

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MANEJO DEL
EXPEDIENTE CLINICO EN EL SERVICIO DE
CONSULTA EXTERNA DEL POLICLINICO
CENTRAL DEL SEGURO MEDICO DELEGADO DE
COTEL ENERO A DICIEMBRE 2021**

**POSTULANTE: Dra. Daysi Marisol Villegas I.
TUTOR: Dr. Esp. Cristhiam German Villarroel S.**

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de
Especialista en Gestión de Calidad y Auditoria Médica**

**La Paz - Bolivia
2022**

DEDICATORIA

**Mi inmensa gratitud a Dios, por haberme otorgado,
Salud, sabiduría, por guiar mis pasos
haberme permitido cumplir una meta más en mi vida.**

**A mi mamita querida Nelly Ibañez Vda. de Villegas
por darme la vida, por estar siempre a mi lado, en vida
siempre me apoyo para alcanzar mis metas.**

**A mi papá Ernesto Villegas Tintaya quien en vida
me enseñó que no se debe dejar nada inconcluso,
pese a toda adversidad siempre
cumplir mis objetivos.**

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincera gratitud a todo el personal del “Seguro Médico Delegado de Cotel”, a sus autoridades, por la autorización en llevar a cabo el presente estudio.

A mi tutor Dr. Cristhiam Villarroel mi infinito agradecimiento por tener la paciencia y compartir sus conocimientos para poder concluir el presente estudio.

A la Universidad Mayor de San Andrés, unidad de post grado, magna casa de estudios formadora de hombres y mujeres capaces de contribuir al desarrollo de nuestro país, también agradecer a las autoridades y docentes por la oportunidad brindada, pese a estar en Pandemia, siempre dieron todo de ellos para poder transmitirnos sus conocimientos...

INDICE DE CONTENIDO

	Pagina
I. INTRODUCCION.....	1
I. ANTECEDENTES	3
2.1. A nivel internacional:	3
2.2. A nivel Nacional:.....	4
II. JUSTIFICACION	7
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	11
IV. OBJETIVOS.....	12
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
V. MARCO TEORICO.....	13
6.1 Expediente Clínico (EC):	13
6.1.1. Antecedentes Históricos	13
Etapas de las “Consilis” (Consilium) medievales.....	14
Etapa de las observaciones:	14
Historias del siglo XVII. (Historia morbi y Anatomo-Clínica):.....	14
Siglo XIX. Historia Clínica Científico Natural.....	14
6.1. CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD	17
6.1.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD	17
6.2. Definición de Expediente Clínico.....	21
6.3. EC de Consulta Externa	23
6.4. Historia clínica	24
6.4.1. Definición de Historia clínica.....	24

6.5.	Factores que Influyen en el Manejo del Expediente Clínico.....	32
6.6.	Marco Legal.....	35
6.6.1.	Importancia Médicolegal de la Historia Clínica.....	35
6.7.	Seguro Médico Delegado de Cotel.....	42
6.7.1.	Antecedentes.....	42
VII.	DISEÑO DE INVESTIGACION.....	48
7.1.	Tipo de investigación.....	48
7.2.	Población de estudio.....	49
7.3.	Muestra.....	50
7.4.	Criterios de inclusión.....	51
7.5.	Criterios de exclusión.....	52
7.6.	Área de estudio:.....	52
7.7.	Unidad de análisis:.....	52
7.8.	Instrumentos de recolección de información.....	52
7.9.	Operacionalización de variables.....	53
8.	RESULTADOS.....	56
8.1.	Resultados de las entrevistas.....	56
8.2.	RESULTADO DE LAS FICHAS DE OBSERVACION AL EXPEDIENTE CLINICO.....	73
8.3.	RESULTADO DE LA FICHA DE OBSERVACION A LA UNIDAD DE ARCHIVO, POLICLÍNICO CENTRAL DEL SMDC, (GESTIÓN 2021).....	78
IX.	DISCUSIÓN.....	79
X.	CONCLUSIONES.....	84
XI.	RECOMENDACIONES.....	86
XII.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	88
XIII.	ANEXOS.....	91

INDICE DE CUADROS

	Pagina
Cuadro N° 1.	49
Cantidad de expedientes clínicos que se manejan por mes en el Policlínico central del SMDC. (Gestión 2021)	49
Cuadro N° 2.	51
Cuadro de funcionarios que serán entrevistados en el Policlínico central del SMDC (Gestión 2021).....	51
Cuadro N° 3	56
¿Usted como personal de salud del seguro Médico Delegado de Cotel cree que el manejo de los expedientes clínicos es el adecuado? Y ¿Por qué?.....	56
Cuadro N° 4	59
¿Cómo personal de salud y en su experiencia cuales son las tres principales causas por las que se extravían o pierden los expedientes clínicos?	59
Cuadro N° 5	63
¿En su opinión, que factores influyen NEGATIVAMENTE en el manejo del expediente del Seguro Médico Delegado de Cotel? (mencione por lo menos 3)..	
Cuadro N° 6	66
¿En su opinión, que factores influyen POSITIVAMENTE en el manejo del expediente del Seguro Médico Delegado De Cotel? (mencione por lo menos 3) .	
Cuadro N° 7	69
Podría mencionar al menos 3 sugerencias para mejorar el manejo del expediente clínico en el Policlínico Central del Seguro Médico Delegado de Cotel.	69
Cuadro N° 8 Resultados de los ítems que se cumplen de las primeras 15 fichas de observación, en el Policlínico Central del SMDC ¡Error! Marcador no definido.	

INDICE DE FIGURAS

	Pagina
Figura N° 1	46
Flujograma – Ficha de Proceso de manejo del Expediente Clínico del Policlínico Central SMDC	46
Figura N° 2.....	97
Ficha De Propuesta de Proceso de Manejo del Expediente Clinico en el SMDC	
97	

INDICE DE TABLAS

	Pagina
Tabla N° 1 Análisis con MAXQDA pregunta N° 1.....	55
Tabla N° 2 Análisis con MAXQDA pregunta N° 2.....	59
Tabla N° 3 Análisis con MAXQDA pregunta N° 3.....	62
Tabla N° 4 Análisis con MAXQDA pregunta N° 4.....	65
Tabla N° 5 Análisis con MAXQDA pregunta N° 5.....	70

INDICE DE ANEXOS

	Pagina
ANEXO 1	91
ENTREVISTA AL PERSONAL DE ARCHIVO Y SALUD SOBRE EL PROCESO DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN EL SEGURO MEDICO DELEGADO DE COTEL (grabación)	91
ANEXO 2	92
FICHA DE OBSERVACION DE PROCESO DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN EL SEGURO MEDICO DELEGADO DE COTEL.....	92
ANEXO 3	95
FICHA DE OBSERVACION DEL SERVICIO DE ARCHIVO D DEL POLICLINICO CENTRAL EL SMDC	95
Fuente: Elaboración propia	98
ANEXO 4	98
FOTO DE LA VENTANILLA DE ARCHIVO Y FICHAJE DE LA UNIDAD DE ARCHIVO DEL POLICLINICO CENTRAL SMDC (Gestión 2021)	99
ANEXO 5	99
FOTO DE GAVETEROS CON LA RESPECTIVA CODIFICACION DE LA UNIDAD DE ARCHIVO DEL POLICLINICO CENTRAL SMDC (Gestión 2021) 100	
ANEXO 6	100
FOTO DE GAVETEROS CON LA RESPECTIVA CODIFICACION DE LA UNIDAD DE ARCHIVO DEL POLICLINICO CENTRAL SMDC (Gestión 2021) 101	
ANEXO 7	101
FOTO DE EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD DE ARCHIVO DEL POLICLINICO CENTRAL SMDC (Gestión 2021)	102
ANEXO 8	103

FOTO DE EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD DE ARCHIVO DEL POLICLINICO CENTRAL SMDC (Gestión 2021)	103
ANEXO 9	103
FOTO DE EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD DE ARCHIVO DEL POLICLINICO CENTRAL SMDC (Gestión 2021)	104
ANEXO 10	104
FOTO DE EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD DE ARCHIVO DEL POLICLINICO CENTRAL SMDC (Gestión 2021)	105
ANEXO 11	105
SOLICITUD DE AUTORIZACION	106
ANEXO 12	106
CERTIFICADO DE AUTORIZACION	107
ANEXO 13	107
VALIDACION DE INSTRUMENTOS N° 1	108
ANEXO 14	110
VALIDACION DE INSTRUMENTOS N°2	110
ANEXO 15	112
VALIDACION DE INSTRUMENTOS N° 3	112

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

ACRONIMOS:

- **MAE:** Máxima Autoridad Ejecutiva
- **Cotel:** Cooperativa de Teléfonos
- **INASES:** Instituto Nacional de Seguros de Salud
- **TASA:** Teléfonos Automáticos Sociedad Anónima
- **ISO:** International Standard Organization
- **SOAP:** Subjetivo – Objetivo –Análisis – Planes
- **SERVQUAL:** Service of quality
- **SERVPERF:** Service Performance

SIGLAS:

- **EC :** Expediente Clínico
- **SMDC:** Seguro Médico Delegado de Cotel
- **SPSS:** Statistical Product and Service Solutions
- **EFQM:** European Foundation for Quality Management

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

El **objetivo** de la presente tesis es la de identificar cuáles son los factores que influyen en el manejo del expediente clínico, en el policlínico central del Seguro Médico Delegado de Cotel. En la ciudad de La Paz durante la gestión 2021. **Material y Método.** Se realizó un estudio mixto, de corte transversal, prospectiva, **Población de estudio** expedientes clínicos, activos del policlínico central del SMDC, los cuales a diario siguen un proceso de manejo desde el archivo hacia los consultorios ya sea de medicina general o especialidades. Se realizó 10 entrevistas al personal del Seguro , 15 fichas de observación de seguimiento de expedientes clínicos desde su solicitud hasta su regreso.

Resultados:

Se determinó con los instrumentos que existen 19 factores que influyen de manera positiva y 5 factores que influyen negativamente en el Manejo del EC en la Unidad de Archivo del Seguro Médico Delegado de Cotel, entre los negativos el principal es la pérdida o extravió del EC, que se debería a muchas causas. Entre los factores positivos podemos decir que pese a no contar con protocolos de procedimientos para este manejo, se trata de llevar lo más elocuente posible, se cumplen en un 73% los pasos descritos, pero existen falencias que se describirán.

Conclusiones y Recomendaciones.

Se determinó cuáles son los factores que influyen en el manejo del EC, ya sean positivos y negativos. Se realizó un nuevo flujograma en el cual se detallan que pasos se deben omitir y cuales se deben incorporar para que este manejo sea realmente el adecuado, así mismo este debe ser aprobado por la MAE del Seguro para poder luego ser socializado con los actores, se debe evaluar cada cierto tiempo para lograr la mejora continua.

Palabras Claves:

Expediente Médico o Clínico
Servicios de Salud
Archivo.

ABSTRACTS Y KEYWORD

The objective of this thesis is to identify which are the factors that influence the management of the clinical file, in the central polyclinic of the Delegated Medical Insurance of Cotel. In the city of La Paz during the 2021 administration. Material and Method. A qualitative-quantitative, cross-sectional, prospective study was carried out. Study population clinical records, assets of the central polyclinic of the SMDC, which daily follow a management process from the file to the offices, whether general medicine or specialties. 10 interviews were carried out with the Insurance staff, 15 clinical record follow-up observation records from their request until their return.

Results:

Through this study we were able to obtain the following results:

It was determined with the instruments that there are 19 factors that positively influence and 5 factors that negatively influence the Management of the Clinical File in the Archive Unit of the Delegate Medical Insurance of Cotel, among the negative ones the main one is the loss or misplacement of the File Clinical, which could be due to many causes. Among the positive factors we can say that despite not having procedural protocols for this management, it is about being as eloquent as possible, the steps described are fulfilled by 73%, but there are shortcomings that will be described.

Conclusions and recommendations.

It was determined what are the factors that influence the management of the clinical record, whether positive or negative.

A new flowchart was made detailing which steps should be omitted and which ones should be incorporated for whom this management is really appropriate, likewise this must be approved by the Insurance MAE in order to be later

socialized with the actors, You must evaluate from time to time to achieve continuous improvem

I. INTRODUCCION.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud.

Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

En el presente estudio haremos hincapié al Expediente Clínico de Consulta Externa, debido a que el Seguro Médico Delegado de Cotel solo cuenta con policlínicos de consulta externa, puesto que se compran servicios para la atención de Emergencias, cirugías e internación.

El presente estudio tiene como propósito determinar cuáles son los factores que influyen en el manejo del expediente clínico, en el servicio de consulta externa del policlínico central del Seguro Médico Delegado de Cotel.

El estudio es de tipo descriptiva, cuantitativa, no experimental, de corte transversal, prospectiva una vez identificados estos factores, se analizará de qué manera influye en el manejo del EC del servicio de Consulta Externa del Policlínico Central del Seguro Médico Delegado de Cotel.

Realizando una revisión del Reglamento General de Hospitales, así como la Resolución Administrativa del Reglamento para la elaboración, manejo y archivo del expediente médico o clínico en las entidades de Seguridad Social a corto plazo del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) y la Norma Técnica

para El Manejo Del Expediente Clínico aprobada por la Resolución Ministerial 0090.

Además, se revisaron las normas de otros países, durante el periodo de octubre a diciembre 2020, evaluando los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en el manejo del Expediente Clínico, en su elaboración, integración, uso y archivo como instrumento de gestión de la calidad.

II. ANTECEDENTES

2.1. A nivel internacional:

E. J. Narváez, (2015) calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, ginecoobstetricia, cirugía y pediatría, hospital general de Jaén 2014. En su estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo evaluó la calidad de registro del EC de los servicios de medicina, gineco-obstetricia, cirugía y pediatría, del Hospital General de Jaén Trujillo – Perú 2014, el tamaño de la muestra fue de 384 EC. Usó una ficha de auditoría de la calidad de atención de hospitales, propuesta por el Ministerio de Salud en su norma técnica 029 (39), En conclusión los resultados son: el cumplimiento del llenado de la historia por área Médica fue la mejor, con 180 casos (69.5%) con relación a los otros servicios, y la más deficiente para Gineco-Obstetricia con 73 casos (58.4 %). Dicho estudio concluye mayor supervisión en los otros servicios para el correcto llenado de la historia clínica, capacitación, que favorezcan una mayor habilidad y aptitud para el llenado, indicaciones e incluso aspectos de caligrafía, se sugiere también la realización de otros estudios.(1)

Mateo A., (2015) Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del Servicio de cirugía de mujeres, Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepequez, Guatemala. (agosto a octubre 2014). En su estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de abordaje cuantitativo para evaluar la nota de enfermería en el EC del servicio de cirugía de mujeres del Hospital Nacional de Mazatenango Suchitepequez Guatemala, tamaño de muestra 85 EC, unidad de análisis el personal de enfermería y EC, utilizo el instrumento de cotejo en base a las normas establecidas, para identificar las características en la redacción de las notas de enfermería. En cuanto a la técnica que utilizan para corregir errores de escritura o redacción solo el 16% respondió. Que durante el ejercicio de su profesión la nota de enfermería le ha servido para dejar constancia

de su trabajo, del tratamiento cumplido, proceso legal, para dar seguimiento al cuidado del paciente. El 50% indicó que no ha sido capacitado en cuanto a aspectos legales, importancia, normas de elaboración y usos de la nota de enfermería. Ante estos resultados se recomienda supervisión al personal de enfermería en cada turno, para que cumplan con los criterios de redacción normados, capacitación periódicamente sobre las normas e implicaciones legales que conlleva la nota de enfermería en los cuidados brindados al paciente, fomentar en el personal de enfermería, los conocimientos en cuanto a los criterios de redacción en las notas de enfermería en el EC (2).

2.2. A nivel Nacional:

Germán Érico Loza Monrroy MSc. (2014). MEJORAR LA NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO La presente propuesta de intervención está dirigida a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del Expediente Médico, mediante la evaluación de la aplicación de la Resolución Ministerial 0090, Norma Técnica del Expediente Clínico de febrero de 2008, explorando los registros, los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, evaluando si se ha constituido en herramienta obligatoria del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo. Mejorar la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico en el marco jurídico de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), revisando sus criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en su elaboración, integración, uso y archivo, necesarios para la Auditoría Médica.

Diseño. Estudio descriptivo propositivo.

Métodos. Se evaluarán expedientes clínicos de pacientes ingresados entre enero de 2009 a diciembre de 2011, en cada uno de los Hospitales seleccionados,

además se recolectarán información de libros y boletas de referencia y contrarreferencia. Se revisarán las normas jurídicas del País y de América Latina al respecto, ajustando la Norma Técnica en vigencia, se entrevistarán a informantes clave vinculados a la normalización y se efectuarán diálogos grupales con diversos actores sociales.

Resultados. 2.376 expedientes evaluados, 108 en cada uno de los 22 Hospitales de Segundo Nivel acreditados con estándares de calidad, 36 por año, 3 por mes.

Conclusiones. Se pretende disponer de una norma más eficaz como instrumento médico y jurídico, mayor regulación del Expediente Clínico, mejor orientación al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiéndole, además, ser de utilidad en la investigación, la estadística, la evaluación, la docencia y la administración.

Palabra clave. Expediente Médico o Clínico, Servicios de Salud con Calidad.(3)

CALIDAD DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO BASADO EN LA NORMA TÉCNICA EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNAYPATA DE LA RED N°2 NOR OESTE DE LA CIUDAD DE LA PAZ DE LAS GESTIONES 2012 AL 2016. Lic. Adelaida Callejas Zalles (2018)

El estudio se realizó con el propósito de evaluar la calidad del manejo del expediente clínico en base a la Norma Técnica en el Centro de Salud de Munaypata de la Red N° 2 Nor Oeste de la ciudad de La Paz de las gestiones comprendidas entre el 2012 al 2016.

Se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva y retrospectiva de corte longitudinal, se evaluaron 315 expedientes clínicos en los cuales se utilizó el instrumento de evaluación adaptada de la Norma Técnica de la auditoria médica mediante una lista de cotejo para el primer nivel de atención con 18 ítems.

Para el cálculo de la muestra se tomó en cuenta el universo de 19.960 expedientes clínicos con un tamaño muestra de $n=315$ expedientes clínicos con un nivel de confianza de 95%, una heterogeneidad del 50% y un margen de error de 5,5%, calculado a través de la ecuación estadística probabilística para proporciones poblacionales finitas: la selección de expedientes clínicos fue al azar, lo que significa que los objetos de estudio tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos.

Para el procesamiento y análisis de datos recopilados del estudio en el instrumento de evaluación del expediente clínico se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Product and Service Solutions) por su capacidad para trabajar con grandes bases de datos y una sencilla interfaz para la mayoría de los análisis.

Los resultados del ítem N° 4 “el EC cuenta con datos completos” alcanzo el resultado más alto, seguida de los Ítems N° 14 “en EC existe hoja de Enfermería” y el Ítems N°13 “El médico registra la evolución del paciente según SOAP”

Se concluye que el personal de salud y administrativo el 100 % no cumplen con lo que establece la norma técnica del manejo del EC.

Palabra clave: Evaluación, calidad de registro del expediente clínico, calidad de atención (4).

III. JUSTIFICACION

En nuestro país como en el mundo se ha visto la evolución en todos los campos y más aún la medicina, que en los últimos años no solo la tecnología se ha implementado, sino también en los conocimientos, entre los cuales se ha fortalecido el del expediente clínico, su manejo, su llenado, su importancia y utilidad en el trabajo diario, dentro del cual se ha podido observar una clara problemática al momento del manejo.

El ejercicio de la medicina y de las profesiones en salud, tanto en la medicina institucionalizada como en la privada, está basada en la relación médico-paciente de la que se derivan derechos y deberes recíprocos.

El profesional de salud para prestar una buena y adecuada asistencia tiene que respetar los derechos del paciente o cumplir con todos sus deberes, lo cual resulta muchas veces difícil dada nuestra realidad asistencial.

Dentro del contexto médicolegal y deontológico del ejercicio de las profesiones en salud, las historias clínicas adquieren su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal en salud respecto al paciente, convirtiéndose en la prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamos de responsabilidad a los profesionales de salud y/o a las instituciones públicas o privadas.

El incumplimiento o la no realización de la historia clínica, puede tener las siguientes repercusiones:

Malpraxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal defecto de gestión de los servicios clínicos

Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración.

Riesgo médicolegal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamos por malpraxis médica.

La importancia de esta práctica, y la poca relevancia que se le ha estado otorgando al correcto manejo de este documento, motiva la realización de este estudio. Ello nos lleva a buscar los factores que interfieren en un correcto o incorrecto manejo del expediente clínico.

Es necesario cumplir con el buen manejo del expediente clínico porque al ser un documento médico legal que se requiere para la atención médica, es evidente que el no contar con un adecuado manejo implica desorden, tiempo de espera prolongado por el paciente para su consulta, extravíos, expedientes duplicados, estudios complementarios extraviados, por lo cual el adecuado manejo se constituye en el reflejo de la atención ofrecida al paciente, la participación de un equipo de salud desde el archivo qué es de donde se emite la ficha, se designa al médico, para luego sacar el expediente clínico, pasarlo a enfermería para la toma de signos vitales, luego debe ser llevado al consultorio del médico que realizara la atención del paciente, luego este expediente debe ser retornado al mismo archivo.

