

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE ESMERALDAS



FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES

ESCUELA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

TESIS DE GRADO

**ANÁLISIS DE LA GESTIÓN Y CONTROL DE HISTORIAS CLÍNICAS EN EL
SUBCENTRO DE SALUD DR. HUGO SOLÓRZANO.**

**LINEA DE INVESTIGACIÓN: AUDITORÍA: NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE
AUDITORÍA**

**PREVIO AL GRADO ACADÉMICO DE INGENIERÍA EN CONTABILIDAD Y
AUDITORÍA CPA**

AUTORA

ALVARADO MORALES CRIS YANELA

ASESOR

ING. HUGO OCAMPO

MAYO, 2017

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Trabajo de tesis aprobado luego de haber cumplido con los requisitos exigidos en el reglamento de la PUCESE, previo a la obtención del título de **INGENIERÍA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA CPA.**

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADUACIÓN.

LECTOR 1

LECTOR 2

DIRECTOR DE TESIS

DIRECTOR DE ESCUELA

ESMERALDAS, _____

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

YO, CRIS YANELA ALVARADO MORALES portadora de C.I. N° 0804151702, estudiante de la Facultad de Ciencias Administrativas y Contables de la Escuela de Contabilidad y Auditoría de la PUCESE, enuncio que la presente investigación, enmarcada en el actual trabajo de tesis es totalmente original, auténtica y personal respetando las diferentes fuentes de información realizando las citas correspondientes.

En virtud de esta declaración, asumo que el contenido de esta investigación es de absoluta responsabilidad legal y académica de la PUCESE y el Autor.

CRIS YANELA ALVARADO MORALES

DEDICATORIA

Quiero dedicar el trabajo de 5 años de amor, entrega, dedicación, sacrificio, llanto y alegría a mis padres Adriano y Maritza, quienes siempre han sido mi pilar primordial para poder conseguir el sueño de los 3, ellos quienes me enseñaron que con dedicación y perseverancia siempre se consigue todo. Ellos que son mi ejemplo de vida y la razón por la que quiero ser cada día mejor. ¡TODO POR ELLOS!

A mis hermanos Anelio y Octavio quienes siempre me dedicaron tiempo para consentirme, apoyarme y darme consejos para que sea mejor que ellos.

Finalmente, pero no menos importante a mi novio y mejor amigo Christofer, por estar siempre a mi lado, apoyándome en las buenas y malas, haciéndome ver cada uno de mis errores y aciertos, por acompañarme y ser parte de este nuevo logro durante 3 años, por convertirse en mi mejor amigo, pañuelo de lágrimas y risas, porque todos esos “tu si puedes” “eres la mejor” “eres mi orgullo”, gracias por acompañarme.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios y a la Virgen, por haberme dado la dicha de poder estar viva y la fortaleza para poder conseguir una de mis metas.

A mis padres, quienes me han acompañado durante estos 5 años de arduo caminar y son testigos de mi esfuerzo y dedicación constante, ellos quienes sin desmayar me han brindado su apoyo constante en cada paso que conlleva a esta gran meta.

A mi asesor Hugo Ocampo por su apoyo, dedicación, consejos y compromiso durante la realización de esta tesis.

A mis compañeros, con quienes en algún momento tuve muchas diferencias, pero aun así no dimos la mano cada que lo necesitábamos para poder conseguir juntos este tan anhelado sueño.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar la gestión y control de las historias clínicas en el Subcentro de salud Doctor Hugo Solórzano en base a la Normativa de Manejo y Control de las Historias Clínicas emitida por el Ministerio de Salud Pública. La investigación fue de tipo descriptiva no experimental debido a que se tomó una muestra de 199 historias clínicas correspondientes al periodo 2015 para lo cual se aplicaron diversos instrumentos de recolección de información tales como: entrevistas fichas de observación cuestionarios de control interno etc. Entre los resultados más relevantes se pudo observar que no se verifica detalladamente los datos de admisión de un paciente al momento de crear una carpeta clínica, no existe distinción y separación de los archivos activos y pasivos así como también que no se está cumpliendo con los indicadores de bioseguridad, protección y resguardo de la información clínica. Basado en los resultados se diseñaron propuestas de mejora por medio de diagramas de flujos de procesos direccionados a promover el cumplimiento de las actividades que son realizadas dentro del departamento de estadísticas en base a las historias clínicas. Por ello se evidencia la necesidad de que se cumplan con las indicaciones que da la normativa de control de historias clínicas, para evitar posibles sanciones por parte de los órganos reguladores.

Palabras Claves: Control – Historias Clínicas – Gestión – Cumplimiento – Ministerio de Salud Pública – Subcentro – Normativa – Carpetas clínicas

ABSTRACT

This research aimed to analyze the management and control of clinical records in the Health Subcenter “Doctor Hugo Solórzano” based on the Normative of Management and Control of Clinical Histories issued by the Ministry of Public Health. The research was non-experimental descriptive type because a sample of 199 medical records corresponding to the period 2015 was taken for which various instruments of information collection were applied such as: interviews observation cards internal control questionnaires etc. Among the most relevant results it was observed that the patient's admission data at the moment of creating a clinical folder is not verified in detail, there is no distinction and separation of the active and passive files as well as that the indicators are not being met Biosecurity, protection and protection of clinical information. Based on the results obtained, improvement proposals were designed through process flow diagrams aimed at promoting better compliance with the activities that are performed within the statistics department based on clinical records. This is why it is necessary to comply with the indications given by the regulation of control of medical records, to avoid possible sanctions by the regulatory bodies.

Keywords: Control - Clinical Histories - Management - Compliance - Ministry of Public Health - Subcenter - Normativa - Clinical folders

INDICE DE CONTENIDO

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN	i
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN EJECUTIVO	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	3
1. MARCO TEÓRICO.....	3
1.1. Estudios o artículos relacionados	3
1.2. Fundamentación teórica	6
1.2.1. Gestión y control	6
1.3. Fundamentación legal	12
1.3.1. Constitución política del Ecuador	12
CAPITULO II	17
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.1. TIPO DE ESTUDIO	17
2.2. MÉTODO.....	17
2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	17
2.4. DISEÑO ESTADÍSTICO	18
2.5. PROCEDIMIENTO	19
CAPITULO III.....	20
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	20
CAPITULO IV.....	28
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	28
4.1. CONCLUSIONES	28
4.2. RECOMENDACIONES	28
CAPÍTULO V	30
5. PROPUESTA DE MEJORA.....	30

REFERENCIAS	40
ANEXOS	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Frecuencia de asistencia de los pacientes	21
Figura 2 Datos personales a mejorar	22

ÍNDICE DE FLUJOGRAMAS

Flujograma 1 PROCESO DE APERTURA DE HISTORIAS CLÍNICAS	31
Flujograma 2 VISITA CONTINUA A LA UNIDAD OPERATIVA	33
Flujograma 3 ATENCIONES EXTERNAS A LA UNIDAD OPERATIVA	35
Flujograma 4 CONFORMACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN ARCHIVO ACTIVO O PASIVO	37
Flujograma 5 ELIMINACION DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	39

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Entrevista al Departamento de Estadística “Departamento de Estadísticas” Subcentro de salud Dr. Hugo Solórzano	45
Anexo 2 Entrevista a Especialistas y Enfermeras Subcentro de salud Dr. Hugo Solórzano	46
Anexo 3 Ficha de observación para Niño	47
Anexo 4 Ficha de observación para Niña	49
Anexo 5 Ficha de observación para Adolescente Hombre	51
Anexo 6 Ficha de Observación Adolescente Mujer	52
Anexo 7 Ficha de Observación para Embarazada por primera vez	53
Anexo 8 Ficha de Observación para Adulto Hombre	54
Anexo 9 Ficha de Observación para Adulto Hombre	55
Anexo 10 Ficha de Observación para Adulto Mujer	56
Anexo 11 Ficha de Observación para Adulto Mayor – Hombre y Mujer	57
Anexo 12 Ficha de directa conformación del archivo físico de las historias clínicas	58
Anexo 13 Cuestionario de Control Interno sobre la confidencialidad de las Historias clínicas	60

INTRODUCCIÓN

La clave principal para una gestión acertada en el desarrollo de las organizaciones está en las personas que participan en ella, su resultado está enmarcado en gran medida a la motivación, creatividad, productividad y sentido de pertenencia de los miembros de la organización.

Actualmente los sistemas organizacionales se encuentran vinculados con procesos de transformación social, mismos que han alcanzado una gran difusión y resultados extraordinarios en el campo de la administración de instituciones productivas y de servicios públicas y privadas. La Salud Pública no se encuentra aislada de esta influencia, es por ello que se consideró pertinente realizar un análisis de la gestión y control de las historias clínicas en el Subcentro de Salud Dr. Hugo Solórzano, ubicado en la parroquia Rocafuerte del cantón Rioverde, donde se identificó la siguiente problemática: ¿Qué tipo de falencias presenta el sistema de gestión y control de las historias clínicas del Subcentro de salud Dr. Hugo Solórzano?

De tal manera y con la finalidad de dar un poco de realce al control de gestión institucional, se analizó el proceso de registro y control de historias clínicas que maneja el Subcentro en mención, y así poder brindar directrices específicas y alternativas de mejora continua, que ayuden a mantener un orden idóneo en base a los objetivos y metas institucionales.

En función a esto, se aplicaron instrumentos como: entrevistas, fichas de observación, cuestionarios de control interno, logrando evidenciar que existen varios aspectos dentro de los procesos correspondientes a la admisión, control y archivo de la información que deben ser mejorados para evitar posibles sanciones en caso de que se realice algún tipo de Auditoría, esto contribuyó a que la investigación fuera planteada en 5 Capítulos.

El Capítulo 1, hace referencia a la parte teórica, estudios y normativas que respaldaron y fundamentaron la presente investigación. Este capítulo se encuentra integrado por estudios relacionados, teorías que tuvieron vinculación directa o indirecta con el tema y finalmente la normativa legal que respaldaron y justificaron el tema.

El capítulo 2, corresponde a la metodología, tipo de estudio, técnicas e instrumentos de investigación que fueron utilizados para la recolección de la información.

En el capítulo 3, se encuentran reflejados los resultados a los que se pudo llegar por medio de la aplicación de diversas técnicas de recolección de información. Posteriormente en el capítulo 4 se plantearon conclusiones y recomendaciones, que contribuyan a plantear estrategias de mejora para la entidad. Finalmente en el capítulo 5, se ha planteado estrategias y alternativas de mejora para el Subcentro de Salud Dr. Hugo Solórzano.

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Estudios o artículos relacionados

Para el desarrollo de la presente investigación se han tomado como medio de apoyo artículos y estudios científicos que están estrechamente vinculados con la misma, y que ayudará a su próximo desarrollo.

Según Barreto (2000) manifiesta por medio de su investigación documental que en los últimos 25 años se han efectuado estudios en numerosos centros hospitalarios, que han mostrado serias deficiencias en la calidad de las historias clínicas, que corresponden a actividades administrativas por incumplimiento de normas médicas en lo que corresponde a diagnóstico, juicio y procesamiento de datos. Por ello la importancia de que el cuerpo médico elabore buenas historias clínicas, que arrojen datos verídicos y confiables.

De acuerdo con estudios efectuados por Carrion, Fernández y Toval (2011), a través de una investigación documental llevada a cabo en la Universidad de Murcia-España, presenta los resultados de una revisión del control de acceso en sistemas de historias clínicas electrónicas, la seguridad en entornos inalámbricos y la formación de los usuarios de dichos sistemas en temas de privacidad y seguridad. Se utilizó información de artículos, obteniendo que 21 consideran las políticas de acceso a los sistemas, 11 discuten que si deben ser las personas o las entidades quienes concedan los permisos. Los entornos inalámbricos solo se consideran e 3 artículos. Finalmente, solo 4 citan expresamente que es necesaria la formación técnica de los usuarios. De tal forma se puede manifestar que el control de acceso basado en roles, es el mecanismo preferido para implementar la política de acceso por los diseñadores de historias clínicas electrónicas, mismo que está gestionado por usuarios y profesionales médicos en la mayoría de los sistemas, lo que promulga el derecho al paciente a controlar su información.

