

Evaluación de la historia clínica sistematizada en la relación médico paciente de las IPS adscritas a Susalud, Medellín 2002

JAVIER ANTONIO GUTIÉRREZ RODAS*, RUBÉN DARÍO MANRIQUE HERNÁNDEZ*, LILIANA PATRICIA MONTOYA VÉLEZ*, ALBERTO PÉREZ MORENO*, PAULA ANDREA ARANGO PÉREZ**, ELIZABETH CORREA GUTIÉRREZ**, MÓNICA MÁRQUEZ CADAVID**, ALEJANDRA RESTREPO HAMID**

RESUMEN

Antecedentes: El uso de la informática y las telecomunicaciones no ha sido extraña a las empresas que prestan servicios de salud. Desde hace algunos años las empresas promotoras de salud vienen implementando sistemas digitales para registrar los datos de los usuarios y algunas de ellas, además, han desarrollado sistemas de información para el diligenciamiento de la historia clínica simultáneo con la atención del paciente.

Objetivo: Evaluar la satisfacción de los profesionales de la salud con la Historia Clínica Sistematizada IPS@ en instituciones adscritas a SUSALUD y de los pacientes con respecto a la atención médica que acababan de recibir.

Métodos: Se realizó un estudio "cross sectional" de tipo analítico en cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud, dos de las cuales tenían implementado el sistema IPS@ en los consultorios, mientras que en las otras dos se realizaba en forma manual el registro de la historia clínica. En total se evaluaron 253 pacientes y 36 médicos, distribuidos en igual número en las IPS con IPS@ y sin ella.

* Docente de la Facultad de Medicina del Instituto de Ciencias de la Salud –CES–.

** Estudiante 8º semestre de Medicina del CES.

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

Conclusiones: El uso de la historia clínica sistematizada IPS@ no afecta la satisfacción de los pacientes y médicos durante la consulta. Si bien se encontraron diferencias en los conceptos sobre la forma como podía afectarse la relación médico-paciente entre quienes utilizaban IPS@ y quienes utilizaban la historia clínica tradicional, este resultado puede reflejar el desconocimiento que tienen los médicos de las bondades de la historia clínica sistematizada, pues más de la mitad manifestaron que la inducción programada para aprender a manejar IPS@ no fue suficiente. El hecho de no encontrar diferencias significativas en cuanto al tiempo requerido para la atención de los pacientes en los dos grupos de instituciones de salud seleccionadas, favorece la implementación de este sistema tecnológico con una adecuada planeación que logre motivar y concientizar a los profesionales sobre las inmensas ventajas que tiene.

PALABRAS CLAVE

Historia clínica sistematizada

Registros médicos

Relación médico paciente

Registros médicos electrónicos.

SUMMARY

Background: The use of computer science and the telecommunications have not been strange to the companies that serve of health. For some years promotional companies of health have been coming implementing digital systems to register data of users and some, in addition, have developed information systems for register simultaneous of clinical history with the attention of the patient.

Objectives: To evaluate the satisfaction of the health professionals with Clinical History Systematized IPS@ in institutions assigned to SUSALUD and of the patients with respect to the medical attention received.

Methods: A analytical cross-sectional study was made in four institutions of services of health (ISH), two of which had implemented IPS@ system in the doctor's offices, whereas in the other two clinical history was registered in manual form. Altogether 253 patients and 36 doctors, distributed in equal amounts in the ISH with IPS@ and IHS without IPS@ system.

Results: The levels of satisfaction between users of the institutions with IPS@ were not significantly different from those users of the institutions with traditional register of clinical history. The 83,3% (36) of all the professionals assured that they maintained permanent visual contact with the patient, being significant differences between groups, 66% with HCS and 100% without HCS ($p < 0.05$). The general perception of the doctors of both types of institutions on the time dedicated to the consultation was that 20 minutes were sufficient, 72% of the doctors that use IPS@ and 66% between the doctors that use traditional clinical history, difference that was not statistically significant.

Conclusions: The use of clinical history systematized IPS@ does not affect the satisfaction of the patients and doctors during the consultation. Although differences in the concepts were about form as the physician-patient relation could be affected between those IHS that use IPS@ and others HIS that use the traditional manual clinical history, this result can reflect ignorance that the doctors of kindness of clinical history systematized then more of half have showed that the programmed induction to learn to

handle to IPS@ was not sufficient. The fact of both not finding significant differences as far as the time required for the attention of the patients in groups of selected institutions of health, favors the implementation of this technological system with a suitable planning that manages to motivate and help to understanding to professionals about immense kindness which it has.

