



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Propuesta de diseño de gestión documental con normas ISO para
optimización del archivo clínico del Hospital General del Sur de
Quito 2022

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Mancero Viteri, Luis Bolivar (orcid.org/0000-0003-0564-4422)

ASESOR:

Mg. Velez Sancarranco, Miguel Alberto (orcid.org/0000-0001-9564-6936)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Martin y Alejandro, mis hijos, que son el motor de mi vida, a mi esposa, gracias por su paciencia, por aguantar mis noches de desvelo, y tal vez de abandono, este esfuerzo es por ustedes, que siempre han estado presentes en todos los momentos importantes de mi vida.

A mis padres, que sin ellos no podría haber llegado hasta este momento, gracias por enseñarme que el trabajo duro siempre tendrá su recompensa, y a mis maestros que han contribuido para tener el conocimiento que he adquirido en este momento.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Cesar Vallejo, que me ha permitido continuar mis estudios, al Hospital General del Sur de Quito, institución que me ha dado la mano y a permitido que esta investigación se plasme, en especial a la Dra. Salomé Daquilema, subdirectora de Gestión y Servicios Hospitalarios, que sin su apoyo e interés en el presente trabajo ayudo a facilitar la realización del mismo y a mis compañeros del Archivo clínico, que gracias a sus vivencias y colaboración permitieron obtener las pautas para la misma. Mil gracias

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MARCO TEÓRICO	13
III. MÉTODOLOGÍA.....	23
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	23
3.2. Variables y operacionalización.....	24
3.3. Población, muestra y muestreo.....	27
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
3.5. Procedimientos	29
3.6. Método de análisis de datos	29
3.7. Aspectos éticos.....	30
IV. RESULTADOS	31
V. DISCUSIÓN.....	48
VI. CONCLUSIONES	54
VII. RECOMENDACIONES.....	55
VIII. REFERENCIAS	57
IX. ANEXOS.....	62
Matriz de operacionalización.....	62
Matriz de Consistencia	64
Asentimiento Informado.....	67
AUTORIZACIÓN INVESTIGACIÓN.....	84
Propuesta de diseño de gestión documental basado en normas ISO 15489.....	86

ÍNDICE DE TABLAS

Subdirección a la que pertenece el encuestado	31
Censo de Camas	32
Importancia de la Historia Clínica según encuestados	35
Conocimiento de actas de entrega recepción.....	36
Entrega de documentos por servicio, octubre 2022, y su porcentaje	37
Conocimiento del aplicativo de gestión de documentos	39
Conocimiento del almacenamiento según normativa MSP.....	40
Conocimiento de unidad de resguardo según organigrama institucional	41
Posibilidad de cambio de los procesos actuales	42
Conocimiento planes de riesgos.....	43
Conocimiento planes de digitalización de documentos	43
Conocimiento de la normativa de gestión de documentos	44
Principales problemas en el manejo de documentos clínicos.....	45
Cumplimiento de la norma ISO 15489.....	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Investigación Descriptiva – Propositiva	24
Triangulación	
Subdirección a la que pertenece el encuestado	32
Censo de camas.....	33
Soportes de historias clínicas	34
Formalidades de los documentos clínicos	34
Importancia de la Historia clínica según encuesta.....	35
Conocimiento de las actas de entrega recepción	36
Casos de elaboración de actas de entrega recepción	37
Estructura del archivo.....	38
Conocimiento del aplicativo de gestión de documentos	39
Conocimiento del almacenamiento según normativa MSP.....	40
Resguardo de la información.....	41
Posibilidad de cambio de los procesos actuales	42
Conocimiento de si se cumple la normativa	44
Entrega de documentos clínicos.....	46
Flujo de documentos clínicos	92
Acceso y Uso de la Documentación Clínica	93

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue elaborar una propuesta de diseño de gestión documental basado en normas ISO 15489 para la optimización del archivo clínico del IESS Quito Sur 2022. En relación a la metodología utilizada, el enfoque de la misma es cuantitativa y propositiva, ya que las variables ocupadas fueron medidas y se recopiló información de diversas fuentes como búsqueda documental de los indicadores del archivo clínico del hospital, revisión bibliográfica para la búsqueda de la teoría de las normas ISO y encuestas a los implicados (personal que usa y entrega la información) y además, se hizo un diagnóstico de los sistemas de gestión que se manejan actualmente para realizar una propuesta. En la actualidad los sistemas de información tienden a la digitalización, sin embargo, para llegar a ello primero se debe pensar en la organización como punto de partida, como herramienta se tomó en cuenta a las normas ISO, que dan un mapa a seguir para plantear la posibilidad una digitalización completa del archivo clínico. Es impensable realizar este proceso si las autoridades y los mismos generadores y usuarios de la información no conocen su importancia, por lo que es imperante la capacitación ante nada. En el transcurso de este estudio, se notó una falta de capacitación e involucramiento en el proceso de generación y entrega de documentos clínicos por parte del personal como conclusión principal, además de falta de insumos y materiales como principal inconveniente para un diseño de sistema de gestión documental completo.

PALABRAS CLAVE

Sistemas, Gestión, Historia Clínica, Procesos

ABSTRACT

The objective of this research was to develop a document management design proposal based on ISO 15489 standards for the optimization of the IESS Quito Sur 2022 clinical file. In relation to the methodology used, its approach is quantitative and propositive, since the occupied variables were measured and information was collected from various sources such as documentary search of the indicators of the hospital clinical file, bibliographic review for the search of the theory of ISO standards and surveys of those involved (staff who use and deliver the information). and in addition, a diagnosis of the management systems that are currently managed to make a proposal was made. At present, information systems tend towards digitization, however, to achieve this, the organization must first be considered as a starting point, as a tool the ISO standards were taken into account, which give a map to follow to raise the possibility of a complete digitalization of the clinical file. It is unthinkable to carry out this process if the authorities and the same generators and users of the information do not know its importance, so training is imperative over nothing. During the course of this study, a lack of training and involvement in the process of generating and delivering clinical documents by the staff was noted as the main conclusion, in addition to the lack of supplies and materials as the main drawback for a management system design. full documentary.

KEYWORDS

Systems, Management, Clinical History, Processes

I. INTRODUCCIÓN

Es innegable que la historia clínica es un documento importante en el acto médico, más aún en los tiempos actuales en donde inclusive la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2022), ha convertido como prioridad la cobertura de salud universal y como consecuencia que los sistemas de registros de las atenciones sanitarias se actualicen y modernicen (Posada & Quintero, 2012). Es muy claro que estos registros formaron parte importante durante la pandemia de COVID 19, y la transferencia de información, que en la actual sociedad se convirtió una herramienta para poder luchar contra el virus, sin embargo, también existieron complicaciones, por su transferencia indiscriminada. Como lo cita Juan, (2020), las nuevas tecnologías basadas en la información y telecomunicaciones no deberían analizarse de forma aislada, sino frecuentemente enmarcadas y direccionadas hacia un objetivo definido. Las estrategias globales deben basarse en evidencias científicas teniendo en cuenta los recursos de la organización, y además la protección de los Datos.

A nivel mundial el avance de las tecnologías de información se ha visto inmersa en varias áreas de la vida practica del ser humano, y las ciencias médicas no son una excepción, en el tema en concreto de las historias clínicas incluso se ha pensado su uso en tecnología blockchain (Marr, 2017), concepto detrás de las criptomonedas, que usan la descentralización y la encriptación como medio para sus transacciones y que en el campo medico está pensando usarse justamente para su uso en la generación de documentos clínicos de los pacientes, de hecho la empresa International Bussiness Machines Corporation (*IBM - España*, 2022) ha mencionado que el 16 % de los ejecutivos de empresas dedicadas a la salud que ocupan sus servicios, tienen planeado implementar esta tecnología en 2017, y además que el 56 % esperaba comenzar en el año 2020 (El Hospital, 2022). Esta funcionaría creando una base de datos común de información médica en el que los médicos, enfermeras y en general los profesionales de la salud logren utilizarla manteniendo la privacidad y seguridad, al estar descentralizado su administración se efectuaría de forma más sencilla, haciendo que el acceso a los registros médicos de los pacientes sea más seguro, estas serían distribuidos entre varios clientes y distribuidores diferentes moviendo la información cuando se necesite.

En Latinoamérica, los sistemas de salud son fragmentados y segmentados, a pesar de la tendencia a la universalidad de la salud en varios de estos países, donde existen 184 millones de personas pobres, de los cuales 62 millones viven en extrema pobreza, y otros tantos en situación de vulnerabilidad. (Abramo et al., 2020). En este contexto en donde además la ruralidad hace impensable el acceso a la tecnología, podemos imaginarnos el estado de los documentos clínicos en unidades médicas pequeñas, sin embargo, en los últimos años la tendencia a la digitalización de documentos clínicos es generalizada, mucho se ha hablado sobre la producción de historias clínicas electrónicas, sin embargo este concepto va más allá de las tecnologías de la información y comunicación, el registro de datos relacionados con el paciente y de las atenciones recibidas (Gonzalez-Argote, 2019).

En Ecuador, en el año 2003, el Instituto Ecuatoriano de seguridad Social, incorpora el sistema MIS AS400 para la gestión digital de documentación clínica y registro de evoluciones en el área de consulta externa, auxiliares de diagnóstico y bodegas, desde ese punto va evolucionando hasta que en el 2019 ya tiene un control en el ingreso o admisión del paciente, agendamiento, facturación, e incluso una interoperabilidad con el Registro Civil, (Gastesi Junco, 2019) convirtiéndose en una herramienta poderosa. A pesar de este instrumento, existen todavía documentos que se realizan en físico, y que reposan en archivos, muchos de ellos olvidados corriendo el riesgo de deterioro y desaparición por falta de una política específica en su manejo.

Con este antecedente un archivo ordenado puede ser digitalizado, para ello se podría tomar en consideración el uso de las normas ISO 15489, que son reglas internacionales de gestión documental, estas proponen pautas para el desarrollo, diseño y puesta en marcha de un sistema que asegure la creación y el resguardo adecuado de los documentos en cualquier soporte, sea este físico o digital, en el cual el archivo logra avanzar de un manual de buenas prácticas de gestión documental, a un sistema completo en el que se incluye a la administración y dirección de la organización. Es entonces necesario indicar también que no se limita a los procesos de gestión de documentos, sino además a temas relacionados con las técnicas de seguimiento y medición de los efectos, auditorías internas, entre otros. (Lloveras & Alonso, 2012).

El hospital IESS Quito Sur, que es un hospital de segundo nivel perteneciente al Instituto Ecuatoriano de seguridad Social, e inaugurado en el año 2017, maneja para sus documentos clínicos, archivos de tipo mixto, los cuales, sin un correcto manejo y políticas específicas, pueden causar pérdidas de información. Este hospital registra diariamente, según refiere la Coordinación de Hospitalización HGSQ, (2022), ascienden a 153640 por consulta externa y hospitalización, de los cuales el 70% son atenciones nuevas, demostrando así que se generarían más de 100000 documentos físicos y digitales anuales para ser archivados, según estos datos, el archivo clínico terminaría colapsando por falta de espacio físico. Es en este punto donde nace la pregunta: ¿Cómo debe ser la propuesta de diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del IESS Quito Sur 2022?

Es indudable la importancia de esta gestión, pues de esta manera se reducirían los problemas de los archivos, no solo a nivel del hospital, sino a nivel red IESS y por que no a nivel nacional, siendo el resultado de la presente investigación un referente de buenas prácticas, que permita con normativas claras la participación de las personas involucradas en el proceso, como médicos, autoridades, personal administrativo, desde la creación del documento hasta su difusión, pudiendo dar un feedback del proceso y mejorarlo mediante la auditoria del mismo, contando con este diagnóstico se identificaran necesidades en general para que una vez subsanadas se pueda acceder a una automatización que tienda a la creación de políticas de historias clínicas únicas a nivel nacional.

El objetivo general de esta investigación fue elaborar una propuesta de diseño de gestión documental basado en normas ISO 15489 para la optimización del archivo clínico del IESS Quito Sur 2022. Y para ello se planteó los siguientes objetivos específicos: diagnosticar las políticas actuales y los procesos archivísticos que se manejan en la unidad de documentación clínica para la aplicación de las normas ISO 15489 en el Hospital General del Sur de Quito; fundamentar mediante las teorías y postulados de las normas ISO15489 una propuesta de gestión documental para el archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito. Y como ultimo objetivo, elaborar una propuesta de gestión

documental basado en las normas ISO 15489 para el uso del archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito.

II. MARCO TEÓRICO

A nivel nacional tenemos: Chillagana (2019), elabora un Diseño de un sistema de gestión documental para el departamento de archivo de la Facultad de Ciencias Administrativas de la Universidad Central del Ecuador, con la finalidad de hacer un diseño de un sistema de gestión documental en una universidad pública de Ecuador, cuyo objetivo se centró en facilitar la admisión, control, seguimiento y emisión con un proceso eficiente, enfocado al servicio de los clientes internos y externos de la Facultad en estudio. En este punto, el autor encontró la necesidad de aplicar un software libre para mejorar la experiencia en la organización de los documentos generados, lo que mejoro el importar, indexar, clasificar, almacenar, buscar, recuperar, manipular y archivar automáticamente documentos electrónicos. Esta investigación concluye en que es importante un sistema de gestión de documentos automatizado, buscando la reducción de la utilización de papel, dando una importancia significativa al uso de software para manejo de archivos y abriendo la puerta a la digitalización de estos.

En la ciudad de Quinindé Ecuador, específicamente en el Hospital Básico Padre Alberto Buffoni (HBPAB), se realiza una investigación por parte de Dominguez (2017), en donde el objetivo principal de la investigación es hacer un análisis del trabajo del departamento de estadísticas de esta unidad médica, y se detectan ciertos errores que han traído dificultades en la ejecución de su trabajo, esto en cuanto a la clasificación, preparación, archivo, suministro oportuno y sostenimiento de registros secundarios de las historias clínicas creadas en las Salas de Emergencias y Hospitalización. Por lo que el estudio que realizado se basó en hacer un examen de los errores más importantes en el manejo y uso de documentos clínicos, para poder hacer una valoración del sistema de gestión documental usado. Entre los resultados más notables se pudo notar que: algunas historias clínicas mantenían registros de admisión sin completar de los pacientes, no existe un dispositivo de control que revele irregularidades en los procesos que maneja actualmente el archivo y admisión (duplicidad de las historias clínicas), las personas que trabajan en el departamento de estadística no poseen el suficiente conocimiento y capacitación sobre el manual de manejo y archivo de historias clínicas.

Así mismo; Villamarín (2021), elabora una tesis denominada propuesta de descripción documental de la serie Historias Clínicas del Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro. Archivo Nacional de la Medicina 1901-2000, cuyo objetivo fue el presentar una propuesta de descripción de historias clínicas desde el año 1901, en donde se inicia el registro de pacientes, aunque este hospital funciono desde 1891, se plasma la idea de manejo, organización y gestión de fondos, series y documentos. La primera parte menciona la historia del Archivo Nacional de la Medicina (ANM) y hace un diagnóstico del Fondo al que pertenece, que permitió una propuesta de catalogación. En la segunda parte se empieza a abordar ya una propuesta teórica y metodológica desde la perspectiva archivística, para conocer qué información recoge el Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro (FHPSL), se identifican series históricas con los expedientes de los pacientes, su organización, su tratamiento, su clasificación y ordenamiento, utilizando las normas ISAD-G (General International Standard Archival Description), con lo que como conclusión en primer lugar, se explicó de manera somera la relación entre historia y archivos, no solo como una función auxiliar para la primera, sino también como un resultado de cambios que hacen que la formación, funcionamiento y organización se optimicen, por ejemplo con una catalogación ordenada puede ser compartida con otros archivos del mundo. Esta información por consecuencia, ya organizada y catalogada, puede ser ingresada a un programa informático que mejoraría su ubicación haciendo que un hipotético investigador encuentre rápidamente la información que necesite.

Montalvo (2014), realiza un estudio descriptivo denominado estudio sobre el manejo de la información y documentación del Departamento de Estadística, área 4 de la Salud, de Otavalo en el año 2013, propuesta de Guía de Manejo, cuyo objetivo fue el determinar cuál es el manejo de la información y documentación en esta unidad de servicio de este hospital, mediante técnicas de recopilación de información con lo que se lograra una aplicando una guía propuesta por el autor. Como conclusiones de esta obra, se infirió que con la implementación una guía de manejo de información y documentación existirían directrices claras que permitirían en un futuro acciones y conocimiento, además se tiene muy en cuenta el talento humano del departamento de Estadística, como instrumento indispensable en la gestión de los documentos, generados en esta

institución, además de conocer el manejo de los archivos, su custodia y conservación. Esta propuesta emite además fundamentos teóricos sistematizados de gestión que van a asegurar una mejora continua en la eficiencia y eficacia en el manejo de la información, esto a la final conllevará a que estos posean calidad, desconcentración, planificación, coordinación y como resultado mayor satisfacción en los usuarios internos y externos.

Vera & Villegas (2016), hacen un análisis en su tesis denominada Influencia de la ordenación documental en la calidad de la organización archivística de las historias clínicas del Centro de Salud Luchadores del Norte, que tiene por objetivo el determinar cómo influye la ordenación de los documentos en la calidad de la organización de los archivos, mediante un estudio bibliográfico, análisis estadístico y de campo para diseñar una guía metodológica con enfoque en el sistema de ordenación numérica y que busca una reorganización de las historias clínicas de este centro de salud en el cual se evidencian falencias en su ordenación, esto ha llevado también a la disminución de la calidad en la atención brindada a los usuarios.. Mediante una encuesta a usuarios y personal que labora en la entidad se han conseguido los datos necesarios para este estudio, por lo que se propone una guía metodológica que hará que el sistema funcione y mejorará el desempeño del talento humano del área. Como conclusiones el autor anota que, si no existen procesos que se centren en la ordenación, habrá retardo en la entrega de la información, además de que el trabajo que hace el responsable de un archivo no debe ser solo guardar y ordenar papeles, sino que además es preservar, conservar y brindar información veraz y oportuna.

En este contexto, la situación de los archivos clínicos en las instituciones de salud del país presentan evidentes falencias, en un estudio realizado por Alvarado, (2017), denominado análisis de la gestión y control de historias clínicas en el subcentro de salud Dr. Hugo Solórzano, cuyo objetivo fue el analizar los procesos de gestión de documentos de este archivo, se observaron varios problemas como falta de espacio físico, acumulación y duplicación de documentos, deterioro de los mismos, a pesar de la existencia de una normativa, en el mencionado documento se determina como conclusiones que la misma es poco práctica, pues se centra solo en la teoría, encontrándose totalmente alejada

de la realidad diaria a la que se enfrentan los encargados de la gestión tomando en cuenta las particularidades que cada casa de salud pueda presentar en función de su cartera de servicios y atenciones diarias.

Como antecedentes internacionales se cita los siguientes: Mora & Gutiérrez, (2018), hacen un análisis de una Metodología de implementación de un sistema integrado de gestión de las normas ISO 9001 e ISO 30301 que busca mejorar el ejercicio del sector notarial en Colombia, en el cual se sugiere un contexto internacional para la implementación de diferentes sistemas de gestión, mencionando la relevancia que estos tienen en la mejora del desempeño de las organizaciones. En este sentido, los autores como objetivo proponen una integración de los sistemas de gestión basado en las normas ISO 9001 e ISO 30301 que busca mejorar el ejercicio del sector notarial, a partir del análisis de presentadores de integración, casos de éxito, fracaso y abandono de sistemas de gestión. Este estudio se llevó a cabo en una notaría ubicada en el departamento de Cundinamarca, y su análisis de variables fueron basadas en cualitativas y cuantitativas. Para realizar la implementación de este sistema, se tuvo en cuenta el modelo de organización deducción de redundancia y duplicidad de documentos y medidas de desempeño. Como conclusión se obtuvo que los tiempos en ciertos procesos se redujeron, aumentando la productividad.