Arellano Rodríguez (2008), por medio de un estudio de revisión documental, para ello considera que es importante analizar el proceso de digitalización de las historias clínicas,

obteniendo como resultado la necesidad latente de incluir elementos específicos sobre el uso de la informática en el proyecto de ley de salud, aun cuando la informatización de la historia médica y el resguardo del secreto médico involucran dilemas éticos que no están sujetos a restricciones legales, finalmente las historias clínicas mantienen un potencial de la información que contribuye a la formulación de políticas en el sector salud y al control de los servicios.

Por medio del método de investigación documental y observatorio Rojas Mezarina, Cedamano Medina y Vargas Herrera (2015) consideran que cuando un paciente acude a un establecimiento de salud, requiere contar con una historia clínica, mismo que se procede abrir por medio de la llenada de un documento sea esta la primera visita o no de un determinado paciente, a causa de esta falencia se considera que la implementación de un sistema de historias clínicas electrónicas en establecimientos de salud, tanto públicos como privados, es un eje de la modernización del sector de salud, mismo que contribuirá favorablemente a que todos los establecimientos de salud del país brinden un servicio de calidad en beneficio de los pacientes.

Según Castro y Gámez (2009) por medio de su estudio efectuado a una farmacia hospitalaria, utilizando el método de investigación documental, manifiestan que la conservación de la historia clínica es responsabilidad del departamento de documentación médica quien garantiza su custodia, dictar normas sobre el contenido y la forma de realizar la historia, así como también hace énfasis a las hojas administrativas, que son consideradas como hojas de ingreso que se generan a nivel administrativo cuando los pacientes ingresan en el hospital o centro de atención medica asistencial, en la que se recogen los datos de identificación del paciente, comprendidos entre asistenciales y económicos. Por tanto para que la historia clínica sea eficiente, está tiene que ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento y con letra legible.

Según estudios realizados por Guzmán y Arias (2012) a través de un estudio documental para el Hospital Militar Central, consideran que la documentación que contiene una historia clínica, constituye un registro de varios hechos de la vida de un ser humano, debido a que en ella se registran datos de extrema intimidad, dado que el paciente sabe que cualquier

distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. Así mismo constituye un importante elemento administrativo por razones de tipo económico y gerencial, por lo que es el documento significativo que respalda los procedimientos practicados, las complicaciones sufridas y los costos monetarios de quienes responden por cada paciente. La historia clínica es el documento médico por excelencia. Gran cantidad del tiempo de quien se educa en las facultades de medicina transcurre alrededor del diseño de una buena historia clínica de quienes se encuentran bajo su cuidado.

Desde otra perspectiva Renau y Perez Salinas (2001) por medio de su estudio documental, afirman que por medio de los estudios de calidad de las historias clínicas, a través de la revisión documental, se evaluó como se documenta la asistencia más no la calidad con la que se atiende a un paciente. Por medio de métodos de muestreo diseñados de forma que asegure que la muestra de historias incluidas represente adecuadamente la totalidad de las historias o población a estudiar. Para ello, se utilizaron técnicas de muestreo probabilísticos, tales como: muestreo aleatorio simple, sistemático y estratificado. De tal forma que las historias clínicas siendo un documento esencial para la asistencia médica, debe contener varias características informativas, legales, documentales, entre otros.

De acuerdo con investigaciones efectuadas por Guerra Bretaña, Roque Gonzales y Meizoso Valdés (2015) por medio de la revisión documental sobre el tema, manifiestan que los archivos son importantes áreas de apoyo, donde una mayor eficacia y eficiencia en la prestación del servicio de gestión documental puede reportar beneficios al desempeño general de las instituciones hospitalarias. Se analizaron conceptos fundamentales e indicadores de gestión de la calidad aplicados a los archivos de historias clínicas, teniendo como resultado que la implantación de sistemas de gestión de la calidad facilita la organización y el funcionamiento de los archivos, aumentando la satisfacción de los clientes a partir del cumplimiento de atributos de calidad, tales como: custodia, disponibilidad, oportunidad de las entregas y calidad percibida.

En base a estudios documentales efectuados por Sanchez y Reglosa (2006) comentan sobre el cambio hacia un sistema de información hospitalario corporativo, con la finalidad de implementar soluciones informáticas para resolver problemáticas clínicas. Siendo una herramienta asistencial, de gestión administrativa y sanitaria. Dicho cambio engloba la

implantación de la Historia clínica electrónica, haciendo especial referencia a la informatización de los registros que realiza enfermería, realizando una normalización documental que incluye la implantación de la metodología de Enfermería a través de taxonomías Nanda, Nic y Noc.

Los estudios efectuados por Manrique Guzman, Manrique Chávez, Chavez Reátegui y Manrique Chávez (2014) se centran en la auditoria odontológica para evaluar la calidad de registros de los pacientes con la finalidad de formar profesionales odontólogos así como brindar servicios de asistencia odontológica. Se tomaron una muestra de 140 historias clínicas de pacientes nuevos, se evaluó la frecuencia y porcentaje de registro de los diferentes aspectos que la componen. Teniendo como resultado que más del 45% de las historias clínicas auditadas tenían deficiencias en el registro o llenado de los datos como información de documento médico-legal.

Los diferentes estudios analizados contribuyeron al desarrollo de la investigación, debido a que se pudo conocer estrategias que contribuyen a mantener buen control y manejo de las historias clínicas, es decir cómo deben estar estructuradas, que datos pueden ser de conocimiento público. Además, permitió conocer la importancia que tienen las historias clínicas y la información que esta contiene para el paciente, como para la entidad.

1.2. Fundamentación teórica

1.2.1. Gestión y control

“La acción de administrar una actividad profesional, encaminada a la determinación de objetivos y medios que conlleven a su realización y consecución eficaz y eficiente con la finalidad de desarrollar una estrategia de crecimiento empresarial, es denominada como gestión” (Ruiz, 2013, p. 14).

Mientras que el control es aquella función que pretende asegurarla consecución de los objetivos y planes prefijados en la fase de planificación. Como última etapa formal del proceso de gestión, el control se centra en actuar para que los resultados generados en las fases anteriores sean los deseados (Caraballo, 2006). A su vez, para Stoner, Freeman, y

Gilbert (1996, p. 52) “es el proceso que permite garantizar que las actividades reales se ajusten a las actividades proyectadas”.

Por tanto, Amaru (2009) expresa que el proceso de control debe ser aplicado en todas las organizaciones y deben basarse en aspectos concernientes al desempeño institucional, mismo que deben ser supervisados y evaluados en los siguientes niveles jerárquicos: estratégico, administrativo y operativo.

El control estratégico complementa la planeación estratégica e intenta monitorear el grado de las misiones, estrategias y objetivos estratégicos; la adecuación de estas a las amenazas y oportunidades del ambiente; la competencia y otros factores externos; y la eficiencia y otros factores internos. Por su parte, el control administrativo se practica en las áreas funcionales: producción, marketing, finanzas, recursos humanos. Ello se realiza bajo criterios y patrones tradicionales. Finalmente, el control operativo se enfoca en las actividades y el consumo de recursos en cualquier nivel de la organización. Los cronogramas, los diagramas de precedencia y presupuestos son las principales herramientas de planeación y al mismo tiempo de control operativo. (p. 21)

Además, el control de gestión es un proceso utilizado por los directivos para influir en las actuaciones de las personas que laboran en la entidad con el propósito de desarrollar estrategias que permitan la consecución del logro de los objetivos institucionales, de manera eficaz y eficiente, o incluso superarlos (Soldevila,2002).

1.2.2. Gestión administrativa

La administración tiene como funciones principales la planificación, organización, dirección y control. Además para la consecución de una administración eficiente, efectiva y económica de los recursos que son utilizados para alcanzar los objetivos y metas planeadas es importante la coherencia y la cohesión, y de esta manera poder definir las funciones administrativas y operativas de la institución (Dextre Flores y Del Pozo Rivas, 2012, p. 70).

Según Guzmán (2003, pp. 78-79) la Gestión Administrativa es “un proceso distintivo que consiste en planear, organizar, ejecutar y controlar, desempeña para determinar y lograr objetivos manifestados mediante el uso de seres humanos y de otros recursos”.

A su vez Terry (1977) explica que “la administración es un proceso distintivo que consiste en planear, organizar, ejecutar y controlar, desempeñada para lograr objetivos manifestados mediante el uso de seres humanos y de otros recursos”.

Es decir que la administración y las organizaciones son resultado del contexto histórico y el accionar en la sociedad, por ello se considera gestión administrativa a la manera como las personas involucradas en las organizaciones han logrado superar obstáculos de la mejor manera y en el tiempo propicio.

1.2.3. Gestión administrativa en el sector de salud

Según Quinteros (2002) la gestión en salud dentro de América Latina es un tema de mucha importancia producto de los desvíos que la administración en el sector de la salud ha tomado dentro del continente, esto consiste en la aplicación de la administración como ciencia básica, por parte de los administradores, o la aplicación de la gerencia como pensamiento administrativo, desde el más alto nivel conceptual hasta el oficio más simple de la organización, que es una parte de la administración.

Corroborar Paredes (2011) que en los centros de atención médica, la gestión administrativa tiene que ser realizada en equipo en conjunto con todos los miembros de la organización, teniendo en cuenta los objetivos y actividades desde una perspectiva multidisciplinaria; ya que quienes integran el servicio médico constituyen un conjunto de profesionales en diferentes especialidades, responsables de una tarea asignada con la finalidad de alcanzar metas comunes, debido a que el servicio brindado debe ser integral, permanente e integral, y deben extenderse hacia todos los miembros de toda la comunidad. Para ello es de gran relevancia que los habitantes de la población participen con auto responsabilidad en la detección de problemas, brindando soluciones que contribuyan a la toma de decisiones,

para beneficio de su propia salud y con costos económico a los de los modelos de atención tradicionales.

1.2.4. Control y su importancia

Haimann (2005) manifiesta que “el control es el proceso de verificar para determinar si se están cumpliendo los planes o no, si existe un progreso hacia los objetivos y metas. El control es necesario para corregir cualquier desviación”.

Así mismo, la importancia del control radica en 4 aspectos fundamentales, tales como: crear mejor calidad, enfrentar el cambio, rapidez en la producción y agregar valor.

Por ello para mantener un buen control se requiere:

- ✓ Corrección de faltas y errores: Es decir que por medio del control se debe detectar e identificar posible errores en las etapas de planificación, organización y dirección.
- ✓ Previsión de faltas o errores futuros: Es decir que por medio del control una vez detectados o identificados los errores actuales se puede tomar precauciones para prevenir errores futuros.

Mientras que Koontz (2012) define que “el control es medir y corregir las actividades de subordinados para asegurarse que los eventos se ajustan a los planes”.

Por tanto la importancia del control radica en:

1. Plantear estrategias que contribuyan a la corrección de actividades, con la finalidad de poder alcanzar de eficientemente los objetivos establecidos inicialmente.
2. Puede ser aplicado en cosas, actividades y sobre todo en el recurso humano.
3. Identificar y analizar detalladamente las causas que pueden ocasionar errores, con la intención de que no se vuelvan a originar en el futuro.
4. Determinar los responsables de la administración, desde el momento en que se establecen medidas de corrección.

