícilmente podremos pensar en llegar a la historia clínica electrónica y mucho menos a una información de calidad, como lo menciono uno de los profesionales:

“los Países que han tenido un buen desarrollo dentro de sus sistemas de salud, parten de tener unos buenos niveles de información, una información que fluya adecuadamente”(77)

Por lo anterior el acceso se encuentra en directa relación con el concepto *sistema de información*.

Además de su pertenencia a la grupo de interrelación, el *sistema de información* está estrechamente relacionado con el código denominado *usabilidad* que se refiere al rango en el cual un producto puede ser usado por un grupo de usuarios específicos para alcanzar ciertas metas definidas con efectividad, eficiencia y satisfacción en un contexto especificado.(79)

En la actualidad hay gran diversidad de programas de historia clínica y según el software que cada institución adquiera, éste tendrá sus pros y sus contras, por ejemplo, durante el proceso los profesionales de la salud participantes plantearon

dificultades con respecto a la revisión de los antecedentes e historia clínica antigua. Refirieron que en ocasiones, debían salir de la pestaña en uso para realizar la verificación de la información que requerían y luego retornar a la pestaña inicial para posteriormente volver a escribir la información. A causa de lo anterior, indicaron que han intentado diferentes métodos para realizar una evaluación completa de la información, a pesar de que no se registre en la historia clínica por las dificultades que se presentan en la operatividad. Al respecto explica uno de los asistentes a uno de los grupos focales:

“Por ejemplo, me llegó un Paciente que venía de un hospital, que allá le hicieron tratamiento, al parecer tiene una malformación cerebrovascular. Él no sabe que es, no venía con ningún informe, era la primera vez y al examen tiene una válvula de Hakim, no tiene ni idea como fue, quien se la puso, que le dio, entonces, me tocó decirle bueno venga mañana, necesito sus datos y sacar al día siguiente 10 minutos para anotar esos datos, pero eso lo hago yo, no lo hace todo el mundo, porque son casos que realmente deben estar escritos y es un paciente joven, es un paciente de 52 años que necesariamente debe tener sus cosas anotadas.”(73)

En términos de usabilidad a los profesionales de la salud no les es práctico que la herramienta cuente con tantas ventanas, sugirieron que fuera una herramienta más ágil, porque observaban que en los sistemas de información que tenían múltiples ventanas emergentes se presentaban problemas de navegabilidad y conectividad, además acotaron que les gustaría tener acceso a una conexión con la red externa. Al respecto opinan:

“Se confunde la cantidad de información con la buena información, entonces algunas personas tienen la iniciativa de tener una Historia Clínica completa en la cual esté la

mayor cantidad de datos posibles, entonces, termina cayéndose en procedimientos engorrosos en el cual las personas que no tienen ninguna injerencia sobre los procesos se ven obligados a diligenciar cosas que no son de su interés ... Por otro lado, cuando se trabajaba a partir de las necesidades de cada una de las consultas y las personas que diseñan la historia se acercan a los profesionales como para detectar que es lo más prioritario, en esa consulta, pues la cosa se vuelve mucho más efectiva... eso permitía darle mayor tiempo a la consulta como tal y como se implementaban esas medidas, tenía una reacción positiva tanto en los médicos como en los pacientes, entonces, en la medida en que se tengan en cuenta esas necesidades, pues la Historia Clínica va a cumplir una función mucho más práctica para cada uno de los que la utilizan."(73)

De lo anterior, se infiere que existen múltiples sistemas de información que utilizan herramientas diferentes, que deberían estar enfocadas en facilitar los procesos de atención supliendo las necesidades de los distintos tipos de consulta de forma útil y práctica; así mismo, existe una clara necesidad de tener sistemas interoperables que faciliten la disponibilidad de la información.

Por otra parte, es muy importante que el *sistema de información* además de ser práctico y de fácil uso para los profesionales de la salud, sea una herramienta que permita conocer la historia, ubicación y trayectoria de los pacientes, es decir, realizar un seguimiento adecuado, esto en términos de *trazabilidad*. De ahí que el *sistema de información* se encuentre asociado con el código *trazabilidad*. Un ejemplo en el cual se pone en práctica el significado de *trazabilidad* y su utilidad es como lo ilustra uno de los participantes de uno de los eventos: “*Necesitamos herramientas para hacerle seguimiento a la gestión y por supuesto las herramientas de monitoreo. Si que hemos*

venido trabajando, pero hay que fortalecer, y no he dicho que los resultados finales no sean importantes, por supuesto que son importantes, lo que pasa es que hay que complementarlo con todo lo demás, entonces, hacia allá va la exigencia, el reto del SISPRO para el MIAS”.(74) Por ejemplo *“la primera ruta que se publicó en Colombia, fue la ruta de leucemia aguda pediátrica, esta ruta existe, se le hace seguimiento en Colombia. Hay aproximadamente 2,000 niños con leucemia aguda pediátrica, cada año tiene alertas, tiene intervención de la Superintendencia Nacional de Salud y tiene seguimiento a las EPS y con esto se ha logrado mejorar la sobrevivencia de los niños con leucemia, que al inicio estaba por el orden del 50% a los 5 años y ya estamos por encima del 70%”.* En el mismo orden de ideas también afirma, *“importante también como parte de la coordinación de los servicios, como parte de la trazabilidad, encontrar una herramienta en que se pueda hacer seguimiento a otros aspectos de la atención”.*(74)

Otro participante de uno de los grupos focales opina *“es muy difícil tener trazabilidad de los pacientes, en especial cuando pertenecen al régimen subsidiado, ya que no existe interoperabilidad entre las instituciones. Con los pacientes de medicina prepagada es un poco más fácil ya que queda una nota en la historia que registra que el paciente estuvo en urgencias o en el servicio de hospitalización”.*(73)

Como vemos, la *trazabilidad* es un aspecto importante a tener en cuenta, sin embargo, no es fácil su obtención, más aún, cuando se depende del sistema de afiliación, como lo expresan los participantes. Asimismo, la *trazabilidad* es el elemento clave para lograr el seguimiento y monitoreo que permite mejorar los resultados en salud, tanto de manera individual como poblacional, de aquí que se esté

generando desde el gobierno la necesidad de implementar rutas de atención para patologías prevalentes en nuestra población.

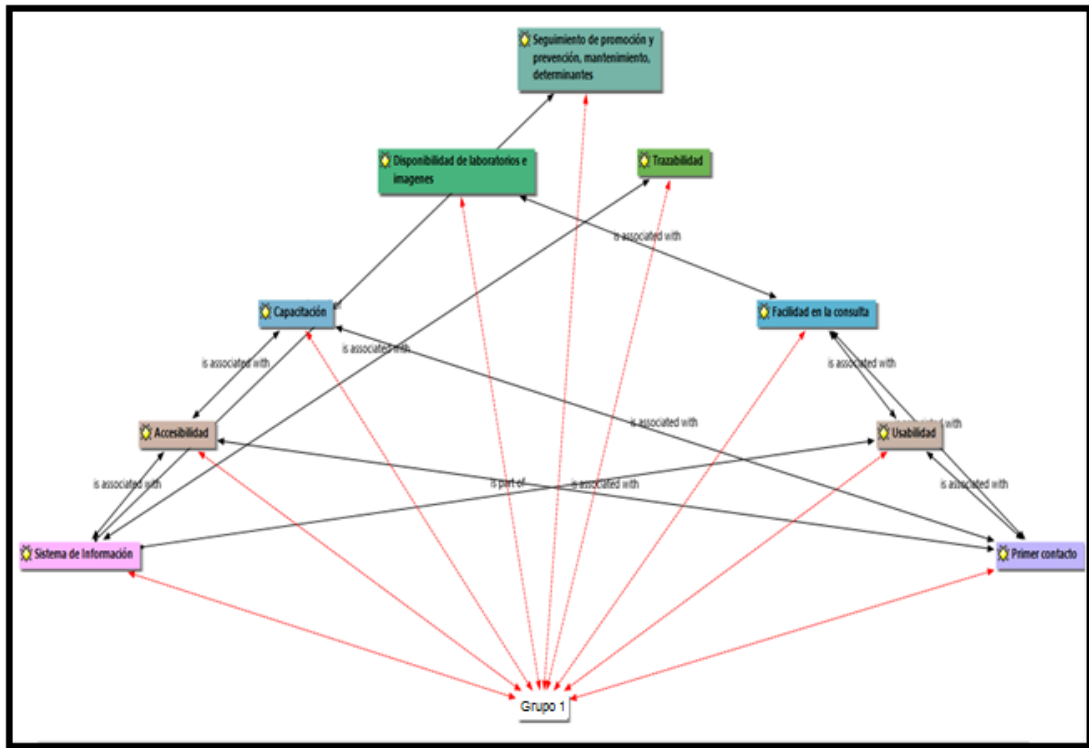


Gráfico 1

B. PRIMER CONTACTO

El *primer contacto* supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se acude a un centro o profesional de salud concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y es accesible al sistema sanitario(80). Es la puerta de entrada del usuario a los sistemas de salud, de ahí su estrecha relación con el *acceso*. Sin un adecuado *acceso* al *primer contacto* y la posibilidad de éste de contar con un *sistema de información* apropiado, no se generarían los datos y no habría información

para ser analizada. Es decir, el *primer contacto* debe contar con las herramientas tecnológicas necesarias para que pueda registrar de manera óptima los datos y adicionalmente debe conocer la importancia de su labor en la recolección de los datos; ya que a partir de éstos se obtendrá la información que servirá para tomar decisiones, para el tratamiento y seguimiento de los pacientes, generar estadísticas poblacionales, gestionar recursos, entre otros.

A propósito del primer contacto con la implementación del nuevo modelo de atención integral en salud (MIAS), se pensó generarlo de una manera diferente, basado en un contacto inicial para caracterización de la población; a este respecto uno de los profesionales participantes de uno de los eventos indicó: *“se inicia con los gestores, los gestores van a ser aquellas personas que van a estar casa a casa capturando información en cuanto al entorno, en cuanto a problemas de salud o cualquier otro aspecto de la vida cotidiana de las personas, vemos como a partir de esta captura de información vamos a tener una ficha donde se va a capturar esta información de ahí es importante... la veracidad de toda la información que lleguemos a capturar, para poder después hacer unos análisis adecuados..., también vamos a tener unos médicos de cabecera, estos médicos de cabecera van a estar encargados de cierto número de familias y de toda la salud de cada uno de los individuos que conforma esa familia”*.(74)

Como se mencionó en la cita anterior, el nuevo modelo de atención integral en salud retoma la idea del médico de cabecera, en nuestro contexto hace referencia al médico que en un número importante de casos sería el *primer contacto*; quien sería el encargado de diligenciar la historia clínica electrónica por primera vez; de ahí la

importancia de estos médicos ya que de ellos dependerá en gran medida la integridad y calidad de los datos recopilados.

“Son ellos los llamados a realizar la atención primaria en salud desde un enfoque integral, con alta capacidad resolutive, por lo cual se hace necesario que ellos sean partícipes activos de los datos básicos que integrarían la historia clínica electrónica, además de su participación activa deben ser capacitados para usar de la forma adecuada el sistema de información electrónica que se genere ya que de ellos dependerá la calidad de los datos. Cobra especial importancia en este aspecto la usabilidad de la herramienta, que sea práctica y amigable, que no sea un trámite administrativo más para el médico sino todo lo contrario que se convierta en un medio que le facilite el quehacer diario a los profesionales en salud lo cual se vería reflejado en una atención de mayor calidad para los pacientes.”.(74)

De lo anterior surgen varios interrogantes, ¿tiene conocimiento el médico sobre el flujo de datos?, ¿se capacita continuamente sobre cómo debe diligenciar la historia clínica correctamente con el fin de obtener datos de calidad?, estos cuestionamientos hacen que exista una directa relación entre el *primer contacto* y el *código capacitación*. Uno de los participantes mencionó: *“el médico que está al frente, ¿qué sepa para donde va su dato?, no todos los tienen claro. Nosotros tratamos de sentarnos con ellos, explicarles, mirarlos, pero no, lo tiene claro el que hace la gestión, el director médico que es el que audita. Esos procesos se hacen dentro de la Institución, se llama para que ellos tengan una capacitación... en todo lo que es el sistema de historia clínica..., en el diligenciamiento adecuado de la Historia Clínica para que ellos sepan que va en cada campo, ¿cómo lo busca?, porque a veces es*

difícil, uno no encuentra el medicamento ni la prueba de laboratorio; entonces si hay un entrenamiento para que ellos sepan y busquen. Con los médicos de programas puntualmente hacemos reuniones de seguimiento en donde les mostramos los indicadores... incentivamos mucho, pero aun así se comete muchísimo error de diligenciamiento”.(75)

Es claro que a nosotros los médicos desde la academia no se nos ofrece ningún tipo de capacitación en estos procesos y como lo mencionaba el participante en la cita anterior, al iniciar un nuevo trabajo, se realiza una inducción operativa sobre el modelo de historia clínica que funcione en la institución, pero en muy pocos lugares se instruye sobre la calidad del dato y la información que de éste se deriva, son cosas que el personal de salud que se desempeña en el área asistencial desconoce.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que el *primer contacto* se encuentra asociado con el código *accesibilidad*. Para este punto ya tenemos claro que serán los médicos, en el marco del nuevo modelo de atención integral en salud, los primeros contactos, de ahí que deban tener un fácil acceso hacia los diferentes sistemas de información. Esto opinan los profesionales en salud al respecto: “*La importancia de la unificación de unos datos básicos en la historia clínica electrónica radica en que como médicos de puerta de entrada al sistema podremos realizar intervenciones altamente eficaces ya que se le reducirán los trámites al paciente, las intervenciones serán más ágiles y efectivas, se ahorrará en costos y la información que se obtendría permitiría el análisis general del riesgo y su respectiva intervención, generando así inclusión de los determinantes sociales en salud, garantizando atención integral, coordinada e intersectorial”.*(78)

De lo anterior queda explícito el papel fundamental de los avances tecnológicos y la necesidad de los profesionales de la salud de ir a la par de éstos. Por lo tanto, tener una continua *capacitación* se encuentra asociado al *sistema de información*. En cuanto a tecnología opina uno de los participantes: “*entrar a la era digital, y para que seamos digitales, tenemos que saber de estándares..., entonces en términos de captura hoy el caso de MIPRES, es un ejemplo para todos ustedes, donde sólo tienes que diligenciar el número de la cédula del paciente o el número de identificación, el sistema te trae todo lo que es de ese individuo y lo recoge desde la base de datos de certificados de defunciones y nacimientos de la BDUA (base única de afiliados), se cruza con todas las bases de datos nacionales y te pone todos los datos ahí*”.(74)

Un punto importante para la correcta obtención de los datos y poder brindar una atención integral en salud de forma simultánea, es la *facilidad en la consulta* que se encuentra en directa relación con *usabilidad*, y de manera indirecta con el *sistema de información*, uno de los participantes aportó con respecto a los diferentes sistemas de información: “*cada uno tiene una funcionalidad muy diferente en cuanto a la parte de pensar en el paciente, y que esté más centrada en el Paciente y en la actividad del Médico, SOFT1 tiene muchos beneficios frente a esto, es una historia clínica que es muy fácil de utilizar, el desarrollo puede ser intuitivo y yo no tengo que hacer una capacitación para poder desarrollar esa historia clínica y la forma en que están los espacios me permite interactuar con el paciente; pero tiene una dificultad grandísima y es que no me genera nada de información porque son muchos campos abiertos..., SOFT3 es mucho más pensada en los procesos estadísticos, se separa un poco la parte de la relación con el paciente, pero sale toda la información de absolutamente todo lo que uno va haciendo, o sea el trazado es muy completo en*

cuanto a la parte de estadística, en cuanto a la parte de facturación, en cuanto a la parte de recursos, en cuanto a la parte de procesos, en todo eso es muy muy completo SOFT3, y creo que, es difícil buscar un punto de equilibrio entre las dos, porque entre más se enfoque uno en el paciente y pueda dedicar más tiempo a digamos la historia clínica que se hacía antiguamente a mano, se va a desconectar más uno de lo electrónico, y entre más se trate de capturar información más se aleja uno del proceso de atención del paciente.".(73)

Esta percepción fue compartida por los participantes, cada uno de los diferentes modelos de historia clínica existentes en nuestra ciudad tiene ventajas y desventajas, sin embargo, si la opción es de campo abierto, menor será la captura de información y si la información es estandarizada en campos obligatorios se convierte en un proceso dispendioso para el médico, pero del cual se obtiene mucha información; esto sin mencionar la ruptura que se genera en la relación médico paciente.

La mayoría de profesionales concuerdan en que algo que les generaría mucha *facilidad en la consulta* es la *disponibilidad de los laboratorios e imágenes* sin tener que cerrar la historia o salirse de la ventana en la que se está trabajando, los participantes refieren que sus sistemas no son amigables para la evaluación de paraclínicos e imágenes ya que deben desplegar varias pestañas, en algunos casos tienen acceso a los exámenes realizados únicamente en la red propia, y en otros casos, al no estar conectado a la historia clínica dependen de dos servidores diferentes que si se caen quedan sin acceso, una vez logran acceder pueden evaluar los laboratorios en forma retrospectiva mediante gráficos lo cual para ellos es bastante práctico, por ejemplo: *“el sistema permite ver las historias clínicas de consulta externa a nivel nacional y los paraclínicos a nivel nacional, pero es un poco tedioso porque hay que*

abrir una ventana diferente a la historia clínica para poderla ver, entonces a veces se demora o se bloquea la página, uno no puede ver el laboratorio rápidamente, eso pues demora un poco más la consulta y la atención, también afecta realmente la calidad de la atención del paciente".(75) Otro participante opina: *"si los laboratorios son tomados en la misma IPS no hay ningún problema para acceder a los resultados, pero, si son de otra IPS pues estamos sujetos a que el paciente traiga el resultado y si se le quedo no podemos hacer nada, lo mismo los resultados de imagenología tampoco tenemos el acceso no es fácil el acceso."(73)*

Dadas las opiniones de los participantes hasta aquí expuestas, el *primer contacto* se ve influenciado por la *usabilidad* del *sistema de información* que tiene repercusión directa sobre la *facilidad en la consulta*, y ésta a su vez se encuentra relacionada con la *disponibilidad de los laboratorios e imágenes diagnósticas*.

En este punto, hemos presentado nuestro primer grupo de interrelación, y su relación con los diferentes códigos o dimensiones, se describió cada una de las dimensiones pertenecientes a este grupo de interrelaciones y las asociaciones existentes entre cada una de ellas, lo cual inicio con las dos más grandes: *sistema de información* y *primer contacto*, y a partir de estas dos se fueron describiendo las relaciones existentes con los demás códigos, lo cual se confirmaba inmediatamente con la presentación de las citas textuales que hacían los participantes de cada tópico.

5.2.3.2 GRUPO DE INTERRELACIONES 2

El segundo grupo de interrelaciones creado, se compone de 8 códigos, asociados entre sí, las redes de mayor densidad se establecen a partir de los códigos o dimensiones: *primer contacto*, *usabilidad* y *sistema de información*.

