

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR SEDE ESMERALDAS**



ESCUELA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

TESIS DE GRADO

**ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL DE HISTORIAS CLÍNICAS EN
EL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DEL “HOSPITAL BÁSICO
PADRE ALBERTO BUFFONI” DEL CANTÓN QUININDÉ**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE INGENIERA EN
CONTABILIDAD Y AUDITORÍA**

AUTORA:

DOMINGUEZ SOSA MARÍA JOSÉ

ASESOR:

ING. HUGO OCAMPO ERAZO

ESMERALDAS, 2017

Trabajo de tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos en el Reglamento de Grado de la PUCESE, previo a la obtención del título de **INGENIERA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA CPA.**

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

LECTOR 1

LECTOR 2

DIRECTOR DE ESCUELA

DIRECTOR DE TESIS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL AUTOR

Yo, MARÍA JOSÉ DOMÍNGUEZ SOSA, declaro que la presente investigación enmarcada en el trabajo actual de tesis es absolutamente original, atenta y personal.

En tal virtud la responsabilidad de contenido de esta investigación para efectos legales y académicos son de exclusiva responsabilidad de la autora, así mismo cedo el patrimonio intelectual de la misma a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede en Esmeraldas.

Esmeraldas, 8 de Mayo del 2017

María José Domínguez Sosa

C.I.: 0803743137

DEDICATORIA

Con respeto, admiración y mucho amor dedico el presente trabajo a mi madre, una mujer valiente y luchadora quien ha sido la inspiración en mis estudios por su perseverancia ante las dificultades.

A mi abuelito Wilfrido y a mi tío Jaime, que ya no están a mi lado pero su cariño prevalece siempre en mi corazón y sé que hoy están orgullosos de mí.

A mi abuelita Josefina, que me crió con mucha dedicación y que hasta el día de hoy no deja de preocuparse por mí.

A mis hermanos Belén y Joao, quienes son todo para mí y hacen que cada día de mi vida sea feliz.

A mi hermosa familia quienes con sacrificio, esmero, consejos y ayuda se convirtieron en las personas que fortalecieron las bases de mi formación durante mi carrera de estudios.

A mis compañeros de clase, con quienes compartí risas y lágrimas, porque en estos 5 años se convirtieron en mi segunda familia.

Y a todos aquellos que han quedado en mi memoria, ¡Gracias!

María José

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi agradecimiento a Dios Todopoderoso, que guía mis pasos y me concede la dicha de vivir esta alegría.

A los Directivos del Hospital Padre Alberto Buffoni por haberme facilitado información necesaria para el desarrollo de esta tesis, permitiéndome aplicar los conocimientos adquiridos en el transcurso de mi formación académica.

Expreso mi más sincero agradecimiento a la "Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede en Esmeraldas", en especial a la Escuela de Contabilidad y Auditoría que me permitieron educarme bajo principios y valores que han sido fundamentales en el comienzo de mi vida profesional.

Al Ing. Hugo Ocampo, en calidad de amigo y Director de Tesis por su acertada dirección y orientación que me permitió culminar de manera satisfactoria con esta investigación.

Finalmente, expreso mi más inmensa gratitud a todas aquellas personas que directa e indirectamente y de forma desinteresada me ayudaron para la culminación del presente estudio.

María José

RESUMEN EJECUTIVO

El departamento de estadísticas del Hospital Básico Padre Alberto Buffoni (HBPAB) efectúa un conjunto de actividades estructuradas, indispensables para que las estadísticas de salud sean confiables. En este sentido, la gestión que ejecuta el departamento ha traído consigo ciertas dificultades en cuanto a la codificación, preparación, archivo, provisión oportuna y mantenimiento de registros secundarios de las historias clínicas generadas en Sala de Emergencias y Hospitalización. El objetivo del presente estudio fue analizar el sistema de control de historias clínicas durante el periodo 2015. Para ello, la investigación fue de tipo exploratoria y descriptiva, a través del método inductivo. Se aplicaron instrumentos tales como: entrevistas, cuestionarios y ficha de observación tanto para las personas que laboran en el departamento, como para valorar el sistema de historias clínicas actual. Entre los resultados más relevantes se pudo observar que: algunas historias clínicas mantenían registros de admisión incompletos de los pacientes, no existe un mecanismo de control que detecte irregularidades en el proceso actual de archivo y admisión (duplicidad de las historias clínicas), las personas que laboran en el departamento de estadística tienen limitado conocimiento acerca del manual de manejo y archivo de historias clínicas. Es así que, para mitigar todas estas deficiencias, se estructuró una propuesta de estrategias de mejora enfocadas al perfeccionamiento y control de las actividades ejecutadas en cuanto al archivo y admisión de historias clínicas, y de esta forma promover acciones sostenibles dentro del proceso actual.

Palabras Clave: historias clínicas, salud, registros médicos, normativa, estadística, control interno, estrategias, procesos, actividades, plan.

EXECUTIVE SUMMARY

The statistics department of the ‘‘Padre Alberto Buffoni’’ Basic Hospital (HBPAB) performs a set of structured activities that are fundamental for reliable health statistics. For this purpose, the management carried out by the department has brought with it certain difficulties about codification, preparation, files, timely provision and maintenance of secondary reports of the medical records generated in the Emergency and Hospitalization Room. The objective of the present study was to analyze the control system of clinical histories in 2015 period. Therefore, the research was exploratory and descriptive, through the inductive method. Instruments such as interviews, questionnaires and observation sheets were applied both to workers of the department and to value the current medical records system. Among the most relevant results, it was observed that: some clinical records maintained incomplete patient admission records, there is no control mechanism that detects irregularities in the current file and admission process (duplication of medical records), and workers in the statistical department have limited knowledge about the manual for managing and storing medical records. Therefore, in order to mitigate all these deficiencies, a proposal was designed for improvement strategies focused on the control of the activities carried out in relation to the archiving and admission of clinical records, and in this way to promote sustainable actions within the current process.

Keywords: clinical records, health, medical records, regulations, statistics, internal control, strategies, processes, activities, plan.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL AUTOR.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN EJECUTIVO.....	v
EXECUTIVE SUMMARY.....	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	3
1.1. ESTUDIOS PREVIOS.....	3
1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	5
1.2.1. GESTIÓN.....	5
1.2.2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	6
1.2.3. GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN EL SECTOR SALUD	6
1.2.4. CONTROL.....	6
1.2.5. CONTROL EN EL SECTOR DE LA SALUD	6
1.2.6. ESTADÍSTICA HOSPITALARIA	7
1.2.7. HISTORIAS CLÍNICAS	7
1.2.7.1. FINALIDAD.....	8
1.2.7.2. CARACTERÍSTICAS	8
1.2.7.3. CONTENIDOS MÍNIMOS	9
1.2.7.4. SISTEMAS DE REGISTRO Y ARCHIVO.....	10
1.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	11
CAPÍTULO II	13
MARCO METODOLÓGICO.....	13
2.1. TIPO DE ESTUDIO	13
2.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	13
2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	13
2.3.1. ENTREVISTA.....	13
2.3.2. CUESTIONARIO	14
2.3.3. FICHA DE OBSERVACIÓN DIRECTA.....	14

2.3.4.	FICHA DE OBSERVACIÓN INDIRECTA.....	15
2.4.	DISEÑO ESTADÍSTICO	15
2.4.1.	POBLACIÓN DE ESTUDIO	15
2.4.2.	MUESTRA.....	15
2.5.	PROCEDIMIENTOS	16
CAPÍTULO III.....		18
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS		18
3.1.	DIAGNÓSTICO ACTUAL DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA.....	18
3.2.	PROCEDIMIENTOS DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	19
3.2.1.	APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA.....	19
3.3.	PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE HISTORIAS CLÍNICAS	25
3.3.1.	CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	25
3.3.2.	DEPURACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	29
3.3.3.	ELIMINACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	30
3.3.4.	SISTEMAS DE ARCHIVOS AUTOMATIZADOS	31
3.4.	CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO Y CONTROL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	32
3.5.	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS EFECTUADAS EN EL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL PADRE ALBERTO BUFFONI.....	39
3.5.1.	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	39
3.5.2.	ACTIVIDADES OPERATIVAS	40
CAPÍTULO IV.....		42
PROPUESTA:.....		42
ESTRATEGIAS DE MEJORA AL SISTEMA DE CONTROL DE HISTORIAS CLÍNICAS.....		42
4.1.	INTRODUCCIÓN	43
4.2.	JUSTIFICACIÓN	43
4.3.	OBJETIVO GENERAL	44
4.4.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
4.5.	DESARROLLO	44
CAPÍTULO V		57
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		57
5.1.	CONCLUSIONES	57
5.2.	RECOMENDACIONES	58

REFERENCIAS	59
ANEXOS	59

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1: <i>Distribución de la Muestra</i>	16
Tabla 2: <i>Composición numérica de historias clínicas</i>	20
Tabla 3: <i>Instrucciones de llenado-Formulario 001/Admisión</i>	21
Tabla 4: <i>Métodos de conservación de historias clínicas</i>	27
Tabla 5: <i>Años de conservación de la historia clínica</i>	28
Tabla 6: <i>Dimensiones del archivo clínico</i>	28

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<i>Gráfico 1: Cálculo del tamaño muestral/Fuente-RAOSOFT ®</i>	16
<i>Gráfico 2: Método de archivo "Dígito Terminal Compuesto"</i>	20
<i>Gráfico 3: Archivo clínico dividido en secciones</i>	21
<i>Gráfico 4: Proceso de atención al usuario</i>	22
<i>Gráfico 5: Proceso de elaboración de la HC</i>	23
<i>Gráfico 6: Historias clínicas pasivas</i>	26
<i>Gráfico 7: Archivo central de almacenamiento Activo/Pasivo</i>	26
<i>Gráfico 8: Espacio físico y dimensiones de las estanterías del archivo central</i>	29
<i>Gráfico 9: Tarjetero índice manual antiguo</i>	31
<i>Gráfico 10: Tarjetero índice automatizado</i>	32
<i>Gráfico 11: Formularios Básicos Niños/as 0 - 2 meses</i>	33
<i>Gráfico 12: Nivel de incumplimiento Formulario de Admisión "Niños/as 0 - 2 meses"</i>	33
<i>Gráfico 13: Formularios Básicos Niños/as 2 meses - 9 años</i>	34
<i>Gráfico 14: Nivel de incumplimiento Formulario de Admisión "Niños/as 2 meses - 9 años"</i>	34
<i>Gráfico 15: Formularios Básicos Adolescentes 10 - 19 años</i>	35
<i>Gráfico 16: Nivel de incumplimiento Formulario de Admisión "Adolescentes 10 - 19 años"</i>	35
<i>Gráfico 17: Formularios Básicos Adultos de 19 - 64 años</i>	36
<i>Gráfico 18: Nivel de incumplimiento Formulario de Admisión "Adultos de 19 - 64 años"</i>	36
<i>Gráfico 19: Formularios Básicos Adulto Mayor - 65 años en adelante</i>	37
<i>Gráfico 20: Nivel de incumplimiento Formulario de Admisión "Adulto Mayor - 65 años en adelante"</i>	37
<i>Gráfico 21: Actividades administrativas efectuadas por el Dpto. Estadística</i>	41

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador	65
Anexo 2: Modelo de entrevista a “funcionarios sección de admisión y archivo de historias clínicas”	67
Anexo 3: Ficha de Observación de Historias Clínicas "Conservación y Archivo"	68
Anexo 4: Ficha de Observación de Historias Clínicas "Formularios básicos niños/as 0 - 2 meses" .	70
Anexo 5: Ficha de Observación de Historias Clínicas "Formularios básicos niño/a 2 meses - 9 años"	71
Anexo 6: Ficha de Observación de Historias Clínicas "Formularios básicos adolescentes 10 - 19 años"	72
Anexo 7: Ficha de Observación de Historias Clínicas "Formularios básicos adultos 19 - 64 años" .	73
Anexo 8: Ficha de Observación de Historias Clínicas "Formularios básicos adulto mayor 65 años en adelante"	74
Anexo 9: Cuestionario de Control Interno	75
Anexo 10: Categorización de los objetivos de la investigación	79

INTRODUCCIÓN

A consecuencia de los cambios presentados en la legislación ecuatoriana desde la emisión de la Nueva Constitución del Ecuador en el año 2008, reformas a leyes y otras disposiciones legales importantes, en Diciembre del 2014 la Contraloría General del Estado se vió en la necesidad de actualizar las Normas de Control Interno vigentes en el país, con el objetivo fundamental de proporcionar a las entidades y organismos del sector público, criterios claves y directrices que permitan la correcta administración de sus recursos, consecución de sus objetivos institucionales y garantizar la entrega de servicios públicos de calidad a las comunidades y familias ecuatorianas. Estos cambios también son aplicados al Sistema Nacional de Salud Pública del Ecuador, debido a que poco a poco se incorporó dentro de la administración el análisis, mejoramiento y control de la calidad de los servicios que prestan los establecimientos de salud médica a nivel nacional (Contraloría General del Estado, 2010).

El Área de Salud N°5 Quinindé, es un sistema local de salud conformado por el Hospital Básico Padre Alberto Buffoni (HBPAB) y 22 subcentros de salud, ubicados en parroquias urbanas y rurales del cantón; cuenta con alrededor de 20 profesionales de la salud, calificados y distribuidos en 10 especialidades médicas, quienes brindan atención a una población promedio de 122.570 habitantes, los 365 días de año.

El edificio principal de hospital fue construido hace 43 años, su infraestructura física acoge una parte de las oficinas administrativas y todas las estaciones operativas; pues con la creación del Distrito 08D04 de Salud Quinindé, la mayoría de las oficinas administrativas fueron trasladadas a dicho lugar. En la actualidad el Hospital Básico Padre Alberto Buffoni (HBPAB) tiene un total de 144.365 historias clínicas, atiende un promedio de 230 pacientes al día, el departamento de estadística cuenta con 3 personas realizando funciones de admisión y archivo de las historias clínicas generadas tanto por sala de emergencias y consulta externa, sin embargo estos funcionarios manifestaron que el trabajo es arduo y en ocasiones no se alcanzan para procesar dicha información (Equipo Técnico Hospital Básico Padre Alberto Buffoni, 2015).

Dada esta situación, se generó la necesidad de evaluar y fortalecer el sistema de control de historias clínicas del Hospital Básico Padre Alberto Buffoni (HBPAB), puesto que hoy en

día el departamento de Estadísticas del Hospital Básico Padre Alberto Buffoni (HBPAB) efectúa un conjunto de actividades estructuradas, dentro de las cuales está la recopilación y presentación de información sobre las asistencias médicas a la Dirección, pues la misma contribuye en gran medida para la toma de decisiones a nivel local y nacional, por lo tanto es indispensable conocer cuál es la situación actual del sistema de control de historias clínicas en el departamento de estadística del “Hospital Básico Padre Alberto Buffoni”, para contestar estas y otras interrogantes se efectuaron varias investigaciones en lo relativo a control interno, pues de esta forma se valoraron ciertos aspectos del control de las historias clínicas en cuanto a la codificación, preparación, archivo, provisión oportuna, análisis cuantitativo-cualitativo y mantenimiento de registros secundarios de las historias clínicas generadas en Sala de Emergencias y Hospitalización.

Bajo estas consideraciones descritas se presentan los siguientes objetivos motivo de la investigación.

General

- Analizar el sistema de control de historias clínicas en el departamento de Estadística del “Hospital Padre Alberto Buffoni” del cantón Quinindé, período 2015.

Específicas

- Investigar los procedimientos que establece el Ministerio de Salud Pública para el registro y control de historias clínicas en hospitales públicos.
- Analizar las actividades administrativas y operativas efectuadas por el departamento de Estadística del Hospital Básico Padre Alberto Buffoni.
- Elaborar estrategias de mejora al sistema de control de historias clínicas para la dirección del Departamento de estadística del Hospital Básico Padre Alberto Buffoni.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. ESTUDIOS PREVIOS

La revisión teórica analizada, ha permitido conocer información importante y relevante sobre estudios realizados por otros autores, relacionados al sistema de control de historias clínicas en Centros de Salud, dentro de los cuales se mencionan los siguientes:

En España, (Mahillo, 2013), realizó un estudio retrospectivo para evaluar la calidad de las historias clínicas (HC) en el área de podología de la Universidad de Sevilla, se evaluaron 28 aspectos de 330 HC de pacientes atendidos en el año 2008, de las cuales únicamente el 76,59% cumplían un nivel medio de aceptación debido a la inexistencia de normas técnicas, carencias en el formato de las HC y el bajo nivel de información registrada del paciente atendido.

Así también en España, (Ramos & Cuchí, 2012), realizaron un análisis de la relación directa entre calidad y eficiencia en el Servicio de Archivos y Documentación de un hospital, se clasificaron las tareas, uniformizaron criterios y se distribuyeron en función de los tiempos de entradas, salidas y procesos de calidad, se observó un 95.07% de media en el rendimiento del tiempo invertido en tareas respecto al total de la jornada, en conclusión al convivir sistemas en soporte papel, digitalización parcial, sistemas digitales, el conocimiento del número de tareas y su tiempo, ayuda a determinar el número de personas mínimas para abordar una correcta gestión.

Otra investigación en Cuba, realizada por (Ríos, Plasencia, Senra, & Páez, 2002), a fin de elaborar un conjunto de procedimientos que permitan conservar el mayor número posible de historias clínicas con información útil en el espacio destinado para el archivo, se estudiaron 180 HC correspondientes a diferentes servicios, a través de un formulario para realizar un resumen de la hospitalización, se logró que la documentación de cada hospitalización se redujera de un promedio de 20 a 5 hojas y con la utilización de los

procedimientos propuestos el 75 % de la documentación de cada hospitalización se podría destruir.

De igual forma en España, efectuaron un estudio (Tejedor, Aljama, Delgado, & Morilla, 2001) a fin de implementar, evaluar y mejorar un programa de calidad en el archivo de historias clínicas de un Hospital Universitario, se analizaron cada uno de los elementos estructurales del sistema: actividad general del archivo, historias clínicas no localizadas o no servidas y opinión y reclamaciones de los clientes, como resultado final la implementación del programa de calidad para el archivo de historias clínicas permitió alcanzar una mejora objetiva de algunos componentes de calidad como la custodia, disponibilidad, satisfacción del cliente y oportunidad en las entregas.

La necesidad de desarrollar e implantar programas de control de calidad en los centros asistenciales o áreas clínicas, llevó a Vicente & Asensio (2011) en España, a evaluar la calidad del Archivo de Historias Clínicas de un hospital de tercer nivel, mostrando que de las 16.702 Historias Clínicas que estaban en el Archivo 14.963 estaban fuera de él (no se localizaron, estaba mal gestionado su registro informático, incompletas y/o vacías) por lo que no debían de haber sido admitidas para su archivado, es decir que la calidad del Archivo de Historias Clínicas no se mantenía constante a lo largo del tiempo, siendo ésta una cualidad deseable en cualquier proceso.