5. Manifestar información sobre la situación en la ejecución de planes con la finalidad de poder reiniciar el proceso de planificación.
6. Al evitar errores, se puede reducir tiempo y ahorrar dinero. (Koontz, 2012, pp. 493-513)

1.2.5. Control en el sector de la salud

De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2013), define al sector de salud como el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios cuyos objetivos principales son promover la salud de individuos o grupos de población. Las actividades que estas instituciones desarrollan están orientadas a prevenir y controlar la enfermedad, atender a los enfermos e investigar y capacitar en salud.

Según el Congreso Nacional (2006) manifiesta que la jurisdicción y competencia administrativa, en materia de salud nacen de la Ley Orgánica de Salud. Tienen jurisdicción para conocer, juzgar e imponer sanciones previstas en esta ley y demás normas vigentes las siguientes autoridades de salud: Ministerio de salud pública, Director General de Salud, Directores provinciales de salud y Comisarios de salud.

1.2.6. Estadística hospitalaria

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2014) las Estadísticas Hospitalarias presentan información estadística, sobre la morbilidad hospitalaria, que permite conocer el estado de salud de la población; determina la incidencia de las enfermedades tratadas en los hospitales; proporciona indicadores necesarios, para la elaboración y evaluación de los programas de salud, y, suministra datos sobre la utilización de camas hospitalarias de dotación normal y camas disponibles.

1.2.7. Historias clínicas

Según Guzmán y Arias (2012) definen a la historia clínica como una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. Por tanto es importante ya que constituye el registro de varios hechos de la vida del ser humano, de las cuales se intenta encuadrar el problema del paciente y orientando de cierta manera el tratamiento que se debe seguir. (p. 15)

Mientras que para la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional (2013) La historia clínica es el documento médico legal que contiene todos los datos psicobiopatológicos de un paciente, por tanto es importante reiterar el valor legal, es decir sujeta a los preceptos o mandatos de la ley en cuanto a la veracidad de su contenido.

De acuerdo con Dominguez (2011) es un documento de mucha importancia, en el cual se reflejan las actividades médico-sanitarias, se incluye además el pensamiento del profesional de la medicina que han sido aplicados al paciente al momento de brindar las diferentes atenciones médicas que prestan los establecimientos de salud. Por ello se puede considerar que sin la historia clínica no se puede hacer medicina, ni estudios de calidad en cuanto a la atención médica.

1.2.8. Sistemas de registros y archivos

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2007) un sistema de archivos computarizados es un mecanismo que permite identificar al paciente como nuevo o antiguo dentro de un establecimiento de salud, por medio de la aplicación de herramientas tecnológicas, las cuales tienen como finalidad la ubicación rápida de la información básica del paciente, optimizando tiempo y recursos.

1.3. Fundamentación legal

1.3.1. Constitución política del Ecuador

El capítulo 2 “De los derecho del buen vivir”, sección séptima “de la salud”, artículo 32 manifiesta que el estado es el órgano encargado de garantizar, promover y brindar protección en lo que amerita al derecho a la salud, el cual se encuentra vinculado con derechos como al agua, alimentación, educación etc., este derecho será garantizado mediante políticas económicas, sociales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas y servicios de promoción y atención integral de salud.

Dichos servicios estarán regidos por principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, con enfoque de género y generacional.

Título VII “Régimen del Buen Vivir”

Capítulo I, sección segunda “salud”, de los artículos 358 al 366, manifiestan que el sistema de salud garantizará por medio de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, con base a la atención primaria de la misma.

La red integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social. El estado además ejercerá la rectoría y regulación de estos sistemas y será el responsable de formular la política nacional de salud y controlar las actividades relacionadas con la misma y el funcionamiento de las entidades.

Estos servicios de salud serán brindados por entidades estatales, privadas, autónomas etc., los servicios de salud pública serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención, mismos que comprenderán actividades de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesaria.

El financiamiento público en la salud será oportuno, regular y suficientes, los cuales deberán provenir del presupuesto general del estado y los recursos serán distribuidos en base a criterios de población y necesidades de salud.

De la misma manera el estado financiara a las instituciones de salud pública y podrá apoyar a las autónomas o financieras, siempre y cuando estas no tengan fines de lucro y garanticen la gratuidad en las prestaciones, así como también que cumplan con las políticas públicas y aseguren la calidad y seguridad de los derechos. (Constitución Política del Ecuador, 2008)

1.3.2. Normas de control interno

De acuerdo con la norma 405-04 “Documentación de respaldo y su archivo” debido a que los organismos competentes de la entidad se encargarán de implementar políticas que salvaguarden el mantenimiento de los documentos y archivos, así como también bajo qué medidas deben ser custodiados y conservados; y 405-07 “Formularios y Documentos” debido a que las entidades públicas y todo organismos que trabaje con recursos públicos, debe justificar los procedimientos administrativos con el respaldo de la documentación correspondiente a cada actividad. (Normas de Control Interno, 2009)

1.3.3. Manual de auditoria de gestión

Manifiesta que la gestión constituye un proceso mediante el cual una entidad asegura el cumplimiento de sus objetivos, buscando la supervivencia y crecimiento empresarial, por otro lado define al control como el conjunto de mecanismos utilizados para asegurar y evaluar el cumplimiento de los objetivos y planes diseñados.

Por tanto se entiende por control de gestión el examen de la economía, eficiencia y efectividad de las entidades en el ejercicio y protección de los recursos públicos, efectuado mediante la evaluación de los procesos administrativos. (Manual de Auditoría de Gestión, 2001)

1.3.4. Ley orgánica de salud

Los Artículos 6, 10 y 69 manifiesta que la responsabilidad de diseñar programas de atención y calidad a las personas, es competencia del Ministerio de salud, así mismo quienes son parte del sistema nacional de salud deben aplicar políticas y normas de atención integral y de calidad. (Ley Orgánica de Salud, 2002)

1.3.5. Reglamento a la ley orgánica de la salud

Según el artículo 8 “Estructura orgánica básica alineada a la misión en el proceso habilitante C.2.2 “gestión Documentada y archivo, manifiesta que se debe analizar la información recibida a fin de poder dar fe de los actos de la institución bajo principios legales. (Reglamento a la Ley Orgánica de Salud, 2008)

1.3.6. Manual del manejo, archivo de historias clínicas

Según el Capítulo I declara los conceptos básicos a los que hace referencia los distintos tipos de historias clínicas (H.C), tales como: HC única, activa, inactiva. De la misma manera muestra conceptos básicos en lo referente a la conservación de los archivos, tipos de archivos y métodos para la conservación.

De acuerdo con el Manual del manejo, archivo de las Historias Clínicas, el personal de Estadísticas de la unidad de salud debe realizar la apertura de una carpeta para el paciente que requiera atención de salud, este procedimiento se lo efectúa en la primera visita a la unidad operativa, para ello se le asigna un número, mismo que se mantendrá de forma permanente. La información del paciente se debe registrar en una carpeta individual, que cuente con el número clínico asignado inicialmente, así como también que cuente con

nombres y apellidos escritos de forma clara, sin tachones ni enmendaduras. (Ministerio de salud publica, 2007)

El capítulo II hace énfasis a la depuración de las historias clínicas, es decir la separación física permanente de los formularios y otros documentos que contienen una historia clínica, así como también las normas que rigen dicha depuración. Seguido a esto se encuentra los parámetros y técnicas estipuladas para efectuar una eliminación de historia clínica y los sistemas automatizados con su respectiva normativa y aplicabilidad.

Así mismo manifiesta que la vida útil de la historia clínica será de 10 a 15 años, para el archivo activo 5 años y para el pasivo 5 o 10 años, de acuerdo al tipo de institución de salud esta varía según el tipo de centro de salud, para el presente estudio, se tomará como referencia únicamente el tiempo estimado para archivos activos y pasivos de los Subcentros de salud, de acuerdo con la siguiente tabla.

TIPO DE HOSPITAL	ARCHIVO ACTIVO AÑOS DE CONSERVACIÓN	ARCHIVO PASIVO AÑOS DE CONSERVACIÓN	TOTAL
Subcentro de Salud	5	5	10

Fuente: Manual del manejo, archivo de historias clínicas

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública

Año: 2007

De la misma manera se puede manifestar que un archivo activo es un archivo permanente donde se conservan las historias clínicas en forma ordenada y accesible que se mantiene en un lapso de tiempo de conservación que permita el uso y consulta frecuente, mientras que un archivo pasivo es un archivo permanente ordenado donde se conservan las historias clínicas de pacientes que no han acudido al establecimiento de salud durante un periodo determinado.

Además expresa que hay 4 métodos para la conservación de historias clínicas, el método de conservación integral hace referencia a que las historias clínicas permanecen en el archivo central del establecimiento, independientemente si se encuentra en estado activo o pasivo,

mientras que el método selectivo o parcial se centra en que el comité de Historias clínicas resuelve mantener vigentes ciertos formularios del expediente, ya sean primarios o secundarios.

Por otra parte el método por resumen hace énfasis a que solo se mantiene un resumen del expediente y se deben eliminar el resto de documentos, finalmente la conservación por medios electrónicos consiste en mantener respaldos electrónicos de la Historia Clínica en sistemas computarizados. (Manual de manejo, archivo y control de historias clínicas, 2007)

1.3.7. Instructivo para el llenado del registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias

Manifiesta que la custodia de la información ingresada será de responsabilidad del Área de Estadística, en todas las Unidades Operativas donde exista este personal; en las que no exista, la custodia estará bajo responsabilidad del Director de la Unidad Operativa. Adicionalmente, el PERSONAL DE SALUD (médico/a, obstetrix/obstetra, psicólogo/a, odontóloga) es responsable del llenado correcto y completo de cada una de las variables del RDACAA. (Instructivo para el llenado del RDACAA, 2013)

CAPITULO II

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación fue de tipo descriptivo no experimental y de diseño transeccional puesto a que se trabajó con historias clínicas ya existentes dentro del Subcentro, y con ello se pudo analizar y examinar su comportamiento durante el periodo 2015.

2.2. MÉTODO

Método deductivo.- El método utilizado fue el deductivo, debido a que la investigación se originó con la finalidad de conocer los procedimientos de control y gestión de las historias clínicas en los diferentes Subcentros de Salud, para ello se tomó como medio de apoyo la normativa del Manual de manejo y archivo de las historias clínicas con la finalidad de comparar los procedimientos de la unidad de salud con los legalmente aceptados en la normativa.

2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para el desarrollo del estudio se utilizó información primaria, correspondiente a las técnicas como: la entrevista, ficha de observación y análisis de documentos.

La entrevista fue aplicada al personal del departamento de estadísticas, especialistas y enfermeras del Subcentro Dr. Hugo Solórzano, quienes tienen bajo su responsabilidad la custodia de la información clínica de los pacientes, y cuentan con la capacidad para poder resolver cualquier tipo de inquietud respecto a historias clínicas. La ficha de observación y análisis de documentos fueron aplicadas en el momento de la revisión del procedimiento de apertura, llenado y seguimiento de la información médica. Estas técnicas fueron aplicadas una vez realizadas las visitas al centro de salud, de tal forma que ayudaron a efectuar un análisis respectivo sobre la situación de los archivos.

Además la información teórica obtenida estuvo fundamentada en artículos, libro y textos científicos que hace referencia a la información secundaria. Finalmente como información terciaria la investigación se desarrolló por medio de la utilización de base de datos científicas tales como Redalyc, Google books, Dyalnet, Google Académico, Scopus, Scielo entre otras.