Hemos dejado en claro en párrafos anteriores que en la actualidad no existe una historia clínica electrónica unificada y este punto no es una de las metas a trabajar en el nuevo modelo de atención integrada en salud. Asimismo, podemos discernir que siempre existirá una relación directa entre *sistema de información*, *historia clínica* y el *primer contacto*.

Ahora bien, al observar el gráfico 3, es evidente como se repiten varias asociaciones que ya hemos descrito previamente, por ejemplo, en el grupo de interrelación 1 ya describimos como el *sistema de información* es parte de *usabilidad* y a su vez este último se encuentra asociado con el código *primer contacto*. Esto se explica dado el método de muestreo que se empleó en la presente investigación, el método de la saturación.

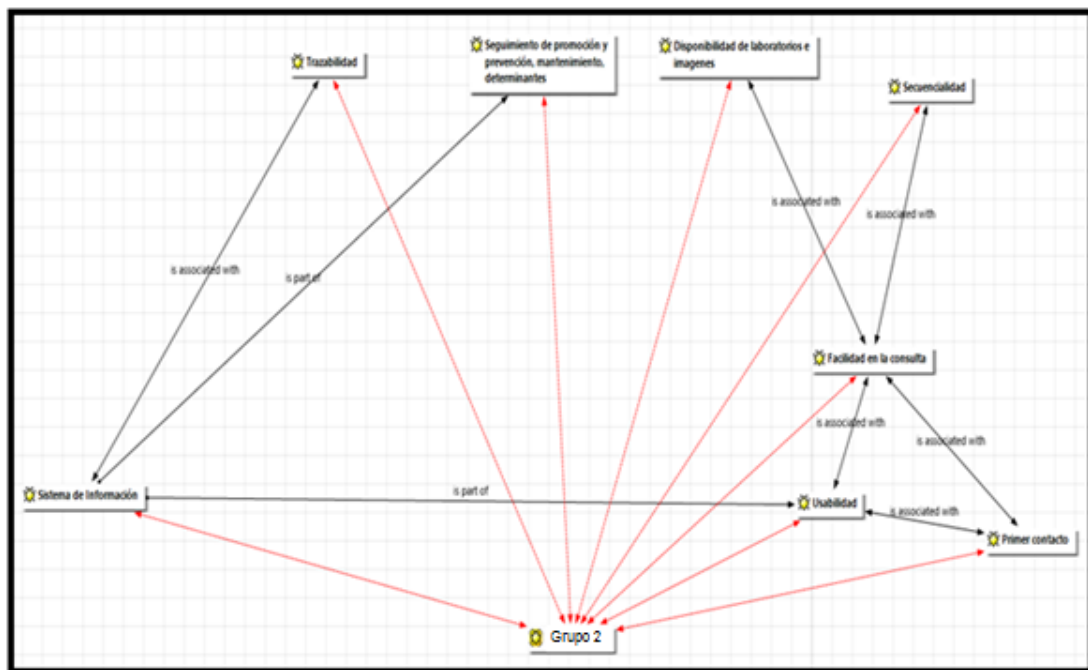
Por lo anterior, y a fin de evitar duplicar la información, nos enfocaremos en describir las nuevas relaciones que nos van mostrando las redes. Puntualmente para este grupo de interrelación, las redes nos muestran una nueva asociación entre los códigos *facilidad en la consulta* y *secuencialidad*. Al hacer referencia al término *secuencialidad* nos referimos al registro de cada actividad en salud que se realiza en forma cronológica. Es por esto que se considera un punto importante a tener en cuenta en la historia clínica electrónica, ya que esto facilita el trabajo de los profesionales en salud al momento de realizar la consulta médica. Un participante de uno de los grupos focales opinó: “*en general, si es un paciente que viene por primera*

vez de otra institución, empieza uno de ceros, o sea, no hay ningún dato que uno pueda encontrar en el sistema o que se pueda, digamos, traer de otros centros de salud. Uno tiene que confiar 100% en lo que te diga el paciente, porque si es de la misma institución, que de pronto había ido a odontología, y es la primera vez que va a medicina general o hace 5 años que no iba, si puede uno ver lo que paso hace 5 años hasta cierto punto, como hasta hace unos 8 años porque de ahí para atrás las historias eran manuales. Aunque ellos están pasando esas historias que eran manuales a digital entonces uno puede mirar inclusive desde el ochenta".(73)

Partiendo de lo mencionado, si se puede obtener información de una forma secuencial; sin embargo, si el paciente es atendido en la red externa esta *secuencialidad* se pierde, se genera una pérdida de información, una brecha en el tiempo que interrumpe esa continuidad. Otros puntos mencionados por los profesionales incluyen la legibilidad y la no actualización de la información como se expone a continuación: “una historia clínica electrónica quita el problema de la legibilidad de las historias, por ejemplo, y algunos de los sistemas que conozco traen toda la información, y uno diría eso es bueno, pero se puede volver en contra también cuando no se actualizan los antecedentes o cuando hay antecedentes contradictorios. Precisamente el ítem de antecedentes es de los ítems que nunca se modifican, entonces, se vuelve una fuente de confusión también porque son historias desactualizadas. La satisfacción dura mientras el sistema no falle porque... te quedas sin información como si fuera primera vez y toca volver a las historias clínicas a mano; y el archivo de esas historias clínicas a mano a veces queda también un poco confuso”.(73)

Según lo que encontramos en la investigación, este aspecto también genera una interrupción de la *secuencialidad* que va a impactar negativamente la *facilidad en la consulta*, ya que el médico requerirá cambiar de un sistema electrónico a uno manual para el registro de la información, de lo cual se puede inferir que la actualización de la información puede no estar disponible para una futura consulta.

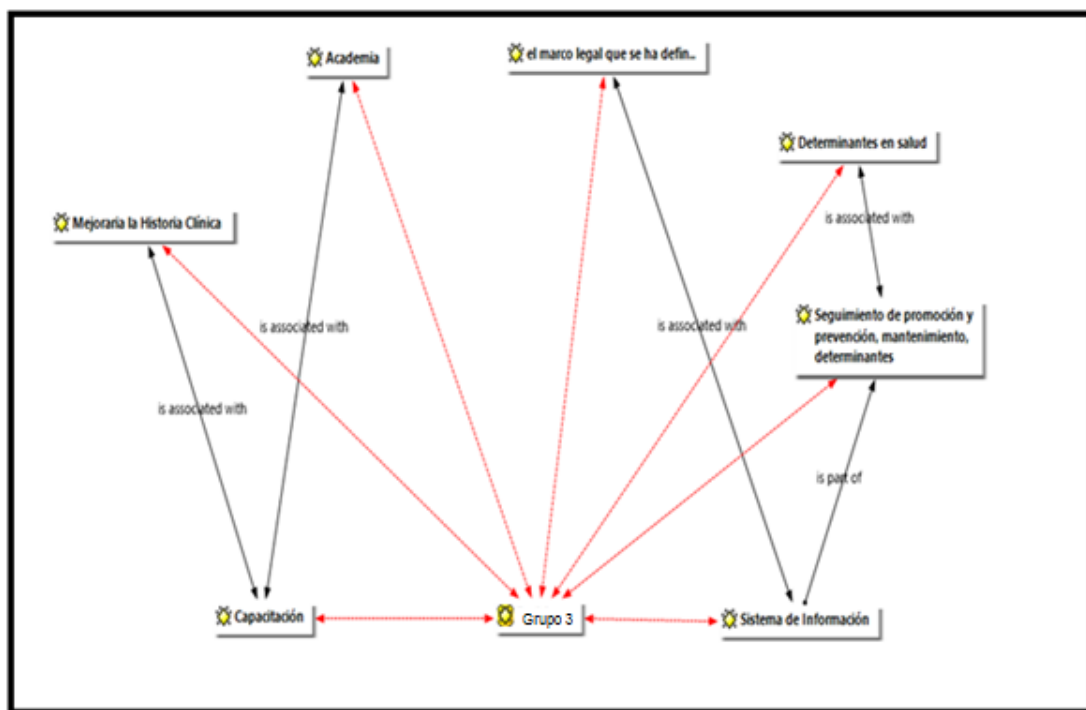
Gráfico 3



5.2.3.3 GRUPO DE INTERRELACIONES 3

El tercer grupo de interrelaciones enfatiza que la información que se recopila en la consulta médica tiene como primer fin el tomar decisiones en salud con respecto al paciente que se está atendiendo. Lo cual tiene implícito la necesidad de acogerse al

marco legal colombiano, los determinantes sociales en salud, lo aprendido en la academia, seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento de la salud, entre otras.



En el anterior gráfico (Gráfico 2) se observa que la el grupo de interrelaciones se encuentra en relación con 7 códigos de los cuales, *capacitación* y *sistema de información* son los que se encuentran en asociación o son parte de los otros cinco códigos, a continuación, describiremos los resultados.

A SISTEMA DE INFORMACIÓN

En el *sistema de información* se registran las actividades de *seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento de la salud y determinantes en salud*, dado el nuevo modelo de atención integral en salud, en el cual se pretende dar un enfoque en

promoción de la salud y detección temprana de riesgos específicos, mediante la educación de la población en cuanto a la predisposición y riesgos que presenta.

Los profesionales participantes de nuestro estudio comparten la opinión, que para el modelo de atención integrada en salud sería útil tener en una ventana especial acceso a todo lo relacionado con tamización, con información estandarizada, además de la inclusión de evaluación de los determinantes en salud y escalas de evaluación del riesgo, también quisieran alarmas en el sistema para evitar la realización de actividades por duplicado. Los participantes explicaron: *“la historia clínica de nosotros permite hacer un seguimiento de las variables clínicas, si tiene alguna enfermedad o alguna patología, pero hay que fortalecerla en todo lo de mantenimiento de la salud, porque no me permite hacer un seguimiento de los determinantes que yo voy a encontrar; tenemos una encuesta de riesgo, pero esa encuesta de riesgo queda allá guardadita y si el médico no le hace click o no le hace seguimiento, ahí se quedó y no sirve para nada. Entonces hemos fortalecido mucho variables clínicas y de enfermedades, pero hace falta fortalecer variables de mantenimiento de la salud, que es básico en atención primaria”*.(76)

Como lo mencionó el anterior participante los diseños de historia clínica actuales no están sincronizados con el nuevo modelo integral de atención en salud que se busca implementar; aún continúan muy enfocados en el riesgo individual y en tratar la patología más no en educar y prevenir; de aquí parte un llamado de atención a buscar herramientas que faciliten la medición e intervención de riesgos de manera temprana. Lo citado previamente también se encuentra asociado con los *determinantes en salud*; en cuanto a éstos es claro que se encuentran estandarizados unos pocos, aunque se puede generar el espacio para el registro de los mismos en el formato, en los campos

abiertos, lo que limita la intervención en los mismos. Manifestaron que en los diseños de historia clínica no se incluyen formatos o escalas para realizar estas mediciones, hay campos de texto. Esta es la situación que refirieron los profesionales: *“se tienen en la historia clínica herramientas para determinar riesgo en ITS’s, insuficiencia ponderal, alteraciones del peso y de la tensión arterial, así como registro de antecedentes tóxicos; sin embargo, no se tienen herramientas diseñadas para el registro de la información del componente socio-ambiental, es decir, nuestras historias clínicas no están diseñadas para incluir información que hable de los determinantes sociales: agua salubre, saneamiento, higiene. Específicamente en ese punto no hay una valoración, digamos hay un ítem que es un campo abierto que habla de los factores socio-ambientales del paciente donde podrían ir descritas esas actividades... pero no es algo donde yo pueda tabular específicamente lo que está descrito ahí”*.(76)

Por otro lado, existe asociación entre el sistema de información y el marco legal, en Colombia hay un marco legal específico que determina ciertos puntos importantes a tener en cuenta con respecto a la historia clínica; lo que no implica que exista un requerimiento de software específico desde los entes gubernamentales. Al respecto explicó uno de los participantes a un evento: *“ese concepto como tal de historia clínica no es competencia del Ministerio de Salud, porque el Ministerio de Salud al hacer la revisión de todas las leyes existentes en el país implicaría generar una expectativa de un monopolio, al crear un grupo de ingenieros que establecieran un software de una historia clínica como tal; por lo tanto, lo que se hace es empezar a trabajar con MinTIC y empezar a mirar como logramos ese articulado que ya quedó en una ley. Entonces lo que se hace es que MinTIC nos dibuja como es su labor en*

términos de conectar el país para que en algún momento se haga realidad una historia electrónica, lo que hace MinTIC es que canaliza o lleva todas las redes de internet o fibra óptica a todos los rincones del país pero llega hasta el municipio, a partir de ese municipio el alcalde o la autoridad de gobierno en ese momento es el encargado de que en su presupuesto se asigne..., entonces obviamente allí ya empieza a ver la voluntad política territorial para que aparezca la parte electrónica o para que allá una historia en línea”.(74)

Es importante tener presente que para tener una historia clínica electrónica, se requiere de voluntad política, ésta debe ser continua e intersectorial, y debe involucrar a todos los entes: ministerio de salud y de la protección social, MinTIC, secretarías de salud, EPS, IPS, personal asistencial y administrativo. Es conveniente tener presente la gran inversión que requiere, así como los beneficios a largo plazo para el sistema de salud.

B. CAPACITACIÓN

Es un proceso educativo a corto plazo aplicado de manera sistemática y organizada, mediante el cual las personas aprenden conocimientos, actitudes y habilidades en función de objetivos definidos.(81). Con respecto a este código se encontró que está asociado con la *academia*, haciendo referencia a que falta formación a los profesionales de la salud en la importancia del diligenciamiento de los datos requeridos en las historias clínicas, posiblemente debido a que en los procesos de formación no se hace énfasis en el valor de los datos, ya que hay decisiones que se derivarán de éstos, por lo que es importante la veracidad de los mismos; al respecto

un profesional opinó: *“en relación a esto, yo pienso que el problema no es de la historia clínica, el problema es de la persona que diligencia y el compromiso que haya en cada una de las personas para diligenciar el documento. Hay una falla en los procesos de formación donde no hay participación activa del personal en formación, el estudiante no ve el compromiso y la importancia que tiene el registro de la historia clínica, y creo que desde ahí es que va. Hay campos con un punto, con algunas excepciones con notas que no son tan relevantes, como que se abre un documento para formular un medicamento... pues se va a perder toda la información que haya en ese campo”*.(76)

En la investigación encontramos que una de las percepciones de los profesionales de la salud es la importancia de vincular la *academia* en el desarrollo de todas estas herramientas de salud, porque es una forma de que los profesionales adopten tempranamente la responsabilidad del diligenciamiento completo de los datos al entender la significancia a futuro de los mismos.

Además de estar asociado con el código *academia*, el código *capacitación* también se encuentra en relación con otro código muy importante para los profesionales de la salud, *mejoraría la historia clínica*; y es que al respecto los profesionales de la salud indicaron que la historia clínica es definitiva para el acto médico, y si a partir de ésta se desea posteriormente hacer análisis y estadísticas es claro que no es su primer objetivo. Por esto un participante expresó: *"desde los profesionales de la salud nosotros siempre queremos es un formato que sea muy ágil y muy rápido porque sólo tenemos 20 minutos, donde dan 20 minutos o si no son 18, 15 y hasta menos tiempo para atender un paciente, entonces necesitamos que el software nos ayude o sea muy ágil para ese tipo de cosas, no que nos coloquen campos obligatorio, porque*

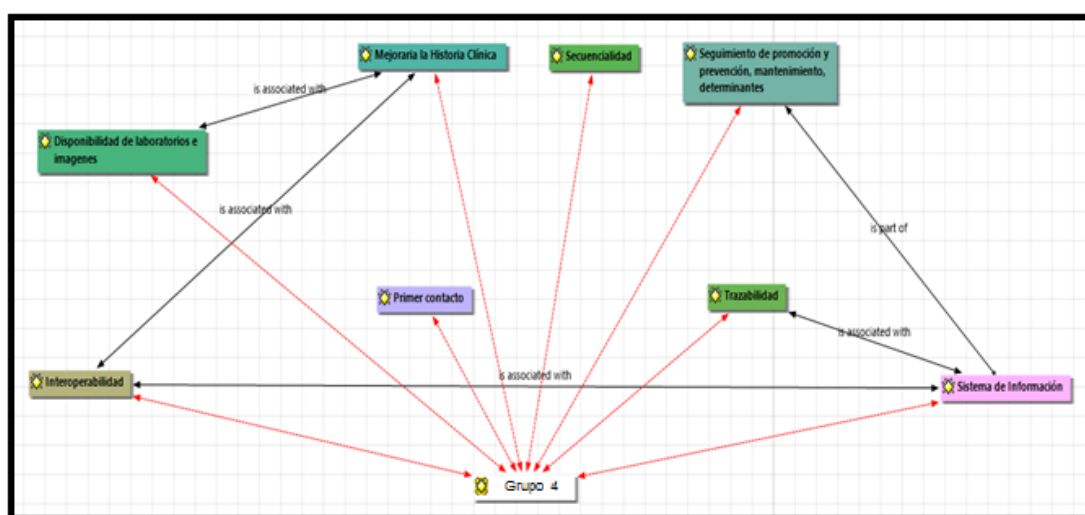
cuando... vamos a dar guardar, tenemos que regresarnos a llenar 3,4 campos de los que eran obligatorios”. (76)

“Por academia... una historia clínica yo la puedo hacer en una sola hoja ya sé que es lo que va primero y que es lo que sigue, motivo de consulta..., en otra pantalla hacer examen físico, en otra formular, en otra llegar y cerrar y llenar nuestro análisis, nuestro diagnóstico... y ya no tengo que andar navegando por múltiples pantallas para llegar a hacer una consulta.”(76)

Lo anterior reitera la visión de los profesionales en salud de la divergencia entre lo aprendido desde la academia y las necesidades expresadas en cuanto a recolección de datos necesarios para mantener un adecuado flujo de la información que permita análisis estadísticos posteriores.

5.2.3.4. GRUPO DE INTERRELACIONES 4

Gráfico 4



En el gráfico 4, se muestra el grupo de interrelación. La interoperabilidad se define como el ejercicio de colaboración entre organizaciones para intercambiar información y conocimiento en el marco de sus procesos de negocio con el propósito de facilitar la entrega de servicios en línea a ciudadanos, empresas y a otras entidades.(82) Esto demarca la significancia de este grupo de interrelaciones; el código *interoperabilidad* se refiere a la capacidad que tiene el sistema de interactuar con otros sistemas; la historia clínica se verá fortalecida si se logra el acceso a los datos, mejorando la atención integral, con alta capacidad resolutive, y además ahorro en costos para el sistema.

Un participante dijo: *“lo que queremos es llegar a interoperar entre las distintas subredes y con algunas otras organizaciones, por ejemplo, siempre las EPS están interesadas en este tipo de proyectos, porque, como sabemos consolidamos información de algunos de sus usuarios entonces la historia clínica no es un software único; se basa en un modelo de intercambio de información entre organizaciones, como les comentaba la información de intercambio corresponde a documentos generados por cada una de estas organizaciones, los documentos de intercambio corresponden a unos contenidos mínimos definidos previamente o llegados a acuerdos entre las organizaciones; y dentro de los actores se van a definir siempre una gobernanza y políticas de acuerdo sobre cómo se definen los procesos, las transacciones y las responsabilidades sobre esta información.”*(74)

Como lo describe el participante en la cita anterior la *interoperabilidad* se encuentra asociada con el *sistema de información*, ya que se requiere de la primera para que la segunda exista de forma fluida.

