



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN
CIENCIA Y TECNOLOGÍA

DECRETO Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004

Acreditada mediante Resolución No 15 del 31 de octubre de 2012

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

**Maestría en Gerencias en Servicios de Salud con Especialización en
Sistema de Información**

**Importancia del buen uso de la historia clínica dentro del proceso de gerencia en
salud**

DAYSÍ JIMÉNEZ

PANAMÁ AGOSTO, 30, 2017



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN
CIENCIA Y TECNOLOGÍA

DECRETO Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004

Acreditada mediante Resolución No 15 del 31 de octubre de 2012

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Maestría en Gerencias en Servicios de Salud con Especialización en
Sistema de Información

Importancia del buen uso de la historia clínica dentro del proceso de gerencia en
salud

Informe presentado como requisito para optar al grado de Maestría en
Gerencias en Servicios de Salud con Especialización en sistema de
Información.

DAYSÍ JIMÉNEZ

PANAMÁ AGOSTO, 30, 2017



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN
CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Importancia del buen uso de la historia clínica dentro del proceso de gerencia en
salud

AUTOR: JIMENEZ DAYSI

TUTORA: SOFIA VASQUEZ MOLINA

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido culminar con mis estudio darme la salud y oportunidad de lograr mis objetivos, gracias por tu inmenso amor.

A mi madre por darme su apoyo y confianza para ser una mejor persona.

A mis hijos Kenneth, Kevin y Harold ya que son mi inspiración para salir adelante.

Mis hermanos y sobrina Dayaneshka Cooper, quienes me dieron el apoyo para culminar esta meta.

DAYSI JIMENEZ

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a todos mis maestros ya que ellos me enseñaron valorar los estudios y a superarme cada día, también agradezco a mis padres porque ellos estuvieron en los días más difíciles de mi vida como estudiante. Y agradezco a Dios por darme la salud que tengo, y sobre todo por brindarme su valiosa iluminación para culminar unas de mis metas

A mis familiares que me brindaron su valioso apoyo y consejo para seguir luchando y poder culminar este trabajo planteado

A mis hijos que son mi inspiración para seguir adelante y lograr esta meta propuesta.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE IMAGENES	vi
RESUMEN.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA	1
A. Planteamiento del problema	2
1. Descripción del Problema	3
2. Formulación del Problema	4
B. Objetivos de la investigación	4
1. Objetivo general.....	4
2. Objetivos específicos	4
C. Justificación e impacto.....	5
D. Proyecciones y Limitaciones	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
A. Antecedentes históricos e investigativos	8
B. Bases teóricas, conceptuales y legales	12
C. Sistema de variables.....	16
D. Operacionalización de las variables	34
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	44
A. Naturaleza y alcance de la investigación.....	45
B. Tipo y diseño de investigación	45
C. Hipótesis (si aplica)	46
D. Población y muestra.....	47
E. Técnica e instrumento de recolección de datos	47
F. Validez y confiabilidad	48
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	50
A. Procesamiento de los datos.....	51
B. Análisis de los Resultados	52
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
A. Conclusiones.....	59
B. Recomendaciones.....	61
CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA	62

A.	Denominación de la propuesta.....	63
B.	Descripción.....	63
C.	Fundamentación.....	63
D.	Objetivos de la propuesta.....	64
1.	Objetivo general.....	64
2.	Objetivos específicos.....	64
E.	Metas.....	65
F.	Beneficiarios.....	65
G.	Localización.....	66
H.	Cronograma.....	67
I.	Recursos.....	68
J.	Cronograma.....	68
K.	Recursos.....	68
L.	Presupuesto.....	68
M.	Sistematización de la Propuesta.....	71
	Bibliográfica.....	72
	ANEXOS.....	73

ÍNDICE DE TABLAS

GRAFICO N°1

Consideración del personal de REGES sobre el uso de la historia clínica hospitalaria, república de Panamá, 2017.....52

GRÁFICO N° 2

Opinión del personal de REGES sobre el mejoramiento de la administración gerencial para lograr cambios en el uso de la historia clínica hospitalaria, República de Panamá 2017.....53

GRÁFICO N°3

Opinión del personal de REGES sobre las consecuencias que podría acarrearle el inadecuado uso de la historia clínica en el proceso gerencial de salud, República de Panamá 2017.....54

GRAFICO N°4

Opinión del personal de REGES sobre la capacitación en aspectos gerenciales para el conocimiento sobre la importancia del buen uso del historial clínico, panamá 2017.