En su tesis Análisis y diseño de un sistema de gestión de historias clínicas para pacientes del Centro de Salud Pachitea, elaborado por Morales, (2019), se busca como objetivo establecer los parámetros aue a la larga mejoraran el sistema de gestión de historias clínicas por lo que como consecuencia atraerá la optimización del servicio brindado a los pacientes. Como conclusión, este sistema buscará el resguardar la información, y a su vez que esta sea encontrada con facilidad, para ello se busca la ayuda de un software de registro de estos documentos, que evite el uso de papel ahorrando espacio físico, evitando la perdida de información y a su vez eliminando la acumulación de polvo en el papel, esto permitirá el acceso de una manera rápida y segura a la información almacenada en los repositorios.

Por otra parte Paredes, (2017), en su publicación Historia clínica: acceso, disponibilidad y seguridad, cuyo objetivo es analizar jurídicamente la importancia de la confidencialidad de la historia clínica, menciona varios aspectos sobre el

acceso y la seguridad que deben tener los documentos clínicos, concluyendo que la protección de datos en salud tiene su máxima expresión en la historia clínica del paciente. Este, menciona día a día sus más íntimos secretos a los profesionales de la salud para encontrar un tratamiento a sus dolencias, y que son plasmados en estos documentos clínicos, esto conlleva lógicamente a un sistema de custodia bien estructurado, por lo que el acceso a estos documentos debe ser restringido. El avance de la tecnología ha ayudado a esta conservación y restricción, sin embargo, como todos los sistemas también tiene sus inconvenientes y muchas veces esta información se ha filtrado a personas no autorizadas. Además, también como conclusión, el acceso indebido a la historia clínica genera responsabilidad civil, administrativa o penal que los Tribunales, cada vez con mayor frecuencia, imponen a los responsables pues el citado concepto va unido a la necesaria intimidad y confidencialidad de la información que almacena.

En la tesis de Aguiluz, (2020), denominada diseño de un sistema de gestión documental en el departamento de registros médicos del hospital Roosevelt, se busca como objetivo hacer un diseño de gestión de documentos clínicos en el mencionado hospital, es una investigación mixta, ya que se realizaron encuestas y observación directa, con el fin de obtener un diseño conceptual, en este estudio se analizó la eficiencia del servicio al entregar los documentos clínicos, contratados con el número de historias clínicas generadas en cada servicio de este hospital, este nosocomio mantenía un sistema empírico de organización, por lo que la implementación de un sistema más técnico era imperante, como conclusiones se determinaron que no existía una forma en la que los expedientes clínicos se respalden, y que se tardan hasta dos horas en la búsqueda de un expediente por lo que se establece una metodología DIRKS y la tecnología como herramientas para el diseño, y además se evidencio la necesidad de la digitalización de los expedientes clínicos, además de la creación de expedientes clínicos electrónicos.

Navarrete, (2020), realiza un estudio denominado Propuesta de implementación de un sistema de gestión documental de los procesos de adjudicación, para la unidad de logística del hospital Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote, en el cual como objetivo se tiene el elaborar una propuesta

para implementar un sistema de gestión de documentos únicamente en procesos de adjudicación para lo cual hace una recopilación de información sobre la percepción de los trabajadores de la unidad de logística de esta unidad de salud, en el cual se concluye que no existe una correcta gestión documental, por lo que los procesos se retrasan, la implementación de este sistema mejora los tiempos de respuesta para el archivamiento, búsqueda, recuperación y disposición documental oportuna a los trabajadores de Logística, sin embargo se concluye que estos procesos deben ser socializados, y se debe emitir una directriz interna que incluya a estos procesos para la mejora continua, es indudable que la dirección de las instituciones deben estar inmersas en estos procesos de mejora, que a la larga resultan ser importantísimos para la mejora de cualquier tipo de empresa.

La historia clínica en si se ha definido de varias maneras a través del tiempo, sin embargo, en todas estas definiciones está implícito el hecho de que es un documento importante y básico en la práctica médica, el cual contiene varios datos, de los cuales los principales según Da Costa Carlos, 1997 son:

Sociales. – estos comprenden la información básica del paciente como sus nombre y apellidos, identificación, nacimiento, sexo, etc., y datos familiares como si tiene hijos, antecedentes familiares, lugar de trabajo, etc., datos académicos, deportes y otros que puedan tener relación con la razón de la consulta.

Preventivos. - como por ejemplo vacunas, estilo de vida, etc, y además datos de seguimiento como por ejemplo hábitos enfermedades crónicas procesos infecciosos complicaciones en embarazo, si tiene algún tipo de alergia a medicamentos etc.

Médicos. - en donde se plasma la información de enfermedades previas, signos vitales y todo lo que el medico considere de interés para su diagnóstico, y a la vez también se consignan datos provenientes de exámenes y pruebas de diagnóstico.

Los objetivos para la elaboración de este documento clínico se basan principalmente en el tema asistencial, esta es la base de su elaboración, otro objetivo que se podría citar es la evaluación de la calidad asistencial, pues esta

servirá para evaluar la eficacia de la atención brindada. Es indudable también el objetivo de investigación, pues se consideraría la base para la evidencia científica, que indudablemente desemboca en la docencia como apoyo en la enseñanza en la práctica de la medicina,

Uno de los objetivos más importantes es la de médico-jurídico-legal, es el único documento que relaciona la atención medico paciente, además de que la ley obliga que sea un documento único y personal, sus características obligan a que por ejemplo esta información contenida sea de carácter confidencial y de este principio nace el del secreto médico y el de los derechos de los pacientes. Cada legislación de cada país maneja los datos personales de manera distinta, por ejemplo en Ecuador incluso recientemente se ha expedido una Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (2021), cuyo objetivo es garantizar el ejercicio del derecho a la protección de datos personales, que incluye el acceso y decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. Para dicho efecto regula, prevé y desarrolla principios, derechos, obligaciones y mecanismos de tutela.

Hablando sobre el carácter obligatorio, quiere decir que todo paciente debe poseer una historia clínica, al hablar de un carácter técnico y legal se refiere a que los documentos que la componen tienen relación a la medicina, y tienen su forma de ser llenados, conservan una estructura y una finalidad, y que sirven como evidencia en casos de disputas legales o judiciales, porque plasman la actuación del profesional de la medicina sobre el paciente. Al estar compuesto por varios formularios quiere decir que es un expediente cuya composición va ordenada, por tipo de atención y secuencialmente por fecha, incluso en esta definición se nombran unos cuantos formularios como son evoluciones, diagnóstico, etc.

Como lo expresa (Juliá, 2020), una de las necesidades importantísimas de un centro de salud de cualquier nivel y complejidad es sin duda la gestión de historias clínicas de los pacientes, esta tendencia siempre va hacia la digitalización para que el medico disponga inmediatamente la información que necesita mientras atiende a su paciente, pues en estos expedientes están plasmados diagnósticos, exámenes, informes, de los tratamientos que este ha seguido en el nosocomio. Sin embargo, para poder tender a la digitalización se

debe primero tener en cuenta un sistema que asegure la gestión de estos documentos, además de que se pueda identificar el acceso a este documento sumamente sensible y confidencial.

Es por esta razón que se debe implementar primero una normativa que clasifique ordene y haga una correcta valoración de la documentación, que incluya la destrucción de ser el caso, su resguardo y almacenamiento. Además, es importante el tema legal y económico, que impliquen el manejo de estos documentos. En el caso de que se quiera hacer una historia clínica totalmente digital, hay que tener en cuenta que ya existe otro sistema de almacenamiento, existirán documentos físicos, a los cuales se debe dar un tratamiento, por lo que la digitalización total y la eliminación del físico en ese caso no sería una opción.

En el caso específico de Hospital general del Sur de Quito, algunos de estos formularios están en formato digital, en el sistema AS400, mientras que otros están en físico, como por ejemplo hojas de admisión, historias de anestesia, consentimientos informados, bitácoras de cuidados intensivos, entre otros, que son documentos que por su naturaleza no podrían ser digitales a menos de que exista un sistema que pueda hacer que nazcan desde este medio.

La norma ISO 15489 establece requisitos básicos para establecer buenas prácticas de gestión documental mediante la ejecución de principios de gestión, lo cual va a mejorar la creación y mantenimiento de documentos. Esta norma aparece con la evolución de lo que plantea el records management norteamericano y del recordskeeping australiano, por la necesidad de hacer un enfoque basado en procesos y normas de gestión de calidad, para ello se plantea el establecimiento de políticas y responsabilidades dependiendo de la necesidad de la organización. Esta norma además propone una metodología para diseño e implementación de sistemas de gestión de documentos, procesos técnicos e instrumentos de control, además de evaluar, medir y aprender lo cual lleva a la mejora del sistema. (Lloveras & Alonso, 2012)

Este sistema se puede integrar y acoplar a otros sistemas con lo que se maneje la organización permitiendo la eficacia de estos. Las ISO 15489, marcan pautas para la parte operativa de la gestión documental. El propósito para querer implementar estas normas en una organización cualquiera se basaría en el

hecho de la gestión sistémica y la verificación de esta en lo relacionado con documentos, que sirven de información sobre lo que la organización hace. Esto acarrea que las actividades sean más eficientes, sobrepasan los requisitos legales, por lo que no se tendrían problemas en este aspecto, además mejora la toma de decisiones, da pautas para el funcionamiento en un caso de desastre, protege los intereses de la organización, y lo más importante que mantiene la memoria corporativa y colectiva.

Para explicar de mejor manera este proceso, Lloveras & Alonso, (2012) explica los pasos a seguir los cuales constan de siete pasos que son explicados de la siguiente manera:

En la etapa A (Investigación preliminar) se busca dar una comprensión del contexto en el que la organización funciona, con la finalidad de conocer el flujo de los documentos, en este caso documentos clínicos, por lo que se debe hacer un análisis de la misión, visión y valores de esta. En la Etapa B (Análisis de las actividades de la organización) se va a desarrollar un modelo conceptual de las actividades y que documentos se generan en cada una de ellas, además de las atribuciones de cada unidad, aplicaciones digitales si existen, el soporte de documentos y su valoración y plazos de conservación. En la etapa C (Identificación de los requisitos) se determina que es lo que se debe cumplir para mantener los documentos que evidencien las actividades, además de la normativa vigente, rendición de cuentas, y los procesos internos de cada unidad. La etapa D (Evaluación de los sistemas existentes), va paralela a las etapas precedentes, analizando los sistemas de gestión actuales y comparándolos con otros sistemas que se relacionen, para tener la posibilidad de incorporar o mantener los documentos necesarios. La etapa E (Identificación de las estrategias para cumplir con los requisitos), se determinan políticas, normas procedimientos y herramientas tanto informáticas como documentales por lo que se establecerán políticas, normas o códigos de buenas prácticas, responsabilidades, y la integración de los documentos valorados en el nuevo proceso.

Etapa F (diseño del sistema de gestión de documentos) se unen todas las etapas anteriores para elaborar el nuevo proceso, por lo que se elaboraran instrumentos como cuadros de clasificación, calendarios de conservación, tablas

de accesos, se desarrollaran aplicaciones informáticas que aporten al proceso, y se redactaran las primeras versiones del plan, se definirán los métodos de evaluación de rendimiento, y un calendario de trabajo para la implementación. La etapa G (Implementación del sistema de gestión de documentos), aplica las herramientas del paso anterior, y se revisan los instrumentos, se pone en marcha una prueba piloto, además de publicar el manual de gestión, se programarán capacitaciones sobre el proceso y se comenzara con la reorganización del archivo.

En base a la Norma ISO 15489 (Norma Internacional ISO 15489-1, Information and Documentation – Records Management –, 2001), para elaborar un sistema de gestión documental optimo, se debe seguir el proceso antes descrito.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación.

El enfoque de esta investigación es cuantitativa ya que las variables ocupadas fueron medidas y se recopiló información de diversas fuentes como búsqueda documental de los indicadores del archivo clínico del hospital, revisión bibliográfica para la búsqueda de la teoría de las normas ISO y encuestas a los implicados (personal de archivo y en general del hospital que usan y entregan la información) y propositiva, pues se hizo un diagnóstico en este caso, de los sistemas de gestión que maneja actualmente el archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito, por lo que se define como fue cuantitativa – propositiva (Zuñiga, 2017), para luego hacer una propuesta basada en los postulados de las normas internacionales ISO relacionadas con gestión documental.(Alvarado, 2020).

El tipo de investigación de la presente es Básica, pues busca la aplicación de conceptos teóricos de las normas ISO en la mejora de un archivo que ya existe y que en la práctica necesita una mejora, haciendo una propuesta que no necesariamente será aplicada en la institución, por lo que principalmente se llegó al conocimiento de las teorías, contrastándolas con la realidad para que posteriormente si se desea se aplique. Según *Introducción a la Investigación: guía interactiva*, s. f. de la Universidad Veracruzana, es también conocida como pura, teórica o dogmática, esta parte de un marco teórico y se queda en él, con esto se busca formular nuevas teorías o modificar las existentes, que en este caso es lo que se va realizar al proponer un cambio en la gestión de documentos y de esta forma incrementar los conocimientos científicos o filosóficos

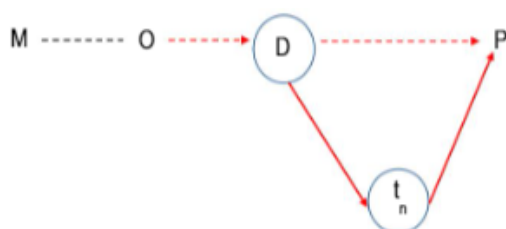
Esta investigación no busco el imponer un modelo de gestión, se limitará a realizar una descripción y análisis del sistema actual con la finalidad de dar a conocer una propuesta para su mejora en base a una normativa internacional comprobada, será tema de otra investigación la aplicación de este de ser el caso por lo tanto el diseño de esta investigación, es concordante con lo propuesto con en el no experimental, ya que, según Hernandez Sampieri, (2014), esta no manipula las variables, más bien se observaran los fenómenos para analizarlos, primero se analizara el proceso actual y luego se hará una propuesta en base a

la teoría explicada con las normas propuestas, sin alejarse de la normativa legal vigente.

Es descriptivo, pues se realizara un análisis de las variables de estudio para poder dar una propuesta, sin este análisis simplemente no se podrán obtener los insumos para el resultado que se desea obtener, además de que las propuestas o estudios de caso, son informes académicos que se encasillan en este nivel, según Zuñiga Castillo, (2018), se analizan en detalle el o las variables, que es lo que se realizará. El esquema de este diseño es el siguiente:

Figura 1

Investigación Descriptiva – Propositiva



NOTA: Tomado de (V. Alvarado, 2020)

En la figura M representa la muestra en quien se va a estudiar, O la información relevante, D es el diagnóstico o evaluación, t_n el análisis y fundamentación de las teorías para comprender el fenómeno y P es la propuesta al problema expresado en un plan.

3.2. Variables y operacionalización

Variable 1 (Fáctica): Gestión documental del archivo clínico-

Definición conceptual: Para poder definir esta variable se debe entender los conceptos que la componen, primero definiremos que es una historia clínica, según el Reglamento de Información Confidencial En Sistema Nacional de Salud, (2015) la historia clínica se define como un documento confidencial y obligatorio de carácter técnico y legal, compuesto por un conjunto de formularios básicos y de especialidad, que el personal de la salud utiliza para registrar en forma sistemática los datos obtenidos de las atenciones, diagnóstico, tratamiento, evolución y resultados de salud y enfermedad durante todo el ciclo vital del/la usuario/a. En referencia esta definición, se pueden notar varios elementos, comenzando por el termino confidencial, lo que implica que contine

datos personales no sujetos a publicidad, por lo que debe asegurarse un sistema que asegure que estos datos no se filtren a personas no autorizadas.

Al ser un documento, la gestión de estos se define como el conjunto de actividades que permiten controlar y coordinar los aspectos relacionados con la creación, recepción, organización, almacenamiento, preservación, acceso y difusión de documentos (Gallo, 2011)

Definición operacional: Se hará un diagnóstico mediante revisión documental, revisando indicadores de creación de documentos, contrastándolos con la recepción de estos, el almacenamiento, medidas de preservación, y lo relacionado a su acceso teniendo en cuenta que son documentos legales y confidenciales, además de la realización de una encuesta en la que se medirá la relación de lo encontrado en la revisión documental con lo enunciado por los involucrados en el proceso, esta será la variable fáctica, pues es el fenómeno real que se va a revisar y es de tipo cuantitativo, pues mediremos la gestión actual del archivo.

Indicadores: se midió mediante la cantidad de documentos creados, contratándolos con la cantidad de documentos recibidos, además de conocer si los involucrados conocen los procesos de entrega, la cantidad de documentos organizados, que darán una idea sobre la gestión del archivo al conocer si se organiza todo lo que se entrega, las formas y planes de almacenamiento, los planes de preservación de documentos y si existe una optimización de rendimiento.

Escala de medición: para medir la variable análisis de los procesos actuales se utilizó escalas categóricas nominales para las encuestas al personal, asignando en las preguntas cerradas de respuesta "SI" el número 1 a las respuestas "NO" el número 2, para que puedan ser medidas. Esta escala es la más elemental y la forma más rudimentaria de medir en donde se clasifica a las unidades de estudio (objetos, personas, etc.) en categorías, basándose en una o más características, atributos o propiedades distintivas y observadas, dándole a cada categoría un nombre (de ahí lo de nominal) y escalas numéricas discretas para el análisis de los documentos de rendimiento entregadas por el área (Coronado, 2007)

Variable 2: (Temática) Gestión documental Normas ISO 15489

Definición conceptual: Las normas ISO, son normas internacionales que buscan la calidad total de las organizaciones, en este caso en concreto, se utilizaran las normas que hablan de gestión documental y de cómo aplicarlas a un ambiente tan complejo como el médico. La norma ISO 15489 proporciona una guía sobre cómo gestionar o administrar los documentos y su relación con los sistemas electrónicos para la conservación de archivos en diferentes soportes. Además, explica en forma completa la asignación de responsabilidades que debe definir un organismo en un sistema de gestión documental, así como también resalta la importancia de la supervisión y auditoría, para lo cual presenta aspectos a considerar, como: Responder por el cumplimiento de normas que debe cumplir la organización. Tiene que considerar que los documentos sean plena prueba. Optimizar su rendimiento en la organización (EcuRed, 2021).

Definición operacional: Para hacer efectiva la norma 15489, primero se hará una investigación preliminar de los procesos específicos del archivo, se analizaran las actividades en las cuales están implicados y generados los documentos, se identificarán los requisitos necesarios para la operación del archivo, se evaluará el sistema actual, y mediante las políticas existentes se hará un diseño específico, el cual pueda ser implementado, lo recomendable en este paso es hacer una prueba y revisión para medir si efectivamente el sistema funciona, sin embargo, solamente se hará una propuesta para su implementación, eso sí, mencionando las principales herramientas para su medición. En este caso entonces se tiene una variable cualitativa, pues describirá la teoría del proceso a implementarse. Esta será la variable temática, pues es la teoría que se va a aplicar.

Indicadores: estos se midieron según las etapas de implementación de la norma ISO, que se obtuvieron de la revisión bibliográfica, las cuales son: etapa A: Investigación preliminar, etapa B, Análisis de las actividades de la organización, etapa C, Identificación de los requisitos, etapa D, Evaluación de los sistemas existentes, etapa E, Identificación de las estrategias para cumplir los requisitos, etapa F, Diseño de un sistema de gestión de documentos, etapa G, Implantación de un sistema de gestión de documentos.

Escala de Medición: para medir la variable normas ISO 15489 se utilizó escalas categóricas nominales para la revisión documental, asignando a cada ítem de la norma en las preguntas cerradas de respuesta “SI” el número 1 a las respuestas “NO” el número 2, para que puedan ser medidas. Esta escala es la más elemental y la forma más rudimentaria de medir en donde se clasifica a las unidades de estudio (objetos, personas, etc.) en categorías, basándose en una o más características, atributos o propiedades distintivas y observadas, dándole a cada categoría un nombre (de ahí lo de nominal) y escalas numéricas discretas para el análisis de los documentos de rendimiento entregadas por el área (Coronado, 2007)

3.3. Población, muestra y muestreo

Para la revisión documental se tomará en cuenta los datos de ingresos de historia clínica diarios, totales y por servicio, contrastándolos con los organizados y entregados en el mismo mes, y relacionándolos con el mes anterior, con lo que se encontraran los indicadores de gestión actuales del archivo clínico.