A través de un estudio realizado en Perú por (Rocano, 2008), para evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos dentro del Servicio de Emergencia de un hospital general, se encontró que de las 86 historias clínicas auditadas calificaron como regulares, debido a que estas en su mayoría los datos de filiación y enfermedad estaban incompletos, no se enfatizaba en el motivo de consulta y tampoco en el estado general del paciente, en ninguna HC se registró la codificación, no se utilizaron los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos, ni el comentario y/o apreciación de los mismos médicos.

Un estudio no experimental realizado por (Gutiérrez, Pelayo, & Senior, 2014) en Venezuela, tuvo como finalidad el desarrollo de un sistema de información para la gestión de las historias clínicas integrales en un centro ambulatorio rural, a través de entrevistas

y encuestas aplicadas al personal médico y de enfermería de la institución, se determinó que la información contenida en las historias clínicas integrales no reunía las condiciones necesarias para que sean consideradas útiles y poseer un valor significativo para la institución, lo que permitió el desarrollo de un sistema de información pertinente con los requerimientos de la gestión de historias clínicas integrales para agilizar las gestiones administrativas y apoyar la toma de decisiones.

En Ecuador, (Lapo, 2015) realizó un estudio a fin de evaluar la incidencia de la historia clínica (HC) en la calidad de los servicios ofrecidos a los clientes internos y externos de una clínica privada, fundamentado en entrevistas directivos y encuestas al personal médico de la misma, demostraron que la HC actual no facilitaba la obtención de información debido a la ilegibilidad de los documentos que la componían y la exposición a errores o pérdida de información estaba latente e incluso podía acarrearle problemas legales a la institución.

Todas estas investigaciones sirvieron de base para ampliar el horizonte del estudio actual, conocer qué tipo de estudios se efectuaron, como se recolectó la información, que diseños metodológicos se utilizaron y cuáles fueron los principales resultados, a fin de precisar y estructurar de forma correcta el enfoque metodológico de la presente investigación.

1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.2.1. GESTIÓN

Es la acción de gestionar una actividad profesional de forma adecuada o precisar la organización de sistemas con el fin de desarrollar una estrategia de desarrollo y ejecutar la acción del personal involucrado (Enciclopedia y Biblioteca Virtual de las Ciencias Sociales, 2016), se aplica en todo el mundo, en cada negocio y la vida cotidiana (Hurtado, 2012), forma parte importante de una empresa e involucra una estructura organizacional interna, así como una metodología constante de mejora de las estrategias y procesos (Bernal, 2000).

1.2.2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Es el proceso de toma de decisiones, basado en los principios y métodos de administración en su capacidad corporativa (Bachenheimer, 2016), permite diseñar y mantener un entorno de trabajo adecuado para la consecución eficiente de los objetivos específicos de una organización (Terry, 2016), pues muchas veces estas pueden enfrentarse a ciertos obstáculos difíciles de controlar cuando existen errores administrativos (International Cooperation and Development Fund, 2016).

1.2.3. GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN EL SECTOR SALUD

El servicio médico que se lleva el usuario es algo que no puede tener un valor específico, por ello cada vez son más importantes los conocimientos en gestión para el desempeño de la actividad clínica asistencial y de gestión de los recursos sanitarios (Verde, 2015), pues la administración es un recurso aplicable en todas las áreas (Bonilla, 2009), sin embargo la gestión en el sector es compleja e implica crear nuevos sistemas, desarrollar nuevas estructuras y cambiar el estilo tradicional de trabajo de las personas (Temes & Mengíbar, 2007).

1.2.4. CONTROL

Es el mecanismo utilizado para comprobar que las cosas se ejecuten o se realicen tal y como fueron planificadas, de acuerdo a políticas, objetivos y metas fijadas previamente (Anzil, 2010), se emplea para crear mejor calidad de los productos o servicios que se ofrecen, agregar valor y facilitar la delegación de trabajo en equipo (Rezza, 2001), asegura la comunicación dentro de la empresa y que cada persona reciba la información precisa y a tiempo para responsabilizarse de su propio trabajo (Gisbert, 2016), su importancia radica en que si no existe un mecanismo adecuado de control los directivos no podrán evaluar cuál es la situación actual de la organización (Harold & Heinz, 1995).

1.2.5. CONTROL EN EL SECTOR DE LA SALUD

La mayoría de los Ministerios de Salud tienen mecanismos para planificar y ejecutar estrategias de fortalecimiento del sector e implementar una coordinación adecuada en

tareas de reducción de riesgos que puedan afectar su operatividad diaria (Temes & Mengíbar, 2007), pues las áreas en las que debe ser fortalecida es justamente la evaluación a los sistemas de control interno (Muñoz, y otros, 2016); hoy en día se ha convertido en un mecanismo que permite satisfacer las necesidades primordiales de la gestión estratégica de toda organización (Trujillo, 2016), además el seguimiento a los sistemas de control interno debe ir mejorando conforme a los cambios y riesgos a los que tenga que enfrentarse la entidad promoviendo de forma eficiente el logro de sus objetivos institucionales (Chary, 1995).

1.2.6. ESTADÍSTICA HOSPITALARIA

La estadística en los establecimientos de salud médica ha experimentado avances técnicos en los últimos años debido a la gran cantidad de información que se puede obtener de cada institución hospitalaria (Campos, 2010), permite obtener datos ya procesados sobre la utilización de los hospitales o establecimientos de salud, morbilidad hospitalaria, calidad de la atención médica en un determinado sector y comparar los cambios ocurridos en periodos sucesivos (Cantú & Gómez, 2003), e implica la transmisión de información a las autoridades locales y permite planear de forma clara el volumen de trabajo que deben efectuar las instituciones de salud (Pan American Health Organization, 2016).

1.2.7. HISTORIAS CLÍNICAS

Constituyen el documento a través del cual se recoge la información clínica de un paciente atendido en un centro de salud, dicha información va desde los datos personales de la persona hasta el diagnóstico de su enfermedad, control asistencial e incluso los tratamientos que reciba de manera periódica el paciente (BIOCOM - Informatica Medica, Consultoria, Redes, Software y Computación, 2016), sirven de apoyo para la atención que pueda recibir el paciente en cualquier centro de salud al que acuda por cuenta propia (Giménez, 2009), pues lo realmente importante es captar que le está ocurriendo a la persona en su salud y en qué circunstancias para seguidamente brindarle la ayuda necesaria (Guazitúa, 2007).

1.2.7.1. FINALIDAD

Es dejar constancia de todos los datos clínicos de un paciente para conocer el estado real de salud del mismo y facilitar la asistencia médica desde su nacimiento hasta su muerte (Jara, 2012), solo así los profesionales de salud podrán ejecutar un seguimiento riguroso y arduo a través del tiempo (Sánchez & Tito, 2013), además es considerada como un derecho del paciente y un deber del médico, constituyéndose en el medio por el cual se puede ejercer exigir justicia en el caso de que se cometa algún tipo de negligencia médica (Criado del Río, 2016).

1.2.7.2. CARACTERÍSTICAS

Para (Martínez, 2011), la historia clínica de un paciente debe contener las siguientes características para ser considerada como un documento legal válido.

- Confidencialidad, es un documento privado de la relación médico-paciente.
- Seguridad, condesa los datos personales del paciente y de los médicos que lo han atendido a lo largo del proceso asistencial.
- Disponibilidad, a pesar de que debe mantener la confidencialidad de las historias clínicas, deben servir de ayuda en casos que legalmente lo ameriten.
- Única, e irrepetible para cada paciente durante el proceso de labor asistencial.
- Legible, difícilmente podrán interpretar datos mal escritos y ordenados e incluso puede perjudicar tanto al paciente como al médico.

Por otro lado (Criado del Río, 2016), comparte que la historia clínica debe ser:

- Completa, porque debe reunir todos los datos clínicos del paciente así como detalles de la evolución del mismo.
- Ordenada, porque las anotaciones deben ir en orden secuencial.
- Respetuosa con el paciente y con los profesionales de la salud
- Rectificada siempre que sea necesario y corregir datos erróneos o incompletos, sin ocultar ningún tipo de información.

- Veraz, la no ocurrencia de aquello puede ocasionarle al médico una falta penal por información falta descrita en la historia clínica.

Sin embargo la revista (Innovar Salud, 2016) señala que es importante que los centros hospitalarios cumplan con los siguientes aspectos esenciales para salvaguardar la información clínica de los pacientes.

- Obligatoriedad de registro, de todos los criterios y resultados de las acciones en salud desarrolladas en beneficio de cada paciente atendido.
- Calidad de los registros de la HC, de forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, siglas, etc., cada anotación que efectuó el médico tratante, conjuntamente con la fecha y hora de la atención y la información completa del paciente.
- Custodia de la HC, velar por su conservación según sea el caso.

1.2.7.3. CONTENIDOS MÍNIMOS

Los contenidos mínimos incluyen: datos personales de identificación, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, capacitación, dirección, teléfono del domicilio y lugar de residencia; por otra parte la información contenida en la historia clínica puede obtenerse siguiendo el método clínico por diferentes vías que son: la anamnesis, exploración o juicios de valor del propio médico (Espinosa, Marín, Olarte, & Salazar, 2009).

En este mismo esquema conceptual (Castro & Gámez, 2016) añade que la hoja de historia clínica debe incluir los siguientes documentos:

- Hojas de curso clínico: Recogen información acerca de datos de la evolución del paciente, en cada anotación debe constar el nombre del médico por el cual fue atendido el paciente, hora y fecha respectivamente.
- Hojas de datos de enfermería: Consta la valoración que hacen las enfermeras al ingreso médico del paciente, son la base para la elaboración de la atención que hade prestársele.

- Hojas de prescripciones médicas: Recogen información farmacológica (dieta, controles, frecuencia, etc.) y no farmacológica de los tratamientos prescritos al paciente (dosis, fármacos, duración, vía de administración), además de los datos del médico tratante.
- Hojas de resultados o informes de otros servicios médicos: Contemplan resultados de laboratorio, anatomías patológicas¹, programación de exploraciones, etc.
- Registros de enfermería: planes de atención, controles, curas, balance de líquidos, valoración al alta.
- Hoja social: Se realiza si el paciente tiene un problema social, con ayuda de la trabajadora social y el médico tratante.
- Hoja de autorización: Existen de dos tipos, de autorización para exploraciones o intervenciones quirúrgicas y hojas de alta voluntaria.
- Hojas administrativas: Se genera cuando el paciente ingresa al hospital y recoge su información personal, datos asistenciales y económicos de ser el caso.

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, por ello la información contenida en el expediente será manejada con discreción y confidencialidad, y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de autoridad competente (Renán, 2001).

1.2.7.4. SISTEMAS DE REGISTRO Y ARCHIVO

Los registros clínicos de las personas son la prueba escrita de la calidad de la atención y constituyen evidencia documentada de lo que se encontró, lo que se hizo para prevenir o curar, cuándo se hizo y por quién (Moya, 2004), pues los registros efectuados deben ser consolidados con métodos de calidad, procesos de incorporación de información confiables, supervisados, analizados y en continuo cambio de capacitación al personal para que los procesos se consoliden en información que satisfaga las necesidades de la institución y el usuario (Laudon

¹ Estudio de las causas, desarrollo y consecuencias de las enfermedades.

& Jane, 2012). El registro y archivo de los datos clínicos permite generar los boletines mensuales de la producción estadística y las actividades realizadas a nivel institucional para ser consolidadas con los demás centros y ser proyectadas a nivel nacional y definir si se cumple con las normas de calidad de información (Umaña, 2008).

1.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Con el fin de garantizar los servicios de salud y garantizar la atención satisfactoria y eficiente de las personas a nivel nacional, regional y local; a través de normas y principios enmarcados en la Constitución de la República del Ecuador, se establece que el Estado Ecuatoriano estará facultado para ejercer la rectoría y normar a través de Ministerio de Salud Pública, la política nacional de salud, control de actividades y funcionamiento de las entidades del sector. Así también dentro del Plan Nacional del Buen Vivir, elaborado por la (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2009), en su objetivo 12 menciona que para la construcción de un Estado sólido, equilibrado, que promueva el desarrollo territorial, es necesario que se fomente y ejecute un servicio público eficiente que garantice una mejor calidad de vida para los ciudadanos ecuatorianos.

Dentro de la normativa legal que regula y direcciona a los establecimientos del sector sanitario del Ecuador, se mencionan las siguientes:

- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
- Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública (Acuerdo Ministerial No. 00001034 de fecha 01 de noviembre de 2011).
- Expediente Único para la Historia Clínica (Acuerdo Ministerial N° 0000116 del 16 marzo del 2007).
- Manual de Uso de los Formularios Básicos (Acuerdo Ministerial N° 000138 del 14 marzo 2008).
- Manual del Manejo, Archivo de las historias clínicas.
- Reglamento para el manejo de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud.

El (Consejo Nacional de Salud, 2002), menciona en su capítulo IV, Art. 27 que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador será el encargado de implementar y mantener un sistema de información común entre instituciones del sector sanitario, con el fin de proporcionar información útil que permita conocer la situación actual de la salud a nivel nacional, identificar riesgos latentes y orientar a los directivos a la toma de decisiones acertadas en su administración.

Es importante mencionar que dentro de los artículos 76, 77, 78 y 79 del Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud se establece que para la clasificación de las enfermedades en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, es obligatorio e imprescindible el uso y aplicación de la historia clínica única para las instituciones que forman parte de este Sistema.

Así también el Art. 40 del Estatuto Orgánico Sustitutivo de la Gestión Organizacional por procesos del (Ministerio de Salud Pública, 2016), señala que en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de la misión institucional, los procesos del MSP se ordenan y clasifican en procesos gobernantes, sustantivos, de apoyo y desconcentrados. Estos últimos permiten que las actividades desarrolladas por las instrucciones del sector público a nivel distrital ejecuten el Análisis de la Información Estadística de Salud.

Es necesario mencionar que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador como ente regulador de la política sanitaria, estableció dentro del Manual de Manejo y Archivo de las Historias Clínicas, elaborado por la Dirección de Aseguramiento de la Calidad del Ministerio de Salud Pública, varias directrices para el registro y control de historias clínicas en hospitales, centros o establecimientos de orden público, por ello es importante que el personal que labora en el área de estadística se acoja a los lineamientos que se encuentran detallados en el manual.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación fue de tipo exploratoria; en ella se determinan tendencias e identifican relaciones potenciales entre variables (Grajales, 2000), estuvo basada en entrevistas las cuales permitieron efectuar el levantamiento de información necesaria para conocer e identificar de forma clara si se está llevando un control adecuado de las historias clínicas procesadas por el departamento de estadística del hospital. Además a través del estudio descriptivo se pudo evaluar y recolectar datos sobre las características del fenómeno analizado y sus componentes (Vásquez, 2005), el análisis de la información se hizo a través de la observación directa e indirecta, cuestionario y entrevista, posteriormente se detallaron los datos cuantitativos y cualitativos obtenidos a través de los instrumentos mencionados como resultado final de la investigación.

2.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó el método inductivo puesto que de observaciones particulares, se llegó a conclusiones generales (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). A través de este método se hizo uso de una serie de herramientas e instrumentos que permitieron conseguir los objetivos de la investigación, además se logró concebir la información de forma clara y objetiva tomando como referencia el análisis del sistema de control actual de historias clínicas en el HPAB, para posteriormente llegar a una serie de conclusiones generales que permitieron elaborar varias estrategias de mejora al sistema actual.

2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

2.3.1. ENTREVISTA

Se efectuó al personal administrativo que labora en el departamento de estadística del hospital (3 personas), específicamente en la sección de archivo, admisión y documentación de las historias, incluida la Jefa del Departamento para conocer y evaluar la gestión ejecutada en el mismo en lo referente al control de historias clínicas,

además de obtener una visión más amplia de la información arrojada por el departamento de estadística y como esta le facilita a las autoridades competentes la toma de decisiones de acuerdo al seguimiento en las historias clínicas. El análisis cualitativo se efectuó a través de los contenidos narrativos obtenidos de las entrevistas a las personas mencionadas en el apartado anterior.

El cuestionario utilizado estuvo estructurado por 11 preguntas abiertas que abarcaron temas concernientes a las actividades administrativas ejecutadas en el departamento, procedimientos de control y registro, debilidades en el sistema de control actual, perspectivas de mejora, entre otros.

2.3.2. CUESTIONARIO

A través de un banco de preguntas presentadas en forma de “Check List”, se recopiló información proveniente de los diferentes elementos del control interno que se maneja dentro del departamento de estadística del hospital, el mismo que fue elaborado en base a los lineamientos que se enmarcan en el manual de manejo y archivo de historias clínicas y el reglamento para el manejo de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud.

Dentro de los aspectos evaluados se consideró: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Seguimiento, Supervisión y Control.

2.3.3. FICHA DE OBSERVACIÓN DIRECTA

De igual forma a través de la inspección documental de las historias clínicas elaboradas en el año 2015, se obtuvo información que sirvió de base para el análisis del tema de estudio, dentro de los parámetros evaluados se consideró el cumplimiento y asignación de los formularios básicos que requiere un paciente para aperturar un historial clínico y posteriormente gestionar su admisión, además se evaluó el llenado del formulario de admisión que es realizado por el personal de estadística para evidenciar si este cumple con los datos necesarios para su archivo posterior una vez que se ha aperturado dicho historial.

Por otro lado el análisis cuantitativo se realizó a través de porcentajes obtenidos de los criterios evaluados de las historias clínicas representativas de la muestra y además se diseñaron los gráficos respectivos para demostrar las cantidades de manera porcentual según los criterios evaluados de forma directa y explicativa.

2.3.4. FICHA DE OBSERVACIÓN INDIRECTA

Permitió tener un panorama amplio sobre la constatación de la aplicación del Manual de manejo y archivo de historias clínicas, también se elaboró una serie de preguntas para conocer aspectos relevantes en cuanto a la conservación, archivo de los documentos clínicos y las condiciones del servicio en general.

2.4. DISEÑO ESTADÍSTICO

2.4.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La presente investigación fue llevada a cabo en el Departamento de Estadística del Hospital Básico Padre Alberto Buffoni (HBPAB) del cantón Quinindé, provincia de Esmeraldas. En el hospital existen alrededor del 144.365 historias clínicas registradas hasta la fecha, sin embargo para el desarrollo de la investigación se evaluaron “aspectos o criterios” de 4.910 historias elaboradas en el periodo 2015, existentes en la sección de archivo clínico del hospital.

2.4.2. MUESTRA

Para el cálculo del tamaño muestra se ha utilizado el programa RAOSOFT®, para la estimación de una proporción representativa de la población finita de 4.910 historias clínicas motivo de análisis. Se estima que al menos el 50% de las historias clínicas revisadas tengan una calidad aceptable, un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, el tamaño muestral necesario es de 357 historias clínicas.

RAOSOFT®, es un programa utilizado para el cálculo de muestras representativas de un conjunto de datos y está en la base fuente para la elaboración de la metodología del plan de tesis que se debe cumplir en el proceso de investigación.