2.4. DISEÑO ESTADÍSTICO

El Subcentro de salud Dr. Hugo Solórzano, ubicado en la parroquia Rocafuerte del cantón Rioverde, cuenta con un total de 8683 Historias Clínicas (H.C), de las cuales para el año 2015 se han aperturado 1365 expedientes, para lo cual se había planteado inicialmente una muestra de 300 carpetas a analizar, estratificadas de acuerdo a los tipos o modelos de pacientes existentes en la unidad de salud, de acuerdo con la siguiente formula:

Formula de muestreo

$$n = \frac{N}{1 + \frac{e^2 + (N-1)}{z^2 pq}}$$

$$n = \frac{1365}{1 + \frac{0.05^2 + (1365-1)}{1.96^2 0.25}}$$

$$n = 300$$

Descripción

n= Tamaño de la muestra que se desea conocer

N= Tamaño conocido de la población

z= Nivel de confianza

e= Nivel de error

pq= Varianza de la población

Una vez realizada la visita a la Unidad Operativa de Rocafuerte, se pudo evidenciar que en las estanterías no existían los 1365 carpetas clínicas correspondientes al año 2015, por tanto no se pudo aplicar la muestra de 300 historias clínicas para efectuar el estudio, sin embargo existían un total de 199 expedientes, los cuales fueron utilizados para continuar con el estudio propuesto.

2.5. PROCEDIMIENTO

La investigación de campo se realizó por medio de la recopilación de información requerida, se efectuó una visita previa a la entidad con la finalidad de tener un preámbulo sobre la situación actual y ámbito laboral en el que desarrollaban las actividades, se diseñaron diversos instrumentos que contribuyeron con el desarrollo de la investigación, se solicitó una autorización y cita al Director de la Unidad Médica para efectuar las entrevistas y cuestionario de control interno al personal médico y de archivo del Subcentro Hugo Solórzano, así como la aplicación de las fichas de observación a las historias clínicas.

En la próxima reunión se empezó con el análisis de las H.C., para ello se efectuó la entrevista a la encargada del departamento de Estadísticas y posterior a ello se a todo el personal médico de la unidad operativa.

Continuando con la investigación se aplicó un cuestionario de control interno, direccionado al departamento de Estadísticas, finalmente se continuó con la investigación de campo aplicando las fichas de observación a cada una de las historias clínicas, con la finalidad de conocer la idoneidad de los datos principales que conforman el historial clínico, correspondiente al periodo 2015.

Una vez aplicados todos los instrumentos para la recolección de información, se realizó el análisis correspondiente de los datos obtenidos y así poder plantear alternativas de mejora para el Subcentro de Salud.

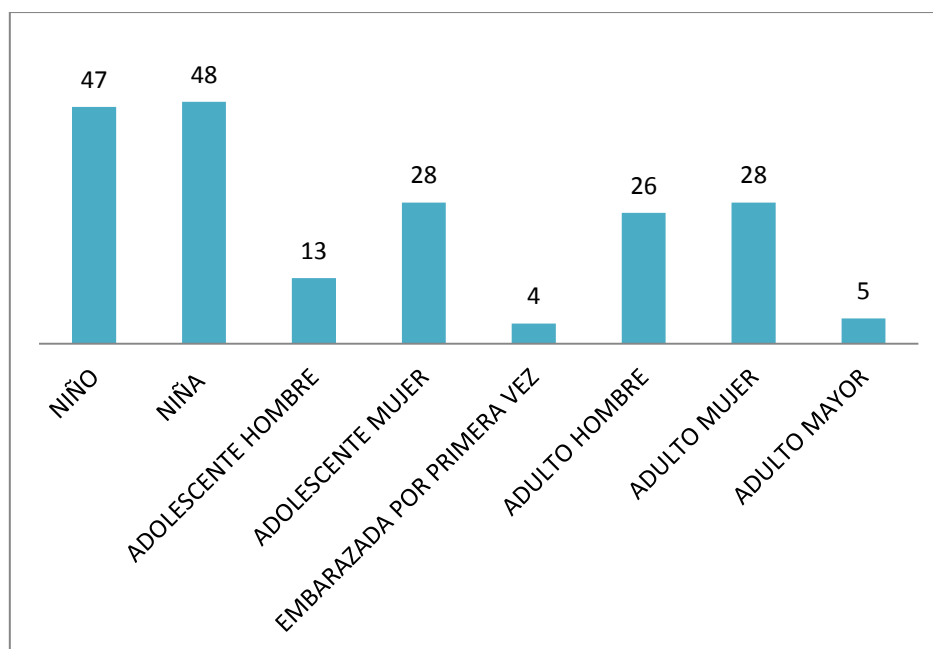
CAPITULO III

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El Subcentro Hugo Solórzano, para poder brindar atención médica a los habitantes de la parroquia Rocafuerte, cuenta en sus instalaciones con las siguientes especialidades:

- Medicina General
- Odontología
- Ginecología
- Laboratorio clínico
- Enfermería

Al tener previo conocimiento sobre las instalaciones y la capacidad de atención en base a las especialidades incorporadas, se pretendió conocer qué tipo de pacientes son los que más acuden, se pudo evidenciar por medio del seguimiento, observación e indagación de las historias clínicas comprendidas en el período del 2015 que los niños/as, adolescente mujer, y adultos hombre/mujer son quienes más asistieron en este período para ser atendidos como se lo muestra en la figura N°1.

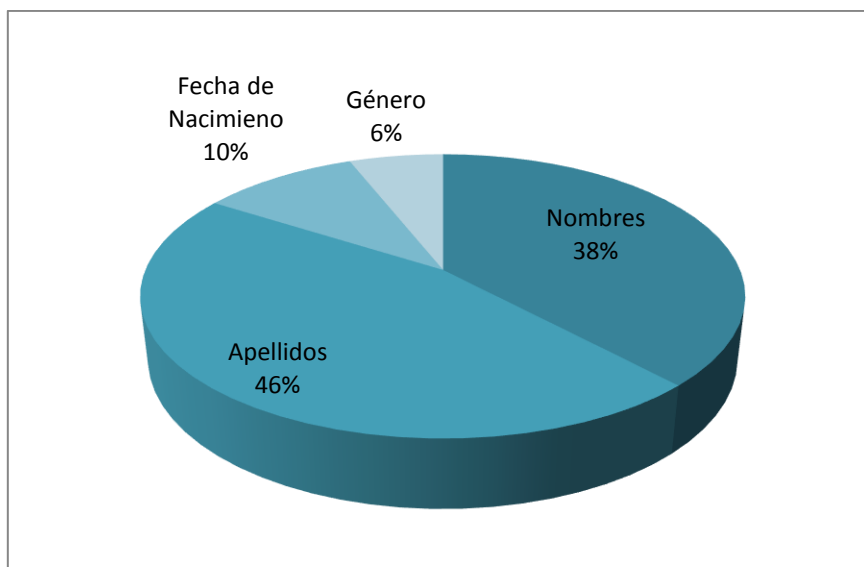


Fuente: Cuestionario de Control Interno
 Figura 1 Frecuencia de asistencia de los pacientes

En lo que corresponde al Subcentro, en base a la entrevista realizada a la persona encargada del departamento de Estadística y Archivo, supo manifestar que para llevar a cabo el proceso de apertura en el caso de la primera visita de un paciente, se debe cumplir con las siguientes actividades:

1. Solicitar Cédula de Ciudadanía o algún tipo de documento de identidad.
2. Asignar un número de historia clínica.
3. Asignar una carpeta clínica nueva para el paciente.
4. Rotular la carpeta con los nombres y apellidos del paciente y el número de historia clínica asignado.
5. Registrar nombres y apellidos del paciente en el cuaderno de registros.
6. Registrar en el formulario de admisión datos personales tales como: nombres y apellidos, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, sexo, edad, dirección, número telefónico y referencias personales, ocupación, estado civil, grupo cultural.

Al tener que estar conformadas las historias clínicas de un grupo de documentos que muestran el estado de salud de una persona, fue necesario observar en detalle a las 199 carpetas sujetas a análisis de las cuales el 75% estaban llenas de manera correcta, las restantes requieren de datos que se deben incorporar como se muestra en la figura N°2, que un 46% demanda apellidos, seguido de un 38% nombres y otros datos específicos de los pacientes.



Fuente: Ficha de observación
Figura 2 Datos personales a mejorar

Por medio de la entrevista direccionada a la persona encargada, en base a la toma de datos estadísticos, informó que actualmente *solo se lleva como medio de control y registro físico un cuaderno, pero a partir del año 2017 se tendrá que empezar a utilizar un sistema informático denominado KARDEX*. El actual medio de control físico contiene una serie numérica, la misma que contribuye con el proceso de apertura de las historias clínicas, para ello *se otorga un número y se asigna una carpeta clínica al paciente, esta contiene en la carilla principal el número de historia clínica que se le ha determinado al paciente inicialmente junto con sus nombres y apellidos completos*, proceso que se encuentra dentro de los lineamientos y directrices estipulados en el Manual del Manejo, archivo de las Historias Clínicas.

Además en lo que respecta al cuaderno de control clínico por medio de las técnicas aplicadas para la investigación, se pudo conocer que dentro *de este registro físico existen números disponibles para historia clínicas que quedan en blanco, los mismos que son utilizados para aperturar una historia clínica, sin tomar en cuenta la secuencia cronológica.*

Al existir estos espacios en blancos dentro de una secuencia numérica, se origina la existencia de carpetas del mes de Mayo y Junio dentro del grupo de historias clínicas correspondientes al mes de Octubre, causando de este modo un desorden secuencial dentro de los archivos de la unidad operativa, que de no ser atendidas, puede ocasionar sanciones y contratiempos en caso de Auditorías o controles rutinarios efectuados por los órganos reguladores.

Otro punto importante que argumentó la Estadística, es que *la unidad operativa de salud, no mantienen archivo central*, ella manifiesta que el archivo central general se encuentra en el Centro Tipo “C”, así como también que *al tener un espacio sumamente reducido, no se tiene identificadas aquellas carpetas que forman parte del archivo activo de la unidad, de aquellas que por el tiempo que no han sido utilizada han pasado a ser parte del archivo pasivo, debido a que en el departamento de estadística se tienen todas las estanterías que forman el archivo activo y pasivo, incluso, también aquellas carpetas que se encuentra clasificadas como “repetidas”.*

Con la finalidad de conocer sobre la vida útil que tiene una historia clínica dentro de un Subcentro de salud, se realizó un cuestionario de control interno a la responsable del departamento, en el cual supo manifestar que *estos documentos clínicos tienen una duración de aproximadamente más de 15 años.*

Al conocer que las Historias Clínicas constituyen el documento médico legal de propiedad de la unidad operativa de salud que la originó, se desarrollaron dos entrevistas, una direccionada de forma específica a la encargada del departamento de estadísticas y otra a todo el personal médico del Subcentro, con la finalidad de conocer sobre la confidencialidad de las historias clínicas, obteniendo como respuesta general que *son documentos confidenciales, las cuales deben estar protegidas de la observación de personas ajenas a la*

unidad de salud, así como también que la responsabilidad del resguardo y mantenimiento de los archivos clínicos es de todos los integrantes de la unidad de salud.

Para casos de consultas externas por hospitalización o emergencia en donde se deba entregar información clínica sobre un determinado paciente, *se debe manifestar únicamente las iniciales que integran los nombres y apellidos del mismo, con la finalidad de salvaguardar la integridad del mismo.*

Con la finalidad de conocer las dimensiones y cómo se encuentran conformadas las estanterías en el Subcentro, así como también las condiciones ambientales del mismo, se aplicó un Cuestionario de Control Interno dentro del Departamento, por medio del cual se pudo conocer que: *está integrado por 5 estanterías metálicas cada una con diversas divisiones que ayudan a la colocación de las carpetas clínicas que se encuentran en estado activo como pasivo*, además de estas, también cuenta con una estantería en donde reposan los diferentes formularios con los que trabaja normalmente la unidad operativa de salud. Por medio de la investigación y con la ayuda de un cuestionario de control interno aplicado a la encargada del departamento, se pudo evidenciar que *no se tienen separados los documentos clínicos activos de los pasivos*, según como lo determina el manual de manejo de historias clínicas.