La población de este estudio para las entrevistas está constituida por 7 funcionarios del área de documentación clínica del Hospital General del Sur de Quito durante el año 2022, que pertenecen a la Subdirección de Gestión y Servicios Hospitalarios, a los que se sumaran 12 enfermeras que hacen la entrega de la documentación, 3 funcionarios administrativos de Subdirección Financiera, los cuales hacen los requerimientos de historias clínicas para la facturación del hospital, 5 personas de Subdirección Técnico Médica, a la cual pertenecen los médicos que elaboran historias clínicas, y 4 personas de la Subdirección de docencia, a la cual pertenecen los residentes, los cuales también están inmersos en la entrega y elaboración de estos documentos, sumando un total de 31 trabajadores del hospital sumidos en el proceso.

La muestra de este estudio siendo la técnica de muestreo, no probabilística porque es sometida a criterio del investigador seleccionar a las personas inmersas en el proceso estará constituida por 30 personas.

- Criterios de Inclusión: se tomarán en cuenta a las personas que generen información de documentos clínicos, personas que manejen este

documento, personas que los reciban, en si al personal que se encuentre en la cadena de información de la historia clínica.

- Criterios de exclusión: no se tomarán en cuenta a las personas que no estén inmersas o no participen en el proceso de gestión de historias clínicas, esto incluye funcionarios de nivel jerárquico superior, auxiliares de enfermería, personal administrativo y pacientes en general.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizarán encuestas a los implicados, además de un análisis documental de las cantidades de documentos recibidos diariamente, cuantos son procesados y cuantos son entregados, además del total de documentos existentes en el archivo y por último la realización de una revisión bibliográfica que permita encontrar el sistema más adecuado para la aplicación de la normativa ISO en este archivo, teniendo en cuenta también la normativa legal vigente y las normas y procedimientos internos de gestión documental. Estos instrumentos deberán ser validados por expertos en gestión de normas ISO documentales y personal responsable de archivo clínico, además de un médico que es el que genera la información.

Se utiliza la encuesta primeramente por ser una de las técnicas más empleadas para obtener información, permitiendo un contacto directo con los conocedores del tema, proporcionando una información clara y directa. (Alvarez, 2021), además se utiliza un muestreo no probabilístico por conveniencia para el análisis de estos datos, pues se incluirá solamente al personal implicado en el proceso de gestión documental de las historias clínicas y documentos de tipo asistencial de este hospital, esto para poder hacer un diagnóstico de la situación actual.

Posterior a la aplicación de este instrumento, se recopilara información del rendimiento del área, para esto ocuparemos la métodos de análisis de datos como la estadística descriptiva, se usarán medidas de tendencia central (media, mediana, moda, frecuencias) (Supo, Felipe, 2014), pues esta es aplicable a áreas en donde se recopilan datos cuantitativos, y nos centraremos en la acumulación de números e indicadores, como tiempos de procesamiento de documentos actuales, cantidad de documentos entregados, cantidad de documentos recibidos. Al final, se buscará identificar las debilidades del sistema

actual y a partir de lo cual se señalarán las estrategias basadas en la normativa que mejoren la gestión documental.

Según Gómez et al., (2017), la revisión documental es una herramienta para construir el conocimiento, amplía constructos hipotéticos, y es elemento motivador para los procesos investigativos, en este caso, se hará la revisión de la normativa de las ISO, además de la normativa legal ecuatoriana y de los países vecinos, buscando técnicas que se puedan acoplar para la construcción de esta propuesta.

3.5. Procedimientos

Para poder realizar esta investigación, primero se enviará una solicitud mediante Memorando, por el sistema de gestión documental Quipux dirigida al señor Gerente del Hospital General del Sur de Quito, Mgs. Juan Bernardo Sanchez Jara, en la cual se solicitará la aprobación de la ejecución de la presente investigación en el hospital que dirige, con esto se espera obtener el acceso a los procesos actuales de documentación, y los datos que maneja el archivo clínico, además de la autorización para ejecutar las respectivas encuestas a los involucrados.

Se deberá además solicitar a cada implicado un consentimiento informado para la realización de estos cuestionarios, obteniendo así la autorización personal de cada uno de participar en la presente investigación. Cabe recalcar que en la presente investigación se utilizaran tres fuentes de datos distintas, análisis de datos, encuestas y revisión bibliográfica, con las cuales para realizar un análisis efectivo se hará una triangulación de resultados.

3.6. Método de análisis de datos

En la realización de esta investigación, los datos serán analizados cuadros estadísticos en el caso de encuestas para medir las respuestas que se repiten con más frecuencia a continuación se utilizara estadística descriptiva, en donde estarán detalladas tablas de frecuencias y barras estadísticas para medir el rendimiento de la unidad, al hacer también una revisión bibliografía se tomara en cuenta la triangulación teoría, encuesta, análisis de datos (Alvarez, 2021)

3.7. Aspectos éticos

En esta y otras investigaciones o experimentaciones realizadas se debe hacer de convenio con tres principios éticos básicos: Respeto a las personas, el cual es uno de los principales vales para buscar, sin respeto no hay libertad, búsqueda del bien, buscando el positivismo y la verdad, justicia, sin inclinar la investigación por motivos personales. Se emplearon valores como respeto y honradez, sin manipulación de datos y respetando la propiedad intelectual de los autores, un tema principal en este punto es que la recolección de datos no implicara estudios o procedimientos sobre pacientes, y no se recolectara información personal de los implicados.

No se harán revisiones de documentos clínicos pues según el Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional De Salud, (2015)

El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionado, por lo que se tendrá en cuenta guardar sobre todo aspecto la confidencialidad de los pacientes, no revelando nombres, números de cédula ni patologías. (p.3)

Por esta razón se buscará sobre manera proteger la confidencialidad de los usuarios y pacientes del Hospital General del Sur de Quito, además de la de los funcionarios que participan en el proceso. (Mancero, 2021)

IV. RESULTADOS

Para el análisis de resultados se siguió un análisis en base a los objetivos de la investigación, recopilando datos según las variables y sus dimensiones, primero se preguntó ¿A que subdirección pertenece?, pues es importante conocer la ubicación y distribución de cada actor del proceso de gestión, el cual arrojó los siguientes resultados:

Tabla 1

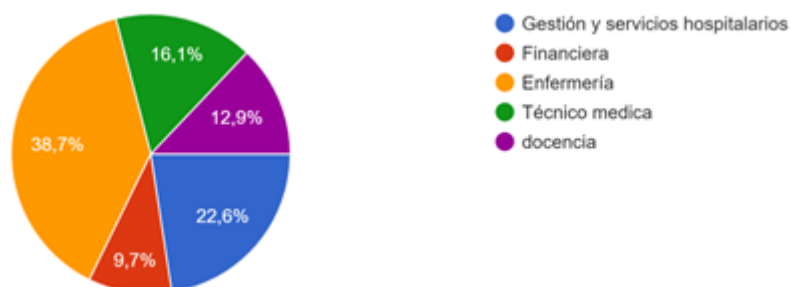
Subdirección a la que pertenece el encuestado

Subdirección a la que pertenece		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Gestión y servicios hospitalarios	7	22,6
	Financiera	3	9,7
	Enfermería	12	38,7
	Técnica Médica	5	16,1
	Docencia	4	12,9
	Total	31	100,0

La mayoría de encuestados pertenecen al área de enfermería, con el 38,7%, el 22,6% pertenece al área de gestión y servicios hospitalarios, el 16,1% al área técnico-médica, el 12,9% a docencia y solo un 9,7% a el área financiera. Estos resultados se pueden visualizar de mejor manera en el siguiente gráfico.

Figura 2

Subdirección a la que pertenece el encuestado



NOTA: generado por IBM SPSS Statistics

La primera variable de estudio es el análisis de los procesos actuales, y como primera dimensión se analizará el control de creación de documentos clínicos, por lo que el análisis se basará en las siguientes preguntas: ¿Conoce lo que es un censo de camas?

Tabla 2

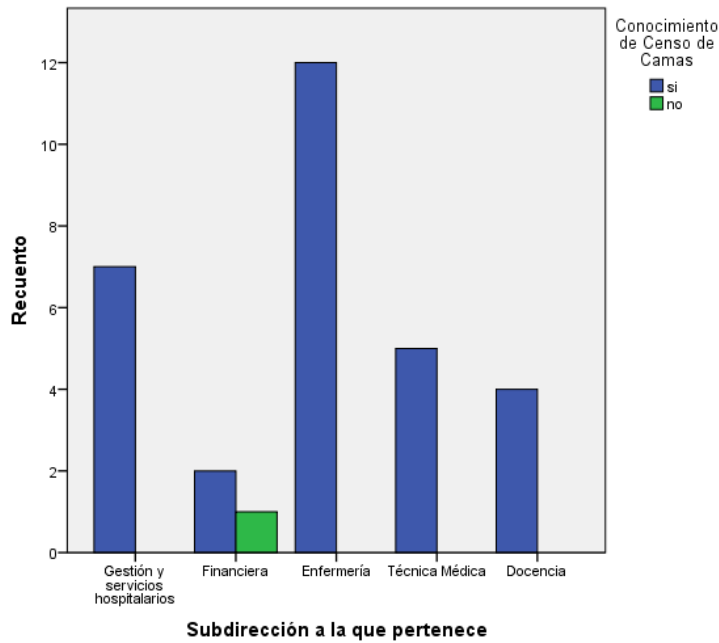
Censo de Camas

Conocimiento de Censo de Camas			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	30	96,8
	no	1	3,2
Total		31	100,0

Según los datos, el 96,8% de los encuestados conoce lo que es un censo de camas, y solamente un 3,2% no conoce este documento, con relación a que áreas son las que no conocen este documento, se puede observar de mejor manera en el siguiente grafico:

Figura 3

Censo de camas

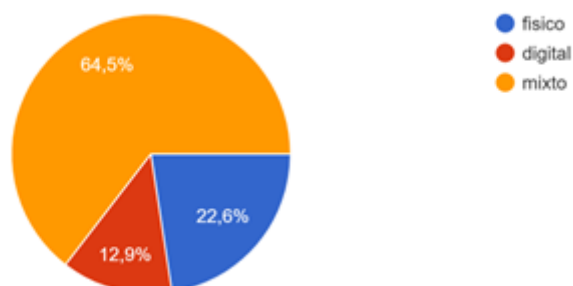


NOTA: generado por IBM SPSS Statistics

Según este gráfico, hay una persona del área financiera que no conoce lo que es un censo de camas, el resto de las áreas saben lo que contiene este documento. En relación con la pregunta ¿Qué soportes tienen las historias clínicas del Hospital?, para medir si se conoce o no el tipo de documentos utilizados por esta unidad médica para el registro de atenciones, los resultados son los siguientes:

Figura 4

Soportes de historias clínicas

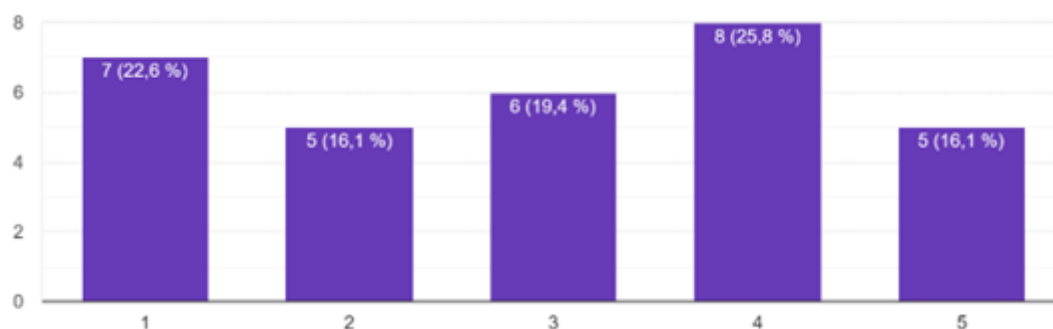


NOTA: generado por IBM SPSS Statistics

Según la figura, el 64,5% de los encuestados dicen que el soporte de los documentos clínicos es mixto, un 22,6% que es físico y un 12,9% que es digital. En relación con la pregunta, ¿usted cree que los documentos entregados cumplen con todas las formalidades, es decir están completos, llevan firmas y sellos donde lo requieren?, siendo uno siempre y 5 nunca, los resultados se muestran en la siguiente gráfica:

Figura 5

Formalidades de los documentos clínicos



NOTA: generado por IBM SPSS Statistics

En este caso se puede notar que el 25,8% de respuestas cree que casi nunca los documentos están completos, un 22,6% cree que siempre se entregan completos, un 19,4% que regularmente se entregan completos, y un 16,1% que nunca y que casi siempre se entregan los documentos completos. Para tener más claro el panorama, se preguntó ¿Usted conoce la importancia de la historia

clínica?, para conocer si se tiene la conciencia de la importancia de esta, como documento médico legal, las repuestas se encuentran en la siguiente tabla:

Tabla 3

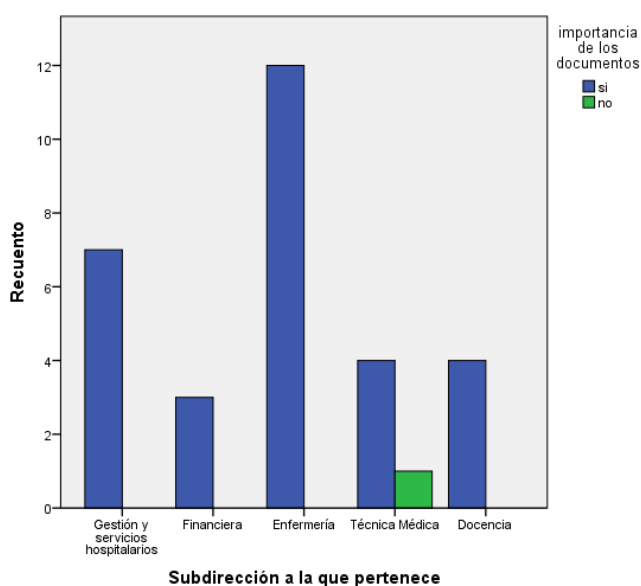
Importancia de la Historia Clínica según encuestados

importancia de los documentos			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	30	96,8
	no	1	3,2
Total		31	100

Un 96% considera que la historia clínica es importante, en relación de un 3,2% que no lo considera así, la relación de las subdirecciones en concatenación con esta pregunta se muestra a continuación:

Figura 6

Importancia de la Historia clínica según encuesta



NOTA: generado por IBM SPSS Statistics

En este grafico se puede ver que solamente existe una marcación negativa y pertenece al área técnica médica.

Para el análisis de la segunda dimensión se analizará la recepción y en si la cantidad de documentos recibidos, por lo que el análisis se basará en las

siguientes preguntas: ¿Conoce lo que es un acta de entrega recepción de documentos clínicos?, los resultados se muestran a continuación:

Tabla 3

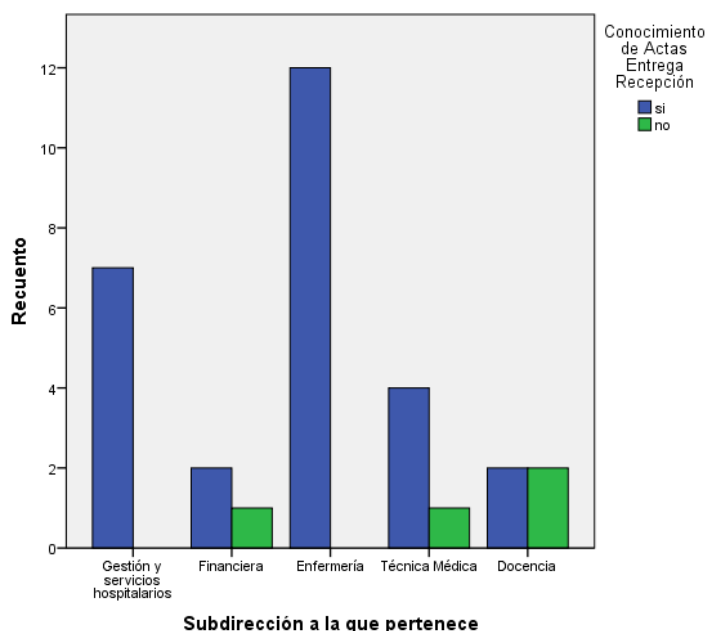
Conocimiento de actas de entrega recepción

Conocimiento de Actas Entrega Recepción			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	27	87,1
	no	4	12,9
Total		31	100,0

En esta pregunta en 87,1% de los encuestados conoce lo que es un acta de entrega recepción, en contraste con un 12,9% que no saben de este documento. Para saber la distribución de respuestas, se pueden ver en el siguiente grafico:

Figura 7

Conocimiento de las actas de entrega recepción



NOTA: generado por IBM SPSS Statistics

En este grafico se nota que la mayoría de las subdirecciones que no conocen este documento son docencia, técnica médica y financiera. También se

pregunto ¿En qué caso no se entregan expedientes físicos a documentación clínica?, como pregunta informativa para reforzar el conocimiento del proceso y de los documentos, las repuestas se plasman en el siguiente grafico:

Figura 8

Casos de elaboración de actas de entrega recepción



NOTA: generado por IBM SPSS Statistics

El grafico muestra que el 61,3% sabe que consulta externa no entrega formularios físicos, un 32,3% cree que transporte medicalizado, un 25,8% los exámenes de imagen y laboratorio, un 22,6% en caso de emergencias, un 19,4% los electrocardiogramas, un 9,7% en hospitalización, y un 3,2% las endoscopias. Además, se coloca a continuación las tablas de ingresos de documentos para poder conocer la cantidad de los ingresos al área.

Tabla 4

Entrega de documentos por servicio, octubre 2022, y su porcentaje

DEPENDENCIA	Octubre	Porcentaje
UCI PEDIATRICA	5	0,06%
UCI ADULTOS	10	0,36%
HOSPITALIZACION QUIRURGICA	645	15,84%
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRICA	299	9,05%
NEONATOLOGIA	58	0,98%
HOSPITAL DEL DIA	142	3,39%
HOJAS DERIVACION	36	0,89%
HOSPITALIZACION GINECO OBSTETRICA	290	10,21%
ENDOSCOPIA	388	13,31%
EMERGENCIA PEDIATRICA	59	2,74%

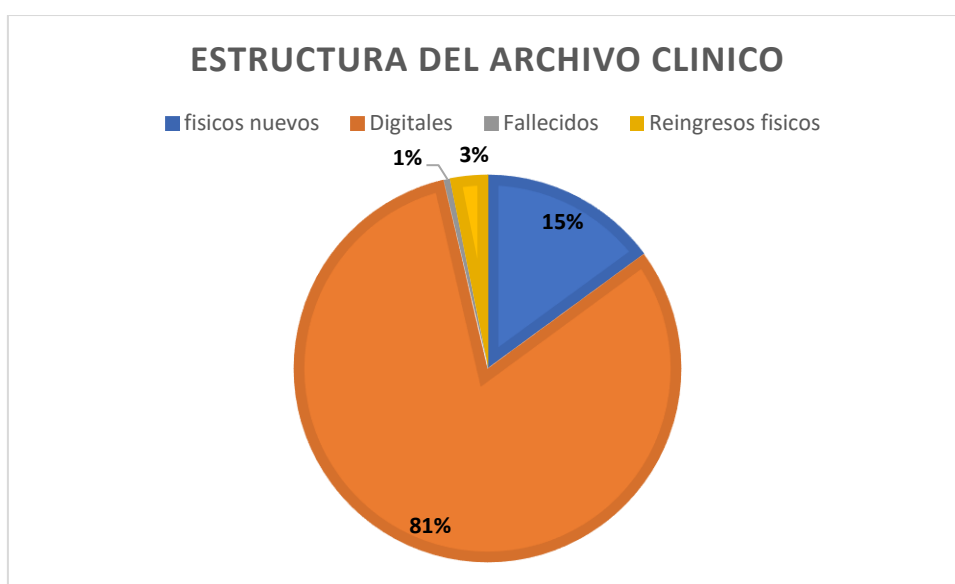
EMERGENCIA ADULTOS	343	8,25%
HOSPITALIZACION CLINICA 3	109	3,16%
HOSPITALIZACION CLINICA 2	69	2,05%
HOSPITALIZACION CLINICA 1	204	6,46%
CENTRO OBSTETRICO/QUIRURGICO	4	0,30%
CARDIOLOGIA	637	22,95%
TOTAL	3298	100,00%

NOTA: Tomado del aplicativo APPS://Hcam, actas de entrega recepción

La mayoría de los documentos entregados pertenecen al área de cardiología, estos pertenecen a exámenes de electrocardiogramas, luego están los exámenes de endoscopia, en el área de hospitalización, la Quirúrgica es la que mas registros de entregas presenta. Para el análisis de la tercera dimensión se analizará la organización en base a la cantidad de documentos organizados, por lo que el análisis se basará en la estructura del archivo.