El buen manejo del expediente clínico lograría un impacto social tanto para el personal de salud, como para el paciente, ya que en la medida en que se realice un adecuado manejo del expediente clínico dentro de la institución lograría que tanto el personal de salud como el administrativo conozcan de alguna manera las normas legales y no se cometerían errores en esta práctica, de tal modo que el

expediente clínico podrá ser un instrumento que respalde tanto al personal de salud como al paciente sobre la atención médica.

En cuanto a la justificación metodológica: en esta investigación de tipo descriptiva, en la que se emplea el método científico, se podrán obtener datos que pondrán en conocimiento cuales son los factores que influyen positiva y cuales los que influyen negativamente en el manejo del expediente clínico de los pacientes que acuden al servicio de consulta externa del policlínico central del Seguro Médico Delegado de Cotel, de tal forma que los resultados sean válidos y confiables.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que algunos profesionales en salud no cumplen con la aplicación de normas establecidas en relación con el manejo del Expediente Clínico, esto tiene repercusiones, para el médico tratante, para la institución a la que pertenece, para el mismo paciente del Seguro Médico Delegado de Cotel.

En la actualidad se ha visto que en los policlínicos del Seguro Médico Delegado de Cotel se afrontan problemas con el manejo del expediente clínico, desde la salida hasta el retorno a archivo, como no se cuenta con un manual de procesos y procedimientos, se podría decir que los pasos que se siguen no son permanentes, la cantidad de expedientes que se mueven en los diferentes consultorios, diferentes turnos, así como algunos expedientes pueden quedarse en calidad de préstamo para especialidades, cirugías, o de orden legal, o simplemente se encuentra mal archivados.

Al inicio de cada turno se evidencian largas filas en archivo y fichaje, pues el personal es insuficiente, el ambiente escaso, por lo que no se puede llevar un manejo adecuado de los expedientes clínicos.

El personal de salud si bien debería conocer la Norma Técnica para el manejo de expediente clínico, no la aplica, tenemos expedientes clínicos desordenados, algunos pacientes cuentan con más de 2 tomos por lo cual solo sale para consulta el último EC, los estudios complementarios se encuentran en medio de las hojas de evolución, esto hace que no se pueda realizar un seguimiento de las consultas previas, no existe hoja de enfermería donde se debe registrar la administración de medicamentos, etc., las atenciones de odontología se registran en la parte final y si se debe implementar una hoja este procedimiento retrasa más aun la salida de dicho expediente, por ende la atención del paciente se demora más, esto conlleva a la permanencia de mayor tiempo del paciente en consulta externa.

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué factores influyen en el manejo del expediente clínico de consulta externa en el policlínico Central del Seguro Médico Delegado de Cotel, durante el periodo de octubre a diciembre 2021?

V. OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que influyen en el manejo del Expediente Clínico en el servicio de consulta Externa del Policlínico Central del Seguro Médico Delegado de Cotel gestión 2021.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores que intervienen en el manejo del expediente Clínico en el Servicio de consulta Externa del Policlínico Central del Seguro Médico Delegado de Cotel.
- Analizar de qué manera estos factores influyen en el manejo del expediente clínico en el servicio de consulta Externa del Policlínico Central del Seguro Médico Delegado de Cotel.
- Proponer un procedimiento alternativo de manejo de expediente clínico que responda a los problemas y necesidades institucionales del Seguro Médico Delegado de Cotel.

VI. MARCO TEORICO

6.1 Expediente Clínico (EC):

6.1.1. Antecedentes Históricos

Evolución de la historia clínica a través del tiempo:

Hace 4.500 años, el más antiguo canon médico-Nei Ching., consideraba el interrogatorio, la observación, la auscultación y la palpación, como los cuatro pilares del examen médico.

En Babilonia, “el Rarú”, comparable a un auxiliar de clínico, interrogaba al paciente e investigaba los signos indicadores del pronóstico.

En la India, Susruta, médico hindú, hacía interrogatorio, palpaba su cuerpo, comprobaba el olor de su transpiración y el sabor de su orina, terminando por realizar cálculos de las medidas corporales, que relacionaban con la longevidad, por lo que se considera uno de los primeros antropometristas.

En Egipto hace 5.000 años, sus sacerdotes escribieron en los papiros, especialmente el más conocido el de Ebers, recomendaban métodos de inspección y palpación (6).

Etapa Hipocrática. “Catástasis”.

Hipócrates, considerado como el padre de la medicina, en sus 42 relatos, da origen a la verdadera historia clínica. Por primera vez se expone minuciosamente el examen médico y sus historias clínicas o catástasis, consideraban la totalidad del hombre, su ambiente y época de la vida (6).

Etapas de las “Consilis” (Consilium) medievales, las cuales no constituyen verdaderas historias clínicas, sino meras teorizaciones de pacientes imaginarios, así que durante los siglos de la Edad Media es poco lo que se puede agregar (6).

Etapas de las observaciones: La patología resurge en esta época del Renacimiento, siendo muy minuciosa en detalles y existe un agregado importante: la observación anatomo-patológica del caso relatado, debido a que comienzan a practicarse las primeras autopsias (6).

Historias del siglo XVII. (Historia morbi y Anatomo-Clínica): En este siglo hay dos corrientes importantes, la de la “Clínica Pura” y está representada por Thomas Sydenham, y la otra llamada Anatomoclínica. De la primera corriente resultó la Historia Morbi, donde se encara más la descripción de una entidad morbosa, que la de un individuo enfermo. Por el otro lado, el conocimiento más profundo de la Anatomía Patológica, permite relacionar la sintomatología del enfermo con los hallazgos anatómicos (6).

Siglo XVIII. Historias clínicas y clínicos.

Las historias clínicas unen la mentalidad clínica sydenhamiana con los conocimientos anatomo patológicos, dando origen a la estructura canónica que hoy le conocemos, y como representante de ello tenemos al maestro holandés Hermann Boerhaave. Se establecen las primeras cátedras de Clínica en Edimburgo en 1.741 y en Oxford en 1.780 (6).

Siglo XIX. Historia Clínica Científico Natural. Éste es un siglo del desarrollo de la ciencia, y así con los nuevos aportes en la Anatomía Patológica (Medicina Organicista), representada por Laënnec, los conocimientos de Fisiología y Fisiopatología (Medicina Experimental), cuyo máximo representante fue Claudio

Bernard y con la aparición de la Bioquímica y Bacteriología (Medicina Pausterina), con su impulsor Luis Pasteur.

Todos ellos se reúnen para hacer que la clínica, que hasta ahora solamente era una disciplina de observación y de razonamiento, encontrara las bases científicas que necesitaba. VIII. Siglo XX. En la primera mitad del siglo, la medicina con sus dos nuevos pensamientos: el psicosomático y el humanismo antropológico, con la influencia de Krehl, Freud, Adler y Jung, entre otros, sucede un cambio de la historia clínica, ya que deja de tener un carácter puramente anatómico, bioquímico o fisiológico y se establece la unidad del cuerpo y del alma, y con el advenimiento de la medicina antropológica se imprime un nuevo giro a la historia clínica.

El hombre es un ser espiritual, integrado a la familia, al grupo laboral, a la comunidad y a la sociedad. No sólo interesaba su enfermedad, la enfermedad de su víscera, importa el hombre enfermo, su biografía y su realidad social (6).

El médico, ahora cuando realiza una historia clínica, puede penetrar mucho más hondo y con plenitud en todas las dimensiones del ser enfermo.

El internista se introduce en la dinámica del sistema social del cual forma parte el paciente; considera la interacción permanente del hombre y su contorno, ve el enfermo como una unidad biológica psico-social que forma parte de un grupo familiar dinámico y de la comunidad, con interés, valora en su justa medida todos los aspectos físicos, emocionales y sociales del individuo.

En los últimos años, comienza la corriente llamada de la automatización en medicina, con la aparición de las computadoras y monitores automáticos, que desde luego le han dado un gran avance a la tecnología, pero como refiere Payne: "no para sustituir la intervención del ser humano, sino para aumentar las posibilidades de acción de éste.

La computadora, al liberar al médico de gran parte de su trabajo rutinario, le ofrece una posibilidad única de elevar la calidad del mismo” (6).

Pero creemos junto con Mazzei, el fundamento secular de la medicina: considerar al enfermo como persona y conservar permanentemente la investidura espiritual del médico; sólo así cada enfermo tendrá frente a él un médico y un solo responsable; sólo así la medicina del hombre adquirirá su tercera dimensión, la dimensión espiritual, y junto con lo espiritual y con el valioso aporte de la ciencia, estará penetrada de humanismo (5).

Desde finales del siglo pasado la primera mitad del presente, existieron intentos de organizar la información procedente de los pacientes. Así E. A. Codman (1869-1940) creó la historia llamada “de resultado final”, que estableció las raíces de la auditoría y supervisión actual, trataba de definir si un mal resultado quirúrgico se debía a fallas diagnósticas, terapéuticas o al curso de la enfermedad. Más tarde, en 1931 P. D. White (187-86- 1973) planteaba en sus escritos que los datos a obtener del enfermo debían determinarse con anterioridad, estableció qué tipo de información debe de obtenerse mediante el interrogatorio, la exploración física y los estudios de laboratorio; además indicaba como y cuando iba a ver de nuevo al enfermo, y recogía las características que revelaban la personalidad del paciente (6).

La historia clínica tiene sus orígenes desde que Thomas Sydenham, sentó las bases de la medicina clínica. Sin embargo, en la obra de Michael Foucault, aborda el papel que adquiere el médico en relación al proceso de obtención y registro de la información médica generada del contacto entre el médico y el paciente. De primera instancia algunas veces el médico suele ser un filtro ya que únicamente toma lo que llama su atención, puntualiza algunos aspectos de calidad de registros médicos, y menciona que no existir lagunas en el registro y el lenguaje utilizado no debe dar pie a malos entendidos (7).

Durante el Siglo XX se han realizado tres recomendaciones básicas que han marcado en forma decisiva el modelo de la historia clínica hospitalaria y de atención primaria actuales:

Historia clínica única para cada paciente: los hermanos Mayo, en 1907, en el St. Mary's Hospital (E.E.-U.U.), fueron pioneros en la introducción de una historia clínica única para cada paciente. Esto mejoró la continuidad, pero el necesario archivo centralizado implicaba grandes inversiones en infraestructura, enlenteciendo el acceso a la información.

Método estandarizado de registro de datos: en la década de 1920, los Hospitales norteamericanos decidieron que, para no omitir datos clínicos básicos, se debía unificar la recolección de información. Se consensuó el conjunto mínimo básico de datos.

Historia clínica orientada a los problemas: introducida por el Dr. Lawrence Weed a mediados de la década de 1960. Dentro del modelo biopsicosocial, al trabajar por problemas y registrarlos, necesitamos un instrumento idóneo que nos permita reflejar la realidad con la que interactuamos (8).

6.1. CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

6.1.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD

Existen muchas definiciones para la calidad de los servicios de salud. Tantas, que no existe un concepto único o unificado. Cada actor involucrado en el proceso de calidad tendrá una idea distinta y cada uno de ellos pondrá mayor relevancia a los conceptos que más valora.

Por ejemplo, para el paciente, la calidad se traduce en características de la atención, como la cálida y pronta atención, las instalaciones del hospital o clínica, la reputación de los médicos, y la imagen de la institución, son atributos que determinan un valor para la calidad (21).

Para el personal de salud, la valoración de la calidad se basa en los aspectos científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como la experiencia de los profesionales y la tecnología disponible. Varios han sido los expertos que se han involucrado en este rubro, como Avedis Donabedian de la Universidad de Michigan, considerado padre de la calidad de la atención en salud define a la calidad en salud como: "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención (22).

EVALUACIÓN DE CALIDAD.

Es considerada como un proceso general, que se describe como la diferencia entre las expectativas y apreciaciones en cada momento del ciclo del servicio. Mediante la evaluación, se puede realizar un diagnóstico del proceso de servicio, pero también facilita determinar las causas fundamentales que provocan los problemas identificados, provee al establecimiento algunas estrategias que contribuyen a la eliminación de esos problemas (22).

Para poder satisfacer a todas las partes implicadas, la calidad en salud debe alcanzar unos estándares de calidad satisfactorios en las siguientes dimensiones:

Efectividad - Oportunidad - Seguridad - Eficiencia - Equidad - Atención centrada en el paciente

La evaluación de la calidad se entiende como aquellas actividades realizadas por una empresa, institución u organización en general, para conocer la calidad que brinda. Explora las actividades del control de calidad, regularmente se utilizan modelos de calidad, que permiten estandarizar el proceso de la evaluación y sus resultados (23).

Otro aspecto importante relativo a la medición es que esta no puede realizarse únicamente a partir de la apreciación o el análisis de alguna de las partes constitutivas del servicio recibido. *La calificación debe hacerse con carácter integral, es decir, evaluando todas y cada una de las características, funciones o comportamientos.*

Para evaluar la calidad de las instituciones, servicios, empresas; se crearon diferentes normas, criterios, instrumentos, entidades; como la European Foundation for Quality Management (EFQM), International Standard Organization (ISO), modelo SERVQUAL (Service of quality), modelo SERVPERF (Service Performance).

A finales de la década del '80, se creó la European Foundation for Quality Management (EFQM) con el objetivo de proporcionar a las empresas europeas un modelo de calidad integrada para dar respuesta al concepto de calidad total, aplicable a la empresa en su totalidad.

Los criterios del Modelo EFQM de Excelencia se dividen en dos grupos:

- Criterios facilitadores, que incluye el liderazgo; las personas; la política y estrategia; las alianzas y recursos; los procesos;
- Criterios de resultados: resultados en las personas; en los clientes; en la sociedad y resultados clave.

La calidad total puede entenderse tal y como se sugiere en el Modelo de la EFQM como una estrategia de gestión de toda la empresa, a través de la cual se

satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general, por medio de la utilización eficiente de todos los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnologías, sistemas productivos, etc.

Estos conceptos de administración también pueden ser utilizados en el sector salud.

El modelo EFQM ofrece un modelo de gestión basado en la Gestión Total de la Calidad, que permite llevar a cabo un modelo de autoevaluación, orientado a la identificación de los aspectos críticos que existen dentro de la organización, utilizando como instrumento el ciclo de mejora continua o ciclo REDER (Resultados→ Enfoque→ Despliegue→ Evaluación y Revisión) (7).

La norma ISO está constituida por un conjunto de estándares auditables, y como tal, certificables por una entidad independiente, que especifican los requisitos que debe tener un sistema de gestión de la calidad, en la cual la organización ha de demostrar su capacidad para proporcionar, de forma constante, productos que satisfagan los requisitos del cliente/usuario/paciente y los requisitos legales aplicables y debe poder aumentar la satisfacción del mismo, mediante la aplicación eficaz del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los procesos de mejora continua y la prevención de la no conformidad.

El modelo EFQM y las normas ISO presentan puntos en común: permiten a las organizaciones identificar aspectos fuertes y débiles, contienen requisitos genéricos respecto a un modelo para realizar la evaluación, proporcionan la base para mejoras constantes e implican un reconocimiento externo. Hay que tener en cuenta, que cualquiera de estos dos modelos certifica la gestión de la calidad, pero no asegura la calidad asistencial de los procesos. Este aspecto se logra abordar mejor con la acreditación o con el diseño y monitorización de indicadores de calidad (21).

El uso de herramientas que midan la calidad de los procedimientos y terapéuticas sobre una base confiable y científica, el procesamiento de los resultados de la atención obtenidos y analizados estadísticamente serán indispensables para convencer a las autoridades sobre una adecuada asignación de recursos.

6.2. Definición de Expediente Clínico.

Si bien existen muchas definiciones en cuanto al expediente clínico, algunas solo se refieren a la historia clínica que es parte del expediente clínico.

El Expediente Médico es parte del contrato de los servicios médicos, entre el paciente y su médico, relación de contrato consensual, por la cual el médico se compromete a colocar todos los medios de su parte para devolver o mantener la salud del enfermo, quien a su vez se compromete a pagar unos honorarios al profesional por su trabajo. Esta forma de relación puede ser de varios tipos:

- A través de entidades hospitalarias de servicio público en donde el médico es un empleado a sueldo y los Municipios pagan gran parte de la atención médica mediante el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).
- A través de instituciones de las Cajas de Seguro Social
- Mediante entidades privadas de medicina prepagada: Aunque en estos casos el paciente no busca voluntariamente al médico, se somete a ser atendido por quien se encuentra de turno o llamada.

Ninguno de los casos descarta la relación contractual entre el médico y el enfermo, sino que más bien involucra a un tercero: La institución prestadora de servicios, quien paga al médico por su trabajo y debería garantizar al enfermo la mejor atención posible. El expediente médico deberá ser elemento fundamental en cualquiera de las formas de contratación (6).

El expediente clínico está considerado como derecho del paciente y regido por la norma oficial de cada país, en donde se exige al médico y al personal de enfermería, como una obligación elaborarlo, sistematizarlo y actualizarlo con calidad.

Se transforma así en un documento médico-legal, básico para la asistencia, docencia e investigación; y mide de alguna manera el nivel de excelencia que alcanza en la práctica clínica una institución y su personal de salud (9).

El expediente clínico contiene información personal del paciente, este expediente es abierto cuando un paciente ingresa a una institución médica para solicitar algún tipo de atención médica. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la enfermedad de un paciente.

Debe resaltarse que el historial clínico es confidencial, solo los equipos de médicos encargados del paciente pueden tener acceso a él.

El expediente clínico contiene:

- Hoja de temperatura
- Historia clínica
- Órdenes médicas
- Hoja de evolución
- Hoja de control de medicamentos
- Nota de enfermería
- Informe de laboratorios
- Hoja de admisión, carné y otros.

6.3. EC de Consulta Externa

Es aquel EC que incluye todos los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa realizado en el establecimiento, con o sin hospitalización.

En el caso de derivación de otro establecimiento, para que se cumpla la consulta o consultas, contará con la respectiva documentación de referencia, y de darse el caso, copias de la documentación de resolución y contrarreferencia remitida al establecimiento de origen.

Lo conforman:

- Historia clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos y técnicos
- médicos.
- Formulario de Consentimiento Informado.
- Ordenes médicas.
- Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica.
- Informes de exámenes de laboratorio, gabinete, patología.
- Elementos de enfermería.
- Notas de tratamiento y medicamentos administrados.
- Hoja de evolución de enfermería.
- Resumen de atención, orientación y prescripción del paciente.
- Documentos administrativos:
- Adicionales: (10).

Ventajas del (EC):

- Se constituye una fuente de información confidencial.
- Es de carácter legal ante los tribunales y sirve como prueba en algunos casos legales.
- Son medios de verificación para la investigación disciplinar o legal.

- Favorece el aprendizaje e intercomunicación de varias disciplinas.
- El registro clínico proporciona un cuadro completo de la historia del enfermo, sus problemas y los cuidados planeados para él.
- Permite a los estudiantes confrontar la práctica con la teoría.

6.4. Historia clínica

6.4.1. Definición de Historia clínica.

La Historia Clínica puede definirse desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista etimológico-gramatical. desde el aspecto jurídico, concepto medico asistencial o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal.

Definiéndose en tal circunstancia como el documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal de salud con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud; que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, para poder ser utilizada en cualquier momento (12).

La Historia Clínica, por lo tanto, es un documento privado, obligatorio sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente la historia patológica, las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención (12).

El vocablo clínico proviene del latín ***Clinus*** que significa cama o catre, ***clínucus*** enfermo que yace en cama. El médico tratante se encuentra al lado del enfermo, es decir al lado de la cama o lecho del paciente. (12).

La historia clínica es un documento que contiene un registro cronológico de los estados de salud de un paciente. Además, el documento contiene los

tratamientos a los cuales ha sido sometido, y cuáles han sido las razones de dichas intervenciones.

Por definición, la historia clínica es la relación de los eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. Además, se registran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado (5).

La historia clínica es el documento básico de la atención médica primaria, se la considera como la guía metodológica para identificar integralmente los problemas de salud de cada persona y establecer no solo las necesidades que siente que la llevan a realizar una consulta médica, sino todas las necesidades en este aspecto. De esta manera la historia clínica se convierte en un eficaz instrumento para aplicar el programa de atención médica (6).

La historia clínica es una de las herramientas más importantes y útiles para la actividad cotidiana. Muchas veces menospreciada por lo tediosa y poco práctica, una historia clínica bien diseñada y utilizada es una aliada noble y de mucho valor para los médicos de atención primaria. Su función primordial es ordenar la información para mejorar y facilitar la atención del individuo y la familia; nos permite reflexionar sobre los pacientes y abrir un canal de comunicación entre los distintos agentes de salud que actúan sobre el mismo (Médicos de Familia, Clínicos, Personal de Enfermería, Psicólogos, Sociólogos, Trabajadores Sociales, Administrativos, etc.); además de facilitar evaluaciones que nos permitan garantizar la calidad de nuestra actividad (8).

La historia clínica orientada al problema es un instrumento muy valioso para cualquier médico, nos permite acceder rápida y fácilmente a los datos, registrar problemas de salud (tanto específicos como inespecíficos) incorporando a este concepto a muchas situaciones que no eran contempladas con otros

modelos, seguir en forma continua la evolución de un problema en particular, implementar prácticamente los cuidados preventivos además de permitirnos desarrollar eficazmente las tareas de docencia e investigación. Sin duda como cualquier nueva herramienta se requiere tiempo para su ágil manejo, pero los beneficios bien valen adaptarnos al cambio.