.....55

GRAFICO N°5

Opinión del personal de REGES sobre las recomendaciones que ofrecerían para mejorar el uso adecuado del historial clínico, Panamá, 2017.....56

ÍNDICE DE IMAGENES

FIGURA 1

Listado de formularios de Historia Clínica del paciente.....76

FIGURA 1a y 1b

Esquema de distribución de cargos del personal de REGES.....77

FIGURA 2

Estructura del Departamento de Registros Médicos.....78

RESUMEN

La gerencia en salud es una parte de la administración de los servicios de salud que busca la eficiencia y eficacia en cada una de las funciones que deben realizarse en cualquier ámbito de la salud. Parte importante es la forma como es desarrollada en las entidades hospitalarias, ya que por ser una parte sensible del área de salud necesita de herramientas administrativas que ayuden a minimizar los problemas que puedan presentarse.

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud.

Actualmente la gerencia en salud requiere un conjunto de conocimiento, habilidades y técnicas que proporcione la preparación suficiente y permita llevar a cabo las acciones que sean necesarias. En este caso su enfoque estaría a reforzar el buen uso de la historia clínica como documento esencial en la administración de los servicios de salud.

El estudio de la gerencia en salud dirigida a fortalecer el uso de la historia clínica hospitalaria no cuenta con muchos antecedentes. Sin embargo existen algunas investigaciones que han servido de base para el desarrollo investigativo deseado.

La proyección de esta investigación pretende llegar a todos los profesionales de la salud que trabajan y desarrollan sus funciones técnicas y administrativas, en las instalaciones donde se esté utilizando un historial clínico hospitalario. De igual forma, a los profesionales de la salud, responsables de realizar investigaciones, estudios y análisis relacionados con la salud en todos los niveles del país.

ABSTRACT

Health management is a part of the administration of health services that seeks efficiency and effectiveness in each of the functions that must be performed in any field of health. Important part is the way it is developed in the hospital entities, since being a sensitive part of the health area needs administrative tools that help minimize the problems that may arise.

The medical history is one of the forms of registration of the medical act, whose four main characteristics is involved in its elaboration and is: professionalism, typical execution, objective and legality.

Currently, health management requires a set of knowledge, skills and techniques that provides sufficient preparation and allows carrying out actions that are necessary. In this case his approach would be to reinforce the good use of the medical history as an essential document in the administration of health services.

The study of health management aimed at strengthening the use of hospital records does not have many antecedents. However, there is some research that has served as the basis for the desired research development.

The projection of this research aims to reach all health professionals who work and develop their technical and administrative functions, in the facilities where a hospital clinical history is being used. Likewise, health professionals, responsible for carrying out research, studies and analyzes related to health at all levels of the country.

INTRODUCCIÓN

La gerencia en salud es una parte de la administración de los servicios de salud que busca la eficiencia y eficacia en cada una de las funciones que deben realizarse en cualquier ámbito de la salud. Parte importante es la forma como es desarrollada en las entidades hospitalarias, ya que por ser una parte sensible del área de salud necesita de herramientas administrativas que ayuden a minimizar los problemas que puedan presentarse.

La utilización de los recursos gerenciales para el buen manejo organizacional del área hospitalaria es indispensable para obtener mejores resultados en cuanto a la satisfacción de las necesidades de la población.

En este sentido es importante considerar el manejo de la historia clínica como un proceso donde la gerencia en salud debe jugar un papel preponderante, ya que se trata de un documento confidencial donde se recogen todos los datos de los pacientes para futuras investigaciones o diagnósticos.