Raosoft Sample size calculator

What margin of error can you accept? %
5% is a common choice

What confidence level do you need? %
Typical choices are 90%, 95%, or 99%

What is the population size?
If you don't know, use 20000

What is the response distribution? %
Leave this as 50%

Your recommended sample size is **357**

The margin of error is the amount of error that you can tolerate. If 90% of respondents answer yes, while 10% answer no, you may be able to tolerate a larger amount of error than if the respondents are split 50-50 or 45-55. Lower margin of error requires a larger sample size.

The confidence level is the amount of uncertainty you can tolerate. Suppose that you have 20 yes-no questions in your survey. With a confidence level of 95%, you would expect that for one of the questions (1 in 20), the percentage of people who answer yes would be more than the margin of error away from the true answer. The true answer is the percentage you would get if you exhaustively interviewed everyone. Higher confidence level requires a larger sample size.

How many people are there to choose your random sample from? The sample size doesn't change much for populations larger than 20,000.

For each question, what do you expect the results will be? If the sample is skewed highly one way or the other, the population probably is, too. If you don't know, use 50%, which gives the largest sample size. See below under **More information** if this is confusing.

This is the minimum recommended size of your survey. If you create a sample of this many people and get responses from everyone, you're more likely to get a correct answer than you would from a large sample where only a small percentage of the sample responds to your survey.

La distribución de la muestra fue estratificada de acuerdo a los grupos de pacientes atendidos de periódicamente en el hospital, tal y como lo señala la siguiente tabla:

Tabla 1: Distribución de la Muestra

<i>GRUPOS</i>	<i>HISTORIAS CLÍNICAS (HC)</i>
Niño/as menores de 0 - 2 meses	72
Niño/as menores de 2 meses 1 día - 9 años	72
Adolescentes de 10 - 19 años	71
Adultos de 19 - 64 años 11 meses	71
Adulto mayor (más de 65 años)	71
TOTAL	357 HC

Fuente: Autor

2.5. PROCEDIMIENTOS

La investigación se realizó en el Hospital Padre Alberto Buffoni del Cantón Quinindé previo a la autorización de un documento legal otorgado por los directivos del hospital, posteriormente se investigaron conceptos de varios autores para tener las bases teóricas y legales suficientes que sustenten los objetivos de la investigación.

Además se utilizó el programa RAOSOFT® para obtener una muestra representativa del conjunto de datos motivo de análisis (historias clínicas), posteriormente se estratificó la

muestra por grupos de pacientes de acuerdo a las edades de los mismos, seguidamente se investigaron las bases legales suficientes para dar realce a la investigación y que además estén acorde a los objetivos de la misma.

Por otro lado se confeccionó una matriz categorial (*Ver Anexo 10*) para obtener los puntos claves de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación y de esa manera desarrollar los resultados recabando información específica que permita responder las interrogantes planteadas inicialmente.

Posteriormente se aplicó la ficha de valoración de criterios a las historias clínicas elaboradas en el año 2015 para conocer si estas cumplen con todos los parámetros descritos en los formularios básicos de admisión requeridos, así también las entrevistas efectuadas al personal que labora en el departamento de estadística permitió obtener información relacionada al objeto de estudio, pues gracias a ello también se pudo elaborar un diagrama de procesos con las actividades administrativas ejecutadas en el departamento de forma resumida, de igual forma se realizó la evaluación de control interno, para conocer si los controles aplicados actualmente están siendo efectivos.

Una vez aplicados los instrumentos y las técnicas de obtención de la información requerida, se procedió a condensar de forma resumida los datos obtenidos de las entrevistas y de las fichas de observación, para ello se utilizaron tablas de Excel configuradas para realizar la tabulación de forma porcentual de los datos obtenidos de las fichas, además se evaluó las opiniones obtenidas de las entrevistas, para con ello confeccionar las estrategias que permitan mejorar el sistema de control actual de historias clínicas, garantizando así la calidad de la información que se está generando.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1. DIAGNÓSTICO ACTUAL DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA

En el departamento de estadística existen a la fecha 144.365 historias clínicas aperturadas durante los 43 años de servicio que tiene el hospital, de las cuales existen pacientes que tienen más de 10 años que no acuden a recibir atención médica, de igual forma hay pacientes que llegan al hospital por circunstancias diferentes y algunos aprovechan su estadía en el cantón Quinindé para requerir atención médica en el hospital, pues en la mayoría de casos se les dificulta tomar un turno en los centros de salud ubicados en sus lugares de residencia.

Así también la mayoría de los profesionales médicos rurales aperturan su historia clínica durante su año de salud rural en el que prestan sus servicios al hospital para atenderse por motivo de alguna dolencia que tengan; estos y muchos otros más son algunos de los motivos por los cuales el número de historias clínicas hasta la fecha supera al número de habitantes de la población quinindeña.

Por otro lado, la implementación del índice de pacientes en el sistema automatizado por el Ministerio de Salud Pública, es aún un tema que requiere de atención pues se pudo evidenciar que existe únicamente el 50% de información de los pacientes que ha sido ingresada satisfactoriamente en el kardex hospitalario o tarjetero de índice automatizado.

En el mismo contexto a pesar de que no se efectúan evaluaciones periódicas para evaluar la calidad y el desempeño de las funcionarias de la sección de archivo y admisión de las historias clínicas, cada año se realiza la evaluación de desempeño anual y está a cargo del jefe inmediato.

Para un análisis profundo sobre los procedimientos que utiliza en la actualidad el departamento de estadística del hospital, se procedió a tomar información de primera mano de los funcionarios de la sección de archivo y admisión del hospital, para ello se

ha considerado categorías de acuerdo a los objetivos de la investigación siendo estas; procedimientos de registros, procedimientos de control de las HC, lo que conlleva al cumplimiento del registro y control de las mismas, así mismo a la identificación de actividades administrativas y operativas del departamento.

3.2. PROCEDIMIENTOS DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS

3.2.1. APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

Todos los establecimientos y centros de salud a nivel nacional que pertenecen a la red del Ministerio de Salud Pública, incluido el Hospital Padre Alberto Buffoni (HPAB), tienen la obligación de abrir una Historia Clínica Única (HCU), misma que debe estar compuesta por la carpeta física y el conjunto de formularios básicos para todos los usuarios que asistan por primera vez a solicitar atención médica.

El proceso de identificación de la HCU, es efectuado a través de un sistema denominado “dígito-terminal” simple (5 dígitos) y compuesto (6 dígitos), según el nivel de complejidad de la unidad operativa y numeración respectiva que corresponda. El archivo clínico del hospital está clasificado de acuerdo a los dos métodos: simple (historias clínicas desde 10.000-100.000) y compuesto (más de 100.000 historias clínicas).

El método del dígito terminal simple para archivar las historias clínicas (HC), se lo realiza según los dos últimos dígitos del número de la HC, estos dos últimos dígitos son denominados “primarios”, por ello el archivo clínico se divide en 100 secciones que van del 0 al 99 y las HC se archivarán en la sección que corresponda según sus dos últimos dígitos, ejemplo: las HC terminadas en 55 se archivan en la sección 55 y las que terminen en 22 se archivan en la sección 22, etc. De acuerdo al “método terminal compuesto”, el archivo clínico está dividido por espacios en tres grupos de dígitos, los dos últimos dos dígitos se denominan primarios, los dígitos del medio se denominan secundarios y los primeros se denominan final, tal y como se muestra a continuación:

Tabla 2: Composición numérica de historias clínicas

Número final	Número secundario	Número primario
15	00	20
14	00	20
13	00	20

Fuente: Autor

Para archivar según la sección a la que pertenece la HC, debe leerse el número de derecha a izquierda, ejemplo:

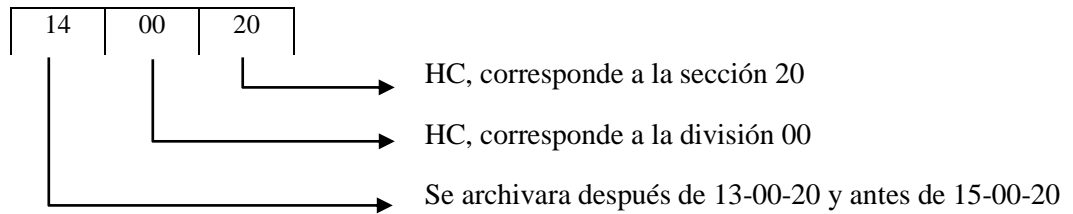


Gráfico 2: Método de archivo "Dígito Terminal Compuesto"

En esta sección del archivo clínico del hospital se encuentran las historias clínicas de los pacientes desde la numeración 100.000 en adelante, como se observa en la gráfica las estanterías se encuentran divididas por secciones rotuladas con el número respectivo que corresponde a la sección "x" y la división "y".



Gráfico 3: Archivo clínico dividido en secciones

El departamento de estadística es el encargado de registrar los datos personales del usuario y el número de historia clínica en todos los formularios asignados al expediente clínico del paciente, y de agrupar de forma separada el conjunto de formularios de cada consulta externa y de cada egreso hospitalario. El proceso de apertura del historial clínico de un paciente inicia con el llenado del **formulario 001-admisión hospitalaria**, este proceso de registro de los datos del paciente es únicamente realizado por el personal de estadística, en él se deben llenar datos referentes a:

Tabla 3: Instrucciones de llenado-Formulario 001/Admisión

Formulario 001-Admisión Hospitalaria	
Institución del sistema	Nombre de la institución del sistema nacional de salud que brinda el servicio.
Unidad Operativa	Nombre de la Unidad Operativa
Cód. UO	Código asignado a la Unidad Operativa
Cód. Localización	Códigos de la parroquia, cantón y provincia donde está la Unidad Operativa.
Nº HC	Numero de historia clínica asignado al usuario.
Identificación del usuario	Nombres y apellidos completos y nº de cedula de ciudadanía.
Dirección	Dirección de residencia actual: barrio, parroquia, etc.

Nacimiento, Nacionalidad y Grupo Cultural	Fecha y lugar de nacimiento, nacionalidad y grupo cultural al que pertenece.
Edad, Genero, Estado Civil e Instrucción	Edad en años cumplidos, genero, estado civil y último año de instrucción aprobado.
Fecha	Fecha de admisión
Ocupación	Ocupación o actividad económica actual.
Empresa donde trabaja	Empresa donde trabaja (cuando corresponda).
Tipo de seguro	Tipo de seguro de salud (si tiene).
Referido de:	Nombre de la institución que refiere al usuario cuando este venga de otro establecimiento de salud.
En caso de emergencia llamar a:	Datos de localización de un familiar o persona conocida a la que se pueda comunicar en caso de emergencia.
Admisionista	Código o las iniciales de la persona responsable del llenado de la historia clínica.

Fuente: Ministerio de Salud Pública/Formulario de Admisión 001



Gráfico 4: Proceso de atención al usuario

A continuación se muestra a través de un flujograma, como inicia el proceso de apertura de una historia clínica, para posteriormente terminar con el archivo final de toda la documentación.

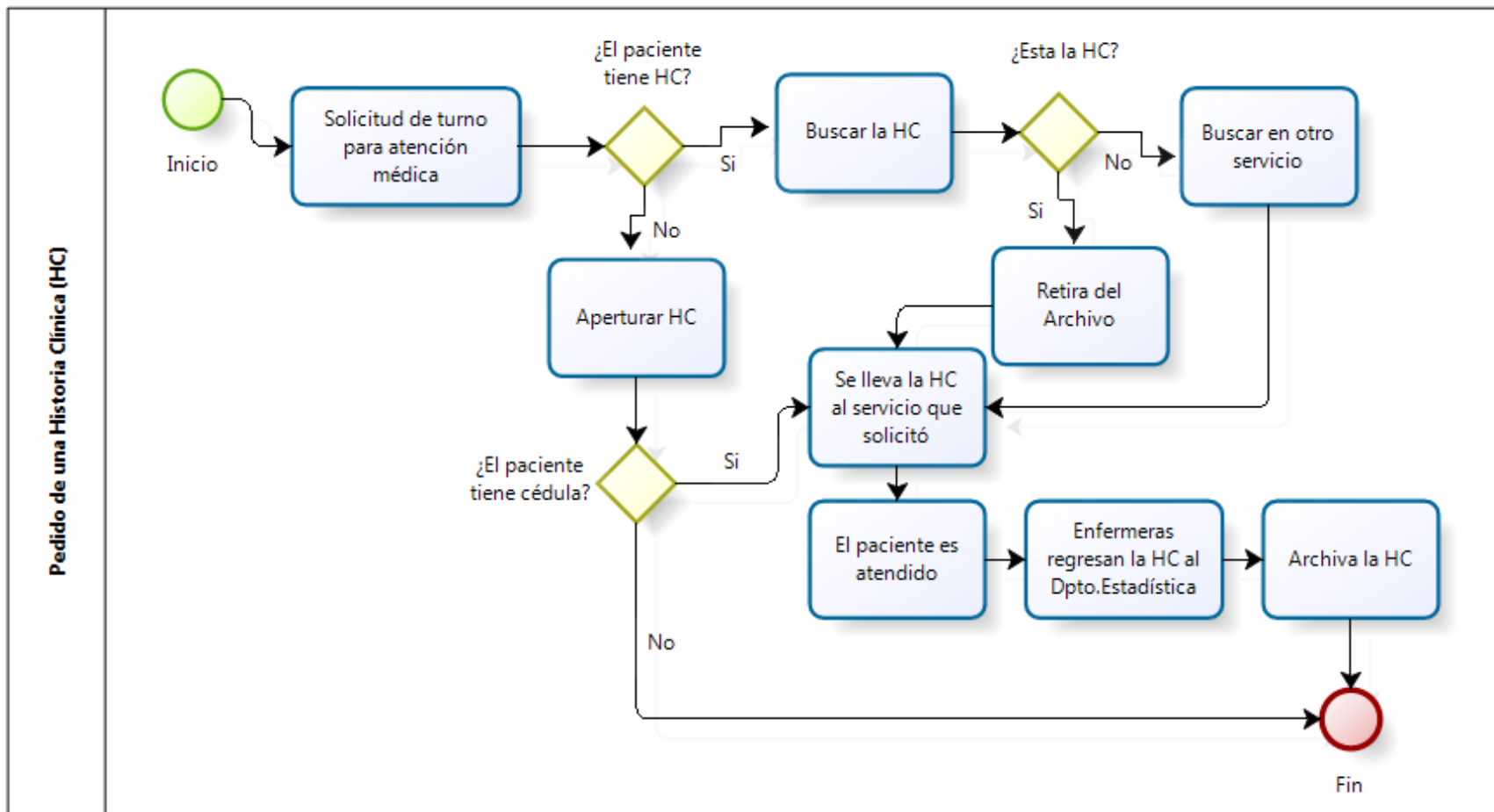


Gráfico 5: Proceso de elaboración de la HC

Dentro de las preguntas efectuadas en relación a los *procedimientos de registro* escritos y disponibles de historias clínicas, las personas encargadas de la admisión manifestaron que esta información únicamente es conocida por la Jefa del departamento de estadística del hospital, pues ellas conocen de forma superficial los lineamientos que se enmarcan en el manual de manejo y archivo de historias clínicas.

Sin embargo, es importante mencionar que las funcionarias que laboran en la sección de archivo y admisión de las historias clínicas, se encuentran aptas y capacitadas para aperturar, gestionar y archivar la documentación clínica de los pacientes atendidos debido a que todo su trabajo desempeñado hasta la actualidad está únicamente basado en la experiencia que han adquirido por los años de servicio que tienen, mas no porque se ha socializado el manual, pues manifestaron que es indispensable la capacitación en temas de normativa para que la atención a los usuarios sea de calidad y no existan ineficiencias en el servicio.

Así también, durante el proceso de investigación se pudo evidenciar de igual forma que la Jefa del Departamento está constantemente supervisando el trabajo de las funcionarias e indicándoles ciertas directrices en la ejecución del trabajo que desempeñan día con día, pues está pendiente de que el personal atienda de manera inmediata a los usuarios y que no existan contratiempos en el proceso de archivo y admisión de las historias clínicas; además de ejecutar su trabajo como persona responsable del área, debe procurar siempre que se garantice la atención a los usuarios externos.

Por otro lado es importante indicar que en la actualidad no existe un manual de procedimientos para las actividades propias que se efectúan en el departamento de estadística, incluida la sección de archivo y admisión de historias clínicas, es decir que no se encuentra un procedimiento específico para el registro de historias clínicas, más sin embargo los responsables de la dirección se encuentran trabajando en la elaboración de los manuales respectivos, que se esperan estén disponibles para su uso a mediados del año 2017.

3.3. PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE HISTORIAS CLÍNICAS

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador como ente regulador de la política sanitaria, estableció dentro del Manual de Manejo y Archivo de las Historias Clínicas, varias directrices para el control organizado y sistematizado de los expedientes médicos de los pacientes atendidos en los centros o establecimientos de orden público, a continuación se explicará el ciclo vital de la historia clínica una vez que se ha aperturado el historial respectivo.

3.3.1. CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Para la conservación organizada y segura de las historias clínicas almacenadas en los establecimientos de salud, se debe clasificar el archivo por su periodo de utilización y de uso activo o pasivo. El departamento de estadística del Hospital Padre Alberto Buffoni, tiene destinado un archivo central y un espacio físico para el resguardo y conservación de las historias clínicas de los pacientes atendidos de forma regular, cabe mencionar que el archivo central se encuentra organizado en forma ordenada, cronológica y accesible para los responsables de esa área.

A pesar de que no existe el archivo pasivo dentro del archivo clínico general para las HC que ya han cumplido su periodo de permanencia en el archivo activo debido a la inasistencia por más de 5 años del paciente al establecimiento de salud, se encontró que las historias clínicas que ya han cumplido este periodo se encuentran archivadas junto a las historias activas en las mismas estanterías, sin embargo estas se encuentran debidamente rotuladas y separadas con ligas para que no exista confusión de que ya no pertenecen al grupo normal de archivo.

Otro punto importante a destacar es que no existe ningún tratamiento especial de la información clínica en cuanto al registro para los pacientes que padecen algún tipo de enfermedad catastrófica, y es evidente que esto se debe al desconocimiento de la información legal que otorga el Ministerio de Salud Pública.



Gráfico 6: Historias clínicas pasivas



Gráfico 7: Archivo central de almacenamiento Activo/Pasivo

Por otro lado actualmente no existe un manual de procedimientos de las actividades que deben seguirse en la realización de las funciones del departamento. Pese a que el manual de manejo y archivo de historias clínicas (HC) menciona que los departamentos de registros médicos (estadística) deben tener un espacio físico destinado al archivo de las HC de los pacientes, este debe estar dividido en archivo activo para las historias clínicas de pacientes que han sido atendidos durante 5 años consecutivos, y otra parte en archivo pasivo para las historias clínicas de pacientes que no han recibido atención medica durante 5 años consecutivos también; con estos antecedentes se tiene que debido a la falta de espacio físico y estanterías, el cumplimiento de esta norma no se ha llevado a cabo.