Al lograr comprender como la *interoperabilidad* se encuentra asociada con el *sistema de información* obtenemos un segundo concepto, la asociación entre la *interoperabilidad* y el código *mejoraría la historia clínica*, un participante aclaró: “*se propone que los equipos tengan cierta interoperabilidad para que se pueda realizar un manejo adecuado de las patologías, mejorando la comunicación entre los equipos de trabajo y la seguridad del paciente*”.(74)

Como lo describe el participante en el texto citado anteriormente, la *interoperabilidad* en este ámbito se extiende al personal de salud, haciendo que exista una comunicación más fluida lo cual generara una atención integral para los pacientes, además de servicios mucho mejor coordinados.

5.2.3.5. GRUPO DE INTERRELACIONES 5

Este es nuestro último grupo de interrelaciones, en la figura 5, podemos observar como el *sistema de información* es parte de *seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento y determinantes*.

Al respecto los participantes de nuestra investigación estuvieron de acuerdo al afirmar que ninguno de los sistemas de información que utilizaban en sus diferentes lugares de trabajo tenía la infraestructura para registrar información sobre actividades de promoción, prevención, mantenimiento de la salud, determinantes en salud, a excepción, de lo concerniente a tamizaje; refirieron que se cuenta con espacios de texto abiertos y si el médico los diligencia gastará más tiempo en el registro de la historia clínica. Un participante lo expresó así: “*la historia clínica electrónica actual no está sincronizada con el nuevo modelo de atención integral en salud, es un diseño*

con orientación netamente clínica, en el diseño no se incluyen apartes sobre promoción ni detección del riesgo, ni sobre mantenimiento, es una historia que no está diseñada para la inclusión de los determinantes en salud; tiene campos de texto por lo cual el médico debe digitar ésta información, pero ésta actividad le quita tiempo al médico, tiempo que podría dedicar en mejorar la atención del paciente. No tiene diseñado seguimiento para las actividades de promoción y prevención, a excepción de las pruebas de tamizaje”.(76)

De lo anterior, se tiene que en la actualidad ninguno de los modelos de historia clínica que se están usando está diseñado en función de la promoción de la salud, la detección del riesgo específico, etc.; el enfoque es completamente hacia el aspecto clínico, el tratamiento y la rehabilitación, esto opinaron algunos participantes: *“el diseño que tenga la historia clínica en atención integral en salud determinará el tiempo requerido para realizar éste tipo de consultas, porque yo puedo hacer un diseño de una Historia Clínica basada en atención primaria como son los formatos clásicos que se usaban antes de SOAP donde son 4 campos abiertos y se acabó ...o puede incluir las actividades de prevención que tengo que hacerle y seleccionar cada una... puede que me pueda gastar una hora en cada proceso de atención, entonces creo que depende mucho del diseño que tenga esa historia.”*(76)

Otro de los participantes opinó que el diseño no es lo que realmente impide que se consigne esta información, es la falta de soluciones desde nuestro ámbito, para dar solución a la problemática de la población, lo que nos desmotiva para realizar un interrogatorio desde el punto de vista integral. *“La captura de la información puede ser por cualquier fuente y una puede ser perfectamente desde el área de salud, como te digo, el problema es que necesito poder garantizarle al médico, tranquilo*

pregunte por esto, porque si usted encuentra este problema la ruta a ofrecerle a las personas es esta..., si yo le pido a las personas que pregunten por problemas y no le doy opciones de solución, pues el problema es que la gente se desestimula de preguntar; porque va a encontrar que le voy a preguntar y ¿qué voy hacer con esto?, nada, no voy a poder hacer nada...hay también que entender que hay un porcentaje de la población que no consulta, entre otras cosas, porque tiene problemas con determinantes sociales, muchas personas no consultan porque sus necesidades básicas no están satisfechas; luego, consultar en salud es lo que menos les preocupa, por ende no seré yo quien se lo voy a poder captar porque mi lógica de trabajo, es hoy te atiendo, si vienes, no te voy a buscar si no vienes... mi recurso está montado hoy para atender al que viene, no para atender al que no viene, y eso seguramente tendrá que migrar dentro del modelo integral de atención".(76)

Para finalizar este capítulo, es importante que tengamos en cuenta que se requiere la interoperabilidad como base para la optimización de la historia clínica electrónica. Esta última se encuentra inmersa dentro de todo un sistema de información, el cual se alimenta básicamente de lo que registran los primeros contactos, y si se quiere que esto vaya dentro del marco del nuevo modelo de atención integral en salud se requieren cambios, tales como la estandarización de las variables que se van a incluir. Al respecto un participante opinó: *"la normatividad no es tan específica de decirme todas las variables... los contenidos mínimos con los cuáles debemos llegar a trabajar."*(78)

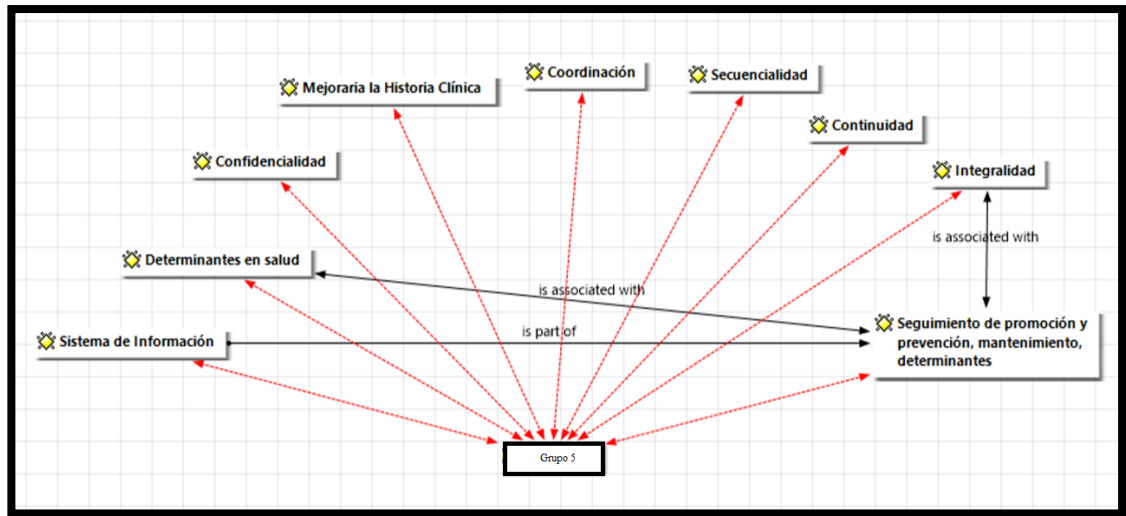


Gráfico 5

CAPITULO 6

ANÁLISIS DE AVANCES NORMATIVOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Al realizar la revisión de la legislación colombiana, encontramos que la primera mención en relación a la historia clínica corresponde a lo descrito en la ley 23 de 1981 en donde se dictan Normas en Materia de Ética Médica, en el capítulo III se hace mención a la obligatoriedad del registro de la misma; así como que constituye un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.(6) Ulteriormente en el decreto 3380 de 1981 se especifica que el conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta y que ésta debe diligenciarse con claridad.(44) De aquí se evidencia la importancia del diligenciamiento de la historia clínica en cada atención al paciente, teniendo presente que debido a que en ésta se registran datos privados, debe mantenerse de forma estrictamente confidencial. Consecuentemente en 1989 a través de la ley 80 se creó el archivo general de la nación y se comenzó el establecimiento de las normas para la conservación, custodia y confidencialidad de la historia clínica.(7)

La ley 10 de 1990 organizó el Sistema Nacional de Salud, aunque directamente no determina normatividad sobre historia clínica, en ella se contempló la cobertura y accesibilidad de la población al sistema de salud público.(8) Se considera la base de lo que posteriormente sería la Ley 100 de 1993, la cual estableció la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, constituyéndose como la primera legislación donde se abarca todo el proceso, principios y desarrollo del sistema de salud del país. Si bien es la base de la normatividad del sistema de salud a nivel nacional por parte del Estado, no reglamenta los sistemas de información relacionados a los servicios de salud, como la historia clínica.(9)

Posteriormente con el decreto 2174 de 1996 se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los sistemas

de información, y fue derogado por el decreto 2309 de 2002 que a su vez fue derogado por el 1011 de 2006.(11,19,45)

La resolución 2546 de 1998 constituyó la obligatoriedad del registro individual de atención, de manera simultánea a la misma, los datos de obligatorio diligenciamiento y la actualización de la información epidemiológica. Gracias a esta se estandariza de manera somera el esquema que debe tener toda historia clínica, incluyendo datos mínimos de identificación del usuario y básicos de la consulta.(13)

En este punto fue tan notable la importancia de este instrumento que se establecieron las normas para el manejo de la Historia Clínica, a través de la resolución 1995 de 1999, y es aquí donde encontramos la definición legal de esta: La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley(14) y las características básicas de la historia clínica, archivo, y la posibilidad de uso de medios físicos o automatizados para el diligenciamiento de ésta. Esta resolución resulto fundamental debido a que trato de manera específica la historia clínica dando los parámetros básicos de la misma, y adicionalmente abrió la puerta al uso de sistemas de información electrónicos. Dando continuidad a la estandarización de la información se establece el reporte de datos por medio del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, en la resolución 3374 del 2000 que introduce los conceptos de procesos informáticos en la generación de datos básicos sobre la prestación de servicios de salud, haciendo referencia a las responsabilidades sobre la validación y actualización de los datos. Este concepto es relevante al momento de generar en la investigación el proceso de estandarización, evaluación, actualización y validación de los elementos de la historia clínica electrónica.(17)

En 2001, por medio de la resolución 1895 se adoptó para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima revisión, y con la resolución 1896 se estableció la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS; buscando

unificar los códigos para diagnósticos y procedimientos con el fin de lograr estadísticas confiables y adecuadas para el posterior análisis de la situación de salud en Colombia. (18)

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, instaurado por el decreto 1011 de 2006, alineó las Condiciones de capacidad tecnológica y científica para la Habilitación de prestadores de servicios de salud, en donde va incluida la historia clínica.(19)

Consecuentemente con el avance tecnológico, con la ley 1151 de 2007, se generó una migración del Ministerio de Comunicaciones hacia el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, lo cual impactó de manera definitiva al sector salud del país, ya que buscó la mejora de la calidad y el cubrimiento de los servicios de salud gracias a optimización de la infraestructura tecnológica.(20) Siguiendo este enfoque en 2011 con la ley 1438 se dictaminó la creación del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO)(46), al cual se integró el registro de actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública, según lo dispuesto en la resolución 4505 del 2012(21). Bogotá tomó la iniciativa con la creación del Proyecto de acuerdo 178 de 2014, el fin de éste fue establecer un sistema de información que permitiera llevar la historia clínica en línea, de los usuarios de la red pública de los hospitales de Bogotá para que cuando los pacientes accedieran a los servicios de salud, el profesional médico tuviera disponible la información básica y especializada, de forma inmediata.(25) Al siguiente año se genera la ley 1753 del 2015 que fijó bajo la observancia del derecho fundamental de hábeas data, que el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC), en coordinación con las entidades responsables de cada uno de los trámites y servicios, definirá y expedirá los estándares, modelos, lineamientos y normas técnicas para la mejora de los trámites y servicios que el Estado ofrece al ciudadano y deberán ser adoptados por las entidades estatales aplicando a la historia clínica electrónica.(26)

Finalmente, en febrero de 2016 se expidió la resolución 0429 por la que se adopta la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, que tiene como modelo operacional el modelo integral de atención en salud –MIAS. Esta resolución busca desarrollar un

conjunto mínimo de datos disponibles para todos los integrantes del sistema de salud, bajo el concepto de interoperabilidad y respetando la reserva de los datos.(28)

CONCLUSIONES

A partir de nuestra investigación, concluimos que existe poca literatura disponible enfocada específicamente en historia clínica electrónica en Bogotá, también es escasa la literatura referida a la historia clínica electrónica en Colombia que se encuentra en bases de datos médicas. Esta escasez de literatura llama la atención y debe incentivar a los profesionales a escribir acerca de sus experiencias con el fin de aumentar la información disponible y mejorar el trabajo mancomunado. También es claro que aún no hay estandarización de los contenidos mínimos que debe tener la historia clínica electrónica y este es un punto que debe trabajarse a futuro.

La legislación vigente en cuanto a historia clínica está enfocada en aspectos generales de la misma, no existe a partir de la norma un requerimiento específico en cuanto a la forma apropiada de desarrollarla y los datos mínimos que debe contener.

La historia clínica es una herramienta fundamental para el desarrollo de la consulta, y de ésta se extrae información esencial tanto para el manejo individual como para la gestión en salud colectiva. No existe consenso en cuanto a satisfacción con el diseño de historia clínica electrónica ideal, esto dada la variabilidad en los operadores y diseños de la misma, algunos amigables pero con campos de texto muy amplios, o historias clínicas dispendiosas en su diligenciamiento que demandan mayor tiempo, disminuyendo la calidad de la atención.

Pudimos establecer durante la presente investigación que el grueso de los médicos no es formado en el contexto de atención integral, sistemas de información, ni flujo de la misma; esto asociado al desconocimiento de la importancia de su registro correcto. Desde la percepción de los actores que intervienen en el diligenciamiento y extracción de información de las historias clínicas electrónicas inferimos que uno de los puntos a intervenir, es que la academia incluya en la formación de profesionales de la salud, enfatizando la importancia de la calidad en la recolección de datos, ya que

a partir de aquí el proceso de atención en salud será integral, incluyendo tanto la alta capacidad resolutive, como la prevención y la detección del riesgo individual y colectivo.

A partir del trabajo realizado encontramos que existen diversos factores que intervienen en la historia clínica, los cuales fueron caracterizados por nosotros en cuatro grandes grupos de interrelaciones; dentro de éstas verificamos la multiplicidad de relaciones entre unos y otros, por lo cual para generar la optimización de la historia clínica se deberá realizar un enfoque multidimensional que incluya puntos importantes como la identificación de los datos mínimos que deben contener las historias, la interoperabilidad de los sistemas de información que facilite el acceso a la información, la trazabilidad de los datos y la usabilidad de los sistemas.

Dentro los puntos de mejora, encontramos también la necesidad de fortalecer la normatividad legal con respecto a la historia clínica en los aspectos relacionados con los datos mínimos y confidencialidad para garantizar la obtención de datos necesarios para la toma de decisiones en salud a nivel poblacional. La usabilidad y la practicidad del sistema de información deberían ser incluidas dentro de los criterios de calidad evaluados en las instituciones prestadoras de salud, ya que de éstos depende en gran medida la calidad de la atención. Lo anterior específicamente relacionado con la necesidad de tener presente la usabilidad al momento de escoger un software para ser utilizado en las instituciones.

En definitiva, este es un tema complejo en el cual se han generado importantes iniciativas por parte de todos los actores interesados, con el fin de mejorar la calidad tanto de los datos como del proceso de atención; y requerirá un proyecto conjunto que involucrara el trabajo intersectorial para lograr los mejores resultados.

*Fortalezas, Debilidades y Oportunidades de mejora para la Historia Clínica
Electrónica En Atención Primaria en Bogotá*

Historia Clínica Electrónica En Atención Primaria	
Fortalezas	➤ Ya existe en Bogotá un número importante de instituciones prestadores de salud que manejan la historia clínica electrónica. ➤ Todos los actores del sistema de salud desde el personal operativo (medico, enfermeras), administrativo, IPSs, EPSs, Secretaría de salud, Gobernación, Ministerio de salud, minTICs, son conscientes de la importancia de la historia clínica electrónica y están haciendo esfuerzos desde cada frente para el mejoramiento de la misma.
Debilidades	➤ Existen vacíos legales en cuanto a datos mínimos, confidencialidad. ➤ No existe consenso en cuanto a satisfacción con el diseño de historia clínica electrónica ideal, esto dada la variabilidad en los operadores y diseños de la misma. ➤ Demanda mayor tiempo, disminuyendo la calidad de la atención. ➤ Cada institución tiene su propio sistema de información y estos no son interoperables.
Oportunidades de fortalecimiento	➤ Fortalecimiento de marco legal en lo referente a la historia clínica electrónica. ➤ El personal de salud debe ser formado en el contexto de atención integral, sistemas de información, flujo de la misma, saber la importancia del registro correcto de los datos. ➤ Fortalecimiento del trabajo intersectorial, es muy importante que todos los actores del sistema de salud sean conscientes de la importancia de sus aportes al mismo y lo valioso que resultara que hagan un trabajo mancomunado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Dye C, Boerma T, Evans D, Harries A, Lienhardt C, McManus J, et al.
Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. 1a ed. Luxembourg:
Organización mundial de la salud; 2013.
- (2) Bernal-Acevedo O, Forero-Camacho JC. Sistemas de información en el sector
salud en Colombia. Revista gerencia y políticas de la salud 2011;10(21):85-100.
- (3) Piette J, Lun KC, Moura L, Fraser H, Mechael P, Khoja S. Impactos de la e-
salud en los resultados de la atención en los países de bajos y
medianos ingresos: ¿hacia dónde vamos desde aquí? Boletín de la Organización
Mundial de la Salud 2012;90:365-372.
- (4) Vega Romero R, Acosta Ramírez N, Mosquera Méndez PA, Restrepo Vélez O.
Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la transformación del sistema de
salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá, D. C.: Unión Gráfica Ltda.; 2009.
- (5) Foro de acción estratégica. Conferencia conjunta OMS-WONCA. ; Nov 6-8,
1994; Ontario, Canada.
- (6) Clausson M, Thanner L. El sistema. Göteborg: B4Press; 2015.
- (7) Organización de Estados Iberoamericanos, (OEI). 19 Informe de evaluación. :
Organización de Estados Iberoamericanos (OEI); 2007.
- (8) Ministerio de comunicaciones. República de Colombia. Plan Nacional de
Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. 2008.
- (9) Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011.
- (10) Bancada, Polo Democratico, Alternativo. Acuerdo 178 de 2014. Secretaría
General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.

- (11) Ministerio de Salud. Resolución número 2546 de 1998.
- (12) Congreso de la república. Resolución número 1995 de 1999.
- (13) Congreso de Colombia. Ley 23 1981.
- (14) Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Organización Mundial de la Salud 2008.
- (15) Ricard Sabartés Fortuny. Historia clínica electrónica en un departamento de obstetricia, ginecología y reproducción: desarrollo e implementación. Factores clave Universitat Autònoma de Barcelona; 2013.
- (16) Fombella Posada MJ, Cereijo Quinteiro MJ. Historia de la historia clínica. Galicia Clínica 2012;73(1):21-26.
- (17) Virtudes de la Prieta Miralles. La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos. Panace@ : Revista de Medicina 2002 June 1;3(8):36-39.
- (18) Collazo Chao E. La historia clínica en los procesos quirúrgicos. Aspectos bioéticos y fundamentos deontológicos. Cirugía Española 2008;84(5):241-245.
- (19) González E, Pérez F. La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía. Revista Española de Cardiología 2007;7:46C.
- (20) Rueda-Clausen Pinzon CE. La historia clínica informatizada. Evaluación de los casos colombiano y español. MedUNAB 2006 April 1;9(1):63.
- (21) Dirección general de información en salud y SaOI. Conceptos generales del expediente clínico electrónico. Secretaría de salud México 2009.
- (22) José Maldonado. Historia clínica electrónica federada basada en la norma europea cen/tc251 en13606 Universitat Politècnica de València (España); 2005.