Es por ello que la gerencia en salud debe utilizar las estrategias necesarias para que el manejo de este documento se dé de la mejor manera posible tomando en consideración la responsabilidad y confidencialidad necesaria en aquellos que de alguna manera tienen contacto con éste.

Este trabajo se enfoca en dar a conocer el rol de la gerencia en salud en el buen uso de la historia clínica y para ello se ha desarrollado en cinco capítulos. El capítulo primero trata de la contextualización del problema donde se desarrolla el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos, entre otros elementos.

El segundo capítulo trata del marco referencial donde se plasman algunas investigaciones realizadas sobre el tema. En el tercer capítulo se desarrolla el marco teórico.

El cuarto capítulo enfoca el marco metodológico y el resultado del instrumento utilizado. Se presenta un quinto capítulo donde se presenta una propuesta

CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

A. Planteamiento del problema

“la historia clínica es uno de los elementos más importantes de la relación entre médico y paciente. Esta relación, objetivo esencial de la medicina debe fundamentarse en un compromiso responsable de todas las partes involucradas”. Guzmán, F. (1999 p. 33)

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud.

La profesionalidad se refiere a que solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico, pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de elaborar una buena historia clínica. La ejecución es típica debido a que la medicina siempre se ejerce de acuerdo con las normas de excelencia de ese momento, a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno.

El objetivo de ayuda al enfermo se traduce en aquello que se transcribe en la historia. La licitud se debe a que la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable. Esto lleva a reconocer que el manejo de la historia clínica necesita de procesos gerenciales que ayuden a minimizar los riesgos relacionados con el uso inadecuado e indebido de este documento.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (2011) establece que los sistemas de salud deben contar con una administración eficiente que ayude a cumplir metas relacionadas con el buen uso de todos sus recursos y en esto se incluye a la historia clínica del paciente.

1. Descripción del Problema

La estructura de un hospital se mueve alrededor de la jerarquía de la gerencia de servicios de salud y de esa manera se ubican en niveles de atención, según su complejidad.

Estas instituciones tienen dentro de su manejo la historia clínica del paciente donde se registran todas las acciones terapéuticas y de manejo médico de cada uno de ellos. Asimismo, en forma explícita o no, se encuentran elementos de la participación del equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, todas las cuales deben ir respaldadas por la firma del responsable legal del enfermo.

Esto indica que la administración gerencial tiene una responsabilidad vital en cuanto al buen uso que se le pueda dar a este documento, máxime si se trata de una institución hospitalaria de nivel de complejidad mayor.

La Organización Panamericana de la Salud (2010), asegura que un administrador en salud debe tener una visión integral de todo lo que involucra el componente de salud y debe ser capaz de desarrollar y evaluar los planes y programas para su funcionamiento. Esto involucra el buen uso de la historia clínica del paciente.

Esto ha llevado al análisis de la necesidad de que la gerencia en salud e involucre en el buen uso de la historia clínica y obtener mejores resultados al respecto. De igual manera con esta investigación se espera poder dar respuesta a algunas preguntas como:

- ¿Cuál es la importancia que se le da al uso de una historia clínica hospitalaria que está evaluada por un proceso gerencial?
- ¿Contar con un adecuado proceso de gerencia en salud ayuda a minimizar las inconformidades en cuanto al uso de la historia clínica?

2. Formulación del Problema

La formulación del problema de investigación es la etapa donde se estructura formalmente la idea análisis de la necesidad de que la gerencia en salud e involucre en el buen uso de la historia clínica y obtener mejores resultados al respecto

B. Objetivos de la investigación

Los objetivos de investigación se definen como el grado de respuesta que aspiramos llegar con nuestra investigación, delimitan el grado de compromiso que asumimos, condicionada por la disponibilidad de recursos tanto materiales como humanos que se disponen. (Dicovsky L., 2008, p.45)

1. Objetivo general

- Demostrar la importancia de la Gerencia en Salud en el buen uso de una Historia Clínica hospitalaria.