KEY WORDS

Medical Records Systems

Computerized

Medical Records

Physician-Patient Relations

Electronic medical records

1. INTRODUCCION

El amplio desarrollo de la informática en el mundo ha cambiado la forma como las personas interactúan unas con otras. Claramente observamos este fenómeno en las actividades cotidianas: comunicación, educación, comercio, recreación, etc. La atención médica no es ajena al desarrollo tecnológico. En todo el mundo se han comenzado a desarrollar e implementar sistemas informáticos para el manejo de los datos generados durante la atención médica.

"Durante las últimas tres décadas, el incremento en la sofisticación en la aplicación de tecnologías de información ha creado nuevas oportunidades para mejorar tanto la eficacia como la eficiencia de los sistemas de prestación de servicios de salud. La transferencia electrónica de datos, facilitada por los enlaces entre computadores, permite a los médicos y otros profesionales de la salud acceder a los registros de interés rápida y fácilmente"¹.

Esta información que para el profesional médico es "sagrada", en cuanto debe protegerse la confiden-

cialidad a través del secreto profesional, ha sido tradicionalmente almacenada en formatos impresos de historia clínica, que dentro de un marco legal determinado por cada país, ha permitido hasta ahora esa privacidad que se requiere para no violentar los principios éticos ni los derechos del paciente.

La obtención, manejo, almacenamiento y disponibilidad de la información resultante de la relación médico paciente, debe mantener además de la confidencialidad, la posibilidad y capacidad del médico para interactuar y comunicarse con el paciente sin ningún tipo de limitación. Esto hace que la aparición de otro elemento dentro de la consulta médica, como el computador, haya motivado la realización de este estudio, en el cual se pretendió identificar los aspectos positivos de la utilización de la historia clínica sistematizada en la consulta médica y los aspectos que deben mejorarse para mantener ante todo una relación médico paciente basada en la confianza y en el respeto de los derechos del paciente. Inquietudes como esta han tratado de ser resueltas en otros estudios^{2,3,4}, en los que se ha querido evaluar cuánto puede afectarse o favorecerse la relación médico paciente cuando el médico debe dedicar una parte de la consulta al registro sistematizado de los datos.

Algunos estudios, como el realizado por Patel y colaboradores⁵, han concluido que si quienes diseñan los sistemas de registros de datos de los pacientes no tienen en cuenta la información relevante que deba ser consignada para la comprensión de los problemas médicos de los pacientes, ésta puede perderse afectando no sólo la relación médico-paciente sino influenciando negativamente la prestación del servicio, mientras otros, como el desarrollado por Advin y colaboradores⁶, han concluido que el uso de registros médicos sistematizados no modifican la relación médico paciente al compararlos con los sistemas tradicionales de diligenciamiento de la historia clínica. Igual resultado obtuvieron Solomon y Dechter², quienes en 1995, evaluaron la percepción que los pacientes tuvieron de la consulta médica con la utilización del computador como medio para consignar la his-

toria clínica; no se evidenció diferencia en el grado de satisfacción de los pacientes frente a la consulta con Historia Clínica Sistematizada (HCS) o sin ella. De hecho sorprende el hallazgo de que algunos pacientes ni siquiera notaron la presencia o no del computador como medio para la consignación de la información.

Los buenos resultados generados en la salud del paciente luego de la consulta médica, se dan no sólo gracias al adecuado conocimiento técnico y científico del médico, sino de su actuar ético y su habilidad para confortar al paciente, los que finalmente contribuyen en mayor medida a la satisfacción final del mismo. En los Estados Unidos de Norte América, por ejemplo, la HCS se rige bajo su propio marco legal. Un ejemplo es el estado de Minnesota, donde representantes e instituciones gubernamentales han diseñado políticas federales en el uso del computador, para la recolección de los datos del paciente, como lo es el *Health Insurance Portability and Accountability* (HIPAA), que constituye un tipo de seguro médico, cuyo objetivo es proteger los derechos y privacidad del paciente⁷.

Congruente con lo anterior, es responsabilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS), conocer en detalle las variables que inciden en la prestación del servicio médico, en el impacto sobre la salud de sus pacientes y en la satisfacción generada en ellos. En nuestro país, donde se inicia la implementación de formatos electrónicos de historia clínica, es necesario analizar en qué aspectos se beneficia la prestación del servicio y más importante aún, qué aspectos fortalecen la relación entre el médico y el paciente.

1.1. Definición y utilidad de la Historia Clínica

Para los profesionales del área de la salud, que dedican su vida a la atención de pacientes, la historia clínica constituye una acumulación de informes sobre el estado de salud de los mismos, que junto con el reporte de exámenes, se reúnen en un sistema de fólder o archivo a los cuales se puede tener acceso cuando se necesite.

La principal función o utilidad de la Historia Clínica, bien sea en papel o en formato electrónico, es permitir al médico conocer en un momento determinado cuáles son las preocupaciones que aquejan a su paciente y cuál es la condición de salud del mismo, basándose en la información registrada con anterioridad por un colega o por él mismo.