Figura 9

Estructura del archivo



NOTA: Tomado del aplicativo APPS://Hcam, Sistema MIS AS400

En la figura se muestra que el 81% de expedientes que conforman el archivo clínico son digitales y alojados en el sistema MIS AS400, el 15% pertenece a documentos físicos nuevos, un 3% a reingresos físicos y un 1% a fallecidos o archivo pasivo. La organización de esta documentación se hace con un aplicativo informático, por lo que se preguntó, ¿Conoce cómo funciona el

aplicativo para registro de historias clínicas APPS/HCAM?, las respuestas fueron las siguientes:

Tabla 5

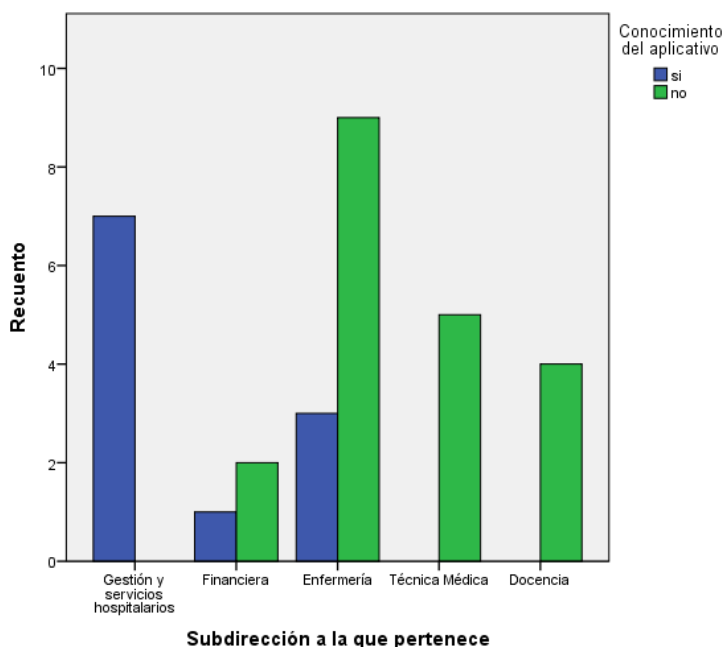
Conocimiento del aplicativo de gestión de documentos

		Conocimiento del aplicativo	
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	11	35,5
	no	20	64,5
Total		31	100,0

El 64,5% de los encuestados conocen la existencia del aplicativo de documentación clínica, únicamente el 35,5% saben cómo funciona. Con relación a las áreas que conocen lo preguntado, se obtuvo las siguientes respuestas:

Figura 10

Conocimiento del aplicativo de gestión de documentos



NOTA: generado por IBM SPSS Statistics

En el grafico se observa que el área de gestión hospitalaria es la que mas conoce este aplicativo, y el área de docencia y técnico medica no sabe de su existencia.

Para el análisis de la tercera dimensión se analizará el almacenamiento, las formas y planes para este proceso, por lo que se pregunto lo siguiente: ¿Conoce cómo funciona el proceso de almacenamiento según el manual de manejo de historias clínicas del MSP?, los resultados se muestran a continuación:

Tabla 6

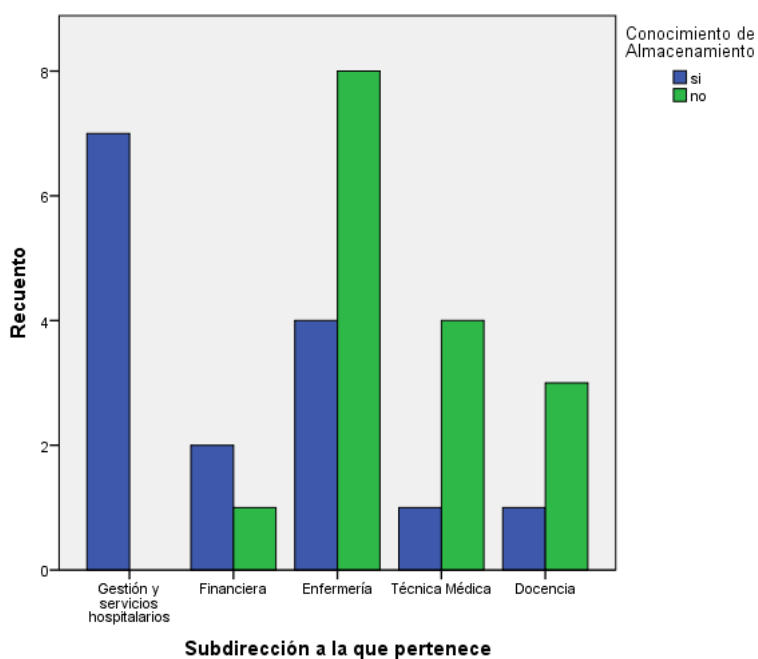
Conocimiento del almacenamiento según normativa MSP

Conocimiento de Almacenamiento			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	15	48,4
	no	16	51,6
Total		31	100,0

Un 51,6% de los encuestados no conoce como es el almacenamiento propuesto por la normativa del MSP, solamente un 48,4% la conoce, para ello se hace la distribución de las áreas para conocer su distribución:

Figura 11

Conocimiento del almacenamiento según normativa MSP



NOTA: generado por IBM SPSS Statistics

En el histograma se nota que todos los encuestados pertenecientes a el área de gestión conocen la normativa, mientras que en el área medica y de docencia no la conocen, se preguntó además si ¿Sabe cuál es la única unidad encargada de resguardar documentos clínicos en el hospital?, lo que arrojó los siguientes resultados:

Tabla 7

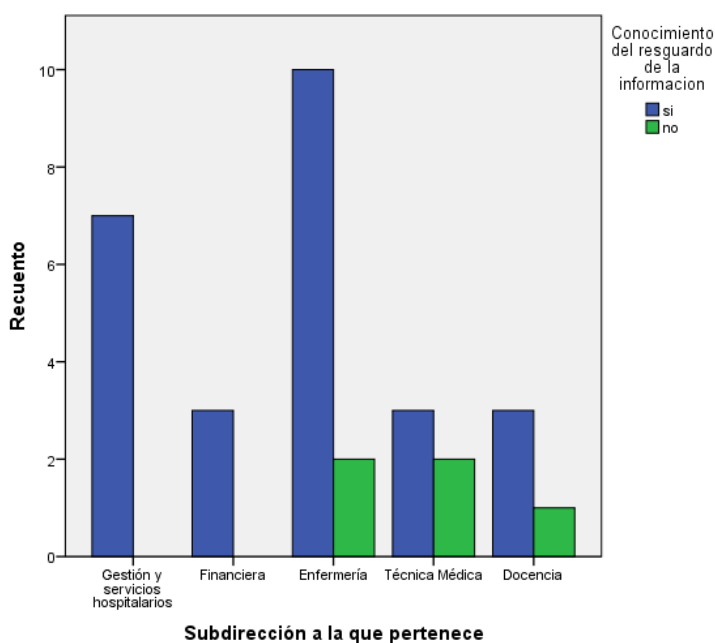
Conocimiento de unidad de resguardo según organigrama institucional

Conocimiento del resguardo de la información			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	26	83,9
	no	5	16,1
Total		31	100,0

En la tabla, el 83,9% conoce en donde se resguarda la información del hospital, solo un 16,1% no lo conoce. Para conocer que áreas de gestión son las que no conocen esta información, se analiza el siguiente grafico:

Figura 12

Resguardo de la información



NOTA: generado por IBM SPSS Statistics

Al igual que los anteriores gráficos, se nota que las áreas que menos conocen sobre el resguardo son las médicas, sin embargo, no son tan altas las respuestas negativas. Con respecto a la pregunta ¿Usted cree que se debe cambiar el método de recolección, almacenamiento y entrega de historias clínicas? Que da una visión global de lo anterior, las respuestas fueron:

Tabla 8

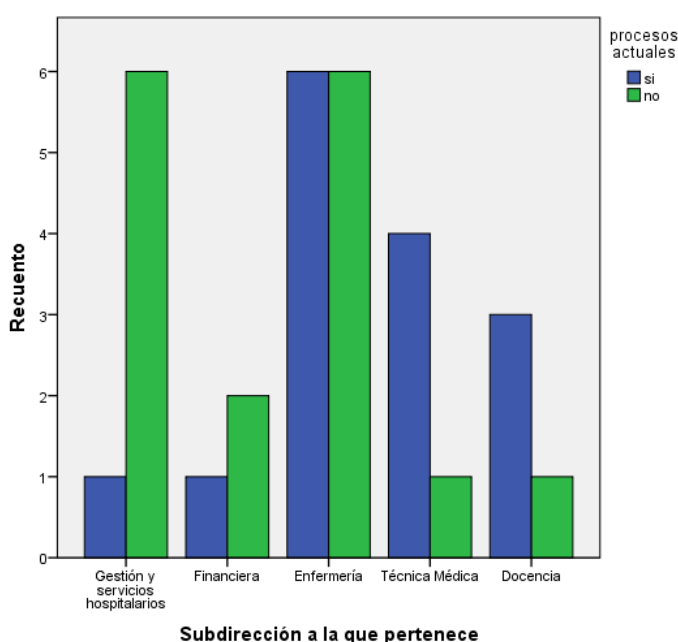
Posibilidad de cambio de los procesos actuales

procesos actuales			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	15	48,4
	no	16	51,6
Total		31	100,0

De la encuesta realizada, el 51,6% creen que se debe conservar el proceso actual y un 48,4 % consideran que los procesos se deben cambiar, con relación a las subdirecciones en las que se distribuye esta pregunta se informa en el presente grafico:

Figura 13

Posibilidad de cambio de los procesos actuales



NOTA: generado por IBM SPSS Statistics

La mayoría que piensa que deben cambiarse los procesos pertenecen al área médica, docencia y enfermería. Para evaluar la siguiente dimensión que es la preservación y los planes de preservación de documentos, se preguntó lo siguiente: ¿Conoce los planes de riesgo que existen para el archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito?

Tabla 9

Conocimiento planes de riesgos

Conocimiento de Plan de riesgos			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	8	25,8
	no	23	74,2
Total		31	100

De esta pregunta un 74,2% de los encuestados no conoce que existe un plan de riesgos, contra un 25,8% que, si lo conoce, en esta pregunta se tomará una relación global de conocimiento de este tema, pues es plan de riesgos es compartido a nivel general del Hospital

Con relación al conocimiento de la digitalización de documentos se preguntó ¿Sabe si existe un plan de digitalización de expedientes clínicos físicos?, las respuestas tabuladas fueron:

Tabla 10

Conocimiento planes de digitalización de documentos

Conocimiento planes de digitalización			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	16	51,6
	no	15	48,4
Total		31	100,0

Los resultados obtenidos muestran un 51,6% de personas que creen que, si existe un plan de digitalización y lo conocen, contra un 48, 4% que no lo conocen, en este caso tampoco se hará un análisis por áreas, pues se considera

una digitalización a nivel global. Luego se preguntó si ¿Usted considera que el archivo clínico del hospital cumple con todas las normativas de gestión de documentos a nivel nacional?

Tabla 11

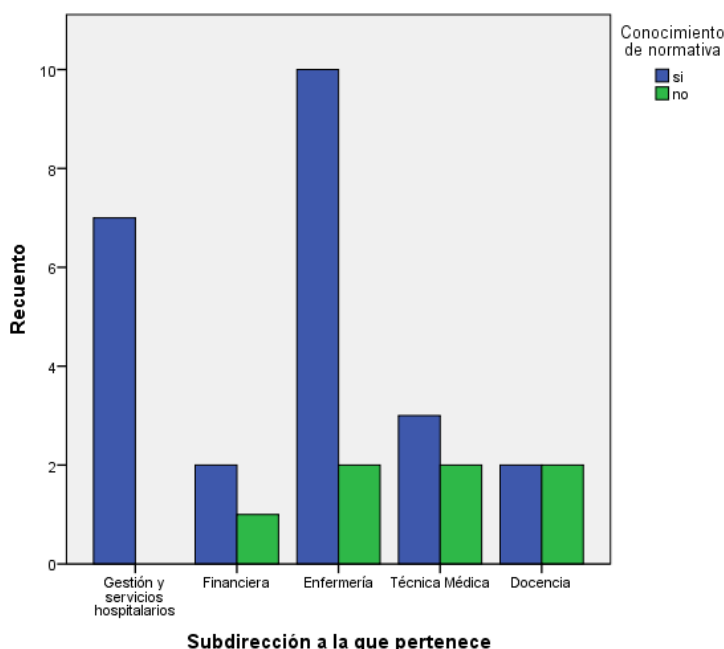
Conocimiento de la normativa de gestión de documentos

Conocimiento de normativa			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	24	77,4
	no	7	22,6
Total		31	100,0

En la tabla de valores el 77,4% de encuestados piensa que, si se cumplen todas normativas, a excepción de un 22,6% que considera que no se cumplen estas, la distribución de las áreas en relación con esta pregunta es la siguiente:

Figura 14

Conocimiento de si se cumple la normativa



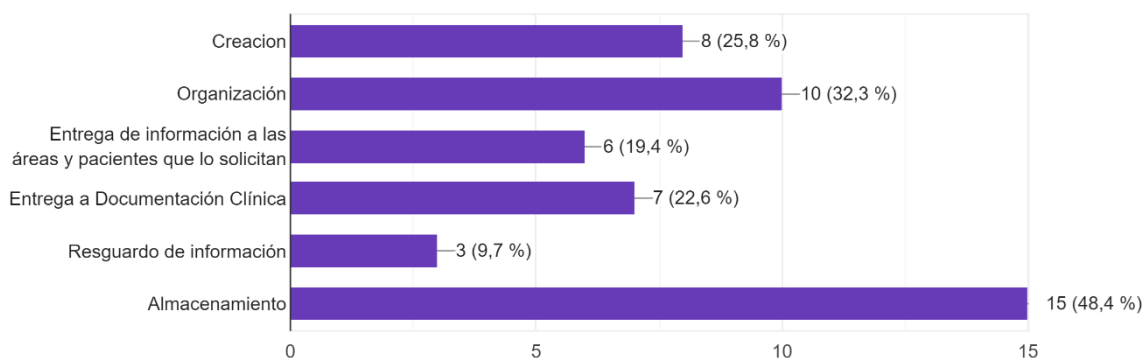
NOTA: generado por IBM SPSS Statistics

Como se observa en el gráfico, todas las áreas a excepción de la de gestión y servicios hospitalarios creen que la norma no se cumple y para finalizar

se realizó la pregunta ¿Cuál cree que es el principal problema en el manejo de documentos clínicos?, las respuestas de esta se muestran a continuación:

Figura 15

Principales problemas en el manejo de documentos clínicos

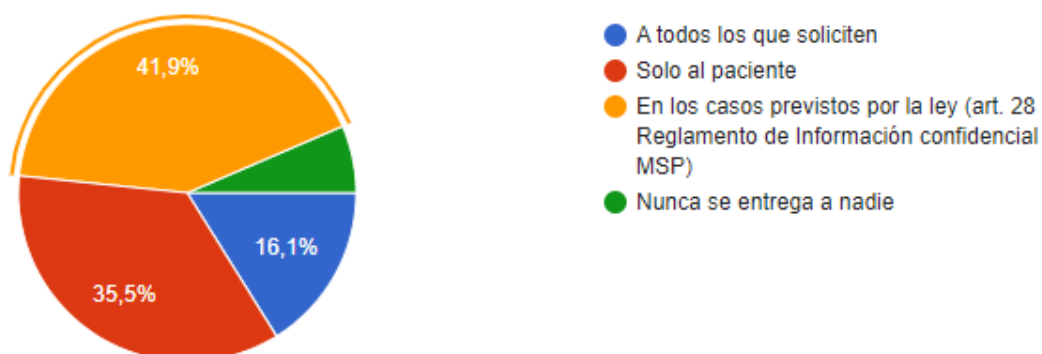


NOTA: generado por IBM SPSS Statistics

Según la gráfica anterior, la mayoría de los encuestados creen que el problema es el almacenamiento con un 48,4%, un 32,3% piensa que es la organización, un 25,8% piensa que el problema está en la creación de documentos, un 22,6 % cree que el problema se centra en la entrega a documentación clínica, un 19,4 en la entrega de documentos a pacientes y áreas, y un 9,7% en el resguardo de la información. Como ultima dimensión, se tiene el acceso y difusión teniendo en cuenta que son documentos confidenciales y legales, por lo que se preguntó ¿En qué casos se entrega documentos clínicos CONFIDENCIALES, a pacientes o personas que lo soliciten?, en este caso las respuestas son las siguientes:

Figura 16

Entrega de documentos clínicos



NOTA: generado por IBM SPSS Statistics

En esta pregunta, el 41,9% piensa que es en los casos previstos por la ley, un 35,5% piensa que solo al paciente, un 16,1% a todos los que lo soliciten y un 6,5% consideran que nunca se entrega a nadie.

La segunda variable para analizar son los fundamentos de la norma ISO 15489, para ello se realizó una revisión documental y bibliográfica que arrojó los siguientes resultados, según un resumen del artículo publicado por Lloveras & Alonso, (2012), teniendo en cuenta que se hizo pasar a la gestión del archivo clínico que actualmente se utiliza, contrastando con las etapas llamadas Designing and Implementing Record keeping Systems (DIRKS) que se ocupan en la ISO

Tabla 12

Cumplimiento de la norma ISO 15489

		NORMA	
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	3	42,9
	no	4	57,1
Total		7	100,0

NOTA: Tomado de Norma Internacional ISO 15489-1, Information and Documentation – Records Management –, (2001)

Se puede notar que según la metodología de la norma ISO, solo se cumple el 57,1% del total de las etapas a implementarse, según esto solo se cumplen las etapas A, B y D que son: la investigación preliminar, el análisis de las actividades de la organización y la identificación de las estrategias para cumplir los requisitos

V. DISCUSIÓN

Según los resultados del primer objetivo que fue hacer un análisis de la gestión documental actual del archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito, primero se ubicó a la subdirección de cada encuestado, esto puede ofrecer información de las necesidades específicas de cada unidad, para continuar, se realizó un análisis por cada una de las dimensiones propuestas para esta variable.

La primera dimensión era mostrar el conocimiento del censo de camas, es importante la realización de una capacitación implementada a las áreas de Gestión y Servicios hospitalarios y Facturación, pues muestra en si la cantidad de pacientes atendidos, lo que a la larga permitirá la distribución correcta de estos en los subsistemas de atención de la Red Publica Integral de Salud, y esto a la vez permitirá un mejor flujo de documentación en la facturación, reduciendo el tiempo de traslado de información entre áreas. La muestra obtenida es favorable, ya que la mayoría de encuestados conocen este documento, Este resultado se concatena con lo encontrado por Chillagana, (2019), en su Diseño de un sistema de gestión documental para el departamento de archivo de la Facultad de Ciencias Administrativas de la Universidad Central del Ecuador, en donde menciona que los instrumentos de control son primordiales para un buen sistema de gestión, por lo que hay que poner atención en la trazabilidad del documento lo que a la larga el censo de camas proporciona.