2. Objetivos específicos

- Conocer la importancia de la Gerencia en Salud en el uso de la historia clínica hospitalaria.
- Identificar el manejo actual de la historia clínica en los hospitales.
- Conocer la opinión de los colaboradores del departamento de Registros Médicos y Estadística de Salud en relación al proceso gerencial que se aplica en una institución.
- Identificar los beneficios de la gerencia en salud en el manejo de la historia clínica hospitalaria.
- Presentar una propuesta sobre gerencia en salud en cuanto al uso adecuado de la historia clínica hospitalaria.

C. Justificación e impacto

El proceso de administración de los servicios de salud se enfoca en elementos esenciales como lo son la planificación, organización, dirección y control a través de la optimización de recursos.

Para la Organización Mundial de la Salud (2011), la gerencia de los servicios de salud enfoca sus tareas en el establecimiento de planes y programas que ayuden a fortalecer las tareas del sector tomando en consideración las fortalezas y debilidades que presente la institución hospitalaria.

El desafío de la gerencia en salud actualmente consiste en desarrollar capacidades administrativas en las personas encargadas de dirigir las entidades de salud. Las instituciones de salud deben contar con una gerencia eficiente con el objeto de poder cumplir las metas que se contemplen.

Actualmente la gerencia en salud requiere un conjunto de conocimiento, habilidades y técnicas que proporcione la preparación suficiente y permita llevar a cabo las acciones que sean necesarias. En este caso su enfoque estaría a reforzar el buen uso de la historia clínica como documento esencial en la administración de los servicios de salud.

“La Historia Clínica es el registro ordenado y metódico de todos los resultados de los exámenes clínicos realizados a un paciente con motivo de evaluación de su salud, la realización de diagnósticos y la prescripción de los tratamientos” (Atienza, O. 2013, p.33).

El disponer de un sistema de registro adecuado es fundamental para el manejo de la información hospitalaria. Es por ello que es importante reconocer el papel de la gerencia en salud en cuanto al mantenimiento de habilidades y capacidades para obtener los mejores recursos en cuanto al uso adecuado de la historia clínica.

D. Proyecciones y Limitaciones

La proyección de esta investigación pretende llegar a todos los profesionales de la salud que trabajan y desarrollan sus funciones técnicas y administrativas, en las instalaciones donde se esté utilizando un historial clínico hospitalario. De igual forma, a los profesionales de la salud, responsables de realizar investigaciones, estudios y análisis relacionados con la salud en todos los niveles del país.

El estudio tiene las siguientes limitaciones:

- Falta de colaboración de los empleados carentes de compromiso con el proceso.
- Ausencia de tecnología en algunas instituciones del historial clínico electrónico
- Dependencia de los profesionales de una infraestructura de red inalámbrica y de las capacidades que esta posea (alcance, número de usuarios conectados, velocidad).
- Costos asociados a la adquisición del equipamiento necesario para el ordenamiento adecuado de archivos de historia clínica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A. Antecedentes históricos e investigativos

Los hospitales representan un elemento esencial en los sistemas locales de salud. Esto se debe no sólo al papel que juegan en la atención de pacientes que requieren servicios más especializados que los disponibles en los centros y puestos de salud, sino también por el apoyo que ofrecen a estos establecimientos de menor complejidad en cuanto a sistemas de información, funciones gerenciales, desarrollo de recursos humanos, logística e investigación.

El Departamento de Registros Médicos es el departamento del hospital que más contribuye a estos dos grandes grupos de funciones: atención de pacientes y apoyo institucional. Uno de los obstáculos para el funcionamiento adecuado de un Departamento de Registros Médicos y Estadística es la falta de normas y procedimientos escritos.

El estudio de la gerencia en salud dirigida a fortalecer el uso de la historia clínica hospitalaria no cuenta con muchos antecedentes. Sin embargo existen algunas investigaciones que han servido de base para el desarrollo investigativo deseado.