Todas las historias clínicas de los pacientes, deben permanecer resguardadas en el archivo central del establecimiento de salud, de manera ordenada y accesible tomando como referencia la última atención al paciente, además saldrán del archivo exclusivamente para: atención en consulta externa, hospitalización y emergencia, para trámites legales, se menciona que debe entregarse un resumen de la Historia Clínica, previa autorización de la autoridad competente a cargo del establecimiento de salud.

Cabe mencionar que la HC debe conservarse por un periodo mínimo de 15 años, contados a partir de la fecha de la última atención al usuario; algunos de los métodos de conservación que existen actualmente y que se detallan dentro del manual de manejo y archivo de HC, son:

Tabla 4: *Métodos de conservación de historias clínicas*

Conservación Integral	Es el método por el cual las historias clínicas de los pacientes, permanecen en el archivo central de los establecimientos de salud de forma integral y completa, independientemente de que este activa o inactiva
Conservación Selectiva o Parcial	Es el método por el cual los responsables del archivo y manejo de las historias clínicas deciden mantener vigentes algunos formularios de historias clínicas (primarios o secundarios), en base a criterios que pueden ser de mucha utilidad en algún momento determinado.
Conservación por Resumen	Es el método por el cual se mantiene la epicrisis o en su defecto un resumen de la historia clínica, y por ello se elimina el resto de documentos que la conforman.
Conservación por Medios Electrónicos o Magnéticos	Se mantienen respaldos electrónicos de las historias clínicas de los pacientes, a través de la computarización, scanner y reproducción de los documentos por medio de fotografías, tarjetas (microfichas), diskettes, discos, etc.

Fuente: Manual de manejo y archivo de historias clínicas – Año 2007

Dentro del área de estadística del hospital, se utiliza el método de conservación integral de las historias clínicas, pues estas permanecen bajo el resguardo de la casa de salud y de las personas competentes, de forma integral y completa en las secciones correspondientes tanto del archivo activo como pasivo, además también es utilizado en método parcial cuando se hace el proceso de depuración de la documentación

respectiva, según criterios de los médicos especialistas y del comité de historia clínica encargado. Si durante este periodo de conservación en el archivo pasivo él solicita atención médica, su historia se retirará del Archivo Pasivo y se incorporará al archivo activo nuevamente.

Así también en cuanto al tiempo de vida útil de la historia clínica de los pacientes, según el tipo de hospital al que pertenece el “Hospital Básico Padre Alberto Buffoni”, oscila entre 5 y 10 años respectivamente de acuerdo a la tabla presentada a continuación:

Tabla 5: Años de conservación de la historia clínica

<i>TIPO DE HOSPITAL</i>	<i>ARCHIVO ACTIVO (AÑOS)</i>	<i>ARCHIVO PASIVO (AÑOS)</i>	<i>TOTAL</i>
Hospital de Especialidades	5	10	15
Hospital General	5	10	15
Hospital General Docente	5	10	15
Hospital Básico	5	5	10
Centro de Salud	5	5	10
Subcentros de Salud	5	5	10

Fuente: Manual de manejo y archivo de historias clínicas – Año 2007

Las historias clínicas de pacientes fallecidos en el hospital, se conservan por el periodo de 10 años desde la fecha de fallecimiento del paciente, específicamente 1 año en el archivo activo y el resto de años en el archivo pasivo. En cuanto al espacio físico del archivo central, activo y pasivo mantendrán las siguientes dimensiones:

Tabla 6: Dimensiones del archivo clínico

<i>TIPO DE HOSPITAL</i>	<i>ARCHIVO ACTIVO (ESPACIO)</i>	<i>ARCHIVO PASIVO (ESPACIO)</i>
Hospital de Especialidades	15m fondo por 10 ancho = 150m	15m fondo por 10 ancho = 150m
Hospital General	15m fondo por 10 ancho = 150m	15m fondo por 10 ancho = 150m
Hospital General Docente	8m fondo por 10 ancho = 80m	8m fondo por 10 ancho = 80m
Hospital Básico	4m fondo por 10 ancho = 40m	4m fondo por 10 ancho = 40m
Centro de Salud Urbano	4m fondo por 10 ancho = 40m	4m fondo por 10 ancho = 40m
Centro de Salud Rural	4m fondo por 10 ancho = 40m	4m fondo por 10 ancho = 40m
Subcentros de Salud	4m fondo por 10 ancho = 40m	4m fondo por 10 ancho = 40m

Fuente: Manual de manejo y archivo de historias clínicas - Año 2007

Durante el proceso de evaluación de control interno, se encontró que solo existe un archivo destinado al resguardo de todos los documentos en general, y como ya se

mencionó en el apartado anterior, no existe como tal el archivo pasivo, sin embargo el archivo central cuenta con las dimensiones que se enmarcan dentro de lo requerido para garantizar y precautelar la información clínica de los pacientes, incluso el espacio es más amplio.

En el mismo esquema conceptual, las estanterías alcanzan los 25cm. de profundidad y 28 cm. de alto entre bandeja y bandeja, con altura total de 1m.85cm., dejando desde el suelo al último estante 17 cm. y 2m12cm de ancho, tal y como lo señala el manual. En totalidad el espacio físico tiene bajo su resguardo 60 estanterías que en su mayoría son destinadas al archivo activo.



Gráfico 8: Espacio físico y dimensiones de las estanterías del archivo central

3.3.2. DEPURACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

La depuración es el proceso mediante el cual se procede a separar física y permanentemente los formularios y otros documentos anexos que contiene el historial clínico del paciente, según el tiempo transcurrido y estado de actividad o pasividad.

Los formularios de las historias clínicas que contengan información referida a exámenes diagnósticos, complementarios o de rutina de los pacientes, deben ser eliminados cada 6 meses y únicamente quedarán los formularios primarios, exámenes referidos a tuberculosis, tumores malignos, histopatológicos² y VIH-SIDA, mismos

² Examen que identifica alteraciones estructurales y anomalías proteicas o genéticas.

que deberán conservarse de forma permanente. Cualquier otro formato que no corresponda para el registro de historias clínicas, se considerara adicional y no puede reemplazar a los formularios de la historia clínica, por lo tanto deben ser excluidos. Es importante mencionar que es obligación que el personal de salud y administrativo mantenga completa rigurosidad de la información clínica de los pacientes y están obligados a guardar la confidencialidad de la información.

Otro punto importante mencionado es que no existe un mecanismo de control que detecte irregularidades en el proceso actual de archivo y admisión, pese a que la responsabilidad es compartida para todas las personas que laboran en esta sección del departamento de estadística, además existe cierta duplicidad en las historias clínicas que se generan, este evento es detectado al momento que el personal archiva las mismas o gestiona su atención con un médico especialista, en estos casos proceden a eliminar el historial repetido y asignar el número correspondiente.

3.3.3. ELIMINACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

La eliminación es el proceso a través del cual se procede a la separación física de la historia clínica de forma permanente del archivo pasivo, una vez cumplido su tiempo de vida útil, es decir que una vez que hayan cumplido su tiempo de permanecería en el archivo pasivo, siempre y cuando se preserve el grado de confidencialidad de la misma. El proceso de eliminación, se realiza siempre con la vigilancia del responsable de la Jefa de estadística y una vez aprobado el método de eliminación en sesión del comité de historia clínica, a través de los métodos de: reciclaje por trituración, donaciones (fines investigativos y docencia), conservación histórica o método mixto.

Sin embargo los responsables del área de estadística manifestaron que los documentos de exámenes complementarios de las historias clínicas no son eliminados cada 6 meses como es de legal cumplimiento, sino más bien cada año y no se ha utilizado ningún método de eliminación de los que permite el MSP (Ministerio de Salud Pública), pues la última eliminación de las historias clínicas pasivas se realizó a través del entierro de las mismas en un pozo séptico, pese a que el comité de historia clínica se reúne en sesión para esta elección.

3.3.4. SISTEMAS DE ARCHIVOS AUTOMATIZADOS

Para el registro sistemático de la información clínica de los pacientes, se utiliza el denominado *tarjetero índice automatizado*, el cual permite ubicar a un paciente como nuevo o antiguo dentro del establecimiento de salud, permitiendo de esta manera la localización rápida de la información del paciente y evitando así la duplicidad de la misma. A partir de la fecha de implementación, todos los registros nuevos de historias clínicas de pacientes, se ingresaron directamente en el tarjetero índice automatizado, sin embargo una debilidad latente aun es la gran cantidad de información que existe de los pacientes que aún no han podido ingresar al kardex hospitalario para la búsqueda rápida de la información de cada uno de ellos, esto se debe a que no existe personal suficiente para esta labor y personal actual no se abastece, en su defeco esta información únicamente es ingresada en tiempos de poco trabajo laboral o cuando no hay gran afluencia de pacientes.

Es importante mencionar que la jefa del departamento de estadística del hospital, tiene a su cargo y como responsabilidad principal el manejo de información en torno al ingreso, modificación y eliminación de las historias clínicas, además de la entrega de reportes periódicos en función de la operatividad propia de la institución.



Gráfico 9: Tarjetero índice manual antiguo

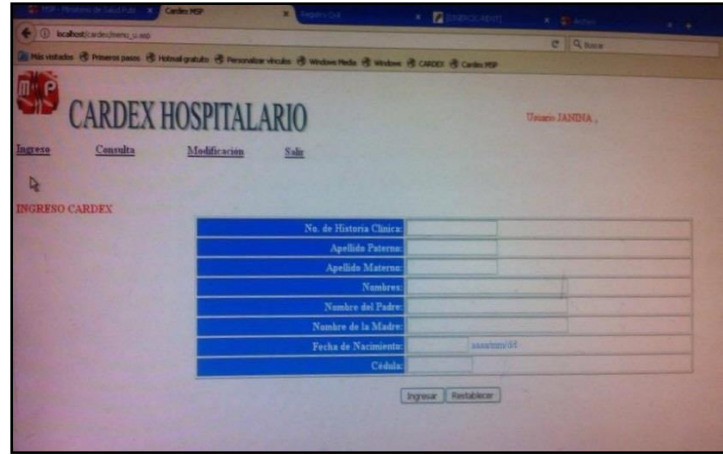


Gráfico 10: Tarjetero índice automatizado

Para realizar un análisis profundo de la investigación en cuanto a los procedimientos de registro y control de historias clínicas, se efectuó el análisis de la ficha de observación directa utilizada para evidenciar si cumplen o no con todos los formularios básicos necesarios que requiere un paciente al momento de aperturar su historial clínico y para que posteriormente sea gestionado su admisión y archivo.

3.4. CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO Y CONTROL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

De acuerdo a los resultados encontrados en el sondeo del procedimiento y control de la composición de los diferentes tipos de pacientes siendo estos: niño/as menores de 0 - 2 meses, niño/as menores de 2 meses 1 día - 9 años, adolescentes de 10 - 19 años, adultos de 19 - 64 años 11 meses, adulto mayor (más de 65 años), se pudo evidenciar lo siguiente:

TIPO DE PACIENTE: Niño/as menores de 0 - 2 meses

Las historias clínicas de los niños/as de 0 a 2 meses de edad que cumplen con los formularios básicos necesarios para aperturar su registro y admisión respectivamente, como refleja el grafico #2, el nivel de cumplimiento de los formularios básicos alcanza el 100% y únicamente el formulario de admisión cumple en un 89% de su registro de admisión, debido al incumplimiento de varios criterios importantes, dentro de los cuales se encuentran: nombre del admisionistas (persona que apertura un historial clínico) con un 67% de incumplimiento en la mayoría de formularios, así como también la institución del sistema y la unidad operativa es el dato que alcanza un 51% de incumplimiento, seguido del número de cédula que alcanza un 14% y referencia de personas a llamar en caso de emergencia que llega al 10% de nivel de incumplimiento, la cedula de identidad es el documento válido necesario para aperturar la historia clínica.

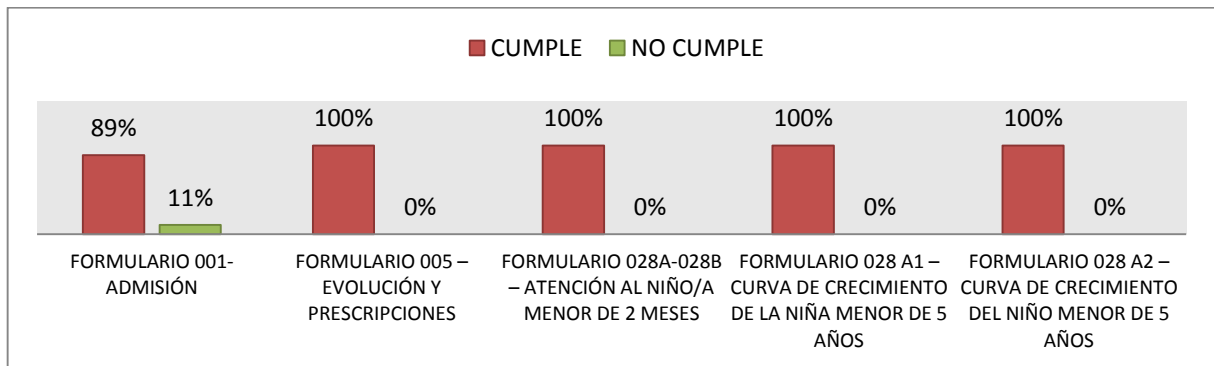


Gráfico 11: Formulario Básicos Niños/as 0 - 2 meses

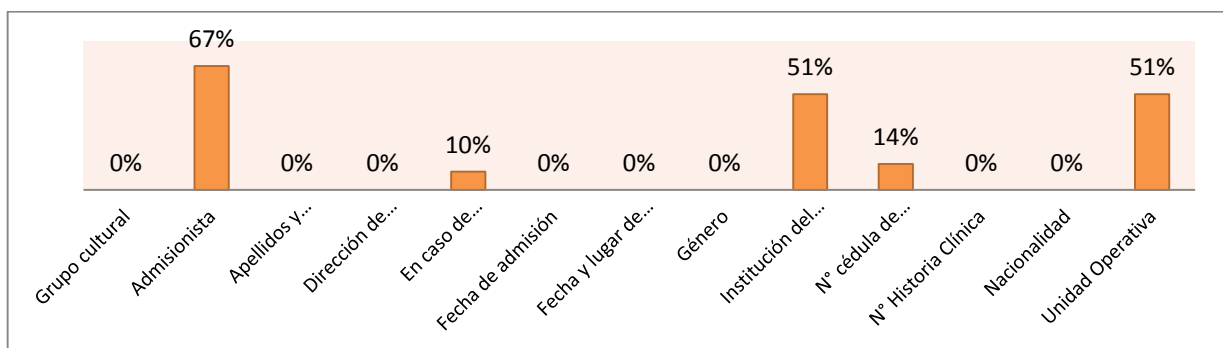


Gráfico 12: Nivel de incumplimiento Formulario de Admisión “Niños/as 0 - 2 meses”

TIPO DE PACIENTE: Niños/as de 2 meses - 9 años

Para el caso de los Niños/as de 2 meses - 9 años, se encontró que las historias clínicas tienen un nivel de cumplimiento del 85% en el formulario de admisión, lo que no pasa en el 15% restante, pues no cumplen con dicho formulario, dentro de los parámetros o criterios incumplidos están el nombre del admisionista con un nivel de incumplimiento del 75%, datos del sistema de salud y unidad operativa alcanzan el 36%, así como también datos referenciales en caso de emergencia y último año de instrucción aprobado respectivamente, entre otros. Por otro lado el formulario 028D-Atención al niño/a de 2 meses a 9 años muestra un nivel de cumplimiento del 93% y el formulario de curva de crecimiento refleja un nivel de cumplimiento del 99% para ambos casos (niños y niñas).

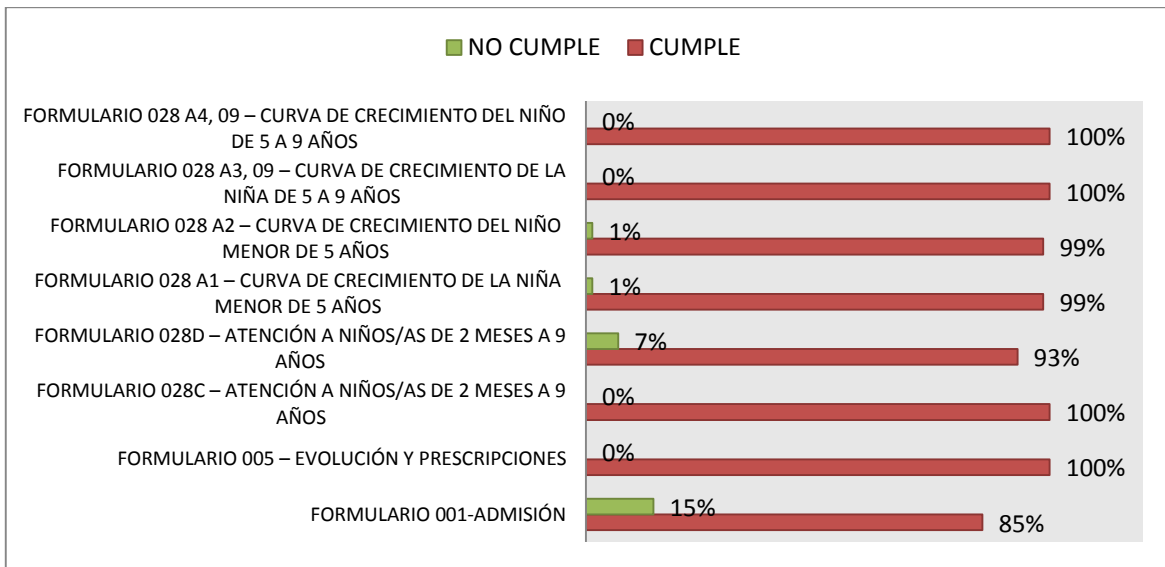


Gráfico 13: Formularios Básicos Niños/as 2 meses - 9 años

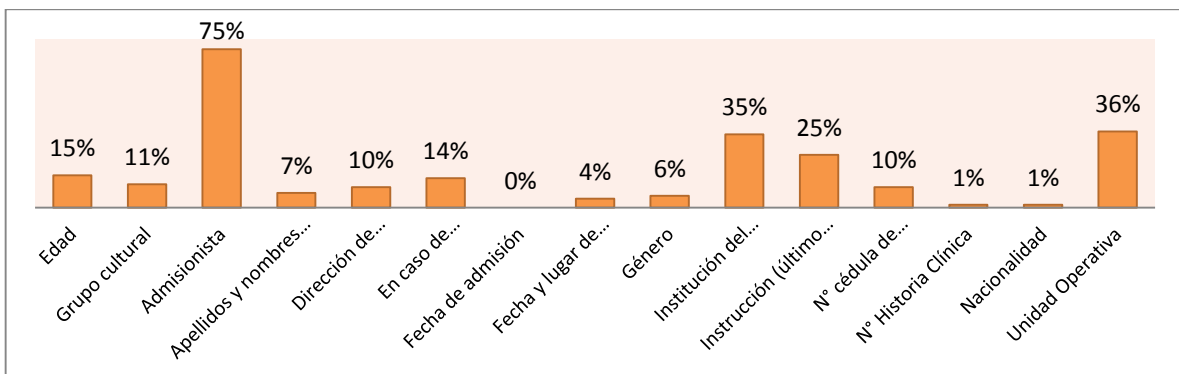


Gráfico 14: Nivel de incumplimiento Formulario de Admisión "Niños/as 2 meses - 9 años"

TIPO DE PACIENTE: Adolescentes de 10 a 19 años

En el caso de los adolescentes de 10 a 19 años se encontró que los formularios básicos cumplen con los criterios respectivos en un 83% y el 17% restante no cumple con ello debido al no registro de datos como: nombre del admisionista (74%), datos del sistema de salud y unidad operativa (40%), ocupación (29%), datos referenciales en caso de emergencia (19%) y otros respectivamente. Así también el formulario 056^a - Atención de mujeres adolescentes refleja un nivel de cumplimiento de (87%) y los hombres un (97%). El formulario CLAPS/OPS Historia del adolescente hombre/mujer muestra un nivel de cumplimiento en todas las historias clínicas analizadas del (71%) y para el caso de las embarazadas, el formulario de ganancia de peso de la mujer gestante releja un nivel del (97%).