En relación con la pregunta ¿Qué soportes tienen las historias clínicas del Hospital?, si bien es cierto la mayoría de encuestados piensa que solo es físico, existen documentos que por su naturaleza deben ser físicos para ser firmados por lo pacientes como es el caso de los consentimientos informados, que es indispensable que estén firmados mostrando la aceptación del paciente al tratamiento propuesto, como lo dice la ley Orgánica de salud, (Congreso Nacional del Ecuador, 2015), por lo que se debe pensar en una forma de que este consentimiento pueda ser aceptado con la aplicación de otros métodos, que sin embargo todavía no están al alcance de este hospital.

Con respecto a la pregunta ¿usted cree que los documentos entregados cumplen con todas las formalidades, la información debe ser concisa y completa, como lo enuncia el Reglamento de Información Confidencial En Sistema Nacional de Salud, (2015), en este punto la solución podría ser que se hagan capacitaciones a las áreas involucradas, sobre el tema de gestión de documentos clínicos, pues como se encontró en la investigación de Dominguez, (2017), en donde se hace un análisis del trabajo del departamento de estadísticas del Hospital Básico Padre Alberto Buffoni (HBPAB) de la Ciudad de Quindé, en donde también se tienen problemas parecidos en la capacitación del personal, además se podría plantear la digitalización de este documento para que pueda ser compartido en tiempo real, cuidando eso si los accesos del personal.

En relación con que, si el personal del hospital conoce la importancia de la historia clínica, las respuestas son casi contundentes, casi la totalidad la considera un documento sin el cual no se puede realizar el tratamiento médico, sin embargo, preocupa la marcación de subdirección técnico-médica, la cual puede considerarse como un error, la historia clínica es la base en la educación de un médico, por lo que se podría anular la presente pregunta.

En relación con el conocimiento de las actas de entrega recepción, la mayoría de implicados conocen su existencia y su uso, solo una pequeña parte no la conoce, el personal médico no le da la importancia que merece, este instrumento muestra en sí que formularios se entregan, mostrando la trazabilidad de la atención, recordando también que todo acto médico y administrativo debe ser plasmado y registrada esta información. Este documento debe poseer formalidades como los metadatos del paciente, los cuales los principales serían el número de historia clínica, número de identificación y nombres completos, coincidiendo con la tesis de Villamarín, (2021), propuesta de descripción documental de la serie Historias Clínicas del Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro. Archivo Nacional de la Medicina 1901-2000, en donde señala que estos metadatos y los instrumentos de control de los documentos entregados son importantes para la organización y difusión de la información.

Con respecto a la información de la tabla 3, en donde se plasma la ubicación de los servicios que entregan documentos, es importante el conocer cuales son los que más entregan y por qué, haciendo un análisis de sus actividades, con esta información se puede crear una propuesta de horarios de entrega extendidos para estas áreas, además de capacitaciones sobre el correcto manejo y creación de documentos a los principales generadores, área medica y de enfermería.

En la pregunta ¿En qué caso no se entregan expedientes físicos a documentación clínica?, la mayoría de encuestados conocen que en el área de consulta externa se registra directamente en el sistema, pero existe gran confusión en el resto de las áreas, en donde creen que ya todo está digitalizado, lo cual se relaciona con el análisis de la pregunta ¿Qué soportes tienen las historias clínicas del Hospital?, pues confirma que se debe crear un plan de capacitación además en el llenado de documentos físicos y digitales.

En relación con la recepción, esta área recibió en los últimos dos meses una cantidad promedio de 3300 documentos, de diferentes áreas, al estar segmentada la información, se puede verificar que documentos y áreas son las que mas se entregan, de esta manera, se puede hacer un plan para recolección de esa documentación física, lo que evitaría esperas en los tiempos de entrega de la misma mejorando una vez mas la trazabilidad de la información, y haciendo más fácil su ordenamiento y clasificación física.

En la pregunta ¿Conoce cómo funciona el aplicativo para registro de historias clínicas APPS/HCAM? solo menos de la mitad de los encuestados conocen de la existencia de este aplicativo, siendo las personas que laboran en el archivo las que más están al tanto, es importante entender que estos medios tecnológicos ayudan a una mejor gestión, como lo indica en su tesis Análisis y diseño de un sistema de gestión de historias clínicas para pacientes del Centro de Salud Pachitea, Morales, (2019), buscando la ayuda de un software de registro de estos documentos. En el caso del Hospital General del Sur de Quito, este sistema esta interconectado con el sistema As400 que a su vez se conecta con la base de datos del Registro Civil, por lo que es una herramienta técnica que da la posibilidad de actualización para mas opciones como son ser una llave

para el resguardo de documentos físicos digitalizados, esto haría que la información se encuentre de una manera más rápida.

En relación con la pregunta ¿Conoce cómo funciona el proceso de almacenamiento según el manual de manejo de historias clínicas del MSP?, menos de la mitad de los encuestados tenía una idea, de estos se puede observar la distribución más grande en el sector de los funcionarios del archivo, a esto se puede acotar que siempre el espacio físico será el principal enemigo de un archivo, por lo que se deben ya activar las tablas de eliminación documental y la valoración, muchos documentos se escriben en digital y se entregan en físico, lo que hace que el volumen de cada expediente sea mayor y ocupe mas espacio físico, para esto se deben crear tablas y reglas de valoración impulsadas por docencia y auditoria médica, además de la creación de un comité de historias clínicas que analice esta valoración.

En relación con la pregunta ¿Sabe cuál es la única unidad encargada de resguardar documentos clínicos en el hospital?, esta se apoya en la anterior, y se observa en los resultados que una vez más, que existen varias con desconocimiento de estos, en algunos hospitales el área encargada de este proceso es estadística, que además engloba otros procesos como apertura de historias clínicas o agendamientos, sin embargo en este hospital si existe un departamento específico para este proceso, como lo dictamina la resolución 564 del IESS (Reforma integral al Reglamento Interno para la creación de la nueva estructura orgánica de las unidades médicas de Nivel III y Hospitales Generales de más de 400 camas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2017)

Con respecto a la pregunta ¿Usted cree que se debe cambiar el método de recolección, almacenamiento y entrega de historias clínicas?, se nota que existe un resultado muy cerrado, el método de ordenación físico también es una parte principal que se debe tener en cuenta, concordando con Vera & Villegas, (2016), en su tesis denominada Influencia de la ordenación documental en la calidad de la organización archivística de las historias clínicas del Centro de Salud Luchadores del Norte, en donde propone una guía metodológica enfocada en un sistema de ordenación numérica que hará que el sistema funcione y mejorara el desempeño del talento humano del área, por lo que en el Hospital

General del Sur de Quito, se debe continuar el ordenamiento desde el menor número de historia clínica al mayor, siendo este metadato la llave de búsqueda.

Una parte primordial de la conservación implica un plan de riesgos estructurado, de tal forma que se mitiguen riesgos, y se creen políticas de respuesta ante posibles desastres, en este sentido, en el Hospital General del Sur de Quito no existe un plan de riesgos específico para esta área, por lo que se recomienda la planeación de reuniones con al área de riesgos y desastres del hospital para conjuntamente evaluar un plan que evite el deterioro y pérdida de información, como también estudio Montalvo, (2014), en su tesis descriptiva denominada estudio sobre el manejo de la información y documentación del Departamento de Estadística, área 4 de la Salud, de Otavalo en el año 2013, en donde menciona los planes de riesgos de esa entidad y el proceso seguido mediante la ayuda de personal de riesgos de la entidad.

Cuando se preguntó cuál es el principal problema en la gestión de documentos la mayoría de los encuestados creen que el problema es el almacenamiento, en segundo lugar, que es la organización, y en tercer lugar se piensa que el problema está en la creación de documentos. En los inicios del hospital, la unidad de Documentación Clínica funcionaba en el subsuelo, en el área de las bodegas, la forma de archivo era en cartones no normados y en paquetes o bultos, esta organización no estaba acorde a la normativa legal vigente, por lo que no se tenía un inventario total de la documentación entregada a esta unidad, luego de lo cual el archivo se arregló siguiendo el manual emitido por el ente rector, en el cual se detalla “las historias clínicas se conservaran en forma organizada y segura a fin de que estén disponibles y accesibles, clasificadas por su periodo de utilización de acuerdo a la complejidad de la unidad operativa” (Manual del Manejo, Archivo de las Historias Clínicas, 2007), por lo que la ubicación de cada documento es de menor a mayor número de historia clínica, en estanterías metálicas, en el caso del archivo activo, y en cajas normadas T15 en el caso de archivo pasivo.

En la encuesta realizada se preguntó ¿En qué casos se entrega documentación clínica CONFIDENCIAL, a pacientes o personas que lo soliciten? Indicando que no se entrega la documentación como tal si no copias certificadas, la mayoría de encuestados conocen la ley, sin embargo, también hay un gran

porcentaje que consideran que la historia clínica es un documento reservado, y que nadie debería tener acceso a ella, lo preocupante es la existencia de un 16% que cree que son documentos de acceso público, lo cual podría acarrear problemas legales por difusión de documentos que no deben ser publicados según lo que dictamina la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, (2021).

Con respecto a la variable Normas ISO 15489, se debe seguir un procedimiento basado en una metodología DIRKS y la tecnología, concordando con la tesis de Aguiluz, (2020), denominada diseño de un sistema de gestión documental en el departamento de registros médicos del hospital Roosevelt, en donde los principales pasos se enuncian a continuación, etapa A: Investigación preliminar, etapa B, Análisis de las actividades de la organización, etapa C, Identificación de los requisitos, etapa D, Evaluación de los sistemas existentes, etapa E, Identificación de las estrategias para cumplir los requisitos, etapa F, Diseño de un sistema de gestión de documentos, etapa G, Implantación de un sistema de gestión de documentos, etapa H, Revisión posterior a la implantación. La aplicación de estos se verá plasmada en el manual de manejo de documentos clínicos o sistema de gestión documental de historias clínicas que se enuncia con el presente trabajo.

VI. CONCLUSIONES

Según los resultados, y respecto al primer objetivo que es realizar un análisis de la gestión documental actual del archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito, el área que más maneja los documentos clínicos es enfermería, esta es la encargada de recopilar todos los documentos generados y entregarlos a documentación clínica, se nota que existe un buen conocimiento por parte de los implicados en el conocimiento de los procesos, sin embargo, no existe un involucramiento por parte de los médicos que son los que generan la documentación clínica

Con relación a la teoría de las normas ISO en el archivo, solo se cumplen parcialmente, solo el 42% de procesos de esta norma se aplican, por lo que es imperante una reorganización y optimización para su uso y aplicación, tomando en cuenta las 7 etapas de esta, de esta manera se podrá tener una carta abierta para empezar una digitalización completa de la documentación actual.

A pesar del análisis realizado, en el objetivo de emitir una propuesta, esta funcionaría parcialmente ya que se debe hacer una prueba piloto de la misma para hacer una retroalimentación y mejorar el proceso, sin embargo, esta investigación, por su misma metodología, solo se limita a emitir un análisis y proponer un sistema de gestión, será parte de otra investigación su aplicación y ejecución.

VII. RECOMENDACIONES

En base a los resultados y a las conclusiones, se puede recomendar la interiorización de los procesos de gestión a el personal medico y enfermeras, esto se puede lograr incentivando planes y programas de capacitación relacionados con la generación de documentos clínicos además de la preparación de este personal con relación a el proceso creado.

La digitalización es posible siempre y cuando existan los materiales e insumos necesarios para las misma como scanner, personal capacitado, espacio digital y resguardo en la nube, además de elaborar de la manera mas urgente un plan de riesgos centrado solamente en el archivo clínico, por lo que se recomienda este proceso con la ayuda de la Subdirección de Gestión de Riesgos y Desastres.

El involucramiento de las autoridades también es una prioridad, la reforma de los procesos de eliminación para documentos clínicos en base a la normativa debe ser aprobada, además de que se recomienda crear un comité para la valoración de los documentos que integran la historia clínica, se utilizan los siguientes criterios: Los formularios primarios (15 años de conservación), constituyen los formularios de admisión y alta, epicrisis, informe anatomo – patológico, perinatal, crecimiento y desarrollo, protocolo operatorio y otro que el Comité juzgue necesario según el caso o la especialidad. Los formularios secundarios (5 años de conservación) son los formularios de resultados de exámenes de servicios auxiliares de diagnóstico y otros que el Comité de Historia Clínica considere conservar.

En el caso del Hospital General del Sur de Quito, que hace investigación y docencia, se recomienda conservar ciertas historias clínicas completas o parciales en casos especiales cuando son de interés médico – científico o legal y por solicitud expreso para ese fin. Se pueden considerar casos especiales dadas las implicaciones patológicas, los siguientes: Los casos de vigilancia epidemiológica, tumores malignos, enfermedades neurológicas como las epilepsias, esclerosis etc., historias de pacientes de obstetricia, y otras definidas por el establecimiento como casos especiales.

Y para finalizar se recomienda la implementación del plan de gestión de documentos clínicos basado en normas ISO expuesto en el presente trabajo, emitiendo un calendario de implementación y controlando su evolución para la corrección de errores.

VIII. REFERENCIAS

1. Abramo, L., Cecchini, S., & Ullmann, H. (2020). Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: El rol de la protección social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1587–1598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>
2. Aguiluz, E. (2020, julio 1). *Diseño de un sistema de gestión documental en el departamento de Registros Médicos del Hospital Roosevelt*. https://core.ac.uk/display/328335131?utm_source=pdf&utm_medium=banner&utm_campaign=pdf-decoration-v1
3. Alvarado, V. (2020). *Módulo 1: Investigación Propositiva*. calameo.com. <https://www.calameo.com/read/006239239f8a941bec906>
4. Alvarado, Y. (2017). *Análisis de la gestión y control de historias clínicas en el subcentro de salud dr. Hugo Solórzano*. [PUCESE - Escuela de Contabilidad y Auditoría]. <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/1038>
5. Alvarez, S. (2021). *Análisis de pertinencia de competencias profesionales en estudiantes de trabajo social, último semestre en una Universidad de Ecuador en 2021* [Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/68975>
6. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, Pub. L. No. Quinto Suplemento, Registro Oficial No.459 (2021).
7. Chillagana, J. (2019). *Diseño de un sistema de gestión documental para el departamento de archivo de la Facultad de Ciencias Administrativas de la Universidad Central del Ecuador* [Master Thesis, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20732>
8. Congreso Nacional del Ecuador. (2015). *LEY ORGANICA DE SALUD*.
9. Reforma integral al Reglamento Interno para la creación de la nueva estructura orgánica de las unidades médicas de Nivel III y Hospitales Generales

de más de 400 camas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Resolución C.D. 564 (2017).

10. Coordinación de Hospitalización HGSQ. (2022). *Informe Técnico de Gestión año 2021*.

11. Coronado, J. (2007). *Escalas de Medición*. Corporación Universitaria Unitec.

12. Da Costa Carlos. (1997). Otros documentos: La historia clínica. *Documentación de las Ciencias de la Información*.

13. Dominguez, M. J. (2017). *Análisis del sistema de control de historias clínicas en el departamento de estadística del “Hospital Básico Padre Alberto Buffoni” del Cantón Quinindé* [Thesis, PUCESE - Escuela de Contabilidad y Auditoría]. <http://localhost/xmlui/handle/123456789/1028>

14. EcuRed. (2021, julio 13). *ISO 15489*. EcuRed. https://www.ecured.cu/ISO_15489

15. El Hospital. (2022, julio 25). *BlockChain o cómo el principio de funcionamiento de las criptomonedas sirve para historias clínicas* [Blog]. El Hospital. <https://www.elhospital.com/es/blog/blockchain-o-como-el-principio-de-funcionamiento-de-las-criptomonedas-sirve-para-historias>

16. Gastesi Junco, R. A. (2019). *Estudio comparativo del sistema informático AS-400 del IESS con el REDACCA en los procesos de agendacion de citas y control de fichas médicas*. [BachelorThesis, BABAHOYO]. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/5599>

17. Gómez, D., Carranza, Y., Ramos, C., Gómez, D., Carranza, Y., & Ramos, C. (2017). Revisión documental, una herramienta para el mejoramiento de las competencias de lectura y escritura en estudiantes universitarios. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades*, 1, 46–56.

18. Gonzalez-Argote, J. (2019). La producción científica latinoamericana sobre historia clínica digital: Un análisis desde Scopus. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(3), Art. 3. <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1312>

19. IBM - España. (2022, noviembre 24). <https://www.ibm.com/es-es>
20. Norma Internacional ISO 15489-1, Information and Documentation – Records Management –, (2001).
21. Juan, J. (2020). El uso de las tecnologías en la lucha contra el covid19. Un análisis de costes y beneficios. *Agencia española de protección de datos*, 13.
22. Juliá, S. (2020, febrero 17). Cómo gestionar historias clínicas de pacientes. *Nubimed*. <https://www.nubimed.com/blog/como-gestionar-historias-clinicas-pacientes/>
23. Lloveras, M. R., & Alonso, J. A. (2012). *Reptes formatius més enllà dels processos documentals*. núm. 15. <https://doi.org/10.7238/c.n15.1265>
24. Mancero, L. B. (2021). Procesos de atención de pacientes RPIS e ingresos por servicios, del Hospital General del Sur de Quito, periodo 2019-2021. *Repositorio Institucional - UCV*. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/71036>
25. Marr, B. (2017, noviembre 29). *This Is Why Blockchains Will Transform Healthcare*. Forbes. <https://www.forbes.com/sites/bernardmarr/2017/11/29/this-is-why-blockchains-will-transform-healthcare/>
26. Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud, Pub. L. No. Acuerdo Ministerial 5216, Registro Oficial Suplemento 427 (2015). <https://www.coursehero.com/file/44763853/Acuerdo-Ministerial-5216pdf/>
27. Montalvo, J. R. (2014). *Estudio sobre el manejo de la información y documentación del Departamento de Estadística, área 4 de la Salud, de Otavalo en el año 2013, propuesta de Guía de Manejo* [BachelorThesis]. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/4134>
28. Mora, R., & Gutiérrez, R. (2018). *Metodología de implementación de un sistema integrado de gestión de las normas ISO 9001 e ISO 30301 para mejorar el desempeño del sector notarial: Rafael Mora Contreras*. Escuela Colombiana de Ingeniería Julio Garavito.

