



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN PÚBLICA**

**Gestión de historias clínicas para la eficiente seguridad de la
información del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión Pública

AUTORA:

Mestanza Quiroz, Sandra Yanina (orcid.org/0000-0002-9139-8389)

ASESOR:

Mg. Pisfil Benites, Nilthon Ivan (orcid.org/0000-0002-2275-7106)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Reforma y Modernización del Estado

CHICLAYO – PERÚ

2020

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a mi familia, en especial a mi padre y a mi madre por su apoyo y amor incondicional, por ser mi ejemplo y fortaleza para seguir siempre adelante a pesar de las adversidades que se presentan, por ser mi ejemplo de lucha y superación, por encontrar paz y tranquilidad en cada uno de sus abrazos y consejos.

Así mismo dedico este trabajo al personal del Establecimiento de salud Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua por haberme facilitado la información que permitió realizar esta investigación.

Sandra Yanina Mestanza Quiroz

Agradecimiento

Quiero expresar las gracias a Dios por permitir que con su bendición he podido llegar a cumplir este gran sueño, ahora puedo decir que logré una meta más en mi vida y lograr haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, mi profundo agradecimiento a mi padre que siempre estuvo allí para ser mi soporte y ejemplo de valentía, a mi amiga Geydy Chirinos que gracias a su impulso me motivo a continuar en busca de mi crecimiento personal, a mis compañeros Lelis y Oriana porque siempre me orientaron con respeto todas las inquietudes que tuve para el desarrollo de esta investigación, también estoy inmensamente agradecida a mis profesores en especial a la Dr. José M. Puicán Carreño quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda aprender sobre el manejo adecuado de la gestión pública en el sector público, de igual manera mi agradecimiento al Establecimiento de Salud donde realice esta investigación, por abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional; siempre me dieron ánimos y valentía les agradezco por confiar en mí.

Sandra Yanina Mestanza Quiroz

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. MÉTODOLÓGIA.....	14
3.1 Tipo y Diseño de investigación.....	14
3.2. Variables y operacionalización.....	15
3.3 Población, muestra y muestreo.....	16
3.3.1 Población:.....	16
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	17
3.5 Procedimiento	18
3.6 Método de análisis de datos.....	18
3.7 Aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS.....	20
V. DISCUSIÓN	32
VI. CONCLUSIONES	35
VII. RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS.....	37
ANEXOS	47

Índice de tablas

Tabla 1. Muestra	17
Tabla 2. Validez de instrumentos por juicio de expertos	18
Tabla 3. Análisis de gestión de historias clínicas	20
Tabla 4. Análisis de seguridad de la información	24
Tabla 5. ¿En el servicio de hospitalización la enfermera entrega la historia clínica completa y ordenada a admisión dentro de las 48 horas siguientes al momento del alta?.....	28
Tabla 6. ¿Las historias clínicas depuradas se encuentran almacenadas en cajas de cartón o según normativa vigente?	29
Tabla 7. ¿El área de admisión cuenta con sistemas contra incendios, extintores y detectores de humo?.....	29
Tabla 8. ¿El área de admisión cuenta con sistema de videocámaras?.....	30
Tabla 9. ¿Existe una política formal y se han adoptado las medidas de seguridad necesaria para protegerse en contra de los riesgos de utilizar computadores móviles e infraestructura de comunicaciones?.....	30
Tabla 10. ¿Existe algún proceso disciplinario formal para tratar con los trabajadores que infringen la seguridad del hospital?	31

Resumen

La presente investigación tiene por objetivo analizar las características más relevantes de la Gestión de la Historia Clínica y la Seguridad de la Información en el Hospital De Apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua, para ello se ha teorizado sobre la accesibilidad de la historia clínica, su estructura y características. Esta investigación presentó un tipo de investigación cualitativa descriptiva con un diseño de investigación no experimental en la cual participaron 55 trabajadores del hospital a quienes se les aplicó cuestionarios para obtener información sobre las variables en estudio. Con los resultados obtenidos se llegó a la conclusión que en las historias clínicas en el hospital de apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua tienen un alto riesgo de duplicidad de información registrada en las historias clínicas a pesar de que los trabajadores del hospital manifiestan mayoritariamente verificar al momento de crear la historia clínica sea única en la institución, se concluye, en cuanto a la seguridad de la información en el hospital de apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua se determinó que no se cuenta con deberes bien asignados en situaciones de riesgo, por ello, los trabajadores consideran que no se encuentran actualizados en las políticas y procedimientos de seguridad de la información.

Palabras clave: Historias clínicas, seguridad de la información y gestión eficiente.

Abstract

The purpose of this research is to analyze the most relevant characteristics of medical record management and information security at the Hospital De Apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua, theorizing on the accessibility of the medical record, its structure and characteristics. This research presented a type of descriptive qualitative research with a non-experimental research design in which 55 hospital workers participated and to whom questionnaires were applied to obtain information on the variables under study. The results obtained led to the conclusion that the medical records at the Gustavo Lanatta Luján Bagua support hospital have a high risk of duplicity of information recorded in the medical records, despite the fact that hospital workers mostly state that when creating the medical records, they verify that they are unique in the institution, Finally, with regard to information security at the Gustavo Lanatta Luján Bagua support hospital, it was determined that there are no well assigned duties in risk situations; therefore, workers consider that they are not up to date with information security policies and procedures.

Keywords: Medical records, information security and efficient management.

I. INTRODUCCIÓN

En las última décadas se ha evidenciado avance importantes en el uso de tecnologías en y como era de esperarse las entidades públicas ligadas a la salud no han sido la excepción , por ello la contribución de esta revolución tecnológica a las diferentes profesiones, así como sus dificultades en el uso actual, aspectos legales y aplicaciones iniciales en salud (Dorado-Díaz et al., 2019).

Ante esta revolución, los diferentes ministerios de salud en diversos países han venido promoviendo la colaboración de la comunidad científica y las sociedades de la seguridad del paciente, como lo es la Estrategia de Seguridad del Paciente (ESP) donde se desarrollan aspectos relevantes de la seguridad en los documentos que gestionan la información del paciente tales como: la administración oportuna del riesgo, los sistemas de operaciones como notificación y el aprendizaje en incidentes, con la cual se promueve respuestas adecuadas a situaciones inesperadas o eventos adversos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). Estas situaciones de riesgo para el paciente, son cada vez más críticas por la inadecuada gestión de instrumentos de gestión de la información relevante del paciente como lo son las historias clínicas (Wang & Wu, 2020).

Las historias clínicas ayudan a controlar la calidad, la seguridad y la continuidad del servicio de salud, manteniendo un control de las acciones realizadas por los trabajadores del hospital. Es así, que la historia clínica, dentro del sistema hospitalario, es un documento legal (Maizlin & Sat, 2019). Este documento es el primer acto de control de salud en el centro de hospitalario. La información en una historia clínica son relacionados con el paciente, por ello, la historia clínica sea electrónica o manual se ha transformado en un documento fundamental en la relación y acción de médico-paciente (Goldfarba et al., 2019).

Las Historias Clínicas desde el inicio debe responder con aspectos de calidad, para atender las demandas de parte de los pacientes, más aún, si se tiene en cuenta que el MINSA del Perú promueve el desarrollo y puesta en funcionamiento de documentos legales como las historias clínicas electrónica que permitan

implementar el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (Consejo Nacional de Salud, 2013).

Sin embargo, en el Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Lujan – Bagua que se encuentra dentro de la administración del Ministerio de Salud, uno de los principales problemas que tiene el hospital es que el número de asegurados ha crecido por la creciente densidad demográfica del departamento de Cajamarca y Amazonas, por lo cual, el número de la población se ha duplicado desde el año 2007, lo cual ha ocasionado el colapso la atención, generando mayores costos, asignación de recursos en exceso y dificulta la operatividad del hospital.

Como entidad pública y conector del compromiso que tienen con los ciudadanos, es que desarrollen actividades de atención acción teniendo como base los valores y principios, siempre a favor de la salud y la vida. Sin embargo, el hospital materia de estudio presenta las siguientes deficiencias: Cumplimiento parcial de los requerimientos de reformas del sector salud, la deficiente Gestión Hospitalaria, la inadecuada base de datos no cumple con conceptos actuales de Sistema de Gestión de Base de Datos Relacional e Integridad Referencial (IR), el Comité de Historias Clínicas funciona parcialmente, las historias clínicas se duplican en el sistema para un mismo paciente, diagnósticos de historias clínicas de un paciente dentro del registro de otro paciente y en archivo físico y la Pérdida de Historias Clínicas o documentos que conforman la Historia (Beverly & Lancaster, 2008).

II. MARCO TEÓRICO

Los antecedentes considerados para la presente investigación son, a nivel internacional: Según Toscano (2017), en la Universidad de Buenos Aires, en el trabajo de investigación se denomina “Investigación del Manejo de las Historias Clínicas Manuales y la aplicación de las Historias Clínicas Electrónicas en Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, la cual presentó como objetivo el conocer el funcionamiento de la administración de las historias clínicas y la confiabilidad y dificultades en el uso de información por parte del personal hospitalario en el centro médico de Parmenio Piñeiro en 2017, en la tesis se buscó la incorporación de las historias clínicas electrónicas, donde se analizó las insatisfacciones de los usuarios por el inadecuado manejo de las historias clínicas. La metodología aplicada fue descriptiva. Las conclusiones a las que se arribaron fueron: La pérdida no deseada de la información en las historias de cada paciente es del 43%, y del 73% de las historias clínicas que influyen en el tratamiento de los pacientes.

En la tesis doctoral Sabartés (2013) denominada “Historia clínica electrónica en un departamento de obstetricia, ginecología y reproducción: Desarrollo e implementación. Factores clave” la cual fue presentada en la Universidad Autónoma de Barcelona. El objetivo propuesto fue informatizar todas las solicitudes de pruebas diagnósticas del departamento, la metodología aplicada fue propositiva. Las conclusiones fueron: los informes de monitoreo son relevantes para gestionar los datos clínicos para dar sustento a los procesos estratégicos de toma de decisiones, siendo inevitable el control que garantice la seguridad y la confidencialidad de la información tratada.

Según Donato (2013) en el trabajo de tesis denominado “La Historia Clínica Electrónica centrada en el paciente como componente fundamental para la gestión de un Sistema de Información de Salud”, la cual fue presentada en la Universidad de San Andrés en Argentina. El objetivo fue demostrar la importancia de la gestión de la información de una historia clínica teniendo como centro al paciente como principal actor para la administración de la información relacionada al paciente en su salud dentro del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). Las conclusiones

fueron: La Historia Clínica cumple una función de registrar todo el acto del personal y también como fuente de información sobre el análisis y estudios de los individuos y de poblaciones atendidas.

Así mismo, los antecedentes considerados a nivel nacional son: Según Espinoza (2015) en su tesis de maestría titulada como “Historia clínica electrónica como herramienta de mejora en la calidad de atención en la consulta externa Hospital Octavio Mongrut, 2015” la cual fue presentada en la Universidad San Martín de Porres en Perú, el objetivo propuesto fue determinar el mejor uso de la historia clínica electrónica como herramienta de mejora en la atención en el Hospital Octavio Mongrut. Essalud 2015, la metodología fue descriptivo, retrospectiva. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: La calidad expuesta en la historia clínica fue evaluada donde encontró que hay un impacto positivo con la aplicación de la tecnología. Posiblemente, el sistema que usa el centro de salud es aún digital, más aún, si no llega un sistema inteligente con los datos para que sirva de soporte en el proceso de toma de decisiones.

Según Mejía & Quiroga (2014) en su tesis titulada como “Implementación de un sistema de historias clínicas electrónicas para el centro de salud Perú tercera zona” presentada en la Universidad de San Martín de Porres en Perú. El objetivo propuesto fue la implementación del uso de historias clínicas electrónicas en un centro de salud en el Perú. La conclusión fue: se ha mejorado la percepción de la calidad en los pacientes y usuarios acerca de la atención al paciente, incrementando la satisfacción del usuario del servicio recibido, logrando medirse mediante la aplicación de una encuesta alcanzando un resultado de 56.1% de mejora en un 38.52% de servicios analizados.

Según Gálvez (2018) en su tesis titulada como “Implementación de un Sistema Informático de Registro de Historias Clínicas para el Centro de Salud de Ricardo Palma - Huarochirí; 2018”, la cual fue presentada en la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, el 2018, con el objetivo de implementar un Sistema Informático de Registro de Historias Clínicas, en el área de admisión y archivo logrando incrementar la calidad en la percepción de la atención al usuario; lo cual incrementa el beneficio de los pacientes y trabajadores. La metodología aplicada

fue cuantitativo, descriptivo, con las siguientes conclusiones: Se cumplió satisfactoriamente con la implementación del registro de historias clínicas de manera electrónica en el Centro de Salud Ricardo Palma, el 75% de los encuestados indican que SI mejorará la calidad de atención.