- (23) Dick RS, Steen EB, Detmer DE. Computer-Based Patient Record : An Essential Technology for Health Care, Revised Edition. Washington: National Academies Press; 1997.
- (24) Masson. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13th ed.: Elsevier España; 1992.
- (25) Lau F, Price M, Boyd J, Partridge C, Bell H, Raworth R. Impact of electronic medical record on physician practice in office settings: a systematic review. BMC medical informatics and decision making 2012(12):10.
- (26) Grimshaw J, Khangura S, Moher D. Evidence Summary: Electronic Health Records (EHRs). Ottawa Hospital Research Institute 2010 January 1,.
- (27) Marconi E, Juliá C, Guevel C, Rossen M. Sistemas de información de salud. 1a ed. Argentina: Cristián Fèvre estudio de diseño e impresores.; 2011.
- (28) Plazzotta F, Luna D, González Bernaldo de Quirós, Fernán. Health Information Systems: Integrating clinical data in different scenarios and users. Revista peruana de medicina experimental y salud pública 2015 June;32(2):343.
- (29) PLAN NACIONAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES DE COLOMBIA. Reporte Delta 2007 Sep 4,.
- (30) Gattini CH. Mejoramiento de la estructura y desempeño de los sistemas nacionales de información en salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas. Serie técnica de información para la toma de decisiones PWR CHI/HA/03. 2009.
- (31) Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública 2007 March;21(2-3).

- (32) Zurro M. Atención familiar y salud comunitaria. ES: Elsevier Health Science; 2011.
- (33) Informe OMS sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca. Vitae: Academia Biomédica Digital 2009(37).
- (34) Hernandez J, Vega-Romero R, Junca C, Mosquera PA. Experiencia de implementacion de la estrategia de atencion primaria en salud en la localidad de Bosa. Revista Gerencia y Politicas de Salud 2011 July 1,:124.
- (35) García Hernández MD, Martínez Garrido CA, Martín Martín N, Sánchez Gómez L. La entrevista. Metodología de investigación avanzada .
- (36) Huerta JM. LOS GRUPOS FOCALES. 2005.
- (37) Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Atencion Primaria 2002;29(6):366-373.
- (38) Escobar J, Bonilla-Jimenez FI. Grupos focales: Una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología ;9(1):51-67.
- (39) Mella O. Grupos focales ("focus groups"). Técnica de investigación cualitativa. CIDE 2000.
- (40) Hamui-Sutton A, Varela Ruiz M. La técnica de grupos focales. Metodología de investigación médica 2013.
- (41) WordReferene.
- (42) Diccionario de la lengua española. 22a ed. España: S.L.U. Espasa libros; 2001.
- (43) Significados. 2015; .
- (44) Vázquez Pérez R. Rafael Vázquez Pérez. 2015; .
- (45) Congreso De La Republica. Ley 80 de 1989. .
- (46) Congreso De La Republica. Ley 10 de 1990.

- (47) Senado de La República. Ley 100 de 1993.
- (48) Congreso De La Republica. Decreto 1421 de 1993.
- (49) Congreso De La Republica. Decreto 2174 de 1996.
- (50) Archivo General de La Nación. Circular 02 de 1997.
- (51) Ministerio de Salud. Resolución número 1832 de 1999.
- (52) RESOLUCION 4144 DE 1999. 2000 Feb 19,.
- (53) Ministerio De Salud. Resolución número 3374 de 2000.
- (54) Ministerio de Salud. Resolución 1895 de 2001.
- (55) RESOLUCION NUMERO 1896 DE 2001. 2000 Sep 11,.
- (56) Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006.
- (57) Congreso de La Republica. Ley 1151 2007.
- (58) Ministerio de Protección Social. Resolución 4505 2012.
- (59) Alcaldia Distrital DB. Plan De Desarrollo Distrital 2012-2016. 2012 Jun 12,.
- (60) Concejo de Bogotá. Acuerdo 576 de 2014.
- (61) Ministerio de Protección Social. Resolución 1531 de 2014.
- (62) Congreso de la república. Ley 1753 de 2015.
- (63) Congreso De La República. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2014 2018
TODOS POR UN NUEVO PAIS. 2018 2014-.
- (64) Ministerio de Protección Social. Resolución 0429 de 2016.
- (65) Rueda-Clausen Pinzon CE. La historia clínica informatizada. Evaluacion de los
casos colombiano y espanol. MedUNAB 2006 Apr 1,;9(1):63.
- (66) Guerra, J A. La Ley de Historia Clínica Electrónica en Colombia 2012.
- (67) Diego Alejandro Ariza Medina. PARAMETRIZACIÓN DE LA HISTORIA
CLÍNICA Y TIPOS DE ENFERMEDADES SEGÚN HL7 VERSIÓN 3, PARA UN

CASO COLOMBIANO. Twelfth LACCEI Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology 2014 (LACCEI') Jul 22,.

(68) Correa CA. La historia clínica. Aspectos jurídicos y dilemas en el derecho español y colombiano. 2015 10. .

(69) Marta Cecilia Jaramillo-Mejía. Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí/Information for the quality of the healthcare system in Colombia: A proposal for a review based on the Israeli model/Informação para a qualidade do sistema de saúde na Colômbia: uma proposta de revisão baseada no modelo israelita. Estudios Gerenciales 2015 Jan 1,;31(134):30-40.

(70) Cobo Campo LA, Pérez Uribe RI. Proyecto Anamnesis – Desarrollo de una aplicación web y móvil para la gestión de una historia clínica unificada de los colombianos. Revista EAN 2016 Jun 13,(80):91.

(71) Congreso de La Republica. Decreto 3380 de 1981.

(72) Republica de Colombia. Decreto 2309 de 2002.

(73) Grupo Focal No. 2. Residentes de Medicina Familiar. Participantes 2 enfermeros profesionales, 3 médicos generales y 3 médicos familiares. Universidad El Bosque; ; 2017.

(74) Evento 1. Residentes Medicina Familiar Jun 8, 2016.

(75) Grupo Focal No. 1 Residentes Medicina Familiar, Participantes 4 Médicos Familiares y 2 médicos generales.Universidad El Bosque; 2016.

(76) Entrevista a Médico Familiar. Realizada por Residente Medicina Familiar. Universidad El Bosque.

(77) Entrevista Medico Ingeniero. Residentes Medicina Familiar.

- (78) Evento 2 Residentes Medicina Familiar Mar 3, 2017.
- (79) Bolaños M, Vidal Pizarro A. Usabilidad. 2007 Jan 1,.
- (80) Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Atencion Primaria* 2003;31(6):382-385.
- (81) Chiavenato I. Administración de Recursos.
- (82) Ministerio de Tecnologías de la Información. Guía de Interoperabilidad. *Acta Odontológica Colombiana* 2011;4(1):5-6.

ANEXO 1

PANORAMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRÓNICA EN BOGOTÁ

Artículo de investigación basado en tesis académica: *“Características de la historia clínica electrónica en Bogotá y perspectivas para su optimización en la atención primaria integral en salud”*

Autores: Aguirre, Natalia; Camacho, Yaneth; Carvajal, María Paula; Domínguez, Javier; Garzón, Pablo; Guevara, Laura; Manrique, Fernando; Mayorga, Paola.

RESUMEN: Ante la necesidad de generar un sistema de información en el ámbito de salud(1)(1) para fortalecer la fácil consulta y acceso a datos clínicos, se generó la necesidad de analizar las percepciones de los actores que participan tanto en la realización, implementación y recopilación de datos de la historia clínica. Todo esto para lograr una perspectiva clara de la situación actual de historia clínica electrónica en Bogotá que nos permitiera tener claro los puntos a optimizar para conseguir una atención primaria integral en salud ideal.

INTRODUCCIÓN: Se identificó la necesidad de un registro de información electrónico en salud que garantice un enfoque integral, continuo y universal enfocado en atención primaria en salud, que aporten a la gestión en salud pública. Por este motivo se realizó una búsqueda del estado actual de la historia clínica electrónica en la capital.

OBJETIVO: Conocer las características de las historias clínicas electrónicas en Bogotá, y verificar los aspectos factibles de mejora para que esta se enfoque en Atención Primaria Integral en Salud.

METODOLOGÍA: Se hizo investigación en dos fases, la primera hermenéutica y la segunda de campo con la realización de entrevistas, grupos focales y conversatorios.

RESULTADOS: En la fase hermenéutica se obtuvo escasa información con respecto a historia clínica electrónica en Colombia. Se identificaron 7 artículos, en la normatividad se encontró 25 legislaciones relacionadas con historia clínica electrónica en Colombia. En fase de campo se reportaron 5 categorías deductivas (primer contacto, continuidad, integralidad, coordinación, inclusión de determinantes de salud) y 11 categorías inductivas.

PALABRAS CLAVES: Historia clínica electrónica- Primer contacto- Continuidad- Integralidad- Coordinación- Inclusión determinantes sociales en salud

OVERVIEW OF THE ELECTRONICAL CLINICAL HISTORY IN BOGOTA

SUMMARY: Health system has recently been facing up increasing need of creating a new and improved information system that allows access to clinical data and ease clinical practice. This generated the need of analyzing perceptions of actors participating in creation, implementation and collection of data in medical history. All this in order to achieve a clear perspective of the actual situation of electronical medical history programs in Bogotá, so we can attain clarified targets to be optimized, and reach an ideal Primary Health Care.

INTRODUCTION: There is an identified need for an electronic information registry in health that guarantees a comprehensive, continuous, and universal approach, focused on primary health care, which contributes to public health management. For this reason a search of the current state of the electronic medical history in the capital city (Bogota) was carried out.

OBJECTIVE: To know the characteristics of electronic medical records in Bogota, and to verify the feasible aspects of improvement so that this approach is focused on Primary Comprehensive Health Care.

METHODOLOGY: The research was done in two phases: the first one hermeneutic, and the second one was fieldwork with interviews, focus groups, and discussions.

RESULTS: In the hermeneutic phase, little information was obtained regarding electronic medical records in Colombia: seven articles were identified; twenty-five legislations related to electronic medical records in Colombia were found in the normativity. In the fieldwork phase, five deductive categories (first contact, continuity, completeness, coordination, and inclusion of health determinants) and eleven inductive categories were reported.

KEY WORDS: Electronic medical history, First contact, Continuity, Integrality, Coordination, Inclusion of Social Determinants in Health.

INTRODUCCIÓN

Con el advenimiento de la modernidad y la tecnificación subsecuente, así como, con su globalización de la información surgió como necesidad a nivel mundial generar un sistema de información en el ámbito de la salud (1), para fortalecer la fácil consulta y acceso a los registros de salud de los pacientes, buscando de esta manera alcanzar un manejo biopsicosocial integral, continuo, universal; y asimismo generar estadísticas de la población en la búsqueda de generar políticas de salud pública eficaces enfocadas en atención primaria en salud.

Colombia como país creciente en población y en su exploración continua de mejora de la calidad de vida de sus ciudadanos no es ajeno a esta necesidad. Se ha documentado la falta de sistemas de información adecuados, con datos actualizados sobre el estado de salud de la población, permaneciendo segmentado el sistema de salud y existiendo problemas de calidad.(2)

Los médicos familiares como grupo comunitario idóneo para generar cambios en salud tenemos la obligación de promover estas reformas en aras de lograr una atención primaria en salud, integral, eficaz, eficiente y segura; por este motivo nos disponemos a realizar una revisión del estado actual de la historia clínica electrónica del distrito capital. Buscando las fortalezas de los instrumentos actuales, así como analizando las percepciones de los distintos actores que participan tanto en la realización, implementación y recopilación de datos de la historia clínica. Todo esto para lograr una perspectiva clara de la situación actual de la historia clínica electrónica en Bogotá que nos permita tener claro los puntos a optimizar para conseguir una atención primaria integral en salud ideal.

METODOLOGÍA

El proceso analítico realizado corresponde a una investigación cualitativa, deductiva, fundamental, orientada a toma decisiones, de campo, con análisis metodológico, diseño transversal – descriptivo de campo.

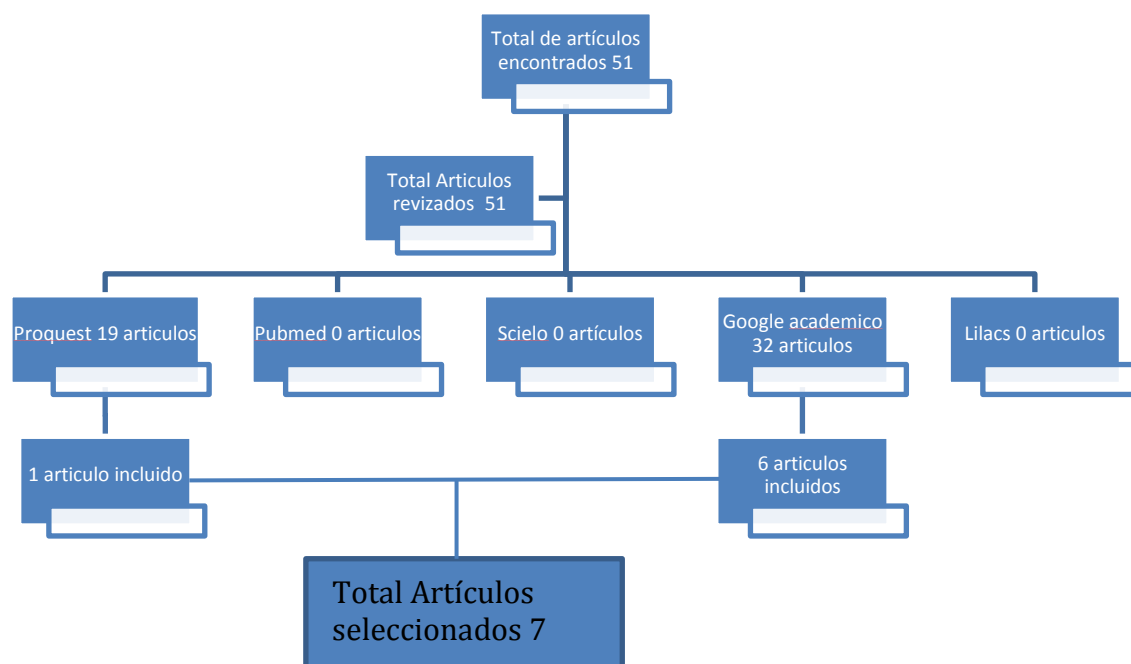


Fig. Clasificación de búsqueda

Se realizó una revisión bibliográfica acerca de la literatura disponible sobre la historia clínica electrónica en Bogotá, asociándolo a determinantes sociales de la salud, Atención primaria en salud y Atención integral de salud.

Para el desarrollo de este objetivo se realizó la búsqueda en un periodo de 4 meses, con fecha límite hasta el 1 enero del 2016, en las bases de datos Proquest, Pubmed, Scielo, Lilacs, y Google Académico.

MesH: La búsqueda se realizó incluyendo siempre la combinación de Historia clínica electrónica – Electronic health records AND Bogotá, adicionando los siguientes términos:

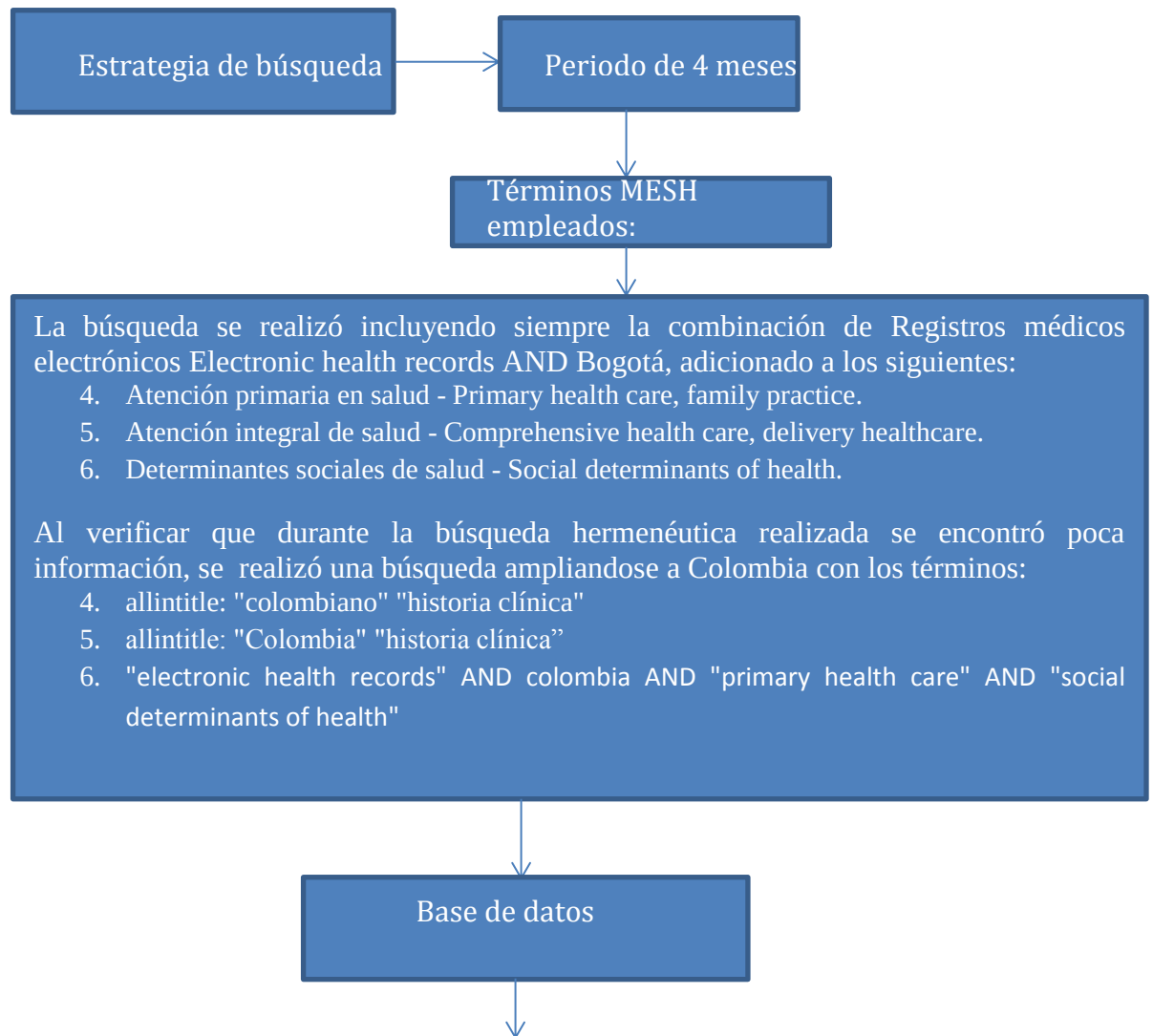
- Atención primaria en salud - Primary health care, family practice
- Atención integral de salud - Comprehensive health care, delivery healthcare.