Así mismo, estas estanterías metálicas, de manera individual cumplen con las medidas correspondientes entre: 24 centímetros de profundidad y 28 centímetros de altura ente una bandeja y otra, tienen una altura total del 1 metro y 85 centímetros como lo manifiesta la norma y cuentan con distancias de aproximadamente 17 centímetros desde el piso hasta la primera bandeja que contienen las historias clínicas.

Sin embargo, el subcentro de salud cuenta con un espacio limitado en lo que corresponde al departamento de estadísticas, es por ello que no cumple con los parámetros de bioseguridad, ventilación e iluminación para mantener en buenas condiciones las carpetas clínicas de la unidad, y según lo observado y manifestado por la colaboradora del centro de salud, existe una distancia de aproximadamente 50 centímetros de espacio entre una estantería y otra.

Finalmente, este departamento se encuentra integrado por dos ventanas de vidrio que sirven para brindar atención a los pacientes, sin embargo estas ventanas no cuenta con condiciones de seguridad con rejillas metálicas, que contribuyan a evitar posibles robos de carpetas clínicas. Cuenta además con dos puertas de salida, una calificada como principal y la otra que da acceso hacia el laboratorio de enfermería, mas sin embargo, no existen señalizaciones que guíen hacia una salida de emergencia en caso de algún siniestro.

3.1. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL SUBCENTRO DE SALUD

Al indagar sobre los procedimientos legalmente aceptados para el control y manejo de las historias clínicas en Subcentros de Salud, se pretendió determinar las actividades de control y manejo de historias clínicas que se realizan en el Departamento de Estadísticas de la Unidad Operativa Hugo Solórzano, para lo cual se aplicaron técnicas como fichas de observación, entrevistas y cuestionario de control interno.

Dentro de las principales actividades de control y manejo de las historias clínicas que desarrollan en el subcentro tenemos:

1. Proceso de Apertura de la Historia Clínicas.- Para efectuar esta actividad, se requiere que el paciente que acude al centro médico no cuente con un historial clínico dentro de la unidad, con la finalidad de poderlo registrar en los archivos del departamento. El paciente debe llevar la cédula de ciudadanía o en su defecto algún documento de identidad que pueda proporcionar sus datos personales, con la finalidad de que el Estadístico pueda realizar el registro correcto de la información del paciente en el formulario 001 – A “Admisión” y en el cuaderno de control y registro manual con el que trabajan. Finalmente el estadista debe preguntar qué tipo de servicio requiere, otorgarle un número de historia clínica y asignarle un turno correspondiente al tipo de atención solicitada.
2. Visita continua a la unidad operativa.- Para el desarrollo de esta actividad, es necesario que el paciente haya acudido al subcentro en busca de una atención médica. En esa, es responsabilidad de la estadística solicitar el número de historia,

número de cédula o nombres y apellidos del paciente con la finalidad de identificar la carpeta con los documentos de atención médica.

La estadista asigna un turno y envía la documentación del paciente hasta el laboratorio de enfermería con la finalidad de que se le realice la toma de signos vitales, una vez realizado esta actividad la enfermera de acuerdo al tipo de atención médica que requirió el paciente, le asigna un turno y envía su documentación al doctor especialista que brindará la consulta.

Una vez que el paciente ha sido atendido, es responsabilidad del médico adjuntar el resultado de la consulta en el expediente clínico de la persona atendida con la respectiva firma de responsabilidad. Finalmente procede a enviar la documentación al departamento de estadística, con la finalidad de que la responsable del cuidado y protección de la información clínica revise la idoneidad de la carpeta del paciente, y pueda ser admitida nuevamente en los archivos del subcentro.

3. Proceso de Atenciones Externas.- Para el cumplimiento de este proceso es necesario que se envíe al departamento de estadísticas una solicitud de hospitalización o emergencia para el paciente y el médico por consulta externo debe solicitar la documentación personal del mismo, para ello la estadística busca en las estanterías la carpeta requerida por consulta externa y verifica la idoneidad de la misma para poderla entregar.

Una vez efectuada la atención por emergencia o consulta externa, el médico de atención externa es responsable de adjuntar el formulario con los resultados del paciente en el expediente médico del mismo, junto con su firma de responsabilidad, con la finalidad de poder enviar al departamento de estadísticas la documentación. Una vez que la estadista reciba el archivo, efectúa la revisión e idoneidad de la carpeta para proceder a archivar.

4. Conformación de las historias clínicas en el archivo Activo o Pasivo.- Para esta actividad, la estadista mantiene una secuencia numérica ordenada de las carpetas que han sido aperturadas en el Subcentro en su cuaderno de registros, así mismo en

función a esta base de datos se ordena de manera ascendente en las estanterías las carpetas clínicas existentes.

Para la conformación de los dos archivos, en el departamento de estadísticas no hay la separación de archivos activos y pasivos, ambas carpetas se encuentran en los mismos estantes.

5. Eliminación de las historias clínicas.- Este procedimiento se encuentra estrechamente vinculado con la conformación de las historias clínicas, con la finalidad de que la estadista tenga bien identificados y diferenciados los archivos activos y pasivos de la entidad y se pueda conocer cuáles son los documentos clínicos que deben ser eliminados.

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Ante los resultados obtenidos durante la investigación, se presentan a continuación conclusiones y recomendaciones para su análisis.

4.1. CONCLUSIONES

- Se pudo evidenciar que la Normativa, brinda las directrices necesarias para el manejo y control de las historias clínicas de forma general, así como también brinda los lineamientos pertinentes de cómo realizar los procesos administrativos de acuerdo con el tipo de unidad de salud que sea, sin embargo, en el Subcentro de Salud Hugo Solórzano no se les está dando cumplimiento de forma correcta.
- Se pudo comprobar que procesos administrativos – operativos, realizados por la unidad operativa, como apertura de historias clínicas, identificación y separación de archivos activos y pasivos, no se están llevando a cabo de forma correcta según como lo manifiesta la normativa vigente.
- Se determinó por medio del levantamiento y análisis de la información que existe la necesidad de que los procesos administrativos sean diseñados y planteados por medio de diagramas de flujos, con la finalidad de que puedan ser cumplidos a cabalidad y de la mejor manera posible, siguiendo las directrices de la Normativa de Control y Manejo de Historias Clínicas.

4.2. RECOMENDACIONES

- Es aconsejable que la Unidad Operativa, realice una difusión del manual de control y manejo para las historias clínicas, con la finalidad de que todos los funcionarios conozcan la forma como deben realizar los procesos administrativos de acuerdo con la norma.
- Es necesario que la Unidad Operativa en conjunto con el Departamento de estadísticas mantengan un mejor control y orden de los procedimientos respecto a

las historias clínicas, con la finalidad de poder brindar una atención de calidad a las personas que acuden a este Centro de Salud.

- Es conveniente, que la unidad de Salud permita plasmar los procesos administrativos a través de diagramas de flujo, con la finalidad de que se pueda identificar cada actividad, la manera como se las debe desarrollar y quienes son los responsable para cada actividad, es por ello que se pretende sugerir alternativas de mejora para la entidad, por medio del diseño tentativo de los siguientes flujos de procesos.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA DE MEJORA

Al conocer la necesidad de implementar diagramas de flujo para los procedimientos del Subcentro de salud, se pretende brindar a la Unidad Operativa de Salud herramientas de mejora que contribuyan a mantener control adecuado en los procesos administrativos vinculados con las historias clínicas, con la finalidad evitar posibles sanciones a cargo de los Organismos reguladores por no dar fiel cumplimiento a los procesos estipulados en base a la Normativa Legal de Salud Pública.

HOJA DE MEJORA Y DISEÑOS DE ESTRATEGIAS PARA LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS

CÓDIGO: SHSDEYM01

VERSIÓN: 001

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN: 20-11-2016

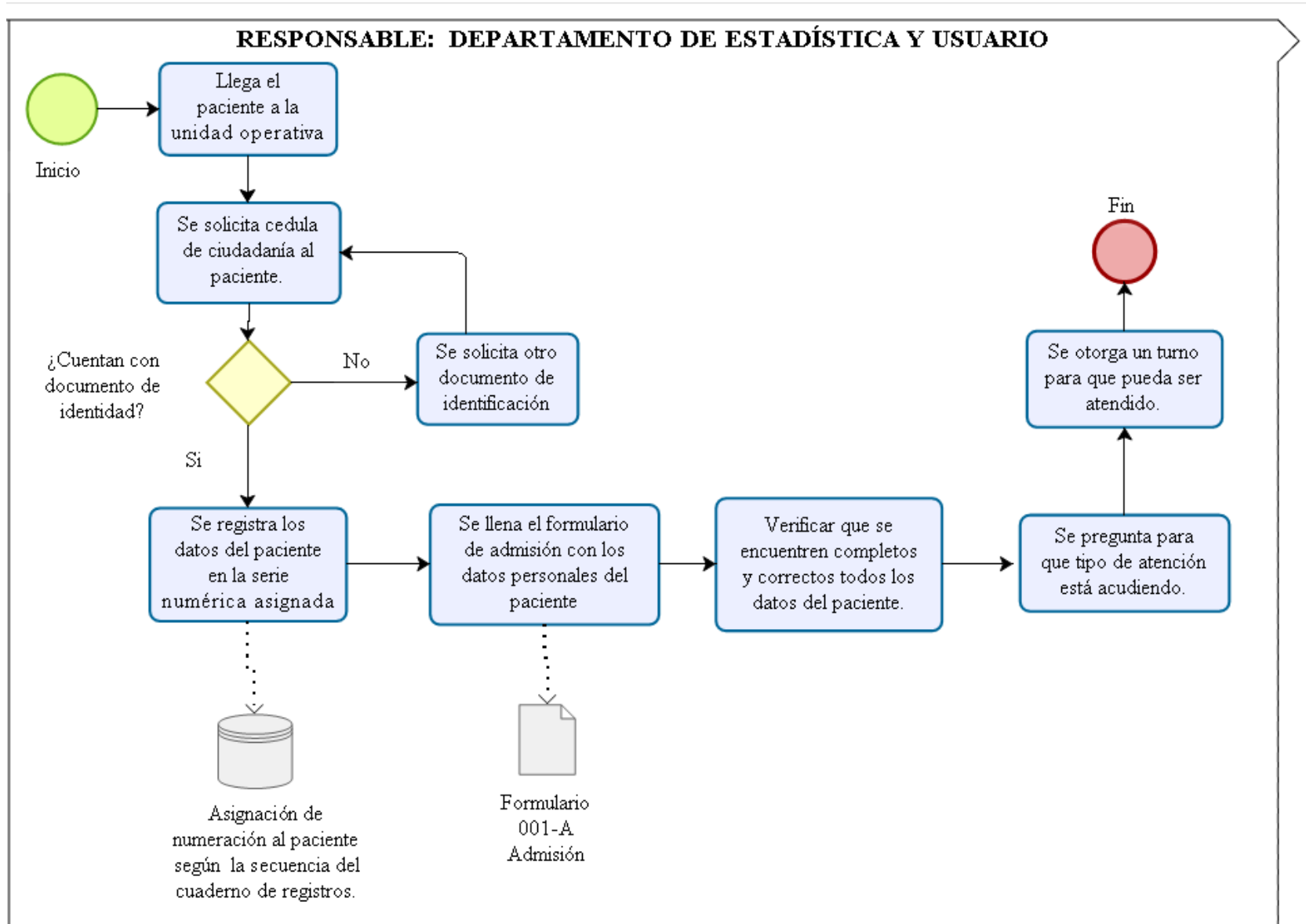
MACRO PROCESO: Registro y control de Historias clínicas

PROCESO: Registro de historias clínicas

CÓDIGO: SHSFORAT01

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	INSTRUCCIÓN ACLARATORIA	FORMATO
1	Apertura de historias clínicas	Departamentos de Estadística-Archivo. Enfermera (E)		Formulario de Admisión.