Las bases teóricas revisadas para la presente investigación fueron: Las historias clínicas son documentos con valor médico, gerencial, legal y académico, es así que, su adecuada gestión contribuye a incrementar la calidad de la atención en los pacientes y a una eficiente seguridad de la información. En una historia clínica debe consignarse: fecha, hora, nombre(s) y apellidos completos, firma y número de colegiatura, registro de especialidad (de corresponder) del profesional que brinda la atención (Resolución ministerial N° 214-2018/MINSA, 2018).

La accesibilidad del personal de archivo y de los profesionales de salud a las historias clínicas, durante el horario de atención del centro médico (Peat et al., 2003). Cuando el paciente o su abogado lo solicite, el hospital está obligada a atender el pedido de entrega de fotocopias de los documentos autenticados de la historia clínica y epicrisis (artículo 44 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud). El plazo máximo de entrega es de cinco (5) días; en situaciones en las cuales se requiere en un plazo menor a cuarenta y ocho (48) horas, deberá sustentarse en el documento de solicitud (Ministerio de Salud, 2005).

La estructura y características de una historia clínica son las siguientes:

- El número de registro de la Historia Clínica.
- Datos del Centro de Salud donde se atiende el paciente.
- Documentos considerados sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las actuaciones médicas
- El consentimiento informado del paciente.
- Los documentos de la referencia y contra referencia.
- Los documentación referidos a los seguros, y otros documentos considerados pertinentes (Ministerio de Salud, 2005).

El proceso técnico y, también, administrativo de la historia clínica inicia con verificación que no cuenta con historia anterior, se le asigna un número. Esta numeración correlativa, debe ser permanente, única y continua así cambie el año (Sanchis et al., 2008). Posteriormente, se entregará un carné de identificación y una tarjeta física y/o en medio magnético. En los centros médicos de primer nivel de atención se apertura historias clínicas a todos los recién nacidos. En los niveles II y III, solo se apertura ante casos de recién nacidos con alguna patología; así también, los recién nacidos normales o en los caso de natimueertos serán archivados junto con la Historia Clínica de la madre (Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia, 2013).

Las Historias Clínicas serán archivadas de manera centralizada, según cada caso, como son los archivos del tipo activo y pasivo. Los centros de salud que lleguen a contar con menos de 10,000 Historias Clínicas sólo aplicarán el método convencional para el archivo de sus historias médicas (Navarro et al., 2005). Los centros de salud que registren entre 10,000 y 100,000 Historias Clínicas aplicarán el método digital simple, en conclusión, los centros médicos que cuenten con más de 100,000 historias clínicas aplicarán el método dígito terminal compuesto (Castro & Gámez, 2015).

Para el cuidado de la historia clínica, los centros de salud deberán conservar toda la documentación existente en condiciones necesarias para la conservación, mantenimiento y seguridad (Reigosa et al., 2002). El trabajador responsable de admisión se encargará de la conservación de las Historias Clínicas, cuando permanezcan fuera de su ambiente de archivo, corresponde su cuidado a la persona que la retiró. El tiempo de conservación es de cinco años teniendo en cuenta la última fecha de atención al paciente, y la conservación de archivo pasivo es de 15 años, de igual forma, considerando la fecha en que se realizó el traslado del activo al pasivo (Resolución directoral N° 197-2014-HNCH/D6, 2014).

La autorización de uso de la historia clínica deberá incluir:

- El nombre del centro hospitalario a quién se solicita la información.
- Datos personales del solicitante o de la institución quien solicita la información.

- Datos personales completos del paciente.
- El propósito de la solicitud de la información.
- La naturaleza de la información solicitada.
- La firma del paciente o del familiar responsable.

Los centros de salud deberán contar con los recursos para asegurar la cautela y confidencialidad de las historias clínicas y sus datos teniendo acceso sólo el personal debidamente autorizado (Matzumura Kasano et al., 2014).

Después de 15 años de inactividad las historias clínicas procedentes del archivo pasivo deberán ser destruidas, conservando en forma la forma que la contenga, siendo original o en medio magnético los siguientes formatos:

- El consentimiento informado.
- El retiro voluntario.
- Los informes quirúrgicos.
- Los informes de anestesia.
- Los informes de exploraciones complementarias.
- Epicrisis.
- Los informes de necropsia.

En el caso de la destrucción parcial o selectiva de las historias clínicas de establecimientos del primer nivel, deberán ser autorizados por el Comité de Historias Clínicas de la Dirección Regional de Salud, para el I nivel, y en el caso de los niveles II y III, serán aprobados por el Comité de Historias Clínicas del Hospital. Siendo registrados en un documento (acta) su aprobación, y siendo depuradas (Agarwal et al., 2009). Cuando se demande información después de la destrucción de la historia clínica, los documentos cautelados serán los cuales reinicien su Historia Clínica conservando el número asignado originalmente (ESSALUD, 2014).

Según lo considera la Ley General de Salud, la información que se registra en la historia es de propiedad del paciente y el trabajador de salud tiene derecho sobre la propiedad intelectual contenida en la historia clínica (Sabartés et al., 2010).

En el proceso técnico – asistencial de la historia clínica a seguir:

- El acto médico deberá estar registrado en una Historia Clínica. (Artículo 29º de la Ley General de Salud)
- El registro de los procedimientos deben estar en base al CPT actual.
- Las Historias Clínicas deberán ser elaboradas de manera objetiva, claridad en la escritura.
- Cada registro realizado por otros trabajadores (estudiantes, internos y/o residentes de medicina y otras profesiones de la salud) deberá ser autorizada con su firma y sello de los profesionales responsables.
- Deberán ser fechadas y firmadas por el trabajador que realice el acto médico.
- La Historia Clínica deberá contener el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente.

La seguridad de la información en todo tipo de organización, se presenta de muchas formas manuales o automatizadas, la cual incluye datos de índole personal (de Faria & Cordeiro, 2014). Los activos de información, con el desarrollo de la tecnología, se encuentran disponibles en ambientes cada vez más diversos e interconectados, que los expone a una amplia gama de riesgos que pueden afectar su funcionamiento (Andriole, 2014). Por tal razón, las organizaciones deben proteger la información, mediante el tratamiento de los riesgos existentes y la implementación de controles que permitan hacer frente a amenazas de ataque o intromisión, error, actos de la naturaleza (inundación, incendio, etc.) o vulnerabilidades inherentes a su uso; dicha protección es denominada seguridad de la información (Resolución Ministerial N°431-2015/MINSA, 2015).

La definición, logro, mantenimiento y mejora continua de la seguridad que resguarda la información, se conoce como gestión de seguridad de la información (Sim & Tan, 2006).

La cual requiere como marco de acción y dirección, de la implementación de políticas referidas a la seguridad en la información (Christodoulou, 2005). Este documento técnico identifica dichas políticas de seguridad de la información para su implementación en el Ministerio de Salud.

La información es un activo institucional, por ello, el Ministerio de Salud menciona que, la información que genera y dispone tiene valor para la institución y requiere una conservación adecuada. En tal sentido, es importante implementar un compromiso con el desarrollo, el mantenimiento de sistemas de información y el tratamiento de información no automatizada (Resolución Ministerial N°431-2015/MINSA, 2015).

La seguridad referida a la información es el soporte de cada uno de los procesos y procedimientos institucionales. El Sistema de Gestión de Seguridad de la Información del Ministerio de Salud contribuye al desempeño de los procesos institucionales establecidos, preservando el contenido de información con confidencialidad e integridad que se requiere; para ello, a propuesta de la Oficina General de Estadística en Informática, se elaboran y aprueban estándares, prácticas, procedimientos, términos legales y regulatorios orientados al sostenimiento de la Política de Seguridad de la Información (Carbayo et al., 2015).

Los trabajadores involucrados con la seguridad de la información en el MINSA, son a propuesta de la Oficina General de Estadística e Informática, estableciendo los niveles de autoridad y responsabilidad en el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, para asegurar y rendir su desempeño a la Alta Dirección (Natha & Polard, 2008).

Los roles involucrados son:

- a) El Coordinador de Seguridad de la Información.
- b) Los responsables de la Información.
- c) Los Custodios de Información.
- d) Los Usuarios de la Información.

En la prevención de riesgos y aplicación de controles los responsables de la Información deben identificar, evaluar y tratar de manera ineludible los riesgos relacionados con la seguridad en la información, aplicando formalmente la metodología de riesgos conforme a lo señalado en la Norma Técnica Peruana ISO/IEC 27001 vigente. El Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de

Estadística e Informática, o la que haga sus veces, elabora y propone para su aprobación dicha metodología (Norma técnica peruana NTP-ISO/IEC27001, 2014).

La seguridad referida a la información debe mantenerse en el nivel óptimo en el Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de Estadística e Informática, evalúa continuamente el nivel de desempeño, efectividad y conveniencia del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información en relación a sus objetivos institucionales (Williams, 2017). Todas las dificultades de seguridad en la información, de reales o baja sospecha, se reportan, investigan y resuelven mediante los controles establecidos en la Norma Técnica Peruana ISO/IEC 27001 vigente (Norma técnica peruana NTP-ISO/IEC27001, 2014).

En relación a los datos personales, el bien público en salud respeta los datos personales individuales, siendo el Ministerio de Salud protege y defiende la salud de los ciudadanos, como expresión del ejercicio de sus funciones, con pleno respeto del derecho de toda persona a la protección de sus datos personales de acuerdo a lo establecido por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales (Hurwitz, 2000). La disponibilidad de listados nominales de pacientes o diagnósticos, debe restringirse a los casos en que es dispuesto por políticas públicas, y el tratamiento de dicha información se realiza con respeto y discreción, con sujeción a la normatividad vigente, difundándose sólo como información estadística y en forma anonimizada (Rendón et al., 2018).

El Ministerio de Salud protege la integridad y confidencialidad de los datos personales a través de la implementación de las medidas técnicas, organizativas y normativas establecidas en la Directiva de Seguridad de la Información a que se refiere la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales (Woodward, 2005).

Tratándose de datos sensibles, el consentimiento debe ser otorgado mediante la firma que garantice la voluntad de su titular. Las medidas deben implementarse tanto para su tratamiento en el territorio nacional, como para aquel que incluya transferencia de información fuera del territorio nacional (Carnicero & Andrés, 2012).

Para una mejor comprensión de la presente tesis se desarrollan conceptualmente los siguientes términos:

Consentimiento Informado: Es la expresión del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según Ley General de salud, artículos 4º y 40º (Larson et al., 2015).

Establecimiento de Salud: Constituye la Unidad Operativa de la oferta de servicios de salud, clasificada en una categoría e implementada con recursos humanos, materiales y equipos encargada de realizar actividades asistenciales y administrativas que permiten brindar atenciones sanitarias ya sean preventivas, promocionales, recuperativas o de rehabilitación tanto intramural como extramural, de acuerdo a su capacidad resolutive y nivel de complejidad (Andrade et al., 2018).

Historia Clínica: Es el documento médico legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente (Gupta, 2019).

Historia Clínica Transeúnte: Es la Historia Clínica Individual utilizada en el I nivel de atención en establecimientos de salud con población asignada, cuando el paciente no pertenece a esta población y acude en forma transitoria al mismo (Liang & Alper, 2018).

Métodos de Archivo de la Historia Clínica: Son las formas de organizar las Historias Clínicas en el Archivo Clínico. En el primer nivel de atención, en el caso de establecimientos con población asignada, las carpetas familiares se ordenarán

en sectores, los que serán definidos por el propio establecimiento de salud (González-Formoso et al., 2011).

Paciente: Es toda persona sana o enferma que recibe una atención de salud (Committee on Diagnostic Error in Health Care, 2016).

Ante la revisión teórica realizada se presenta la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las características más relevantes de la Gestión de la Historia Clínica y la Seguridad de la Información en el Hospital De Apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua?

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación se consideró que los hospitales tienen la justificación práctica de modernizar sus procesos de registro de información para que de esta manera apoyen las deficiencias del sistema de salud actual.

La justificación teórica de la presente tesis radica en que se desarrolló el análisis de las condiciones del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua, en adelante GLLB, ante la posibilidad de acceder a la opinión del usuario interno del hospital. Además, los centros de salud conforman la red de salud pública con la necesidad de modernizar el sistema de salud actual.

Además, tesis se justifica de manera práctica por que la propuesta a desarrollar podrá reducir los errores de registro, evitando la duplicidad de información y la posible pérdida de historias clínicas.

Así mismo, la presente tesis tiene una justificación social, en el sentido de que una adecuada gestión de historias asegura una eficiente seguridad de la información, lo cual impacta de manera positiva tanto en los pacientes, y en los profesionales de la salud que brindan el servicio.