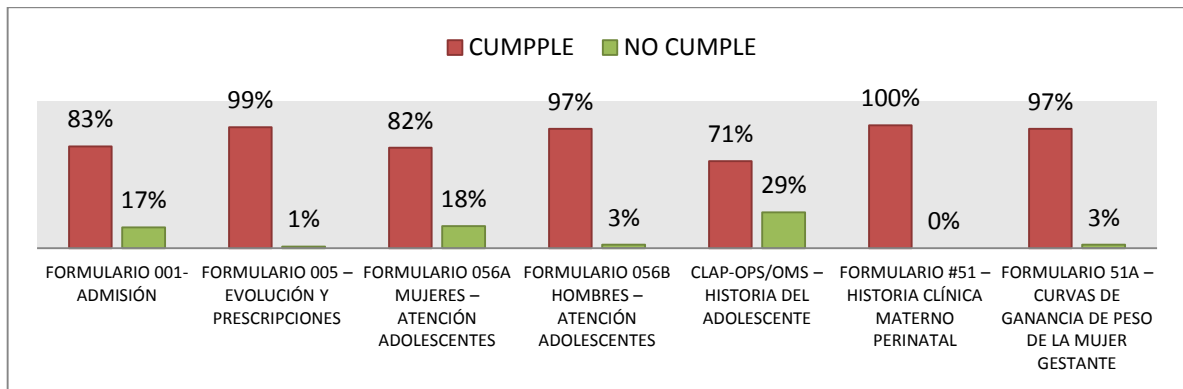


Gráfico 15: Formulario Básicos Adolescentes 10 - 19 años

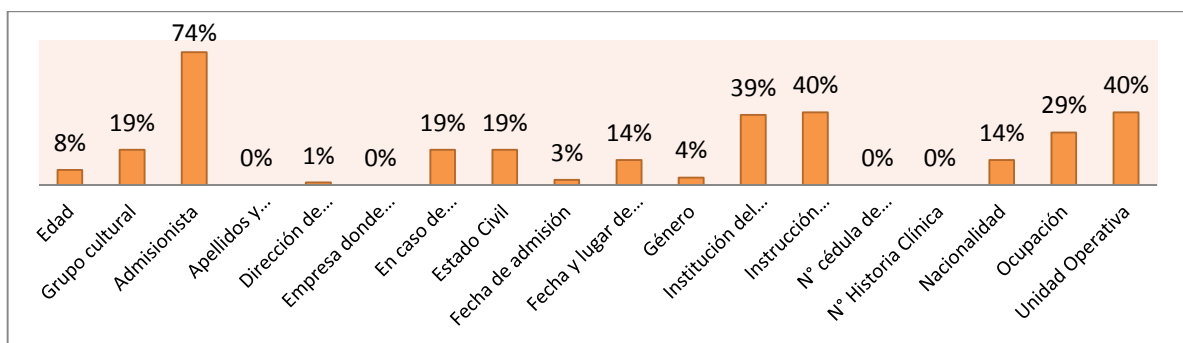


Gráfico 16: Nivel de incumplimiento Formulario de Admisión ‘Adolescentes 10 - 19 años’

TIPO DE PACIENTE: Adultos de 19 a 64 años

Para el caso de los Adultos de 19 a 64 años, se encontró que el nivel de cumplimiento del formulario de admisión fue del 82% y el 18% restante no cumple con algunos criterios necesarios para su admisión y estos son: nombre del admisionista (75%), datos del sistema de salud y unidad operativa (36%), ocupación (44%), referencia en caso de emergencia (21%), último año de instrucción aprobado (35%) y otros respectivamente. Así también el formulario de consulta hombre/mujer externa refleja un nivel de cumplimiento del (93%); para el caso de las adultas embarazadas, el formulario #51 – Historia Clínica Materno Perinatal muestra un nivel de cumplimiento del (96%) y el formulario de ganancia de peso de la mujer gestante un (97%).

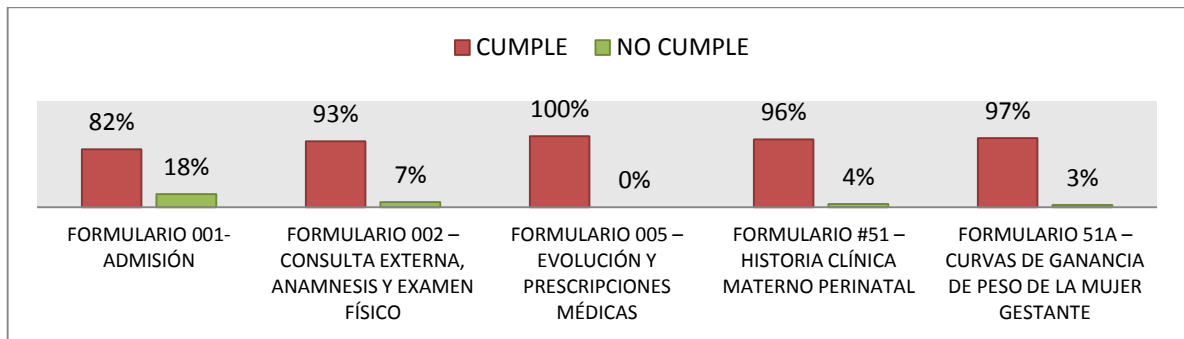


Gráfico 17: Formularios Básicos Adultos de 19 - 64 años

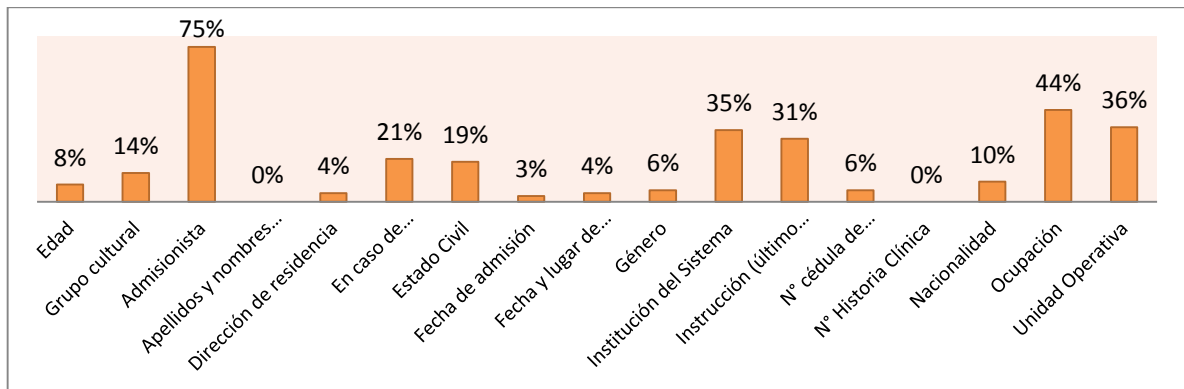


Gráfico 18: Nivel de incumplimiento Formulario de Admisión ‘Adultos de 19 - 64 años’

TIPO DE PACIENTE: Adultos mayores 65 años en adelante

En el caso de los Adultos Mayores, se tiene que el formulario de admisión refleja un nivel de cumplimiento del (84%) mientras que el (16%) no cumple con algunos criterios, dentro los cuales están: nombre del admisionista (76%), datos del sistema de salud y unidad operativa (46%), ocupación (40%), número de cédula (8%), referencia en caso de emergencia (11%) y otros respectivamente como muestra la gráfica. Por otro lado los formularios restantes (consulta externa, evolución y atención al adulto mayor) alcanzan un nivel de cumplimiento del 100%.

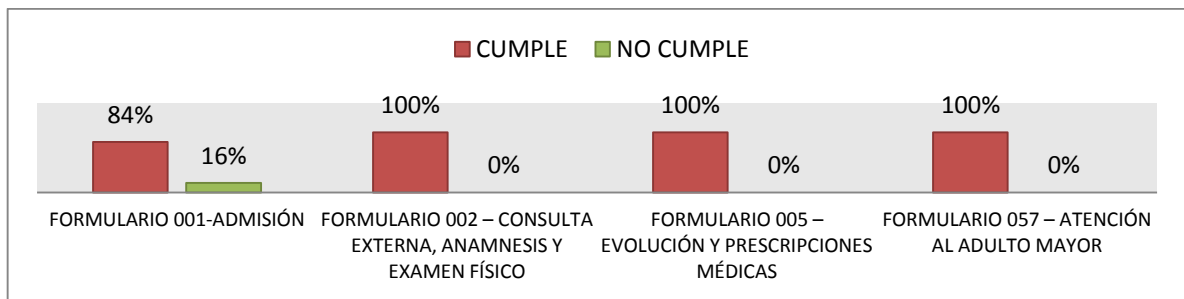


Gráfico 19: Formularios Básicos Adulto Mayor - 65 años en adelante

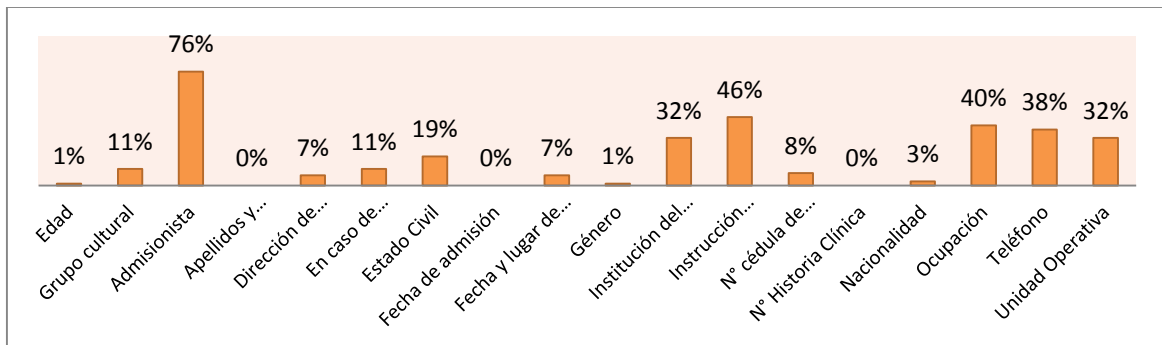


Gráfico 20: Nivel de incumplimiento Formulario de Admisión "Adulto Mayor - 65 años en adelante"

ANÁLISIS GENERAL

Dentro de los resultados más relevantes al evaluar el nivel de cumplimiento de los documentos clínicos del historial médico de los pacientes, se encontró que en algunas de las carpetas analizadas según los tipos de pacientes, faltaban varios formularios necesarios para que pueda ser gestionado su archivo e incluso también mantenían registros incompletos de los datos principales del paciente que son recogidos en el *Formulario 001 - Admisión Hospitalaria*

En total existe un 15% promedio de estas que no cuentan con los datos de admisión o datos de identidad de los pacientes, sin embargo aún existe integridad en la información clínica de los usuarios, y es necesario que el personal de admisión tenga mayor precaución en la validez de los datos de los pacientes, adicionalmente los formularios clínicos motivo de análisis se registran pero no se ordenan cronológicamente y esto se debe a que los médicos no son cautelosos al momento de manejar la información de los usuarios, además los admisionistas no verifican que la constancia de dicha información antes de gestionar el archivo correspondiente de las historias clínicas.

Por otro lado, en lo relacionado al uso de los documentos clínicos no se pudo evidenciar que estos únicamente se autorizan para fines concernientes a la atención de los usuarios u otro tipo de análisis estadístico, pues según datos obtenidos de las entrevistas si se han tomado historias clínicas para análisis posteriores, sin embargo no se pudo comprobar lo antes mencionado con algún documento que respalde dicha información.

Podemos concluir que a pesar de que los controles evaluados son efectivos y arrojan un nivel de confianza del 61.27%, aún existe un nivel de riesgo del 38.33% de los controles que no se están cumpliendo y los funcionarios tienen debilidades con la normativa aplicable vigente y es por eso que varios de los controles no se están aplicando de forma efectiva, de acuerdo a los parámetros establecidos en el *Anexo 9*.

En el mismo esquema contextual y para continuar con el análisis de la información en lo que respecta a las actividades administrativas y operativas efectuadas por el departamento de estadística del hospital, se ha considerado las siguientes categorías de acuerdo a los objetivos de la investigación.

3.5. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS EFECTUADAS EN EL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL PADRE ALBERTO BUFFONI

Las actividades y funciones que efectúa a diario el departamento de estadística marcan de una u otra forma las directrices y lineamientos generales para la toma de decisiones en la administración, sin embargo cabe mencionar que la administración en el sector de salud, propicia un desarrollo adecuado de las operaciones que se efectúan en las distintas áreas de un hospital. El conjunto de actividades ayudan a desarrollar una visión amplia del sistema de salud en general mediante la optimización de recursos humanos, técnicos, financieros y llevar así un estado de crecimiento continuo en los servicios que brinda el hospital, a fin cumplir las metas propuestas y dar respuestas a las necesidades de la población.

3.5.1. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

Para conocer cuáles fueron los resultados que se han dado en el departamento de estadística, se efectuaron entrevistas a los funcionarios que laboran en la sección de archivo y admisión de historias clínicas, de los cuales se presentan los siguientes aspectos.

Dentro de las preguntas efectuadas en relación a las *actividades administrativas efectuadas por el departamento de estadística*, la jefa encargada supo manifestar que el departamento cuenta con tres áreas claves para su funcionamiento: Archivo Clínico, Admisión Hospitalaria y Estadística, en este último se le otorga al paciente la primera atención en consulta externa y emergencias al momento del ingreso y egreso del paciente a través de la recepción de los datos personales del mismo, para de forma subsiguiente elaborar su expediente clínico. Cabe mencionar que el egreso también constituye parte fundamental de este proceso, pues permite elaborar propiamente las estadísticas de la salud que retroalimentan a los profesionales médicos y al personal administrativo del establecimiento, sobre los cuidados y recursos necesarios para brindar a la ciudadanía un servicio de salud de calidad. Dentro de las actividades principales se destacan las siguientes:

- Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (registro y consolidado de RDACAA de los profesionales, cierre y carga de mes).
- Elaboración de indicadores de rendimiento y epidemiológicos.
- Elaboración de indicadores de emergencia, laboratorio y ginecológicos.
- Reportes de morbilidades de emergencia.
- Reportes en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (ViEpi).
- Ingreso y egreso de pacientes de software de camas (sistema online MSP).
- Matrices de gestiones resumen de consulta externa.
- Informes estadísticos mensuales.

Además se envía información para que las autoridades puedan evaluar la calidad de los servicios que se ofrecen a la ciudadanía, de igual forma la información que se genera a nivel interno sirve de base para la generación de estadísticas de salud que al mismo tiempo se reportan a nivel local y nacional.

3.5.2. ACTIVIDADES OPERATIVAS

Para recopilar información acerca de las actividades operativas que realiza el departamento, se consideró información de primera mano las funcionarias que efectúan las funciones de archivo y admisión de las historias clínicas, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

En lo referente a las *actividades operativas efectuadas por del departamento de estadística*, las dos personas que trabajan en la sección de admisión y archivo clínico manifestaron que el departamento de estadística procesa, codifica y captura la información médica de los pacientes atendidos a diario y se brinda atención personalizada a los pacientes a través del registro de sus datos personales, iniciando así la formación de su expediente clínico y también el egreso del mismo en cualquier atención que este reciba. V Para una mejor comprensión, se diseñó un flujo de procesos de las actividades principales ejecutadas por la parte operativa del departamento, dentro de las cuales se destacan siguientes:

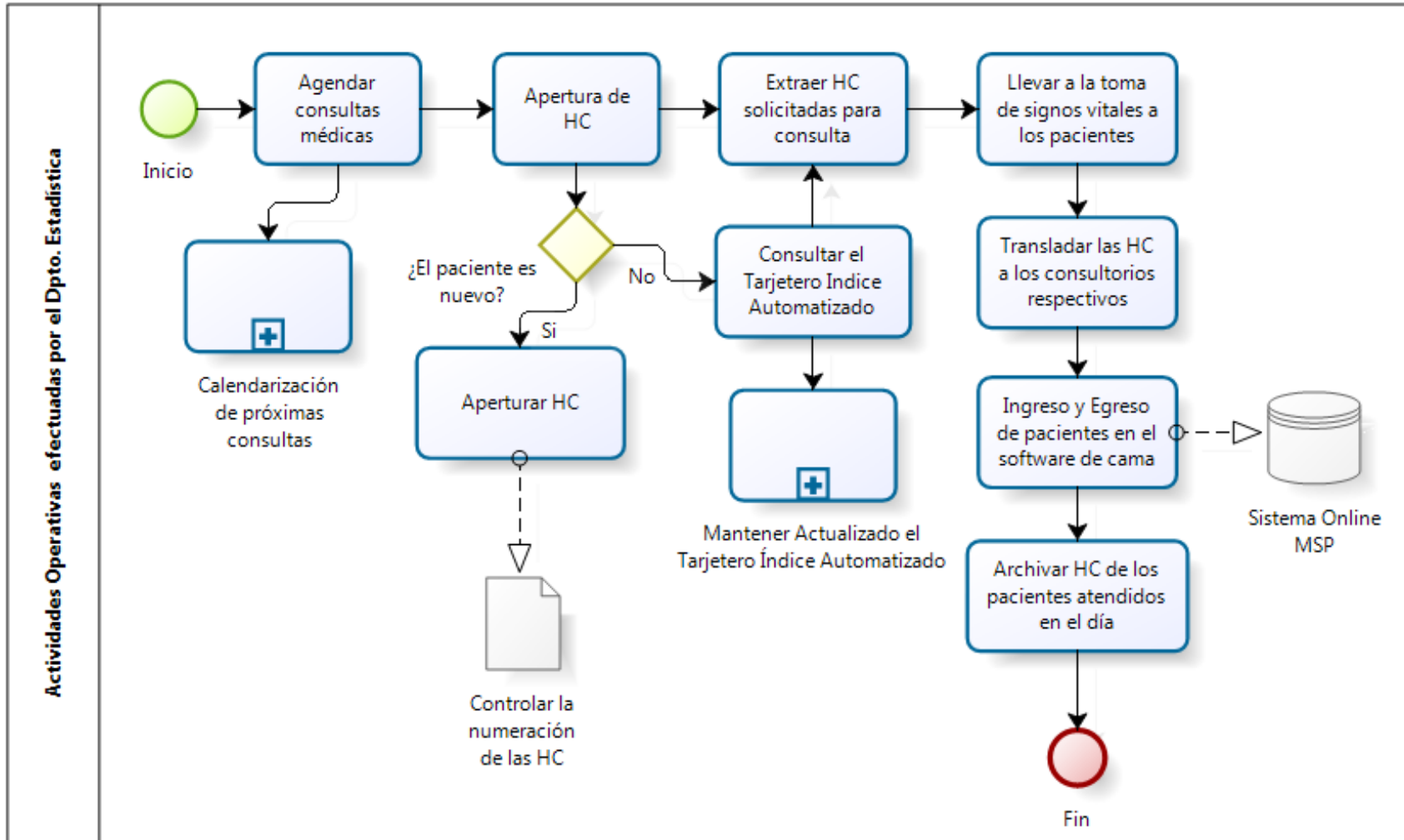


Gráfico 21: Actividades administrativas efectuadas por el Dpto. Estadística



ESTRATEGIAS DE MEJORA AL SISTEMA DE CONTROL DE HISTORIAS CLÍNICAS

Departamento de Estadística - HPAB



8 DE MAYO DE 2017
ÁREA DE SALUD N°5 QUININDÉ “HOSPITAL PADRE ALBERTO BUFFONI”
Quinindé - Esmeraldas

4.1. INTRODUCCIÓN

Una vez que se han obtenido los resultados y se ha realizado el análisis del Objetivo N°1, que tenía como finalidad investigar los procedimientos que establece el Ministerio de Salud Pública para el registro y control de historias clínicas en hospitales públicos, y el Objetivo N°2 que pretendía desarrollar un análisis de las actividades administrativas y operativas efectuadas por el departamento de estadística en donde además se evidenciaron ciertas debilidades, Se presentan varias alternativas de mejora para reforzar el sistema de control actual de historias clínicas en el hospital, mismas que se aspiran sean sostenibles y efectivas.