- Determinantes sociales de salud - Social determinants of health,

De esta búsqueda resultaron los siguientes hallazgos: En la base de datos Pubmed 0 artículos; en Lilacs 0 artículos; en Scielo 0 artículos y en Proquest se encontraron relacionados 19 artículos, de los cuales se excluyeron 18, debido a que posterior a la revisión inicial que se realizó para el análisis de los artículos, no cumplían con el propósito del presente proyecto de investigación.

Debido a la presencia de solo un artículo pertinente, posterior a la búsqueda hermenéutica realizada, se consideró ampliar la pesquisa incluyendo la base de datos “google académico”, abarcando los términos MESH “Historia clínica electrónica en Bogotá”, “Historia clínica electrónica en Colombia, por allintitle: "colombiano" "historia clínica" y "electronic health records" AND colombia AND "primary health care" AND "social determinants of health".

Posterior a la segunda búsqueda realizada, se encontraron 32 artículos, de los cuales se excluyeron 26 artículos, para un total general de 51 artículos, de los cuales fueron excluidos 44 en razón a que no mencionaban la historia clínica electrónica, no tenían en cuenta Colombia o Bogotá, trataban temas ajenos a la historia clínica electrónica, trataban temas relacionados con historia clínica electrónica pero sin ninguna relación con el objetivo del proyecto de investigación. Finalmente fueron incluidos 7 debido a que tenían en cuenta características de la historia clínica electrónica relacionadas con las categorías deductivas escogidas.



Base de datos	Incluidos	Excluidos
Proquest: Total 19 artículos	1 artículo	18 artículos (por que no se relacionaban con historia clínica electrónica en Bogotá)
Pubmed: Total 0 artículos	0 artículos	0 artículos
Scielo: Total 0 artículos	0 artículos	0 artículos
Google académico: Total 32 artículos	6 artículos	26 artículos

Lilacs: Total 0 artículos	0 artículos	0 artículos
---------------------------	-------------	-------------

Posteriormente, se efectuaron 7 entrevistas, 2 grupos focales multidisciplinarios y 2 conversatorios. Los participantes incluyeron médicos generales, médicos familiares, un médico ingeniero, enfermeras profesionales, directores médicos de atención primaria, que se encontraban laborando en una institución prestadora de salud, en la cual se utilizaba la historia clínica electrónica en todas sus atenciones, personal de los entes reguladores, Secretaria de Salud de Bogotá, Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Secretaria Distrital de Salud, Secretaría de Salud de Cundinamarca, representantes de la Entidades Promotoras de Salud y de Instituciones Prestadoras de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social cuya labor involucrara el control de datos extractados de la historia clínica o se encontraran adelantando proyectos sobre una posible unificación de la historia clínica. Como criterios de exclusión se tuvieron funcionarios que no dieran consentimiento para realizar la entrevista o participar en el grupo focal o evento.

Posterior a la realización de las entrevistas individuales, grupos focales, y los eventos; se transcribió toda la información existente, estableciendo categorías de análisis deductivas e inductivas donde se organizó la información a través de la formulación de códigos y *grupos de interrelaciones* utilizado las redes desarrolladas con la herramienta de análisis ATLAS ti.7.5. para finalmente clasificar las percepciones que

tienen los profesionales, con objeto de establecer las opciones de mejora de la historia clínica electrónica.

Las categorías deductivas se establecieron basadas en el análisis previo al inicio del trabajo, tomando como base lo hallado por la línea de investigación “*Propuesta de historia clínica integral en Atención Primaria Integral en Salud con enfoque en determinantes de la salud*” y fueron primer contacto, continuidad, integralidad, coordinación, inclusión determinantes sociales en salud. Las categorías inductivas surgieron de lo expresado de manera reiterativa por los participantes incluyendo usabilidad, capacitación, tiempo-facilidad en la consulta, interoperabilidad, trazabilidad, sistema de información, academia, accesibilidad, confidencialidad, disponibilidad de laboratorios e imágenes, secuencialidad, mejoraría la historia clínica, seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento de la salud y marco legal.

RESULTADOS

Revisión de la literatura

Dentro de los resultados obtenidos posterior a la revisión de la literatura se pudo aseverar que la historia clínica electrónica debe ser única para todas las instituciones de salud, cumpliendo con unas características imprescindibles que son accesibilidad, privacidad, individualidad, racionalidad científica, disponibilidad, oportunidad, integralidad y secuencialidad, *ley de historia clínica única unificada en Colombia*.(3)

Por otro lado, se encontró que algunos operadores buscan mejorar el formato de historia clínica manejando un portfolio de soluciones específicas para agilizar el proceso de transición a un servicio de salud más conectado; en ese sentido, sus desarrollos se orientan a reducir los costos en los procesos asistenciales e incrementar los ingresos de terceros, mediante un plan de actuación que incluye elementos tales

como externalización, interoperabilidad, especialización, automatización, gestión de las compras y proveedores e innovación.(4)

Otro punto importante lo constituye la interoperabilidad, eje fundamental para lograr gestionar de manera eficaz y eficiente los mecanismos de interacción entre los diversos recursos, es decir, entre profesionales, sistemas de información, aplicaciones y equipamientos, independiente del nivel asistencial en el que se ubiquen y de una manera transparente facilitando la comunicación, la colaboración, el intercambio y el acceso a la información.(4)

Con respecto a la continuidad de la atención, la usabilidad y el tiempo de registro de datos, estos puntos representan un problema a intervenir debido a que la interoperabilidad de las categorías mencionadas representan un aumento del tiempo de atención y por ende un deterioro en la relación médico paciente. (3)

Finalmente se evidencia la necesidad actual de fortalecer la normatividad legal referente a la historia clínica electrónica. Colombia, está trabajando de forma continua para mejorar la legislación de historia clínica, sin embargo, se han identificado una serie de conflictos que no favorece el control de la información, lo que ocasiona la obtención de datos con poca fiabilidad que generan un impacto negativo en la atención en salud, (Información para la calidad del sistema de salud en Colombia.(5)

Marco legal

Se encontró que en Colombia el marco legal con respecto a lo referente a la historia clínica es el siguiente:

1. Ley 23 de 1981 por la cual se dictan normas en materia de ética médica.(6)
2. Ley 80 del 1989 por la cual se crea el archivo general de la nación. (7)
3. Ley 10 de 1990 por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones.(8)
4. Ley 100 de 1993 tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.(9)
5. Decreto ley 1421 de 1993 tiene por objeto dotar al distrito capital de los instrumentos que le permitan cumplir las funciones y prestar los servicios a su cargo; promover el desarrollo integral de su territorio; y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes. (10)
6. Decreto 2174 de 1996 que describe las disposiciones del presente decreto se aplicarán a todas las personas naturales y jurídicas, que integran el sistema general de seguridad social en salud; haciendo referencia a la atención en salud sobre aseguramiento y administración de los recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud y a la prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.(11)
7. Circular no. 2 de 1997 para las entidades públicas de director del archivo general de la nación describe parámetros a tener en cuenta para la implementación de nuevas tecnologías en los archivos públicos.(12)
8. Resolución 2546 de 1998 describe tiene como objeto definir los datos sobre prestaciones de salud, su estructura y características; establecer los procedimientos para su generación, actualización y administración; y fijar las responsabilidades de las instituciones integrantes del sistema general de seguridad social en salud - SGSSS, independientemente de su naturaleza jurídica. (13)
9. Resolución 1995 de 1999 describe se expide las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad

de las historias clínicas, conforme a los parámetros del ministerio de salud y del archivo general de la nación. (14)

10. Resolución 1832 de 1999 describe modificar parcialmente la resolución 2546 de 1998 en relación con la estructura de los datos, la transferencia de los mismos y el establecimiento de períodos de cumplimiento en la generación y transferencia de los datos y modificar el período de transición y ámbito de aplicación de la resolución 0365 de 1999. (15)
11. Resolución número 4144 de 1999 describe tiene como objetivo que todos los prestadores de servicios de salud deberán enviar, a las entidades administradoras de planes de beneficios para su obligatoria revisión y validación, los registros individuales de atención en medio magnético y/o digital, de acuerdo con la estructura definida en la resolución 1832 de 1999, junto con la factura de cobro. (16)
12. Resolución número 3374 de 2000 describe tiene como objetivo la reglamentación por parte del ministerio de salud sobre la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del sistema general de seguridad social de salud. (17)
13. Resolución 1896 de 2001 describe la presente resolución se adopta para la codificación de morbilidad en Colombia, la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud - décima revisión.(18)
14. Decreto 1011 de 2006 describe: se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.(19)
15. Ley 1151 de 2007 (julio 24) por la cual se expide el plan nacional de desarrollo 2006-2010. (20)
16. Resolución 4505 del 2012 describe establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.(21)

17. Plan de desarrollo distrital Bogotá humana 2012-2016 describe se propone asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a través de un modelo de salud humanizado, participativo, integral e incluyente. (22)
18. Acuerdo 576 de 2014 describe el objeto del presente acuerdo es implementar el sistema de historia clínica electrónica del distrito capital, para que los actores involucrados en la prestación del servicio de salud, puedan contar con información de los pacientes de forma oportuna, confiable, confidencial y segura, para la toma de decisiones y solución de problemas clínico-asistenciales en cualquier momento y en cualquier punto de atención del distrito capital.(23)
19. Resolución 1531 de 2014 por la cual se modifica la resolución 3374 del 2000, en cuanto al mecanismo de transferencia de datos, registro individual de prestación de servicios de salud – RIPS y su ámbito de aplicación.(24)
20. Proyecto de acuerdo No. 178 de 2014 describe establece el sistema de historia clínica electrónica del distrito capital en julio 10 de 2014.(25)
21. Ley 1753 de 2015 describe el plan nacional de desarrollo se basa en los siguientes tres pilares: 1. Paz. El plan refleja la voluntad política del gobierno para construir una paz sostenible bajo un enfoque de goce efectivo de derechos. 2. Equidad. El plan contempla una visión de desarrollo humano integral en una sociedad con oportunidades para todos. 3. Educación. El plan asume la educación como el más poderoso instrumento de igualdad social y crecimiento económico en el largo plazo, con una visión orientada a cerrar brechas en acceso y calidad al sistema educativo, entre individuos, grupos poblacionales y entre regiones, acercando al país a altos estándares internacionales y logrando la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos.(26)
22. Plan nacional de desarrollo 2014 -2018 “todos por un nuevo país” escribe tiene como objetivo construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en armonía con los propósitos del gobierno nacional, con los estándares de la organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE), y con la

visión de planificación de largo plazo prevista por la agenda de desarrollo post 2015.(27)

23. Resolución 0429 de 2016 describe traza la política de atención integral en salud país, desarrollando un marco estratégico y un modelo operacional que van a permitir la acción coordinada de las normas, reglas, reglamentos, agentes y usuarios, a efectos de orientar la intervención de los diferentes integrantes hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, al interrelacionar los elementos esenciales que lo configuran.(28)

Categorías de análisis.

Categorías deductivas

Primer contacto

El *primer contacto* supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se acude a un centro o profesional de salud concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y es accesible al sistema sanitario (29). En esta categoría los médicos familiares, médicos generales y enfermeros estuvieron de acuerdo en que la historia clínica electrónica que manejan en sus sitios de trabajo, es un instrumento con la capacidad de facilitar en alguna medida la consulta, refirieron que en algunas ocasiones disponían en la historia de información previa que aunque les resultaba útil y facilitaba los procesos, no era práctica, debido a que el acceso a las atenciones previas de un paciente estaba relegado a las valoraciones hechas por consulta externa, de programas especiales como crónicos, excluyendo las atenciones realizadas en urgencias y hospitalización. (30-32)

Citamos lo referido por uno de los participantes en el segundo grupo focal: “*la historia clínica sistematizada brinda muchas ventajas, facilita la comunicación médico-paciente porque hay mucha información que ya está plasmada, ya está consignada, no tenemos que repetirla por un lado y por otro lado, esos Pacientes que son un poco desordenados y que no conocen bien su historia también les favorece porque nosotros estamos enterados de la atención; optimiza los recursos porque no vamos a estar pidiendo exámenes o laboratorios que ya han sido*

solicitados, que ya han sido evaluados o que por periodicidad ya no lo tenemos que volver a hacer, el acceso a antecedentes, a manejos y atenciones previas en el histórico, si tenemos que hacer algún cambio de medicamentos, si hubo alguna reacción adversa porque les cambiaron el medicamento, entonces, no devolvemos en procesos y en atenciones, eso es otra ventaja de la historia”.(30)

La posición expresada desde los entes reguladores encargados de la generación del nuevo modelo de atención en salud consideraron que el *primer contacto* va a ser un punto que se facilitará, ya que la atención será prestada a las familias por un médico de cabecera con una asignación demográfica específica permitiéndole conocer de forma más cercana a su población. (33,34)

Continuidad

La *continuidad* definida como la atención a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta en el centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario) o la secuencia de visitas en las que existe un mecanismo de transferencia de información.(35). En los conversatorios los representantes de los entes territoriales refirieron la importancia de esta categoría considerándola como uno de los puntos de partida para llegar a una historia clínica adecuada.(33,34)

Los enfermeros, médicos generales, médicos familiares representantes de las empresas promotoras de salud y de las instituciones prestadoras de salud coincidieron en que se dispone de información en las redes propias, pero que existen dificultades cuando los pacientes consultan a redes externas; también aclararon que se están realizando esfuerzos para mejorar esta situación y evitar así la pérdida de la continuidad en la atención a los pacientes, lo cual equivale a mejorar la calidad de atención de los mismos.(30-33)

Uno de los participantes en el grupo focal 1 lo mencionó así: *“Tenemos acceso a todas las historias que se hayan hecho por consulta externa de cualquier especialista digamos de cualquier servicio, se pueden ver si son de consulta externa, si han sido de hospitalización, está tratando de hacer una asociación con los hospitales, en*

donde tiene convenio para que cuando llegan después de una hospitalización uno pueda abrir la Historia Clínica”. (31)

Integralidad

Esta categoría hace referencia a toda la información que debe aportar la historia clínica electrónica: aspectos biológicos, funcionales y sociales con el fin de realizar una intervención en todos los enfoques, desde la prevención, diagnóstico, tratamiento hasta la rehabilitación.(35) Al respecto los médicos generales y médicos familiares consideraron que las diferentes historias clínicas electrónicas usadas en sus lugares de trabajo no cumplían con esta definición, indicaban que existía un formato para diligenciar datos básicos para los aspectos generales, sin embargo, existían múltiples formatos de historias clínicas para patologías específicas que fraccionaban el tipo de atención que se le podía ofrecer a un paciente. (30-32) Un médico familiar quien tiene labores gerenciales: *“la historia clínica que manejamos en la Institución actualmente es una historia que hemos tratado de ir llenando con las diferentes características que necesitamos de cada programa, pero aún le hace falta... en lo básico es única, pero tiene diferentes pestañas según las patologías o según lo que uno identifique en el individuo, tiene la parte de riesgo cardiovascular, tiene la parte de enfermedad renal crónica, tiene la parte de obesidad y dislipidemia, pero muchas veces duplicamos información en esas pestañas, entonces los Médicos quedan perdidos de, adonde registro, si es aquí en hipertensión o es en diabetes o es en enfermedad renal crónica, lo otro es que obvia y no tiene preguntas claras y básicas, tan básicas por ejemplo en diabetes que sepa uno que es diabetes tipo 1 y que es diabetes tipo 2 entonces no lo tiene, en enfermedad renal crónica en el seguimiento no tiene cosas básicas como la parotohormona, como la hemoglobina, como las cosas básicas pero también el temor cuando uno solicita eso es que ya quede muy especializado y los médicos finalmente no lo terminen de utilizar, entonces es difícil y básicamente yo diría que por esos dos puntos grandes yo no estoy satisfecha con la historia clínica porque hace falta meter más cosas, hace falta integrar para que quede en una sola punto el registro y que el Médico no tenga que duplicar la información en varias hojas y lo otro es agilidad, es recordatorios, bloquearle para ciertas cosas”.* (32)

Los enfermeros, médicos generales y médicos familiares consideraron, además, que los diferentes modelos de historia clínica que manejaban no eran amigables en su diligenciamiento ni tenían el diseño para un enfoque biopsicosocial, también coincidieron en que la historia clínica actual tenía un enfoque completamente clínico, no se contaba con información que aportara al mantenimiento de la salud. (30-32)

Coordinación

La *coordinación* definida como la integración de la información en los diferentes entornos clínicos del paciente, con el fin de lograr un cuidado apropiado por parte de los profesionales de atención primaria y otros servicios especializados a través del reconocimiento de problemas anteriores y nuevos, facilitando la trazabilidad en la historia clínica.(29) Al respecto los representantes de los entes territoriales indicaron que “*queremos llegar a integrar componentes como son tele salud, telemedicina, todo lo de salud móvil, todo lo de e-learning, toda la informática en salud pública y todo lo de información para el paciente*” (36). recopilada en las historias clínicas, con el fin de facilitar el acceso a la misma y la toma integral de decisiones.(33,34,36) Al hablar de integralidad, los médicos familiares fueron claros en afirmar que se requiere forjar una adecuada coordinación y fortalecer todas las vías de comunicación entre los diferentes integrantes del equipo de salud, haciendo especial énfasis en la necesidad de encuentros persona a persona con el fin de robustecer el vínculo entre los profesionales.(30)

Inclusión determinantes sociales en salud

Los *determinantes sociales en salud* son todas aquellas circunstancias con que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, las cuales van a ser el resultado de la distribución del dinero, el poder, y los recursos a nivel mundial, nacional y local que dependen a su vez de las políticas adoptadas en cada municipio, ciudad o país.(37) Los enfermeros, médicos generales y médicos familiares refirieron que dentro de la historia clínica electrónica que manejaban, se encontraban herramientas que permitían recolectar información en cuanto a promoción y prevención, por lo cual la fortaleza de la historia clínica se basaba en la

gestión del riesgo a nivel individual; sin embargo, refirieron que no se había contemplado formalmente la inclusión de todos los determinantes sociales de la salud ya que estos resultaban difíciles de intervenir desde la óptica del personal asistencial y se requería mayor capacidad de trabajo en el ámbito colectivo para poder generar cambios a nivel poblacional que impacten positivamente los *determinantes sociales en salud*.(30-32) Esto se ve reflejado en lo discutido en el grupo focal 2, que quedó plasmado así: *“Si hay acceso a alguna información, hay espacios para ciertos ítems que evalúan determinantes sociales, pero son muy a nivel individual, el nivel de escolaridad, ocupación, con quien conviven y ya, y además no tienen una actualización... es muy individual, muy centrada en la persona, no hay de pronto un indagar más allá de cómo es su relación con su familia, no sé, acceso a servicios de salud eso es muy poco”*. (30)

Categorías inductivas

Usabilidad

La categoría se refiere al rango en el cual un producto puede ser usado por un grupo de usuarios específicos para alcanzar ciertas metas definidas con efectividad, eficiencia y satisfacción en un contexto especificado.(38) Los actores del sistema de salud compuestos por los profesionales que trabajan de manera directa con los pacientes incluyendo a los enfermeros, médicos generales y médicos familiares estuvieron de acuerdo en que consideraban que la historia clínica electrónica debía ser amigable, ágil, ahorrar tiempo y evitar los reprocesos; ya que esto haría que el tiempo de atención al paciente fuese menor pero asegurando una mayor calidad de la atención.(32) Uno de los participantes mencionó: *“Si nosotros tuviéramos más ágil el sistema, si sería adecuado... porque los tiempos no son adecuados, porque nuestro sistema es lento y repite información... la solución no es aumentar tiempo de consulta, la solución es agilizar el sistema”*. (32)

La *usabilidad* fue caracterizada por los profesionales de atención primaria y los entes territoriales como un componente básico al momento de evaluar las historias clínicas electrónicas, teniendo en cuenta que se pueden generar modelos de historia clínica

muy completos, pero de difícil diligenciamiento, lo que se ve reflejado en abandono del correcto registro de los datos, con pérdida de la información real para la generación de estadísticas y la gestión poblacional(30-34,36)

Capacitación

Esta categoría está definida como un proceso educativo a corto plazo aplicado de manera sistemática y organizada, mediante el cual las personas aprenden conocimientos, actitudes y habilidades en función de objetivos definidos.(39)

Los enfermeros, médicos generales y médicos familiares concordaron en que la realización de inducciones relacionadas con el uso de sistemas de información, conocimiento y registro de historia clínica electrónica tenía un impacto positivo en el correcto diligenciamiento de los datos, más aún cuando se aclaraban las razones de la importancia de éstos para la toma de decisiones tanto individuales como a nivel poblacional.(30-32) Un médico refirió: *“en la institución para la introducción de datos, si hay capacitación, de hecho está programada como inducción... cada uno de los funcionarios asistenciales tienen dos días de inducción con un par... y tenemos soporte por parte de sistemas de una persona que hace acompañamiento de preguntas frecuentes de los funcionarios que usan el sistema”*. (32)

Tiempo-facilidad en la consulta

Tiempo-facilidad en la consulta fue una categoría inductiva extractada de la investigación, a causa de las múltiples menciones realizadas por todos los participantes de la misma. En este punto la definimos como el periodo de tiempo requerido para realizar una consulta completa, con un abordaje integral a los pacientes.