Enfoca la gerencia o administración de salud como una ciencia social y técnica aplicada a los servicios de salud. Es la capacidad de gestionar, administrar y financiar las instituciones de salud, adecuarlas a las exigencias dadas por los nuevos sistemas de prestación de servicios.

La administración en salud requiere de un conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas con base en un equilibrio armónico que proporcione la preparación suficiente al gerente de los servicios y le permita llevar a cabo una secuencia de acciones para alcanzar objetivos determinados.

En cuanto a la historia clínica, “es necesario políticas administradas por la gerencia en salud que ayude a minimizar los problemas que se presentan con el uso de la historia clínica en las instituciones de salud” (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

De igual manera se sustenta la importancia del uso de la historia clínica como documento legal que ayuda al gerente de servicios de salud a tomar decisiones en un momento determinado.

La creación de Normas para la historia clínica hospitalaria es fundamental en el manejo adecuado por parte del personal del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas y el Profesional de Salud.

- Toda atención brindada a un paciente en el hospital será registrada. Para el paciente atendido en la consulta externa o en el servicio de hospitalización, la anotación se hará en la historia clínica.
- Para el paciente atendido en el servicio de emergencia, la anotación se hará en el libro de emergencia y, en hospitales que así lo han normado, en la hoja de emergencia.

NOTA: Bajo circunstancias especiales y con la previa autorización de (la División normativa del Ministerio que corresponde), se podría prescindir de la apertura de la historia clínica (pero no del registro de la atención), o de archivar ésta en el establecimiento a grupos seleccionados de la consulta externa. Por ejemplo, pacientes de medicina general atendidos en un consultorio de "filtro" se anotarían sólo en un libro de registros; la madre conservaría la historia de un niño atendido en la consulta externa.

- La historia clínica será única e incorporará todos los datos con que cuenta el hospital relativo a la salud de la persona. Vale decir, no habrán historias separadas para cada programa/servicio.

- Las historias clínicas son propiedad del hospital y se archivarán en éste, salvo aquellas historias que se ha normado deberán ser conservadas en el hogar del paciente.
- Para pacientes referidos o trasladados a otro establecimiento, se llenará una hoja de referencia con datos pertinentes extraídos de la historia clínica u otro registro, enviando con ésta los resultados de laboratorio y exámenes de gabinete efectuados.
- Se transcribirán de la historia clínica a tarjetas o carnés que se entreguen a los pacientes (o a sus familiares) datos seleccionados (por ejemplo, fecha y dosis de vacuna) que ayudan a asegurar una atención continuada.
- Sólo personal médico o de servicios técnicos de apoyo tendrá acceso a la historia clínica.
- Toda persona que tiene acceso a la historia clínica o a datos que forman parte de ella (por ejemplo, informes de laboratorio) o que se derivan de ella (por ejemplo, informes estadísticos), deberá ser informado sobre su obligación de observar el secreto médico.
- El personal que divulga información de la historia clínica a personas no autorizadas será sancionado.
- En todo momento, sea en consulta externa, hospitalización u otro lugar, las historias estarán protegidas contra su inspección por personas no autorizadas. Sólo personal del Departamento de Registros Médicos y otro personal expresamente autorizado tendrá acceso al archivo clínico. El archivo se mantendrá cerrado con llave cuando no está atendido.

En el año 2010, el Ministerio de Salud de Panamá, con el fin de invertir en la mejora de los servicios de salud a nivel nacional, comenzó la búsqueda a nivel mundial de soluciones de primer nivel encaminadas a modernizar y mejorar el sistema de salud.

Como parte de un plan estratégico del MINSA, se planteó la posibilidad de adquirir un sistema de información para el manejo de expediente clínico electrónico en las instalaciones de Primero, Segundo y Tercer nivel de salud. Dicho sistema, debía integrar todas las áreas de atención (consultas, registros médicos, urgencia, laboratorio, farmacia, entre otros), mejorar la calidad y eficiencia de la atención médica, manejar de forma centralizada toda la información de los pacientes integrada a una plataforma de inteligencia de negocios y contemplar la interoperabilidad como parte fundamental de ésta implementación.