Flujograma 1 PROCESO DE APERTURA DE HISTORIAS CLÍNICAS



HOJA DE MEJORA Y DISEÑOS DE ESTRATEGIAS PARA LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS

CÓDIGO: SHSDEYM02

VERSIÓN: 002

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN: 20-11-2016

MACRO PROCESO: Registro y control de Historias clínicas

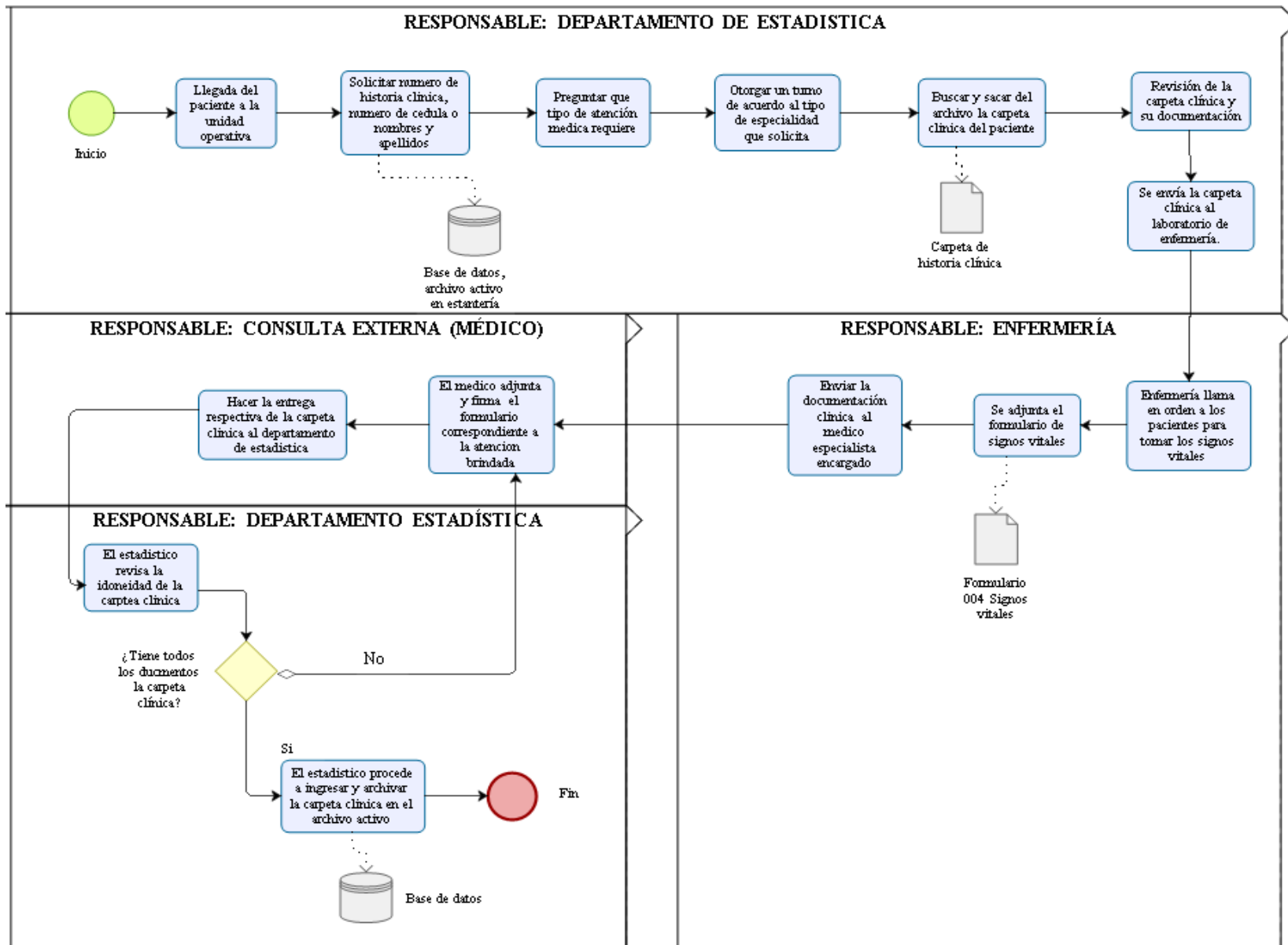
PROCESO: Registro de historias clínicas

CÓDIGO: SHSFORAT02

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	INSTRUCCIÓN ACLARATORIA	FORMATO
1	Visita continua a la unidad operativa.	Departamentos de Estadística-Archivo. Enfermera (E)		Formulario de atenciones médicas.

El siguiente flujo de procesos se lo planteó con la finalidad de poder plasmar gráficamente cada una de las actividades que se realizan dentro del Subcentro para llevar a cabo una visita continua dentro del mismo, cabe señalar que las actividades son propias de la unidad operativa, sin embargo se consideró importante mostrarlas por medio de un diagrama de procesos con la finalidad de que se pueda conocer con exactitud la secuencia que debe seguir para el eficaz cumplimiento de este proceso.

Flujograma 2 VISITA CONTINUA A LA UNIDAD OPERATIVA



**HOJA DE MEJORA Y DISEÑOS DE ESTRATEGIAS PARA LOS PROCESOS
ADMINISTRATIVOS**

CÓDIGO: SHSDEYM03

VERSIÓN: 003

FECHA ÚLTIMA REVISIÓN: 20-11-2016

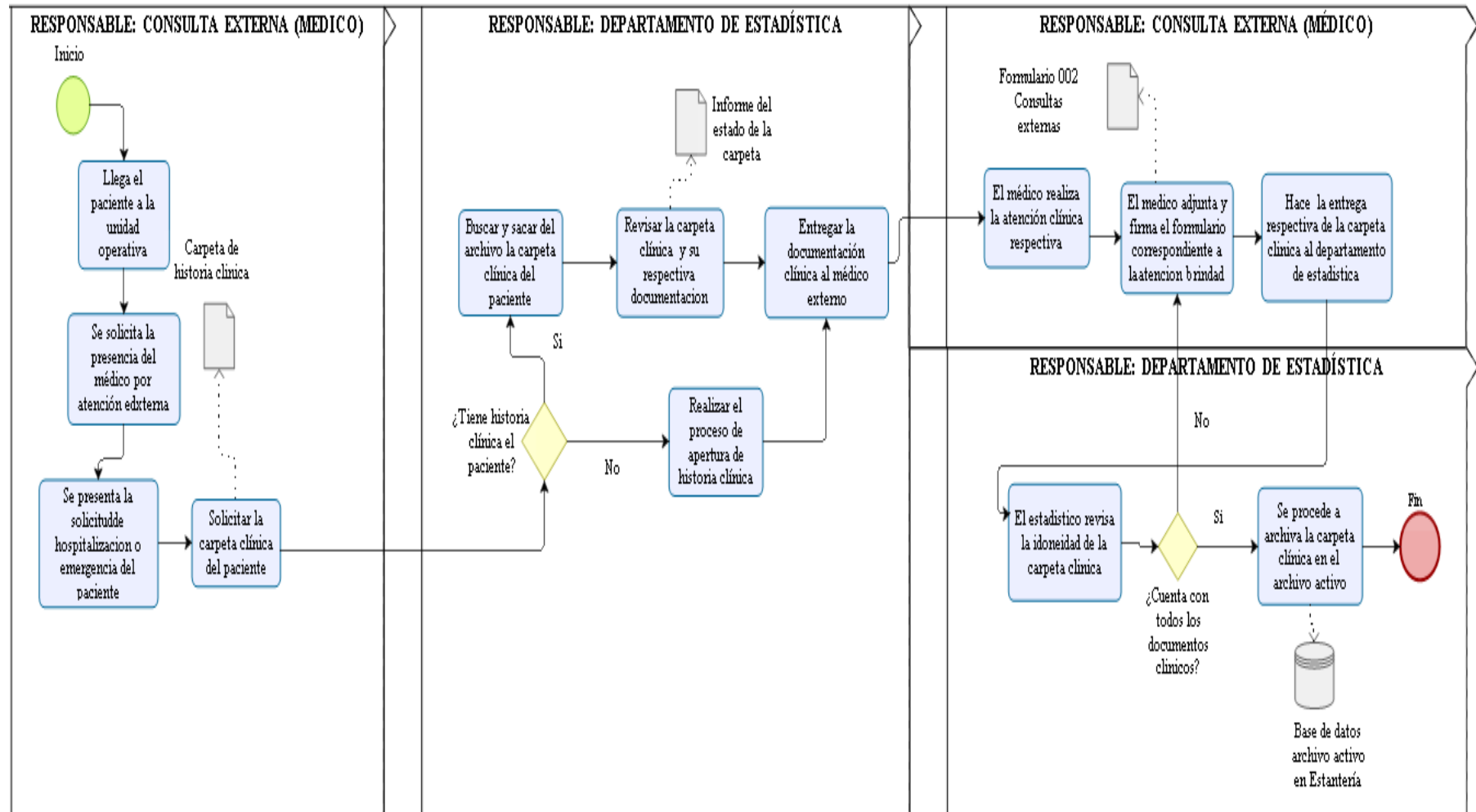
MACRO PROCESO: Registro y control de Historias clínicas

PROCESO: Consulta Externas

CÓDIGO: SHSFORAT03

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	INSTRUCCIÓN ACLARATORIA	FORMATO
1	Atenciones externas a la unidad operativa.	Médico por consulta externa. Departamentos de Estadística-Archivo.		Formulario por atenciones externas.