La historia clínica es el documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y los datos relativos a su salud. Tiene el objetivo de facilitar la asistencia, desde el nacimiento hasta la muerte del paciente, y puede ser utilizada por todos los centros de salud donde este acuda. Es un instrumento básico porque permite al médico tener una visión completa y global del paciente. Tiene varias funciones: asistencial, docente e investigativa, de evaluación de la calidad asistencial, administrativa y médico legal. Por ello, debe ser veraz, exacta, tener rigor técnico en el registro de los datos, ser completa y tener la identificación del personal que la utiliza (11).

Con los avances en la enseñanza de la medicina, el médico ha sido adiestrado en la recopilación de datos, como una herramienta indispensable para el entendimiento de las enfermedades. A esto se le conoce como “expediente clínico”. Por lo tanto, deben conservarse por un período mínimo de 5 años, contando a partir de la fecha de la última cita médica. Atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la prestación de servicios de salud, las unidades de salud son responsables de:

- Resguardar la información.
- Evitar la pérdida parcial o total, así como de su deterioro.
- Asegurar la veracidad y la confidencialidad de la información.

El acto médico requiere de su documentación gráfica, y es, en el expediente clínico (Ficha clínica, historial clínico o historia clínica para otros países), donde se deben plasmar.

Se considera la fuente de información o documento oficial en donde el médico consigna y conserva todos los datos clínicos detectados y asegura al paciente la continuidad y evolución de problema. La historia clínica se convierte en la “autobiografía del enfermo, dirigida por el médico”.

La principal justificación se ubica en el contexto de la búsqueda de la salud como objetivo central. Si el personal de salud implicado en la atención del paciente, lleva un registro de datos y anota todo lo que puede serle útil para obtener un diagnóstico certero y ofrecer un tratamiento adecuado y oportuno, evitando todos los errores posibles en el proceso de atención, se cumplirá por lo tanto con el objetivo fundamental de recuperación, mantenimiento y rehabilitación de la salud del paciente.

Es entendible que, siendo un documento tan reiterativo y tan rutinario para el médico, y personal de enfermería, puede implicar ciertas dificultades en su redacción y transcripción completa. Sin embargo, debe entenderse que para lograr la salud del paciente no debe olvidarse ningún detalle y dejar constancia permanente de los datos, para revisarlos cuantas veces sea necesario (12).

6.4.2. Finalidad de la Historia Clínica.

La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. El motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de la historia clínica y a continuarla a lo largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente (13).

Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio profesional, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar asistencia (13).

No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos extra asistenciales de la historia clínica:

- Docencia e investigación: a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.
- Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que, se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente, así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.
- Administrativa: la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.

6.4.3. Procedimientos del Manejo del Expediente Clínico

Dentro de las normas ya establecidas en nuestro país para el manejo del expediente clínico, podemos mencionar algunas que pertenecen a los procedimientos del Manejo del Expediente Clínico (14).

Cierre y Entrega Oportuna del Expediente Clínico.

Siendo el EC la fuente principal que nutre el Sistema de Información en Salud, su registro estadístico debe ser oportuno, resultando inaceptable su retención y cierre tardío por más de 48 horas en los servicios de hospitalización. Para evitar esto último, es obligación del médico tratante del paciente ordenar su tiempo y cumplir las labores administrativas que le competen, haciendo el cierre del EC de manera inmediata al alta del paciente para que el personal de secretaría respectivo cumpla su correspondiente envío a Estadísticas, dentro del plazo máximo de las 48 horas señaladas (14).

Tiempo de Permanencia del Expediente Clínico en las Distintas Áreas

Según la Norma vigente en nuestro país indica que mientras dure el tiempo de asistencia en consulta u hospitalización, el EC permanecerá en las distintas unidades o servicios y será responsabilidad de los mismos su custodia.

Una vez concluida dicha asistencia, el EC será reintegrado a la Unidad de Archivo y Estadísticas en los siguientes plazos:

- a) EC procedentes de Urgencias en 24 horas.
- b) EC procedentes de altas de hospitalización en 48 horas.
- c) EC procedentes de consultorio externo en 24 horas.

Para cualquier otra eventualidad que pudiese presentarse, el plazo de devolución nunca superará las 72 horas (14).

Archivo del Expediente Clínico

Respetando las particularidades técnicas de archivo de cada establecimiento, los EC los custodiará la Unidad de Archivo y Estadísticas, en un único archivo central

con dos grandes divisiones: Activo y pasivo.

Se define archivo pasivo al que contiene los EC de las defunciones y archivo activo el que contiene los EC en secciones que corresponden a las unidades o servicios de hospitalización, colocados en orden alfabético según el primer apellido del paciente y manteniendo el mismo código o N° que se asignó al EC del paciente, en la primera consulta o Internación realizada en el establecimiento.

Cuando el paciente es dado de alta y el EC llega a la Unidad de Archivo y Estadísticas, será colocado en la sección de archivo activo que corresponda a la última unidad o servicio de hospitalización de donde fue dado de alta.(14)

Conservación del Expediente Clínico

El contenedor para la conservación y archivo del EC, ya sea durante la internación del paciente o para su mantenimiento indefinido en la Unidad de Archivo y Estadísticas, debe ser de material impermeable, opaco, impenetrable a rayos solares, con cierre hermético que evite la caída o pérdida de documentos, con un recuadro exterior que permita consignar los datos más importantes para fines de ordenamiento y clasificación y de un tamaño lo suficientemente grande como para contener toda la documentación, incluidas placas radiográficas o topográficas de formato mayor (14).

Archivo Especial

Algunos EC que requieren mayor custodia, se archivarán en sección especial, en los siguientes casos:

- EC solicitados por tribunales de justicia.
- EC sujetas a Auditoría Médica Externa.
- EC sujetos a Peritaje.

- EC sujetos a procesos administrativos.
- EC que a juicio del médico tratante, y con autorización del director del establecimiento, requieran esta medida (14).

Expediente Clínico Retenido

Si pasados los plazos establecidos en el artículo 29, no hay constancia de la devolución de EC de un paciente que de acuerdo a registros hubiese sido hospitalizado a atendido en consulta externa, será considerado como EC retenido (14).

Expediente Clínico Extraviado

Es aquel EC que no aparece en la Unidad de Archivo y Estadísticas, pese a la constancia de su entrada y colocación en la división y sección correspondiente, según los propios registros del archivo.

Pasado un mes, si el EC no apareciera pese a las investigaciones que fuesen realizadas, se notificará el extravío a la dirección del establecimiento, con una copia que quedará como constancia en una carpeta específica de la documentación administrativa del Archivo (14).

Control del Registro Estadístico del Expediente Clínico.

La Unidad de Archivo y Estadísticas del establecimiento cotejará diariamente el listado de los pacientes egresados con los EC recibidos para su correspondiente archivo, lo cual le permitirá identificar aquellos EC que estuviesen retenidos en los servicios de consulta externa y hospitalización. En caso de identificar retención del EC, elevará el reclamo Inmediato al jefe de unidad o de consulta externa u hospitalización donde se esté dando la retención, quien en un plazo máximo de 24 horas hábiles hará efectivo el envío del EC retenido. Si pese a esta

medida el EC no fuese devuelto, es obligación de la Unidad de Archivo y Estadísticas notificar esta situación a la Dirección, la que a más de lograr la entrega del EC retenido e Identificar responsables por este hecho, deberá adoptar las medidas correctivas que el caso aconseje. (14).

6.5. Factores que Influyen en el Manejo del Expediente Clínico.

Entre los factores que influyen en el manejo del expediente clínico, podemos mencionar los siguientes:

- Infraestructura y equipamiento de la unidad de Archivo, debe estar acorde a las necesidades del policlínico central del Seguro Médico Delegado de Cotel, dentro del equipamiento debemos contar con escritorio, equipo de computación, sillón giratorio Impresora, sillas apilables, gavetero, estantes tipo mecano, escalera plegable, esto en cuanto al equipamiento (14).
- No se encontró alguna norma que nos indique la caracterización de la unidad de archivo.
- Se encontró la caracterización del Perú donde tenemos:

Espacio, Equipamiento y Condiciones Ambientales

- El área recomendable, según volumen de cada archivo activo y pasivo, puede ser de: 40 metros ² (4m de fondo por 10m de ancho); 80 metros ² (8m de fondo por 10 de ancho); 150 m ² (15m de fondo por 10 de ancho); la misma que se adecua a su realidad y según el volumen de historias clínicas que tiene en archivo (activo y pasivo).
- Uso de estanterías especiales para carpetas de Historias Clínicas, con dimensiones recomendables de 28 cm de profundidad y 35 cm de alto entre bandeja y bandeja. La estantería no será superior a los 2.20 m de alto, dividido en 6 alturas o niveles y distante a 15 cm del muro, y deberá estar fijada a los muros o cielo raso en caso de estantes fijos. Asimismo,

la separación entre estanterías deberá considerar 1m. para pasillos principales y 75 cm para secundarios; en correspondencia con lo establecido en la normatividad de la materia .

- Los locales y ambientes de Archivo de Historias Clínicas deben ser fumigados periódicamente, contar con iluminación y señalización, ventilación adecuada natural o artificial, sistemas contra incendio, extintores, detectores de humo y extractores de aire, a fin de mantener las condiciones ambientales adecuadas.
- Las condiciones ambientales deben ser entre: 15° y 21° C. y una humedad relativa entre 45% y 65%, empleando un sistema de aire acondicionado incluyendo dispositivos de control de temperatura, humedad y extracción de aire viciado.
- El piso debe ser lo suficientemente consistente como para soportar el peso de las estanterías considerando una carga de 750 Kg/m² en los expedientes de estanterías fijas, y de hasta 1250kg/m², en estanterías móviles recomendándose que los ambientes de archivo de Historias Clínicas se encuentren ubicados en el primer piso de las IPRESS.
- Los elementos físicos del Órgano de Administración de Archivos y del Archivo de Historias Clínicas (pisos, muros, techos y puertas) deben ser de materiales ignífugos de alta resistencia mecánica y desgaste mínimo a la abrasión. Las pinturas deben tener propiedades ignífugas y el tiempo de secado necesario para evitar el desprendimiento de sustancias nocivas para la documentación (15).

Seguridad de los Archivos y Medios de Registros

- Contar personal con un área en el cual el acceso esté restringido y pueda ingresar sólo el autorizado, y es importante que se dispongan medidas de seguridad y un sistema de videocámaras.

- Conservar las Historias Clínicas en condiciones que garanticen integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.
- Es recomendable disponer de un contenedor para conservación y archivo, de material impermeable, opaco, impenetrable a rayos solares, con cierre hermético, con recuadro que consigne los datos más importantes, y de tamaño suficiente que contenga la documentación y placas radiográficas o topográficas.
- Contar con condiciones locativas, procedimentales, medio ambientales y materiales.
- Disponer de medidas de seguridad de orden físico en el archivo especial, para evitar su manipulación o alteración.
- Brindar seguridad a los programas automatizados, equipos y soportes documentales de la Historia Clínica, que impidan modificarla.
- Disponer de un plan de prevención, seguridad y recuperación de archivos, tomando como referencia Resolución Jefatura N° 159-97-AGN/J o la que haga sus veces, que aprueba el Plan de prevención y recuperación de siniestros por inundación en archivos emitida por el Archivo General de la Nación.
- Implementar mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado, para evitar la destrucción de registros accidental o provocada.
- Implementar el o los mecanismos de identificación del responsable de los datos consignados en la historia clínica electrónica; según códigos, indicadores u otros elementos, que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, estableciendo quién o quienes realizaron el o los registros, la hora y la fecha en la cual se efectuaron (15)

Personal de archivo “Debe realizar el ciclo de la información, supervisión, seguimiento de las prestaciones del Hospital, que incluye las prestaciones del Seguro Universal de Salud y otros, para contar con información clara, oportuna y de calidad. Su función es Organizar y custodiar toda información estadística,

ASIS, indicadores de gestión de la calidad y otros. Elabora las estadísticas, semanales, mensuales y anuales bajo el sistema computarizado o manual” (16).

Otro factor importante es el conocimiento de la norma Técnica para el manejo del EC por parte del personal del Seguro Médico Delegado de Cotel

6.6. Marco Legal

6.6.1. Importancia Médicolegal de la Historia Clínica

Concepto Médico-legal:

Se trata de un documento público/semipúblico: estando el derecho al acceso limitado. Puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales, existe obligación legal de efectuarla por normativas vigentes:

Ley General de Sanidad, Ordenación de prestaciones sanitarias, Derechos de los Usuarios.

Código Deontológico Médico, Normas Internacionales.

Se considera como documento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional: tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento médicolegal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que los

incumplimientos de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.

Testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional.

Instrumento de dictamen pericial: elemento clave en la elaboración de informes médico legales sobre responsabilidad médica profesional. El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la integran, reconstrucción de la historia clínica, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente, personas que intervinieron durante el proceso asistencial.

De acuerdo a la Norma Técnica para el manejo del expediente clínico, en su capítulo III, donde muestra el contenido general y específico.

Contenido General: el cual se divide en dos partes asistencia y administrativa

El contenido asistencial este incluye los documentos referidos al proceso de salud/enfermedad de la persona durante la consulta, hospitalización y seguimiento ambulatorio, estos son avalados por los que participan en su atención.

El contenido administrativo proporciona datos generales que permiten identificar en forma sencilla a cada paciente, estos son: número de expediente clínico, fecha de ingreso, hora, nombre, edad, fecha y lugar de nacimiento, sexo, raza, lugar de procedencia, domicilio, ocupación, teléfono (fijo o móvil) datos de los padres, o familiar responsable, seguro médico (si lo tuviese), servicio o unidad de hospitalización, y Numero de cama ocupada. Además, incorpora documentos (formularios) administrativos.

Contenido específico, este se desagrega en documentos individuales, lo que otorga a cada uno de ellos, importancia y significación propia, estos documentos son:

- Papeleta de internación. - Es aquel formulario o papeleta que sirve para la hospitalización del paciente, consignando sus datos generales de nombre, sexo, edad, a más del diagnóstico y fecha de ingreso, numero o código del EC que ha sido asignado, nombre y sello y firma del profesional que indica la internación, y si se hizo atreves de consultorio externo o emergencias. Que son los únicos dos lugares autorizados para la hospitalización del paciente y el manejo controlado de papeletas numeradas de intención, una de cuyas copias queda en el nivel administrativo para fines correspondientes.
- Nota de Internación. - Denominada también nota de ingreso o nota de admisión. Es un documento breve que se aplica provisionalmente cuando no se dispone del tiempo necesario para elaborar directamente la Historia Clínica del paciente. Consigna datos señalados en el artículo 11, y su llenado con nombre, firma y sello visible, es responsabilidad del médico de planta o médico que hospitalizó al paciente, dentro de las próximas 2 horas de transcurrida la hospitalización. En los hospitales de enseñanza, la Nota de Internación puede ser elaborada por el residente o estudiante de último año que se encuentra cumpliendo su Internado rotatorio, bajo la supervisión del médico de planta, quién necesariamente deberá avalarla con su nombre, sello y firma.
- Grafica de Registro de Signos Vitales. - Está diseñada en un formulario específico con los datos de identificación del paciente, que permite el registro gráfico de los signos vitales, pudiendo contener, además, casillas

para anotar datos adicionales como balance hidroelectrolítico, cuantificación de orina, número de evacuaciones, control de sondas y avenamientos, vómitos y otros. Su control y llenado es responsabilidad de enfermería en sus respectivos turnos.

- Historia Clínica. - Es el documento central del EC que, a más de señalar los datos generales del paciente y sus antecedentes personales, familiares, no patológicos, patológicos y gineco-obstétricos en el caso de la mujer; describe las condiciones actuales de su estado de salud-enfermedad, investigadas y recogidas a través de la anamnesis o interrogatorio y el examen físico general y especial. Concluye estableciendo el diagnóstico presuntivo, diagnósticos diferenciales y una propuesta básica de conducta y tratamiento. El responsable para su elaboración, dentro de las 8 horas de transcurrida la hospitalización, es el médico tratante. En los hospitales de enseñanza, la Historia Clínica puede ser elaborada por delegación del médico tratante al médico de último año que se encuentra cumpliendo su Internado Rotatorio, bajo la supervisión y revisión del médico de planta, quien necesariamente dará su conformidad, estampando su nombre, sello y firma al pie del documento.
- Consentimiento Informado. - Es la potestad que tiene el paciente de aceptar libremente y sin presiones, que por necesidad diagnóstica o terapéutica, se practique en su propio cuerpo procedimientos clínicos, laboratoriales, imagenológicos, instrumentales o quirúrgicos, previa explicación de quien o quienes tengan que practicarlos, con el fin de que el paciente sepa y comprenda cómo serán realizados y cuáles sus beneficios y eventuales riesgos o perjuicios, a más de obtener respuesta a sus preguntas o inquietudes. En la práctica, el Consentimiento Informado se lo obtiene con la firma del paciente, a través de formularios de diseños variables de acuerdo a los procedimientos que se tengan que realizar,

consignándose en la norma correspondiente, modelos básicos de orientación general.

- Informes de Exámenes Complementarios. - Son todos aquellos formularios o documentos del EC que contienen la información de los exámenes o procedimientos complementarios de diagnóstico y tratamiento que hubiesen sido realizados en el paciente. Necesariamente deben consignar el nombre, firma y sello de los responsables de su ejecución y estar plasmados en formularios expresamente diseñados para responder cabalmente a los requerimientos e investigación de quienes los solicitan.
- Notas de Evolución. - Son aquellas notas escritas por diversos métodos, que describen cronológicamente el curso de la evolución del estado de salud- enfermedad del paciente durante su hospitalización durante sus controles por conducta externa. Deben registrar estados estacionarios o cambios que se presentan en el paciente, ya sea por la evolución clínica misma, por los resultados de la aplicación del tratamiento y procedimientos empleados, o por cualesquiera otras causas. Son responsables de su elaboración u omisión, el médico tratante y quienes coadyuvan con él, en el tratamiento de su paciente.
- Interconsultas.- son las valoraciones clínicas o procedimentales que hacen otros profesionales autorizados a solicitud del médico tratante, o de quienes coadyuvan en el tratamiento o atención de su paciente, se registran como notas de evolución o en formularios expresamente diseñados para el efecto, especialmente para interconsultas interinstitucionales, siendo responsables de su ejecución y registro oportuno, el o los profesionales que atendieron la respectiva interconsulta, consignando su nombre, firma y sello (17)(18).

6.6.2. Ley 3131 Que establece la Regulación del Ejercicio Profesional Médico.

El 8 de agosto del 2005, se promulga la Ley N° 3131, donde se establece la regulación del ejercicio profesional médico.

Esta ley deberá ser aplicada a nivel nacional, en todo el sistema de salud, tanto en sus sectores: Público, Seguridad Social, Privado con fines de lucro y Privado sin fines de lucro.

Esta ley establece principios y definiciones del contexto del ejercicio de la profesión del médico, además se especifica las competencias del Ministerio de Salud en la supervisión y control, además de reconocer al Colegio Médico de Bolivia como entidad Colegida.

También se define funciones y actividades, así como el reconocimiento legal de los documentos médicos oficiales.

Se declaró explícitamente los derechos y deberes tanto del médico como del paciente. También se institucionalizo la auditoria médica en los ámbitos del acto médico y de la gestión de calidad de todos los establecimientos de salud.

Esta ley también establece excepciones legales al secreto médico, a su vez se propicia una relación equilibrada médico-paciente para mejorar la gestión de calidad en todo establecimiento de salud.

Establece que la creación de Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje no cumplió la previsión del Artículo 149 constitucional que señala: "Todo proyecto de ley que implique gastos para el Estado debe indicar, al propio tiempo, la

manera de cubrirlos y la forma de su inversión”, aspecto no considerado en el Artículo 18 de la Ley del Ejercicio Profesional Médico.

Tomando en cuenta lo anteriormente citado, es necesario dictar la presente norma, la misma que en el marco del Capítulo IX del Decreto Supremo N° 27230 de 31 de octubre de 2003, fue aprobada por el Consejo Nacional de Política Económica – CONAPE en fecha 14 de diciembre de 2005. (16)

En el reglamento a la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, mediante el Decreto Supremo N° 28562, del 22 de diciembre de 2005, en su capítulo V, Documentos Médicos Oficiales nos describe el concepto del expediente clínico, su contenido, su finalidad y su organización.

“El Expediente médico, está constituido por el conjunto de la Historia clínica y los documentos relacionados con el caso que surjan por fuera del proceso asistencial” (18).

“La Historia clínica es el conjunto de documentos escritos e iconográficos generados durante cada proceso asistencial de la persona atendida”(18).

Para fines de atención, conciliación, arbitraje, proceso judicial u otros, el expediente clínico se organiza de la siguiente manera:

Durante la Hospitalización:

- Gráficas de temperatura
- Ordenes médicas
- Evolución
- Informes de Laboratorio
- Informe Quirúrgico
- Informe de Anestesia
- Informe de Anatomía Patológica

- Notas de enfermería
- Hoja de Medicamentos
- Historia y Examen Físico
- Epicrisis
- Informe de Ingreso y Egreso.