La Resolución 1995 de 1999 en Colombia, en su artículo primero, define la Historia Clínica como un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley⁸.

1.2. Características de la Historia Clínica

La historia clínica debe ser exacta, accesible, organizada, confidencial, segura, legible y completa. Tradicionalmente se han establecido formatos genéricos impresos que facilitan la consignación de la información por parte de los profesionales del área de la salud, intentando dar cumplimiento a estas características. (Ver tabla No. 1)

En Colombia, a partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hace con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar².

Tabla N° 1.
Características de la Historia Clínica como documento médico

<p>Integralidad. La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.</p>
<p>Secuencialidad. Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.</p>
<p>Racionalidad. Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.</p>
<p>Disponibilidad. Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.</p>
<p>Oportunidad. Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.</p>

Sin embargo, a pesar de existir consenso general en la importancia de estas características, en la práctica se observan dificultades para el adecuado cumplimiento de las mismas. Diversos estudios concluyen que las historias clínicas tradicionales constituyen en muchas ocasiones un impedimento para mejorar la atención al paciente, pues las mismas se pierden fácilmente, son ilegibles, incompletas, contienen abreviaturas no estandarizadas en el lenguaje médico y además no permiten encontrar la lista de medicamentos, dosificaciones y efectos adversos que han sido administrados al paciente.

Nuevos formatos han intentado dar solución a estos problemas y existe confianza en que modernos sistemas de información basados en el uso de la tecnología permitan subsanar gran parte de las deficiencias hasta ahora detectadas con el uso de los formatos tradicionales.

La elaboración de los registros médicos manuales, tiene implicaciones tanto clínicas como legales, que

- en su mayoría son consecuencia de la poca claridad, de la ilegibilidad, ambigüedad, inexactitud cronológica y malas interpretaciones secundarias al uso de abreviaturas no universales por parte de los médicos. Así lo demuestra el estudio realizado por Brandley⁹ en el 2000, en el que se reporta el caso de un médico prescribe tabletas de Amoxicilina (Amoxil) a un paciente asmático; la escritura del médico no era clara y poco legible, como consecuencia el farmacéuta entrega al paciente el medicamento Danoil, una droga usada por los diabéticos para reducir los niveles de glucosa sanguínea. El paciente, no diabético, sufrió una hipoglucemia que lo llevó a un daño cerebral irreparable.
- Diversos autores creen que las facultades de medicina deben incorporar en los programas de formación de sus estudiantes, aspectos legales y éticos relacionados con el uso de los computadores en la práctica clínica¹⁰. Esto no solo facilitaría el uso de los elementos tecnológicos, hardware y software, sino que permitiría reducir el riesgo de diligen-

ciamiento inadecuado de los registros que pudieran llevar a errores en la administración de terapias con las correspondientes consecuencias éticas y legales.

1.3. Historia Clínica Sistematizada (HCS)

En los últimos años, en todo el mundo se ha dado un gran avance tecnológico de la informática y la telemática en todos los campos, incluyendo también la práctica médica, que cada día se ve más influenciada por esta tendencia. De hecho en todas partes del mundo se han comenzado a implementar sistemas informáticos para el manejo óptimo de los datos de la historia clínica¹¹.

Cada vez va en aumento el número de centros de práctica que han implementado la HCS, como herramienta para lograr mayores resultados en la prestación de los servicios y cubrir mayor número

de pacientes. Médicos y enfermeras afirman que la HCS ha cambiado no sólo la manera como se manejan los datos, si no también la forma de comunicarse entre ellos, el servicio prestado al paciente y la manera de realizar su trabajo, puesto que la información es más organizada, legible, completa, su acceso es rápido y es posible realizar búsquedas e investigaciones que serían imposibles de realizar con la historia clínica tradicional. Además, es posible enviar por correo electrónico prescripciones al farmacéuta y al paciente. Los médicos pueden realizar interconsultas con otros colegas en distintas ciudades.

La HCS tiene un impacto positivo en el rendimiento y productividad de los equipos de prestación de servicios de salud; no sólo ha mejorado la calidad de la documentación, sino también la calidad de la consulta médica, optimizando el tiempo de consulta con cada paciente, no porque el número de pacientes vistos por hora aumente, si no porque la calidad de la consulta se hace mejor (Ver tabla No. 2).