29. Morales, A. G. (2019). Análisis y diseño de un sistema de gestión de historias clínicas para pacientes del Centro de Salud Pachitea. *Universidad de Piura*. <https://pirhua.udep.edu.pe/handle/11042/4050>
30. Manual del Manejo, Archivo de las Historias Clínicas, (2007).
31. Narváez, O., & Villegas, L. (2014). *Introducción a la Investigación: Guía interactiva*. Biblioteca digital de humanidades, Universidad Veracruzana. <https://www.uv.mx/apps/bdh/investigacion/unidad1/investigacion-tipos.html>
32. Navarrete, A. D. (2020). Propuesta de implementación de un sistema de gestión documental de los procesos de adjudicación, para la unidad de logística del hospital Eleazar Guzmán Barrón—Nuevo Chimbote; 2019. *Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote*. <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/15719>
33. Organización Mundial de la Salud. (2022). *Nuestras actividades*. OMS. <https://www.who.int/es/about/what-we-do>
34. Paredes, P. V. (2017). Historia clínica: Acceso, disponibilidad y seguridad. *Bioderecho.es*, 6, Art. 6.
35. Posada, M. J. F., & Quinteiro, M. J. C. (2012). Historia de la historia clínica. *Galicia Clínica*, 73(1), 21–26.
36. Supo, Felipe. (2014). *Fundamentos teóricos y procedimentales de la Investigación Científica en Ciencias Sociales*.
37. Vera, A. F., & Villegas, L. A. (2016). *Influencia de la ordenación documental en la calidad de la organización archivística de las historias clínicas del Centro de Salud Luchadores del Norte*. [BachelorThesis, Universidad de Guayaquil. Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/15065>
38. Villamarín Casañas, E. P. (2021). *Propuesta de descripción documental de la serie Historias Clínicas del Fondo Hospital Psiquiátrico San Lázaro. Archivo Nacional de la Medicina 1901-2000* [MasterThesis, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador]. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8000>

39. Zuñiga, J. (Director). (2017). *Investigación propositiva*.
<https://www.youtube.com/watch?v=ZsUnz7pMupg>

40. Zuñiga, J. (Director). (2018, mayo 4). *Planteamiento de la Metodología*. <https://www.youtube.com/watch?v=plaQ5BXoMyc>

IX. ANEXOS

Matriz de operacionalización

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION						
Variable Fáctica	Definición Conceptual	definición operacional	dimensiones	indicadores	fuentes	instrumentos
GESTIÓN DE HISTORIAS CLINICAS	La historia clínica es un documento confidencial y obligatorio de carácter técnico y legal, compuesto por un conjunto de formularios básicos y de especialidad, que el personal de la salud utiliza para registrar en forma sistemática los datos obtenidos de las atenciones, diagnóstico, tratamiento, evolución y resultados de salud y enfermedad durante todo el ciclo vital del/la usuario/a. (REGLAMENTO DE INFORMACION CONFIDENCIAL EN SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2015). Al ser un documento, la gestión de estos se define como el conjunto de actividades que permiten controlar y coordinar los aspectos relacionados con la creación, recepción, organización, almacenamiento, preservación, acceso y difusión de documentos (Gallo, 2011)	Se hará un diagnóstico mediante revisión documental, revisando indicadores de creación de documentos, contrastándolos con la recepción de estos, el almacenamiento, medidas de preservación, y lo relacionado a su acceso teniendo en cuenta que son documentos legales y confidenciales.	control de creación (obligatorio, técnico)	cantidad de documentos creados	censos de camas	revisión documental
			recepción	cantidad de documentos recibidos	actas de entrega	revisión documental
			organización	cantidad de documentos organizados	reportes de documentos organizados	revisión documental
			almacenamiento	formas y planes de almacenamiento	normativa legal vigente	revisión documental
			preservación	planes de preservación de documentos	plan de riesgos	revisión documental
			acceso y difusión (confidenciales, legales)	optimización de rendimiento	solicitudes de entrega, normativa legal	revisión documental
Variable Temática	Definición Conceptual	definición operacional	dimensiones	indicadores	fuentes	instrumentos
Normas ISO 15489	La Norma ISO 15489 es una guía sobre cómo gestionar o administrar los documentos y su relación con los	Para hacer efectiva la norma 15489, primero se hará una investigación preliminar de los	etapa A: Investigación preliminar	Diagnóstico	norma ISO 15489	revisión bibliográfica

<p>sistemas electrónicos para la conservación de archivos en diferentes soportes. Además, explica en forma completa la asignación de responsabilidades que debe definir un organismo en un sistema de gestión documental, así como también resalta la importancia de la supervisión y auditoría, para lo cual presenta aspectos a considerar, como: Responder por el cumplimiento de normas que debe cumplir la organización. Hay que considerar que los documentos sean plena prueba. Optimizar su rendimiento en la organización.</p>	<p>procesos específicos del archivo, se analizarán las actividades en las cuales están implicados y generados los documentos, se identificarán los requisitos necesarios para la operación del archivo, se evaluará el sistema actual, y mediante las políticas existentes se hará un diseño específico, el cual pueda ser implementado, lo recomendable en este paso es hacer una prueba y revisión para medir si efectivamente el sistema funciona, sin embargo, solamente se hará una propuesta para su implementación, eso sí, mencionando las principales herramientas para su medición.</p>	<p>etapa B, Análisis de las actividades de la organización</p>	<p>Procesos</p>	<p>norma 15489</p>	<p>ISO</p>	<p>revisión bibliográfica</p>
		<p>etapa C, Identificación de los requisitos.</p>	<p>Insumos</p>	<p>norma 15489</p>	<p>ISO</p>	<p>revisión bibliográfica</p>
		<p>etapa D, Evaluación de los sistemas existentes</p>	<p>rendimiento de los procesos existentes</p>	<p>norma 15489</p>	<p>ISO</p>	<p>revisión bibliográfica</p>
		<p>etapa E, Identificación de las estrategias para cumplir los requisitos</p>	<p>revisión de normas</p>	<p>norma 15489</p>	<p>ISO</p>	<p>revisión bibliográfica</p>
		<p>etapa F, Diseño de un sistema de gestión de documentos.</p>	<p>revisión de normas</p>	<p>norma ISO 15489</p>		<p>revisión bibliográfica</p>
		<p>etapa G, Implantación de un sistema de gestión de documentos.</p>	<p>procedimiento de implantación</p>	<p>norma ISO 15489</p>		<p>revisión bibliográfica</p>
		<p>Revisión de los implicados en el proceso</p>	<p>presentación de los resultados</p>	<p>entrevista</p>		<p>escala de Likert</p>

Matriz de Consistencia

TÍTULO:	Propuesta de diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del IESS Quito Sur 2022				
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES			
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cómo debe ser la propuesta de diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del IESS Quito Sur 2022?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Elaborar una propuesta de diseño de gestión documental basado en normas ISO para optimización del archivo clínico del IESS Quito Sur 2022</p>	VARIABLE FACTICA:	GESTIÓN DE HISTORIAS CLINICAS		
		DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
		control de creación (obligatorio, técnico)	cantidad de documentos creados	registro de ingresos censos de camas	numérica
		recepción	cantidad de documentos recibidos	actas de entrega recepción	numérica
		organización	cantidad de documentos organizados	Aplicativo de documentación clínica	numérica
		almacenamiento	formas y planes de almacenamiento	Aplicativo de documentación clínica	nominal
		preservación	planes de preservación de documentos	planes de riesgos	nominal
		acceso y difusión (confidenciales, legales)	optimización de rendimiento	solicitudes de entrega de información	numérica
		VARIABLE TEORICA:	NORMAS ISO 15489		
		DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
		etapa A: Investigación preliminar	Diagnóstico	norma ISO 15489	nominal
		etapa B, Análisis de las actividades de la organización	Procesos	norma ISO 15489	nominal

		etapa C, Identificación de los requisitos.	Insumos	norma ISO 15489	nominal
		etapa D, Evaluación de los sistemas existentes	rendimiento de los procesos existentes	norma ISO 15489	nominal
		etapa E, Identificación de las estrategias para cumplir los requisitos	revisión de normas	norma ISO 15489	nominal
		etapa F, Diseño de un sistema de gestión de documentos.	revisión de normas	norma ISO 15489	nominal
		etapa G, Implantación de un sistema de gestión de documentos.	procedimiento de implantación	norma ISO 15489	nominal
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS				
¿Como son las políticas actuales y los procesos archivísticos que se manejan en la unidad de documentación clínica para la aplicación de las normas ISO 15489 en el Hospital General del Sur de Quito 2022?	Diagnosticar las políticas actuales y los procesos archivísticos que se manejan en la unidad de documentación clínica para la aplicación de las normas ISO 15489 en el Hospital General del Sur de Quito 2022.				
¿Como se puede fundamentar mediante las teorías y postulados de las normas ISO15489 una propuesta de gestión documental para el archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito 2022?	Fundamentar mediante las teorías y postulados de las normas ISO15489 una propuesta de gestión documental para el archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito 2022.				

<p>¿Cómo elaborar una propuesta de gestión documental basado en las normas ISO 15489 para el uso del archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito?</p>	<p>Elaborar una propuesta de gestión documental basado en las normas ISO 15489 para el uso del archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito.</p>				
---	---	--	--	--	--

Juicio de Expertos



Ficha 1: Evaluación por juicio de expertos

Respetado/a juez/a, gracias por aceptar evaluar el instrumento "Cuestionario para Propuesta diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del Hospital IESS Quito Sur"

La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido en su contenido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente en la investigación denominada Propuesta diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito 2022, aportando tanto, al área investigativa como a sus aplicaciones.

Agradecemos, una vez más, desde ya su valiosa colaboración.

1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del juez/a:				
Grado profesional:	Tercer nivel	()	Magíster	(x)
	Doctor	()		
Área de Formación académica:	Comunicaciones	()	Educación	()
	Sociología	()	Otra	(x)
Áreas de experiencia profesional:	Archivo, Informática			
Institución donde labora:	Universidad Andina Simón Bolívar			
Tiempo de experiencia profesional en el área :	2 a 4 años	()	Más de 10 años	()
	5 a 10 años	(x)		

2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

Validar lingüística y operativamente el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

3. DATOS DEL INSTRUMENTO

Nombre de la Prueba:	"Cuestionario para Propuesta diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del Hospital IESS Quito Sur"
Autor:	Mancero Viteri Luis Bolívar
Procedencia:	Perú (aun no estandarizado)
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	Entre 30 minutos a 45 minutos
Ámbito de aplicación:	Personas implicadas en el manejo, archivo de documentación clínica
Significación:	Guía de preguntas compuesta por 15 reactivos.

4. SOPORTE TEÓRICO

La historia clínica es un documento confidencial y obligatorio de carácter técnico y legal, compuesto por un conjunto de formularios básicos y de especialidad, que el personal de la salud utiliza para registrar en forma sistemática los datos obtenidos de las atenciones, diagnóstico, tratamiento, evolución y resultados de salud y enfermedad durante todo el ciclo vital del/la usuario/a. (REGLAMENTO DE INFORMACION CONFIDENCIAL EN SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2015). Al ser un documento, la gestión de estos se define como el conjunto de actividades que permitan controlar y coordinar los aspectos relacionados con la

creación, recepción, organización, almacenamiento, preservación, acceso y difusión de documentos (Gallo, 2011)

Se usará un cuestionario semi estructurado aplicado a un grupo focal de personas que generan, entregan, organizan, archivan historias clínicas en el Hospital general del Sur de Quito.

A continuación, se detallan las Dimensiones e indicadores que lo contienen:

Dimensión	Indicador	OBJETIVOS
Control de creación (obligatorio, técnico)	Cantidad de documentos creados	Determinar la cantidad de documentos creados y su forma de trazabilidad
Recepción	Cantidad de documentos recibidos	Determinar la Cantidad de documentos recibidos y su control con respecto a su creación
Organización	Cantidad de documentos organizados	Determinar la Cantidad de documentos organizados y su control con respecto a su recepción
Almacenamiento	Formas y planes de almacenamiento	Determinar el cumplimiento de la normativa legal en función al almacenamiento y resguardo de documentación clínica
Preservación	Planes de preservación de documentos	Especificar los planes de preservación, planes de gestión de riesgos, digitalización
Acceso y difusión (confidenciales, legales)	Optimización de rendimiento	Especificar si se conocen las normas para entrega de documentos confidenciales

5. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL/LA JUEZA:

A continuación, se presenta la Guía para evaluar el cuestionario sobre el Propuesta diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del Hospital IESS Quito Sur. Califique cada uno de los Items según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintácticos y semánticos son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere varias modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial/lejána con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
	1 No cumple con el criterio	El ítem pueda ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la

RELEVANCIA		dimensión
El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Se le pide leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración así como solicitamos brinde sus observaciones en caso que lo considere pertinente.

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

CATEGORÍA	RASGO/REACTIVO	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones Recomendaciones
Cantidad de documentos creados	¿Conoce lo que es un caso de camas? SI () NO ()	3	4	3	—
	¿Que soportas tienen las historias clínicas del Hospital? Físico() Digital () Mixto ()	1	3	4	—
	¿Sabe quien es la única unidad encargada de guardar documentos clínicos en el hospital? SI () NO ()	4	4	4	—
	¿Usted cree que los documentos entregados cumplen con todas las formalidades, es decir están completos, llevan firmas y sellos donde lo requieren?, siendo uno siempre y 5 nunca	4	3	3	—
	¿Usted conoce la importancia de la historia clínica? SI () NO ()	3	3	3	—
	Subdirección a la que pertenece	3	2	3	—
Cantidad de documentos recibidos	¿Conoce lo que es una acta de entrega recepción de documentos clínicos? SI () NO ()	4	3	3	—
	¿En que caso no se entregan expedientes físicos a documentación clínica? Emergencias () Consulta externa () Hospitalización() Exámenes de imagen y laboratorio () Endoscopias() Electrocardiogramas() Transporte medicalizado ()	4	4	4	—
Cantidad de documentos organizados	¿ Conoce como funciona el aplicativo para registro de historias clínicas APPS/HCAM? SI () NO ()	4	4	3	—
	¿ Usted cree que se debe cambiar el método de recolección, almacenamiento y entrega de historias clínicas? SI () NO ()	4	3	3	—
	¿Cual cree que es el principal problema en el manejo de documentos clínicos? Creación Organización () Entrega de información a las áreas y pacientes que lo solicitan () Entrega a Documentación Clínica () Resguardo de información () Almacenamiento ()	4	3	3	—
Formas y planes de almacenamiento	¿ Conoce como funciona el proceso de almacenamiento según el manual de manejo de historias clínicas del MSP? SI () NO ()	4	3	3	—
	Usted considera que el archivo clínico del hospital cumple con todas las normativas de gestión de documentos a nivel nacional SI () NO ()	4	3	4	—
Planes de preservación de documentos	¿ Conoce los planes de riesgo que existen para el archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito? SI () NO ()	3	3	4	—
	¿Sabe si existe un plan de digitalización de expedientes clínicos físicos? SI () NO ()	3	3	4	—

Optimización de rendimiento	¿En que casos se entrega documentación clínica CONFIDENCIAL, a pacientes o personas que lo soliciten? A todos los que soliciten () Solo al paciente () En los casos previstos por la ley (art. 28 Reglamento de Información confidencial MSP) () Nunca se entrega a nadie()	4	4	4	—
-----------------------------	---	---	---	---	---

María José Bravo

Firma del evaluador

Bravo Ramos María José

NOMBRES Y APELLIDOS:

1723899579

CI:

Ficha 1: Evaluación por juicio de expertos

Respetado/a juez/a, gracias por aceptar evaluar el instrumento "Cuestionario para Propuesta diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del Hospital IESS Quito Sur"

La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido en su contenido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente en la investigación denominada Propuesta diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito 2022, aportando tanto, al área investigativa como a sus aplicaciones.

Agradecemos, una vez más, desde ya su valiosa colaboración.

1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del juez/a:			
Grado profesional:	Tercer nivel ()	Magister (x)	
	Doctor ()		
Área de Formación académica:	Comunicaciones ()	Educación ()	
	Sociología ()	Otra (x)	
Áreas de experiencia profesional:	Archivo, Legislación		
Institución donde labora:	Corporación Eléctrica del Ecuador Celec EP		
Tiempo de experiencia profesional en el área :	2 a 4 años ()	Más de 10 años ()	
	5 a 10 años (x)		

2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

Validar lingüística y operativamente el contenido de instrumento, por juicio de expertos:

3. DATOS DEL INSTRUMENTO

Nombre de la Prueba:	"Cuestionario para Propuesta diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del Hospital IESS Quito Sur"
Autor:	Mancero Viteri Luis Bolívar
Procedencia:	Perú (aun no estandarizado)
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	Entre 30 minutos a 45 minutos
Ámbito de aplicación:	Personas Implicadas en el manejo, archivo de documentación clínica
Significación:	Guía de preguntas compuesta por 16 reactivos.

4. SOPORTE TEÓRICO

La historia clínica es un documento confidencial y obligatorio de carácter técnico y legal, compuesto por un conjunto de formularios básicos y de especialidad, que el personal de la salud utiliza para registrar en forma sistemática los datos obtenidos de las atenciones, diagnóstico, tratamiento, evolución y resultados de salud y enfermedad durante todo el ciclo vital del/la usuario/a. (REGLAMENTO DE INFORMACION CONFIDENCIAL EN SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2015). Al ser un documento, la gestión de estos se define como el conjunto de actividades que permiten controlar y coordinar los aspectos relacionados con la

creación, recepción, organización, almacenamiento, preservación, acceso y difusión de documentos (Gallo, 2011)

Se usará un cuestionario semi estructurado aplicado a un grupo focal de personas que generan, entregan, organizan, archivan historias clínicas en el Hospital general del Sur de Quito

A continuación, se detallan las Dimensiones e indicadores que lo contienen:

Dimensión	Indicador	OBJETIVOS
Control de creación (obligatorio, técnico)	Cantidad de documentos creados	Determinar la cantidad de documentos creados y su forma de trazabilidad
Recepción	Cantidad de documentos recibidos	Determinar la Cantidad de documentos recibidos y su control con respecto a su creación
Organización	Cantidad de documentos organizados	Determinar la Cantidad de documentos organizados y su control con respecto a su recepción
Almacenamiento	Formas y planes de almacenamiento	Determinar el cumplimiento de la normativa legal en función al almacenamiento y resguardo de documentación clínica
Preservación	Planes de preservación de documentos	Especificar los planes de preservación, planes de gestión de riesgos, digitalización
Acceso y difusión (confidenciales, legales)	Optimización de rendimiento	Especificar si se conocen las normas para entrega de documentos confidenciales

5. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL/LA JUEZ/A:

A continuación, se presenta la Guía para evaluar el cuestionario sobre el Propuesta diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del Hospital IESS Quito Sur. Califíque cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere varias modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de éstas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial/lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
	1 No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la

RELEVANCIA	dimension.
El item es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	El item tiene alguna relevancia, pero otro item puede estar incluyendo lo que mide éste.
2. Bajo Nivel	El item es relativamente importante.
3. Moderado nivel	El item es muy relevante y debe ser incluido.
4. Alto nivel	

Se le pide leer con detenimiento los items y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración así como solicitamos brinde sus observaciones en caso que lo considere pertinente.

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

CATEGORÍA	RASGO/REACTIVO	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones Recomendaciones
Cantidad de documentos creados	¿Conoce lo que es un censo de camas? Si() NO ()	4	3	4	S/N
	¿Que soportes tienen las historias clínicas del Hospital? Físico() Digital () Mixto ()	4	2	4	S/N
	¿Sabe quien es la única unidad encargada de guardar documentos clínicos en el hospital? Si() NO ()	4	3	4	S/N
	¿Usted cree que los documentos entregados cumplen con todas las formalidades, es decir están completos, llevan firmas y sellos donde lo requieren?, siendo uno siempre y 5 nunca	4	4	4	S/N
	¿Usted conoce la importancia de la historia clínica? Si() NO ()	3	4	4	S/N
	Subdirección a la que pertenece	4	4	4	S/N
Cantidad de documentos recibidos	¿Conoce lo que es una acta de entrega recepción de documentos clínicos? Si() NO ()	3	4	4	S/N
	¿En que caso no se entregan expedientes físicos a documentación clínica? Emergencias () Consulta externa () Hospitalización() Exámenes de imagen y laboratorio () Endoscopias() Electrocardiogramas() Transporte medicalizado ()	2	4	4	S/N
Cantidad de documentos organizados	¿ Conoce como funciona el aplicativo para registro de historias clínicas APPS/HCAM? Si() NO ()	4	3	4	S/N
	¿ Usted cree que se debe cambiar el método de recolección, almacenamiento y entrega de historias clínicas? Si() NO ()	3	2	4	S/N
	¿Cual cree que es el principal problema en el manejo de documentos clínicos? Creación Organización () Entrega de información a las áreas y pacientes que lo solicitan () Entrega a Documentación Clínica () Resguardo de información () Almacenamiento ()	4	2	3	S/N
Formas y planes de almacenamiento	¿ Conoce como funciona el proceso de almacenamiento según el manual de manejo de historias clínicas del MSP? Si() NO ()	4	4	3	S/N
	Usted considera que el archivo clínico del hospital cumple con todas las normativas de gestión de documentos a nivel nacional Si() NO ()	4	4	3	S/N
Planes de preservación de documentos	¿ Conoce los planes de riesgo que existen para el archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito? Si() NO ()	3	3	3	S/N
	¿Sabe si existe un plan de digitalización de expedientes clínicos físicos? Si() NO ()	3	3	4	S/N

Optimización de rendimiento	¿En que casos se entrega documentación clínica CONFIDENCIAL a pacientes o personas que lo soliciten? A todos los que soliciten () Solo al paciente () En los casos previstos por la ley (art. 28 Reglamento de Información confidencial MSP) () Nunca se entrega a nadie)	3	3	4	5/6
-----------------------------	--	---	---	---	-----

Cesar Leonado Moncayo
 Firma del evaluador

NOMBRES Y APELLIDOS: Moncayo Bermudez Cesar Leonado
 CI: 0909707085

Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Título de la investigación: Propuesta diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del Hospital IESS Quito Sur

Investigador: Mancero Viteri, Luis Bolívar.