Secuencia de formularios de la Historia Clínica después del Egreso:

- Informe de ingreso y egreso
- Epicrisis
- Historia y examen físico
- Evolución
- Ordenes Médicas
- Informes de Laboratorio
- Informe de Anestesia
- Informe Quirúrgico
- Informe de anatomía Patológica
- Grafica de temperatura
- Medicamentos
- Notas de Enfermería(18)

6.7. Seguro Médico Delegado de Cotel

6.7.1. Antecedentes.

El Seguro Médico Delegado de Cotel

Que la cooperativa *COTEL LA PAZ LTDA.*, Administra el Seguro Delegado desde la creación de la Empresa Telefónica en ese entonces denominada como TASA (Teléfonos Automáticos Sociedad Anónima), en virtud a delegaciones Seguro a

Corto Plazo, otorgada por el ente gestor Caja de Seguro Social Ferroviario. En el año 1997, al declararse la quiebra de esta caja, sus afiliados pasan a la Caja nacional de Salud, y esta entidad mantiene la delegación para la Administración del Seguro a Corto Plazo, mediante sucesivos convenios a favor de la empresa Cotel LTDA.

En la actualidad no se cuenta con el Convenio de Delegación del Seguro a Corto Plazo, suscrito con la Caja Nacional de Salud ya que venció en fecha 05/02/2014. Que mediante memorándum del 22 de marzo del 2018 el Lic. Fernando Dips Zogbi Gerente General designa al Dr. Nicanor Alberto Jove Aparicio como director del Seguro Médico Delegado de Cotel.

El Seguro Médico Delegado de Cotel, en su inicio fue dependiente de la Caja Nacional Ferroviaria quien en marzo del 1997 se disuelve, así mismo se dispone mediante una resolución que todas las empresas afiliadas quedaran como Seguros Delegados dependientes de la Caja Nacional de Salud quien deberá efectuar las auditorias pertinentes de conformidad a normas legales en vigencia.

El Policlínico Central del Seguro Médico Delegado de Cotel, es dependiente de la Caja Nacional de Salud, brinda servicios médicos en Medicina General, Ginecología, Medicina interna, Cirugía, pediatría, neurología, psicología, neurocirugía, psiquiatría, dermatología, nutrición, medicina genera, riesgos profesionales a corto plazo, desarrollando sus actividades brindando un servicio de calidad y calidez a sus asegurados.

También se cuenta con dos policlínicos uno en la ciudad de El Alto ubicado en la Calle 12 de Villa Dolores; el otro en la Zona Sur en las dependencias de las oficinas de Cotel La Paz, ambas cuentas con el servicio de medicina general y odontología.

Se realiza compran de servicios en las otras especialidades, así como de exámenes complementarios, tanto en la Clínica Rengel, en la Clínica CMAIO de referencia para internación y procedimientos quirúrgicos esta compre se realiza mediante emisión de facturas, ya que existe un convenio con los especialistas y las clínicas mencionadas, así como para la realización de estudios complementarios.

El servicio que se realiza a trabajadores y beneficiarios dependientes de la Cooperativa de Teléfonos Ltda. COTEL LA PAZ Ltda., está sujeta a las previsiones contenidas en el código de seguridad social a corto plazo.

Es así que su atención se extiende en la ciudad de La Paz, del Estado Plurinacional, realizando eficazmente un trabajo efectivo, rápido y seguro con sus afiliados cuenta. con más de 1500 asegurados en sus líneas de afiliación y una red de poli consultorios que garantizan a través de sus servicios y especialidades, un alto grado de responsabilidad en el trato ético médico y legal que merecen sus pacientes

Con diferentes unidades, dentro de su organigrama todos con cierto grado de responsabilidad, cuentan con una formación empírica sobre el trato documental con conocimientos básicos relacionados con las normas del Ministerio de Salud e INASES, formando criterios propios de atención.

El régimen de Seguridad Social a corto Plazo regulado en la ley del 14 de diciembre de 1956, por la que se aprueba el código de seguridad Social.

Este también regulaba las contingencias también hoy contempladas en la Ley 65, a la que se deberá recurrir si de tales casos se trata. Este régimen cubre enfermedad y maternidad.

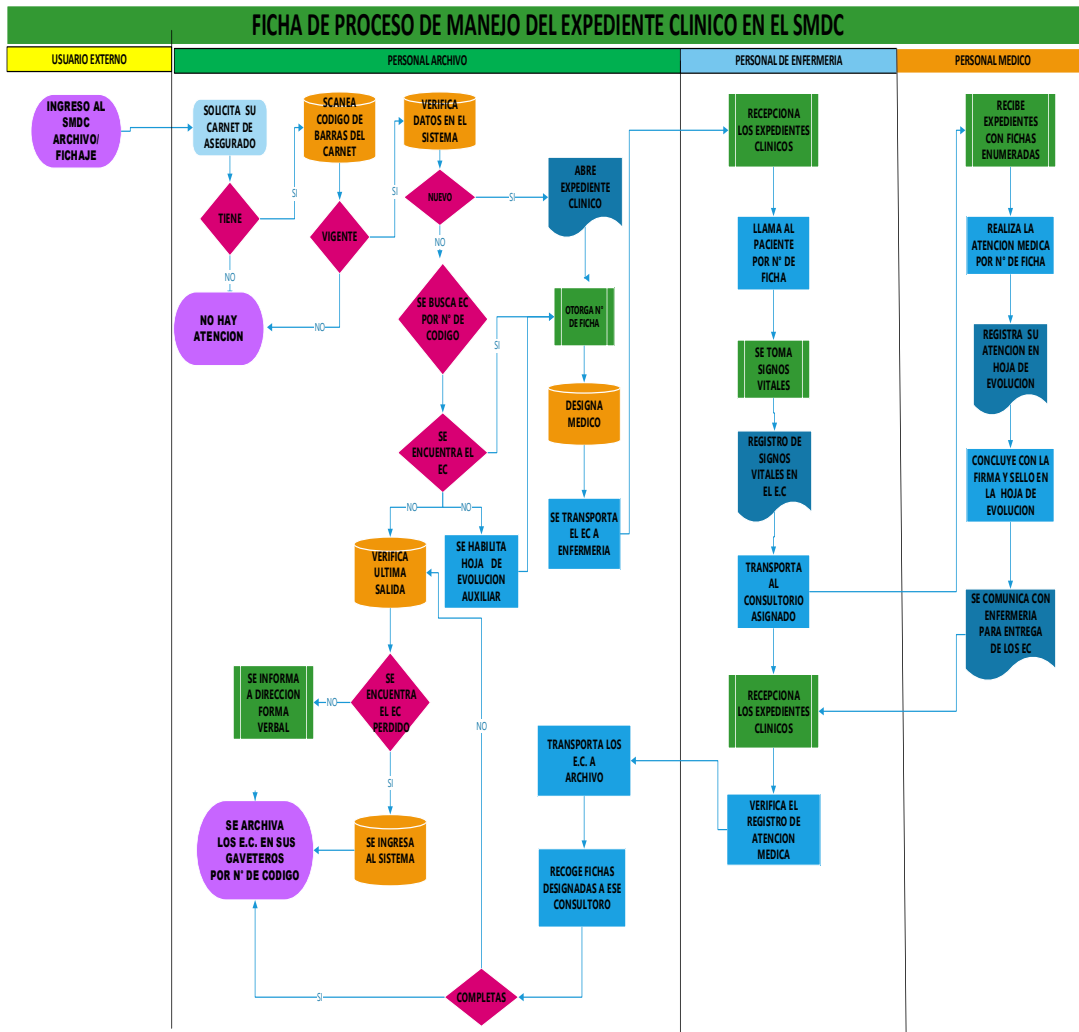
Debido al incremento de la población asegurada, y la escasa infraestructura con la que cuenta, es que se ve a diario largas filas en vigencia de derechos, archivo, fichaje, enfermería, además cabe mencionar que no existe una descentralización de este policlínico ya que el paciente es libre de optar a ir a cualquier policlínico ya sea de la ciudad de El Alto, La Paz, o la zona Sur.

En cuanto al manejo de los expedientes clínicos, cada policlínico cuenta con sistema informático donde pueden consultar si el funcionario se encuentra vigente o no su filiación en el seguro, pero si hubiera dudas la enfermera que es la encargada debe realizar vía telefónica la consulta correspondiente sobre la vigencia del paciente al policlínico central, posteriormente saca el expediente, luego de la toma de signos vitales traslada el mismo al consultorio correspondiente, terminada la jornada los recoge y pasa un listado a la unidad de Archivo del policlínico Central para que se registre las atenciones tanto medicas como odontológicas, para posteriormente proceder a su archivo.

Cabe mencionar que no se cuenta con algún documento legal que indique fechas de creación del seguro, solo resoluciones y algunas notas que se encontró en Asesoría Legal del SMDC.

Figura N° 1

Flujograma – Ficha de Proceso de manejo del Expediente Clínico del Policlínico Central SMDC



FUENTE: Elaboración propia, 2021

Este flujo grama explica en base a la realidad que se ha visto del manejo del expediente clínico en el Policlínico Central del SMDC.

Al no contar con un proceso establecido, un manual de procedimientos se pudo identificar los siguientes pasos, los que fueron plasmados en las fichas de observación que se utilizara como instrumento para evaluar el manejo de los expedientes clínicos.

VII. DISEÑO DE INVESTIGACION

7.1. Tipo de investigación.

La investigación a realizarse es descriptiva, mixta, de corte transversal, prospectiva.

Es descriptiva porque se incluye solamente un grupo de participantes (19).

Es cuantitativa debido a que las características fundamentales de este método son la objetividad en las observaciones y mediciones, el control de todos los componentes de los procesos, ya sean descriptivos o especialmente maniobras, intervenciones o experimentos, el muestreo para poder realizar generalizaciones de los resultados obtenibles que permitan demostrar o probar hipótesis, y otros (19).

Es cualitativa por ser como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos (20).

Es un diseño de investigación transeccional o transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede (20).

Es un estudio prospectivo, porque es aquél donde los investigadores tratan de determinar la posibilidad de que ocurra un evento o desenlace a partir de una causa. En este diseño, los investigadores, primero, identifican la causa y vigilan un tiempo para conocer si desarrollan o no el desenlace; es decir, es un estudio que va de la causa al efecto (19).

7.2. Población de Estudio

Dentro de la población que se estudió tenemos a los expedientes clínicos, activos del policlínico central del Seguro Médico Delegado de Cotel, que son alrededor de 6000 los cuales siguen un proceso de manejo a diario para los diferentes consultorios ya sea de medicina general o especialidades.

Diariamente se manejan entre 10 a 14 expedientes clínicos en cada consultorio, contamos con 6 consultorios de las diferentes especialidades, ya sea en turno completo o medio turno en promedio 123 expedientes clínicos diarios, 615 expedientes semanales, 2460 expedientes mensuales aproximadamente. **(Cuadro N° 1).**

Cuadro N° 1.

Cantidad de expedientes clínicos que se manejan por mes en el Policlínico central del SMDC. (Gestión 2021)

EXPEDIENTES CLÍNICOS	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL
Consultorio 1 Cirugía (medio tiempo)	10	50	200
Consultorio 2 Ginecología (medio tiempo)	10	50	200
Consultorio 3 Medicina Interna (2 turnos)	28	140	560
Consultorio 4 Pediatría (medio tiempo)	10	50	200
Consultorio 5 Medicina General (2 turnos)	28	140	560
Consultorio 6 Medicina General (tiempo completo).	28	140	560

EXPEDIENTES CLÍNICOS	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL
Consultorio 7 Odontología y odontopediatría (cada uno medio tiempo)	9	45	180
Total	123	615	2460

FUENTE: Elaboración propia, 2021

7.3. Muestra.

El presente trabajo de investigación se tomó como muestra no probabilística intencional, de todos los expedientes clínicos que son alrededor de 6000, tanto de titulares como beneficiarios que acuden a Consulta externa del policlínico central del Seguro Médico Delegado de Cotel.

Se manejan por mes alrededor de 2460 expedientes en las diferentes especialidades como en medicina general. (cuadro N° 2)

Se eligió este tipo de muestra no probabilística intencional por la disponibilidad de las personas involucradas, los expedientes clínicos y la facilidad para acceder a ellas.

En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (20).

Se estudió el proceso de manejo de los expedientes clínicos, para ello se observó el proceso del manejo de 15 expedientes, desde su solicitud por el paciente a la ventanilla de archivo, enfermería, consultorios, y de retorno a la unidad de archivo para terminar en su gavetero correspondiente, cada una con una ficha de observación, el tiempo que se tomara deberá ser de acuerdo a disponibilidad de

mi persona, dado que también cumplo funciones de medico asistencial en el mismo policlínico.

Se realizará una entrevista con preguntas específicas a 10 funcionarios del área de archivo y salud. (cuadro N° 2)

Cuadro N° 2.

Cuadro de funcionarios que serán entrevistados en el Policlínico central del SMDC (Gestión 2021)

N°	CODIGO	CARGO	CONTRATO	TIEMPO DE FUNCION
1	M1	Director		5 años
2	M2	Internista	Eventual	14 años
3	M3	Cirujano General	Anual	8 años
4	M4	Médico General	Anual	2 años
5	M5	Médico General	Ítem	10 años
6	M6	Odontología	Ítem	12 años
7	M7	Odontología,		
8	M8	Administrador	Ítem	10 años
9	M9	Jefa de enfermería	Ítem	10 años
10	M10	Encargado de Archivo	Ítem	10 años

FUENTE: Elaboración propia, 2021

7.4. Criterios de Inclusión

- Personal del área de salud y administración del Seguro Médico Delegado de Cotel, como médicos generales, especialistas, odontólogos de planta, contrato y venta de servicios que ejerzan funciones por más de 2 años en el Seguro Médico Delegado de Cotel, policlínico Central.

- Expedientes clínicos activos tanto de funcionarios como beneficiarios que se encuentran en la unidad de Archivo del policlínico Central del Seguro Médico Delegado de Cotel.

7.5. Criterios de Exclusión

- Personal del área de salud y administración del Seguro Médico Delegado de Cotel, como médicos generales, especialistas, odontólogos de planta, contrato y venta de servicios que ejerzan funciones por menos de 2 años en el Seguro Médico Delegado de Cotel, policlínico Central.
- Expediente clínico observado, pasivo de la unidad de archivo del Policlínico central del Seguro Médico Delegado de Cotel.

7.6. Área de Estudio:

El estudio se realizó en el área de archivo y consulta externa del Policlínico central del Seguro Médico Delegado de Cotel, en la ciudad de La Paz, de enero a diciembre del 2021.

7.7. Unidad de Análisis:

Es la unidad de archivo del expediente clínico y consulta externa del Policlínico Central del Seguro Médico Delegado de Cotel.

7.8. Instrumentos de Recolección de Información

Para la presente tesis se utilizaron tres instrumentos para la recolección de información:

- **Entrevista Semiestructurada** está dirigida al personal de salud, administración y archivo, la misma cuenta con 5 preguntas.(ver anexo 1).
- **Ficha de Observación de Seguimiento de Expedientes Clínicos** para observar cada uno de los pasos desde que sale y es devuelto a la unidad de Archivo, dicho instrumento cuenta con 24 ítems.(ver anexo 2).
- **Ficha de observación de la unidad de Archivo**, esta evaluó las características que posee la unidad de Archivo del policlínico Central de SMDC, como ser ambientes, mobiliarios, etc.; cuenta con 14 ítems.(ver anexo 3).

7.9. Operacionalización de Variables:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO.
1.Variable independiente: Factores que influyen en el manejo	Es un elemento o circunstancia que contribuye a producir un resultado. De esta manera, los factores son los distintos aspectos que intervienen, determinan o	1.Estructura: PERSONAL Competencias profesionales:	Actitud. Nivel de instrucción. Práctica en el área. Antigüedad en el trabajo. Conocimiento de la Norma para el manejo del EC. Aplicación de la norma del manejo del EC. Cursos de capacitación	Entrevista

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO.
1.Variable independiente: Factores que influyen en el manejo	influyen para que una cosa sea de un modo concreto.	INFRAESTRUCTURA	Espacio en Archivo. Señalización de ventanilla en archivo. Superficie adecuada. Pisos y paredes. Red eléctrica.	Ficha de observación
		EQUIPAMIENTO	Escritorio Equipo de computación. Impresora. Sillón giratorio Sillas apilables. Gaceteros Estantes tipo mecano. Escalera plegable	Ficha de observación
		2. PROCESO:	Atención en archivo Entrega y recojo del EC. Pasos que sigue el EC, en los diferentes lugares al que es transportado. Organizar y custodiar toda información estadística. Información sobre expedientes perdidos y/o extraviados.	Ficha de observación
		3. RESULTADO:	EC Bien archivado. Sistema que guarda la información de los asegurados. EC extraviados EC perdidos. EC duplicados	Ficha de observación

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO.
			EC dados de baja.	
2.Variable Dependiente: - Expediente Clínico.	Documento legal y confidencial, en el que se integran los datos necesarios para formular los diagnósticos, establecer el tratamiento médico y planificar los cuidados de enfermería.	1. EC correctamente identificado	Código Nombres y apellidos.	Entrevista al personal de salud, administrativo y archivo.
		2. Contenido del EC	EC completo, ordenado, disponible para la atención de la consulta.	Entrevista al personal de salud, administrativo y archivo.
		3. EC debidamente ordenado y clasificado por secciones:	Documentos básicos Exámenes complementarios Notas de evolución Protocolos de procedimientos.	Entrevista al personal de salud, administrativo y archivo.
		4. accesibilidad pronta y oportuna	Por requerimiento de especialidad. Por causa legal Por auditoria medica externa Por peritaje	Entrevista al personal de salud, administrativo y archivo.

FUENTE: Elaboración propia,2021

8. RESULTADOS

Los resultados obtenidos corresponden a la evaluación con tres instrumentos, entrevistas al personal de salud, administrativo y archivo; fichas de observación al manejo del expediente clínico, ficha de observación a la unidad de archivo del policlínico central del seguro Médico Delegado de Cotel.

8.1. Resultados de las Entrevistas.

Se realiza la transcripción de cada una de las entrevistas, con el análisis correspondiente, el mismo que fue corroborado por el programa de MAXQDA , el cual se utiliza para estudios de tipo cualitativo.

Cuadro N° 3

¿Usted como personal de salud del seguro Médico Delegado de Cotel cree que el manejo de los expedientes clínicos es el adecuado? Y ¿Por qué?

M1	Bueno considero que el manejo del expediente clínico está dentro de parámetros que manda los protocolos del entonces INASES, que creo que se enmarco, sin embargo nos faltaría adecuarnos a que tengamos más tecnología y que este en forma digital. El expediente está de manera manual y faltan muchos elementos hay una diferencia entre colega y colega, algunos utilizan el protocolo del SOAP de manera completa y algunos hacen un resumen, he podido advertir también que a muchos les falta fecha comentarios por ejemplo cuando piden un examen complementarios solamente lo dejan como parte del expediente pero no como un comentario positivo o negativo para poder continuar un tratamiento.
M2	El manejo de los expedientes clínicos en Cotel es el adecuado porque sigue todos los parámetros que se han establecido paso a paso para que puedan manejarse desde la pedida de la historia clínica, a la inscripción del paciente hasta que llega al consultorio, es sin embargo un poco obsoleto porque no está completamente digitalizado pero se mantiene que se han seguido siempre.

M3	Creo que no, creo que debería haber un mejor manejo en sentido de que los resultados de los estudios complementarios deberían de ser accesibles de manera mucho más temprana, deberían ser centralizados, creo que todo el manejo debería sea actualmente de manera virtual, computarizado, para poder acceder desde la computadora directamente a la historia del paciente, revisar los estudios y estar evitando acumular papeles en las carpetas.
M4	Si me parece que es el adecuado ya que el manejo como tal desde que ingresa el paciente hasta que llega a manos del médico y su posterior re archivo, si es el adecuado ya que se lo hace de una manera ordenada, talvez a veces con un poquito de retraso cuando el seguro se llena
M5	No, no creo porque hay muchos colegas no cumplen la normativa de SOAP, además que el tratamiento de diferente manera entonces a veces viene el paciente y dice deme lo que me ha dado el otro Doctor no , primero que no le entiendo la letra y no cuantifican cuanto le han dado, por ejemplo cuanto le dieron de amoxicilina , le han dado de 500 de 1 gramo? desconozco por eso es que creo que no está muy adecuado, otro de los errores es que no se si le corresponde a archivo o a enfermería que no está con la hoja para poder llenarlos datos clínicos de cada paciente , entonces hay que estar buscándonos, donde está la hoja, es donde perdemos tiempo. Nada más.
M6	Me parece que con las limitaciones que tenemos está acercándose al adecuado, pero todavía tiene muchas falencias al tiempo de búsqueda de los expedientes, etc.
M7	Si creo que es el adecuado porque lo manejan en base a códigos y las matriculas, en base a los apellidos y nombres también.
M8	No creo que sea el adecuado, porque estamos en tiempos el sistema informático es el que en la mayoría de los archivos, actualmente nuestro seguro no cuenta con eso.
M9	No, porque falta solucionar algunos detalles, como por ejemplo el nombre a cada hoja de evolución de cada expediente clínico.