Para inicios del año 2011, tanto el Ministerio de Salud como la Caja de Seguro Social, iniciaron reuniones con diferentes proveedores que aportaron sus experiencias en otros países de la región y a nivel mundial; el alcance de sus herramientas y los beneficios de la implementación de un sistema centralizado para el manejo de expedientes clínicos electrónicos.

Para octubre del año 2013, el Ministerio de Salud de Panamá, con el deseo de prestar servicios de salud con criterios de equidad, eficacia, eficiencia y calidad con un enfoque integral en la atención de salud de sus afiliados, da inicio a su proyecto de Sistema de Expediente Clínico Electrónico.

El establecimiento del nuevo gobierno a partir del 1 de julio de 2014, propone desde el Despacho Superior del Señor Ministro de Salud, instruir a los actores técnicos y administrativos en la revisión de todo lo actuado, a realizar los ajustes a los requerimientos que se tengan en materia técnica y de recursos además, a darle continuidad al proceso en beneficio de toda la población que asisten a las instalaciones

de salud a nivel nacional en demanda de nuestros servicios, por ello resulta imperante elaborar herramientas , guías y manuales, que faciliten el uso, pero sobre todo el de empoderar a nuestros equipos de salud en el uso de la herramienta, Sistema Electrónico de Información de Salud “SEIS”.

Actualmente solo algunas instituciones públicas de salud del país cuentan con el Sistema de Información de Salud SEIS, ya sea por la locación de la misma o su cobertura de red.

B. Bases teóricas, conceptuales y legales

La historia clínica es uno de los elementos más importantes de la relación entre médico y paciente. Esta relación, objetivo esencial de la medicina, se encuentra consagrada en la Ley 23 de 1981, la cual expresa en su artículo IV:

La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico. La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud.

La profesionalidad se refiere a que solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico, pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de elaborar una buena historia clínica.

La ejecución es típica cuando se hace conforme a la denominación, debido a que la medicina siempre se ejerce de acuerdo con las normas de excelencia de ese momento, a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno.

El objetivo de ayuda al enfermo se traduce en aquello que se transcribe en la historia. La licitud se debe a que la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable.

La investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación únicamente.

Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad. Ciertamente, en el campo terapéutico, el médico se debe atener a lo dispuesto en las leyes, los códigos de ética.

Por lo tanto, debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos, de acuerdo con las normas de excelencia aceptadas en ese momento por la sociedad y la ciencia médica.

Investigar no es administrar sustancias no aceptadas por estudios científicos previos. Esto es experimentación humana sin consentimiento y constituye un delito. El Código de Ética Médica hace referencia a este punto.

El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición.

En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones

a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión, Artículo 2, Ley 23 de 1981.

La Ley 23 ya lo había contemplado en su Título II, Capítulo III, Artículo 34: La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente.

Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Asimismo, en el Artículo 38: Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- A) al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga; Rev con la Historia clínica
- B) a los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento
- C) a los responsables del paciente cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente
- D) a las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley
- E) a los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

Esta norma tiene, a su vez, repercusión para efectos procesales, ya que el médico, al igual que otros profesionales, no está obligado a declarar sobre aquello que se le ha confiado o ha llegado a su conocimiento por razón de su oficio o profesión (Artículo 214 del Código de Procedimiento Civil). Infortunadamente, la confidencialidad de la historia clínica está siendo negada por los nuevos sistemas de salud y las tecnologías que utilizan.

En principio, tienen acceso a la historia clínica el médico tratante, los que atienden las interconsultas, el personal paramédico y el personal en adiestramiento que se admite para el manejo del caso específico. Sin embargo, aunque existen indicaciones específicas sobre formatos de información (Resolución 3905 de junio de 1994), las

entidades prestadoras de servicios (EPS) disponen de la información a su arbitrio, particularmente a través de sus auditores médicos.

El Decreto 3380 contempla la violación de la confidencialidad en la siguiente forma: Artículo 23.

El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta. Artículo 24.