Propósito del estudio:

El presente cuestionario, tiene por finalidad conocer el actual proceso de manejo de documentos clínicos del hospital General del Sur de Quito, y poder, dependiendo de los resultados, emitir una propuesta de mejora en los mismos, por lo que se pide contestar de la manera más sincera. La recolección de información tiene carácter de confidencial, por lo que no está obligado a proporcionar datos personales como número de cédula o nombres

Con este antecedente, se invita a participar en la presente investigación cuyo objetivo es elaborar una propuesta de diseño de gestión documental basado en normas ISO 15489 para la optimización del archivo clínico del IESS Quito Sur 2022. Esta investigación es desarrollada por un estudiante de la Escuela de Posgrado del Programa Académico de Maestría en Gestión de los servicios de la salud, de la Universidad César Vallejo del campus Piura, Perú, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad.

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta donde se recogerán datos sobre la subdirección a la que pertenece, y los procedimientos que usted maneja en relación a la elaboración custodia y manejo de historias clínicas, por motivos de confidencialidad no se pedirán datos personales.

2. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 10 minutos realizada mediante la plataforma Google forms, en el archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito.

Participación voluntaria (principio de autonomía):

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación si no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo (principio de No maleficencia):

Indicar al participante que NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios (principio de beneficencia):

Se le informará que los resultados de la investigación serán compartidos con la institución al término de la investigación. No recibirá algún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, no se efectuará ningún procedimiento medico en el encuestado, pues la finalidad de la presente es analizar el estado actual del archivo clínico.

Confidencialidad (principio de justicia):

Los datos recolectados serán anónimos y no tendrán ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo de un año serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador: Mancero Viteri, Luis Bolivar, email: lmancero@ucvvirtual.edu.pe y Docente asesor Vélez Sancarranco Miguel Alberto, email: mvelezs@ucvvirtual.edu.pe

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

SI (x) NO ()

Firma de aceptación:



Firma: esteban.alejandrino@unp.edu.pe
ESTEBAN ALEJANDRINO
RODRIGUEZ ABELLANO

Consentimiento Informado

Título de la investigación: Propuesta diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del Hospital IESS Quito Sur

Investigador: Mancero Viteri, Luis Bolívar.

Propósito del estudio:

El presente cuestionario, tiene por finalidad conocer el actual proceso de manejo de documentos clínicos del hospital General del Sur de Quito, y poder, dependiendo de los resultados, emitir una propuesta de mejora en los mismos, por lo que se pide contestar de la manera más sincera. La recolección de información tiene carácter de confidencial, por lo que no está obligado a proporcionar datos personales como número de cédula o nombres

Con este antecedente, se invita a participar en la presente investigación cuyo objetivo es elaborar una propuesta de diseño de gestión documental basado en normas ISO 15489 para la optimización del archivo clínico del IESS Quito Sur 2022. Esta investigación es desarrollada por un estudiante de la Escuela de Posgrado del Programa Académico de Maestría en Gestión de los servicios de la salud, de la Universidad César Vallejo del campus Piura, Perú, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad.

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta donde se recogerán datos sobre la subdirección a la que pertenece, y los procedimientos que usted maneja en relación a la elaboración custodia y manejo de historias clínicas, por motivos de confidencialidad no se pedirán datos personales.

2. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 10 minutos realizada mediante la plataforma Google forms, en el archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito.

Participación voluntaria (principio de autonomía):

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación si no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo (principio de No maleficencia):

Indicar al participante que NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios (principio de beneficencia):

Se le informará que los resultados de la investigación serán compartidos con la institución al término de la investigación. No recibirá algún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, no se efectuará ningún procedimiento medico en el encuestado, pues la finalidad de la presente es analizar el estado actual del archivo clínico.

Confidencialidad (principio de justicia):

Los datos recolectados serán anónimos y no tendrán ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo de un año serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador: Mancero Viteri, Luis Bolivar, email: lmancero@ucvvirtual.edu.pe y Docente asesor Vélez Sancarranco Miguel Alberto, email: mvelezs@ucvvirtual.edu.pe

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

SI () NO ()

Firma de aceptación:



Firma autorizada por:
SANTIAGO HUMBERTO
GONZALEZ HERRERA

Consentimiento Informado

Título de la investigación: Propuesta diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del Hospital IESS Quito Sur

Investigador: Mancero Viteri, Luis Bolívar.

Propósito del estudio:

El presente cuestionario, tiene por finalidad conocer el actual proceso de manejo de documentos clínicos del hospital General del Sur de Quito, y poder, dependiendo de los resultados, emitir una propuesta de mejora en los mismos, por lo que se pide contestar de la manera más sincera. La recolección de información tiene carácter de confidencial, por lo que no está obligado a proporcionar datos personales como número de cédula o nombres

Con este antecedente, se invita a participar en la presente investigación cuyo objetivo es elaborar una propuesta de diseño de gestión documental basado en normas ISO 15489 para la optimización del archivo clínico del IESS Quito Sur 2022. Esta investigación es desarrollada por un estudiante de la Escuela de Posgrado del Programa Académico de Maestría en Gestión de los servicios de la salud, de la Universidad César Vallejo del campus Piura, Perú, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad.

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta donde se recogerán datos sobre la subdirección a la que pertenece, y los procedimientos que usted maneja en relación a la elaboración custodia y manejo de historias clínicas, por motivos de confidencialidad no se pedirán datos personales.

2. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 10 minutos realizada mediante la plataforma Google forms, en el archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito.

Participación voluntaria (principio de autonomía):

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación si no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo (principio de No maleficencia):

Indicar al participante que NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios (principio de beneficencia):

Se le informará que los resultados de la investigación serán compartidos con la institución al término de la investigación. No recibirá algún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, no se efectuará ningún procedimiento medico en el encuestado, pues la finalidad de la presente es analizar el estado actual del archivo clínico.

Confidencialidad (principio de justicia):

Los datos recolectados serán anónimos y no tendrán ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo de un año serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador: Mancero Viteri, Luis Bolivar, email: lmancero@ucvvirtual.edu.pe y Docente asesor Vélez Sancarranco Miguel Alberto, email: mvelezs@ucvvirtual.edu.pe

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

SI () NO ()

Firma de aceptación:

 EDISON JAVIER
NUNEZ
BENAVIDES

Autorización investigación



Memorando Nro. IESS-HG-SQ-2022-4190-M

Quito, D.M., 14 de diciembre de 2022

PARA: Sr. Ing. Luis Bolívar Mancero Viteri
Asistente Administrativo, Hospital General del Sur de Quito

ASUNTO: Respuesta a solicitud para tesis Luis Mancero

De mi consideración:

En respuesta Memorando Nro. IESS-HG-SQ-CIH-2022-0960-M de fecha 07 de diciembre de 2022, suscrito por Ing. Luis Bolívar Mancero Viteri - ASISTENTE ADMINISTRATIVO, HOSPITAL GENERAL DEL SUR DE QUITO, quien solicita (lo pertinente):

(...) Actualmente me encuentro desarrollando mi plan de tesis cuyo tema es: "Propuesta de diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del IESS Quito Sur 2022" por lo que, mediante la presente, le solicito se me autorice utilizar el nombre de la institución que usted tan acertadamente dirige, en la realización de mi trabajo de tesis, y por otra parte permitirme la recolección de datos en referencia a este tema.

Me permito a la vez informar que esta investigación es una propuesta de mejora, mediante el análisis del proceso actual, aplicando la normativa ISO, por lo que no se haran estudios en personas, los datos recolectados serán meramente estadísticos y no se hará una aplicación de la misma en la institución, pues es solamente una propuesta que sin embargo generará insumos para la mejora de la gestión de documentos tan importantes como es la historia clínica, además de que mediante el diagnóstico que se realizará, se puedan encontrar fallas en estos procesos. (...sic)

La Gerencia General del Hospital General del Sur de Quito - HGSQ, luego de conocer sobre el pedido para realizar la investigación titulada "Propuesta de diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del IESS Quito Sur 2022", presentado por el estudiante Ing. Luis Bolívar Mancero Viteri, con fecha 07 de diciembre de 2022, extiende la presente Carta de Interés Institucional de que la mencionada investigación podrá ser ejecutada en la institución siempre que el estudiante cuente previamente con la aprobación emitida en un certificado de viabilidad ética, expedido por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos - CEISH, aprobado por la Dirección de Inteligencia de la Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

"Investigación exenta: "Aquella que el comité de ética exige de revisión expedita o en pleno por tener un riesgo mínimo para los sujetos participantes en la investigación y que no requieran de consentimiento informado o utilizan datos abiertos. Se consideran a proyectos sin participación de sujetos de investigación o que no usan datos personales, datos sensibles información privada ni muestras biológicas humana." (...sic)

Memorando Nro. IESS-HG-SQ-2022-4190-M

Quito, D.M., 14 de diciembre de 2022

(Fuente..MSP Acuerdo Ministerial 00038-2021 23 de Dic).

Se aclara, que esto no se considera como aprobación del estudio, pues previo a su ejecución, es responsabilidad exclusiva del estudiante cumplir con los requisitos establecidos en las leyes y normas dispuestas por la autoridad sanitaria y de las conexas nacionales e internacionales, así como, las propias del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en este ámbito.

En este sentido, se mantendrá la comunicación asertiva e intercambio de información pertinente para armonizar el interés entre la institución y el estudiante solicitante.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Juan Bernardo Sanchez Jara

**GERENTE GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL DEL SUR DE QUITO,
ENCARGADO**

Referencias:

- IESS-HG-SQ-CIH-2022-0960-M

Copia:

Sr. Dr. Sergio Alexander Carrasco Zurita

Director Técnico Médico del Hospital General Sur de Quito, Encargado

Sra. Dra. Gloria del Rocio Arbelaez Rodriguez

Subdirector/a de Docencia e Investigación, Hospital General del Sur de Quito

ga/sc



Firmado electrónicamente por:
**JUAN BERNARDO
SANCHEZ JARA**

www.iesg.gob.ec

Síguenos en: 

Propuesta de diseño de gestión documental basado en normas ISO

15489

Alcance

El proceso de Administración y Control de Documentación Clínica inicia con la consolidación y ordenado de la documentación del paciente dado de alta o con la notificación al personal de la Morgue de la persona fallecida, y finaliza con el archivo de los documentos.

El proceso de Acceso y Uso de la Documentación Clínica inicia con la solicitud del requerimiento por parte del Paciente o la Unidad Requirente del Hospital General del Sur de Quito y finaliza con la entrega de la Historia Clínica.

Marco Legal

- Constitución de la República del Ecuador (2008), artículo 66 numeral 19 menciona: *“El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la ley.”*
- Constitución de la República del Ecuador (2008), artículo 362 *“La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes”*
- Código Orgánico Integral Penal, artículo 179 artículo 179.- Revelación de secreto. - *“La persona que, teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año.”*
- Código Orgánico Integral Penal, artículo 180 *“Difusión de información de circulación restringida. - La persona que difunda información de circulación restringida será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.*
Es información de circulación restringida:

La información que está protegida expresamente con una cláusula de reserva previamente prevista en la ley.

La información producida por la Fiscalía en el marco de una investigación previa.

La información acerca de las niñas, niños y adolescentes que viole sus derechos según lo previsto en el Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia.”

- Ley Orgánica de Salud (2006), artículo 7 f) menciona: *“Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su Epicrisis;”*
- Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública (2004), artículo 6 *“Información Confidencial. - Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.*

El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación dará lugar a las acciones legales pertinentes.

No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades, públicas competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecidos en la Constitución Política de la República, en las declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento jurídico interno. Se exceptiona el procedimiento establecido en las indagaciones previas.”

- Ley de derechos y amparo del paciente (1995), artículo 4 *“DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD. - Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial”*
- Ley de derechos y amparo del paciente (1995), artículo 5 *“DERECHO A LA INFORMACION.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúanse las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.”*
- Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud (2015), artículo 5 *“Seguridad en el manejo de la información. - Es el conjunto sistematizado de medidas preventivas y reactivas que buscan resguardar y proteger la información para mantener su condición de confidencial, así como su integridad y disponibilidad. Inicia desde el momento mismo de la generación de la información y trasciende hasta el evento de la muerte de la persona.*

El deber de confidencialidad respecto a la información de los documentos que contienen información de salud perdurará, incluso, después de finalizada la actividad del establecimiento de salud, la vinculación profesional o el fallecimiento del titular de la información.”

- Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud (2015), artículo 7 *“Por documentos que contienen información de salud se entienden: historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, imagenología y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con indicación de diagnóstico y tratamientos, siendo los datos consignados en ellos confidenciales.*

El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados.

La autorización para el uso de estos documentos antes señalados es potestad privativa del/a usuario/a o representante legal.

En caso de investigaciones realizadas por autoridades competentes sobre violaciones a derechos de las personas, no podrá invocarse reserva de accesibilidad a la información contenida en los documentos que contienen información de salud.”

- Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud (2015), artículo 8 *“La gestión documental de las historias clínicas, tanto en formato físico como digital, deberá asegurar un sistema adecuado de archivo y custodia que asegure la confidencialidad de los datos que contienen y la trazabilidad del uso de la información, conforme consta en el “Manual de Normas de Conservación de las Historias Clínicas (...)”*
- Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud (2015), artículo 17 *“El archivo de historias clínicas es un área restringida, con acceso limitado solo a personal de salud autorizado, donde se guardan de manera ordenada, accesible y centralizada todas las historias clínicas que se manejan en el establecimiento. Se denomina activo cuando cuenta con historias activas, esto es con registros de hasta cinco años atrás y se denomina pasivo cuando almacena aquellas que tienen más de cinco años sin registros, tomando en cuenta la última atención al paciente.”*
- Resolución 564 emitida por el Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Numeral 2.1.3.1, Literal a) *“Administrar y controlar la documentación clínica generada en la unidad médica”*

- Resolución 564 emitida por el Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Numeral 2.1.3.1, Literal b) *“Proponer manuales y procedimientos de manejo de historias clínicas”*
- Resolución 564 emitida por el Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Numeral 2.1.3.1, Literal c) *“Cumplir y hacer cumplir las políticas, estrategias, normas y procedimientos de, establecidos en la normativa vigente”*
- Ministerio de Salud Pública. Manual del Manejo, Archivo de las Historias Clínicas (2007)

Responsable del Proceso

- Administración y Control de la Documentación Clínica:
 - Personal de Enfermería
 - Coordinación Institucional de Hospitalización.
 - Funcionarios de Documentación Clínica.
 - Personal de la Morgue
- Acceso y Uso de la Documentación Clínica:
 - Paciente/Unidad requirente del HGQS
 - Coordinación Institucional de Hospitalización.
 - Funcionarios de Documentación Clínica.

Términos y definiciones

Archivo Clínico: Es el lugar donde se guardan Historias Clínicas, de manera ordenada y accesible. Debe ser centralizado y está dividido en archivo activo y archivo pasivo, tomando en cuenta la última atención del paciente. (Manual del manejo, archivo de las historias clínicas MSP: 2007)

Datos de carácter personal: Información de carácter personal íntima. Cualquier información relacionada con personas físicas identificadas o identificables. (Artículo 38 Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud: 2015)

Documentación clínica: Es un conjunto de reportes físicos o electrónicos, de cualquier forma, clase o tipo, que contienen información clínica y asistencial. (Artículo 38 Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud: 2015)

Datos clínicos: Son aquellos que tienen relación directa con la situación del/la usuario/a al momento de la atención. Son diferentes a los datos que corresponden a la identificación personal del mismo y, por lo tanto, deben estar separados de aquellos. Todos los datos clínicos se registran en una Historia Clínica Única. (Artículo 38 Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud: 2015)

El personal operativo y administrativo no debe, en ninguna circunstancia, servirse de la información confidencial a la que tenga acceso,

en beneficio propio o de terceros, o en perjuicio del interesado. (Artículo 38 Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud: 2015)

Epicrisis: Análisis o juicio crítico de un caso clínico, una vez completado. (Artículo 38 Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud: 2015)

Historia Clínica: Es un documento confidencial y obligatorio de carácter técnico y legal, compuesto por un conjunto de formularios básicos y de especialidad, que el personal de la salud utiliza para registrar en forma sistemática los datos obtenidos de las atenciones, diagnóstico, tratamiento, evolución y resultados de salud y enfermedad durante todo el ciclo vital del/la usuario/a. (Registro oficial 427 Acuerdo Ministerial: 2015)

Historia clínica única: Es un documento médico legal que consigna la exposición detallada y ordenada de todos los datos relativos a un paciente o usuario, incluye la información del individuo y sus familiares, de los antecedentes, estado actual y evolución, además de los procedimientos y de los tratamientos recibidos. (Artículo 38 Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud: 2015)

Historia clínica activa: Se considera a la historia clínica que tiene un periodo de vigencia hasta cinco años desde la última atención registrada. (Artículo 38 Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud: 2015)

Historia clínica inactiva: Se considera a la historia clínica que no tiene ningún registro de atención por más de cinco años y por tanto debe ser trasladada al archivo pasivo. (Artículo 38 Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud: 2015)

Información clínica: Cualquier dato referente a la salud de una persona y aquel relacionado con ella. (Artículo 38 Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud: 2015)

Información Confidencial: Se define como aquella de carácter personal que deriva de los, derechos individuales y fundamentales de toda persona que no está sujeta al principio de publicidad. Este tipo de información tiene, naturalmente, reserva de acceso. La reserva de acceso requiere de un sistema de seguridad que la garantice. En informática todos los datos que son parte de la información mantienen la condición de confidencialidad de esa información. (Registro oficial 427 Acuerdo Ministerial: 2015)

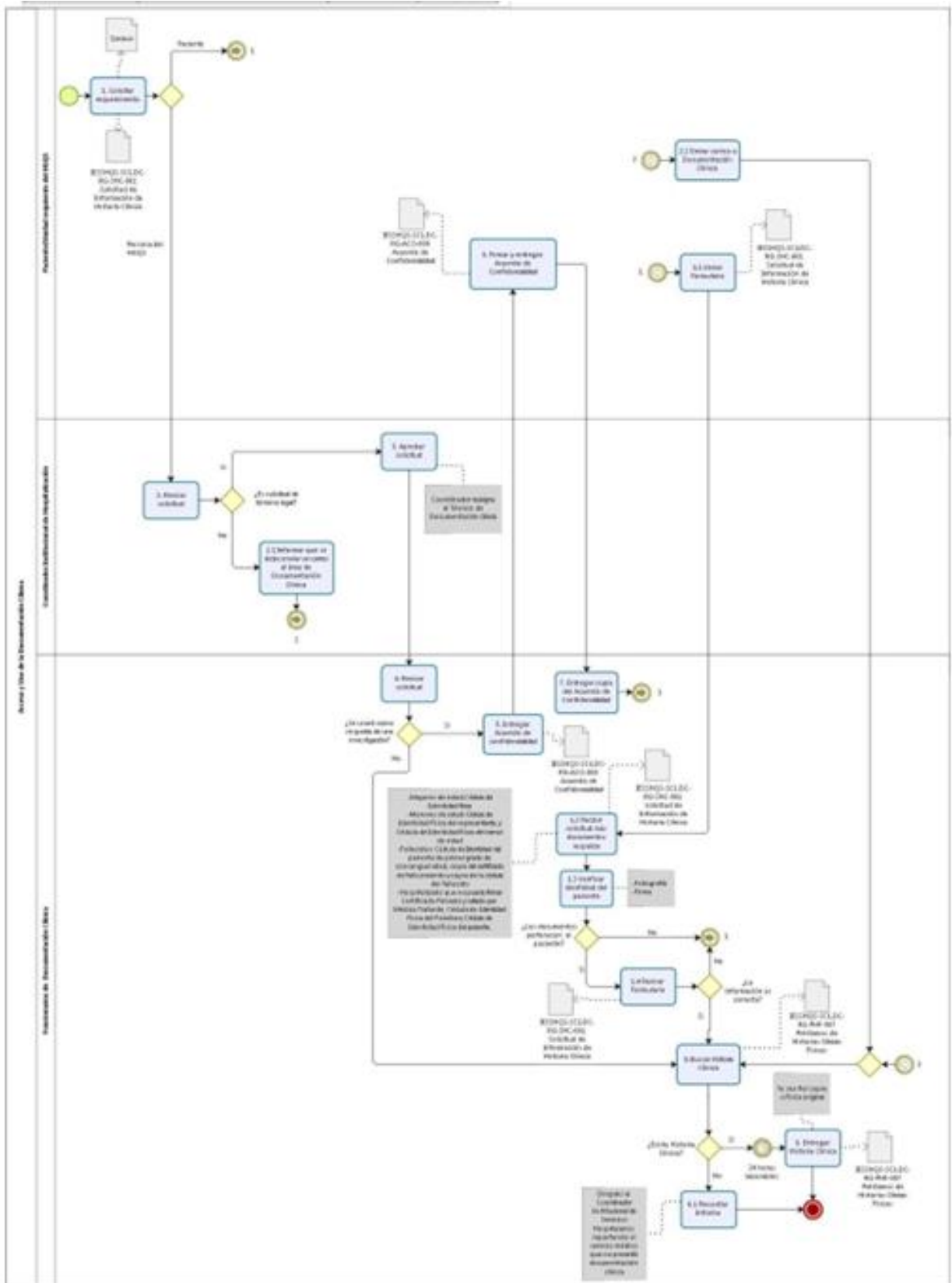
Paciente: Persona que requiere una prestación en salud. (Artículo 38 Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud: 2015)

Privacidad: Derecho de todo ser humano a determinar y controlar qué información sobre sí mismo es revelada, a quién y con qué motivo. (Artículo 38 Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud: 2015)

Usuario: Todo aquel que recibe asistencia sanitaria porque necesita cuidados para el mantenimiento o recuperación de la salud. (Artículo 38 Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud: 2015)

Políticas

- Por ningún concepto se evadirá los pasos descritos en los procesos para la Administración y Control de la Documentación Clínica.
- Por ningún concepto se evadirá los pasos descritos en los procesos para el Acceso y Uso de la Documentación Clínica.
- Los funcionarios de Documentación Clínica receptorán únicamente la documentación clínica completa, firmada y sellada correctamente; además que esté en perfectas condiciones físicas (sin roturas, manchones, sobre escritos, etc.).
- La documentación clínica generada en las diferentes áreas del hospital que sea entregada después de 48 horas del egreso del paciente deberá ser debidamente justificada vía formal para su posterior entrega al área de Documentación Clínica.
- *“El personal operativo y administrativo no debe, en ninguna circunstancia, servirse de la información confidencial a la que tenga acceso, en beneficio propio o de terceros, o en perjuicio del interesado”*. Tomado de: Artículo 38 Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud: 2015
- Ninguno de los procedimientos descritos en este Manual podrá modificarse o alterarse en su forma o contenido sin previa autorización de la Coordinación Institucional de Hospitalización y la Subdirección de Gestión de Calidad del Hospital General del Sur de Quito.
- Este Manual de Procedimientos entrará en vigor a partir de la fecha de su aprobación por parte de la Dirección Técnica Médica.