M10	<p>Bueno acá tenemos algunos problemas el manejo del archivo no es el 100% adecuado tenemos algunos problemas por ejemplo no tenemos un sistema informático que sea unificado que maneje la misma información que maneja vigencia de derechos, como tenemos problemas de sistemas tenemos que tener exclusivamente un sistema de archivo, otro tema es que muchas veces los expedientes que salen de aquí, no se notifican adecuadamente, por ejemplo piden la parte de enfermería y ellas lo llevan a dirección, lo llevan a un médico y nosotros no llegamos a enterarnos siempre donde está el expediente.</p> <p>También tenemos otro problema que la clínica Rengel no envía la documentación que generado no la envía o la acaba enviando de golpe masivamente entonces los tiempos que nos quedan para hacer todo la regularización del archivo, pues este queda corto y entonces eso demora, esos son los problemas que tenemos.</p>
-----	--

FUENTE: Elaboración propia, según entrevista, 2021

ANALISIS:

De los sujetos entrevistados 30% cree que el manejo si es el adecuado, porque se maneja en base a códigos y matrículas, es ordenado, el 40% cree que no es el adecuado, porque no está digitalizado, los estudios no están accesibles, hay falencias en la búsqueda de expedientes, y 30% personas creen que se acerca al adecuado pero hay problemas en el sistema informático que actualmente manejan.

Cabe mencionar que varias de las respuestas dieron a conocer aspectos sobre el llenado de la historia clínica (evolución, tratamientos, etc.) aspectos que no están contemplados dentro del presente estudio, pero podrían ser consideradas para un futuro estudio.

Tabla N° 1

¿Usted como personal de salud del seguro Médico Delegado de Cotel cree que el manejo de los expedientes clínicos es el adecuado? Y ¿Por qué?

Análisis con MAXQDA pregunta N° 1

Combinación de palabra	Palabras	Frecuencia
el manejo del	3	7
de los expedientes	3	5
el manejo de	3	4
en base a	3	4
en el manejo	3	4
en el momento	3	4
es el adecuado	3	4
la historia clínica	3	4
las historias clínicas	3	4
manejo del expediente	3	4

Fuente: elaboración Propia MAXQDA

ANALISIS: Con este programa se pudo verificar que entre los mayores porcentajes que se logró, de la primera pregunta a los 10 entrevistados, indica que un buen porcentaje cree que el manejo actual es el adecuado, esto corrobora el análisis previo que se realizó a esta pregunta. (Ver tabla N°1)

Cuadro N° 4

¿Cómo personal de salud y en su experiencia cuales son las tres principales causas por las que se extravían o pierden los expedientes clínicos?

M1	Creo que no debería perderse en ninguna parte porque este es un documento médico legal, y de un resguardo absoluto por normativa incluso después de que se da la baja el documento de me estás del bordo durante 5 años, para eso el personal que está trabajando en esa área debe cuidar de manera en adecuada y codificada para que se pueda adquirir la información que se quiere pero lamentablemente en muchos casos por un mal manejo de archivo, se extravían, que yo tenga conocimiento que se hayan robado un Expediente clínico no ha sucedido por lo menos aquí no, en el Seguro Médico de Cotel sino un mal archivo.
----	--

M2	<p>Generalmente es por la poca importancia que se da a este procedimiento, esta es la causa más importantes , la poca importancia que se da tanto para el personal médico como paramédico también, las otras dos causas serian la falta de organización sobre todo en archivo y la falta de organización a nivel de los pasos que se deben seguir para el manejo de los expedientes clínicos.</p>
M3	<p>No, se sinceramente, yo creo que es la gran acumulación de papeles que tenemos , hay pacientes que tienen un montón de papeles, entonces las carpetas se duplican, triplican y se archivan, luego no se encuentran, yo creo que es el numeroso papeleo que tenemos, yo creo que de manera virtual digital mucho más practico poder manejar esto.</p>
M4	<p>Según mi experiencia en los lugares que pude trabajar y específicamente aquí en Cotel sería uno sigue todavía con un manejo material por así decirlo , el recojo de laboratorios, la entrega de laboratorios , la segunda causa seria que en el momento del contacto con el especialista se prestan algunos resultados, algunos estudios y es ahí donde se extravían o directamente el paciente se los queda, como tercero puede ser que en el momento del rearchivo o en el momento que se recoge las historias clínicas, en el momento que ya finaliza la consulta, al ser a veces en grandes cantidades deciden llevarlo todo de uno por así decirlo pueden traspapelarse las cosas.</p>
M5	<p>De perder todo el expediente no se pierde, pero si se pierden ciertos exámenes de laboratorio, porque van al especialista por ejemplo llevan al endocrinólogo, los exámenes de glicemia, hemoglobina glicosilada y este especialista nunca los regresa por eso que perdemos ahí ya no podemos hacer un seguimiento de cuanto tenía el paciente, cuanto tenía hace seis meses yo por norma hago cada 3 meses a los pacientes diabéticos no se encuentran sus datos clínicos, pero que se pierda el expediente como tal, no podría decir que he visto que se haya perdido, alguna vez quizá no es que se haya perdido, si no que el director dice pásame ese expediente vamos a hacer un seguimiento y no lo devuelve en su debido momento y cuando viene el paciente a la próxima consulta y estamos haciendo un llenado en hojitas no, en falsos expedientes, luego vendrán acomodaran, no tengo idea eso sí podría ser.</p>

M6	<p>Dentro de las causas para el extravió de los expedientes vendría a ser la falta de digitalización talvez del sistema de archivos, eso hace que la rapidez de encontrar los expedientes, eso hace difícil que se pierdan los expedientes.</p> <p>Otro seria talvez la capacitación para el personal podría ser el otro la falta de coordinación o de organización dentro de del sistema de archivos.</p>
M7	<p>Porque a veces no son recogidos a tiempo, cuando hay un cambio de turno de los doctores o por el personal médico y también por el entre papeleado que puede haber, pero como es manejado en base a códigos y matriculas entonces lo manejan en base a ese orden.</p>
M8	<p>Principalmente es cuando se prestan al departamento administrativo para ver algunas observaciones que habido tanto en clínica como en atenciones,</p> <p>Cuando se prestan a médicos y directamente una falta de control, un archivo que diga a que destinatario está llegando.</p>
M9	<p>Por el hecho de que no tiene cada hoja del expediente clínico su nombre correspondiente, la fecha que ha venido sus exámenes de laboratorio no son archivados a la historia clínica del paciente</p>
M10	<p>Otro problema que tendríamos es la irregularidad de algunas autoridades piden los expedientes y no se sabe a fondo donde acaban esos expedientes, si pasan a la parte jurídica, si pasan a contabilidad entonces no lo devuelven en su momento nos piden repentinamente, entonces no nos dan tiempo de nosotros hacer una firma digamos con la persona que pide, o envían un mensajero y no podemos hacer firmar al directo interesado.</p> <p>Otro problema que tenemos por ejemplo es el cambio de código que hacen de Cotel, asignan códigos y luego reasigna a esas personas diferentes códigos, entonces empieza a ver confusión para buscar el expediente también la base de datos que como no es la misma base de datos que maneja vigencia de derechos entonces a veces no tenemos actualizado si algún paciente se ha dado de baja o se ha dado de alta algún paciente o asegurado.</p>

FUENTE: Elaboración propia, según entrevista, 2021

ANALISIS:

La mayoría de los entrevistados indican que si hay perdida, se debería al préstamo que se realiza ya sea administración, asesoría legal, a especialistas, que no existe un registro del mismo, por la poca importancia que se le da a este procedimiento, por el cambio de código que asigna Cotel, por el mal manejo de archivo, por la falta de actualización del sistema informático, algunos piensan que no se pierde lo que se pierden son los estudios que no devuelven los especialistas o el mismo paciente, por la gran cantidad de papeles , ya que hay pacientes que tienen muchas atenciones y sus expedientes se multiplican y traspapelan.

Tabla N° 2

Cómo personal de salud y en su experiencia cuales son las tres principales causas por las que se extravían o pierden los expedientes clínicos?

Análisis con MAXQDA pregunta N° 2

COMBINACIÓN DE PALABRA	FRECUENCIA	%
que se pierde	4	0.78
no hay registro	3	0.58
no se pierde	3	0.58
base de datos	2	0.39
manejo de archivo	2	0.39
no devuelven expedientes	2	0.39
de los expedientes	2	0.39
del sistema informático	2	0.39
no se encuentran	2	0.39
poca importancia que	2	0.39

Fuente: elaboración Propia MAXQDA

ANALISIS: En esta pregunta se hace hincapié a los 3 principales causas por las que se extravían los Expedientes Clínicos, el mayor porcentaje se da en que se pierde, porque no hay registro, no devuelven expedientes, si bien estos factores

también están mencionados en el análisis previo de las entrevistas.(Ver tabla N°2)

Cuadro N° 5

¿En su opinión, que factores influyen NEGATIVAMENTE en el manejo del expediente del Seguro Médico Delegado de Cotel? (mencione por lo menos 3)

M1	Consideró la actitud que deberían tener los profesionales de la salud para que se pueda manejar primero en hacer una buena historia clínica hacer una buena evolución, hacer un buen diagnóstico y tratamiento que tiene que tener además una correlación con el manejo de fármacos, insumos y laboratorios, creo que esos son los factores que inciden negativamente.
M2	Nuevamente es la poca importancia que se le ha dado estos pasos en la recepción, inscripción, en todos los pasos que se han de seguir para que el expediente clínico tenga un buen manejo, repito tanto por parte de los médicos como por parte de los paramédicos.
M3	Otras causas son que no se ha protocolizado, no se a estandarizado el manejo del expediente clínico adecuadamente para nuestro seguro, se tiene que protocolizar, estandarizar de acuerdo a la situación de cada servicio médico.
M4	Bueno uno sería el que el paciente no entiende a veces como se maneja un archivo médico y motivo por el cual el personal de vigencia tiene que ir de un lugar a otro con el archivo, segundo a veces en enfermería justamente por el espacio limitado que se tiene a veces este documento que es tan importante no se lo maneja con el cuidado adecuado evidentemente fuera de la responsabilidad del mismo personal que se encuentra ahí y como tercero podría ser también nuevamente podría ser como lo mencionaba el rearchivo de estos mismos, ya que todavía está en un sistema material no tanto así virtual, la facilidad de que estos se doblen, sufran algún daño, se extravíen, se traspapelen es muy alta.
M5	Haber, en el transporte tenemos que primero determinar o delegar funciones quien va a llevar el expediente, la enfermera va a recoger de archivo, o el encargado de archivo va a llevar directamente a enfermería, es ahí donde tardan y bueno pues a veces hasta se confunde, porque que pasa el paciente reclama que yo era el número tres, y a mí no me han pasado como número tres, o que el señor que

	<p>está encargado de archivo le llaman por teléfono y dicen che hermanito sácamelo voy a estar a las doce y el paciente no está a las doce, está llegando 12:30, o 1:00 cuando yo ya me estoy yendo , ese es otro factor que influye muy negativamente , que no debería ser, la sacada de ficha por teléfono, debería ser personalmente. Y por último bueno nada más.</p>
M6	<p>Un factor sería la falta de personal auxiliar tenemos al personal principal que maneja pero necesita un personal auxiliar que este más compenetrado que sea alguna especie de capacitación, en el manejo, asesoramiento más específico , tenemos solamente a un personal encargado luego talvez la distancia entre enfermería y archivo hace que tarde más un poco digamos.</p>
M7	<p>Yo veo que no hay porque el manejo que se hace es desde archivo directamente en consulta , si es que a eso se refiere. Porque el manejo directamente desde lo que saca el paciente, solicita y de ahí va directamente se va cada consultorio médico, no veo digamos algo negativo.</p>
M8	<p>Entre los tres principales puntos negativos, es 1. La falta de espacio que tenemos en nuestro archivo, lo que archivamos todos los exámenes en un lado y tenemos las carpetas por otro lado, y que no tenemos un sistema donde podamos guardar toda la información, es por esto que los espacios ya se nos hacen cada vez más pequeños.</p>
M9	<p>Influye volviendo a repetir, no tiene nombre las historias clínicas, pasa a enfermería nos olvidamos poner la fecha, pasa al médico no evoluciona como tiene que ser, muchas veces se olvidan evolucionar y seguramente ponen diagnóstico y la firma, muchas veces nos piden las placas, laboratorios y cuando devolvemos a archivo sin ellos porque el medico ya ha prestado los laboratorios los Rayos X , porque el medico ya ha prestado estos en el tiempo de la consulta.</p>
M10	<p>Bueno como ya se ha dicho no, la entrega tardía, la irregularidad con la que se pide expedientes, la falta de notificación de donde va estar ese expedientes un médico no ha firmado en su momento entonces es retenido en enfermería muchas veces y no se notifica eso entonces genera principalmente esas son donde no se maneja adecuadamente el expediente puede estar ahí como extraviado, como perdido.</p>

FUENTE: Elaboración propia, según entrevista, 2021

ANALISIS:

En esta pregunta los entrevistados, coinciden que entre los factores que influyen negativamente en el manejo del EC es que aún no se ha protocolizado ni estandarizado, que tanto el espacio como el personal de archivo es insuficiente, como tenemos solo un funcionario él debe llevar los expedientes a enfermería y la distancia no ayuda por tal motivo se generan filas y disconformidad de los pacientes, la irregularidad con la que se solicitan los expedientes, algunos profesionales no hacen una buena historia clínica no evolucionan, ni firman, la solicitud de fichas por teléfono, falta de digitalización de dichos expedientes.

En esta pregunta también se mencionan aspectos sobre el llenado de la historia clínica.

Tabla N° 3

¿En su opinión, que factores influyen NEGATIVAMENTE en el manejo del expediente del Seguro Médico Delegado de Cotel? (mencione por lo menos 3)

Análisis con MAXQDA pregunta N° 3

Combinación de palabra	Palabras	Frecuencia
la falta de	3	3
el medico ya	3	2
el paciente no	3	2
encargado de archivo	3	2
hacer una buena	3	2
medico ya ha	3	2
parte de los	3	2
por parte de	3	2
porque el manejo	3	2
porque el medico	3	2

Fuente: elaboración Propia MAXQDA

ANALISIS: En esta pregunta los entrevistados deben identificar 3 factores que influyen de forma negativa en el Manejo del Expediente Clínico, el mayor porcentaje está en la falta de espacio en la Unidad de Archivo, un porcentaje igual entre el paciente disconforme, encargado de archivo que es solo uno, ya ha

prestado el expediente Clínico, no hay registro; algunos de estos factores ya están mencionados en el análisis previo de esta pregunta.(Ver tabla N°3)

Cuadro N° 6

¿En su opinión, que factores influyen POSITIVAMENTE en el manejo del expediente del Seguro Médico Delegado De Cotel? (mencione por lo menos 3)

M1	El cumplimiento de cumplimiento de los protocolos como les dije que están emanados por la autoridad este caso el INASES,, bajo la petición del ministerio de salud, el cumplimiento a estos protocolos tanto en el diagnóstico tratamiento y la forma de cómo se deben manejar de manera adecuada con oportunidad de transparencia
M2	Positivamente puede influir que somos un seguro pequeño con poca cantidad de asegurados que podría hacer grandes cosas con eso en segundo es un seguro que es relativamente antiguo que ya tiene mucho tiempo que ya se ha estado manejando los expedientes clínico, como hemos visto son aproximadamente del año 90, eso nos ayuda a que podamos tener mucho más ordenados si es que tuviéramos un buen sistema de digitalización, lo segundo que el nuevo personal que ha estado manejando esto ha tenido más cuidado en el manejo de los expedientes clínico
M3	Yo creo que la responsabilidad de cada médico de registrar adecuadamente lo concerniente a cada consulta, muchas veces por flojera no ponemos todo lo que hemos visto o todo lo que estamos entregando y la siguiente consulta se puede repetir. Entonces lo positivo sería la responsabilidad de cada médico de registrar adecuadamente también registrar adecuadamente las dosis, los intervalos de los medicamentos, y el orden que enfermería tiene para poner en orden los expedientes antes de devolverlos a archivo.
M4	Como primer punto sería la gran predisposición o proactividad del personal de archivo la verdad ya que se movilizan de la manera adecuada y tratan de subsanar lo más pronto posible o estar ahí siempre a la mano, segundo que es contraproducente también esto al hacer un espacio más reducido hablando de espacios su manejo es rápido, cercano, oportuno y como tercero la correcta codificación y orden que

	tienen estos que ayudan justamente para tener al alcance rápidamente cualquier historial médico
M5	En primer lugar el manejo oportuno y rápido que digamos el paciente no tiene que estar esperando, la toma de signos vitales también se hace de forma rápida. Eso sería lo más positivo, no es como en otros seguros que el paciente está esperando, venir a las siete para que le atiendan a las tres, lo bueno de esto es que sus expedientes ya están en archivo y como estamos en el mismo piso y no tienen que ir a buscar a un segundo o tercer piso , a unos 10 metros en mucho y esto influye para que podamos atender al paciente adecuadamente y rápido nada más.
M6	Bueno dentro de lo positivo podría ser el tiempo de trabajo, la experiencia que tiene el personal asignado, debido al tiempo que está en el trabajo, conoce correctamente. Otra cosa sería el manejo del software que tenemos lo manejan correctamente, eso hace que pues no se pierda mucho tiempo y tengamos todos los registros digitalizados
M7	Que en el orden en el manejo de fichas, de llegada del paciente que se manejan bajo fichas numéricas y se colocan en cada file del paciente y también que en cada historia clínica o archivador del paciente o file se ve también que existe hojas de seguimiento de cada consultas, por fecha y por consulta.
M8	Lo primero es una persona que sepa técnicamente que sepa el manejo del archivo, que se pueda consolidar toda la información en un solo lugar y que todo esto se vuelva sistemático para poder tener un orden y saber en qué lugar se encuentra cada documentación
M9	Que el personal de archivo al momento de dar la historia clínica trata de hacer lo mejor posible, trata de colocar todo lo que tiene que llevar, pero talvez porque él está solo en archivo y a veces tenemos aglomeración de gente y el tiempo no le da, pero se pueden subsanarse al pasar a enfermería colocara también lo que le falta, o al pasar por el medico poner lo que le falta o comunicar si estamos sacando o prestando cualquier elemento de la historia clínica para que así el de archivo no esté buscando.
M10	Bueno las personas que se encargan de entregar en este caso las enfermeras recogen los expedientes de los consultorios ahí por ejemplo nos llega documentación podemos empezar a revisar oportunamente, podemos empezar a revisarse la documentación a llegado; en otro

	<p>aspecto sea que nosotros utilizamos las fichas que han salido vamos viendo que el juego de fichas este completo eso nos ayuda a controlar que la documentación a llegado completa, otro tema por el cual favorece es que nosotros tenemos acá un sistema informático exclusivamente de archivo que no está en red pero nos permite muchas veces verificar donde se ha llevado el expediente y nos ayuda a verificar si un paciente viene nosotros podemos controlar su última atención donde ha sido, en que consultorio a estado y eso nos permite también controlar ver su historial, donde ha estado y donde podemos ubicarlo, en el caso que se ha notificado cuando ha salido.</p>
--	--

FUENTE: Elaboración propia, según entrevista, 2021

ANALISIS:

En esta pregunta los entrevistados indican que entre los factores que influyen positivamente en el manejo del EC podemos mencionar que al ser un seguro pequeño y antiguo el personal ya conoce el manejo, la responsabilidad de cada médico para registrar adecuadamente en la historia, la correcta codificación y orden que se tiene, el cumplimiento de protocolos emanados por el INASES, que al tener un solo personal en archivo el personal enfermería siempre trata de colaborar para evitar filas, que el sistema informático que se tiene al ser exclusivo de archivo puede ver los registros en cualquier momento, el tiempo de trabajo y la experiencia del personal.

Tabla N° 4

¿En su opinión, que factores influyen POSITIVAMENTE en el manejo del expediente del Seguro Médico Delegado De Cotel? (mencione por lo menos 3)

Análisis con MAXQDA pregunta N° 4

Combinación de palabra	Palabras	Frecuencia
nos ayuda a	3	3
todo lo que	3	3
cada médico de	3	2
de cada médico	3	2

de registrar adecuadamente	3	2
documentación a llegado	3	2
el manejo de	3	2
el manejo del	3	2
en archivo y	3	2
en el manejo	3	2

Fuente: elaboración Propia MAXQDA

ANALISIS: En esta pregunta los entrevistados deben identificar 3 factores que influyen positivamente en el Manejo del Expediente Clínico, entre los mayores porcentajes tenemos a la experiencia del personal, manejo de fichas, un porcentaje igual para el registro adecuado, la documentación que llegó está debidamente archivado dentro del Expediente Clínico, el sistema informático de la Unidad de Archivo. (Ver tabla N° 4).

En el análisis previo de esta pregunta se coincide en 3 factores, no en todos los que arrojo el programa.

Cuadro N° 7

Podría mencionar al menos 3 sugerencias para mejorar el manejo del expediente clínico en el Policlínico Central del Seguro Médico Delegado de Cotel.