El objetivo general de la presente investigación es analizar las características más relevantes de la Gestión de la Historia Clínica y la Seguridad de la Información en el Hospital De Apoyo GLLB. Así mismo, los objetivos específicos son: describir

la Gestión de las Historias Clínicas en el Hospital De Apoyo GLLB, describir la Seguridad de la Información en el Hospital De Apoyo GLLB e identificar los procesos de la gestión de la historia clínica para una eficiente seguridad de la información en el Hospital De Apoyo GLLB.

III. MÉTODOLOGIA

3.1 Tipo y Diseño de investigación

3.1.1 Tipo de investigación

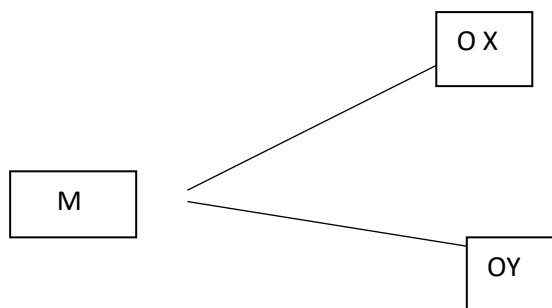
La presente tesis es del tipo cualitativo porque se utilizó técnicas de recolección de datos sin valoraciones numéricas para afinar preguntas de investigación (Hernández Sampieri et al., 2014).

Así mismo, esta investigación es de alcance descriptiva por que permiten describir detalladamente las situaciones y eventos, y la manera de manifestarse el fenómeno, buscando especificar las propiedades más importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido al análisis (Kothari, 2004).

3.1.2 Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue no experimental, al respecto Hernández, Fernández y Baptista (2014) mantiene que: “El del estudio no experimental, no tiene manipulación de las variables, visualizando de forma original las acciones o evidencias, es indicar comparativamente, como contenido originario”.

Además, esta investigación fue de corte transversal como se recogen testimonios en un solo instante, en un período único. Su intención es relatar variables y examinar su incidente y relacionar en un tiempo dado. Es tal como tomar una fotografía de algo que ocurre (Kumar, 2011).



Dónde:

M: Muestra gestión de la historia clínica.

Ox: Observar la Variable Gestión de la historia clínica.

Oy: Observar la Variable Seguridad de la Información.

3.2. Variables y operacionalización

Variable 1: Gestión de la historia clínica

Definición conceptual

(Goldfarba et al., 2019), define a la Historia clínica como el documento que constituye el primer acto de control de salud en el centro de hospitalario. La información en una historia clínica es relacionada con el paciente, por ello, la historia clínica sea electrónica o manual se ha transformado en un documento fundamental en la relación y acción de médico-paciente.

Definición operacional

La presente variable está compuesta por una (1) dimensión Administrativo que comprende un total de 09 indicadores.

Indicadores

Comprende nueve (09) indicadores correspondientemente (Única, Cronológica, Pulcra, Secuencial, Asignación de responsable, Disponible, Integra, Depurada, Tratamiento especial), cuyo instrumento fue el cuestionario que contenía 27 ítems.

Escala de Medición

A través de una escala ordinal, tipo: Likert.

Variable 2: Seguridad de la información

Definición Conceptual

(Sim & Tan, 2006) nos señala que se conoce como gestión de seguridad de la información a la definición, logro, mantenimiento y mejora continua de la seguridad que resguarda la información.

Definición Operacional

La presente variable está compuesta por una (1) dimensión protección de la información que comprende un total de 08 indicadores correspondientemente.

Indicadores

Comprende nueve (08) indicadores correspondientemente (Políticas de Seguridad en la Información, Organización de la seguridad de la información, Seguridad de los recursos humanos, Control de acceso, Criptografía, Seguridad física y ambiental, Seguridad de las comunicaciones, Adquisición, desarrollo y mantenimiento de sistemas), cuyo instrumento fue el cuestionario que contendrá 32 ítems.

Escala de Medición

A través de una escala ordinal, tipo: Likert.

3.3 Población, muestra y muestreo

3.3.1 Población:

Según Jabar et al. (2009) señala que: la muestra apoya en el origen de la información, con la cual se puntualiza información de la población donde fue sacada. Para obtener la muestra, se utilizará el muestreo no probabilístico, tomando el siguiente criterio de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Los participantes considerados para ser parte de la presente investigación deben ser trabajadores del Hospital de Apoyo Bagua “Gustavo Lanata Luján”.
- Las personas consideradas deben tener contacto directo con las historias clínicas del hospital, en su gestión, administración y/o custodio.

Criterios de exclusión

- Los participantes que no serán consideradas en la presente investigación son las que no trabajen en el Hospital de Apoyo Bagua “Gustavo Lanata Luján”.
- Los participantes que no serán consideradas son las que no tienen contacto directo con las historias clínicas del hospital.

3.3.2 Muestra:

Tabla 1.
Muestra

N°	ÁREA	Cantidad de muestra
01	Admisión	06
02	Consultorios	10
03	Seguro Integral de Salud	06
04	Emergencia	08
05	Neonatología	08
06	Hospitalización	06
07	Triaje	03
08	Farmacia	02
09	Obstetricia	06
TOTAL		55

Fuente: Elaboración propia

3.3.3 Muestreo

No probabilístico por conveniencia.

Unidad de análisis:

Trabajadores del Hospital de Apoyo Bagua “Gustavo Lanatta Luján”.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la presente investigación se utilizó la técnica de la encuesta, la cual fue elaborada en función de las dos variables de estudio. Según Umameh (2012), definió la encuesta como una técnica en la cual se pone en práctica un procedimiento estandarizado para recabar información de una muestra amplia de sujetos o unidades de estudio.

Según Hernández Sampieri et al. (2014), el instrumento de medición es el recurso que usa el investigador para recoger los datos sobre las variables de estudio. Teniendo en cuenta lo expuesto, en esta investigación se usó como instrumento de recolección de datos a los cuestionarios de opinión para poder así obtener información de la opinión de los usuarios según la muestra tomada.

3.5 Procedimiento

En la presente investigación se procedió a solicitar la validez del contenido a través de tres profesionales expertos, para que garanticen que las preguntas de los instrumentos para ambas variables: correspondan al contenido que se busca describir.

Como resultado se obtuvo que existe pertinencia en cuanto a la correspondencia entre el ítem entre el concepto teórico formulado; relevancia porque existió una relación entre el ítem con la dimensión específica del constructor y tuvo el requisito de claridad porque el ítem fue directo y claro.

Por estas razones los expertos declararon aplicable al instrumento de medición a la muestra de estudio; quienes cuentan con los siguientes grados académicos:

Tabla 2.

Validez de instrumentos por juicio de expertos

N°	Grado académico	Nombres y apellidos del especialista	Dictamen
01	Maestría	Roxana Karina Sánchez Zelada	Aplicable
02	Maestría	Víctor Hugo Quiroz Ampuero	Aplicable
03	Maestría	Wilson Homero Llanos Urquia	Aplicable

Fuente: Elaboración propia.

3.6 Método de análisis de datos

Se consideró la aplicación de tres fases generales: 1) Análisis de la gestión de historias clínicas en el Hospital de Apoyo GLLB por medio de la aplicación del cuestionario elaborado para este fin; 2) Análisis de la seguridad de la información del Hospital De Apoyo GLLB, de la misma forma, por medio de la aplicación del cuestionario propuesto

El seguimiento que se realizará a la aplicación de cuestionarios está a cargo de la investigadora principal. Posteriormente, se elaboró la ficha de tabulación,

diseñada para el particular, la información será procesada y analizada estadísticamente. También interpretada, luego discutida con los aportes teóricos previos, para arribar a conclusiones y recomendaciones. Todo ello desarrollado por la investigadora.

Además, se empleó la estadística descriptiva para la obtención de los resultados de las frecuencias absolutas y las frecuencias relativas, con estos resultados se realizaron la interpretación de tabla por tabla y por variables.

3.7 Aspectos éticos

Se tomaron en cuenta los principios siguientes:

El conocimiento informado: Por la cual se proporcionó información a la unidad de análisis acerca de los objetivos de la investigación y del instrumento de medición, para que respondan con sinceridad y responsabilidad.

Principio de confiabilidad: En este caso se indicó a la unidad de análisis que el instrumento se responderá en forma anónima, sin tener que escribir nombres ni sobrenombres, ya que sus resultados son confidenciales y tienen una utilidad solamente para el estudio.

Consentimiento informante: Los participantes en la etapa de recolección de datos se encuentran de acuerdo a ser informantes en las diferentes etapas de la investigación.

IV.RESULTADOS

La presente sección presentó los resultados obtenidos en concordancia de cada uno de los objetivos planteados.

Descripción de la Gestión de las historias clínicas en el Hospital de Apoyo GLLB

Tabla 3. Descripción de gestión de historias clínicas

Ítem	NO/APLICA/SI	Función que desempeña																		
		Técnico		Enfermera		Secretaria		Obstetra		Digitador		Médico		Químico		Psicólogo		Odontólogo		Total
¿Se verifica que al momento de crear la historia clínica es única en la institución?	NO APLICA	8	36%	6	40%	0	0%	3	60%	0	0%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	18
	SI	14	64%	9	60%	1	100%	2	40%	4	100%	2	67%	1	100%	2	100%	2	100%	37
¿Toda documentación en la atención médica que se genera tiene el DNI como identificación?	NO APLICA	2	9%	2	13%	0	0%	1	20%	0	0%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	6
	SI	20	91%	13	87%	1	100%	4	80%	4	100%	2	67%	1	100%	2	100%	2	100%	49
¿A los neonatos con patologías se les crea una historia clínica propia?	NO APLICA	20	91%	13	87%	1	100%	4	80%	4	100%	2	67%	1	100%	2	100%	2	100%	49
	SI	2	9%	2	13%	0	0%	1	20%	0	0%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	6
¿A los neonatos nacidos normales o natimueertos se les archiva en la historia clínica de la madre?	NO APLICA	15	68%	7	47%	0	0%	3	60%	2	50%	2	67%	1	100%	2	100%	2	100%	34
	SI	7	32%	8	53%	1	100%	2	40%	2	50%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	21
¿A los neonatos nacidos normales o natimueertos se les archiva en la historia clínica de la madre?	NO APLICA	15	68%	7	47%	0	0%	3	60%	2	50%	2	67%	1	100%	2	100%	2	100%	34
	SI	7	32%	8	53%	1	100%	2	40%	2	50%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	21
¿El archivo de historias clínicas está diferenciado en activos y pasivos?	SI	22	100%	15	100%	1	100%	5	100%	4	100%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	55
¿Se cuenta con un ambiente separado para la historias clínicas especiales con contenido potencial de implicancia médico legal?	SI	22	100%	15	100%	1	100%	5	100%	4	100%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	55
¿Cuenta con medidas de seguridad este archivo especial de historias clínicas con implicancia médico legal?	SI	22	100%	15	100%	1	100%	5	100%	4	100%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	55
¿Se ha gestionado los recursos humanos, físicos y apoyo logístico de manera continua para la conservación de la documentación?	SI	22	100%	15	100%	1	100%	5	100%	4	100%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	55
¿Se encuentra establecido quien es el responsable de la custodia de las historias clínicas físicas en el archivo?	SI	22	100%	15	100%	1	100%	5	100%	4	100%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	55
¿Se encuentra establecido quien es el responsable de la custodia de las historias clínicas físicas en caso de salir del archivo?	NO	22	100%	15	100%	1	100%	5	100%	4	100%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	55
¿Se atienden las copias de solicitudes de las historias clínicas solicitadas por los pacientes o por mandato judicial?	SI	22	100%	15	100%	1	100%	5	100%	4	100%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	55
¿En el servicio de hospitalización donde está el paciente, la enfermera de cada servicio es responsable de la historia clínica?	SI	22	100%	15	100%	1	100%	5	100%	4	100%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	55