Tabla N° 2.
Ventajas de la historia clínica electrónica con respecto a la diligenciada manualmente

Historia clínica electrónica	Historia clínica en papel
Utilizable en todo momento y lugar	Utilizable en un solo lugar físico
Siempre disponible	Frecuentemente extraviada
Siempre completa	Usualmente separada para justificar las necesidades de varios usuarios
Siempre legible	Algunas veces legible
Siempre con fecha y hora	A veces con fecha y hora
Siempre firmada	A veces firmada
Con menor número de errores	A veces inexacta
Potenciales tratamientos redundantes reducidos	Incompleta y a la vez plagada de información duplicada e innecesaria
Ingreso estandarizado de datos	Organizada de varias maneras según la necesidad de cada servicio

Experiencias como la evaluada en el Mount Auburn Hospital de Cambridge, demuestran otras características benéficas con el uso de las HCS, tales como la incorporación en la estructura de la HCS de funciones que de otra manera resultan difíciles y poco eficientes:

- Incorporación de guías telefónicas de personal médico, lo cual facilita los procesos de Interconsulta y remisión.
- El acceso a los protocolos de manejo de la institución de manera inmediata.
- La agilidad que otorgan estos sistemas para la impresión de prescripciones médicas y órdenes de laboratorio.
- La posibilidad de entregar al paciente un resumen de su historial en pocos segundos y con una óptima presentación.
- La capacidad que tiene el sistema de conectarse directamente con otros servicios del Hospital como Laboratorio, ayudas diagnósticas, etc, que le permiten obtener de manera eficiente los resultados de los exámenes ordenados¹⁶.

Hallvard Laerum y colaboradores, compararon en 19 Hospitales Noruegos la percepción que los médicos tenían sobre tres diferentes sistemas de HCS, que están aprobados para su utilización en dicho país. Además de encontrar algunas preferencias de unos sobre otros, encontraron niveles de satisfacción aceptables sobre la utilización de la HCS por medio de una escala de satisfacción que contempló los siguientes factores: Contenido, exactitud, formato, facilidad de uso y el ahorro de tiempo¹²⁾ Pero, en general, los médicos que tienen un entrenamiento deficiente en el uso de los sistemas informatizados manifiestan un sentimiento de frustración, contrario a aquellos cuya capacitación fue adecuada y de mayor duración, quienes se sienten más seguros y tranquilos al momento de elaborar la historia clínica por computador¹³

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

1.4. Aspectos éticos e influencia del uso de la HCS sobre la relación médico – paciente:

Al hablar sobre la historia clínica, tradicional o sistematizada, es de gran importancia considerar, varios aspectos sobre la relación médico-paciente-sociedad.

Como en toda relación, sus miembros tienen unos derechos y unos deberes, cuyo objetivo principal es brindar un beneficio a ambas partes. Muchos factores pueden afectar dicha relación, como la presentación del médico, la forma de expresarse, la manera de tratar al paciente, la organización del consultorio, elementos dentro de la sala que pueden interferir, como lo es el computador, la actitud del paciente, entre otros.

Todo médico debe comprender muy bien el significado de la palabra "paciente", que es sinónimo de dolor, para no asumir una posición arrogante frente a una persona indefensa así sea por un problema menor que trastorne al individuo.

Existen varios modelos de relación médico-paciente:

El Modelo Paternalista, en donde es el médico quien toma todas las decisiones en nombre del paciente, sin tener en cuenta su consentimiento. En este tipo de relación médico – paciente se presentan frecuentemente problemas, puesto que sin el criterio del paciente no es posible obtener el beneficio de la acción médica.

El Modelo Autónomo, surge cuando el paciente se considera un "usuario", un cliente más que está comprando el servicio de la medicina. Aquí es el

paciente el que toma todas las decisiones, lo cual puede ser contraproducente para el mismo paciente, porque en casos de sufrimiento el paciente es vulnerable a perder su autonomía.

El Modelo Responsable, es el más adecuado, puesto que ambas partes asumen la responsabilidad y poder de decisión, conservando tanto el médico como el paciente su autonomía y libertad de acción¹⁴.

Uno de los aspectos éticos que mayor importancia reviste con el uso de la HCS es la garantía que debe darse al paciente sobre la confidencialidad de la información sobre su vida y su estado de salud. Es una obligación ética del médico guardar el Secreto Profesional, que consiste en no divulgar ni permitir que se conozca la información que directa o indirectamente se obtenga durante el ejercicio profesional, sobre la salud y vida del paciente y su familia.

La Constitución Política de Colombia, establece en su artículo 74 la inviolabilidad del Secreto Profesional y establece que toda persona tiene derecho a su intimidad personal, familiar y a su buen nombre, por lo que la violación del secreto conlleva a un atropello de estos derechos fundamentales. Los estudiantes de medicina y demás personas involucradas en la atención médica también tienen la obligación de guardar el secreto profesional, para asegurarle al enfermo que todo lo relativo a su vida y familia será guardado en reserva. Luke Davis y colaboradores en Vanderbilt University School of Medicine, concluyen sobre la necesidad de incluir en la formación médica la utilización de la HCS y sus implicaciones éticas y legales¹⁰.