El diseño e implementación de un plan de mejora o estrategias, representan la principal aspiración dentro de la investigación presentada, mas sin embargo se fundamenta y cobra importancia con la participación de todos los miembros involucrados del departamento de estadística encargados de la sección de archivo y admisión de historias clínicas del HPAB.

Pues si bien es cierto, cuando la información es bien procesada se convierte en el instrumento necesario para planificar y dirigir las actividades de una organización, pues además facilita la supervisión del trabajo que se ha realizado.

4.2. JUSTIFICACIÓN

Apoyarse en fortalezas para superar las debilidades es sin duda alguna, la mejor opción del cambio, pues ello le permitirá al departamento de estadística del Hospital Padre Alberto Buffoni, realizar eficazmente el desarrollo de sus actividades. Es por ello que el presente trabajo de investigación tiene como objetivo fundamental diseñar un plan de mejora al sistema de control de historias clínicas del departamento de estadística del hospital con la finalidad de evaluar y controlar las actividades que se ejecutan a diario en cuanto al archivo y admisión de historias clínicas, y así promover acciones sostenibles dentro del proceso actual en función de los resultados que se vayan obteniendo.

El nuevo rol del estado ecuatoriano está enfocado a otorgar servicios de calidad pues una de las razones principales que originaron esta investigación, están referidas a la satisfacción de las necesidades de carácter general o social de la población. Siendo así,

se evidencia la necesidad de identificar las oportunidades de mejora en la gestión del sistema de control actual de historias clínicas en la sección de archivo y admisión del hospital.

Si bien es cierto existen varios modelos de estrategias de mejora que podrían aplicarse de una u otra forma, sin embargo lo importante es reflexionar que no hay nada más inútil que hacer de manera deficiente un trabajo y que este no tenga valor agregado para contribuir a la misión de la institución, pues se habrán desperdiciado recursos de toda índole sin ningún objetivo concreto, es por ello que las instituciones prestadoras de servicios de salud y otras organizaciones son eficientes y eficaces cuando implementan estrategias de mejora continua y reforzamiento de sistemas de control.

4.3. OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar estrategias de mejora al sistema de control de historias clínicas en el departamento de estadística del Hospital Padre Alberto Buffoni del cantón Quinindé.

4.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar la transmisión de conocimientos entre los miembros del departamento.
- Incorporar a miembros del departamento de estadística como actores principales en la mejora del sistema de control actual de archivo y admisión de historias clínicas.
- Crear mecanismos necesarios para el control de las historia clínicas y los procesos del departamento.

OBJETIVO N° 1: Mejorar la transmisión de conocimientos entre los miembros del departamento.

N°	ESTRATEGIAS	RESPONSABLE DEL CONTROL	INICIO	FINAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INDICADORES/METAS	% APORTE AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO
1.1	Socializar el Manual de Manejo y Archivo de las Historias Clínicas con todos los funcionarios del departamento, para que estos conozcan las directrices que deben seguirse en cuanto al proceso de archivo y admisión de las historias clínicas de los pacientes.	Jefa Departamento	Mayo 2017	Junio 2017	-Cronogramas de Socialización -Actas de asistencia -Fotos y Videos	100% personal inducido	25%
1.2	Elaborar guías de información sobre el levantamiento de procesos y los manuales de procedimientos respectivos que contengan los objetivos y la razón por la cual son importantes en la institución.	Equipo Técnico HPAB	Julio 17	Diciembre 17	-Constancia física del manual	Mínimo 1 manual	20%
TOTAL DE APORTE DE LA ESTRATEGIA AL OBJETIVO							45%

ESTRATEGIA 1.1: Socializar el Manual de Manejo y Archivo de Historias Clínicas con todos los funcionarios del departamento, para que estos conozcan las directrices que deben seguirse en cuanto al proceso de archivo y admisión de las historias clínicas de los pacientes.

N°	ACTIVIDADES / TAREAS	RESPONSABLE DEL CONTROL	INICIO	FINAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INDICADORES/ METAS	% APOORTE AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO
1.1.1	Jefe de estadística realiza el comunicado por medio de la convocatoria a los funcionarios del departamento y estipula fechas para la socialización.	Jefa Departamento	Julio 17	Agosto 17	- Correo institucional - Memo, oficio o alguna constancia	Mínimo una convocatoria en el periodo.	5%
1.1.2	Ejecución de la reunión y socialización del manual de manejo y archivo de historias clínicas.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	- Hoja de asistencia del personal.	Asistencia del 100% de los funcionarios.	5%
1.1.3	Discusión, debate y/o aclaración sobre temas concretos del manual que no estén claros u otras dudas existentes.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	- Informe sobre los puntos aclarados	100% de los funcionarios inducidos y 90% de la aclaración del manual de las HC.	10%
1.1.4	Elaborar un cronograma de capacitaciones al recurso humano del departamento, en temas legales y administrativos concernientes a la administración de las historias clínicas.	Jefa Departamento	Junio 2017	Julio 2017	-Programación de capacitaciones -Registros de asistencias	100% de los funcionarios capacitados.	5%
TOTAL DE APOORTE DE LA ESTRATEGIA AL OBJETIVO							25%

ESTRATEGIA 1.2: Elaborar guías de información sobre el levantamiento de procesos y los manuales de procedimientos respectivos que contengan los objetivos y la razón por la cual son importantes en la institución.

N°	ACTIVIDADES / TAREAS	RESPONSABLE DEL CONTROL	INICIO	FINAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INDICADORES/ METAS	% APORTE AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO
1.2.1	Levantar la información del proceso que siguen los funcionarios en cuanto al tiempo que se demoran en ejecutar cada actividad en el departamento.	Jefa del departamento en conjunto con el Equipo Técnico HPAB	Julio 17	Agosto 17	Flujograma de procesos de las actividades.	Flujo aprobado por la dirección administrativa.	10%
1.2.2	Una vez identificado los procesos por actividad, detallar la información necesaria concerniente a cada uno de los procesos con el fin de proporcionar una explicación para saber cómo actuar debido a una circunstancia.	Jefa Departamento	Julio 17	Agosto 17	- Manual de inducción y explicación de los procesos por cada una de las actividades.	Aplicados al 100% de los casos debidamente establecidos.	10%
TOTAL DE APORTE DE LA ESTRATEGIA AL OBJETIVO							20%

OBJETIVO N° 2: Incorporar a miembros del departamento de estadística como actores principales en la mejora del sistema de control actual de archivo y admisión de historias clínicas.

N°	ESTRATEGIAS	RESPONSABLE DEL CONTROL	INICIO	FINAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INDICADORES/ METAS	% APOORTE AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO
2.1	Verificar si el flujo de trabajo de las funcionarias es el adecuado en cuanto al tiempo que les toma ejecutar alguna actividad.	Jefa Departamento	Agosto 17	Septiembre 17	- Guía de observación directa del flujo grama de actividades administrativas del departamento.	Mínimo 1 ficha de observación por semana.	10%
2.2	Monitorear, controlar y evaluar el cumplimiento del manejo de las HC en base a las guías ya establecidas, así como las normativas, reglamentos y disposiciones legales vigentes.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	- Informe de muestras de la correcta aplicación de las disposiciones legales.	Mínimo 2 en el periodo 2017	15%
TOTAL DE APOORTE DE LA ESTRATEGIA AL OBJETIVO							25%

ESTRATEGIA 2.1: Verificar si el flujo de trabajo de las funcionarias es el adecuado en cuanto al tiempo que se demoran en ejecutar alguna actividad.

N°	ACTIVIDADES / TAREAS	RESPONSABLE DEL CONTROL	INICIO	FINAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INDICADORES/ METAS	% APORTE AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO
2.1.1	Diseñar un modelo de evaluación, cuya finalidad sea valorar el tiempo desarrollado de los funcionarios en sus respectivas actividades.	Jefa Departamento	Junio 17	Julio 17	Evaluaciones formuladas	Mínimo 1 semanal por cada actividad	3%
2.1.2	Aplicar la evaluación, cuyo fin sea obtener resultados sobre el proceso que se lleva en cada una de las actividades de acuerdo al recurso tiempo.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Evaluaciones aplicadas	Mínimo 1 semanal por cada actividad	5%
2.1.3	Una vez aplicada la evaluación se analizan los datos, para la toma de decisión respecto al adecuado flujo de trabajo en función al tiempo de cada actividad.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Informe de medidas para el mejoramiento del flujo de procesos de las actividades	Mínimo 1 semanal por cada actividad	2%
TOTAL DE APORTE DE LA ESTRATEGIA AL OBJETIVO							10%

ESTRATEGIA 2.2: Monitorear, controlar y evaluar el cumplimiento del manejo de las HC en base a las guías ya establecidas, así como las normativas, reglamentos y disposiciones legales vigentes.

N°	ACTIVIDADES / TAREAS	RESPONSABLE DEL CONTROL	INICIO	FINAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INDICADORES/ METAS	% APOORTE AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO
2.2.1	Diseñar una modelo de control interno de acuerdo a los parámetros establecidos en las guías propiamente dichas, para el manejo de las historias clínicas en concurrencia con las normativas y disposiciones legales.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Elaboración de un “Modelo de Control Interno” en relación al cumplimiento de parámetros.	100% apegado con las normativas vigentes.	5%
2.2.2	Aplicar el modelo de control interno, cuya finalidad sea monitorear y controlar el correcto cumplimiento del manejo de las historias clínicas.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Resultados del control interno	100% de los controles se deben cumplir.	8%
2.2.3	Analizar los resultados de acuerdo al manejo de las HC, para la toma de medidas correctivas.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Informe de medidas correctivas	Mínimo 1 por semana	2%
TOTAL DE APOORTE DE LA ESTRATEGIA AL OBJETIVO							15%

OBJETIVO N° 3: Crear mecanismos necesarios para el control de las historia clínicas y los procesos del departamento.

N°	ESTRATEGIAS	RESPONSABLE DEL CONTROL	INICIO	FINAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INDICADORES/METAS	% APOORTE AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO
3.1	Verificar que la totalidad de formularios básicos necesarios para gestionar la apertura de un historial clínico consten en el archivo del paciente y evaluar si existen errores o inconsistencias en el sistema de control actual de historias clínicas (HC).	Jefa Estadística	Julio 17	Diciembre 17	-Informe de muestras de análisis respecto al control de las HC.	Mínimo 2 al mes	5%
3.2	Verificar que el tarjetero índice de paciente se mantenga actualizado.	Jefa Estadística	Julio 17	Diciembre 17	-Informe de muestra de constatación de las HC con el tarjetero.	1 a la semana	5%
3.3	Extraer de las historias clínicas los documentos de exámenes complementarios que han perdido vigencia y que no requieren ser archivados por más tiempo en el historial clínico de los pacientes, pues no son eliminados cada 6 meses como	Jefa Estadística Operarias	Julio 17	Diciembre 17	-Informes de saneamiento de carpetas identificando n° de carpetas y personal responsable.	2 veces al año	7%

	es de legal cumplimiento, sino más bien cada año.						
3.4	Reubicar las historias clínicas que se encuentran en estado pasivo a otro sitio en donde pueda ser gestionado su archivo y control, puesto que no deben estar situadas en la misma estantería que las historias clínicas activas debido a que puede generar confusiones.	Operarias	Julio 17	Diciembre 17	-Informes de cambio de ubicación de historias clínicas (HC)	Cada vez que se requiera	5%
3.5	Adoptar uno de los mecanismos estipulados dentro del manual de manejo y archivo de las historias clínicas para la eliminación de las mismas, cuando estas cumplen su periodo de permanencia en el archivo activo.	Jefa Estadística	Julio 17	Diciembre 17	-Informe de la depuración de HC.	Cada vez que se requiera	8%
TOTAL DE APORTE DE LA ESTRATEGIA AL OBJETIVO							30%

ESTRATEGIA 3.1: Verificar que la totalidad de formularios básicos necesarios para gestionar la apertura de un historial clínico consten en el archivo del paciente y evaluar si existen errores o inconsistencias en el sistema de control actual de historias clínicas (HC).

N°	ACTIVIDADES / TAREAS	RESPONSABLE DEL CONTROL	INICIO	FINAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INDICADORES/ METAS	% APORTE AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO
3.1.1	Diseñar una hoja “Check List” en donde se constante el uso de los formularios correspondientes de acuerdo al perfil de cada uno de los pacientes.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Diseñar un “Check List” correspondiente al buen uso de los formularios.	100% formularios correspondientes.	1%
3.1.2	Aplicar el instrumento diseñado, de acuerdo al perfil de cada uno de los tipos de pacientes.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Selección de muestras aplicadas a la revisión de los formularios por tipo de paciente.	100% de las muestras deben contener los formularios correctos.	3%
3.1.3	En caso de encontrar errores de acuerdo a los resultados de aplicación, tomar acciones correctivas.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Informe de toma de acciones correctivas.	Mínimo 1 semanal por cada tipo de paciente.	1%
TOTAL DE APORTE DE LA ESTRATEGIA AL OBJETIVO							5%

ESTRATEGIA 3.2: Verificar que el tarjetero índice de pacientes se mantenga actualizado.

N°	ACTIVIDADES / TAREAS	RESPONSABLE DEL CONTROL	INICIO	FINAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INDICADORES/ METAS	% APOORTE AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO
3.2.1	Designar a los responsables de ejecutar periódicamente esta actividad.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Informe de actividades diarias	100% del tarjetero actualizado	1%
3.2.2	Generar un reporte diario de los registros ingresados en el día.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Informe de los registros ingresados.	100% del tarjetero actualizado	2%
3.2.3	Sacar respaldos magnéticos de la información ingresada.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Constatación física.	100% respaldo de la información.	1%
3.2.4	Realizar seguimiento de la información ingresada y eliminar aquella que presente inconsistencias.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Informe de seguimiento	90% información ingresada no presente inconsistencias	1%
TOTAL DE APOORTE DE LA ESTRATEGIA AL OBJETIVO							5%

ESTRATEGIA 3.3: Extraer de las historias clínicas los documentos de exámenes complementarios que han perdido vigencia y que no requieren ser archivados por más tiempo en el historial médico de los pacientes, pues no son eliminados cada 6 meses como es de legal cumplimiento, sino más bien cada año.

N°	ACTIVIDADES / TAREAS	RESPONSABLE DEL CONTROL	INICIO	FINAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INDICADORES/ METAS	% APOORTE AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO
3.3.1	Crear un cronograma semestral de planificación correspondiente a la eliminación de los documentos innecesarios.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Cronograma elaborado.	Mínimo 2 cronogramas de eliminación en el año.	4%
3.3.2	Realizar el seguimiento de la gestión realizada de acuerdo a una muestra tomada del respectivo cronograma.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Informe de selección de muestra	Mínimo 3 informes de seguimiento por semestre.	3%
TOTAL DE APOORTE DE LA ESTRATEGIA AL OBJETIVO							7%

ESTRATEGIA 3.4: Reubicar las historias clínicas que se encuentran en estado pasivo a otro sitio en donde pueda ser gestionado su archivo y control, puesto que no deben estar situadas en la misma estantería que las historias clínicas activas debido a que puede generar confusiones.

N°	ACTIVIDADES / TAREAS	RESPONSABLE DEL CONTROL	INICIO	FINAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INDICADORES/ METAS	% APOORTE AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO
3.4.1	Crear la necesidad a los directivos del hospital del espacio calificado para el traslado de las historias clínicas en estado pasivo.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Informe de solicitud debidamente justificado con la disposición legal.	Contar con un espacio físico para el correcto traslado.	2%
3.4.2	Traslado respectivo de las HC que se encuentren en estado pasivo.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Informe de reubicación y traslado de las HC, evidenciar con listado y fotografías.	100% de las HC en estado pasivo.	3%
TOTAL DE APOORTE DE LA ESTRATEGIA AL OBJETIVO							5%

ESTRATEGIA 3.5: Adoptar uno de los mecanismos estipulados dentro del manual de manejo y archivo de las historias clínicas para la eliminación de las mismas cuando estas cumplen su periodo de permanencia en el archivo pasivo.