¿En el servicio de hospitalización la enfermera entrega la historia clínica completa y ordenada a admisión dentro de las 48 horas siguientes al momento del alta?	NO	8	36%	7	47%	0	0%	3	60%	0	0%	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%	21
	SI	14	64%	8	53%	1	100%	2	40%	4	100%	0	0%	1	100%	2	100%	2	100%	34
¿La historia de los pacientes fallecidos son entregado al área de epidemiología?	NO APLICA	17	77%	10	67%	0	0%	4	80%	1	25%	1	33%	0	0%	2	100%	2	100%	37
	SI	5	23%	5	33%	1	100%	1	20%	3	75%	2	67%	1	100%	0	0%	0	0%	18
¿El área de admisión cuenta con un plan de fumigaciones al menos trimestralmente?	NO APLICA	22	100%	15	100%	1	100%	5	100%	4	100%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	55
¿El área de admisión cuenta con ventilación adecuada, ventiladores, aire acondicionado, extractores e inyectores de aire, deshumedecedor?	NO	3	14%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3
	NO APLICA	19	86%	15	100%	1	100%	5	100%	4	100%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	52
¿La historia clínica se encuentra protegida mediante fólderes?	NO APLICA	13	59%	12	80%	0	0%	4	80%	2	50%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	39
	SI	9	41%	3	20%	1	100%	1	20%	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	16
¿Las historias clínicas depuradas se encuentran almacenadas en cajas de cartón o según normativa vigente?	NO	9	41%	3	20%	1	100%	1	20%	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	16
	NO APLICA	13	59%	12	80%	0	0%	4	80%	2	50%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	39
¿El área de admisión cuenta con señalización?	NO APLICA	13	59%	12	80%	0	0%	4	80%	2	50%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	39
	SI	9	41%	3	20%	1	100%	1	20%	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	16
¿El área de admisión cuenta con sistemas contra incendios, extintores y detectores de humo?	NO	9	41%	3	20%	1	100%	1	20%	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	16
	NO APLICA	13	59%	12	80%	0	0%	4	80%	2	50%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	39
¿El área de admisión cuenta con sistema de videocámaras?	NO	9	41%	3	20%	1	100%	1	20%	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	16
	NO APLICA	13	59%	12	80%	0	0%	4	80%	2	50%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	39
¿El área de admisión cuenta con sala de trabajo, sala de lectura y cuentan con videocámara?	NO	9	41%	3	20%	1	100%	1	20%	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	16
	NO APLICA	13	59%	12	80%	0	0%	4	80%	2	50%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	39
¿Se realiza el proceso de depuración anual de las historias clínicas del archivo?	NO	9	41%	3	20%	1	100%	1	20%	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	16
	NO APLICA	13	59%	12	80%	0	0%	4	80%	2	50%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	39
¿Se realiza la destrucción total de las historias clínicas del archivo pasivo mayores a diez años y que solo cuenten con atenciones de consulta externa?	NO	9	41%	3	20%	1	100%	1	20%	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	16
	NO APLICA	13	59%	12	80%	0	0%	4	80%	2	50%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	39
¿Se realiza la atención selectiva de las historias clínicas del archivo pasivo mayores a diez años y que contienen atenciones de hospitalización?	NO APLICA	13	59%	12	80%	0	0%	4	80%	2	50%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	39
	SI	9	41%	3	20%	1	100%	1	20%	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	16
Total		22	100%	15	100%	1	100%	5	100%	4	100%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	55

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo al análisis realizado en el Hospital de Apoyo GLLB acerca de la gestión de historias clínicas, se puede observar en la tabla 4 que de los 55 trabajadores consultados manifiestan que al momento de crear la historia clínica no es única en la institución, lo cual significa un riesgo para la duplicidad de información en la gestión de historias clínicas, mientras que los trabajadores como técnicos, enfermeras, secretaria, digitador, médico, químico, psicólogo y odontólogo, si manifiestan mayoritariamente (64%, 60%, 100%, 100%, 67%, 100%, 100%, 100% respectivamente) verificar al momento de crear la historia clínica sea única en la institución donde se encuentran duplicidad de registros.

Contar con DNI como medio de identificación para la generación de una historia clínica es importante para todos los trabajadores ya que han manifestados, en su mayoría, realizar esta práctica, siendo una adecuada medida de gestión en las historias clínicas y así mitigar cualquier pérdida de información médica importante.

En cuanto a los neonatos nacidos con patologías o natimueertos, los técnicos (32%), enfermeras (53%), obstetra (40%) y digitador (50%) manifiestan que se archiva las historias clínicas en el de la madre, para consignar información importante de las patologías encontradas en cada caso.

Los ambientes donde se cautelan las historias clínicas son diferenciados y especiales, con medidas de seguridad y control, con apoyo de personal para la logística y conservación de las historias clínicas, con un trabajador responsable de la cautela de las historias clínicas, una enfermera de cada servicio se responsabiliza de las historias clínicas, pero, cuando una historia clínica sale de admisión no queda claro quién es el responsable de su custodia.

En las condiciones físicas del ambiente donde se cautelan las historias clínicas se cuenta con un plan de fumigaciones, lo cual es una medida adecuada ante cualquier necesidad, en cuanto a la ventilación y niveles de humedad del ambiente, los técnicos consideran que no son apropiados para la necesidad existente, además se hacen uso de fólderres para la protección de la información contenida en las historias clínicas, además según opinión de los técnicos (41%) el área de admisión cuenta con

señalización adecuada, mientras las enfermeras (20%) opinan de igual forma que la señalización es inexistente, en opinión de los técnicos (41%) y enfermeras (20%) el área de almacén no cuenta con videocámaras de vigilancia ni sistema contra incendios.

Análisis de la seguridad de la información en el Hospital De Apoyo GLLB.

Tabla 4. Análisis de seguridad de la información

Ítem	NO/APLICA/SI	Función que desempeña																		
		Técnico	Enfermera	Secretaria	Obstetra	Digitador	Médico	Químico	Psicólogo	Odontólogo	Total									
¿Ha sido aprobado por la dirección un documento que contenga la política de seguridad de la información, y ha sido subido y comunicado a todos los empleados y terceras partes relevantes?	NO	2	9%	3	20%	0	0%	2	40%	1	25%	0	0%	0	0%	2	100%	0	0%	10
	NO APLICA	6	27%	6	40%	0	0%	1	20%	2	50%	3	100%	0	0%	0	0%	2	100%	20
	SI	14	64%	6	40%	1	100%	2	40%	1	25%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	25
¿La política de seguridad de información se revisa en intervalos planificados, o si ocurren cambios significativos, para asegurar que sigue siendo conveniente, suficiente y efectiva?	NO	3	14%	4	27%	1	100%	2	40%	1	25%	1	33%	1	100%	0	0%	2	100%	15
	NO APLICA	10	45%	9	60%	0	0%	1	20%	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	22
	SI	9	41%	2	13%	0	0%	2	40%	1	25%	2	67%	0	0%	2	100%	0	0%	18
¿Se ha definido y asignado claramente todas las responsabilidades de seguridad de información?	NO	3	14%	4	27%	0	0%	3	60%	1	25%	2	67%	0	0%	0	0%	0	0%	13
	NO APLICA	10	45%	5	33%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	50%	16
	SI	9	41%	6	40%	1	100%	2	40%	3	75%	1	33%	1	100%	2	100%	1	50%	26
¿Se tienen adecuadamente separados los deberes en áreas minimizando las oportunidades del mal uso de los activos de información?	NO	4	18%	4	27%	0	0%	0	0%	1	25%	1	33%	1	100%	0	0%	1	50%	12
	NO APLICA	10	45%	3	20%	0	0%	2	40%	2	50%	1	33%	0	0%	1	50%	1	50%	20
	SI	8	36%	8	53%	1	100%	3	60%	1	25%	1	33%	0	0%	1	50%	0	0%	23
¿Se mantiene una relación apropiada con las autoridades relevantes como la policía, bomberos, etc?	NO	7	32%	5	33%	0	0%	4	80%	1	25%	0	0%	1	100%	1	50%	0	0%	19
	NO APLICA	9	41%	7	47%	1	100%	0	0%	3	75%	2	67%	0	0%	1	50%	0	0%	23
	SI	6	27%	3	20%	0	0%	1	20%	0	0%	1	33%	0	0%	0	0%	2	100%	13
¿El hospital mantiene contacto con grupos de interés, foros de especialistas en seguridad o en asociaciones profesionales?	NO	7	32%	4	27%	1	100%	2	40%	2	50%	1	33%	0	0%	1	50%	1	50%	19
	NO APLICA	9	41%	4	27%	0	0%	2	40%	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	16
	SI	6	27%	7	47%	0	0%	1	20%	1	25%	2	67%	1	100%	1	50%	1	50%	20
¿Se incluyen y conducen aspectos de seguridad de información en la gestión de proyectos, de acuerdo al tipo de proyecto?	NO	7	32%	5	33%	0	0%	1	20%	3	75%	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	18
	NO APLICA	4	18%	5	33%	0	0%	3	60%	0	0%	2	67%	0	0%	0	0%	1	50%	15
	SI	11	50%	5	33%	1	100%	1	20%	1	25%	1	33%	1	100%	1	50%	0	0%	22
¿Existe una política formal y se han adoptado las medidas de seguridad necesaria para protegerse en contra de los riesgos de utilizar computadores móviles e infraestructura de comunicaciones?	NO	4	18%	4	27%	0	0%	3	60%	1	25%	1	33%	1	100%	0	0%	0	0%	14
	NO APLICA	12	55%	2	13%	0	0%	0	0%	2	50%	1	33%	0	0%	2	100%	1	50%	20
	SI	6	27%	9	60%	1	100%	2	40%	1	25%	1	33%	0	0%	0	0%	1	50%	21
¿Se ha desarrollado una política, unos planes operativos, y unos procedimientos para regular las actividades del teletrabajo?	NO	11	50%	8	53%	1	100%	3	60%	2	50%	1	33%	0	0%	1	50%	1	50%	28
	NO APLICA	11	50%	4	27%	0	0%	1	20%	1	25%	2	67%	1	100%	0	0%	1	50%	21
¿Los acuerdos con terceros relacionados con acceso, procesamiento, comunicación o manejo de información o infraestructura para el procesamiento de la información, o adición de productos o servicios a la infraestructura cubren todos los requerimientos?	NO	2	9%	4	27%	0	0%	2	40%	1	25%	0	0%	0	0%	1	50%	0	0%	10
	NO APLICA	20	91%	10	67%	1	100%	3	60%	3	75%	3	100%	1	100%	1	50%	2	100%	44
	SI	0	0%	1	7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1
¿Se realizan las verificaciones oportunas de los antecedentes de todos los candidatos para un empleo, de los contratistas y terceras partes, siempre de acuerdo a las leyes y regulaciones vigentes, la ética y siempre de manera proporcional a los requerimientos?	NO	3	14%	5	33%	0	0%	1	20%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	50%	11
	NO APLICA	14	64%	9	60%	0	0%	2	40%	2	50%	3	100%	0	0%	1	50%	1	50%	32
	SI	5	23%	1	7%	1	100%	2	40%	2	50%	0	0%	0	0%	1	50%	0	0%	12

¿Se les exige a los empleados, contratistas y terceras partes estar de acuerdo y firmar los términos y condiciones de su contrato de empleo, y este contrato establece las responsabilidades tanto del empleado como las del hospital, en materia de seguridad?	NO	5	23%	5	33%	0	0%	3	60%	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	14
	NO APLICA	15	68%	7	47%	0	0%	2	40%	2	50%	3	100%	1	100%	1	50%	2	100%	33
	SI	2	9%	3	20%	1	100%	0	0%	1	25%	0	0%	0	0%	1	50%	0	0%	8
¿La dirección exige a los empleados, contratistas y terceras partes aplicar seguridad de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos por el hospital?	NO	3	14%	4	27%	0	0%	2	40%	0	0%	2	67%	0	0%	2	100%	1	50%	14
	NO APLICA	11	50%	9	60%	1	100%	1	20%	4	100%	1	33%	1	100%	0	0%	1	50%	29
	SI	8	36%	2	13%	0	0%	2	40%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	12
¿Los empleados y, cuando es relevante, contratistas y terceras partes, reciben el entrenamiento adecuado sobre concientización en seguridad de la información y se les mantiene actualizados sobre las políticas y procedimientos del hospital que son relevantes?	NO	5	23%	4	27%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	2	100%	0	0%	13
	NO APLICA	9	41%	9	60%	0	0%	4	80%	4	100%	3	100%	0	0%	0	0%	2	100%	31
	SI	8	36%	2	13%	0	0%	1	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	11
¿Existe algún proceso disciplinario formal para tratar con los trabajadores que infringen la seguridad del hospital?	NO	6	27%	7	47%	1	100%	2	40%	1	25%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	18
	NO APLICA	12	55%	8	53%	0	0%	3	60%	3	75%	2	67%	1	100%	2	100%	1	50%	32
	SI	4	18%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	50%	5
¿Han sido claramente definidas y asignadas las responsabilidades para realizar la finalización de un contrato de trabajo o cambios en el empleo?	NO	7	32%	2	13%	0	0%	0	0%	0	0%	1	33%	1	100%	1	50%	0	0%	12
	NO APLICA	11	50%	8	53%	0	0%	4	80%	2	50%	0	0%	0	0%	1	50%	2	100%	28
	SI	4	18%	5	33%	1	100%	1	20%	2	50%	2	67%	0	0%	0	0%	0	0%	15
¿Han sido claramente definidas y asignadas las responsabilidades para realizar la finalización de un contrato de trabajo o cambios en el empleo?	NO	1	5%	5	33%	0	0%	2	40%	1	25%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	10
	NO APLICA	9	41%	4	27%	0	0%	2	40%	3	75%	0	0%	1	100%	1	50%	1	50%	21
	SI	12	55%	6	40%	1	100%	1	20%	0	0%	2	67%	0	0%	1	50%	1	50%	24
¿Se ha establecido y documentado una política de control de acceso con base a los requerimientos de seguridad, y esta política ha sido revisada de forma regular?	NO	3	14%	4	27%	0	0%	3	60%	2	50%	0	0%	0	0%	1	50%	0	0%	13
	NO APLICA	8	36%	5	33%	0	0%	1	20%	0	0%	1	33%	0	0%	0	0%	2	100%	17
	SI	11	50%	6	40%	1	100%	1	20%	2	50%	2	67%	1	100%	1	50%	0	0%	25
¿Los usuarios tienen acceso exclusivamente a los servicios a los que se les ha autorizado específicamente?	NO	4	18%	5	33%	0	0%	2	40%	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	12
	NO APLICA	6	27%	7	47%	1	100%	3	60%	2	50%	2	67%	1	100%	1	50%	2	100%	25
	SI	11	50%	7	47%	0	0%	0	0%	1	25%	1	33%	0	0%	1	50%	0	0%	18
¿Se utilizan perímetros de seguridad como paredes, puertas de acceso controladas por tarjeta de identidad, puestos de recepción, etc. Para proteger áreas que contengan información?	NO	8	36%	2	13%	0	0%	2	40%	1	25%	0	0%	0	0%	1	50%	2	100%	16
	NO APLICA	6	27%	9	60%	0	0%	2	40%	3	75%	2	67%	1	100%	1	50%	0	0%	24
	SI	8	36%	4	27%	1	100%	1	20%	0	0%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	15
¿Están protegidas las áreas con controles de entrada apropiadas para asegurarse de que solamente permiten el acceso a personal autorizado?	SI	22	100%	15	100%	1	100%	5	100%	4	100%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	55