M1	<p>Uno sería el de informatizar el todo este expediente para que tengamos una información veraz de digna y que no se puede extraviar.</p> <p>Segundo porque cuando se hace de manera digital, se puede comprender incluso lo que se escrito tanto en el diagnóstico con el tratamiento y finalmente creo que el personal que trabaja tanto en archivo informático deben ser gente idónea, competente que coadyuven en el manejo adecuado de todo estos documentos.</p>
----	--

M2	<p>Más importante es la digitalización ya deberíamos estar digitalizando todas las historias clínicas, todos los expedientes y todas las consultas que se hacen durante la atención en ele seguros medico la segunda es hacer un protocolo específico como para nuestro seguro que detalle todos los pasos que se deben seguir para el manejo del expediente clínico todos los pacientes. Tercer lugar adiestrar a todo el personal para que tengan cuidado para el manejo del expediente clínico.</p>
M3	<p>Que sea digital, que sea virtual así podemos acceder todos incluso desde el domicilio, los médicos no cada uno con su código de acceso, que también podamos ver quien ha accedido a ese expediente, solamente los permitido poder hacer cambios, porque a veces los pacientes nos llaman ahora que estamos en pandemia podamos tener acceso a distancia al expediente, a los estudios poder darles alguna razón maso alguna otra orientación. Yo creo que expediente virtual en todos los consultorios, para registrar todo en computadora e imprimir solo lo necesario para evitar tener muchos papeles y poder acceder a distancia.</p>
M4	<p>Bueno primeramente una que una que es tal vez un poco complicada pero no está muy lejos seria talvez la digitalización de esta y ya pues tenerla al alcance con un simple clic, habilitándolo primero por archivo, después por enfermería, y luego donde el medico ya que esto nos ayudaría uno a tener un correcto orden, segundo a que el mismo especialista pueda estar en contacto del historial como tal, mediante vía internet y algo muy importante sería el correcto orden de la letra el tamaño, los colores, todo eso pues tenga una fácil legibilidad, no haya ningún error y pues este a la mano todo esto. Segundo podría ser que cuando los expedientes estén ya muy gorditos tener una hoja de resumen adelante y pues netamente ya seguir con eso.</p> <p>Como tercero en los pacientes ya crónicos que padezcan ya de alguna enfermedad y que reciban una medicación, en la contratapa talvez ya tener la medicación como tal ya que a veces cuando se da esta en consultas previas no se anotan por ejemplo los gramajes talvez algún paciente recibe por ejemplo metformina de 500 y pero nosotros damos de 850 porque solo esta anotado metformina entre paréntesis 30, no está indicando el gramaje, ni cuanto ni esos detallitos. Después el manejo es idóneo a comparación de otros lados.</p>

M5	Tener un personal capacitado en archivo, Implementar un sistema informático. Capacitar a todo el personal sobre las normas existentes.
M6	La principal sugerencia sería poder digitalizarlo todo, el hecho de que los pacientes puedan tener las citas por medio de teléfono para que no vengan a hacer colas muchas veces innecesarias y otra sería digitalizar las historias clínicas y aumento de personal capacitado.
M7	Sí que sea digital, que sea sistemático que sea un manejo más digital, con software computarizado para que así este todo directamente grabado o archivado, ese sería el principal y el por el manejo que da ahora que los archivadores generalmente que tienen un tomo 1 o un tomo 2 que sean mejor manejados, porque a veces no se sabe cómo está el anterior historia clínica del tomo 1 y ahora estamos en el tomo 2. Y un tercero sería el manejo de la historia clínica o file del paciente haciendo un seguimiento de donde está.
M8	Que toda la información ingrese a un sistema informático Que todos los exámenes sean escaneados Que toda información tanto de medicina como dental de los 3 tres sectores estén consolidados en uno solo
M9	Manejar el expediente clínico como tiene que ser talvez mediante una reunión entre todos, para ponernos de acuerdo como tenemos o debemos manejar el expediente clínico, o mediante un curso para que no estemos actualizados, si no que recordemos que el expediente clínico es un documento que no puede salir del seguro.
M10	Claro que si principalmente hay que tener personal, en el tema del fichaje que se debe controlar adecuadamente la vigencia , se debe controlar edad, son diferentes requisitos que en su momento se pidan, por ejemplo para aplicar vacuna, la edad, se necesita otra persona que este abocada a lo que es el archivo una persona que este alimentando permanentemente una base de datos pues entonces saber quién se ha prestado, cuando se ha prestado que documentación, requiere fotocopia o foliage, se necesita una persona que este permanentemente exclusivamente en el tema del archivo, el tema del fichaje debería ser otra persona no, porque atención al cliente muchas veces demanda tiempo, demanda a que se le explique bien a al paciente, otro factor que puede ayudar mucho es el que Sistemas informáticos que trabajen en red, además relacionen al paciente que viene por su ficha con otros registros, como que documentación tiene referente a sus laboratorio, placas, tomografías, cosa de que cuando venga un paciente nosotros

	<p>sepamos ya que placas, laboratorios tiene como ya hemos dicho que haya una persona que trabaje solo en el archivo. Otra factor que podría ayudar enormemente es que cada expediente tenga su propio código de barras en ese sentido cuando la información llegue inmediatamente por un código de barras podemos ingresar al sistema y es te podría comparar si este código de barras corresponde a un archivo que ya ha salido ver no cuales no han ingresado, tener un sistema que haga todo esto ya más directamente y bueno pues algo que queda siempre es el control de firmas que se tiene que hacer cuando se presta expedientes a dirección, la parte jurídica normalmente no se hace porque ellos exigen inmediatamente algo y llegan a dar el tiempo realizar una firma por ejemplo, y como son autoridades entonces nosotros no exigimos que nos firmen porque esto puede llegar a molestarles entonces eso tiene que regularizarse también que las autoridades nos permitan exigirles a ellos mismos que firmen para que también podamos exigirles aquí está el expediente le hemos prestado y hasta el momento no tenemos la firma que no tiene la firma.</p>
--	--

FUENTE: Elaboración propia, según entrevista, 2021

ANALISIS:

Entre las sugerencias para mejorar el manejo del EC el 100% coincide en que se debería digitalizar, la implementación de protocolos específicos, capacitar al personal, que el personal de archivo e informática deben ser idóneo, que se haga una hoja de resumen de la historia del paciente que se le implementa otro tomo, contratar personal de apoyo para archivo que exista un control con firmas para los expedientes que son prestados y así evitar pérdidas o extravío

Tabla N°5

Podría mencionar al menos 3 sugerencias para mejorar el manejo del expediente clínico en el Policlínico Central del Seguro Médico Delegado de Cotel.

Análisis con MAXQDA pregunta N° 5

COMBINACIÓN DE PALABRAS	FRECUENCIA	%
código de barras	3	0.33
digitalizar los expedientes	3	0.33
tema del fichaje	3	0.33

persona que este	3	0.33
sistema informático en	3	0.33
adiestrar a todo	2	0.22
del expediente clínico	2	0.22
hoja de resúmen	2	0.22
registro de préstamos	2	0.22
las historias clínicas	2	0.22

Fuente: Elaboración Propia MAXQDA

ANALISIS: En esta pregunta se solicita a los entrevistados nos puedan dar 3 sugerencias para mejorar el manejo del Expediente Clínico, el mayor porcentaje esta compartido el uso de código de barras en las fichas, digitalizar los expedientes, un personal exclusivo que esté a cargo en enfermería, implementación de un sistema informático, comparten un porcentaje igual la capacitación del personal sobre el tema del adecuado manejo del EC, que exista una hoja de resumen cuando se cambie de tomo de EC, registro de préstamos. (Ver tabla N° 5)

Varios de estos factores ya fueron tomados en cuenta en el análisis previo de esta pregunta.

8.2. RESULTADO DE LAS FICHAS DE OBSERVACION AL EXPEDIENTE CLINICO.

Cuadro N° 8

Resultados de los ítems que se cumplen de las primeras 15 fichas de observación, en el Policlínico Central del SMDC

N°	NUMERO DE FICHA	Ficha N° 1	Ficha N° 2	Ficha N° 3	Ficha N° 4	Ficha N° 5	Ficha N° 6	Ficha N° 7	Ficha N° 8	Ficha N° 9	Ficha N° 10	Ficha N° 11	Ficha N° 12	Ficha N° 13	Ficha N° 14	Ficha N° 15	Cantidad	Porcentaje (%)
	FECHA	23/06/21	25/06/21	28/06/21	28/06/21	29/06/21	30/06/21	30/06/21	01/07/21	01/07/21	05/07/21	06/07/21	09/07/21	12/07/21	19/07/21	20/07/21		
	HORA	12:30	13:00	12:30	13:30	12:30	13:00	13:45	12:30	13:30	12:30	13:00	13:00	13.00	13.00	13.00		
	CODIGO	4236	5770	4322	4518	5819	6072	4951	6016	6410	5819	4500	6044	6178	5770	6120		
1	INGRESO DEL PACIENTE A LA VENTANILLA DE ARCHIVO Y FICHAJE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15	100%
2	SE LE SOLICITA EL CARNET DE ASEGURADO.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14	93%
3	SE ESCANEA EL CODIGO DE BARRAS		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	13	87%
4	SE VERIFICA LOS DATOS EN EL SISTEMA - SI ESTA VIGENTE PASA AL ITEM 6 - SI NO ESTA VIGENTE PASA AL ITEM 5		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	13	87%
5	NO HAY ATENCION			X			X				X				X		4	27%
6	SE BUSCA EL EXPEDIENTE CLINICO SEGÚN EL NUMERO DE CODIGO - SI SE ENCUENTRA PASA AL ITEM 9 - SI NO SE ENCUENTRA PASA AL ITEM 7	X	X		X	X		X		X		X	X	X		X	10	67%
7	SE VERIFICA LA ULTIMA SALIDA , MIENTRAS SE HABILITA UNA HOJA DE EVOLUCION.		X							X							2	13%
8	SI SE ENCUENTRA EL EC PERDIDO SE									X							1	7%

N°	NUMERO DE FICHA	Ficha N° 1	Ficha N° 2	Ficha N° 3	Ficha N° 4	Ficha N° 5	Ficha N° 6	Ficha N° 7	Ficha N° 8	Ficha N° 9	Ficha N° 10	Ficha N° 11	Ficha N° 12	Ficha N° 13	Ficha N° 14	Ficha N° 15	Cantid ad	Porcen taje (%)
	FECHA	23/06/21	25/06/21	28/06/21	28/06/21	29/06/21	30/06/21	30/06/21	01/07/21	01/07/21	05/07/21	06/07/21	09/07/21	12/07/21	19/07/21	20/07/21		
	HORA	12:30	13:00	12:30	13:30	12:30	13:00	13:45	12:30	13:30	12:30	13:00	13:00	13.00	13.00	13.00		
	CODIGO	4236	5770	4322	4518	5819	6072	4951	6016	6410	5819	4500	6044	6178	5770	6120		
	INGRESA AL SISTEMA. SI NO SE ENCUENTRA, SE INFORMA DE FORMA VERBAL A DIRECCION.																	
9	SE OTORGA EL NUMERO DE FICHA	X	X		X	X		X	X	X		X	X	X		X	11	73%
10	SE DESIGNA EL MEDICO QUE REALIZARA LA ATENCION	X	X		X	X		X	X	X		X	X	X		X	11	73%
11	SE TRANSPORTA EL EXPEDIENTE CLINICO A ENFERMERIA		X		X	X		X	X	X		X	X	X		X	10	67%
12	PERSONAL DE ENFERMERIA RECEPCIONA LOS EXPEDIENTES		X		X	X		X	X	X		X	X	X		X	10	67%
13	ENFERMERA AUXILIAR LLAMA POR NUMERO DE FICHA AL PACIENTE PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES		X		X	X		X	X	X		X	X	X		X	10	67%
14	REGISTRA EN EL EC LOS SIGNOS VITALES		X		X	X		X	X	X		X	X	X		X	10	67%
15	TRANSPORTA EL EC AL CONSULTORIO ASIGNADO	X	X		X	X		X	X	X		X	X	X		X	11	73%
16	EL MEDICO DEL CONSULTORIO ASIGNADO RECEPCIONA LOS EC.	X	X		X	X		X	X	X		X	X	X		X	11	73%
17	REALIZA LA ATENCION MEDICA POR NUMERO DE FICHA	X	X		X	X		X	X	X		X	X	X		X	11	73%
18	REGISTRA SU ATENCION EN LA HOJA DE EVOLUCION DEL EC.	X	X		X	X		X	X	X		X	X	X		X	11	73%

N°	NUMERO DE FICHA	Ficha N° 1	Ficha N° 2	Ficha N° 3	Ficha N° 4	Ficha N° 5	Ficha N° 6	Ficha N° 7	Ficha N° 8	Ficha N° 9	Ficha N° 10	Ficha N° 11	Ficha N° 12	Ficha N° 13	Ficha N° 14	Ficha N° 15	Cantid ad	Porcen taje (%)
	FECHA	23/06/21	25/06/21	28/06/21	28/06/21	29/06/21	30/06/21	30/06/21	01/07/21	01/07/21	05/07/21	06/07/21	09/07/21	12/07/21	19/07/21	20/07/21		
	HORA	12:30	13:00	12:30	13:30	12:30	13:00	13:45	12:30	13:30	12:30	13:00	13:00	13 .00	13 .00	13 .00		
	CODIGO	4236	5770	4322	4518	5819	6072	4951	6016	6410	5819	4500	6044	6178	5770	6120		
19	MEDICO CONCLUYE SU ATENCION CON LA FIRMA Y SELLO EN LA HOJA DE EVOLUCION.	X	X		X	X			X	X		X	X	X		X	9	60%
20	SE COMUNICA CON ENFERMERIA PARA LA ENTREGA DE LOS EC.							X	X	X		X					4	27%
21	ENFERMERIA RECEPCIONA LOS EXPEDIENTES CLINICOS.								X	X		X					3	20%
22	ENFERMERIA TRANSPORTA LOS EC A LA UNIDAD DE ARCHIVO.								X	X		X					3	20%
23	PERSONAL DE ARCHIVO RECOGE Y VERIFICA QUE LAS FICHAS ASIGNADAS A ES CONSULTORIO ESTEN COMPLETAS.	X	X		X	X		X	X	X		X	X	X		X	11	73%
24	SE ARCHIVA LOS EC POR NUMERO DE CODIGO EN SU RESPECTIVO GAVETERO.	X	X		X	X		X	X	X		X	X	X		X	11	73%

FUENTE: Elaboración propia, ficha de observación del Expediente Clínico, 2021

Análisis: El presente cuadro muestra un consolidado del seguimiento de los primeros 15 EC, se toman en cuenta solo los ítems que SI se cumplen.

Cabe aclarar que en esta ficha de observación el ítem 4 y 6 se direcciona para poder continuar a 2 diferentes ítems. Es por tal motivo que se designan como NO APLICA al que quedo vacío.

El cconsolidado de 15 EC con porcentajes de cada ítem observado, se encuentra en la última fila del cuadro Se detalla el análisis de cada uno de los Ítems.

- Del ítem 1 al 4 que son pasos desde el ingreso de paciente a ventanilla de archivo, se solicita el carnet de asegurado, se escanea el código de barras, se verifica la vigencia. El 100% de los EC cumplen estos pasos.
- En el ítem 5 indica que el 27% de los pacientes no reciben atención medica porque su seguro no estarían vigentes en la base de datos de la unidad de Archivo.
- Con el ítem 6 pudimos verificar que del 100% solo el 73% recibirá atención médica, por lo que se busca sus EC.
- Con el ítem 7 pudimos verificar que del 73% que debería recibir atención , no se encontró sus EC en un 13%.por lo cual el personal de archivo habilita temporalmente hojas auxiliares para su atención, inmediatamente verifica en su sistema la última salida del EC, se logra ubicar el mismo solo en un 7%, en este punto no se cumpliría la orden de informar a dirección de forma verbal.
- Del ítem 9 al 19 se cumplen a cabalidad los pasos en un 73%, que son los que deben recibir atención médica.
- El ítem 19 que evalúa la conclusión de la atención medica con la firma y sello en la hoja de evolución del 73 % que recibió atención médica solo 67% cumple, por ende el 7% no cumple este paso.
- Solo el 20% de los médicos, comunica a enfermería para la entrega de los EC, esto se evalúa con el ítem 20, por lo cual enfermería solo en un 20% recepciona y transporta los EC que se encuentran en los diferentes consultorio , se verifica con los ítems 21 y 22.
- Con el ítem 23 y 24, pudimos verificar que el 73% de EC, que es el total de los que recibieron atención médica, el personal de archivo recoge, verifica fichas y archiva el EC en el gavetero correspondiente.

8.3. RESULTADO DE LA FICHA DE OBSERVACION A LA UNIDAD DE ARCHIVO, POLICLÍNICO CENTRAL DEL SMDC, (GESTIÓN 2021)

N°	ITEM	SI CUMPLE	NO CUMPLE
1	SEÑALETICA DEL SERVICIO DE ARCHIVO	x	
2	ESCRITORIO TIPO SECRETARIA (1)	x	
3	SILLA GIRATORIA(1)	x	
4	GAVETEROS (2)	x	
5	ESTANTES TIPO MECANO (6)	x	
6	ESCALERA PLEGABLE (1)	x	
7	PAPELERA DE PLASTICO CON TAPA VENTANA ABATIBLE (1)		x
8	COMPUTADORA (1)	X	
9	IMPRESORA (1)	x	
10	ESTANTES METALICOS CON DIVISIONES	x	
11	EC ORDENADOS Y CORRECTAMENTE CLASIFICADOS (ACTIVOS Y PASIVOS)	x	
12	SISTEMA DE REGISTRO DIGITAL DE SALIDA DE EXPEDIENTES CLINICOS.	x	
13	SISTEMA DE REGISTRO DIGITAL DE REGRESO DE EXPEDIENTES CLINICOS		x
14	REGISTROS DIARIOS, DE PRESTAMO Y DEVOLUCION DE EC		
15	ILUMINACIÓN ADECUADA	x	

FUENTE: Elaboración propia, ficha de observación de archivo,2021

ANALISIS: Esta ficha de observación es aquella que evalúa la unidad de archivo en cuanto a sus características como espacios, mobiliario, etc.

De los 15 ítems que evalúa esta ficha y representa el 100% , si se cumple en 11 de ellos que representa 73%, no cumple en 4 de los ítems, que representan el 27%.

IX. DISCUSIÓN

El poder determinar cuáles son los factores que influyen en el manejo del expediente clínico en el Policlínico Central, marcaría el aseguramiento de la calidad en los diferentes policlínicos del SMDC.

Si bien algunos trataron de mejorar la Norma Técnica para el Manejo del EC como Germán Érico Loza Monroy MSc (3) quien en su estudio quiso sistematizar, homogenizar y actualizar el Manejo del EC, mediante la evaluación de la aplicación de la Norma Técnica del EC de febrero de 2008, explorando los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, evaluando si se ha constituido en herramienta obligatoria del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte Adelaida Callejas Zalles (2018) (4) tuvo el propósito de evaluar la calidad del manejo del expediente clínico en base a la Norma Técnica en el Centro de Salud de Munaypata de la Red N° 2 Nor Oeste de la ciudad de La Paz de las gestiones comprendidas entre el 2012 al 2016. se evaluaron 315 expedientes clínicos en los cuales se utilizó el instrumento de evaluación adaptada de la Norma Técnica de la auditoria médica mediante una lista de cotejo para el primer nivel de atención con 18 ítems.

No se pudo encontrar estudios internacionales, nacionales que tomen en cuenta el manejo del EC desde su solicitud y regreso a archivo.

Con el presente estudio se logró determinar cuáles fueron los factores y cómo influyen ya sea positiva o negativamente en el adecuado manejo del EC , y la necesidad de poder contar con un manual que pueda ser estandarizado para poder aplicar el mismo en los diferentes policlínicos del SMDC.

Desde el punto de vista de dirección del Seguro Médico Delegado de Cotel, se ve mediante la entrevista que entre los factores que influyen negativamente en el manejo del expediente clínico están la falta de importancia que se les da a este

procedimiento tanto por el personal médico, como paramédico, extravió de expedientes por falta de organización del personal de archivo, falta de digitalización. Dentro de los factores positivos se cree que el como el seguro lleva ya bastantes años de vigencia este proceso como que se acostumbró a un manejo el cual se lleva a cabo hasta la fecha, y es el que se describió en el presente estudio.

Desde el punto de vista del personal médico y paramédico se puede ver mediante la entrevista que entre los factores que influyen negativamente en el manejo del expediente clínico esta la falta de protocolos para este manejo, el personal y el espacio para archivo es insuficiente, la irregularidad con la que se solicitan los expedientes clínicos, falta de digitalización. Dentro de los factores que influyen positivamente podemos mencionar a la correcta codificación y orden de los expedientes clínicos en la unidad de archivo, el sistema digital con el que se cuenta al ser exclusivo de esta unidad nos puede brindar información en cualquier momento, el tiempo de trabajo y experiencia del personal.

Desde el punto de vista del personal de archivo se puede ver mediante la entrevista que entre los factores negativos esta la pérdida de expedientes se debe a la forma inusual de solicitarlos, no se notifica adecuadamente a la unidad de archivo, la falta de digitalización, en cuanto a los factores positivos tenemos al sistema informativo exclusivamente de archivo, que permite verificar los últimos movimientos del expediente clínico, se utilizan fichas para cada consultorio y se verifica al retorno si estas están completas.

También se realizó aleatoriamente el seguimiento de 15 EC, desde su solicitud en la unidad de archivo hasta su regreso después de la atención médica, la ficha de observación cuenta con 24 ítems, los cuales fueron extraídos de un flujograma que realizo en coordinación con el personal de archivo y observando como es el manejo actual del EC en este policlínico. Se tuvo que discriminar entre cuales de

estos pasos son factores positivos y cuales son negativos , entre los factores positivos tenemos que los primeros 4 ítems se cumplieron a cabalidad, esto indica que si bien el personal de archivo pese a no contar con manual de procedimientos para el manejo del EC, hace que se cumplan estos pasos (ver anexo 2).

El ítem 5 refiere a que no cumple alguno de los anteriores no se le presta atención médica.