David A. Binder, Director del Departamento de Emergencias del Mount Auburn Hospital en Cambridge, describe en un análisis hecho sobre la aceptación por parte de los médicos hacia el uso de la HCS, como uno de los factores que de alguna forma genera resistencia a su utilización es el temor del uso que pueda darse a la información consignada en la misma¹⁵.

Sin embargo y a pesar de los problemas que hasta la fecha se hayan podido suscitar con referencia a

la seguridad de la información en medios electrónicos, en todo el mundo se están haciendo esfuerzos para subsanar este problema. En un sistema informatizado es muy sencillo restringir el acceso a la información a través de palabras clave y "encriptar" los archivos para que nadie sin autorización pueda verlos.

En Suecia por ejemplo, donde la medicina está unificada y socializada ya se cuenta con la Historia Clínica Universal, que conserva un esquema uniforme de Historia Clínica para todo el sistema, la cual es manejada por grandes computadoras.

La Comunidad Europea por su parte dice que es deseable regular la recolección y el procesamiento de los datos médicos, salvaguardar la confidencialidad y la seguridad de datos personales relativos a la salud, de documentos electrónicos como la HCS, respondiendo así al avance y aplicación natural de la tecnología informática en la atención de la salud. En los Estados Unidos, por ejemplo, existe el denominado UMLS (Unified Medical Language System) o Sistema de Lenguaje Médico Unificado para poder procesar homogéneamente toda la información médica obtenida de los sistemas de información¹⁶.

2. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio analítico tipo Cross-Sectional, en el que la muestra estuvo conformada por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), adscritas a la Empresa Promotora de Salud SUSALUD de la ciudad de Medellín

Las unidades muestrales fueron cuatro IPS: dos de ellas utilizaban la historia clínica sistematizada (HCS) mediante el programa IPS@ y las otras dos registraban los datos del paciente en forma manual en la historia clínica tradicional.

Las unidades de observación fueron los médicos generales de ambas IPS y una muestra de pacientes que salían de la consulta médica en las cuatro IPS seleccionadas. Con el fin de hubiese semejanza

OJO, VERIFICAR NUMERACION DE LAS TABLAS

en las características sociodemográficas de estos pacientes, se buscó que por cada IPS con HCS y hubiese una IPS sin HCS ubicada en la misma área geográfica de la ciudad de Medellín.

Los criterios de inclusión fueron: todas las personas mayores de 18 años que consultaron como mínimo por segunda vez a la IPS, todo médico general que estuviera vinculado a cualquiera de las cuatro IPS y que atendiera pacientes en el momento de la aplicación del instrumento.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes menores de 18 años o que consultaran por primera vez y pacientes consultantes por un servicio de Medicina Prepagada.

Para obtener la información se aplicaron dos encuestas diferentes, una dirigida a los pacientes y otra al personal médico de cada IPS. Los instrumentos de recolección de información fueron ajustados antes de su aplicación definitiva, realizando una prueba piloto en dos IPS diferentes a las seleccionadas para el estudio definitivo.

Se procesó la información de las encuestas en el programa estadístico SPSS versión 10.0, previa digitación realizada directamente por el grupo de investigadores. La variable dependiente considerada fue la satisfacción con la consulta por parte de los médicos y los pacientes. En el análisis de los datos se incluyó un resumen descriptivo de las variables, se aplicó el análisis bivariado para comparar las variables dependientes e independientes y además se estratificó por el método de Mantel-Haenzel para controlar potenciales variables de confusión..

3. RESULTADOS

3.1 Resultados en los pacientes

Los médicos y los pacientes de las cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud adscritas a la EPS SUSALUD estuvieron distribuidos en grupos con tamaños idénticos como se muestra en la tabla No. 3.

Tabla No. 3.

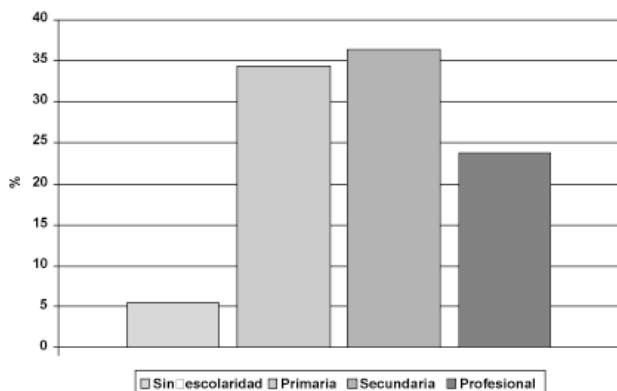
Distribución de la muestra de pacientes y de médicos evaluados en las cuatro instituciones.