¿Se ha implementado un sistema de seguridad física para las oficinas, salas y resto de instalaciones?	NO	7	32%	3	20%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	11		
	NO APLICA	10	45%	8	53%	0	0%	3	60%	2	50%	3	100%	0	0%	1	50%	2	100%	29
	SI	5	23%	4	27%	1	100%	2	40%	2	50%	0	0%	0	0%	1	50%	0	0%	15
¿Se ha aplicado un sistema de protección física en contra de los daños causados por incendios, inundaciones, terremotos, explosiones, ataques provocados por personas y/o otras formas de desastre natural o artificial?	NO	5	23%	5	33%	1	100%	1	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	12
	NO APLICA	6	27%	4	27%	0	0%	0	0%	1	25%	1	33%	1	100%	0	0%	1	50%	14
	SI	11	50%	6	40%	0	0%	4	80%	3	75%	2	67%	0	0%	2	100%	1	50%	29
¿Se han diseñado y aplicado las guías y medidas de protección adecuadas para trabajar en las áreas seguras?	NO	9	41%	6	40%	0	0%	1	20%	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	18		
	NO APLICA	8	36%	5	33%	0	0%	2	40%	3	75%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	19
	SI	5	23%	4	27%	1	100%	2	40%	1	25%	2	67%	1	100%	1	50%	1	50%	18
¿Los puntos de acceso, tales como áreas de entrega y/o carga, y otros puntos donde personas no autorizadas puedan tener acceso, son controlados y, si es posible, aislados de las instalaciones para el procesamiento de la información?	NO	3	14%	1	7%	0	0%	1	20%	0	0%	1	33%	0	0%	1	50%	1	50%	8
	NO APLICA	9	41%	1	7%	0	0%	2	40%	1	25%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	14
	SI	10	45%	13	87%	1	100%	2	40%	3	75%	1	33%	1	100%	1	50%	1	50%	33
¿Los equipos están aislados o protegidos con la finalidad de reducir el riesgo de daños, amenazas y accesos no autorizados?	NO	6	27%	3	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	9
	SI	16	73%	12	80%	1	100%	5	100%	4	100%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	46
¿Los equipos se encuentran protegidos ante los posibles fallos de electricidad y otras perturbaciones causadas por fallos en los sistemas de soporte (planta eléctrica)?	NO	1	5%	3	20%	1	100%	0	0%	2	50%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	8
	NO APLICA	7	32%	3	20%	0	0%	2	40%	0	0%	0	0%	1	100%	1	50%	1	50%	15
	SI	14	64%	9	60%	0	0%	3	60%	2	50%	2	67%	0	0%	1	50%	1	50%	32
¿Se hace un mantenimiento correcto de los equipos para asegurar su continua disponibilidad e integridad?	NO APLICA	10	45%	9	60%	0	0%	2	40%	1	25%	2	67%	0	0%	1	50%	1	50%	26
	SI	12	55%	6	40%	1	100%	3	60%	3	75%	1	33%	1	100%	1	50%	1	50%	29
¿Se requiere autorización previa para sacar de la organización equipos e información?	NO APLICA	7	32%	5	33%	0	0%	2	40%	2	50%	0	0%	0	0%	2	100%	1	50%	19
	SI	15	68%	10	67%	1	100%	3	60%	2	50%	3	100%	1	100%	0	0%	1	50%	36
¿Se ha adoptado una política de "escritorio despejado" para los papeles, medios de almacenamiento removibles y una política de "pantalla limpia" en la infraestructura para el procesamiento de información?	NO	0	0%	4	27%	0	0%	1	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5
	NO APLICA	5	23%	1	7%	1	100%	0	0%	1	25%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	9
¿Los procedimientos operativos están documentados, mantenidos y puestos a disposición de todos los usuarios que lo necesitan?	SI	17	77%	10	67%	0	0%	4	80%	3	75%	3	100%	0	0%	2	100%	2	100%	41
	NO	10	45%	9	60%	1	100%	4	80%	3	75%	0	0%	0	0%	1	50%	2	100%	30
	NO APLICA	3	14%	1	7%	0	0%	1	20%	1	25%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	7
La infraestructura para los registros y la información son protegidos contra el acceso forzoso o no autorizado?	SI	9	41%	5	33%	0	0%	0	0%	0	0%	2	67%	1	100%	1	50%	0	0%	18
	NO	12	55%	7	47%	1	100%	4	80%	2	50%	2	67%	1	100%	1	50%	1	50%	31
	NO APLICA	3	14%	4	27%	0	0%	0	0%	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	8
Total	SI	7	32%	4	27%	0	0%	1	20%	1	25%	1	33%	0	0%	1	50%	1	50%	16
		22	100%	15	100%	1	100%	5	100%	4	100%	3	100%	1	100%	2	100%	2	100%	55

Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a la seguridad de la información en el Hospital De Apoyo GLLB se obtuvo como información de parte de los encuestados que en su mayoría opinan que ha aprobado documentos que resguardan la seguridad de la información en las historias clínicas y ha sido comunicado a todos los empleados, además, las políticas de seguridad se revisan en intervalos de tiempo planificados según los técnicos (64%), obstetra (40%), sin embargo, la secretaria, odontólogos y químicos opinan que no se planifican dicha acciones.

Una porción de los técnicos (14%), enfermeras (27%), obstetras (60%), digitador (25%) y médico (67%) consideran que no se han definido las responsabilidades de seguridad de la información, además, se considera por parte de técnicos (18%), enfermera (27%), digitales (25%), médicos (33%), químicos (100%) y odontólogos (50%) consideran que no se tienen adecuadamente separados los deberes en áreas generando situaciones de riesgo para el mal uso de activos de información. Además, los técnicos (18%), enfermeras (27%), obstetras (60%), digitadores (25%), médico (33%) y químicos (100%) consideran que no se cuenta con medidas de seguridad y políticas necesarias. Los trabajadores y terceros no cumplen con aplicar medidas de seguridad según lo expresan las enfermeras (27%), obstetras (40%) y médicos (67%).

De manera mayoritario, los trabajadores opinan no se recibe entrenamiento adecuado sobre la concientización y seguridad de la información y no se les mantiene actualizado sobre las políticas y procedimientos del hospital, salvo en opinión de los digitadores y médicos. Además, todos los trabajadores opinan que no hay procedimientos disciplinarios formales para las infracciones a las normas de seguridad que cometen los trabajadores.

En cuanto a las medidas físicas de seguridad los técnicos (36%), enfermeras (13%), obstetras (40%) y digitadores (25%) consideran que el hospital no utiliza perímetros de seguridad como paredes, puertas de acceso con seguridad para proteger la información, con similares características un sistema de seguridad física en todas las oficinas y contra daños causados por incendios, inundaciones, terremotos, explosivos

y ataques ocasionados por personas. Además, los trabajadores como los técnicos (45%), enfermera (60%), obstetras (40%), médicos (67%), psicólogos (50%) y odontólogos (50%), consideran que no se hace un correcto mantenimiento de los equipos que almacenan la información. Por último, en opinión de los técnicos (55%), enfermeras (47%), secretaria (100%), obstetras (80%), digitadores (50%), médicos (67%), químicos (100%), psicólogos (50%) y odontólogos (50%), no se cuenta con infraestructura necesaria para la protección de la información contra el acceso forzoso.

Identificar los procesos de la gestión de la historia clínica para una eficiente seguridad de la información en el Hospital De Apoyo GLLB.

Producto del análisis de la gestión de historias clínicas y la seguridad de la información en el Hospital De Apoyo GLLB se proponen acciones como:

Las que no son efectuadas:

Tabla 5. ¿En el servicio de hospitalización la enfermera entrega la historia clínica completa y ordenada a admisión dentro de las 48 horas siguientes al momento del alta?

	Función que desempeña	
	Técnico	Total
¿En el servicio de hospitalización la enfermera entrega la historia clínica completa y ordenada a admisión dentro de las 48 horas siguientes al momento del alta?	NO 8	8
	SI 14	14
Total	22	22

Fuente: SPSS 25

Posterior al alta de un paciente, los servicios que hacen uso de las historias clínicas deben entregarlas a admisión de manera inmediata, por lo cual es necesario que este procedimiento esté reglamentado. Por lo cual, se hace necesario la actualización de las funciones de los trabajadores en cuanto a la gestión de las historias clínicas.

Tabla 6. ¿Las historias clínicas depuradas se encuentran almacenadas en cajas de cartón o según normativa vigente?

		Función que desempeña	
		Técnico	Total
¿Las historias clínicas depuradas se encuentran almacenadas en cajas de cartón o según normativa vigente?	NO	9	9
	NO APLICA	13	13
Total		22	22

Fuente: SPSS 25

La seguridad de la información considera que se debe conservar de manera física las historias clínicas depuradas, por lo cual, es necesario describir acciones de almacenamiento de las historias clínicas depuradas como cajas para su conservación. Lo planes de mejora en la seguridad de la información y gestión de las historias clínicas deberán considerar contenedores para historias clínicas depuradas.

Tabla 7. ¿El área de admisión cuenta con sistemas contra incendios, extintores y detectores de humo?

		Función que desempeña	
		Técnico	Total
¿El área de admisión cuenta con sistemas contra incendios, extintores y detectores de humo?	NO	9	9
	NO APLICA	13	13
Total		22	22

Fuente: SPSS 25

El área de admisión es donde se encuentran las historias clínicas y por ende es responsabilidad de la gestión hospitalaria tomar las medidas necesarias para su seguridad. Por ello, es necesario que el área de admisión cuente con un sistema contra incendios, extintores y detectores de humo con la finalidad de que se preserve la

información. Se propone que el hospital asegure las inversiones suficientes para atender esta necesidad.

Tabla 8. ¿El área de admisión cuenta con sistema de videocámaras?

		Función que desempeña	
		Técnico	Total
¿El área de admisión cuenta con sistema de videocámaras?	NO	9	9
	NO APLICA	13	13
Total		22	22

Fuente: SPSS 25

La seguridad es necesaria en la conservación de la información, por ello, es necesario que los ambientes que resguardan la información cuenten con las condiciones necesarias ante cualquier siniestro o hurto pudiendo identificar responsabilidades. Se propone que el área de almacén cuente con sistemas de video cámara.

Tabla 9. ¿Existe una política formal y se han adoptado las medidas de seguridad necesaria para protegerse en contra de los riesgos de utilizar computadores móviles e infraestructura de comunicaciones?

		Función que desempeña valor	
		Técnico	Total
¿Existe una política formal y se han adoptado las medidas de seguridad necesaria para protegerse en contra de los riesgos de utilizar computadores móviles e infraestructura de comunicaciones?	NO	4	4
	NO APLICA	12	12
	SI	6	6
Total		22	22

Fuente: SPSS 25

Se evidencia falta de comunicación de las políticas y medidas de seguridad contra riesgos en computadoras e infraestructura de comunicaciones, por lo cual resulta necesario definir políticas de comunicación de estas políticas en todo el hospital y asegurar que los trabajadores tomen las medidas de seguridad necesarias.

Tabla 10. ¿Existe algún proceso disciplinario formal para tratar con los trabajadores que infringen la seguridad del hospital?