El ítem 6 hace referencia a poder ubicar el EC con su número de código de asegurado en los gaveteros de la unidad de archivo, este ítem se divide en 2, el primero si se encuentra el EC pasa al ítem 9 y si no pasa al ítem 7 donde se verifica la última salida, el ítem 8 hace referencia a que si se encuentre o estuvo trasapelado, y si no se encuentra se informa de forma verbal a dirección, si no se encontró en el gavetero correspondiente, se realizó la revisión en el sistema de su última salida, se habilito una hoja auxiliar para su atención, no existe un registro donde se pueda verificar si el expediente fue prestado, no regreso de consulta, etc., este sería otro factor negativo en el manejo del EC, si bien tenemos en la *Norma Técnica para el Manejo del EC en su art, 34 del capítulo VII, donde nos indica que pese a realizar la investigación de sobre donde se encontraría el EC, pasado 1 mes se debe notificar a dirección con una copia para que quede como constancia en una carpeta específica de la documentación administrativa de archivo en este estudio pudimos verificar que no existen registros de dichas perdidas y/o extravíos.*

Desde el ítem 9 al 18 donde se detallan los pasos desde la designación de numero de ficha, hasta la atención médica (ver anexo 2) se cumplen en su totalidad. los pacientes que cumplieron con los ítems anteriores, por lo cual debemos discriminar al ítem 11 que indica el transporte del EC por el personal

de archivo hacia enfermería, este se consideraría como factor negativo para el manejo del EC porque se cuenta con una sola persona en la unidad de Archivo.

El ítem 19 hace referencia a la conclusión de la atención con el sello y la firma en la hoja de evolución, se consideraría un factor positivo en el manejo del EC, también se encontraría dentro de la Norma Para el Manejo del EC, emitido por INASES.

El ítem 20 indica que el medico debería comunicar a enfermería, para la entrega de los expedientes clínicos, la mayoría de los médicos no cumplieron este paso, generalmente concluyen su atención y se van dejando los EC en el consultorio, por lo tanto el personal de enfermería, no recepciona ni transporta los EC a la unidad de Archivo, que se verifica con los ítems 21 y 22. estos son factores positivos que se deberían cumplir.

El ítem 23 y 24 hace referencia a que el personal de archivo recoge y verifica las fichas otorgadas , y una vez en archivo devuelve los EC a sus gaveteros por su codificación. El ítem 23 que es el recojo por parte del personal de archivo se debe considerar como factor negativo porque pese a que solo contamos con un funcionario este no debería salir a recoger los EC ya que debe de ser función del personal de enfermería .

Por lo tanto contamos con 19 ítems positivos y cuatro negativos.

En cuanto al tercer instrumento que se utilizó para este estudio tenemos a la ficha de observación a la unidad de Archivo del Policlínico Central Del SMDC, el cual contempla 15 ítems (ver anexo 3) que evalúan si cumple o no cumple las características que debe tener la Unidad de Archivo en cuanto a espacio y equipamiento, de los 15 ítems que evalúa esta ficha si se cumple en 11 de, no cumple en 4 de los ítems.

En este estudio es aceptable la calificación que se da a la Unidad de Archivo. si bien contamos con la Norma de Caracterización de Establecimientos de Primer y Segundo Nivel emitida por el INASES, la cual sigue vigente, esta no da especificaciones en cuanto en m², solo se pudo verificar que la unidad de archivo debe contar con equipamiento no detalla la cantidad ni descripción de los ítems, es por este motivo que se tuvo que acceder a Normas de Caracterización de otros países, el que más detallaba fue la *Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica. Ministerio de Salud del Perú.*, es en base a esta Norma que se realizó la ficha de observación.

Si bien encontré limitaciones para realizar el presente estudio en cuanto a tiempo ya que también cumpla funciones asistenciales en el mismo SMDC, la pandemia por Covid 19, que nos afectó a la gran mayoría del personal por lo cual las consultas médicas en ciertas fechas de incremento de la enfermedad se hizo irregular, por lo que no se pudo avanzar en el trabajo de campo.

X. CONCLUSIONES

- En el presente estudio se pudo identificar los principales factores que intervienen en el manejo del Expediente Clínico en el servicio de consulta Externa del Policlínico Central del Seguro Médico Delegado de Cotel gestión 2021, los cuales son en número de 24 los mismos pudieron ser evidenciados mediante la observación directa que se realizó al procedimiento con el que se cuenta en el establecimiento, desde la solicitud de Consulta en Ventanilla de Archivo, el proceso que sigue llegando al consultorio médico, y a su retorno a la unidad de Archivo para su conclusión depositando los expediente clínico en su respectivo gavetero. Aclarar que el mismo no se encuentra en un manual de Procesos , ni debidamente documentado.
- Una vez identificados los factores se realizó un análisis de cada uno de ellos para ver en base a criterios de pertinencia y operatividad para un correcto adecuado manejo del Expediente Clínico, habiéndose visto que de los 24 ítems, 19 se consideraron positivos , estos si eran necesarios y se cumplían; también se identificó como factores positivos al sistema digital propio de la unidad de archivo de donde se puede recolectar información sobre los EC, así como las características de la Unidad de Archivo que con una ficha de observación obtuvo una calificación de un 73% . 5 de los 24 ítems fueron considerados como factores negativos, entre estos tenemos que cuando no se encuentra el EC en los gaveteros, y/o en sistema sale que se devolvió a la unidad de archivo, podría estar en administración, dirección o asesoría legal, puesto que no existe un registro ni manual, menos digital de dichos prestamos; otro factor es que cuando no se encuentra este EC se habilita una hoja auxiliar y el médico tratante no puede realizar el seguimiento de la patología del paciente; otro factor es el transporte de EC hacia enfermería, que es realizado por el único personal de esta unidad, generando así que exista demora en la atención en

ventanilla, también el mismo personal debe pasar por los consultorios para el recojo de los EC, debido a que algunos médicos no reportan a enfermería que concluyeron su consulta y por ende no se cumplen estos pasos que está a cargo de enfermería., cabe mencionar que también se debe considerar como factor negativo la falta de personal en la Unidad de Archivo. Así mismo también se identificó en las entrevistas como otros factores negativos: el espacio limitado, la falta de digitalización en red para todo el Policlínico Central del SMDC.

- Se ha implementado un procedimiento de mejora en el manejo del EC, que responda a los problemas y necesidades institucionales del SMDC, que evite la demora en la atención de los pacientes en Consulta Externa en Policlínico Central del SMDC, para lo cual se tuvo que reemplazar los factores negativos y añadir otros como el Registro digital de préstamos de EC, personal auxiliar de archivo que sea el que se encargue del transporte y recojo de los EC, implementar fichas de cada consultorio que cuenten con código de barras o QR para poder ser escaneadas a su retorno y así evitar extravíos de EC, instruir a la Unidad de Enfermería que designe cada mes a un personal que se encargue de la recepción y el transporte de los EC a cada consultorio médico, todas estas acciones son implementadas para que el manejo sea adecuado, y así poder brindar atención a los pacientes con calidad. Este nuevo procedimiento será presentado a dirección para su aprobación y socialización con el personal del SMDC.

XI. RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta que se debería tener un procedimiento establecido para el adecuado manejo del EC, desde su salida y devolución al gavetero de la Unidad de Archivo, es menester para la institución, el personal del SMDC se pueda dar cumplimiento disciplinado de este proceso mismo que debe implementarse en cada policlínico del SMDC.

Se recomienda que para un adecuado manejo del EC, dependiendo de las modificaciones que tenga el SMDC en sus policlínicos, cada cierto tiempo se debe evaluar siempre determinando factores que en su momento fueron considerados positivos, hayan dejado de serlo, por lo cual requiere modificaciones.

Se recomienda que para poder realizar un manejo adecuado por parte del personal de la Unidad de Archivo se debe contratar un o una auxiliar.

Se sugiere evaluar la implementación de este procedimiento que a corto plazo permitirá que exista un adecuado manejo del EC, luego de ser evaluado por dirección para su implementación y socialización con todos los involucrados.

Por otra parte, se recomienda al Ministerio de Salud y a los entes gestores de la Seguridad Social, consideren actualizar la Norma Técnica para el manejo del EC, en el cual debería añadirse este procedimiento, además de implementar en la Norma Nacional de Caracterización de establecimientos de Salud de primer nivel y/o en la Norma Nacional de Caracterización de Hospitales de segundo nivel, las características tanto estructurales como de equipamiento de una Unidad de Archivo.

Se recomienda la implementación del nuevo flujograma (ver figura 2), donde se añada:

1. Registro digital de préstamos de EC, a las diferentes unidades, así como su devolución,
2. Si el paciente acude consulta y aun no se devolvió su EC, se debe solicitar de inmediato su devolución a la instancia que corresponda y este registrada.
3. Se debería contar con un personal auxiliar que pueda transportar el EC hacia enfermería, de tal modo que la atención en la unidad de Archivo sea fluida y así el paciente sea atendido prontamente.
4. Se debe designar a un personal específico de enfermería que se encargue de pasar por los consultorios para recoger los EC luego de concluida la atención el medico asignado.
5. Para llevar un buen registro de la devolución de los EC y que no se extravíen se debe contar con fichas que tengan código QR o Código de barras para que al ser escaneadas al ingreso a archivo se registren su devolución y posterior archivo en su gavetero correspondiente.

XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Rodríguez Ejn. Venegas Ts [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego. 2015. P. 22. Available from:
2. Mateo Sa. Evaluación de la Nota de Enfermería en los Registros Clínicos del Servicio de Cirugía de Mujeres, Hospital Nacional De Mazatenango, Suchitepequez, Guatemala. Agosto A Octubre 2014. [tesis pregrado]. 2015. P. 1–59.
3. Loza Mge. Mejorar La Norma Técnica Para El Manejo Del Expediente Clínico. [tesis posgrado]. 2014. P. 1–72.
4. Callejas Za. “Calidad Del Manejo Del Expediente Clínico Basado En La Norma Técnica En El Centro De Salud De Munaypata De La Red N°2 Nor Oeste De La Ciudad De La Paz De Las Gestiones 2012 Al 2016 .” 2018. P. 1–60.
5. Wuani He. La Historia Clínica. Evolución Histórica, Objetivos. Su importancia. La tecnología y la relación médico-paciente, hoy y mañana. MEDICINA INTERNA, EDUCACIÓN Y COMUNIDAD 2010;26(3):139–51.
6. Aguirre jmo. El Expediente Clínico. Mexico.2013;133. Available from: http://www.ghbook.ir/index.php?Name=فرهنگ و رسانه های نوین&option=com_dbook&task=readonline&book_id=13650&page=73&ch_khashk=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component
7. Trujillo C. Evaluación En La Aplicación Del Expediente Clínico De Acuerdo A La Nom-168-Ssa1-1998, Del Segundo Nivel De Atención En El Hospital General “Dr. Jose G. Parres”, De Cuernavaca Morelos. 2006. P. 1–72.
8. Battistella G. Historia Clinica Orientada Al Problema. Univ Buenos Aires [Internet]. 2016;1:1–14. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds171g.pdf>
9. Villalobos Pk. Contenido e importancia del expediente clínico. Acceso y confidencialidad. Rev la Fac Derecho México. 2019;69(273–2):893.

10. Ornelas Ajm. El expediente clínico. Primera ed. El manual moderno, editor. Hermosillo sonora , mexico; 2013.
11. Uriarte Maf, Perez Pe, Yagén M. El razonamiento clínico llevado a la historia clínica. Un punto de vista diferente / Applying Clinical Reasoning to Medical Records. A Different Point of View. Medisur VO - 13 [Internet]. 2015;(3):467. Available from:
12. Montaña En, Pública S. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua Centro De Investigaciones Y Estudios De La Salud. 2012;
13. Luna Oj, Ministerio de Salud y Deportes. Norma Técnica Para El Manejo Del Expediente Clínico. 2007;
14. Orosco J, Centellas Mv, Bocangel D. Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico. 2008;32. Available from: http://www.sns.gob.bo/institucional/redes_y_calidad/ Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clinico.Pdf
15. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica. Minsa [Internet]. 2018;142. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4379.pdf>
16. Ministerio Salud Deportes. Norma Nacional de Caracterización de Hospitales de Segundo Nivel. 2014. P. 361.
17. Ministerio de Salud y Bienestar Social República del Paraguay, Manual de Normas y Procedimientos del Expediente Clínico, 2012 capítulo V, (15-19)
18. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia: Reglamento a la Ley No 3131 del Ejercicio Profesional Médico, DS No 28562, 22 de diciembre de 2005.
19. Martinez Mm, Briones Rr, Cortés Rj. El informe final de la investigación [Internet]. Vol. 53, Metodología de la investigación para el área de la salud ,2e. 2013. 129–140 p. Available from: [file:///C:/Users/DELL-User/Downloads/Metodologia de la Investigación para el área de la salud \(2\).pdf](file:///C:/Users/DELL-User/Downloads/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20para%20el%20area%20de%20la%20salud%20(2).pdf)
20. Hernandez Sr, Fernandez Cc, Baptista Lmm. Metodología de la investigación. Sexta Edic. Mcgraw-Hill/ Interamericana Editores SA de CV,

editor. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. Mexico D.F.; 2014. 1–599 p.

- 21.** Guix Oliver J. Calidad en salud pública. Gac Sanit. 2005;
- 22.** Ayanian JZ, Markel H. Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. N Engl J Med. 2016;
- 23.** Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. (Prueba) Innovar (Prueba). 2005;
- 24.** Sirvent As, Gisbert Sv, Pérez Be. LOS 7 PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ISO 9001. 3C Empres Investig y Pensam crítico. 2017;
- 25.** Salazar AA. Gestión de Procesos. Calidad Asistencial. 1999.
- 26.** Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación Desarrollo Tecnologías e Información en Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSa3-2012, Del expediente. D Of. 2012;

XIII. ANEXOS

ANEXO 1

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ARCHIVO Y SALUD SOBRE EL PROCESO DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN EL SEGURO MEDICO DELEGADO DE COTEL (grabación).

FECHA: _____ HORA: _____

LUGAR: POLICLINICO CENTRAL SMDC

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

1. ¿Usted como personal de salud del seguro Médico Delegado de Cotel cree que el manejo de los expedientes clínicos es el adecuado? Y ¿Por qué?
2. ¿Cómo personal de salud y en su experiencia cuales son las tres principales causas por las que se extravían o pierden los expedientes clínicos?
3. ¿ En su opinión, que factores influyen NEGATIVAMENTE en el manejo del expediente del Seguro Médico Delegado De Cotel ? (mencione por lo menos 3)
4. ¿ En su opinión, que factores influyen POSITIVAMENTE para el correcto manejo de expediente clínico en el Seguro Médico Delegado de Cotel? (mencione por lo menos 3).

5. Podría mencionar al menos 3 sugerencias para mejorar el manejo del expediente clínico en el Policlínico Central del Seguro Médico Delegado de Cotel.

ANEXO 2

FICHA DE OBSERVACION DE PROCESO DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN EL SEGURO MEDICO DELEGADO DE COTEL

FECHA: _____ HORA: _____

LUGAR: POLICLINICO CENTRAL SMDC

Nro.	ITEM	SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	COMENTARIOS Y/O OBSERVACIONES
1	INGRESO DEL PACIENTE A LA VENTANILLA DE ARCHIVO Y FICHAJE				
2	SE LE SOLICITA EL CARNET DE ASEGURADO.				
3	SE ESCANEA EL CODIGO DE BARRAS				
4	SE VERIFICA LOS DATOS EN EL SISTEMA . - SI ESTA VIGENTE PASA AL ITEM 6 - SI NO ESTA VIGENTE PASA AL ITEM 5				
5	NO HAY ATENCION				
6	SE BUSCA EL EXPEDIENTE CLINICO SEGÚN EL NUMERO DE CODIGO - SI SE ENCUENTRA PASA AL ITEM 9 - SI NO SE ENCUENTRA PASA AL ITEM 7				

Nro.	ITEM	SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	COMENTARIOS Y/O OBSERVACIONES
7	SE VERIFICA LA ULTIMA SALIDA , MIENTRAS SE HABILITA UNA HOJA DE EVOLUCION.				
8	SI SE ENCUENTRA EL EC PERDIDO SE INGRESA AL SISTEMA . SI NO SE ENCUENTRA SE NFORMA DE FORMA VERBAL A DIRECCION.				
9	SE OTORGA EL NUMERO DE FICHA				
10	SE DIGNA EL MEDICO QUE REALIZARA LA ATENCION				
11	SE TRANSPORTA EL EXPEDIENTE CLIONICO A ENFERMERIA				
12	PERSONAL DE ENFERMERIA RECEPCIONA LOS EXPEDIENTES				
13	ENFERMERA AUXILIAR LLAMA POR NUMERO DE FICHA AL PACIENTE PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES				
14	REGISTRA EN EL EC LOS SIGNOS VITALES				
15	TRANSPORTA EL EC AL CONSULTORIO ASIGNADO				
16	EL MEDICO DEL CONSULTORIO ASIGNADO RECEPCIONA LOS EC.				
17	REALIZA LA ATENCION MEDICA POR NUMERO DE FICHA				
18	REGISTRA SU ATENCION EN LA HOJA DE EVOLUCION DEL EC.				
19	MEDICO CONCLUYE SU ATENCION CON LA FIRMA Y SELLO EN LA HOJA DE EVOLUCION.				

Nro.	ITEM	SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	COMENTARIOS Y/O OBSERVACIONES
20	SE COMUNICA CON ENFERMERIA PARA LA ENTREGA DE LOS EC.				
21	ENFERMERIA RECEPCIONA LOS EXPEDIENTES CLINICOS.				
22	ENFERMERIA TRANSPORTA LOS EC A LA UNIDAD DE ARCHIVO.				
23	PERSONAL DE ARCHIVO RECOGE Y VERIFICA QUE LAS FICHAS ASIGNADAS A ES CONSULTORIO ESTEN COMPLETAS.				
24	SE ARCHIVA LOS EC POR NUMERO DE CODIGO EN SU RESPECTIVO GAVETERO.				

ANEXO 3**FICHA DE OBSERVACION DEL SERVICIO DE ARCHIVO D DEL POLICLINICO CENTRAL
EL SMDC**

FECHA: _____ HORA: _____

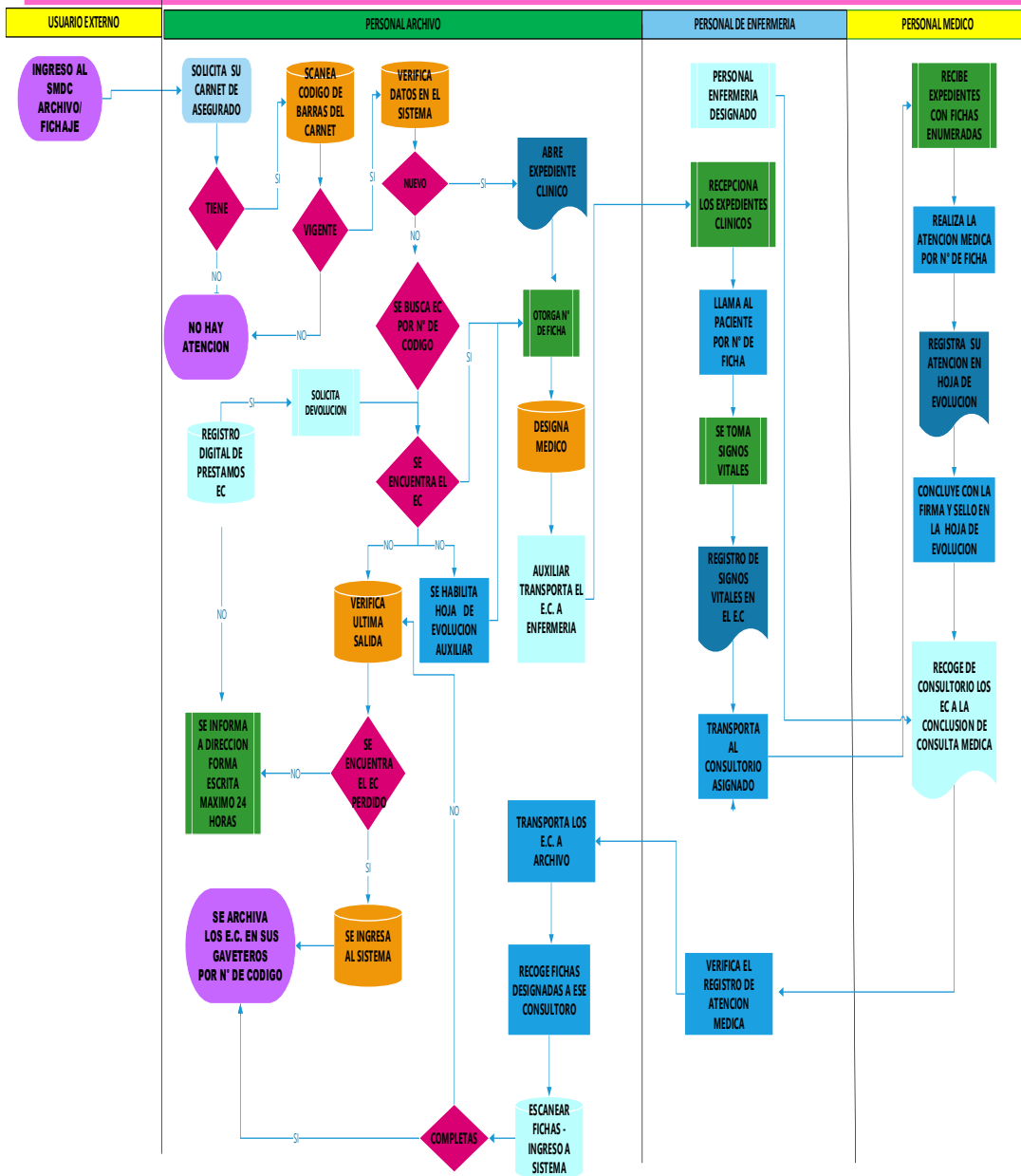
LUGAR: POLICLINICO CENTRAL SMDC

Nro.	ITEM	SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	COMENTARIOS Y/O OBSERVACIONES
1	SEÑALETICA DEL SERVICIO DE ARCHIVO				
2	ESCRITOIO TIPO SECRETARIA (1)				
3	SILLA GIRATORIA(1)				
4	GAVETEROS (2)				
5	ESTANTES TIPO MECANO (6)				
6	ESCALERA PLEGABLE (1)				
7	PAPELERA DE PLASTICO CON TAPA VENTANA ABATIBLE (1)				
8	COMPUTADORA (1)				
9	IMPRESORA (1)				
10	ESTANTES METALICOS CON DIVISIONES				