N°	ACTIVIDADES / TAREAS	RESPONSABLE DEL CONTROL	INICIO	FINAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INDICADORES/ METAS	% APOORTE AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO
3.5.1	Convocar una junta directiva (comité de historia de clínica) en donde se llegue a una elección de modalidades de eliminación de las diversas que se promulgan en el manual del manejo de las HC.	Comité de Historia Clínica	Julio 17	Diciembre 17	Asistencia de comisión formada (junta directiva) Actas de resolución.	Disposición de 1 modalidad para la eliminación de las historias clínicas.	2%
3.5.2	Elaborar un plan de trabajo para la selección y eliminación de las historias clínicas que se encuentran en estado pasivo.	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Plan de trabajo aprobado	Mínimo 1 vez al año.	4%
3.5.3	Proceder a ejecutar el plan de acuerdo a lo planificado,	Jefa Departamento	Julio 17	Diciembre 17	Informe de las HC debidamente eliminadas, evidenciadas con listados y fotografías	Mínimo 1 vez al año.	2%
TOTAL DE APOORTE DE LA ESTRATEGIA AL OBJETIVO							8%

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se pudo determinar que las personas que laboran en el departamento de estadística tienen conocimientos limitados de la información acerca del manual de manejo y archivo de historias clínicas y todo su trabajo desempeñado hasta la actualidad está únicamente basado en la experiencia que han adquirido por los años de servicio que tienen en el hospital, en virtud de lo cual se tiene lo siguiente:
 - Se pudo constatar que en algunas de las historias clínicas elaboradas en el año 2015, faltan datos de admisión de los pacientes, por lo que esto provoca que se estructuren de forma incompleta los registros de admisión de los mismos.
 - El espacio actual de almacenamiento de historias clínicas es muy reducido y no permite generar el espacio físico necesario de archivo activo y pasivo para el resguardo de los documentos clínicos de los pacientes según señala el manual de manejo y archivo de historias clínicas.
- No existe un flujograma de actividades dentro del área de estadística que permita conocer de forma puntual las actividades que desempeña el personal.
- No existe un mecanismo de control que detecte irregularidades en el proceso actual de archivo y admisión, por lo que el diseño de varias estrategias de mejora, están enfocadas al perfeccionamiento y control de las actividades ejecutadas en cuanto al archivo y admisión de historias clínicas, permitiendo así promover acciones sostenibles dentro del proceso actual.

5.2. RECOMENDACIONES

- Mantener precaución cuando se efectuó el ingreso de la información básica de los pacientes en los formularios de admisión, pues en algunos se encontraron espacios en blanco y además asegurarse de que la carpeta del paciente cuente con todos los formularios básicos necesarios para gestionar su registro.
- Debe llevarse un archivo activo y pasivo dentro del archivo clínico general del departamento, además es importante que se respeten los años de vida útil de los archivos y que se depuren los documentos que ya no tiene validez dentro del historial clínico de un paciente.
- Estructurar el manual de procedimientos de las actividades ejecutadas en el departamento, debido a que es importante reflexionar y comprender que es lo que se hace y porqué se lo hace, sobre esta base optimizar los recursos necesarios para ser más eficientes y eficaces como sea posible.
- Tomar en consideración las estrategias presentadas y enmarcadas en el presente documento, a fin de mitigar las debilidades encontradas en el departamento de acuerdo a los resultados de la investigación.

REFERENCIAS

- Anzil, F. (3 de Septiembre de 2010). *Definición de Control*. Obtenido de http://www.bucaramanga.gov.co/documents/controlinterno/FOLLETO_ACTUALIZADO_NOVIEMBRE.pdf
- Asensio, P., & Vicente, J. (2011). Evaluación de un archivo de historias clínicas mediante la aplicación de métodos de control estadístico de la calidad. *Revista Española de Salud Pública*, 391-404.
- Aycaguer, S. (1997). Cultura Estadística e Investigación Científica en el campo de la Salud: Una mirada crítica. *A contracorriente*, 43-58.
- Bachenheimer, H. (16 de Agosto de 2016). *Definición de Gestión Administrativa*. Obtenido de http://drupal.puj.edu.co/files/OI118_Herman_0.pdf
- Bernal, C. (2000). *Metodología de la Investigación para Administración y Economía*. Bogotá: Editorial Pearson.
- BIOCOM - Informatica Medica, Consultoria, Redes, Software y Computación. (29 de Junio de 2016). *Definiciones de Historias Clínicas*. Obtenido de http://www.biocom.com.ar/sistema/historias_clinicas/historia_clinica_informatica.html
- Bonilla, M. (24 de Agosto de 2009). Gestión de Empresas de Salud. (J. Cortéz, Entrevistador)
- Caicedo, R. (1997). Auditoría médica para la garantía de calidad en salud. *Control Interno en las Entidades Hospitalarias*, 23-36. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4804574.pdf>
- Campos, T. (2010). *Conceptos Modernos de Estadística Hospitalaria*. Washington: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.
- Cantú, P., & Gómez, L. (2003). El Valor de la Estadística para la Salud Pública. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 34-36.
- Castro, I., & Gámez, M. (19 de Julio de 2016). *Historia Clínica: Documentos que forman la Historia Clínica*. Obtenido de <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/ftomo1/cap22.pdf>
- Chary, J. (1995). *Gerencia de Contol Interno en Entidades del Estado*. Medellín: Editorial Limusa.
- Consejo Nacional de Salud. (25 de Septiembre de 2002). *Ley Organica del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de Consejo Nacional de Salud: www.conasa.gob.ec/index.php?option=com_phocadownload...leyes-salud
- Contraloría General del Estado. (22 de Octubre de 2010). Normas Tecnicas de Control Interno. Quito, Pichincha, Ecuador.

- Contreras, L. (16 de Abril de 2010). *Control Interno*. Obtenido de Gestión de Control Interno: http://www.uma.edu.ve/postgrados/gestion/revistas/revista_nro2/Teg%20y%20otros/teg_fernando_monascal_2da.pdf
- Criado del Río, M. (19 de Junio de 2016). *Finalidad de la Historia Clínica: Aspectos médico-legales de la historia clínica*. Obtenido de <http://www.sc.ehu.es/scrwwsr/Medicina-Legal/Historia%20Clinica-T.Criado.pdf>
- Curiel, J., & Estévez, L. (2003). *Manual para la gestión sanitaria y de la historia clínica hospitalaria: la administración de enfermos y documentación clínica*. Madrid: Editores Médicos.
- Del Olmo, F. (20 de Julio de 2016). *Revista Hospitalaria*. Obtenido de La historia clínica: Aspectos asistenciales: http://www.revistahospitalarias.org/info_2008/01_191_03.htm
- Díaz, D. (16 de Mayo de 2014). Control de Gestión. *Valores Integrados*. (J. Holmer, Entrevistador) Recuperado el 13 de Julio de 2016, de www.lifedesigntv.com
- Enciclopedia y Biblioteca Virtual de las Ciencias Sociales, E. y. (27 de Julio de 2016). *Definición de Gestión*. Obtenido de Eumed : <http://www.eumed.net/libros-gratis/2013a/1321/gestion.html>
- Equipo Técnico Hospital Básico Padre Alberto Buffoni. (2015). *Diagnóstico de Salud Parroquia Rosa Zárate*. Quinindé: Hospital Básico Padre Alberto Buffoni.
- Espinosa, S., Marín, A., Olarte, S., & Salazar, P. (Octubre de 2009). *Contenidos mínimos de la historia clínica: Herramienta para la auditoría de calidad del registro en las historias clínicas*. Obtenido de http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/740/1/Herramienta%20auditoria_calidad%20registro.pdf
- Giménez, D. (13 de Abril de 2009). *Definición de Historia Clínica*. Obtenido de GeoSalud: <http://www.geosalud.com/malpraxis/historiaclinica.htm>
- Giraldo, F. (1997). *Control Interno en las Instituciones de Salud*. Manizales: Editorial Limusa.
- Gisbert, R. (23 de Julio de 2016). *Definición de Control*. Obtenido de <http://www.gestion.org/estrategia-empresarial/4594/que-es-el-control-de-gestion/>
- González, A. (13 de Agosto de 2007). La Historia Clínica, documento indispensable para la Salud. Portales Médicos.
- Grajales, T. (27 de Marzo de 2000). *Tipos de Investigación: Investigación Exploratoria*. Obtenido de <http://tgrajales.net/investipos.pdf>
- Guazitúa, R. (Septiembre de 2007). *Definición de Historia Clínica*. Obtenido de Publicaciones Medicina: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/ManualSemiologia/025LaHistoriaClinica.htm>
- Gutiérrez, M., Pelayo, R., & Senior, A. (2014). Sistema de información para la gestión de las historias clínicas integrales. *Multiciencias*, 430-437.

- Harold, K., & Heinz, W. (1995). *Elementos de administración*. México: McGraw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hurtado, S. (5 de Diciembre de 2012). Definición de Gestión. Distrito Federal, México, México.
- Innovar Salud. (20 de Julio de 2016). *Características de la historia clínica*. Obtenido de <http://innovarsalud.com/usuario/la-historia-clinica/>
- International Cooperation and Development Fund. (23 de Julio de 2016). *Administración Organizacional*. Obtenido de International Cooperation and Development Fund: https://www.icdf.org.tw/web_pub/20040920142808%E7%AC%AC%E5%9B%9B%E7%AB%A0-1.pdf
- Jara, R. (24 de Marzo de 2012). *Finalidad de la Historia Clínica*. Obtenido de <http://www.jararibera.com/finalidad-de-la-historia-clinica/>
- Lapo, M. (4 de Marzo de 2015). *Incidencia de la historia clínica en la calidad de los servicios ofrecidos a los clientes internos y externos de la Clínica privada Enrique C. Sotomayor*. Obtenido de Repositorio Universidad Católica Santiago de Guayaquil : <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/3367>
- Laudon, K., & Jane, L. (2012). *Sistemas de Información Gerencial*. México: Pearson.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (13 de Julio de 2016). *Sistema de Salud de Ecuador*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.org/pdf/spm/v53s2/13.pdf>
- Mahillo, R. (13 de Julio de 2013). *Calidad de las historias clínicas (HC) en el área clínica de podología de la Universidad de Sevilla*. Obtenido de Fondos Digitales Universidad de Sevilla: http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/1889/S_TD_PROV109.pdf
- Malagón, G., Galán, R., & Pontón, G. (2008). *Administración Hospitalaria*. Bogotá: Editorial Panamericana.
- Manrique, I., & López, O. (Enero de 2010). *La historia clínica en las demandas*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Martínez, M. (Octubre de 2011). *Aspectos médicos-legales de la Historia Clínica*. Obtenido de <http://www.fatedocencia.info/4017/4017.pdf>
- Mejía, B., & Heredia, F. (2009). *Auditoría médica para la garantía de calidad en salud*. Bogotá: ECOE Ediciones.
- Ministerio de Salud Pública. (15 de Julio de 2016). *Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública : <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/ESTATUTO-SUSTITUTIVO-MSP-ALCANCE-REFORMA-ABRIL17.pdf>

- Morales, D. (23 de Julio de 2016). *Repositorio Digital Universidad Politécnica Salesiana*. Obtenido de Definición de Control de Gestión: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1442/2/Capitulo%201.pdf>
- Moya, L. (2004). *Registros Clínicos Básicos*. Obtenido de Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/octavaunidad.pdf>
- Muñoz, F., López, D., Halverson, P., Guerra, C., Hanna, W., Larrieu, M., . . . Zeballos, J. (25 de Julio de 2016). *Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud*. Obtenido de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989200000700017
- Pan American Health Organization. (25 de Julio de 2016). *Medición de la Salud y la Enfermedad*. Obtenido de PAHO: http://publications.paho.org/spanish/PC+629+Cap_2.pdf
- Ramos, B. (2011). *Control de Calidad en la atención de salud*. La Habana: ECIMED.
- Ramos, J., & Cuchí, M. (2012). Calidad en un Archivo de Historias Clínicas no Externalizado. *Revista de Salud*, 1-7.
- Renán, M. (2001). Historia Clínica: Documento Médico Legal. *Revista Médica Honduras*, 35-40.
- Renau, J., & Pérez, I. (20 de Julio de 2016). *SEDOM*. Obtenido de Evaluación de la calidad de las historias clínicas: <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4ca0a8f8d9013pm-10-1-006.pdf>
- Rezza. (2001). *Diccionario Enciclopedico*. Quito: Editorial Rezza.
- Ríos, N., Plasencia, A., Senra, L., & Páez, I. (16 de Junio de 2002). *El archivo de historias clínicas. Cuestión de espacio*. Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000100002
- Rocano, P. (2008). Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 51-54.
- Rodriguez, J. (2006). *Control interno: Un efectivo sistema para la empresa*. Madrid: Trillas.
- Sánchez, G., & Tito, E. (Mayo de 2013). *Finalidad de la Historia Clínica: Manejo Etico de la Historia Clínica*. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000500002&script=sci_arttext
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (5 de Noviembre de 2009). *Plan Nacional para el Buen Vivir*. Obtenido de SENPLADES: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf

- Tariche, O. (2013). SISTEMA INFORMÁTICO DE GESTIÓN HOSPITALARIA DEL INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*.
- Tejedor, M., Aljama, M., Delgado, C., & Morilla, F. (2001). Programa de calidad en un archivo de historias clínicas. *Papeles Médicos*, 107-112.
- Temes, J., & Mengibar, M. (2007). *Gestión Hospitalaria*. Lima: Editorial McGraw-Hill.
- Terry, G. (23 de Julio de 2016). *Definición de Gestión Administrativa*. Obtenido de <http://www.gestionyadministracion.com/empresas/gestion-administrativa.html>
- Trujillo, D. (Julio de 26 de 2016). *Perspectivas del control interno en el sector de la salud del siglo XXI*:. Obtenido de <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/12208/1/Perspectivas%20del%20control%20interno%20en%20el%20sector%20de%20la%20salud%20del%20siglo%20XXI.pdf>
- Umaña, O. (Junio de 2008). *Registro y archivo de documentación clínica*. Obtenido de Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social: <http://www.binasss.sa.cr/libros/0652.pdf>
- Vargas, M., & Miguel, R. (2008). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. España: Universidad de Michigan. Obtenido de Seguridad del Paciente: http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/traducciones/Mejorand_o_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf
- Vásquez, I. (18 de Diciembre de 2005). *Tipos de Investigación: Investigación Descriptiva*. Obtenido de http://datateca.unad.edu.co/contenidos/100104/100104_EXE/leccin_6_investigacin__exploratoria_descriptiva_correlacional_y_explicativa.html
- Velito, A., & Tejada, R. (20 de Julio de 2016). *Auditoría Médica de Hoy*. Obtenido de La historia clínica como instrumento de calidad: <http://auditoriamedicahoy.net/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>
- Verde, L. (19 de Agosto de 2015). *Gestión Administrativa Sanitaria y Hospitalaria*. Madrid, España.

ANEXOS

Anexo 1: Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

UNIDADES OPERATIVAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR	
Primer Nivel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Puesto de Salud: Es un establecimiento de salud que presta a la comunidad servicios de atención en primeros auxilios, promoción y prevención de la salud, como dicta el Ministerio de Salud Pública, atiende a una población de menos de 2.000 habitantes ubicados en zonas rurales de amplia dispersión poblacional. Es atendido por un técnico o auxiliar de enfermería. 2. Centro de Salud: Unidad de tipo ambulatorio, implementada para brindar servicios de salud integral. 3. Centro de Salud (Tipo A): Es un establecimiento del SNS³ que presta servicios de atención médica, odontológica, prevención y promoción de la salud, cuidados paliativos y actividades de participación comunitaria, atiende a una población que oscila entre los 2.000 a 10.00 habitantes y cumple con las normas que determina del Ministerio de Salud Pública. 4. Centro de Salud (Tipo B): Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que presta servicios de atención médica, odontológica, prevención y promoción de la salud, medicina general, psicología, servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, además puede disponer de apoyo en nutrición y trabajo social, atiende a una población de 10.000 a 50.000 habitantes cumpliendo con las normas que determina del Ministerio de Salud Pública. 5. Centro de Salud (Tipo C): Es un establecimiento del SNS que presta servicios de atención médica, odontológica, de especialidades básicas (ginecología y pediatría), maternidad y emergencia, además dispone de servicios auxiliares de diagnóstico clínico, farmacia institucional e imagenología básica, cumpliendo con las normas que determina del Ministerio de Salud Pública.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital Básico: Es un establecimiento de salud clínico-quirúrgico, brinda servicios de: consulta externa, emergencia, hospitalización, atención básica de quemados, especialidades (medicina interna, pediatría, obstetricia, cirugía general), laboratorio clínico, imagen y trabajo social,

³ Sistema Nacional de Salud

<p>Segundo y Tercer Nivel</p>	<p>Tiene farmacia institucional con un stock de medicamentos autorizados, además puede resolver referencias de unidades de menor complejidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="581 281 1425 541"> <p>2. Hospital General: Es un establecimiento de salud clínico-quirúrgico y ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalaria, cuidados intensivos, unidad de diálisis, unidad de trauma, medicina transfusional, atención básica de quemados, laboratorio clínico, especialidades y subespecialidades básicas. Cuenta con farmacia institucional y puede resolver problemas de menor complejidad de las Unidades.</p> <li data-bbox="581 558 1425 863"> <p>3. Hospital Especializado: Es un establecimiento de salud de alta complejidad que presta servicios de salud en consulta externa, hospitalización y emergencia de una determinada especialidad o subespecialidades, cuenta con farmacia institucional y además brinda atención clínico-quirúrgica en diferentes patologías. Esta atención médica especializada requiere de tecnología de punta, recursos, materiales y equipos especializados.</p> <li data-bbox="581 879 1425 1140"> <p>4. Hospital de Especialidades: Es un establecimiento de salud de alta complejidad, Atiende a la población a nivel nacional o regional, presta servicios de atención médica, ambulatoria, de emergencia y hospitalización en las distintas especialidades y subespecialidades de la medicina. Cuenta con farmacia institucional y además brinda atención clínica-quirúrgica en diferentes patologías.</p> <li data-bbox="581 1157 1425 1367"> <p>5. Hospital Móvil: Es una unidad clínica-quirúrgica reubicable, en diferentes áreas de una población con el fin de llegar de forma rápida a estas, presta servicios de salud en consulta externa y diaria, está equipado para asistir en emergencias, desates naturales y apoyar a los hospitales fijos por causas de diversa índole.</p>
-------------------------------	---

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE ESMERALDAS



La presente entrevista tiene como principal objetivo obtener información acerca de la gestión y control de las historias clínicas durante el periodo 2014-2015, esta información servirá de apoyo para llevar a cabo mejoras en el proceso de admisión archivo y registro de las mismas y en el departamento en general.