		Función que desempeña	
		Técnico	Total
¿Existe algún proceso disciplinario formal para tratar con los trabajadores que infringen la seguridad del hospital?	NO	6	6
	NO APLICA	12	12
	SI	4	4
Total		22	22

Fuente: SPSS25

Se puede observar que el hospital no cuenta con mecanismos para sancionar disciplinariamente a los trabajadores que infringen la seguridad de información, por ello, es necesario formalizar y socializar las sanciones para estas faltas a la confidencialidad de la información y cautela de la misma.

V. DISCUSIÓN

Las características más relevantes de la gestión de la historia clínica y la seguridad de la información en el Hospital de Apoyo GLLB son: el ambiente donde se custodia las historias clínicas es en un ambiente separado con el fin de conservar el contenido legal, se cuenta con medidas de seguridad para la custodia de la información para evitar pérdidas de información, los servicios que hacen uso de las historias clínicas se hacen responsable de su custodia y conservación, sin embargo, demora más de las 48 horas permitidas para la devolución de las historias clínicas a admisión, situación que podría generar riesgo de pérdida de información relevante contenida en las historias clínicas.

Esta situación se repite en diferentes entornos como en el caso expuesto por Toscano (2017) donde explica que la pérdida de información en el hospital Parmenio Piñeiro fue del 43% lo cual significa un riesgo importante en la información que es fundamentalmente legal, además, este hospital también cuenta con un 73% de encuestados que consideran que las historias clínicas influyen en el tratamiento de los pacientes ya en ella se conserva el historial del tratamiento a pacientes. Las condiciones de seguridad y de gestión de las historias clínicas en diferentes entornos son vulnerados porque precisamente no cuentan con las condiciones necesarias para su conservación y custodia, como son la ausencia de reglamentaciones, medidas de seguridad física en los ambientes de admisión.

En este sentido, el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia considera que las historias clínicas deben conservarse en forma ordenada y accesible los archivos en ambientes físicos separados a otros ambientes porque sus contenidos son de potencial e implicancia médico legal, siendo responsabilidad del encargado el establecimiento e implementación de archivos especiales con el fin de evitar su deterioro, manipulación y/o alteración de su contenido. Por otro lado, en el hospital analizado se cuenta con las condiciones físicas del ambiente designado como

admisión y conservación de las historias clínicas para la seguridad de información, sin embargo, no cuenta con sistema contra incendios, extintores, detectores de humo ni sistema de video cámaras, lo cual coloca a la admisión como un ambiente sujeto a alto riesgo ante siniestros de este tipo.

El diagnóstico de la gestión de las historias clínicas en el Hospital de Apoyo GLLB indica que al momento de crear la historia clínica no se verifica que sea única en la institución, mientras que los demás trabajadores como técnicos, enfermeras, secretaria, digitador, médico, químico, psicólogo y odontólogo, si manifiestan mayoritariamente (64%, 60%, 100%, 100%, 67%, 100%, 100%, 100% respectivamente) verificar al momento de crear la historia clínica sea única en la institución. Además, contar con DNI como medio de identificación para la generación de una historia clínica es importante para todos los trabajadores ya que han manifestados, en su mayoría, realizar esta práctica, siendo una adecuada medida de gestión en las historias clínicas y así mitigar cualquier pérdida de información médica importante. En el caso de neonatos nacidos con patologías o natimueertos, son archivados en la historia clínica de la madre, con el fin de conservar la información que relaciones a la madre con el natimuerto. Las condiciones ambientales de historias clínicas consideran medidas de seguridad y control, apoyo de personal logístico y de conservación de historias clínicas, además, cuando la historia clínica sale de admisión no queda claro quién que trabajador del hospital queda como responsable de su cuidado y cuidado.

Por el lado de la seguridad de la información, el hospital materia de estudio cuenta con un plan de fumigaciones, aunque la ventilación y niveles de humedad son inapropiados debido a las necesidades, además, en opinión de los encuestados, el área de almacén no cuenta con videocámaras para mayor seguridad. Sabartés (2013) considera que es imprescindible disponer de informes para monitorear las historias clínicas y otros documentos de gestión, por ello, es ineludible el control y vigilancia de la información clínica en las historias clínicas, el Sistema General de Seguridad Social en Salud en

Colombia menciona que las medidas de seguridad físicas son importantes para la conservación de las historias clínicas debido al potencial médico legal, por lo cual se recomienda asignar responsables de su archivo, gestión y custodia, considerando contar con medidas de seguridad ante siniestros evitando su pérdida, deterioro o alteración de las mismas.

En el análisis de la seguridad de la información en el Hospital De Apoyo GLLB arroja que los documentos que resguardan la seguridad de la información en las historias clínicas han sido comunicados a todos los empleados, además, las políticas de seguridad se revisan en intervalos de tiempo planificados según los técnicos (64%), obstetra (40%), sin embargo, la secretaria, odontólogos y químicos opinan que no se planifican dichas acciones. Además, las responsabilidades de seguridad de la información no se han definido claramente, lo cual indica que no se tienen adecuadamente separados los deberes en las áreas donde se gestiona la información. El ministerio de salud (2014) menciona que para la custodia y conservación de la historia clínica es necesario condiciones que garanticen la seguridad de la información para la debida atención del paciente, por lo cual es necesario que el hospital pueda contar con las condiciones necesarias para garantizar su conservación y cautela de contenido.

Se logró identificar las diferencias de la seguridad de la información que debe tener en cuenta el hospital de apoyo GLLB para poder gestionar de manera eficiente las historias clínicas, para ello, se evaluó los resultados con la Norma Técnica Peruana NTP ISO/IEC 27001:2014 tecnologías de la información. Con la referida norma técnica se ha identificado que se cuenta con deficiencias importantes en le entrega de historias clínicas por parte de los servicios por encima del período de tiempo permitido, lo cual pone en riesgo la integridad de las historias clínicas y el de su contenido, dejando evidencia de la falta de seguimiento a las historias clínicas que salen de admisión. En la gestión de historia clínica que se realiza en el hospital de apoyo GLLB se llega a incumplir disposiciones establecidas en le norma técnica pertinente ocasionando que se afecte de manera directa a la confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA: Las características más relevantes de la gestión de historias clínicas y la seguridad de la información en el hospital de apoyo GLLB bajo la Norma Técnica ISO/IEC 27001:2014 son:

SEGUNDA: El análisis de historias clínicas en el hospital de apoyo GLLB ha llevado a evidenciar que existe un alto riesgo de duplicidad de información registrada en las historias clínicas, así mismo, los trabajadores del hospital manifiestan mayoritariamente verificar al momento de crear la historia clínica sea única en la institución, donde se percatan de la duplicidad de la información, además de contar con documento de identidad como medio de identificación para la generación de una historia clínica es una medida adecuada de control de historias clínicas . Con ello, se resalta la importancia del instrumento de técnico de Gestión de Seguridad de la Información (ISO/IEC 27001), así como la importancia de las condiciones físicas del ambiente para la conservación y cautela de las historias clínicas, tales como la ventilación y niveles de humedad ambiental y señalización.

TERCERA: El análisis de gestión de historias clínicas en el hospital de apoyo GLLB ha llevado a observar que la mayoría de trabajadores coinciden que existen duplicidad de información, por lo cual, la medida de requerir el documento de identidad para la apertura de una historia clínica es acertada. Además, la información concerniente a historias clínicas pasivas provenientes de natimortos es archivados en las historias de la madre para la cautela de la patología hallada. Así mismo, la gestión eficiente de historias clínicas requiere de seguridad y control como medidas de cautela a las historias clínicas, y de las condiciones físicas como la ventilación, humedad y señalización informativa en las oficinas de admisión.

CUARTA: El análisis de la seguridad de la información en el hospital de apoyo GLLB determinó que la documentación que respalda la seguridad de la información en las historias clínicas han sido aprobados y comunicados a todos los trabajadores del hospital, de tal manera, que las políticas de seguridad de la información han sido socializadas con los trabajadores del hospital, las cuales son revisados y actualizados en tiempo planificados por la gestión del hospital , para ello, el hospital designa responsabilidades en seguridad de la información, sin embargo, hay trabajadores que consideran que no se cuenta con deberes bien asignados en situaciones de riesgo, por ello, además, trabajadores consideran que no se encuentran actualizados en las políticas y procedimientos de seguridad de la información en el hospital. Las medidas de seguridad física son consideradas por los trabajadores como insuficientes ya que en su consideración no se cuenta con perímetro de seguridad o puertas de seguridad para proteger la información, así como las medidas de seguridad contra daños causados por incendios, inundaciones, terremotos, explosivos y ataques por personas.

QUINTA: Las características más relevantes de la gestión de las historias clínicas para una debida seguridad de la información en el hospital de apoyo GLLB, son: El uso de historias clínicas por los diferentes servicios debe estar reglamentado con lo cual se asigna responsabilidades a la conservación de la información, el almacenamiento de historias clínicas depuradas para la seguridad de la información mediante contenedores apropiados para su conservación, esto considerando el periodo máximo de su conservación, es necesario contar con medidas de seguridad en el área de admisión como sistema contra incendios, extintores y detectores de humo, esto con el fin de salvaguardar y preservar la información contenida en las historias clínicas, así mismo, en cuanto a las condiciones de seguridad ante robo es necesario contar con un sistema cerrado y asignación de responsabilidades, las políticas y medidas de seguridad deben ser comunicadas y socializadas con todo el personal del hospital con el fin de asegurar que se tomen las medidas necesarias en situaciones de riesgo, y el hospital debe contar con mecanismos de sanción disciplinario a trabajadores que infringen la seguridad de la información de las historias clínicas para formalizar las faltas a la confidencialidad de la información.

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA: La administración del hospital de apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua debe mejorar las condiciones de seguridad y acceso al archivo de historias clínicas en las oficinas de admisión, referencias y contra referencias asignando responsables de la cautela y conservación de las historias clínicas.

SEGUNDA: La administración del hospital de apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua debe programar y continuar con las actividades de depuración y eliminación de historias clínicas.

TERCERA: Las oficinas de planeamiento y capacitación deben considerar un plan de capacitaciones sobre gestión de las historias clínicas y gestión del riesgo en los activos del hospital de apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua.

CUARTA: Las oficinas de informática y de administración deben ejecutar y desarrollar un plan de mantenimiento del tipo preventivo y correctivo en los equipos informáticos del hospital de apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua.

REFERENCIAS

- Agarwal, R., Bleshman, M., & Langlotz, C. (2009). Comparison of Two Methods to Transmit Clinical History Information From Referring Providers to Radiologists. *Journal of the American College of Radiology*, 6(11), 795–799. [https://www.jacr.org/issue/S1546-1440\(09\)X0010-4](https://www.jacr.org/issue/S1546-1440(09)X0010-4)
- Andrade, K. Y., Candido, P. T., Tavares, F. B., Lima, M., de Oliveira, C., Filgueira, C., & Pereira, V. (2018). Patient identification in the records of health professionals. *Acta*, 31(2), 79–86. <https://www.scielo.br/j/ape/a/7npgKx5QT3YGdFf95kLZpbk/?lang=en>
- Andriole, K. (2014). Security of Electronic Medical Information and Patient Privacy: What You Need to Know. *Journal of the American College of Radiology*, 11(12), 1212–1216. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25467897/>
- Beverly, S., & Lancaster, A. (2008). Clinical history and physical examination skills – A requirement for radiographers? *Radiography*, 150–153. https://www.researchgate.net/publication/229110179_Clinical_history_and_physical_examination_skills_-_A_requirement_for_radiographers
- Carbayo, S. J., Sanz, U. J., Giménez de Azcárate, J., & Sánchez, G. C. (2015). La seguridad, confidencialidad y disponibilidad de la información clínica. <http://www.conganat.org/seis/informes/2003/PDF/CAPITULO9.pdf>
- Carnicero, J., & Andrés, F. (2012). Manual de seguridad electrónica para directivos de servicios y sistema de salud. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3043/S2012060_es.pdf

- Castro, I., & Gámez, M. (2015). Historia clínica. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n3/ms18313.pdf>
- Christodoulou, I. (2005). Continuing medical education in Greece: Preferably via internet (In: Special issue: MedNet 2005 - New tasks in internet use in health care). *Technology and health care: official journal of the European Society for Engineering and Medicine*, 13(5), 370–372. https://www.researchgate.net/publication/262398956_Continuing_medical_education_in_Greece_Preferably_via_internet_In_Special_issue_MedNet_2005_-_New_tasks_in_internet_use_in_health_care
- Committee on Diagnostic Error in Health Care. (2016). *Improving Diagnosis in Health Care* (Institute of Medicine). The international academies press. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26803862/>
- Consejo Nacional de Salud. (2013). Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Ministerio de salud. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2902.pdf>
- de Faria, P., & Cordeiro, J. (2014). Health data privacy and confidentiality rights: Crisis or redemption? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 123–133. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-health-data-privacy-confidentiality-rights-S0870902514000352>
- Donato, B. (2013). *La Historia Clínica Electrónica centrada en el paciente como componente fundamental para la gestión de un Sistema de Información de Salud*. Universidad de San Andrés. <https://repositorio.udesa.edu.ar/jspui/handle/10908/934>