Respecto al tiempo suficiente para realizar una consulta en un servicio de salud ambulatorio, no hubo consenso en el promedio del mismo; los médicos generales y médicos familiares diferían en el valor de minutos necesarios para una atención apropiada, ya que según indicaban dependía de diversas variables, mientras que los directivos de las entidades promotoras de salud y de las instituciones prestadoras de salud aclaraban que debía mantenerse el tiempo estandarizado actual correspondiente

a 20 minutos independientemente de la patología debido a que contaban con que se aprovechara el tiempo de inasistencias en las otras consultas.(30-34,36)

Uno de los médicos aclaró: *“Pues es que con el tema del tiempo yo soy un poco escéptico al respecto, porque creo que la consulta ha caído en una cosa, y es que se ha tratado de homogenizar todas las actividades que se hacen, entonces 20 minutos para todo el mundo, 18 o media hora, y todo es muy diferente y hay cosas que se hacen en consulta que son pérdida de tiempo, por ejemplo, aquí en Colombia no nos cabe en la cabeza que uno pueda formular un hipertenso y no lo pese y lo talle, al paciente que no se le toma la tensión, no se examina, es como que perdió la consulta, pero eso es aquí en Colombia, en la mayoría de países no funciona así , o sea, al paciente se le toman signos vitales y ya, si va a un control de hipertensión y si no ha tenido hospitalizaciones y ha tenido una buen adherencia, la consulta puede ser telefónica y se le puede decir usted está muy bien vaya a la farmacia reclame sus medicamentos y nadie lo vio y es un desperdicio de recursos tener a un especialista, supra-especialista pagándole 60,80,100 mil pesos la hora para que formule losartan, hidrocrotiazida, eso es una pérdida de plata tenaz, pero por otro lado es absurdo que pongan a una persona hacer un control prenatal en 15 minutos, es materialmente imposible, entonces, esas cosas deberían ser acordadas en cada lugar y es que si eso surge de un acuerdo, las cosas se van hacer bien, porque si uno pone a hacer a todo el mundo de afán las cosas, pues las cosas van a quedar mal hechas y al paciente le va tocar venir 2 y 3 y 4 veces a hacer lo mismo, o sea, si yo tengo un niño con varios problemas quiero ver el crecimiento y el desarrollo, pero aparte está enfermo, pero aparte va a tener que hacer una consulta larga y sino, él va a tener que venir 3 veces y gastarse el mismo tiempo y hasta más, tienen que 4 médicos explicarle otra vez a todos lo mismo, es una pérdida de tiempo, eso debería ser flexible y debería ser acordado en cada lugar de trabajo. (30)*

Interoperabilidad

Se define como el ejercicio de colaboración entre organizaciones para intercambiar información y conocimiento en el marco de sus procesos de negocio con el propósito

de facilitar la entrega de servicios en línea a ciudadanos, empresas y a otras entidades.(40)

La *interoperabilidad* es un concepto que tienen mucho más claro los profesionales que trabajan en los entes de control y aquellos que tienen cargos administrativos; al respecto, refirieron que de esta depende la posibilidad de compartir datos entre las diferentes instituciones, lo cual permitirá mejorar la atención en salud, disminuir gastos y generar estadísticas fidedignas.(32-34,36)

Trazabilidad

La *trazabilidad* se consideró una parte significativa de la práctica que se ve facilitada por el completo registro de los datos en la historia clínica y que permite realizar los seguimientos a lo largo del tiempo de las patologías, paraclínicos, etc.

Los representantes de las instituciones gubernamentales mencionaron que desde los entes de control, se gestó la generación de un nuevo modelo de atención que busca optimizar la identificación, análisis, resolución y seguimiento a los problemas de salud a nivel individual y familiar garantizando la *trazabilidad* durante ésta. El nuevo modelo estaría diseñado para permitir la aplicación registro y seguimiento de las actividades de un proceso de atención clínico orientado por problemas y permite el acceso oportuno y ágil de los registros de salud a los agentes del sistema con quienes tendrá contacto el usuario y su familia.(33,34,36)

En evento mencionaron: *“en lo que tiene que ver con el modelo diría uno que las características de la información para este modelo busca primero que todo que se oriente a la identificación, análisis, resolución y seguimiento a los problemas de salud a nivel individual y familiar que facilite el registro de los datos necesarios y suficiente para establecer asignar diagnósticos lo más precisos posibles en los entornos y ámbitos a los cuales se les oriente la intervención en usuarios y familias que garantice la trazabilidad de la atención individual y familiar planes de manejo tales como los planes integral de cuidado primario, acciones e intervenciones, evolución de los problemas individuales y familiares, que permita la aplicación registro y seguimiento de las actividades de un proceso de atención clínico orientado*

por problemas y permite el acceso oportuno y ágil de los registros de salud a los agentes del sistema con quienes tendrá contacto el usuario y su familia”. (33)

Sistema de información

Se define esta categoría como el sistema que permite obtener los datos necesarios para la generación de información que puede ser útil para la planificación, control y evaluación de una determinada situación.(41)

La historia clínica electrónica hace parte del *sistema de información en salud*, siendo el documento primordial del mismo; los representantes de los entes de control pusieron de manifiesto la necesidad de nuestro país por instaurar un sistema de información en salud que facilite la gestión y adecuada toma de decisiones en salud.(33,34,36) Al respecto los participantes dijeron: *“teniendo en cuenta que el objetivo de estos sistemas de información es contribuir al mejoramiento de la atención en salud, por eso es que estos sistemas se han constituido como una herramienta vital y esencial en los procesos de calidad y eficiencia en los servicios de salud, que permite gestionar de una manera clara y estratégica el gran número de datos cualitativos y cuantitativos, y la amplia y diversa información que de ellos parte, relacionado todo con la salud de la población en general, generándose una premisa la historia clínica como generadora de la información”.* (33)

Academia

La *Academia* considerada en este trabajo de investigación como las instituciones universitarias encargadas de la formación de los profesionales médicos y paramédicos que intervienen en el modelo de salud de nuestro país, también tiene un papel importante en los resultados obtenidos. Dentro del análisis inductivo realizado, se encontró que los profesionales consideraban que las Universidades debían integrarse desde el proceso de formación de los médicos y enfermeras a la capacitación de los mismos en la utilización adecuada de los sistemas de información, reforzando la creación de herramientas interactivas que faciliten los procesos de atención en salud y creando conciencia en los profesionales acerca de la importancia del registro de datos fiables, completos y útiles.(32-34,36) Otro punto importante considerado por parte de

los directivos de las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud como perteneciente a la *academia* es la validación de escalas y test, recalcando la definición de la pertinencia de los mismos.(33,34) Los participantes indicaron: *“el contexto que necesitamos y esperamos desde la academia, es que la academia me diga que test o cuáles son las preguntas claves que hayan sido validadas... cuando se define un test deben decirme el objetivo, si ya está validado, qué indicadores me genera ese test, que resultados quieres de ese test”*.(34)

Accesibilidad

La *accesibilidad* entendida como “el grado en el cual los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica”(42) En esta categoría se destacó por parte de los representantes de la gobernación de Cundinamarca y los ministerios de Salud y Protección Social y las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones el importante avance que ha tenido en el país en cuanto a la cobertura realizada en materia de telecomunicaciones, lo cual permite que se tenga un adecuado acceso a la información, sin importar el lugar del país en el cual se encuentre.(33,34) Como lo menciono uno de los representantes de los entes gubernamentales: *“estos son los dispositivos y periféricos que se encuentran en diferentes instituciones del departamento, y estas instituciones del departamento a su vez tienen centros y puestos de salud, que envían la información y la centralizan en su servidor central en sus hospitales, y básicamente una vez la información esté centralizada en estos servidores, estos servidores se encargan de enviar la información hacia nuestro sistema central de información en la Gobernación”*. (33)

Confidencialidad

Esta categoría está definida como una propiedad de la información mediante la cual, se garantizara el acceso a la misma, solo por parte de las personas que estén autorizadas, es de alguna manera lo que se dice o hace en confianza y con seguridad recíproca entre dos o más individuos.(43)

La *confidencialidad* fue un tema bastante álgido durante la consideración acerca de la historia clínica electrónica, algunos médicos generales, médicos familiares y enfermeros refirieron la existencia de espacios diseñados para consignar posibles dificultades que se hayan presentado en la relación médico paciente y que el paciente no podrá ver en la impresión de la historia clínica; y expresaron adicionalmente su preocupación acerca de la total protección de los datos de los pacientes debido a que en casos puntuales la confidencialidad podía ser vulnerada, por la forma en que se encuentra diseñado el sistema de salud, que en ocasiones permite a personas no directamente involucradas en el cuidado de un paciente tener acceso a la visualización de sus datos.(30-32)

Los representantes de los ministerios de Salud y Protección Social y las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones aseveraron que para la construcción de la historia clínica electrónica es necesario interoperar entre los distintos sectores, por lo cual la confidencialidad es un tema muy importante, de ahí que consideraron: *“todo el tema de historia clínica tiene toda la aplicabilidad de la norma del archivo general de la Nación, donde en este momento está toda la norma de manejo, almacenamiento y protección de datos clínicos”*.(33)

Disponibilidad de laboratorios e imágenes

Entendiendo ésta categoría como la posibilidad de tener acceso por medio de la historia clínica electrónica a laboratorios e imágenes diagnósticas, durante la investigación, se evidenció gracias a las acotaciones de los médicos generales y médicos familiares que algunos modelos de historia clínica no cuentan con una herramienta amigable y práctica, en la medida en que no hay fácil acceso al reporte de laboratorios, o no permite registro sencillo de los valores en la historia clínica, de igual forma mencionaron que aun dependen de la toma de notas para posteriormente realizar la transcripción en la historia. (30-32)

En cuanto a las imágenes diagnósticas concluyeron que el reto es mayor, la razón de ello apareció ante la consideración de que algunos sistemas no permiten la visualización de las mismas(30-32,36), y refirieron: *“yo creo que el problema si es*

tecnológico, digamos en cuanto a los sistemas que utilizan las máquinas, a veces no son compatibles... o no ha logrado hacer la interfaz para el cargue”. (36)

Secuencialidad

La *secuencialidad* está definida como la categoría que permite que cada paciente tenga un registro ordenado, en forma cronológica, permitiendo la generación de un consolidado de datos, independientemente de su lugar de atención. Los representantes de la Secretaría de Salud y de las entidades prestadoras de salud expresaron la importancia de la *secuencialidad* para ofrecer una atención integral y de calidad para los pacientes a través de redes integradas de servicios de salud, que adicionalmente permitirían disminuir de manera significativa los costos para el sistema. (30-34,36) Uno de los participantes dijo: *“tenemos que apuntar como datos básicos que tenemos que interoperar en el ejercicio de la atención primaria y del manejo de redes integradas de servicios de salud, una información que todos los Médicos tengan dispuesta para consultarle a un individuo sin necesidad de transferir la historia clínica en papel o los datos clínicos del paciente” (33)*

Mejoraría la historia clínica

Esta categoría inductiva se generó teniendo en cuenta las opciones de mejora en lo referente al sistema de información. Al respecto todos los participantes tanto operativos (médicos y enfermeros) como no operativos (directores y representantes de los entes reguladores) estuvieron de acuerdo en la importancia del trabajo mancomunado para el mejoramiento continuo del software con el fin de mejorar la herramienta; por ejemplo, coincidieron en que entre menos pestañas tenga la historia clínica es más práctica y amigable.(30-34,36)

Como lo mencionó en una de las entrevistas un médico familiar: *“Que tuviera el menor número de pestañas y de pasos para hacer cada actividad, creo que eso ahorra mucho tiempo, que los procesos estén integrados, la formulación con la prescripción, con las órdenes clínicas... que la parte intuitiva sobre todo al inicio de un proceso se me hace que es importante, si tu no tienes que hacer un proceso de capacitación vas a garantizar que la persona desde el principio pueda tener un*

tiempo óptimo, mientras que, cuando no son intuitivos los sistemas con el tiempo va mejorando eso, pero tiene que tener una curva de aprendizaje y entonces al principio los tiempos son demoradissimos". (32)

Seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento de la salud

Una categoría inductiva generada de los datos recolectados durante la investigación fue *seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento de la salud*, los médicos generales y médicos familiares concordaron en que los diferentes software existentes no incluyen herramientas para el registro de esta información, por lo menos, no de forma completa, refiriendo que las historias clínicas siguen teniendo un enfoque muy clínico, hacia lo curativo y no hacia la prevención.(30-32) En una entrevista se mencionó: *"los sistemas no lo incluyen, indudablemente que se necesita pero los sistemas se diseñaron para la facturación... no generamos sistemas para conocer la gente sana... pacientes sanos, no existe ese indicador, entonces los sistemas no se hacen para eso, que es un grave error y ese es el resultado del colapso del sistema". (32)*

Marco legal

El *marco legal* definido como la normatividad actual vigente contenida en la constitución política de Colombia con respecto a la historia clínica electrónica. En los eventos realizados durante la investigación, los representantes de los ministerios de Salud y Protección Social y las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, los representantes de la Gobernación y los coordinadores de las diferente empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud, estuvieron de acuerdo en considerar que no existe un modelo específico de historia clínica a seguir, teniendo en cuenta las normas vigentes, por tal razón, refirieron que no hay claridad sobre los datos mínimos que deben contener las historias clínicas. (33,34) En un evento refirieron: *"se ha aclarado que historia clínica única no hay, ni está proyectada específicamente en el país, y claramente, no es responsabilidad del Ministerio de Salud la idea de que exista, esa interoperatividad*

de datos tendrá una conjunción entre lo que haga la Secretaria, el Ministerio de Salud, el Ministerio de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, y de otro lado, lo que las entes territoriales definan y hagan respecto a cómo integran su red de prestador de servicios públicos, la otra pregunta que me surge entonces es ¿y entonces toda esa parte que no es red de servicio públicos como se integrara a ese sistema de plan mínimo de datos del sistema de información?”. (34)

GRUPOS DE INTERRELACIONES

Posterior al análisis de las categorías deductivas e inductivas, se generó la necesidad de crear una red de interrelaciones entre las categorías, con el fin de conocer de una mejor manera la importancia que tiene cada una de las mismas, entendiéndolas no solo desde una perspectiva individual sino colectiva e interconectada. Consideramos que la individualidad de la categoría no genera el aporte ni el impacto suficiente para asegurar el mejoramiento de la historia clínica electrónica enfocada en atención primaria.

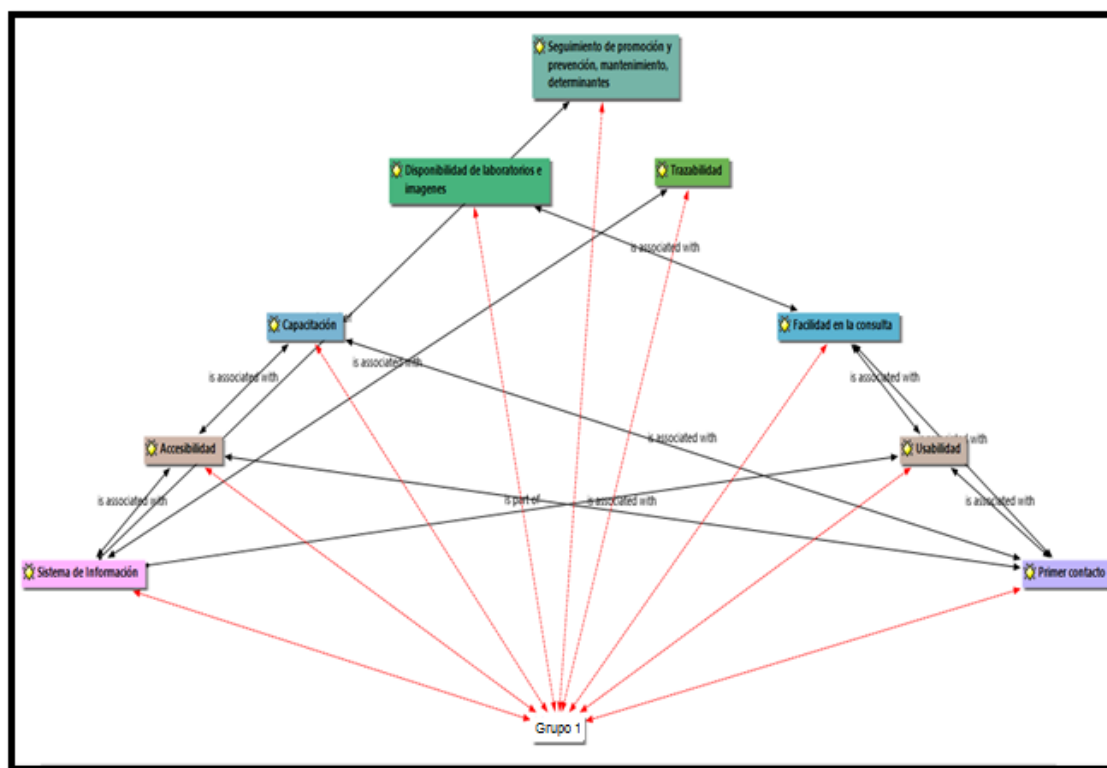
Por tal razón, al analizar la información a través del programa ATLAS TI, se generaron cuatro grupos que se denominaron “*grupos de interrelaciones*” e incluyen las conexiones de categorías deductivas e inductivas, donde el punto de partida fue la categoría “sistema de información” teniendo en cuenta que el enfoque del proyecto es historia clínica electrónica.