MODELO DE ENTREVISTA A “FUNCIONARIOS SECCIÓN DE ADMISIÓN Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS”

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____

FUNCIÓN: _____ FECHA: _____

HORA INICIO: _____ HORA FIN: _____

1. ¿Qué actividades administrativas y operativas efectúa el departamento de estadística del Hospital Básico Padre Alberto Buffoni?
2. ¿Existe un documento legal en el cual se estipulen los procedimientos fundamentales para la admisión, archivo y control de las historias clínicas?
3. ¿Conoce Ud. todos los procedimientos disponibles para el archivo y control de las historias clínicas?
4. ¿Considera que las funciones que Ud. lleva a cabo se realizan de forma uniforme de acuerdo al tratamiento de archivo y registro de historias clínicas?
5. ¿Se cree Ud. apto para realizar todos los procesos de archivo, registro y control de historias clínicas sin la supervisión de su respectiva jefatura?
6. ¿Qué debilidades existen actualmente en las actividades de registro, archivo y control de las historias clínicas?
7. ¿Cree necesario realizar controles en los procedimientos que se ejecutan actualmente?
8. ¿Considera necesario que se contrate más recurso humano, tecnológico y material para desempeñar de forma más eficaz y eficiente la información que ustedes desarrollan?
9. ¿Cree que la responsabilidad de las mejoras de los procedimientos de archivo, registro y control de las historias clínicas es únicamente de la jefatura del departamento?
10. ¿En qué contribuye actualmente el departamento de estadística y qué tipo de información provee de forma general al hospital en lo que respecta a estadística?
11. ¿Según su perspectiva que considera importante y fundamental para mejorar la calidad de la información de las historias clínicas y así contribuir a la mejora del departamento en general?

Anexo 3: Ficha de Observación de Historias Clínicas "Conservación y Archivo"

FICHA DE OBSERVACIÓN PARA HISTORIAS CLÍNICAS					
TIPO DE OBSERVACIÓN: INDIRECTA					
OBJETO: CONSERVACIÓN Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS					
CRITERIOS DE VALORACIÓN: SI / NO / NO APLICA					
PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2015					
ASPECTOS	CRITERIOS DE VALORACIÓN	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	
CONDICIONES DEL SERVICIO	¿Existe un archivo destinado para la conservación de las HC?				
	¿La HC se conserva por un periodo mínimo de 10 años, contados a partir de la fecha de la última atención: 5 años en el archivo activo y 5 años en el archivo pasivo?				
	¿Las condiciones del archivo son óptimas en cuanto a (organización, disponibilidad, accesibilidad y clasificadas por su periodo de utilización)?				
	¿Los expedientes de las historias clínicas se conservan en un área restringida con acceso exclusivo al personal de salud autorizado?				
	¿Existe Archivo Activo?				
	¿Existe Archivo Pasivo?				
	¿El procedimiento de localización de las HC es efectivo?				
	¿Están correctamente enumeradas y rotuladas con nombres y apellidos?				
	¿El personal de estadística verifica la integridad de la HC después de cada consulta (identificación de formularios y firmas de responsabilidad del médico tratante antes de archivarla)?				
	El archivo central contiene las siguientes características:				
	Permite la ventilación				
	Iluminación				
	Limpieza y tránsito				
	Las dimensiones del archivo activo son de 4m de fondo por 10 de ancho = 40 m				
	Las dimensiones del archivo pasivo son de 4m de fondo por 10 de ancho = 40 m				
	El equipamiento de los archivos contiene: Estanterías especiales metálicas con las siguientes dimensiones: 25cm. de profundidad y 28 cm. de alto entre bandeja y bandeja, con altura total de 1m.85cm., dejando desde el suelo al último estante 17 cm. y 2m12cm de ancho.				
	¿Tienen implementado el índice de pacientes en el sistema automatizado de acuerdo a como lo determina del MSP?				
	¿Traspasan la información de las HC del tarjetero manual al tarjetero automatizado?				
	¿Los admisionistas se encargan de la atención personalizada al usuario, verifican la validez de los datos e integridad de los mismos?				

	¿Los admisionistas identifican la necesidad de atención del usuario?				
	¿Generan reportes periódicos en función de la operatividad propia del departamento?				
	¿Se efectúan auditorías de la información ingresada y se elimina aquella que presente inconsistencias?				
	¿Se genera un reporte diario de los registros ingresados en el día?				

Anexo 4: Ficha de Observación de Historias Clínicas "Formularios básicos niños/as 0 - 2 meses"

FICHA DE OBSERVACIÓN PARA HISTORIAS CLÍNICAS					
TIPO DE OBSERVACIÓN: DIRECTA					
OBJETO: FORMULARIOS BÁSICOS - NIÑOS/AS 0 - 2 MESES					
CRITERIOS DE VALORACIÓN: C:CUMPLE / NC: NO CUMPLE / N/A: NO APLICA					
PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2015					
ASPECTOS	CRITERIOS DE VALORACIÓN	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	
FORMULARIOS BÁSICOS	FORMULARIO 001 – ADMISIÓN Y ALTA-EGRESO				
	- Identificación del usuario				
	- Dirección de residencia				
	- Nacimiento				
	- Nacionalidad				
	- Grupo cultural				
	- Edad				
	- Género				
	- Estado Civil				
	- Instrucción				
	- Fecha de admisión				
	- Ocupación				
	- Empresa donde trabaja				
	- Tipo de seguro de salud				
	- Referido de:				
	- En caso de emergencia llamar a:				
	- Admisionista				
	- Información adicional				
	- Alta hospitalaria				
	- Egreso hospitalario				
	FORMULARIO 005 – EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES				
FORMULARIO 028A-028B – ATENCIÓN AL NIÑO/A MENOR DE 2 MESES					
FORMULARIO 028 A1 – CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS					
FORMULARIO 028 A2 – CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS					
TOTALES					

Anexo 5: Ficha de Observación de Historias Clínicas "Formularios básicos niño/a 2 meses - 9 años"

FICHA DE OBSERVACIÓN PARA HISTORIAS CLÍNICAS					
TIPO DE OBSERVACIÓN: DIRECTA					
OBJETO: FORMULARIOS BÁSICOS - NIÑO/A 2 MESES - 9 AÑOS					
CRITERIOS DE VALORACIÓN: C: CUMPLE / NC: NO CUMPLE / N/A: NO APLICA					
PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2015					
ASPECTOS	CRITERIOS DE VALORACIÓN	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	
FORMULARIOS BÁSICOS	FORMULARIO 001 – ADMISIÓN Y ALTA-EGRESO				
	- Identificación del usuario				
	- Dirección de residencia				
	- Nacimiento				
	- Nacionalidad				
	- Grupo cultural				
	- Edad				
	- Género				
	- Estado Civil				
	- Instrucción				
	- Fecha de admisión				
	- Ocupación				
	- Empresa donde trabaja				
	- Tipo de seguro de salud				
	- Referido de:				
	- En caso de emergencia llamar a:				
	- Admisionista				
	- Información adicional				
	- Alta hospitalaria				
	- Egreso hospitalario				
FORMULARIO 005 – EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES					
FORMULARIO 028C – ATENCIÓN A NIÑOS/AS DE 2 MESES A 9 AÑOS					
FORMULARIO 028D – ATENCIÓN A NIÑOS/AS DE 2 MESES A 9 AÑOS					
FORMULARIO 028 A1 – CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS					
FORMULARIO 028 A2 – CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS					
FORMULARIO 028 A3, 09 – CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA DE 5 A 9 AÑOS					
FORMULARIO 028 A4, 09 – CURVA DE CRECIMIENTO DEL NIÑO DE 5 A 9 AÑOS					
TOTALES					

Anexo 6: Ficha de Observación de Historias Clínicas "Formularios básicos adolescentes 10 - 19 años"

FICHA DE OBSERVACIÓN PARA HISTORIAS CLÍNICAS					
TIPO DE OBSERVACIÓN: DIRECTA					
OBJETO: FORMULARIOS BÁSICOS - ADOLESCENTES 10 - 19 AÑOS					
CRITERIOS DE VALORACIÓN: C: CUMPLE / NC: NO CUMPLE / N/A: NO APLICA					
PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2015					
ASPECTOS	CRITERIOS DE VALORACIÓN	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	
FORMULARIOS BÁSICOS	FORMULARIO 001 – ADMISIÓN Y ALTA-EGRESO				
	- Identificación del usuario				
	- Dirección de residencia				
	- Nacimiento				
	- Nacionalidad				
	- Grupo cultural				
	- Edad				
	- Género				
	- Estado Civil				
	- Instrucción				
	- Fecha de admisión				
	- Ocupación				
	- Empresa donde trabaja				
	- Tipo de seguro de salud				
	- Referido de:				
	- En caso de emergencia llamar a:				
	- Admisionista				
	- Información adicional				
	- Alta hospitalaria				
	- Egreso hospitalario				
FORMULARIO 005 – EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES					
FORMULARIO 056A MUJERES – ATENCIÓN ADOLESCENTES					
FORMULARIO 056B HOMBRES – ATENCIÓN ADOLESCENTES					
CLAP-OPS/OMS – HISTORIA DEL ADOLESCENTE					
FORMULARIO #51 – HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL					
FORMULARIO 51A – CURVAS DE GANANCIA DE PESO DE LA MUJER GESTANTE					
TOTALES					

Anexo 7: Ficha de Observación de Historias Clínicas "Formularios básicos adultos 19 - 64 años"

FICHA DE OBSERVACIÓN PARA HISTORIAS CLÍNICAS					
TIPO DE OBSERVACIÓN: DIRECTA					
OBJETO: FORMULARIOS BÁSICOS - ADULTO 19 / 64 AÑOS					
CRITERIOS DE VALORACIÓN: C:CUMPLE / NC: NO CUMPLE / N/A: NO APLICA					
PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2015					
ASPECTOS	CRITERIOS DE VALORACIÓN	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	
FORMULARIOS BÁSICOS	FORMULARIO 001 – ADMISIÓN Y ALTA-EGRESO				
	- Identificación del usuario				
	- Dirección de residencia				
	- Nacimiento				
	- Nacionalidad				
	- Grupo cultural				
	- Edad				
	- Género				
	- Estado Civil				
	- Instrucción				
	- Fecha de admisión				
	- Ocupación				
	- Empresa donde trabaja				
	- Tipo de seguro de salud				
	- Referido de:				
	- En caso de emergencia llamar a:				
	- Admisionista				
	- Información adicional				
	- Alta hospitalaria				
	- Egreso hospitalario				
	FORMULARIO 002 – CONSULTA EXTERNA, ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO				
	FORMULARIO 005 – EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES MÉDICAS				
	FORMULARIO #51 – HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL				
	FORMULARIO 51A – CURVAS DE GANANCIA DE PESO DE LA MUJER GESTANTE				
TOTALES					

Anexo 8: Ficha de Observación de Historias Clínicas "Formularios básicos adulto mayor 65 años en adelante"

FICHA DE OBSERVACIÓN PARA HISTORIAS CLÍNICAS					
TIPO DE OBSERVACIÓN: DIRECTA					
OBJETO: FORMULARIOS BÁSICOS - ADULTO MAYOR 65 AÑOS EN ADELANTE					
CRITERIOS DE VALORACIÓN: C:CUMPLE / NC: NO CUMPLE / N/A: NO APLICA					
PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2015					
ASPECTOS	CRITERIOS DE VALORACIÓN	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	
FORMULARIOS BÁSICOS	FORMULARIO 001 – ADMISIÓN Y ALTA-EGRESO				
	- Identificación del usuario				
	- Dirección de residencia				
	- Nacimiento				
	- Nacionalidad				
	- Grupo cultural				
	- Edad				
	- Género				
	- Estado Civil				
	- Instrucción				
	- Fecha de admisión				
	- Ocupación				
	- Empresa donde trabaja				
	- Tipo de seguro de salud				
	- Referido de:				
	- En caso de emergencia llamar a:				
	- Admisionista				
	- Información adicional				
	- Alta hospitalaria				
	- Egreso hospitalario				
	FORMULARIO 002 – CONSULTA EXTERNA, ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO				
FORMULARIO 005 – EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES MÉDICAS					
FORMULARIO 057 – ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR					
TOTALES					

Anexo 9: Cuestionario de Control Interno

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO							
OBJETO: CONTROL INTERNO Y MANEJO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL							
CRITERIOS DE VALORACIÓN: SI / NO / NO APLICA							
PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2015							
ASPECTO	CRITERIOS DE VALORACIÓN	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES	CALIFICACIÓN	
		SI	NO	N/A		1:SI	0:NO
AMBIENTE DE CONTROL	¿Existen manuales de procedimientos?						
	¿Existe comunicación interna y externa?						
	¿Existe un archivo destinado para la conservación de las HC?						
	¿Existe Archivo Activo?						
	¿Existe Archivo Pasivo?						
	¿Las condiciones del archivo son óptimas en cuanto a (organización, disponibilidad, accesibilidad y clasificadas por su periodo de utilización)?						
	El archivo central contiene las siguientes características:						
	Permite la ventilación						
	Iluminación						
	Limpieza y tránsito						
	Las dimensiones del archivo activo son de 4m de fondo por 10 de ancho = 40 m						
	Las dimensiones del archivo pasivo son de 4m de fondo por 10 de ancho = 40 m						
	El equipamiento de los archivos contiene: Estanterías especiales metálicas con las siguientes dimensiones: 25cm. de profundidad y 28 cm. de alto entre bandeja y bandeja, con altura total de 1m.85cm., dejando desde el suelo al último estante 17 cm. y 2m12cm de ancho.						
	¿Se identifican con claridad niveles de autoridad y responsabilidad?						
	¿El personal que labora actualmente en el departamento está de acuerdo con el tamaño de las funciones que realiza?						
	¿Los expedientes de las historias clínicas se conservan en un área restringida con acceso exclusivo al personal de salud autorizado?						
	¿Se evalúa el rendimiento del personal de forma periódica?						
	¿Cuentan con un mecanismo de medición del tiempo que se tarda un funcionario en la realización de una actividad?						
¿Los funcionarios de la sección de archivo y admisión tienen conocimiento del manual de manejo y archivo de historias clínicas?							

EVALUACIÓN DE RIESGOS	¿Se evalúan riesgos periódicamente para conocer la forma en la que ciertos eventos pueden afectar la gestión del sistema de control de historias clínicas?					
	¿El uso de los documentos clínicos se autorizan solo para fines concernientes a la: atención de los usuarios, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia?					
	¿Los documentos que contengan información confidencial se mantienen abiertos (formato físico y digital) únicamente mientras se estén utilizando en la: prestación del servicio, una auditoría de calidad de la atención en salud u otros debidamente justificados?					
	¿La gestión documental de las HC, tanto en formato físico como digital, aseguran un sistema adecuado de archivo y custodia?					
	¿El archivo de HC es un área restringida, con acceso limitado solo a personal de salud autorizado, donde se guardan de manera ordenada, accesible y centralizada todas las historias clínicas que se manejan en el establecimiento?					
	¿El acceso a documentos archivados electrónicamente es autorizado a los responsables del servicio mediante claves de acceso?					
	¿Se guarda y reserva la información contenida en la historia clínica, y toda aquella constante en documentos donde reposen datos confidenciales de los usuarios?					
	¿Concluida la consulta médica o procedimiento, el personal encargado de custodiar la documentación, archiva física o digitalmente la HC o documento relacionado de los usuarios para que éstos no puedan ser reconocidos por terceros a través de los datos de identificación de los pacientes?					
	¿Los nombres y apellidos de los usuarios que padecen enfermedades raras y de tipo catastrófico son reemplazados por el número de su cédula de identidad?					
ACTIVIDADES DE CONTROL	¿Se buscan errores o inconsistencias en el proceso de archivo y control de la información que manejan?					
	¿La historia clínica es manejada únicamente por los profesionales: médicos, psicólogos, odontólogos, trabajadoras sociales, obstetrices, enfermeras, además de auxiliares de enfermería y personal de estadística?					
	¿La información en sus formatos está registrada con letra clara y legible?					

	¿La HC se conserva por un periodo mínimo de 10 años, contados a partir de la fecha de la última atención: 5 años en el archivo activo y 5 años en el archivo pasivo?					
	¿El personal de estadística verifica la integridad de la HC después de cada consulta (identificación de formularios y firmas de responsabilidad del médico tratante antes de archivarla)?					
	¿El procedimiento de localización de las HC es efectivo?					
	¿Las HC están correctamente enumeradas y rotuladas con nombres y apellidos?					
	¿Tienen implementado el índice de pacientes en el sistema automatizado de acuerdo a como lo determina del MSP?					
	¿Traspasan la información de las HC del tarjetero manual al tarjetero automatizado?					
	¿Los admisionistas se encargan de la atención personalizada al usuario, verifican la validez de los datos e integridad de los mismos?					
	¿Los documentos físicos que contengan información confidencial de los usuarios que no requieran ser archivados se destruyen evitando su reutilización?					
	¿Los formularios adicionales de atenciones se registran y ordenan cronológicamente en forma permanente?					
	¿Los formularios de exámenes complementarios de diagnóstico se eliminan cada 6 meses como indica el manual de manejo y archivo de HC?					
	¿Las historias clínicas que cumplen su permanencia en el archivo pasivo son eliminadas?					
	¿Existe un comité de historia clínica?					
	¿El comité de historia clínica en sesión especial decide el método de eliminación que adoptarán?					
	Las HC son eliminadas mediante alguno de estos métodos (reciclaje por trituración, donación para fines de investigación, docencia y conservación histórica, y método mixto)					
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	¿Existe un reglamento interno de trabajo que sea conocido por todo el personal?					
	¿Toman en cuenta los requerimientos de los usuarios, para brindar una mejor atención?					
	¿Se restringe el acceso a ciertas áreas del departamento?					
	¿Existe un proceso definido para el registro y control de historias clínicas?					
	¿Se pueden solicitar copias certificada de las historias clínicas a favor de los usuarios?					

	¿La copia certificada de una historia clínica se entrega en un plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas, excepto en los casos de emergencias médicas?					
	¿Se informa a la persona que recibe la copia de la historia clínica sobre la responsabilidad del cuidado y manejo de la información que recibe?					
SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO	¿Existe algún procedimiento que permita detectar deficiencias en el sistema de control de HC?					
	¿Generan reportes periódicos en función de la operatividad propia del departamento?					
	¿Se efectúan auditorías de la información ingresada y se elimina aquella que presente inconsistencias?					
	¿Se genera un reporte diario de los registros ingresados en el día?					
	¿Cualquier miembro del departamento está autorizado para aperturar o administrar un registro clínico?					
TOTALES						

Anexo 10: Categorización de los objetivos de la investigación

<p><u>OBJETIVO N° 1</u></p> <p>Investigar los procedimientos que establece el Ministerio de Salud Pública para el registro y control de historias clínicas en hospitales públicos.</p>	<p>-Procedimientos de registro de HC. -Procedimientos de control de HC.</p>
<p><u>OBJETIVO N° 2</u></p> <p>Analizar las actividades administrativas y operativas efectuadas por el departamento de Estadística del Hospital Básico Padre Alberto Buffoni.</p>	<p>-Hospital Padre Alberto Buffoni -Actividades Administrativas -Actividades Operativas</p>
<p><u>OBJETIVO N° 3</u></p> <p>Elaborar estrategias de mejora al sistema de control de historias clínicas para la dirección del Departamento de estadística del Hospital Básico Padre Alberto Buffoni.</p>	<p>-Tipos de estrategias</p>