Flujograma 3 ATENCIONES EXTERNAS A LA UNIDAD OPERATIVA



**HOJA DE MEJORA Y DISEÑOS DE ESTRATEGIAS PARA LOS PROCESOS
ADMINISTRATIVOS**

CÓDIGO: SHSDEYM04

VERSIÓN: 004

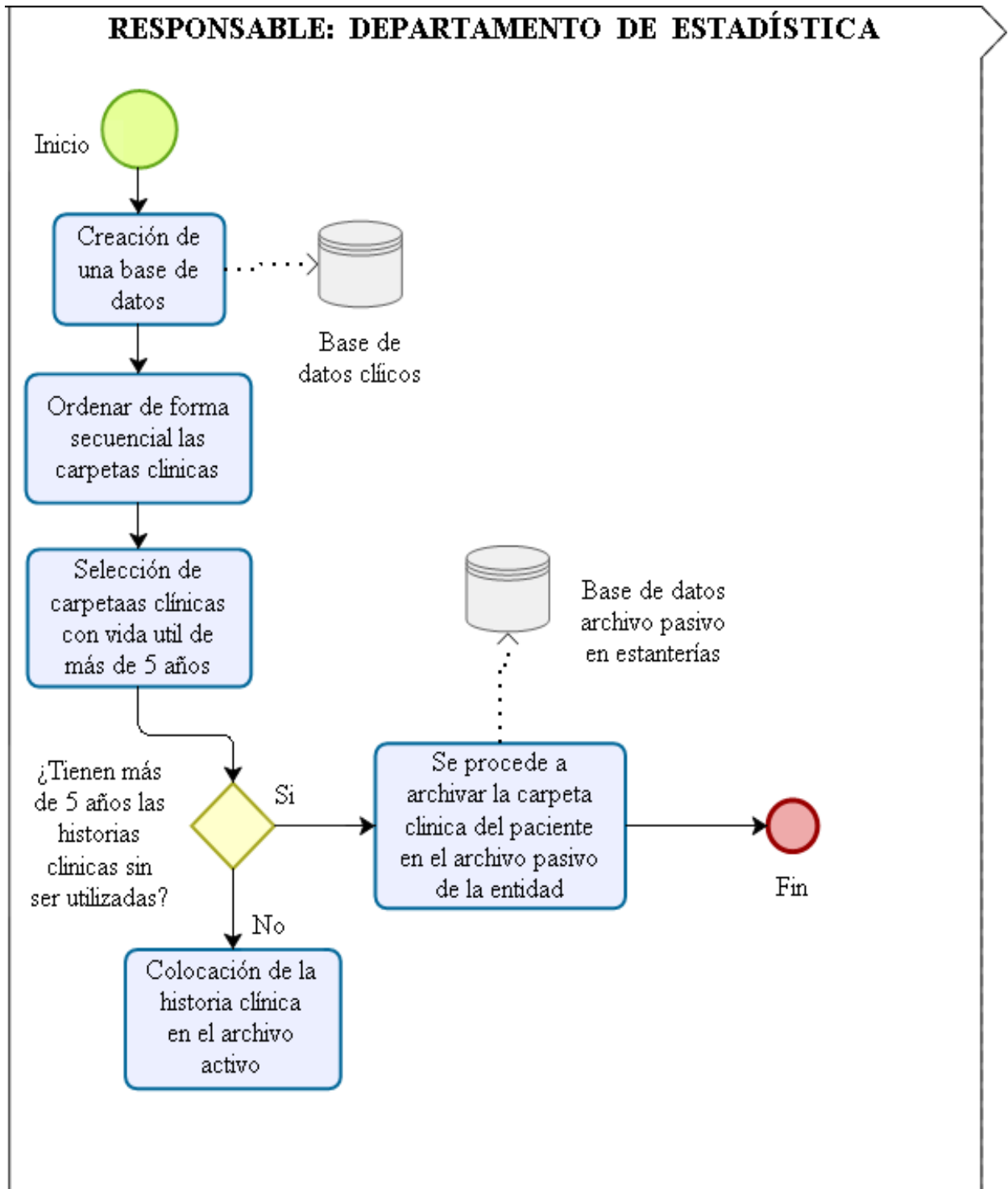
FECHA ÚLTIMA REVISIÓN: 20-11-2016

MACRO PROCESO: Conservación de Historias clínicas

PROCESO: Conformación del archivo activo y pasivo **CÓDIGO:** SHSFORAT04

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	INSTRUCCIÓN ACLARATORIA	FORMATO
1	Conformación de las historias clínicas en archivo activo o pasivo.	Departamentos de Estadística-Archivo.		Manual del manejo de Historias clínicas.

Flujograma 4 CONFORMACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN ARCHIVO ACTIVO O PASIVO



**HOJA DE MEJORA Y DISEÑOS DE ESTRATEGIAS PARA LOS PROCESOS
ADMINISTRATIVOS**

CÓDIGO: SHSDEYM05

VERSIÓN: 005

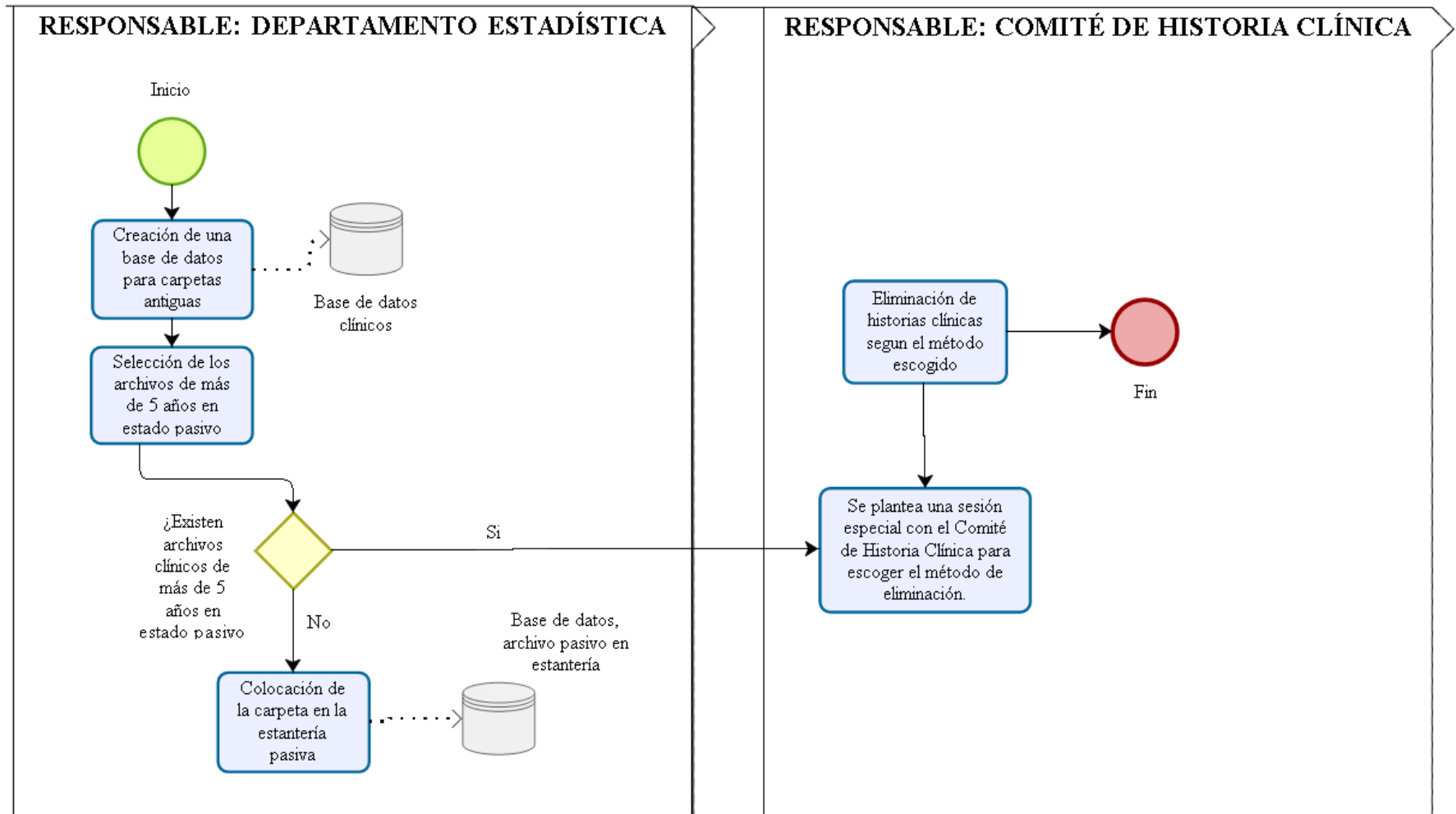
FECHA ÚLTIMA REVISIÓN: 20-11-2016

MACRO PROCESO: Conservación de Historias clínicas

PROCESO: Eliminación de las historias clínicas **CÓDIGO:** SHSFORAT05

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	INSTRUCCIÓN ACLARATORIA	FORMATO
1	Proceso de eliminación de una historia clínica.	Departamentos de Estadística-Archivo.		Manual del manejo de Historias clínicas.

Flujograma 5 ELIMINACION DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS



REFERENCIAS

- Alcaraz Agüero, M., Napoles Roman , Y., Chaveco Guerra, I., Martínez Rendon, M., & Coello Agüero, J. M. (2010). La historia clínica: documento básico para el personal médico. *Biblioteca Virtual en salud de Cuba*, 20-27.
- Amaru, A. C. (2009). *Fundamentos de la administración-Teoría y el proceso administrativo*. México: Pearson Educación de México.
- Anzil, F. (03 de 09 de 2010). *Zonaeconomica*. Obtenido de Concepto de Control: <http://www.zonaeconomica.com/control>
- Arellano, M. (04 de 2008). *Scielo*. Obtenido de Hacia una historia clínica médica electrónica, entre lo legal y lo ético: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-75152008000100006
- Armada, T. E. (2006). *Evolución de la Auditoría*. Recuperado el 20 de 10 de 2016, de <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1460/2/CAPITULO%201.pdf>
- Barreto Penié, J. (2000). *LA HISTORIA CLÍNICA: DOCUMENTO CIENTÍFICO*. Obtenido de Repository Unad: <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/5110/1/Historia%20cl%C3%ADnica%20documento%20cient%C3%ADfico.pdf>
- Caraballo, J. P. (2006). Control de la gestión empresarial. En J. P. Caraballo, *Control de la gestión empresarial* (págs. 50-62). Madrid: ESIC.
- Carrion, I., Fernández, J. L., & Toval, A. (2011). *Gestión del control de acceso en las historias clínicas electrónicas*. Obtenido de Sciencedirect : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112000714>
- Castro, & Gámez. (Junio de 2009). *Historia clínica*. Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000300018
- Concha , C., & Marín, R. (2005). *Diferencias en el uso de Herramientas y Mecanismos de Control*. Obtenido de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/concha_c/html/index.html
- Congreso Nacional. (22 de 12 de 2006). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/ley_organica_de_salud.pdf

- Constitucion Politica de la Republica del Ecuador. (20 de 10 de 2008). *INOCAR*. Obtenido de http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A._Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf
- Dextre Flores, J. C., & Del Pozo Rivas, R. S. (2012). ¿Control de gestión o gestión de control? *Revista del Departamento Académico de Ciencias Administrativas*, 69-80.
- Dominguez, B. R. (2011). *Control de calidad de la atencion de salud*. La Habana: ECIMED.
- El universo. (09 de 12 de 2015). Contraloría ya no auditará la gestión de entidades públicas. *El universo*, pág. 15. Obtenido de <http://www.eluniverso.com/noticias/2015/12/09/nota/5287731/contraloria-ya-no-auditara-gestion-entidades-publicas>
- Franklin, E. (2000). *Auditoria Administrativa*. Mexico: McGraw Hill.
- Franklin, E. B. (2007). *Gestion estrategica del cambion*. Mexico: Person Education.
- Guerra Breña, R. M., Roque Gonzales, R., & Meizoso Valdés, M. d. (2015). *Conceptos e indicadores de la calidad archivística*. Obtenido de Redalyc: <http://www.redalyc.org/pdf/161/16100906.pdf>
- Guzmán, F., & Arias, C. A. (16 de 03 de 2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Revista Colombiana de Cirugía*, 15-24. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822012000100002&lang=pt
- Haimann, T. (2005). *Dirección y gerencia: planificación, coordinación y control de las actividades de la empresa*. España: McGrawHill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGrawHill.
- INE. (2012). *Estadísticas Hospitalarias*. Obtenido de <http://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas-continuas/hospitalarias>
- INEC. (2014). *Estadísticas de Camas y Egresos Hospitalarios – 2014*. Obtenido de <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/394>
- Juran, J. (1992). Concepto de planificación estratégica de la calidad. En J. Juran, *Juran y la calidad por el diseño* (págs. 327-328). USA: Division of Macmillan, INC.