Descripción de Actividades

1.- Administración y Control de la Documentación Clínica

No.	Responsable	Actividad	Descripción
INICIO			
1.	Personal de Enfermería	Paciente dado de alta: Consolidar y ordenar la documentación	<p>Dar el alta del Paciente en el Sistema Hospitalario MIS-AS400;</p> <p>Consolidar la documentación clínica física que se genera durante la atención de hospitalización brindada;</p> <p>Ordenar la información, considerando el orden de los formularios de manera ascendente, según requiere el Manual de Manejo, Archivo de las Historias Clínicas emitido por el Ministerio de Salud Pública.</p> <p>Por el funcionamiento de esta Casa de Salud, se ha considerado adicionalmente a lo requerido por el Ministerio de Salud Pública, incluir cómo parte del expediente único de Historia Clínica las bitácoras y anexos;</p> <p>Recibir el Acta debidamente legalizada, como constancia de la entrega de la documentación clínica a la Unidad de Documentación Clínica.</p>
1.1	Personal de Enfermería	Persona fallecida: Notificar al personal de la Morgue	Personal de enfermería debe notificar al personal de la Morgue si un paciente fallece.
1.2	Personal de la Morgue	Elaborar listado de pacientes fallecidos	Elaborar el listado de pacientes fallecidos de forma mensual para el correspondiente registro.
1.3	Personal de la Morgue	Entregar listado de pacientes fallecidos a Documentación Clínica	El Personal de la Morgue debe remitir mediante correo institucional mensualmente el listado de los pacientes fallecidos a Documentación Clínica
1.4	Funcionarios de Documentación Clínica	Recibir listado de pacientes fallecidos	Los funcionarios de Documentación Clínica deben recibir el listado mensual de pacientes fallecidos para cambiar el estatus del paciente en el aplicativo web del IESS.
2.	Personal de Enfermería	Elaborar actas de recepción	<p>Elaborar acta de entrega de entrega/recepción con un duplicado, sin tachones, ni errores; caso contrario, deberán proceder a elaborar de nuevo el documento.</p> <p>* Debe estar firmada y sellada por el servicio</p>
3.	Personal de Enfermería	Entregar Historias Clínicas y Actas de Recepción a	Entregar la información a la Unidad de Documentación Clínica en el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 12:00 pm;

		Documentación Clínica	
4.	Funcionarios de Documentación Clínica	4. Receptar Historias Clínicas y Actas	<p>Receptar el Acta de Entrega de Documentos de Historias Clínicas por duplicado, debidamente legalizado;</p> <p>Receptar la documentación, respetando el orden de presencia del personal médico a la Unidad De Documentación Clínica a realizar la entrega de documentación;</p> <p>Legalizar el Acta de Entrega y su duplicado; entregando al personal médico el duplicado como constancia de la recepción por parte de la Unidad de Documentación Clínica;</p> <p>* Después de dar el alta al paciente el personal de enfermería tiene 2 días laborables para entregar documentación</p> <p>¿La documentación es rezagada?</p> <p>Si: Continúa en el punto 4.1.</p> <p>No: continúa en la actividad 5.</p>
4.1	Funcionarios de Documentación Clínica	Informar al personal de enfermería que se debe realizar una solicitud formal	Si el personal de enfermería entrega Historias Clínicas pasadas las 48 horas al alta del paciente, personal de Documentación Clínica informará que se debe realizar una solicitud formal para la recepción de aquellos documentos.
4.2	Personal de Enfermería	Realizar solicitud para recepción de documentos rezagados	<p>Para el caso de documentación rezagada (48 horas) el jefe de Servicio que entrega la documentación deberá solicitar al jefe de Documentación Clínica la recepción de la misma vía Quipux o comunicación formal; el pedido debe contener el motivo del retraso; así también debe adjuntar por duplicado el Acta con el detalle de la documentación a entregar;</p> <p>* Solicitud dirigida al Coordinador Institucional de Hospitalización</p>
4.3	Personal de Enfermería	Enviar solicitud	Los profesionales de la Salud deben enviar la comunicación formal al jefe de servicio de Documentación Clínica
4.4	Coordinador Institucional de Hospitalización	Recibir solicitud	El Coordinador Institucional de Hospitalización revisará la solicitud enviada por el jefe del servicio médico que debe entregar la documentación.
4.5	Coordinador Institucional de	Aprobar solicitud	El Coordinador Institucional de Hospitalización luego de recibir y revisar la solicitud y los anexos, aprueba

	Hospitalización		<p>o niega la solicitud, tiene 2 días laborables para aprobar o rechazar la misma.</p> <p>* Se puede rechazar la solicitud si no contiene firmas y/o sellos correspondientes</p> <p>¿Se aprueba la solicitud?</p> <p>Si: Continúa en el punto 4.6.</p> <p>No: Regresa al punto 4.2.</p>
4.6	Coordinador Institucional de Hospitalización	Notificar al Técnico de Documentación Clínica	<p>Si se aprueba la solicitud, El Coordinador Institucional de Hospitalización reasigna mediante Quipux la solicitud del servicio médico para que se cumpla el comunicado formal.</p>
5	Funcionarios de Documentación Clínica	Revisar Historias Clínicas	<p>El personal de Documentación Clínica verifica que la documentación recibida se encuentre ordenada de acuerdo al Manual de Manejo y Archivo de las Historias Clínicas emitido por el Ministerio de Salud Pública; de igual manera verificar que en el contenido del acta y su duplicado, no se observe: tachones, enmendaduras ni errores; caso contrario debe proceder a devolver al personal médico para las correcciones;</p> <p>*Cada formulario debe estar firmado y sellado por los responsables según el servicio</p> <p>¿Los formularios son correctos?</p> <p>Si: Continúa en el punto 6.</p> <p>No: Regresa al punto 1.</p>
6.	Funcionarios de Documentación Clínica	Escanear y archivar actas	<p>Un funcionario de Documentación Clínica escaneará diariamente las actas recibidas y archivarlas en digital y en físico en orden alfabético, en forma secuencial ascendente de acuerdo con el servicio al que pertenece la información.</p>
7.	Funcionarios de Documentación Clínica	Crear, incluir o modificar información en aplicativo	<p>Un funcionario de Documentación Clínica procederá a la creación o inclusión de la Historia Clínica en el aplicativo tecnológico que dispone la Unidad de Documentación Clínica; aplicativo que es utilizado para el control de recepción de documentación clínica entregada por los servicios médicos de hospitalización;</p> <p>Un funcionario de Documentación Clínica digitalará en el aplicativo tecnológico, la totalidad de documentos receptados: por Servicio Médico y por Historia Clínica de pacientes.</p>

			Para el caso de historias clínicas de pacientes fallecidos se actualizará el estado del expediente.
8.	Funcionarios de Documentación Clínica	Archivar documentos	<p>De manera diaria, la documentación recetada debe ser físicamente archivada en la Historia Clínica del Paciente vivo o fallecido.</p> <p>La documentación clínica se archiva por servicio y en orden alfabético.</p> <p>Un funcionario de Documentación Clínica debe aplicar un modelo de destrucción de historias clínicas según el Ministerio de Salud Pública, luego del tiempo útil de los documentos establecido por la institución.</p>
FIN			

2.- Acceso y Uso de Documentación Clínica

No.	Responsable	Actividad	Descripción
INICIO			
1.	Paciente/Unidad requirente del HGQS	<p>Paciente: Solicitar requerimiento.</p> <p>Persona del HGQS: Solicitar requerimiento.</p>	<p>Paciente: Solicita que el área de Documentación Clínica emita fiel copias del original de la Historia Clínica.</p> <p>El paciente debe llenar la Solicitud de Información de Historia Clínica.</p> <p>Los funcionarios de Documentación Clínica deben entregar un volante donde se explican los Requisitos Legales para la entrega de una fiel copia de una historia clínica.</p> <p>Continúa en la actividad 1.1.</p> <p>Personal de HGQS: Solicitar mediante Quipux al área de Documentación Clínica, el memorando detallará: nombres y apellidos completos del paciente, cédula, número de historias clínicas y el motivo de la solicitud, (para el caso de revisión se detallará además el nombre del Médico autorizado a revisar la documentación). Adicionalmente el área solicitante deberá indicar en el Quipux la fecha específica de atención que va a revisar en el expediente, con el único fin que servirá de guía en la búsqueda, verificando si en dicha fecha consta el archivo físico.</p> <p>Los investigadores presentarán a su jefe inmediato de la unidad el listado de las necesidades de información de la(s) historias clínicas custodiadas por el área de Documentación Clínica, o de la información que se encuentre en el Sistema Hospitalario MIS-AS400; en el que detallará: período de estudio,</p>

			servicio médico y el tipo de información (especificará las variables requeridas).
1.1	Paciente	Llenar formulario	El paciente debe registrar los datos correspondientes en el registro IESSHQS-SC1.DC-RG-SHC-001 Solicitud de Información de Historia Clínica para entregarlo en el área de Documentación Clínica.
1.2	Funcionarios de Documentación Clínica	Recibir solicitud más documentos respaldo	Los funcionarios de Documentación Clínica reciben la solicitud más los documentos de respaldo detallados a continuación: -Mayores de edad: Cédula de Identidad física -Menores de edad: Cédula de Identidad física del representante, y Cédula de Identidad física del menor de edad -Fallecidos: Cédula de Identidad del pariente de primer grado de consanguinidad, copia del certificado de fallecimiento y copia de la cédula del fallecido -Hospitalizado que no pueda firmar: Certificado firmado y sellado por Médico Tratante, Cédula de Identidad física del Familiar y Cédula de Identidad física del paciente.
1.3	Funcionarios de Documentación Clínica	Verificar identidad del paciente	Los funcionarios de Documentación Clínica deben verificar la identidad del paciente mediante registro fotográfico y/o firma. ¿Los documentos pertenecen al paciente? Si: Continúa en la actividad 1.4. No: Continúa en la actividad 1.1
1.4	Funcionarios de Documentación Clínica	Revisar Formulario	Una vez verificada la identidad del paciente, el funcionario de documentación clínica procede a revisar que el registro esté correcto. ¿La información es correcta? Si: Continúa en la actividad 8. No: Continúa en la actividad 1.1.
2.	Coordinador Institucional de Hospitalización	Revisar solicitud	Si el personal del HGQS envía una solicitud al área de Documentación Clínica y se identifica que es para un proceso legal, el coordinador informará la instrucción que se debe seguir. ¿Es solicitud de término legal? Si: Continúa en la actividad 3. No: Continúa en la actividad 2.1.
2.1	Coordinador Institucional de Hospitalización	Informar que se debe enviar un correo al área de Documentación Clínica	Cuando el personal del HGQS solicita documentación de manera verbal, se informa el proceso de correspondiente: comunicación formal. Continúa en la actividad 2.2.
2.2	Unidad requirente del HGQS	Enviar correo a Documentación Clínica	La Unidad requirente del Hospital General del Sur de Quito debe enviar un correo al área de

			Documentación Clínica con la solicitud correspondiente.
3.	Coordinador Institucional de Hospitalización	Aprobar solicitud	El Quipux remitido por la Unidad requirente se lo debe revisar, si se aprueba, se reasignará según el órgano regular. El coordinador reasigna al Técnico de Documentación Clínica
4.	Funcionarios de Documentación Clínica	Revisar solicitud	Los funcionarios de Documentación Clínica una vez recibida la solicitud de préstamo o revisión de historia clínica mediante comunicado oficial vía Quipux suscrita por el jefe del Servicio solicitante; procede a verificar: nombres y apellidos completos del paciente, cédula, número de historia clínica y el motivo de la solicitud, (para el caso de revisión se detallará además el nombre del Médico autorizado a revisar la documentación). ¿Se usará como respaldo de una investigación? Si: Continúa en la actividad 5. No: Continúa en la actividad 8.
5.	Funcionarios de Documentación Clínica	Entregar Acuerdo de confidencialidad	Personal de Documentación Clínica entregará a la Unidad requirente el Acuerdo de Confidencialidad para la revisión.
6.	Paciente/Unidad requirente del HGQS	Firmar y entregar Acuerdo de Confidencialidad	Se solicitará a los profesionales médicos que vayan a realizar la actividad de investigación, firmen el Acuerdo de Confidencialidad. En el caso de necesitar acceso al archivo clínico con el fin de revisar una historia clínica física se entregará con una copia del acuerdo y Documentación Clínica. Se debe comunicar en forma oficial a la Unidad de Documentación Clínica la aceptación del protocolo de investigación, así como también nombres y número de identificación de los investigadores.
7.	Funcionarios de Documentación Clínica	Entregar copia del Acuerdo de Confidencialidad	Cuando el acuerdo de Confidencialidad este lleno y firmado por el médico solicitante, se procederá a entregar una copia a la Unidad requirente. Continúa en la actividad 8.
8.	Funcionarios de Documentación Clínica	Buscar Historia Clínica	Los funcionarios de Documentación Clínica buscarán el expediente único de la Historia Clínica, en el Sistema y demás Bases de información disponible para detectar la ubicación física; En el caso puntual, que la Historia Clínica se encuentra prestada a un servicio de esta Casa de Salud, la Unidad de Documentación Clínica, solicitará la devolución mediante Quipux o comunicación oficial al área que corresponda

			<p>Los funcionarios de Documentación Clínica deben registrar en el Registro de Préstamo De Historias Clínicas Físicas: ubicación física de la Historia Clínica, nombres y número de historia clínica del paciente, nombre, apellido y firma del funcionario que retira o devuelve la documentación, nombre del servicio solicitante, detalle de la documentación entregada, nombre y firma del funcionario de Documentación Clínica que entrega y recibe la documentación según corresponda.</p> <p>¿Existe Historia Clínica?</p> <p>Si: Continúa en el numeral 9.</p> <p>No: Continúa en el numeral 8.1.</p>
8.1	Funcionarios de Documentación Clínica	Presentar Informe	<p>Cuando Documentación Clínica no encuentre registro de una Historia Clínica que se solicitó, procederá a realizar un informe y se lo presentará según el órgano regular.</p> <p>El informe se los dirigido al Coordinador Institucional de Servicios Hospitalarios reportando el servicio médico que no presentó documentación clínica.</p> <p>Fin del proceso</p>
9.	Funcionarios de Documentación Clínica	Entregar Historia Clínica	<p>Luego del proceso correspondiente, Documentación entregará al paciente o Unidad Requirente una fiel copia del original del expediente único solicitado.</p> <p>Los funcionarios de Documentación Clínica deben entregar la historia clínica, ya sea fiel copia o física original en un plazo máximo de 24 horas laborables.</p>
FIN			

Indicadores

Tipo de indicador: Eficacia			
Nombre del indicador:	Solicitudes atendidas		
Descripción:	Este indicador mide el producto que documentación clínica genera versus las solicitudes atendidas.		
Fórmula	Frecuencia	Estándar	Responsable del indicador
$x = \frac{\# \text{ de solicitudes atendidas}}{\# \text{ de solicitudes recibidas}} * 100$	Mensual	100%	Funcionarios de Documentación Clínica

Tipo de indicador: Eficacia			
Nombre del indicador:	Historias Clínicas recibidas archivadas		
Descripción:	Este indicador mide el total de historias clínicas archivadas por la Unidad de Documentación Clínica		
Fórmula	Frecuencia	Estándar	Responsable del indicador
$y = \frac{\# \text{ de historias clínicas archivadas}}{\# \text{ de historias clínicas recibidas}} * 100$	Mensual	100%	Funcionarios de Documentación Clínica

Tipo de indicador: Eficiencia			
Nombre del indicador:	Tiempo (horas) de entrega de Historia Clínica solicitada		
Descripción:	Este indicador mide el tiempo que se demora el funcionario de Documentación Clínica en buscar y entregar una solicitud de información de Historia Clínica		
Fórmula	Frecuencia	Estándar	Responsable del indicador
Tiempo estandarizado (horas laborables) – tiempo de respuesta (horas laborables)	Mensual	≤ 24 horas laborables	Funcionarios de Documentación Clínica

Registros

- IESSHQS-SC1.AD-RG-AAE-001 Admisión y Alta Egreso
- IESSHQS-DM-RG-CI-002 Consentimiento Informado
- IESSHQS-SQ1-RG-LVC-001 Lista de Verificación de Cirugía Segura
- IESSHQS-SQ1-RG-LVP-011 Lista de verificación pre-quirúrgica
- IESSHQS-SC1.DC-RG-ERH-002 Entrega Historias Clínicas
- IESSHQS-SC1.DC-RG-SHC-001 Solicitud de Información de Historia Clínica
- IESSHQS-SC1.DC-RG-ACO-008 Acuerdo de Confidencialidad
- IESSHQS-SC1.DC-RG-PHF-007 Préstamos de Historias Clínicas Físicas



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, MIGUEL ALBERTO VELEZ SANCARRANCO, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "Propuesta de diseño de gestión documental con normas ISO para optimización del archivo clínico del Hospital General del Sur de Quito 2022", cuyo autor es MANCERO VITERI LUIS BOLIVAR, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 23.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo 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.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 09 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MIGUEL ALBERTO VELEZ SANCARRANCO DNI: 09862773 ORCID: 0000-0001-9564-6936	Firmado electrónicamente por: MVELEZS el 14-01- 2023 09:08:00

Código documento Trilce: TRI - 0514922