- Dorado-Díaz, P. I., Sampedro-Gómez, J., Vicente-Palacios, V., & Sánchez, P. L. (2019). Applications of artificial intelligence in cardiology. The future is already here. 1065–1075. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31611150/>
- Espinoza, Ñ. J. (2015). Historia clínica electrónica como herramienta de mejora en la calidad de atención en la consulta externa Hospital Octavio Mongrut, 2015. Universidad San Martín de Porres. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2079>
- ESSALUD. (2014). Gestión de la historia clínica en los centros asistenciales del seguro social de salud - Essallud. http://www.essalud.gob.pe/downloads/archivo_central/normatividad/RES_107-GG-14.pdf
- Gálvez, G. G. (2018). Implementación de un sistema informático de registro de historias clínicas para el centro de salud de Ricardo Palma - Huarochirí, 2018. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/3043?show=full>
- Goldfarba, G., Nasanovskya, J., Krynskia, L., Ciancaglinia, A., & García. (2019). Uso de tecnologías de la información y comunicación por pediatras argentinos. Archivos Argentinos de Pediatría, 117(6). <https://doi.org/10.5546/aap.2019.s264>. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n6a41.pdf>
- González-Formoso, C., Martín-Migue, M. V., Fernández-Domínguez, J., Rial, A., Lago-Deibe, F., Ramil-Hermida, L., Pérez-García, M., & Clavería, A. (2011). Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in

- primary care: A randomized trial. Study protocol, 12(50), 12–50.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3142500/>
- Gupta, A. (2019). Does the clinical history matter? The impact of clinical history on the diagnosis of fractures in hand/wrist radiographs. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, 63(1), 152–190. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2816635/>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Pilar Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hurwitz, B. (2000). Narrative and the practice of medicine. *The Lancet*, 356(9247), 2086–2089. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11145506/>
- Norma técnica peruana NTP-ISO/IEC27001, (2014) (testimony of INDECOPI). https://img1.wsimg.com/blobby/go/b653c9ee-535c-4528-a9c5-bb00166ad0dc/downloads/1bsmkkn1_60425.pdf?ver=1624594708991
- Jabar, M., Sidi, F., & Ibrahim, H. (2009). An Investigation into Methods and Concepts of Qualitative Research in Information System Research. *Computer and Information Science*, 2(4). <https://ccsenet.org/journal/index.php/cis/article/view/3200>
- Kothari, C. R. (2004). *Research methodology. Methods and techniques: Vol. II*. New age international. <https://ccsuniversity.ac.in/bridge-library/pdf/Research-Methodology-CR-Kothari.pdf>
- Kumar, R. (2011). *Research methodology. A step by step guide for beginners (Tercera)*. Publications India. <http://www.sociology.kpi.ua/wp->

content/uploads/2014/06/Ranjit_Kumar-Research_Methodology_A_Step-by-Step_G.pdf

Larson, D., Kruskal, J., Krecke, K., & Donnelly, L. (2015). Key Concepts of Patient Safety in Radiology. *Radiographics*, 35(6).
<https://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/rg.2015140277>

Liang, K., & Alper, E. (2018). Patient Safety During Hospital Discharge. *Agency for healthcare research and quality*, 2(1).
<https://psnet.ahrq.gov/perspective/patient-safety-during-hospital-discharge>

Maizlin, N., & Sat, S. (2019). The role of clinical history collected by diagnostic imaging staff in interpreting of imaging examinations. *Journal of medical imaging and radiation sciences*, 31–35. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK259995/>

Matzumura Kasano, J. P., Gutiérrez Crespo, H., Sotomayor Salas, J., & Pajuelo Carrasco, G. (2014). Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. *Anales de la Facultad de Medicina*, 75(3). <https://doi.org/10.15381/anales.v75i3.9781>

Mejía, G. C., & Quiroga, R. R. (2014). Implementación de un sistema de historias clínicas electrónicas para el centro de salud Perú tercera zona. *Universidad de San Martín de Porres*.
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1463/gutarra_mcr_completa.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Ministerio de Salud. (2005). Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud. Ministerio de salud. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4379.pdf>

Resolución directoral N° 197-2014-HNCH/D6, (2014) (testimony of Ministerio de Salud). <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/02/NTHC.pdf>

Resolución Ministerial N°431-2015/MINSA, (2015) (testimony of Ministerio de Salud). <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/02/NTHC.pdf>

Resolución ministerial N° 214-2018/MINSA, (2018) (testimony of Ministerio de Salud). <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/02/NTHC.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). Estrategia Seguridad del Paciente 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <https://seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>

Natha, S., & Polard, K. (2008). An audit of completeness of HIV clinical histories: before and after introduction of an HIV proforma. *international journal of STD*, 5(2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18334070/>

Navarro, J., Orgiler, P., & de Haro, S. (2005). Informes de alta de enfermería de cuidados intensivos en España: situación actual y análisis Intensive care nursing discharge reports in Spain: present situation and analysis. *Enfermería Intensiva*, 62–72. <https://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsciiiScript=iah/iah.xis&src=google&base=IBECS&lang=e&nextAction=Ink&exprSearch=040160&indexSearch=ID>

- Peat, G., Wood, L., Wilkie, R., & Thomas, E. (2003). How reliable is structured clinical history-taking in older adults with knee problems?: Inter- and intraobserver variability of the KNE-SCI. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1030–1037. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14614993/>
- Reigosa, L., Castilla, V., & Blanco, Á. (2002). Desde la informática clínica hasta el soporte del proceso asistencial. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(3), 183–190. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X02775003>
- Rendón, G. I., Ruiz, P. D., Suárez, V., & Prieto, J. D. (2018). Digital Clinical Histories From The Colombian Perspective: Security, Quality And Data Management. *Inventum*, 13(24), 22–28. <https://es.scribd.com/document/541436886/Tratado-de-Cirugia-General-3a-Edicion>
- Sabartés, F. R. (2013). Historia clínica electrónica en un departamento de obstetricia, ginecología y reproducción: Desarrollo e implementación. Factores clave. Universidad Autónoma de Barcelona. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=80089>
- Sabartés, F. R., Bernat, M. H., Rodríguez, G., López, M., & Porqueras, S. (2010). Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132020000300011
- Sanchis, J., Nuñez, J., Vicent, B., Bosch, X., Loma-Osorio, P., Mainar, L., Santas, E., Miñana, G., Robles, R., & Llácer, Á. (2008). Limitations of Clinical History for Evaluation of Patients With Acute Chest Pain, Non-Diagnostic

- Electrocardiogram, and Normal Troponin. *The American journal of cardiology*, 613–617. [https://www.ajconline.org/article/S0002-9149\(07\)02133-9/abstract](https://www.ajconline.org/article/S0002-9149(07)02133-9/abstract)
- Sim, L., & Tan, C. (2006). Wireless technologies for telemedicine. *BT technology Journal*, 24(2), 130–137. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10550-006-0050-9>
- Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia. (2013). Guía de práctica clínica del recién nacido sano. Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Prof_Sal_RNSano.pdf
- Toscano, S. J. (2017). Investigación del Manejo de las Historias Clínicas Manuales y la aplicación de las Historias Clínicas Electrónicas en Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires. http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/tpos/1502-1157_ToscanoSeguraJL.pdf
- Unameh, M. (2012). Developing a methodology for investigating particular research questions. University Bristol. https://www.researchgate.net/publication/293334813_developing_a_methodology_for_investigating_particular_research_questionS
- Wang, B., & Wu, C. (2020). Safety informatics as a new, promising and sustainable area of safety science in the information age. *Journal of Cleaner Production*, 252, 119852. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2019.119852>

Williams, D. (2017). The clinical history. MJA, 11(2).
https://www.mja.com.au/system/files/issues/211_02/mja250233.pdf

Woodward, S. (2005). Seven Steps to Patient Safety. Professional Nurse, 20(2), 66–70. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X08747250>

ANEXOS

CUESTIONARIO

APLICADO AL PERSONAL DEL HOSPITAL DE APOYO

GUSTAVO LANATTA LUJÁN BAGUA

Objetivo: El presente cuestionario será aplicado al personal del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua con el objetivo de describir la gestión de las historias clínicas.

Instrucciones: En el presente cuestionario deberá marcar con un aspa (X) la opción que en su opinión es la más apropiada.

Área en la trabaja:

Función que desempeña:

N°	Ítem	Si	No	No aplica
01	¿Se verifica que al momento de crear la historia clínica es única en la institución?			
02	¿Toda documentación en la atención médica que se genera tiene el DNI como identificación?			
03	¿A los neonatos con patologías se les crea una historia clínica propia?			
04	¿A los neonatos nacidos normales o natimueertos se les archiva en la historia clínica de la madre?			
05	¿Se conserva en forma íntegra, garantizando el orden cronológico y todos los formatos de la atención de salud?			
06	¿El archivo de historias clínicas está diferenciado en activos y pasivos?			
07	¿Se cuenta con un ambiente separado para las historias clínicas especiales con contenido potencial de implicancia médico legal?			
08	¿Cuenta con medidas de seguridad este archivo especial de historias clínicas con implicancia médico legal?			
09	¿Se ha gestionado los recursos humanos, físicos y apoyo logístico de manera continua para la conservación de la documentación?			
10	¿Se encuentra establecido quien es el responsable de la custodia de las historias clínicas físicas en el archivo?			
11	¿Se encuentra establecido quien es el responsable de la custodia de las historias clínicas físicas en caso de salir del archivo?			

12	¿Se atienden las copias de solicitudes de las historias clínicas solicitadas por los pacientes o por mandato judicial			
13	¿En el servicio de hospitalización donde está el paciente, la enfermera de cada servicio es responsable de la historia clínica?			
14	¿En el servicio de hospitalización la enfermera entrega la historia clínica completa y ordenada a admisión dentro de las 48 horas siguientes al momento del alta?			
15	¿La historia de los pacientes fallecidos son entregado al área de epidemiología?			
16	¿El área de admisión cuenta con un plan de fumigaciones al menos trimestralmente?			
17	¿El área de admisión cuenta con ventilación adecuada, ventiladores, aire acondicionado, extractores e inyectores de aire, deshumedecedor?			
18	¿La historia clínica se encuentra protegida mediante fólderes?			
19	¿Las historias clínicas depuradas se encuentran almacenadas en cajas de cartón o según normativa vigente?			
20	¿El área de admisión cuenta con señalización?			
21	¿El área de admisión cuenta con sistemas contra incendios, extintores y detectores de humo?			
22	¿El área de admisión cuenta con sistema de videocámaras?			
23	¿El área de admisión cuenta con sala de trabajo, sala de lectura y cuentan con videocámara?			
24	¿Se realiza el proceso de depuración anual de las historias clínicas del archivo?			
25	¿El archivo activo cuenta con información de historias clínicas con su última atención menor a cinco años?			
26	¿Se realiza la destrucción total de las historias clínicas del archivo pasivo mayores a diez años y que solo cuenten con atenciones de consulta externa?			
27	¿Se realiza la atención selectiva de las historias clínicas del archivo pasivo mayores a diez años y que contienen atenciones de hospitalización?			

CUESTIONARIO
APLICADO AL PERSONAL DEL HOSPITAL DE APOYO
GUSTAVO LANATTA LUJÁN BAGUA

Objetivo: El presente cuestionario será aplicado al personal del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua con el objetivo de describir la seguridad de la información.

Instrucciones: En el presente cuestionario deberá marcar con una cruz (X) la opción que en su opinión es la más apropiada.