Los resultados del análisis de los *grupos de interrelaciones* fueron:

GRUPO DE INTERRELACIONES 1

Con respecto al *grupo de interrelaciones 1*, surgieron una serie de planteamientos articulados entre sí, tal como se muestra en el gráfico 1. En este *grupo de interrelaciones* ATLAS TI incluyó las siguientes categorías: sistema de información, accesibilidad, capacitación, disponibilidad de laboratorios e imágenes, seguimiento de promoción y prevención- mantenimiento- determinantes, trazabilidad, facilidad en la consulta, usabilidad y primer contacto.

Gráfico 1



Existen varios puntos importantes en este grupo, el primero con respecto al *sistema de información* que implica el cubrimiento que se debe realizar a todo el sistema de salud, en cuanto a infraestructura adecuada, para poder llegar a una historia clínica electrónica ideal, lo anterior haciendo referencia a una adecuada dotación de equipos tales como computadores, redes, garantizar que sin importar el lugar, el sistema de salud provea el acceso a un nivel aceptable de tecnología; tal como lo indicaron los representantes de los entes gubernamentales.(33,34,36)

El *sistema de información* está estrechamente relacionado con la *usabilidad* para alcanzar ciertas metas definidas con efectividad, eficiencia y satisfacción en un contexto especificado.(38) Los médicos generales y médicos familiares indicaron que han intentado diferentes métodos para realizar una evaluación completa de la información, sin embargo en ocasiones se presentan dificultades durante la operatividad del sistema. (30-32)

Con respecto a esto refiere una médica general de una institución prestadora de salud, en la cual la historia clínica tiene fallas en momentos importantes, lo siguiente: “Por ejemplo, me llegó un Paciente que venía de un hospital, que allá le hicieron

tratamiento, al parecer tiene una malformación cerebrovascular. Él no sabe que es, no venía con ningún informe, era la primera vez y al examen tiene una válvula de Hakim, no tiene ni idea como fue, quien se la puso, que le dio, entonces, me tocó decirle bueno venga mañana, necesito sus datos y sacar al día siguiente 10 minutos para anotar esos datos, pero eso lo hago yo, no lo hace todo el mundo, porque son casos que realmente deben estar escritos y es un paciente joven, es un paciente de 52 años que necesariamente debe tener sus cosas anotadas." (30) También ocurre que aunque haya disponibilidad de los datos, puede requerir un tiempo prolongado de consulta, que adicionalmente resulta muy dispendioso, haciendo que resulte ineficaz el proceso y se vea afectada también la *continuidad*.

Es muy importante que el *sistema de información* tenga una apropiada *usabilidad*, es decir que sea práctico y de fácil uso para los profesionales de la salud, una herramienta que permita conocer la historia, ubicación y trayectoria de los pacientes, es decir, realizar un seguimiento adecuado, esto en términos de *trazabilidad*. En el caso del ejemplo, puede que la información se encuentre consignada en el *sistema de información*, en la historia clínica electrónica, pero si no puede ser consultada oportunamente no permite realizar el seguimiento adecuado del caso. Esto tiene relación directa con el *sistema de información* respecto a los datos generados desde la historia clínica.(33,34) Esta parte es esencial para los entes reguladores tal como se mencionó en uno de los eventos: “*Necesitamos herramientas para hacerle seguimiento a la gestión y por supuesto las herramientas de monitoreo. Si que hemos venido trabajando, pero hay que fortalecer, y no he dicho que los resultados finales no sean importantes, por supuesto que son importantes, lo que pasa es que hay que complementarlo con todo lo demás, entonces, hacia allá va la exigencia, el reto del SISPRO para el MIAS*”. (33)

Un aspecto importante para la correcta obtención de los datos y poder brindar una atención integral en salud de forma simultánea, es la categoría *facilidad en la consulta* que se encuentra en directa relación con *usabilidad* y de manera indirecta con el *sistema de información*, tal como lo manifestaron los médicos generales y médicos familiares.(30,32)

La mayoría de profesionales concordaron en que algo que les generaría mucha *facilidad en la consulta* es la *disponibilidad de los laboratorios e imágenes* desde la historia clínica electrónica, sin tener que acceder a aplicaciones adicionales.(30-32)

El *sistema de información* requiere de la integración del registro de las actividades de *seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento, determinantes sociales en salud*, evidenciado por la relación directa existente entre ambas categorías. En la historia clínica electrónica los médicos generales, médicos familiares y enfermeros consideraron que dependen de una adecuada *capacitación* y que se haría de manera más efectiva si desde los entes gubernamentales se gestionarían acciones que involucren a todos los miembros que hacen parte del sistema de salud así como a los externos que tienen la capacidad de impactar de manera positiva los determinantes de salud.(30-32)

Finalmente, encontramos que el *primer contacto*, al ser la puerta de entrada del usuario a los sistemas de salud, tiene una estrecha relación con la categoría *accesibilidad y usabilidad*, las cuales, como describimos previamente tienen una relación directa con *sistema de información*. Al respecto analizamos que sin un adecuado acceso al *primer contacto* y la posibilidad de éste de contar con un *sistema de información* apropiado, no se generarían los datos y no habría información para ser analizada. Es decir, el *primer contacto* debe contar con las herramientas tecnológicas necesarias para que pueda registrar de manera óptima los datos y adicionalmente debe conocer la importancia de su labor en la recolección de los mismos; ya que a partir de éstos se obtendrá la información que servirá para tomar decisiones, para el tratamiento y seguimiento de los pacientes, generar estadísticas poblacionales, gestionar recursos, entre otros.(33) De lo anterior surgen varios interrogantes acerca del conocimiento del médico, enfocados en el flujo de datos y el acceso a la capacitación continua sobre el diligenciamiento con calidad de la historia clínica; estos cuestionamientos hacen que exista una directa relación entre el *primer contacto* y la *capacitación*. La calidad de los datos obtenidos a través de una adecuada

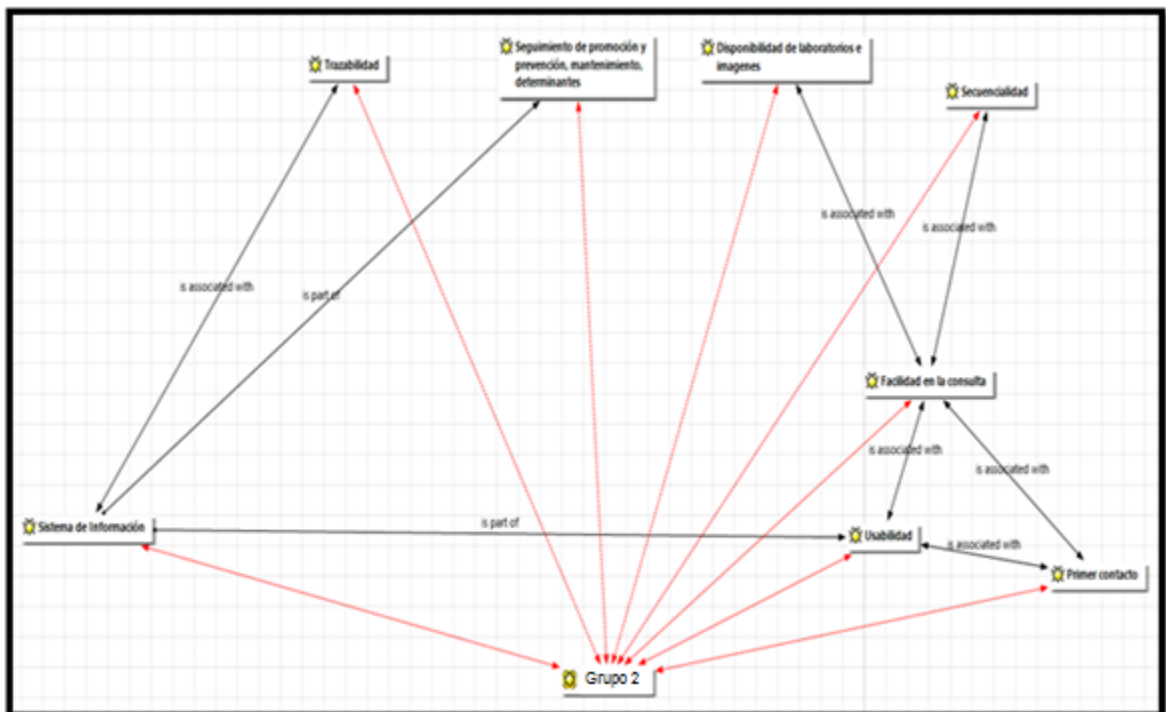
capacitación genera una relación indirecta entre las categorías *capacitación* y *sistema de información*. (31)

Es claro como mencionaron médicos generales y médicos familiares que desde la academia no se ofrece ningún tipo de capacitación en estos procesos y de realizarse consta de una inducción operativa sobre el modelo de historia clínica que funcione en la institución, pero en muy pocos lugares se instruye sobre la calidad del dato y la información que de éste se deriva.(30-32)

GRUPO DE INTERRELACIONES 2

Este grupo creado por ATLAS TI, se compone de 8 categorías, asociadas entre sí, la cuales fueron: *sistema de información*, *primer contacto*, *usabilidad*, *secuencialidad*, *trazabilidad*, *seguimiento de promoción y prevención-mantenimiento* y *determinantes sociales en salud*, *disponibilidad de laboratorios y facilidad de la consulta*.

Como se muestra en la gráfica 2.



Al observar el gráfico 2, podemos discernir que siempre existirá una relación directa entre *sistema de información* y *primer contacto*. De igual manera vemos como se repiten varias asociaciones que ya hemos descrito previamente, por ejemplo, en el grupo anterior ya describimos como el *sistema de información* tiene una relación directa con *usabilidad* y a su vez una relación indirecta con *primer contacto*. Esto nos corrobora que se tuvo un adecuado tamaño de muestra, ya que la información se saturó.

Por lo anterior, y a fin de evitar duplicar la información, nos enfocaremos en describir las nuevas relaciones que nos van mostrando las redes. Puntualmente para este segundo grupo, las redes nos muestran una nueva asociación incluyendo la categoría *secuencialidad*. Al hacer referencia a *secuencialidad*, observamos que tiene una relación directa con *facilidad en la consulta* e indirecta con *usabilidad* la cual se relaciona estrechamente con *sistema de información* y *primer contacto*. Al respecto médicos generales, médicos familiares y enfermeros consideran que cada actividad en salud que se realice en forma cronológica representa un punto importante a tener en cuenta en la historia clínica electrónica, ya que facilita el trabajo de los profesionales en salud al momento de realizar la consulta médica.(30-32) Citamos lo referido por uno de los participantes al grupo focal número 2: “*en general, si es un paciente que viene por primera vez de otra institución, empieza uno de ceros, o sea, no hay ningún dato que uno pueda encontrar en el sistema o que se pueda, digamos, traer de otros centros de salud. Uno tiene que confiar 100% en lo que te diga el paciente, porque si es de la misma institución, que de pronto había ido a odontología, y es la primera vez que va a medicina general o hace 5 años que no iba, si puede uno ver lo que paso hace 5 años hasta cierto punto, como hasta hace unos 8 años porque de ahí para atrás las historias eran manuales. Aunque ellos están pasando esas historias que eran manuales a digital entonces uno puede mirar inclusive desde el ochenta*”.(30)

Otros puntos mencionados por médicos generales, médicos familiares y enfermeros incluyen la legibilidad y la no actualización de la información.(30) Estos dos aspectos generan una interrupción de la *secuencialidad* que va a impactar negativamente la *facilidad en la consulta*, ya que el médico requerirá cambiar de un sistema electrónico

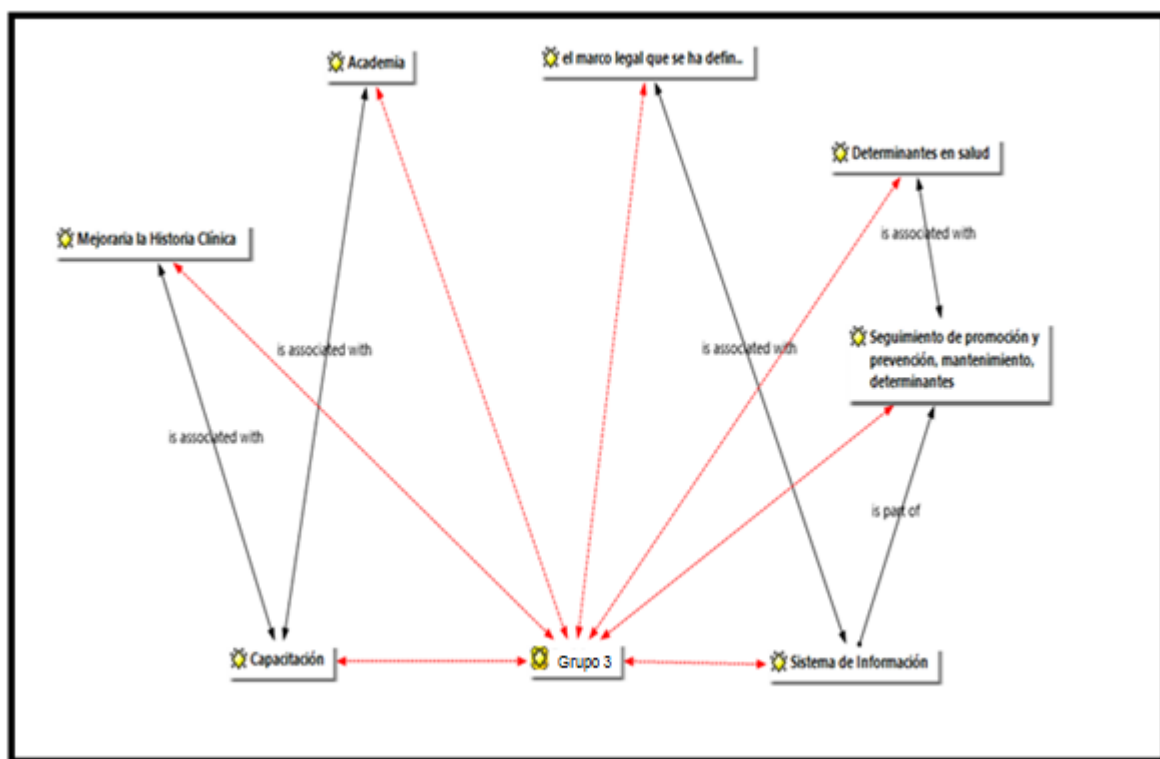
a uno manual para el registro de la información, de lo cual se puede inferir que la actualización de la información puede no estar disponible para una futura consulta.

GRUPO DE INTERRELACIONES 3

El tercer grupo, producto de las relaciones generadas por ATLAS TI, incluye las siguientes categorías: *sistema de información, capacitación, mejoraría la historia clínica, academia, seguimiento de promoción y prevención-mantenimiento y determinantes sociales en salud, marco legal*.

En el gráfico 3 se muestra la esquematización del grupo.

Gráfico 3



El *sistema de información* presenta una relación directa con la categoría de *seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento de la salud y determinantes en salud*, esto debido a que el nuevo modelo de atención integral en salud pretende dar un enfoque en promoción de la salud y detección temprana de riesgos específicos,

que incluye la educación de la población en cuanto a la predisposición y riesgos que presenta.(30-34) Lo mencionado previamente se correlaciona con lo referido en una entrevista: *“la historia clínica de nosotros permite hacer un seguimiento de las variables clínicas, si tiene alguna enfermedad o alguna patología, pero hay que fortalecerla en todo lo de mantenimiento de la salud, porque no me permite hacer un seguimiento de los determinantes que yo voy a encontrar; tenemos una encuesta de riesgo, pero esa encuesta de riesgo queda allá guardadita y si el médico no le hace click o no le hace seguimiento, ahí se quedó y no sirve para nada. Entonces hemos fortalecido mucho variables clínicas y de enfermedades, pero hace falta fortalecer variables de mantenimiento de la salud, que es básico en atención primaria”*. (32)

Los médicos generales, médicos familiares y enfermeros comparten la opinión, que para el modelo de atención integrada en salud, sería útil tener, en una ventana especial, acceso a todo lo relacionado con tamización, con información estandarizada, además de la inclusión de evaluación de los determinantes en salud y escalas de evaluación del riesgo, también expresaron su deseo de contar con alarmas en el sistema para evitar la realización de actividades por duplicado.(30-32)

De igual manera, se mencionó que los diseños de historia clínica actuales no están sincronizados con el nuevo modelo integral de atención en salud que se busca implementar; aún continúan muy enfocados en el riesgo individual y en tratar la patología más no en educar y prevenir; generando la necesidad de buscar herramientas que faciliten la medición e intervención de riesgos de manera temprana.(32-34)

Lo citado previamente también se encuentra asociado con los *determinantes en salud*; en cuanto a la poca estandarización de los mismos, limitando su intervención. Los médicos generales y médicos familiares manifestaron que en los diseños de historia clínica no se incluyen formatos o escalas para realizar estas mediciones.(30-32)

Para lograr un adecuado y correcto registro de *seguimiento de promoción y prevención, mantenimiento de la salud y determinantes en salud* que complemente una correcta historia clínica electrónica, es necesario tener en cuenta la categoría *marco legal*, la cual tiene una relación directa con *sistemas de información*. En Colombia hay un *marco legal* específico que determina ciertos puntos importantes a

tener en cuenta con respecto a la historia clínica; sin embargo refieren médicos generales y médicos familiares todavía persiste la necesidad de la existencia de un requerimiento de software específico desde los entes gubernamentales y que se requiere de voluntad política, para fortalecer mucho más la normatividad vigente que rige la historia clínica electrónica.(30-34)

Con respecto a la *capacitación*, ésta categoría hace parte importante del grupo actual, en la medida en que se requiere un proceso educativo a corto plazo aplicado de manera sistemática y organizada, para que los miembros del sistema aprendan conocimientos, actitudes y habilidades en función de objetivos definidos.(32,39) Se evidenció la estrecha relación con la *academia*, haciendo referencia a lo mencionado por médicos generales, médicos familiares y enfermeros, los cuales refirieron que falta formación a los profesionales de la salud en la importancia del diligenciamiento de los datos requeridos en las historias clínicas, posiblemente debido a que en los procesos de formación no se hace énfasis en el valor de los datos, ya que hay decisiones que se derivarán de éstos, por lo que es importante la veracidad de los mismos.(30-32)

La *capacitación* de igual manera se encuentra en relación directa con *mejoraría la historia clínica*; e indirecta con *sistemas de información*, y es que al respecto los médicos generales y médicos familiares indicaron que la historia clínica es definitiva para el acto médico, y si a partir de ésta se desea posteriormente hacer análisis y estadísticas. Es claro que para el personal asistencial ese objetivo no se percibe como prioritario. (30-32)

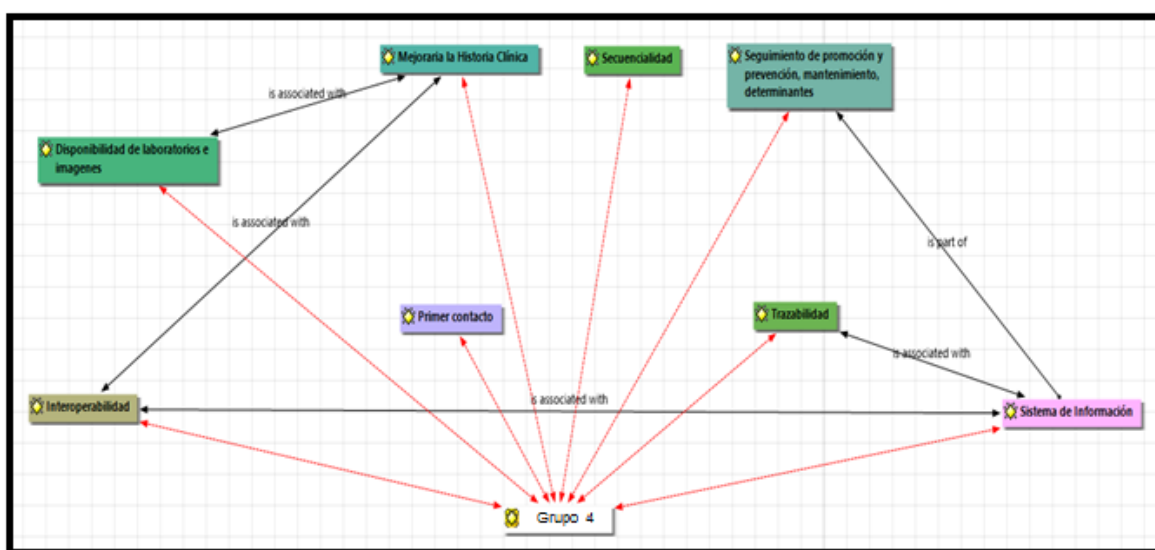
Lo anterior reitera la visión de los médicos generales, médicos familiares y enfermeros de la divergencia entre lo aprendido desde la *academia* y las necesidades expresadas en cuanto a recolección de datos necesarios para mantener un adecuado flujo de la información que permita análisis estadísticos posteriores.(30-32)

GRUPO DE INTERRELACIONES 4

Conformada por *sistema de información, interoperabilidad, disponibilidad de laboratorios e imágenes, primer contacto, mejoraría la historia clínica, secuencialidad, seguimiento de promoción y prevención-mantenimiento-*

determinantes y trazabilidad. En el gráfico 4, se muestra la conectividad de este grupo.