El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional, pero no será responsable por la revelación que ellos hagan.

Secreto profesional en el juramento hipocrático se estipula: Aquello que yo viere u oyere en la sociedad, durante el ejercicio, o incluso fuera del ejercicio de mi profesión, lo callaré, puesto que jamás hay necesidad de divulgarlo, considerando siempre la discreción como un deber en tales casos.

El secreto profesional médico cubre aquello que por razón del ejercicio de la profesión, se haya visto, oído o comprendido y que no es ético o lícito revelar, salvo que exista una causa justa y en los casos contemplados por disposiciones legales.

Según Uribe Cualla, existen tres tipos de secreto profesional médico: • Absoluto.

El médico debe callar siempre todo, bien sea en privado o ante la justicia.

- Relativo. No debe guardarse frente a la justicia, para así colaborar en la búsqueda de la verdad. De conciencia.

El médico debe divulgar la verdad. Según Uribe Cualla, se requieren varias condiciones para que exista violación del secreto profesional: que el infractor tenga una profesión u oficio que el asunto se haya conocido con motivo del ejercicio profesional,

aunque no tenga nada de confidencial que cuando el médico con la revelación de lo secreto, no obstante tener la obligación de guardarlo, causa algún perjuicio o haya la posibilidad de causarlo, o que se haga con plena conciencia (delito) o inadvertidamente (falta moral).

Constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano. 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. Intenta encuadrar el problema del paciente. De acuerdo con los conocimientos presentes, la queja del enfermo se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de integrar sus síntomas, signos y documentos para clínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces.

Orienta el tratamiento. El individuo que acude en busca de consejo y alivio para sus enfermedades se llama paciente.

En la historia clínica queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica.

De allí, la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas.

C. Sistema de variables

1. Importancia de los datos estadísticos en un programa de salud

La historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal dentro de las instituciones de salud. Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos y todo aquello vinculado con su salud.

La gerencia de los servicios de salud puede considerarse como una herramienta eficaz para las instituciones de salud en cuanto que les permite tomar decisiones y generar cambios significativos en su funcionamiento.

Es por ello que se establece que la historia clínica ayuda a entablar una relación más personal con el paciente porque permite conocerlo en diferentes aspectos.

La historia clínica como uno de los documentos más importantes que permiten garantizar un adecuado diagnóstico y tratamiento médico, documento que no se le da la importancia que se merece.

Es aquí donde la gerencia en salud juega un papel importante en garantizar que el uso que se le dé a la historia clínica sea el mejor. En el caso del hospital Rafael Hernández, es una institución de salud cuya complejidad es mayor que otros centros hospitalarios ya que se ofrecen servicios especializados en todos los niveles.

Esto demanda contar con una historia clínica completa, donde se guarden todos los datos de una manera ordenada y sobretodo muy responsablemente.

La responsabilidad del uso adecuado de la historia clínica no es exclusiva de los funcionarios del departamento de Registros Médicos y Estadística de Salud, sino que el gerente de servicios de salud tiene su grado de responsabilidad en ello.

El buen uso de la historia clínica no es solamente mantener la información del paciente que acude al hospital Rafael Estévez de forma ordenada, sino que también involucra la confidencialidad de su manejo y evitar la fuga de información.

2. Gestión administrativa

La administración en salud o administración sanitaria es la ciencia social y técnica relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las empresas públicas y privadas del sector salud, medio ambiente, recursos naturales, saneamiento básico urbano y rural, innovación tecnológica, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos.

En otras palabras, la administración en salud es la empresas aplicada a las empresas proveedoras de bienes y servicios de salud - sanitarios, y ambientales, que resulten en el mantenimiento o restablecimiento en la salud de las personas usuarias, a quienes -dentro del establecimiento de salud- se les denominan clientes y/o pacientes; así como del desarrollo sostenible.

3. Importancia del uso adecuado de la Historia Clínica hospitalaria

La historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal dentro de las instituciones de salud. Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos y todo aquello vinculado con su salud.