Nro.	ITEM	SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	COMENTARIOS Y/O OBSERVACIONES
11	EC ORDENADOS Y CORRECTAMENTE CLASIFICADOS (ACTIVOS Y PASIVOS)				
12	SISTEMA DE REGISTRO DIGITAL DE SALIDA DE EXPEDIENTES CLINICOS.				
13	REGISTROS DIARIOS, DE ENTREGA Y DEVOLUCION DE EC				
14	REGISTROS DIARIOS, DE PRESTAMO Y DEVOLUCION DE EC				
15	ILUMINACION ADECUADA				

Figura N° 2
FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO
EN EL SMDC

FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN EL SMDC



Fuente: Elaboración propia, 2021

ANEXO 4

FOTO DE LA VENTANILLA DE ARCHIVO Y FICHAJE DE LA UNIDAD DE ARCHIVO DEL POLICLINICO CENTRAL SMDC (Gestión 2021)



FOTO DE GAVETEROS CON LA RESPECTIVA CODIFICACION DE LA UNIDAD DE ARCHIVO DEL POLICLINICO CENTRAL SMDC (Gestión 2021)



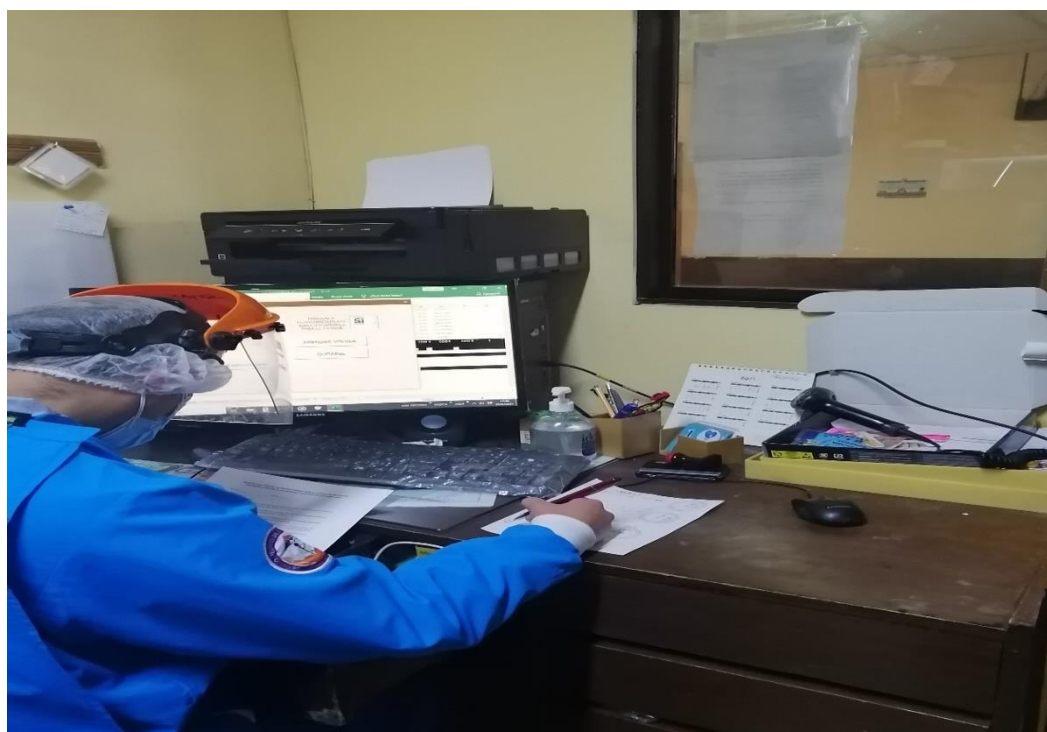
ANEXO 6

FOTO DE GAVETEROS CON LA RESPECTIVA CODIFICACION DE LA UNIDAD DE ARCHIVO DEL POLICLINICO CENTRAL SMDC (Gestión 2021)



ANEXO 7

FOTO DE EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD DE ARCHIVO DEL POLICLINICO CENTRAL SMDC (Gestión 2021)



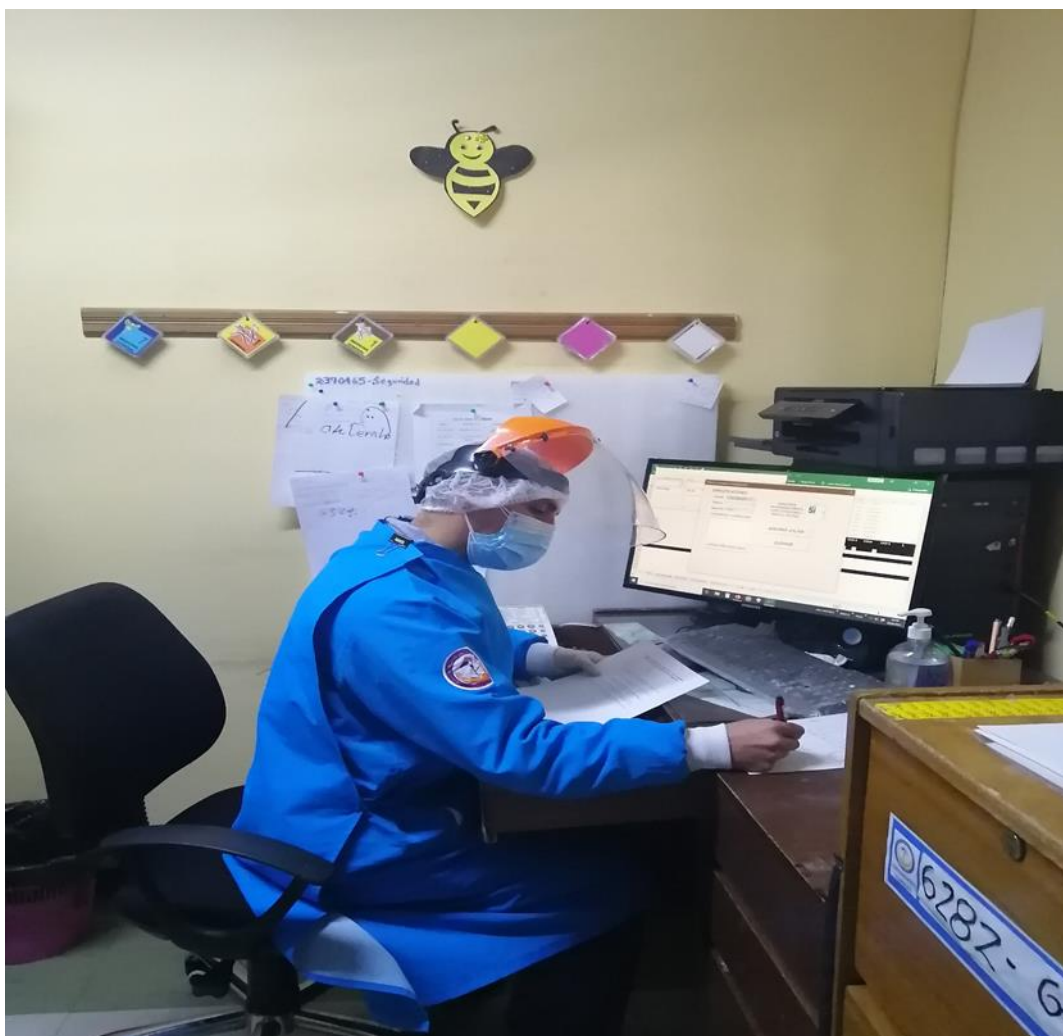
ANEXO 8

FOTO DE EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD DE ARCHIVO DEL POLICLINICO CENTRAL SMDC (Gestión 2021)



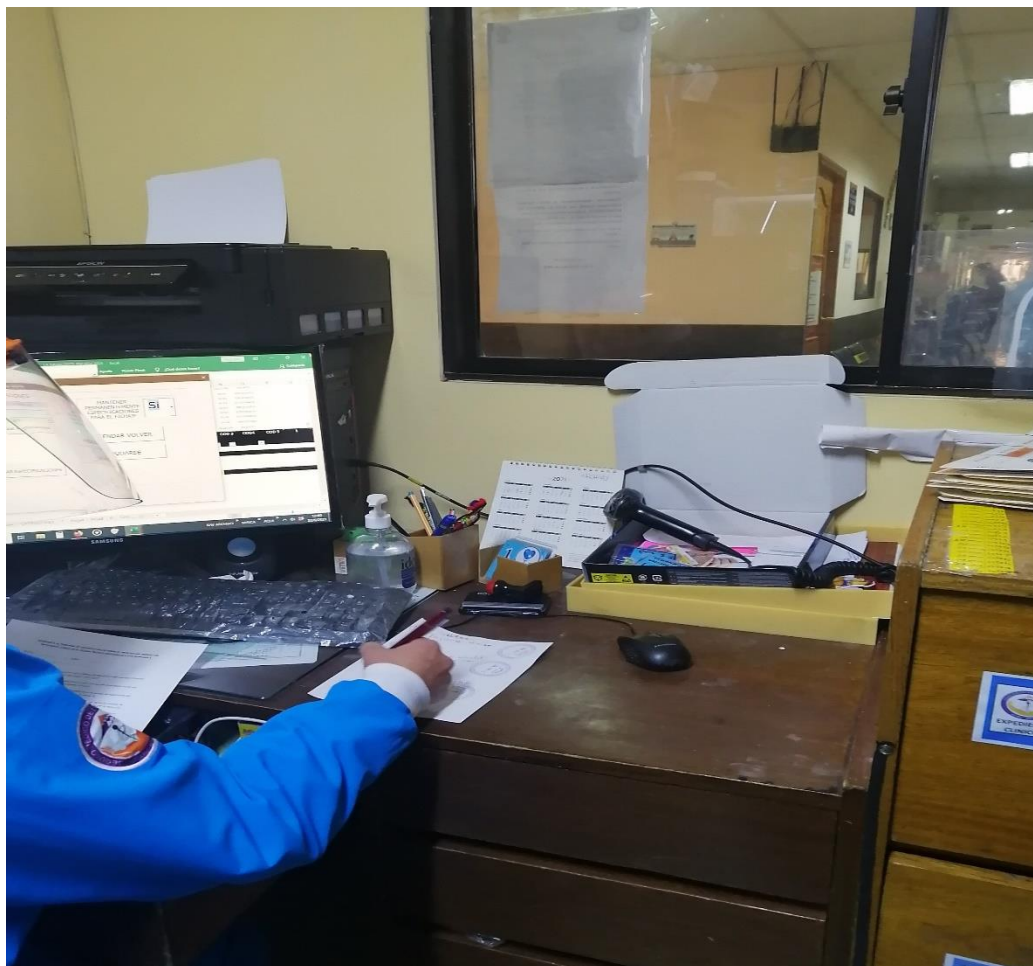
ANEXO 9

FOTO DE EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD DE ARCHIVO DEL POLICLINICO CENTRAL SMDC (Gestión 2021)



ANEXO 10

FOTO DE EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD DE ARCHIVO DEL POLICLINICO CENTRAL SMDC (Gestión 2021)



ANEXO 11

SOLICITUD DE AUTORIZACION



La Paz 4 de enero 2021

Señor:
Dr. MSc. Nicanor Jove Aparicio
Director Seguro Médico Delegado de Cotel

Ref: Solicitud de autorización para realiza estudio

Distinguido Doctor mediante la presente le hago llegar mis sinceros saludos de bienestar, deseándole éxito en las funciones que desempeña.

La presente es para solicitarle autorización para realizar un estudio en el Policlínico Central del SMDC, con el título **"Factores que influyen en el Manejo del Expediente Clínico, en el policlinico central del Seguro Médico Delegado de Cotel. La paz Bolivia Gestión 2021.**

Para este fin se utilizará tres de instrumentos (entrevista, fichas de observación), al personal de salud y administrativo.

Segura de contar con su colaboración, me despido muy atentamente:

Dra. D. Marisol Villegas
MEDICINA GENERAL
MMS-1162 - MCM 3º B
SEGURO MEDICO DELEGADO DE COTEL

Dra. Daysi Marisol Villegas Ibañez
Médico General
Seguro Médico Delegado de Cotel

CERTIFICADO DE AUTORIZACION

La Paz 15 de enero 2021

CERTIFICADO DE AUTORIZACION



Luego de evaluar la solicitud de la Dra. Daysi Marisol Villegas Ibañez, quien expresa la necesidad de realizar, un estudio para la obtención del título de Especialidad en auditoría Médica y Gestión de Calidad, este estudio lleva por título " **Factores que influyen en el Manejo del Expediente Clínico , en el policlinico central del Seguro Médico Delegado de Cotel. La paz Bolivia Gestión 2021**".

Para este fin se autoriza la aplicación de instrumentos al personal de salud y administrativo.

Se concluye en dar curso a la solicitud a partir de la fecha.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "N. Aparicio", written over a horizontal line.

Dr. MSc. Nicanor Jove Aparicio
DIRECTOR
Seguro Médico Delegado de Cotel

A rectangular official stamp with a dotted border. The text inside reads: "Dr. MSc. Nicanor Jove Aparicio", "DIRECTOR", "Seguro Médico Delegado de COTEL", and "M.P.J. 187 C.M.D.J.-00".

VALIDACION DE INSTRUMENTOS N° 1



CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

Yo Nicolás José Aparicio con C.I N° 9057807 L.O
Especialista en Seguro Social Ostentó el grado de Salud Ocupacional
Y ejerzo la carrera profesional como Director SMDC y Decano UMSL

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación Los instrumentos , **ENTREVISTA, FICHAS DE OBSERVACION** , que serán utilizadas para la elaboración de la tesis titulada **"FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL POLICLINICO CENTRAL DEL SEGURO MEDICO DELEGADO DE COTEL DE ENERO A DICIEMBRE 2021"**.

Que será aplicado en el policlínico central del Seguro Médico Delegado de Cotel en la gestión 2021, en el desarrollo de la investigación de la cursante de La **Especialidad en Gestión de calidad y Auditoría Médica** : Dra. Daysi Marisol Vilegas Ibañez.

Luego de realizar las verificaciones pertinente puedo formular las siguientes apreciaciones :

EVALUACION DEL INSTRUMENTO

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ARCHIVO Y SALUD SOBRE EL PROCESO DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN EL SEGURO MEDICO DELEGADO DE COTEL (grabación).

FECHA: 15-marzo 2021 HORA: 9:30
LUGAR: POLICLINICO CENTRAL SMDC

D. MSc. Nicolás A. José Aparicio
DIRECTOR
Seguro Médico Delegado COTEL
M.P.J. 187 C.M.D.J., BS

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

1. ¿Usted como personal de salud del seguro Médico Delegado de Cotel cree que el manejo de los expedientes clínicos es el adecuado? Y ¿Por qué?

Nro.	ITEM	SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	COMENTARIOS Y/O OBSERVACIONES
8	COMPUTADORA (1)				
9	IMPRESORA (1)				
10	ESTANTES METALICOS CON DIVISIONES				
11	EC ORDENADOS Y CORRECTAMENTE CLASIFICADOS (ACTIVOS Y PASIVOS)				
12	SISTEMA DE REGISTRO DIGITAL DE SALIDA DE EXPEDIENTES CLINICOS				
13	REGISTROS DIARIOS DE ENTREGA Y DEVOLUCION DE EC				
14	REGISTROS DIARIOS, DE PRESTAMO Y DEVOLUCION DE EC				
15	ILUMINACION ADECUADA				

1 = Deficiente 2 = Regular 3 = Bueno 4 = Excelente

Observaciones: NINGUNA

Lugar y Fecha _____

Firma y sello del Experto informante: _____

c.i. 9657803 Celular 357-500 69

ANEXO 14

VALIDACION DE INSTRUMENTOS N°2

CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

Yo ENRIQUE GARCIA A. con C.I. N° 2331329
Especialista en SEGURIDAD SOCIAL ostentó el grado de LICENCIADO
Y ejerzo la cámara profesional ADAN

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación Los instrumentos **ENTREVISTA, FICHAS DE OBSERVACION** que serán utilizadas para la elaboración de la tesis titulada "FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL POLICLINICO CENTRAL DEL SEGURO MEDICO DELEGADO DE COTEL DE ENERO A DICIEMBRE 2021".

Que será aplicado en el policlinico central del Seguro Médico Delegado de Cotel en la gestión 2021, en el desarrollo de la investigación de la cursante de La Especialidad en Gestión de calidad y Auditoria Médica : Dra. Daysi Marisol Villegas Ibañez

Luego de realizar las verificaciones pertinente puedo formular las siguientes apreciaciones :

EVALUACION DEL INSTRUMENTO

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ARCHIVO Y SALUD SOBRE EL PROCESO DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN EL SEGURO MEDICO DELEGADO DE COTEL (grabación).

FECHA: 15/5/21 HORA: 10:30
LUGAR: POLICLINICO CENTRAL SMDC

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

1. ¿Usted como personal de salud del seguro Médico Delegado de Cotel cree que el manejo de los expedientes clínicos es el adecuado? Y ¿Por qué?



Nro.	ITEM	SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	COMENTARIOS Y/O OBSERVACIONES
8	COMPUTADORA (1)				
9	IMPRESORA (1)				
10	ESTANTES METALICOS CON DIVISIONES				
11	EC ORDENADOS Y CORRECTAMENTE CLASIFICADOS (ACTIVOS Y PASIVOS)				
12	SISTEMA DE REGISTRO DIGITAL DE SALIDA DE EXPEDIENTES CLINICOS				
13	REGISTROS DIARIOS, DE ENTREGA Y DEVOLUCION DE EC				
14	REGISTROS DIARIOS, DE PRESTAMO Y DEVOLUCION DE EC				
15	LUMINACION ADECUADA				

1 = Deficiente 2 = Regular 3 = Bueno 4 = Excelente

Observaciones: NINGUNA

Lugar y Fecha LA PAZ

Firma y sello del Experto informante: _____

C.I. _____ Celular 71908237



ANEXO 15

VALIDACION DE INSTRUMENTOS N° 3

CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

Yo Dra. Rosemaría Viverocho L. con C.I N° _____
Especialista en Ginecología Obstétrica Ostentó el grado de Magister Salud Pública
Y ejerzo la carrera profesional Directora Gral. Centro Materno Infantil Susana
María de los Angeles
Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación Los
instrumentos **ENTREVISTA, FICHAS DE OBSERVACION**, que serán utilizadas
para la elaboración de la tesis titulada **"FACTORES QUE INFLUYEN EN EL
MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA DEL POLICLINICO CENTRAL DEL SEGURO MEDICO DELEGADO
DE COTEL DE ENERO A DICIEMBRE 2021"**.

Que será aplicado en el policlinico central del Seguro Médico Delegado de Cotel
en la gestión 2021, en el desarrollo de la investigación de la cursante de La
Especialidad en Gestión de calidad y Auditoria Medica : Dra. Daysi Marisol
Villegas Ibañez.

Luego de realizar las verificaciones pertinente puedo formular las siguientes
apreciaciones :

EVALUACION DEL INSTRUMENTO

**ENTREVISTA AL PERSONAL DE ARCHIVO Y SALUD SOBRE EL PROCESO
DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN EL SEGURO MEDICO
DELEGADO DE COTEL (grabación).**

FECHA: 18/05/21 HORA: 14:30
LUGAR: POLICLINICO CENTRAL SMDC



PREGUNTAS ESPECIFICAS

1. ¿Usted como personal de salud del seguro Médico Delegado de Cotel cree que el manejo de los expedientes clínicos es el adecuado? Y ¿Por qué?

Nro.	ITEM	SI CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	COMENTARIOS Y/O OBSERVACIONES
8	COMPUTADORA (1)				
9	IMPRESORA (1)				
10	ESTANTES METALICOS CON DIVISIONES				
11	EC ORDENADOS Y CORRECTAMENTE CLASIFICADOS (ACTIVOS Y PASIVOS)				
12	SISTEMA DE REGISTRO DIGITAL DE SALIDA DE EXPEDIENTES CLINICOS.				
13	REGISTROS DIARIOS, DE ENTREGA Y DEVOLUCION DE EC				
14	REGISTROS DIARIOS, DE PRESTAMO Y DEVOLUCION DE EC				
15	LUMINACION ADECUADA				

1 = Deficiente 2 = Regular 3 = Bueno 4 = Excelente

Observaciones: Ninguno

Lugar y Fecha 18/05/21

Firma y sello del Experto informante: _____

C.I. _____ Celular 30818912