- Koontz, H. (2012). *Administracion una perspectiva global y empresarial*. Mexico: McGrawGill.
- Lapiente, J. C. (2011). *Planificación y Control de Gestion*. Obtenido de Escuela de Organización Industrial: http://api.eoi.es/api_v1_dev.php/fedora/asset/eoi:75271/componente75269.pdf
- Manrique Guzman, J., Manrique Chávez, J., Chavez Reátegui, B., & Manrique Chávez, C. (2014). *Evaluacion de la calidad de los registros empleando auditoria odontologica en una clinica dental docente*. Obtenido de Revista Estomatologica Herediana: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2111>
- Ministerio de Salud Publica. (2013). *Instructivo para el llenado del RDACAA*. Obtenido de Ministerio de Salud Publica: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/instructivo-rdaca__final_04_09_2013.pdf
- Morales Vallejo, P. (2012). *Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos?* Madrid: McGrawHill.
- Organizacion Panamericana de Salud. (2013). *Funciones del sector salud*. Canada: USAID.
- Paredes Soto, J. (2011). *EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN*. Quito.
- Quinteros, G. (2002). Gestión en salud: lo que el cirujano debe conocer. *Medwave*, 12-20.
- Renau, & Perez Salinas. (2001). *Evaluacion de la calidad de las historias clinicas*. Obtenido de Sedom: <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4ca0a8f8d9013pm-10-1-006.pdf>
- Rojas Mezarina, L., Cedamanos Medina, C. A., & Vargas Herrera, J. (2015). *Registro nacional de historias clinicas electronicas en Perú*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000200029&script=sci_arttext
- Ruiz, R. V. (2013). *LA GESTIÓN EN LA PRODUCCIÓN*. PERU: Universitaria Andaluza Inca Garcilaso.
- Sanchez, R., & Reglosa, G. (2006). *Informatizacion de la Historia Clinica electrónica: implicacion sobre el proceso de enfermería*. Obtenido de Revistas: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/458>
- Soldevila, P. (2002). *Control de gestion en isntituciones no lucrativas*. Chile: WebFundes.

Storner, J., Freeman, E., & Gilbert, D. (1996). *Administracion*. Mexico: Prentice Hall Hispanoamerica S.

Terry, G. (1977). *Principios de administracion*. México: CECSA.

ANEXOS



1.1. MODELO DE ENTREVISTAS

Anexo 1 Entrevista al Departamento de Estadística “Departamento de Estadísticas” Subcentro de salud Dr. Hugo Solórzano

OBJETO: La presente entrevista tiene por objeto, recopilar información correspondiente al control y registro de las Historias Clínicas.

1. ¿Cuáles son los pasos que debe seguir un paciente para dar apertura a su historial clínico?
2. Si un paciente pierde su número de historia clínica ¿Cómo se podría buscar su registro clínico?
3. ¿Con qué frecuencia se hacen aperturas de historias clínicas y como se lleva el registro de los pacientes?
4. ¿Existen sistemas que permitan actualizar la información personal de los pacientes?
5. ¿En qué parte del sistema de control de historias clínicas considera que existe deficiencias?
6. ¿Cómo debe ser entregada la carpeta clínica para la atención de los pacientes por parte del personal de estadística al médico y viceversa?
7. ¿Quiénes son los responsables del mantenimiento y cuidado de las historias clínicas dentro del subcentro?



**Anexo 2 Entrevista a Especialistas y Enfermeras Subcentro de salud Dr.
Hugo Solórzano**

OBJETO: La presente entrevista tiene por objeto, recopilar información que permita tener un criterio interno de la empresa, pero externo al departamento de Estadísticas.

1. ¿Considera que el sistema de registro y control de Historias clínicas del Subcentro es lo suficientemente idóneo para brindar información verídica sobre el estado actual de un paciente?
2. ¿Normalmente cómo realiza el seguimiento a sus pacientes frecuentes?
3. ¿Mantiene comunicación constante con la persona encargada de proporcionar y dar apertura a los historiales clínicos?
4. ¿Conoce si en el Subcentro de Salud existen normativas de confidencialidad sobre las historias clínicas?
5. ¿Conoce que tipo de procedimientos hay que seguir para la apertura de una historia clínica y cuáles son las condiciones en las que se debe entregar una carpeta clínica al momento de efectuar una consulta?
6. ¿Conoce quién o quiénes son los responsables del cuidado y mantenimiento de las historias clínicas?



1.2. MODELO FICHAS DE OBSERVACIÓN

Anexo 3 Ficha de observación para Niño

Fecha de

Responsable del área

Responsable de la investigación

Supervisor de la investigación

Parámetros de evaluación

1	Si
2	No

N°	Formulario de admisión	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Datos personales			
2	Signos vitales			
3	Motivo de la consulta			
4	Consulta externa			
N°	Criterios de análisis conformación del expediente	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Formulario 28 A			
2	Formulario 28 B			
3	Formulario 28 C			
4	Formulario 28 D			
5	Formulario curva de crecimiento del niño > 5 años			

6	Formulario de evolución			
7	Formulario de Odontología			
8	Formulario de registro de atención niño de 2 meses hasta 4 años.			

Nota:

Los numerales 5 y 8 aplican únicamente para casos específicos y determinados en el mismo criterio.



Anexo 4 Ficha de observación para Niña

Mes / Año Fecha de observación

Responsable del área

Responsable de la investigación

Supervisor de la investigación

Parámetros de evaluación

1	Si
2	No

N°	Formulario de admisión	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Datos personales			
2	Signos vitales			
3	Motivo de la consulta			
4	Consulta externa			
N°	Criterios de análisis conformación del expediente	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Formulario 28 A			
2	Formulario 28 B			
3	Formulario 28 C			
4	Formulario 28 D			
5	Formulario de evolución			
6	Formulario de Odontología			

7	Formulario de registro de atención niño de 2 meses hasta 4 años.			
---	--	--	--	--

Nota:

Los numerales 7 aplica únicamente para casos específicos y determinados en el mismo criterio.



Anexo 5 Ficha de observación para Adolescente Hombre

Mes / Año

Fecha de observación

Responsable del área

Responsable de la investigación

Supervisor de la investigación

Parámetros de evaluación

1	Si
2	No

N°	Formulario de admisión	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Datos personales			
2	Signos vitales			
3	Motivo de la consulta			
4	Consulta externa			
N°	Criterios de análisis conformación del expediente	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Atención Adolescente			
2	Índice de masa corporal (Form. 056b)			
3	Formulario de evolución – 005			
4	Formulario de Odontología			



Anexo 6 Ficha de Observación Adolescente Mujer

Mes / Año

Fecha de observación

Responsable del área

Responsable de la investigación

Supervisor de la investigación

Parámetros de evaluación

1	Si
2	No

N°	Formulario de admisión	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Datos personales			
2	Signos vitales			
3	Motivo de la consulta			
4	Consulta externa			
N°	Criterios de análisis conformación del expediente	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Atención Adolescente			
2	Índice de masa corporal (Form. 056b)			
3	Formulario de evolución – 005			
4	Formulario de Odontología			
5	Formulario de Anamnesis – 002			
6	Formulario de Planificación			



Anexo 7 Ficha de Observación para Embarazada por primera vez

Mes / Año

Fecha de observación

Responsable del área

Responsable de la investigación

Supervisor de la investigación

Parámetros de evaluación

1	Si
2	No

N°	Formulario de admisión	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Datos personales			
2	Signos vitales			
3	Motivo de la consulta			
4	Consulta externa			
N°	Criterios de análisis conformación del expediente	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Formulario de Anamnesis – 002			
2	Formulario de evolución – 005			
3	Formulario de Odontología			
4	Formulario de Planificación			
5	Formulario Curva de embarazo – 051 a			
6	Formulario Curva de embarazo – 051 b			



Anexo 8 Ficha de Observación para Adulto Hombre

Mes / Año

Fecha de observación

Responsable del área

Responsable de la investigación

Supervisor de la investigación

Parámetros de evaluación

1	Si
2	No

N°	Formulario de admisión	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Datos personales			
2	Signos vitales			
3	Motivo de la consulta			
4	Consulta externa			
N°	Criterios de análisis conformación del expediente	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Formulario de Anamnesis – 002			
2	Formulario de Odontología			



Anexo 9 Ficha de Observación para Adulto Hombre

Mes / Año Fecha de observación

Responsable del área

Responsable de la investigación

Supervisor de la investigación

Parámetros de evaluación

1	Si
2	No

N°	Formulario de admisión	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Datos personales			
2	Signos vitales			
3	Motivo de la consulta			
4	Consulta externa			
N°	Criterios de análisis conformación del expediente	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Formulario de Anamnesis – 002			
2	Formulario de Odontología			



Anexo 10 Ficha de Observación para Adulto Mujer

Mes / Año

Fecha de observación

Responsable del área

Responsable de la investigación

Supervisor de la investigación

Parámetros de evaluación

1	Si
2	No

N°	Formulario de admisión	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Datos personales			
2	Signos vitales			
3	Motivo de la consulta			
4	Consulta externa			
N°	Criterios de análisis conformación del expediente	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Formulario de Anamnesis – 002			
2	Formulario de Odontología			
3	Formulario de planificación			



Anexo 11 Ficha de Observación para Adulto Mayor – Hombre y Mujer

Mes / Año

Fecha de observación

Responsable del área

Responsable de la investigación

Supervisor de la investigación

Parámetros de evaluación

1	Si
2	No

N°	Formulario de admisión	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Datos personales			
2	Signos vitales			
3	Motivo de la consulta			
4	Consulta externa			
N°	Criterios de análisis conformación del expediente	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	Formulario de Anamnesis – 002			
2	Formulario de Odontología			
3	Formulario de Adulto mayor – 057			
4	Formulario Escala de adulto – 057			
5	Formulario Geriatricos			



Anexo 12 Ficha de directa conformación del archivo físico de las historias clínicas

Mes / Año Fecha de observación

Responsable del área

Responsable de la investigación

Supervisor de la investigación

Parámetros de evaluación

1	Cumple
2	No cumple

N°	Aspectos sujetos a control Interno	Parámetros de calificación		
	Criterios de análisis preliminares	1	2	Observación
1	Archivo clínico central			
2	Archivo Activo			
3	Archivo Pasivo			
4	Archivo Activo hasta 5 años			
5	Archivo Pasivo hasta 5 años			
N°	Criterios de análisis del archivo físico	Parámetros de calificación		
		1	2	Observación
1	El archivo contiene características que permiten: ventilación, iluminación, circulación del personal de custodia, y cumple con normas de bioseguridad.			
2	El archivo activo tiene las siguientes dimensiones: 4m de fondo * 10m de ancho =40m.			
3	El archivo pasivo tiene las siguientes dimensiones: 4m de fondo * 10m de ancho =40m.			
4	Existen estanterías metálicas.			
5	Las estanterías cuentan con las siguientes dimensiones: 25 cm de profundidad y 28 cm de alto entre bandeja y bandeja, con un			

	altura total de 1m.85cm y ancho de 2m.12 cm.			
6	En el suelo deja desde el ultimo estante 17cm.			
7	Cuenta con un escritorio con su respectiva silla.			



Anexo 13 Cuestionario de Control Interno sobre la confidencialidad de las Historias clínicas

Mes / Año

Responsable del área

Responsable de la investigación

Supervisor de la investigación

Parámetros de evaluación

1	Si
2	No

N°	PREGUNTA	RESPUESTA		VALORACION		PRUEBA
		SI	NO	POND.	CALIF	
1	¿Salen las historias clínicas del archivo activo por concepto de consulta externa, hospitalización o emergencia?					
2	¿El subcentro entrega resúmenes para trámites legales?					
3	¿Salen las historias clínicas de la unidad operativa?					
4	¿Cada paciente cuenta con una carpeta individual y una serie numérica única?					
5	¿El personal de salud y administrativo guardan confidencialidad sobre las historias clínicas?					
6	¿El archivo central esta bajo el resguardo del departamento de estadísticas?					
7	¿Cualquier persona puede acceder a las historias clínicas?					
8	¿Cuando un paciente requiere de					

	atención, se clasifica de acuerdo al servicio y se elabora un registro de control?					
9	¿Cuando se hace atender un paciente, existe revisión previa de la carpeta clínica y sus formularios correspondiente?					
10	¿Una vez culminada la cita médica la carpeta del paciente es revisad para ingresar nuevamente a estadística?					
TOTAL						
CALIFICACIÓN TOTAL						
PONDERACIÓN TOTAL						
NIVEL DE CONFIANZA						
NIVEL DE RIESGO						
NIVEL DE CONFIANZA						
NIVEL DE RIESGO						
PREPARADO POR: Cris Alvarado Morales				REVISADO POR:	FECHA:	