Gráfico 4



Dentro de este grupo nos enfocaremos en la relación existente entre *interoperabilidad* y *sistemas de información* debido a que las demás relaciones ya fueron explicadas previamente.

La *interoperabilidad* fue considerada por los ministerios de Salud y Protección Social y las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones como la capacidad que tiene el sistema de interactuar con otros sistemas; refirieron que la historia clínica se verá fortalecida si se logra el acceso a los datos, mejorando la atención integral, con alta capacidad resolutive, y además ahorro en costos para el sistema.(33,34)

En el evento lo evidenciamos por lo referido por un participante que manifestó: “lo que queremos es llegar a interoperar entre las distintas subredes y con algunas otras organizaciones, por ejemplo, siempre las EPS están interesadas en este tipo de proyectos, porque, como sabemos consolidamos información de algunos de sus

usuarios entonces la historia clínica no es un software único; se basa en un modelo de intercambio de información entre organizaciones, como les comentaba la información de intercambio corresponde a documentos generados por cada una de estas organizaciones, los documentos de intercambio corresponden a unos contenidos mínimos definidos previamente o llegados a acuerdos entre las organizaciones; y dentro de los actores se van a definir siempre una gobernancia y políticas de acuerdo sobre cómo se definen los procesos, las transacciones y las responsabilidades sobre esta información.” (33)

La *interoperabilidad* tiene una relación directa con el *sistema de información*, ya que se requiere de la primera para que la segunda exista de forma fluida, facilitando el trabajo del personal sanitario en atención primaria. Al comprender esto obtenemos un segundo concepto, la asociación entre la *interoperabilidad* y *mejoraría la historia clínica* se extiende al personal de salud, haciendo que exista una comunicación más fluida lo cual generara una atención integral para los pacientes, además de servicios mucho mejor coordinados.(30-32) En este punto es importante la generación de acuerdos sociales, sobre los aspectos semánticos y sintácticos, lo cual requiere un esfuerzo específico en tal sentido, que en este momento no se está realizando.

ANÁLISIS DE AVANCES NORMATIVOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Al realizar la revisión de la legislación colombiana, encontramos que la primera mención en relación a la historia clínica corresponde a lo descrito en la ley 23 de 1981 en donde se dictan Normas en Materia de Ética Médica, en el capítulo III se hace mención a la obligatoriedad del registro de la misma; así como que constituye un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.(6) Ulteriormente en el decreto 3380 de 1981 se especifica que el conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta y que ésta debe diligenciarse con claridad.(44) De aquí se evidencia la importancia del

diligenciamiento de la historia clínica en cada atención al paciente, teniendo presente que debido a que en ésta se registran datos privados, debe mantenerse de forma estrictamente confidencial. Consecuentemente en 1989 a través de la ley 80 se creó el archivo general de la nación y se comenzó el establecimiento de las normas para la conservación, custodia y confidencialidad de la historia clínica.(7)

La ley 10 de 1990 organizó el Sistema Nacional de Salud, aunque directamente no determina normatividad sobre historia clínica, en ella se contempló la cobertura y accesibilidad de la población al sistema de salud público.(8) Se considera la base de lo que posteriormente sería la Ley 100 de 1993, la cual estableció la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, constituyéndose como la primera legislación donde se abarca todo el proceso, principios y desarrollo del sistema de salud del país. Si bien es la base de la normatividad del sistema de salud a nivel nacional por parte del Estado, no reglamenta los sistemas de información relacionados a los servicios de salud, como la historia clínica.(9)

Posteriormente con el decreto 2174 de 1996 se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los sistemas de información, y fue derogado por el decreto 2309 de 2002 que a su vez fue derogado por el 1011 de 2006.(11,19,45)

La resolución 2546 de 1998 constituyó la obligatoriedad del registro individual de atención, de manera simultánea a la misma, los datos de obligatorio diligenciamiento y la actualización de la información epidemiológica. Gracias a esta se estandariza de manera somera el esquema que debe tener toda historia clínica, incluyendo datos mínimos de identificación del usuario y básicos de la consulta.(13)

En este punto fue tan notable la importancia de este instrumento que se establecieron las normas para el manejo de la Historia Clínica, a través de la resolución 1995 de 1999, y es aquí donde encontramos la definición legal de esta: La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley(14) y las características

básicas de la historia clínica, archivo, y la posibilidad de uso de medios físicos o automatizados para el diligenciamiento de ésta. Esta resolución resultó fundamental debido a que trato de manera específica la historia clínica dando los parámetros básicos de la misma, y adicionalmente abrió la puerta al uso de sistemas de información electrónicos. Dando continuidad a la estandarización de la información se establece el reporte de datos por medio del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, en la resolución 3374 del 2000 que introduce los conceptos de procesos informáticos en la generación de datos básicos sobre la prestación de servicios de salud, haciendo referencia a las responsabilidades sobre la validación y actualización de los datos. Este concepto es relevante al momento de generar en la investigación el proceso de estandarización, evaluación, actualización y validación de los elementos de la historia clínica electrónica.(17)

En 2001, por medio de la resolución 1895 se adoptó para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima revisión, y con la resolución 1896 se estableció la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS; buscando unificar los códigos para diagnósticos y procedimientos con el fin de lograr estadísticas confiables y adecuadas para el posterior análisis de la situación de salud en Colombia. (18)

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, instaurado por el decreto 1011 de 2006, alineó las Condiciones de capacidad tecnológica y científica para la Habilitación de prestadores de servicios de salud, en donde va incluida la historia clínica.(19)

Consecuentemente con el avance tecnológico, con la ley 1151 de 2007, se generó una migración del Ministerio de Comunicaciones hacia el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, lo cual impactó de manera definitiva al sector salud del país, ya que buscó la mejora de la calidad y el cubrimiento de los servicios de salud gracias a optimización de la infraestructura tecnológica.(20) Siguiendo este enfoque en 2011 con la ley 1438 se dictaminó la creación del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO)(46), al cual se integró el registro de actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías

de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública, según lo dispuesto en la resolución 4505 del 2012(21). Bogotá tomó la iniciativa con la creación del Proyecto de acuerdo 178 de 2014, el fin de éste fue establecer un sistema de información que permitiera llevar la historia clínica en línea, de los usuarios de la red pública de los hospitales de Bogotá para que cuando los pacientes accedieran a los servicios de salud, el profesional médico tuviera disponible la información básica y especializada, de forma inmediata.(25) Al siguiente año se genera la ley 1753 del 2015 que fijó bajo la observancia del derecho fundamental de hábeas data, que el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC), en coordinación con las entidades responsables de cada uno de los trámites y servicios, definirá y expedirá los estándares, modelos, lineamientos y normas técnicas para la mejora de los trámites y servicios que el Estado ofrece al ciudadano y deberán ser adoptados por las entidades estatales aplicando a la historia clínica electrónica.(26) Finalmente, en febrero de 2016 se expidió la resolución 0429 por la que se adopta la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, que tiene como modelo operacional el modelo integral de atención en salud –MIAS. Esta resolución busca desarrollar un conjunto mínimo de datos disponibles para todos los integrantes del sistema de salud, bajo el concepto de interoperabilidad y respetando la reserva de los datos.(28)

CONCLUSIONES

A partir de nuestra investigación, concluimos que existe poca literatura disponible enfocada específicamente en historia clínica electrónica en Bogotá, también es escasa la literatura referida a la historia clínica electrónica en Colombia que se encuentra en bases de datos médicas. Esta escasez de literatura llama la atención y debe incentivar a los profesionales a escribir acerca de sus experiencias con el fin de aumentar la información disponible y mejorar el trabajo mancomunado. También es claro que aún no hay estandarización de los contenidos mínimos que debe tener la historia clínica electrónica y este es un punto que debe trabajarse a futuro.

La legislación vigente en cuanto a historia clínica está enfocada en aspectos generales de la misma, no existe a partir de la norma un requerimiento específico en cuanto a la forma apropiada de desarrollarla y los datos mínimos que debe contener.

La historia clínica es una herramienta fundamental para el desarrollo de la consulta, y de ésta se extrae información esencial tanto para el manejo individual como para la gestión en salud colectiva. No existe consenso en cuanto a satisfacción con el diseño de historia clínica electrónica ideal, esto dada la variabilidad en los operadores y diseños de la misma, algunos amigables pero con campos de texto muy amplios, o historias clínicas dispendiosas en su diligenciamiento que demandan mayor tiempo, disminuyendo la calidad de la atención.

Pudimos establecer durante la presente investigación que el grueso de los médicos no es formado en el contexto de atención integral, sistemas de información, ni flujo de la misma; esto asociado al desconocimiento de la importancia de su registro correcto. Desde la percepción de los actores que intervienen en el diligenciamiento y extracción de información de las historias clínicas electrónicas inferimos que uno de los puntos a intervenir, es que la academia incluya en la formación de profesionales de la salud, enfatizando la importancia de la calidad en la recolección de datos, ya que a partir de aquí el proceso de atención en salud será integral, incluyendo tanto la alta capacidad resolutive, como la prevención y la detección del riesgo individual y colectivo.

A partir del trabajo realizado encontramos que existen diversos factores que intervienen en la historia clínica, los cuales fueron caracterizados por nosotros en cuatro grandes grupos de interrelaciones; dentro de éstas verificamos la multiplicidad de relaciones entre unos y otros, por lo cual para generar la optimización de la historia clínica se deberá realizar un enfoque multidimensional que incluya puntos importantes como la identificación de los datos mínimos que deben contener las historias, la interoperabilidad de los sistemas de información que facilite el acceso a la información, la trazabilidad de los datos y la usabilidad de los sistemas.

Dentro los puntos de mejora, encontramos también la necesidad de fortalecer la normatividad legal con respecto a la historia clínica en los aspectos relacionados con los datos mínimos y confidencialidad para garantizar la obtención de datos necesarios

para la toma de decisiones en salud a nivel poblacional. La usabilidad y la practicidad del sistema de información deberían ser incluidas dentro de los criterios de calidad evaluados en las instituciones prestadoras de salud, ya que de éstos depende en gran medida la calidad de la atención. Lo anterior específicamente relacionado con la necesidad de tener presente la usabilidad al momento de escoger un software para ser utilizado en las instituciones.

En definitiva, este es un tema complejo en el cual se han generado importantes iniciativas por parte de todos los actores interesados, con el fin de mejorar la calidad tanto de los datos como del proceso de atención; y requerirá un proyecto conjunto que involucrara el trabajo intersectorial para lograr los mejores resultados.

*Fortalezas, Debilidades y Oportunidades de mejora para la Historia Clínica
Electrónica En Atención Primaria en Bogotá*

Historia Clínica Electrónica En Atención Primaria	
Fortalezas	➤ Ya existe en Bogotá un número importante de instituciones prestadores de salud que manejan la historia clínica electrónica. ➤ Todos los actores del sistema de salud desde el personal operativo (medico, enfermeras), administrativo, IPSs, EPSs, Secretaría de salud, Gobernación, Ministerio de salud, minTICs, son conscientes de la importancia de la historia clínica electrónica y están haciendo esfuerzos desde cada frente para el mejoramiento de la misma.
Debilidades	➤ Existen vacíos legales en cuanto a datos mínimos, confidencialidad. ➤ No existe consenso en cuanto a satisfacción con el diseño de historia clínica electrónica ideal, esto dada la variabilidad en los operadores y diseños de la misma. ➤ Demanda mayor tiempo, disminuyendo la calidad de la atención. ➤ Cada institución tiene su propio sistema de información y estos no son interoperables.
Oportunidades de fortalecimiento	➤ Fortalecimiento de marco legal en lo referente a la historia clínica electrónica. ➤ El personal de salud debe ser formado en el contexto de atención integral, sistemas de información, flujo de la misma, saber la importancia del registro correcto de los datos. ➤ Fortalecimiento del trabajo intersectorial, es muy importante que todos los actores del sistema de salud sean conscientes de la importancia de sus aportes al mismo y lo valioso que resultara que hagan un trabajo mancomunado.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Dye C, Boerma T, Evans D, Harries A, Lienhardt C, McManus J, et al. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. 1a ed. Luxembourg: Organización mundial de la salud; 2013.
- (2) Bernal-Acevedo O, Forero-Camacho JC. Sistemas de información en el sector salud en Colombia. Revista gerencia y políticas de la salud 2011;10(21):85-100.
- (3) Rueda-Clausen Pinzon CE. La historia clinica informatizada. Evaluacion de los casos colombiano y espanol. MedUNAB 2006 Apr 1;;9(1):63.
- (4) Diego Alejandro Ariza Medina. PARAMETRIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TIPOS DE ENFERMEDADES SEGÚN HL7 VERSIÓN 3, PARA UN CASO COLOMBIANO. Twelfth LACCEI Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology 2014 (LACCEI') Jul 22,.
- (5) Marta Cecilia Jaramillo-Mejía. Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí/Information for the quality of the healthcare system in Colombia: A proposal for a review based on the Israeli model/Informação para a qualidade do sistema de saúde na Colômbia: uma proposta de revisão baseada no modelo israelita. Estudios Gerenciales 2015 Jan 1;;31(134):30-40.
- (6) Congreso de Colombia. Ley 23 1981.
- (7) Congreso De La Republica. Ley 80 de 1989. .
- (8) Congreso De La Republica. Ley 10 de 1990.
- (9) Senado de La República. Ley 100 de 1993.
- (10) Congreso De La Republica. Decreto 1421 de 1993.
- (11) Congreso De La Republica. Decreto 2174 de 1996.
- (12) Archivo General de La Nación. Circular 02 de 1997.
- (13) Ministerio de Salud. Resolución número 2546 de 1998.
- (14) Congreso de la república. Resolución número 1995 de 1999.
- (15) Ministerio de Salud. Resolución número 1832 de 1999.

- (16) RESOLUCION 4144 DE 1999. 2000 Feb 19,.
- (17) Ministerio De Salud. Resolución número 3374 de 2000.
- (18) RESOLUCION NUMERO 1896 DE 2001. 2000 Sep 11,.
- (19) Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006.
- (20) Congreso de La Republica. Ley 1151 2007.
- (21) Ministerio de Protección Social. Resolución 4505 2012.
- (22) Alcaldia Distrital DB. Plan De Desarrollo Distrital 2012-2016. 2012 Jun 12,.
- (23) Concejo de Bogotá. Acuerdo 576 de 2014.
- (24) Ministerio de Protección Social. Resolución 1531 de 2014.
- (25) Bancada, Polo Democratico, Alternativo. Acuerdo 178 de 2014. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
- (26) Congreso de la república. Ley 1753 de 2015.
- (27) Congreso De La República. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2014 2018 TODOS POR UN NUEVO PAIS. 2018 2014-.
- (28) Ministerio de Protección Social. Resolución 0429 de 2016.
- (29) Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. Atencion Primaria 2003;31(6):382-385.
- (30) Grupo Focal No. 2. Residentes de Medicina Familiar. Participantes 2 enfermeros profesionales, 3 médicos generales y 3 médicos familiares. Universidad El Bosque; ; 2017.
- (31) Grupo Focal No. 1 Residentes Medicina Familiar, Participantes 4 Médicos Familiares y 2 médicos generales.Universidad El Bosque; 2016.
- (32) Entrevista a Médico Familiar. Realizada por Residente Medicina Familiar. Universidad El Bosque.
- (33) Evento 1. Residentes Medicina Familiar Jun 8, 2016.
- (34) Evento 2 Residentes Medicina Familiar Mar 3, 2017.
- (35) Gálvez Ibáñez M. Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. Medicina de Familia (And) 2003 febrero;4(1).
- (36) Entrevista Medico Ingeniero. Residentes Medicina Familiar.
- (37) OMS. Informe mundial de la salud. 2002:1-165.
- (38) Bolaños M, Vidal Pizarro A. Usabilidad. 2007 Jan 1,.

- (39) Chiavenato I. Administración de Recursos.
- (40) Ministerio de Tecnologías de la Información. Guía de Interoperabilidad. Acta Odontológica Colombiana 2011;4(1):5-6.
- (41) Moya Meoño Ligia. Sistemas de información en salud en el primer nivel de atención. 2003.
- (42) Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Effective access to health services: operationalizing universal health coverage. Salud pública de México 2015 Mar;57(2):180.
- (43) Cuál es el Significado de Confidencialidad - Concepto, Definición, Qué es Confidencialidad. 2013; Available at:
<http://educavital.Blogspot.com.co/2013/02/confidencialidad.html>.
- (44) Congreso de La Republica. Decreto 3380 de 1981.
- (45) Republica de Colombia. Decreto 2309 de 2002.
- (46) Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011.