Institución	Historia Clínica	No. de Médicos	No. de Pacientes
Comfama	Tradicional	10	63
Coomsocial	IPS@	12	63
Punto de Salud	IPS@	6	63
Tórax La Paz	Tradicional	8	64
TOTAL		36	253

Se encuestaron en total 253 pacientes, de los cuales 71.5% (118) eran de sexo femenino. La media de la edad de los pacientes encuestados fue de 43.3

años, con un rango entre la edad mínima de 18 años y máxima de 79 años.

Gráfico No. 1.
Distribución de frecuencias según el nivel de escolaridad. Susalud. 2002.



Nótese que el 94.5% de los pacientes encuestados tienen algún grado de escolaridad.

Los tres principales estratos socioeconómicos de acuerdo con la clasificación existente para la pres-

tación de los servicios públicos de los pacientes encuestados fueron el 2, 3 y 4, tal como se observa en el gráfico No. 2.

Gráfico No. 2.
Distribución de la población de pacientes encuestados por estrato socioeconómico. Susalud 2002.

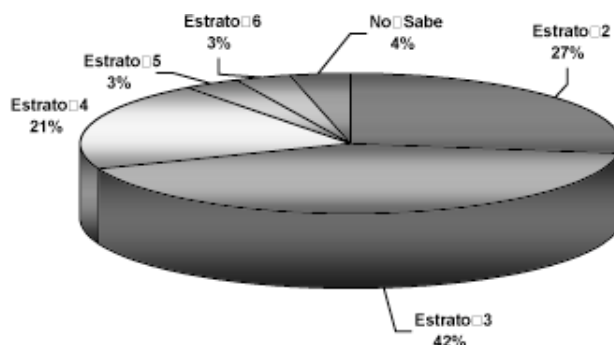


Tabla No 4.
Percepción de los pacientes sobre aspectos relacionados con la atención recibida.

Aspecto	Bueno		Regular		Malo	
	n	%	n	%	n	%
Tiempo de espera para ser atendido (n=253)	237	93.7	15	5.9	1	0.4
Orden y la presentación del consultorio (n=253)	247	97.6	6	2.4	0	0.0
Trato brindado por el médico en términos de amabilidad y respeto (n=253)	247	97.6	4	1.6	2	0.8
Explicación dada por el médico acerca de la medicación? (n=206)	196	77.5	9	3.6	1	0.4
Explicación dada por el médico respecto a la enfermedad (n=227)	209	82.6	15	5.9	3	1.2
Explicación dada por el médico sobre la necesidad o utilidad de los exámenes?	117	98.3	1	0.4	1	0.4
Grado de satisfacción obtenida luego de la atención prestada? (n=252)	245	96.8	5	2.0	2	0.8

Con relación a la percepción de los pacientes frente a la atención recibida se encontró una buena calificación en un 92% promedio de las personas encuestadas, situación que se puede observar en la tabla No. 4.

El 92.5% (234) de los 253 pacientes encuestados manifestaron que el tiempo dedicado para la atención médica prestada había sido suficiente.

Se encontró un nivel de satisfacción de los pacientes con la consulta médica calificado como bueno en las cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud que hicieron parte del marco muestral de esta investigación, oscilando dicha satisfacción entre un 95 y un ciento por ciento. No se encontraron diferencias significativas entre los grados de satisfacción de los usuarios de las instituciones que trabajaban con IPS@ y las que trabajaban con la historia clínica tradicional.

Con relación al trato brindado por el médico en términos de amabilidad y respeto, en las cuatro instituciones seleccionadas, el resultado osciló entre 96.8% y el 98.45% de personas con percepción buena de la atención prestada; no se encontraron diferencias entre los usuarios de las instituciones que tenían IPS@ y los usuarios de las instituciones sin IPS@.

3.3 Resultados de los médicos

El propósito de la investigación, con relación a los médicos generales respecto a la evaluación de la Historia Clínica Sistematizada fue identificar la satisfacción de éstos con dicha herramienta y algunos factores que puedan estar influyendo negativamente en la relación médico-paciente.

Se realizó la encuesta a 36 médicos generales que estaban laborando en las diferentes instituciones seleccionadas para la muestra el día que se recogió la información; la mitad de los profesionales laboraban en instituciones con la HCS IPS@ (COOMSOCIAL Y PUNTO DE SALUD POBLADO) y

la otra mitad en instituciones con historia clínica tradicional (COMFAMA Y TORAX LA PAZ). El 55.6% de los médicos pertenecían al género masculino, en promedio tenían 38.8 años y el 25% de estos eran menores de 32.2 años.

En promedio, el tiempo que llevan los médicos encuestados en el ejercicio de la profesión fue de 11.8 años y el 25% de ellos tenían a lo sumo 7 años. El tiempo promedio de trabajo en la institución de salud donde laboran era de 4 años, el 25% de ellos a lo sumo llevaban laborando 2 años en la IPS.