Área en la trabaja:

Función que desempeña:

N°	Ítem	Si	No	No aplica
01	¿Ha sido aprobado por la dirección un documento que contenga la política de seguridad de la información, y ha sido subido y comunicado a todos los empleados y terceras partes relevantes?			
02	¿La política de seguridad de información se revisa en intervalos planificados, o si ocurren cambios significativos, para asegurar que sigue siendo conveniente, suficiente y efectiva?			
03	¿Se ha definido y asignado claramente todas las responsabilidades de seguridad de información?			
04	¿Se tienen adecuadamente separados los deberes en áreas minimizando las oportunidades del mal uso de los activos de información?			
05	¿Se mantiene una relación apropiada con las autoridades relevantes como la policía, bomberos, etc?			
06	¿El hospital mantiene contacto con grupos de interés, foros de especialistas en seguridad o en asociaciones profesionales?			
07	¿Se incluyen y conducen aspectos de seguridad de información en la gestión de proyectos, de acuerdo al tipo de proyecto?			
08	¿Existe una política formal y se han adoptado las medidas de seguridad necesaria para protegerse en contra de los riesgos de utilizar computadores móviles e infraestructura de comunicaciones?			
09	¿Se ha desarrollado una política, unos planes operativos, y unos procedimientos para regular las actividades del teletrabajo?			
10	¿Los acuerdos con terceros relacionados con acceso, procesamiento, comunicación o manejo de información o infraestructura para el procesamiento de la información, o adición de productos o servicios a la			

	infraestructura cubren todos los requerimientos de seguridad relevantes?			
11	¿Se realizan las verificaciones oportunas de los antecedentes de todos los candidatos para un empleo, de los contratistas y terceras partes, siempre de acuerdo a las leyes y regulaciones vigentes, la ética y siempre de manera proporcional a los requerimientos, la clasificación de la información a la que accederá y los riesgos percibidos?			
12	¿Se les exige a los empleados, contratistas y terceras partes estar de acuerdo y firmar los términos y condiciones de su contrato de empleo, y este contrato establece las responsabilidades tanto del empleado como las del hospital, en materia de seguridad de la información?			
13	¿La dirección exige a los empleados, contratistas y terceras partes aplicar seguridad de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos por el hospital?			
14	¿Los empleados y, cuando es relevante, contratistas y terceras partes, reciben el entrenamiento adecuado sobre concientización en seguridad de la información y se les mantiene actualizados sobre las políticas y procedimientos del hospital que son relevantes para el cumplimiento de las funciones de su trabajo?			
15	¿Existe algún proceso disciplinario formal para tratar con los trabajadores que infringen la seguridad del hospital?			
16	¿Han sido claramente definidas y asignadas las responsabilidades para realizar la finalización de un contrato de trabajo o cambios en el empleo?			
17	¿Han sido claramente definidas y asignadas las responsabilidades para realizar la finalización de un contrato de trabajo o cambios en el empleo?			
18	¿Se ha establecido y documentado una política de control de acceso con base a los requerimientos de seguridad, y esta política ha sido revisada de forma regular?			
19	¿Los usuarios tienen acceso exclusivamente a los servicios a los que se les ha autorizado específicamente?			
20	¿Se utilizan perímetros de seguridad como paredes, puertas de acceso controladas por tarjeta de identidad, puestos de recepción, etc. ¿Para proteger áreas que contengan información?			
21	¿Están protegidas las áreas con controles de entrada apropiadas para asegurarse de que solamente permiten el acceso a personal autorizado?			
22	¿Se ha implementado un sistema de seguridad física para las oficinas, salas y resto de instalaciones?			

23	¿Se ha aplicado un sistema de protección física en contra de los daños causados por incendios, inundaciones, terremotos, explosiones, ataques provocados por personas y/o otras formas de desastre natural o artificial?			
24	¿Se han diseñado y aplicado las guías y medidas de protección adecuadas para trabajar en las áreas seguras?			
25	¿Los puntos de acceso, tales como áreas de entrega y/o carga, y otros puntos donde personas no autorizadas puedan tener acceso, son controlados y, si es posible, aislados de las instalaciones para el procesamiento de la información, con el fin de evitar accesos a no autorizados?			
26	¿Los equipos están aislados o protegidos con la finalidad de reducir el riesgo de daños, amenazas y accesos no autorizados?			
27	¿Los equipos se encuentran protegidos ante los posibles fallos de electricidad y otras perturbaciones causadas por fallos en los sistemas de soporte (planta eléctrica)?			
28	¿Se hace un mantenimiento correcto de los equipos para asegurar su continua disponibilidad e integridad?			
29	¿Se requiere autorización previa para sacar de la organización equipos e información?			
30	¿Se ha adoptado una política de “escritorio despejado” para los papeles, medios de almacenamiento removibles y una política de “pantalla limpia” en la infraestructura para el procesamiento de información?			
31	¿Los procedimientos operativos están documentados, mantenidos y puestos a disposición de todos los usuarios que lo necesitan?			
32	¿La infraestructura para los registros y la información son protegidos contra el acceso forzoso o no autorizado?			



"Año de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad"

17 de diciembre de 2019

Señor.
Dra. ELVA SALOME LOPEZ CUBA
Directora del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" - Bagua

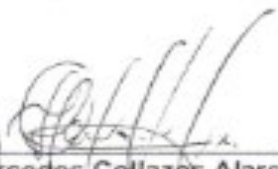

Presente.

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentar a la Maestrante **Sandra Yanina Mestanza Quiroz**, del programa de **Maestría en Gestión Pública**, de nuestra casa superior de estudios; quien desea desarrollar la aplicación de su Proyecto de Tesis; en su representada; dicho trabajo se titula "GESTION DE HISTORIAS CLINICAS PARA LA EFICIENTE SEGURIDAD DE LA INFORMACION DEL HOSPITAL DE APOYO GUSTAVO LANATTA LUJAN, 2019".

Agradecemos anticipadamente la atención que pudieran brindar a la presente.

Expedimos la presente a solicitud del alumno.

Atentamente



Dra. Mercedes Collazos Alarcón
Jefa de la unidad Escuela de Posgrado
Universidad César Vallejo – Filial Chiclayo



Bagua, 19 de diciembre del 2019.

CARTA N° 159 - 2019 - GOB. REG. AMAZONAS/ HAB-DE.

SEÑORITA:
SANDRA YANINA MESTANZA QUIROZ

CIUDAD. -

ASUNTO : COMUNICA ACEPTACIÓN DE APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS.

REFERENCIA : SOLICITUD DE FECHA 17 DE SETIEMBRE DEL 2019.

De mi especial consideración:

Mediante el presente me dirijo a Usted, para saludarla cordialmente y a la vez visto el documento de la referencia, comunicamos la Aceptación para realizar la Aplicación de Cuestionarios correspondientes a su Proyecto de Tesis Titulado "Gestión de Historias Clínicas para la eficiente seguridad de la información del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján" Bagua.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de especial consideración.

Atentamente,

ESL/DENAB
repositor.
G.E.
Archivo


GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
REGIÓN DE LA SELVA
"GUSTAVO LANATTA LUJÁN"

Dra. ELVA SALOME LOPEZ CUBA
C.M.P. 025971
Directora Ejecutiva

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Título de Tesis : Gestión de historias clínicas para la eficiente seguridad de la información del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua.

Apellido y Nombres del juez validador: Dr. / Mg. LLANOS URQUIA WILSON HOMERO

DNI : 46020321

Especialidad del Validador : GESTIÓN PÚBLICA

Muy Deficiente (1) Deficiente (2) Aceptable (3) Buena (4) Excelente (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado				X	
OBJETIVIDAD	Los ítems permitirán medir la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia la vigencia y está contextualizado al ámbito cultural científico y tecnológico e institucional.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para medir evidencias inherentes al problema planteado de los sujetos muestrales.				X	
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá, mediante los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre las variables, dimensiones e indicadores.				X	
METODOLOGÍA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.				X	
PERTINENCIA	Los ítems son aplicables y apropiados para los objetos muestrales considerados en la investigación.				X	
PUNTAJE TOTAL						

Opinión de Aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de Corregir () No Aplicable ()

Promedio de Valoración: (32 Puntos)

Chiclayo, Diciembre 2019



 Mr. WILSON LLANOS URQUIA
 ESPECIALISTA WILSON
 DNI N° 46020321

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Título de Tesis : Gestión de historias clínicas para la eficiente seguridad de la información del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua.

Apellido y Nombres del juez validador: Dr. / Mg. SANCHEZ ZELADA ROXANA KARINA

DNI : 41548124

Especialidad del Validador : GESTIÓN PÚBLICA

Muy Deficiente (1) Deficiente (2) Aceptable (3) Buena (4) Excelente (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado				X	
OBJETIVIDAD	Los ítems permitirán medir la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia la vigencia y está contextualizado al ámbito cultural científico y tecnológico e institucional.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para medir evidencias inherentes al problema planteado de los sujetos muestrales.				X	
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá, mediante los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre las variables, dimensiones e indicadores.				X	
METODOLOGÍA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.				X	
PERTINENCIA	Los ítems son aplicables y apropiados para los objetos muestrales considerados en la investigación.				X	
PUNTAJE TOTAL						

Opinión de Aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de Corregir () No Aplicable ()

Promedio de Valoración: (32 Puntos)

Chiclayo, Diciembre 2019



Mg. Roxana Karina Sánchez Zelada

Mg. Roxana Karina Sánchez Zelada
CLAD 04803
Apellidos y Nombre

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Título de Tesis : Gestión de historias clínicas para la eficiente seguridad de la información del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján Bagua.

Apellido y Nombres del juez validador: Dr. / Mg. QUIROZ AMPUERO VICTOR HUGO

DNI : 43473394

Especialidad del Validador : GESTIÓN PÚBLICA

Muy Deficiente (1) Deficiente (2) Aceptable (3) Buena (4) Excelente (5)


CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado				X	
OBJETIVIDAD	Los ítems permitirán medir la variable en todas sus dimensiones e indicadores en sus aspectos conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia la vigencia y está contextualizado al ámbito cultural científico y tecnológico e institucional.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para medir evidencias inherentes al problema planteado de los sujetos muestrales.				X	
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá, mediante los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan coherencia entre las variables, dimensiones e indicadores.				X	
METODOLOGÍA	Los procedimientos insertados en el instrumento responden al propósito de la investigación.				X	
PERTINENCIA	Los ítems son aplicables y apropiados para los objetos muestrales considerados en la investigación.				X	
PUNTAJE TOTAL						

Opinión de Aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de Corregir () No Aplicable ()

Promedio de Valoración: (32 Puntos)

Chiclayo,

Diciembre 2019



 Apellidos y Nombre

MATRÍZ DE CONSISTENCIA

Título: Gestión de historias clínicas para la eficiente seguridad de la información del Hospital de Apoyo Gustavo

Lanatta Luján Bagua

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA	
¿Cuáles son las características más relevantes de la Gestión de la Historia Clínica y la Seguridad de la Información en el Hospital De Apoyo GLLB?	Objetivo general	Gestión de la historia clínica	Administrativo	Única	Tipo: cualitativo, descriptivo Diseño: no experimental, de corte transversal Población: 291 trabajadores Muestra: 55 trabajadores Técnica: encuesta Instrumento: cuestionario	
	Analizar las características más relevantes de la Gestión de la Historia Clínica y la Seguridad de la Información en el Hospital De Apoyo GLLB			Objetivos específicos		Cronológica
						Pulcra
						Secuencial
						Asignación de responsable
						Disponible
						Integra
						Depurada
	Describir la Gestión de las historias clínicas en el Hospital de Apoyo GLLB.	Seguridad de la información	Protección de la información	Políticas de Seguridad en la Información.		
				Organización de la seguridad de la información.		
				Seguridad de los recursos humanos		
				Control de acceso		
				Criptografía		
				Seguridad física y ambiental		
Describir la seguridad de la información en el Hospital De Apoyo GLLB.			Seguridad de las comunicaciones			
			Adquisición, desarrollo y mantenimiento de sistemas			
Identificar los procesos de la gestión de la historia clínica para una eficiente seguridad de la información en el Hospital De Apoyo GLLB.						

Tabla de operacionalización de variables

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Variable 1: Gestión de la historia clínica	(Goldfarba et al., 2019), define a la Historia clínica como el documento que constituye el primer acto de control de salud en el centro de hospitalario. La información en una historia clínica es relacionada con el paciente, por ello, la historia clínica sea electrónica o manual se ha transformado en un documento fundamental en la relación y acción de médico-paciente.	La presente variable está compuesta por una (1) dimensión Administrativo que comprende un total de 09 indicadores correspondientemente.	Administrativo	Única	Cuestionario
				Cronológica	
				Pulcra	
				Secuencial	
				Asignación de responsable	
				Disponible	
				Integra	
				Depurada	
Variable 2: Seguridad de la información		La presente variable está compuesta por una (1) dimensión protección de la información que comprende un total de 08 indicadores correspondientemente.	Protección de la información	Políticas de Seguridad en la Información.	Cuestionario
				Organización de la seguridad de la información.	
				Seguridad de los recursos humanos	
				Control de acceso	
				Criptografía	
				Seguridad física y ambiental	
				Seguridad de las comunicaciones	
				Adquisición, desarrollo y mantenimiento de sistemas	



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Nilthon Ivan Pisfil Benites de la Experiencia Curricular Desarrollo del trabajo de investigación y revisor de la tesis del estudiante, **Mestanza Quiroz Sandra Yanina**, titulada: GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA LA EFICIENTE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL HOSPITAL DE APOYO GUSTAVO LANATTA LUJÁN BAGUA, constato que la misma tiene un índice de similitud de **20%** verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 18 de Enero de 2020.

.....
MG. NILTHON IVAN PISFIL BENITES
DNI: 42422376

CAMPUS CHICLAYO
Carretera Pimentel km. 3.5.