Con relación a la utilización de la HCS IPS@, el tiempo promedio de utilización de esta herramienta en la consulta fue de 15.5 meses, el 72.2% de los médicos manifestaron estar satisfechos con la HCS, no encontrándose diferencias significativas por género (valor p de 0.639). Todos los médicos que utilizaban la HCS (n = 18) recibieron inducción en el manejo de IPS@, el 55.6% de ellos manifestaron que el tiempo dedicado a la inducción no fue suficiente.

El 72 % de los médicos que utilizan IPS@ manifestaron que el tiempo (20 minutos) dado para la consulta era suficiente, lo mismo opinó el 66 % de los médicos que utilizan la historia clínica tradicional; la diferencia entre estas proporciones no es estadísticamente significativa (valor p = 0.71). El 55% de los médicos que utilizan la HCS y el 72% de los médicos que utilizan la historia clínica tradicional manifestaron que el tiempo destinado a la atención de los pacientes influía negativamente en la relación médico-paciente (valor p=0.49).

Con relación al tiempo destinado a la consulta, se dividió el proceso en tres momentos: el interrogatorio, el examen físico y la explicación al paciente de la conducta a seguir. El tiempo promedio de duración de la consulta, valorado por los médicos encuestados, fue de 22.1 minutos, de los cuales en promedio, 7.8 minutos se dedican al interrogatorio, 7.9 minutos al examen físico y 6.4 minutos a la explicación de la conducta a seguir (diagnóstico, órdenes, formulación, incapacidades).

El 88.9 % de todos los médicos (36 profesionales) manifestaron que iban consignando la información del paciente durante el proceso del interrogatorio y un 11.1 % lo hacía cuando el paciente se retiraba. No se encontraron diferencias significativas con relación al momento de consignación de la información en los dos grupos.

El 83.3% de todos los profesionales (36) aseguraban que mantenían contacto visual permanente con el paciente, encontrándose diferencias significati-

vas entre los dos grupos (66% con HCS y 100% sin HCS, valor p 0.019).

El 50% de los médicos que utilizan la HCS y el 94% de los médicos que utilizan la historia clínica tradicional creen que la percepción de sus pacientes frente a la atención es buena (valor p= .003).

Con relación al tiempo que los médicos dedican a cada uno de los procesos de la consulta médica, no se encontraron diferencias significativas en los dos grupos como se puede observar en la tabla No. 5.

Tabla No. 5.
Tiempo promedio de duración en cada uno de los procesos de la atención de la consulta médica.

Pregunta sobre el tiempo de atención al paciente	CON IPS@	SIN IPS@	Valor p
¿Cuántos minutos de la consulta en promedio dedica usted al interrogatorio del paciente?	7,28	8,47	0.51
¿Cuántos minutos de la consulta en promedio dedica usted a la realización del examen físico del paciente?	7,94	7,86	0.67
¿Cuántos minutos de la consulta en promedio dedica usted a la formulacion de medicamentos, exámenes, explicacion al pronóstico de su condicion y medidas a seguir?	6,17	6,72	0.46

La relación médica-paciente puede ser influida negativamente por varios factores, entre los cuales se estudió en este trabajo el instrumento utilizado como herramienta para consignar la historia clínica; se encontró diferencias estadísticamente significativas entre quienes utilizan la HCS (66%) y quienes utilizan la historia clínica tradicional (27%), un valor p de 0.04.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La historia clínica sistematizada IPS@ es una herramienta tecnológica que ofrece a las institucio-

nes de salud la seguridad de disponer la información en forma oportuna y confiable con el propósito de garantizar una atención integral y fomentar la investigación que pretenda mejorar y evaluar los programas de diagnóstico y tratamiento ofrecido para las diversas situaciones de salud que se presentan en la población usuaria.

Se encontró una alta satisfacción por parte de los pacientes y médicos con la herramienta tecnológica, haciendo énfasis en un punto importante, el nivel elevado de exigencia por los usuarios a la respuesta del sistema de salud para resolver su situación de enfermedad. Dicha exigencia está influenciada por el nivel de vida y el grado de escolaridad que presentan los usuarios de estas instituciones prestadoras de servicios de salud.

Con respecto a la parte médica, al interrogar los profesionales de la salud se encontraron diferencias significativas entre quienes utilizaban IPS@ y quienes utilizaban la historia clínica tradicional para la medición de la relación médico-paciente, siendo mayor el porcentaje de profesionales que creen en que la herramienta influye negativamente en dicha relación (valor p de 0.04). Este resultado puede reflejar el desconocimiento que tienen los médicos de las bondades de la historia clínica sistematizada debido que el 55.6% de ellos manifestaron que la inducción programada para aprender a manejar IPS@ no fue suficiente.

Los profesionales que utilizaban IPS@ en la consulta manifestaron que con elevada frecuencia la red hacía lenta la operación del sistema o dificultaba la consulta. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al tiempo requerido para la atención de los pacientes en los dos grupos de instituciones de salud seleccionadas, lo cual favorece la implementación de este sistema tecnológico con una adecuada planeación que logre motivar y concientizar a los profesionales sobre las inmensas bondades que tiene.

Si bien es probable que ocurran variaciones en la consistencia de los registros electrónicos de datos, es claro que la mayoría de las veces ocurren como consecuencia de las diferencias en las formas que los médicos interpretan las variables de respuesta del los sistemas, los sistemas electrónicos implementados en la historia clínica son una inversión que se ve compensada en términos de tiempo, costo, acceso a la información y calidad del servicio. Además, permiten usar un lenguaje aceptado y estandarizado, que provee una documentación consistente, disminuye errores y no es dependiente de la memoria del médico, lo que se traduce en una mejor calidad en la prestación de los servicios de salud¹⁷.

Los resultados de esta investigación favorecen la implementación de la historia clínica sistematizada en todas las instituciones prestadoras de salud porque garantizaría un manejo seguro y oportuno de

la información, además se reducen costos operativos de papelería y logísticos en la formulación de ayudas diagnósticas, terapéuticas y remisiones a niveles superiores de atención. Se recomienda mejorar la capacidad operacional de los servidores para facilitar menos traumatismos con el sistema en red de datos y proporcionar una capacitación y sensibilización a todos los profesionales con el propósito de hacer de esta tecnología una herramienta segura y confiable y no desmejorar la relación médico-paciente en los usuarios de SUSALUD.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Dhir KS, Aggarwal SS. Confidentiality of electronic medical records in the managed care environment. *J Health Hum Serv Adm.* 1998 Summer;21(1):80-91.
2. Solomon GL, Dechter M Are patients pleased with computer use in the examination room?. *J Fam Pract.* 1995 Sep;41(3):241-4.
3. Legler JD, Oates R. Patients' reactions to physician use of a computerized medical record system during clinical encounters. *J Fam Pract.* 1993 Sep;37(3):241-4.
4. Aydin CE, Rosen PN, Jewell SM, Felitti VJ. Computers in the examining room: the patient's perspective. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care.* 1995;:824-8.
5. Patel VL, Arocha JF, Kushniruk AW. Patients' and physicians' understanding of health and biomedical concepts: relationship to the design of EMR systems. *Journal of Biomedical Informatics* February 2002. 35(1):8-16.
6. Aydin CE, Rosen PN, Jewell SM, Felitti VJ. Computers in the examining room: the patient's perspective. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care.* 1995;:824-8.
7. Solberg C. Line by line. Minnesota is actively participating in review and comment on

- proposed HIPAA regulations. *Healthc Inform.* 1998 Oct;15(10):64.
8. Ministerio de Salud. República de Colombia. Resolución No. 1995 de 1999. *Diario Oficial* No. 43.655, del 5 de agosto de 1999.
 9. Bramley S. Medical records and the law. *BJU Int.* 2000 Aug;86(3):286-90.
 10. Davis L, Domm JA, Konikoff MR, Miller RA. Attitudes of first-year medical students toward the confidentiality of computerized patient records. *J Am Med Inform Assoc.* 1999 Jan-Feb;6(1):53-60.
 11. Laing K. The benefits and challenges of the computerized electronic medical record. *Gastroenterol Nurs.* 2002 Mar-Apr;25(2):41-5.
 12. Laerum H, Ellingsen G, Faxvaag A. Doctors' use of electronic medical records systems in hospitals: cross sectional survey. *BMJ.* 2001 Dec 8;323(7325):1344-8. Erratum in: *BMJ.* 2003 Mar 1; 326(7387):488.
 13. Wager KA, Lee FW, White AW, Ward DM, Ornstein SM. Impact of an electronic medical record system on community-based primary care practices. *J Am Board Fam Pract.* 2000 Sep-Oct;13(5):338-48.
 14. Vélez LA. *Ética Médica: Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte.* Corporación para Investigaciones Biológicas CIB. Medellín 1996. pp:79-90.
 15. Binder D. Physician Acceptability of the Electronic Medical Record. *Journal Forum* July 1997. 18(2). Disponible en: <http://www.rm.f.harvard.edu/publications/forum/index.html>
 16. Jares D. *Historias Clínicas Computadas.* Informática Médica Marzo de 2000. Disponible en: <http://www.gibba.org.ar/revista/n5/hccompu.htm>
 17. Treweek S. The potential of electronic medical record systems to support quality improvement work and research in Norwegian general practice. *BMC Health Serv Res.* 2003 Jun 6;3(1):10