La gerencia de los servicios de salud puede considerarse como una herramienta eficaz para las instituciones de salud en cuanto que les permite tomar decisiones y generar cambios significativos en su funcionamiento.

Es por ello que se establece que la historia clínica ayuda a entablar una relación más personal con el paciente porque permite conocerlo en diferentes aspectos.

La historia clínica como uno de los documentos más importantes que permiten garantizar un adecuado diagnóstico y tratamiento médico, documento que no se le da la importancia que se merece.

Es aquí donde la gerencia en salud juega un papel importante en garantizar que el uso que se le dé a la historia clínica sea el mejor. En el caso del hospital Rafael Hernández, es una institución de salud cuya complejidad es mayor que otros centros hospitalarios ya que se ofrecen servicios especializados en todos los niveles.

Esto demanda contar con una historia clínica completa, donde se guarden todos los datos de una manera ordenada y sobretodo muy responsablemente.

La responsabilidad del uso adecuado de la historia clínica no es exclusiva de los funcionarios del departamento de Registros Médicos y Estadística de Salud, sino que el gerente de servicios de salud tiene su grado de responsabilidad en ello.

El buen uso de la historia clínica no es solamente mantener la información del paciente que acude al hospital Rafael Estévez de forma ordenada, sino que también involucra la confidencialidad de su manejo y evitar la fuga de información.

4. Calidad de la historia clínica

La historia clínica es un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

La historia clínica puede definirse como el documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario 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 y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda.

Es un documento debidamente identificado en el que se registra la información concerniente a la salud de un paciente, sus alteraciones y evolución a través de toda su vida; cuyo propósito primordial es de servir como medio eficiente para la comunicación entre el médico tratante y los demás profesionales que intervienen en dicha atención.

La calidad de la historia clínica consiste en un proceso cíclico, basado en el seguimiento de los registros durante el cuidado al paciente. Ese proceso incorpora actividades periódicas que permiten mejorar los resultados por medio del control de actividades sanitarias, que deben estar en relación directa con los instrumentos y recursos utilizados. Al existir una relación entre el recurso humano y financiero se permite mejorar la calidad de los registros independientemente del número de atenciones realizadas en un día censal.

La asistencia de los pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios genera una serie de documentos que contiene y guarda la información de la relación profesional entre el médico y el enfermo que voluntariamente demanda su ayuda, es decir plasma la labor asistencial que debe recoger la información del paciente. (Manrique y López, 2002, Pág. 85.)

La historia clínica tiene tanta importancia en la labor asistencial que está reconocida como un derecho del paciente así como un deber y derecho del médico, entre las principales características que debe tener la historia clínica del paciente destaca las siguientes:

- **Completa:** debe reunir los datos obtenidos de la anamnesis, exploración personal, pruebas diagnósticas complementarias, juicio diagnóstico y tratamiento, así como los detalles de la evolución clínica del paciente, los especialistas a los que ha sido remitido, los documentos de consentimiento informado y los rechazos al tratamiento de los pacientes.
- **Ordenada:** todas las anotaciones deben aparecer en orden sucesivo y debidamente fechado. Los datos deben ser exactos y puestos al día. En la figura 1 se encuentra un listado de la secuencia de formularios de la historia clínica después del regreso del paciente y durante su hospitalización.
- **Inteligible o legible y comprensible.** Debe ser comprendida por todo el personal de salud, su comprensión también ayuda en temas legales y de pertinencia médica.
- **Respetuosa con el enfermo, los compañeros y con la institución y sus directores.** Rectificada cuando sea necesario. No para “ocultar” una mala actuación médica.

- La Historia Clínica tiene características muy importantes las cuales le han permitido a lo largo del tiempo garantizar el almacenamiento y organización de la información. Es importante destacar que la calidad del registro debe tener aportaciones que ayuden al profesional médico a la toma de decisiones y planificación de estrategias.
- Así mismo el correcto registro de su contenido servirá como herramienta que podrá ser aplicada en diferentes campos de acuerdo a sus necesidades.

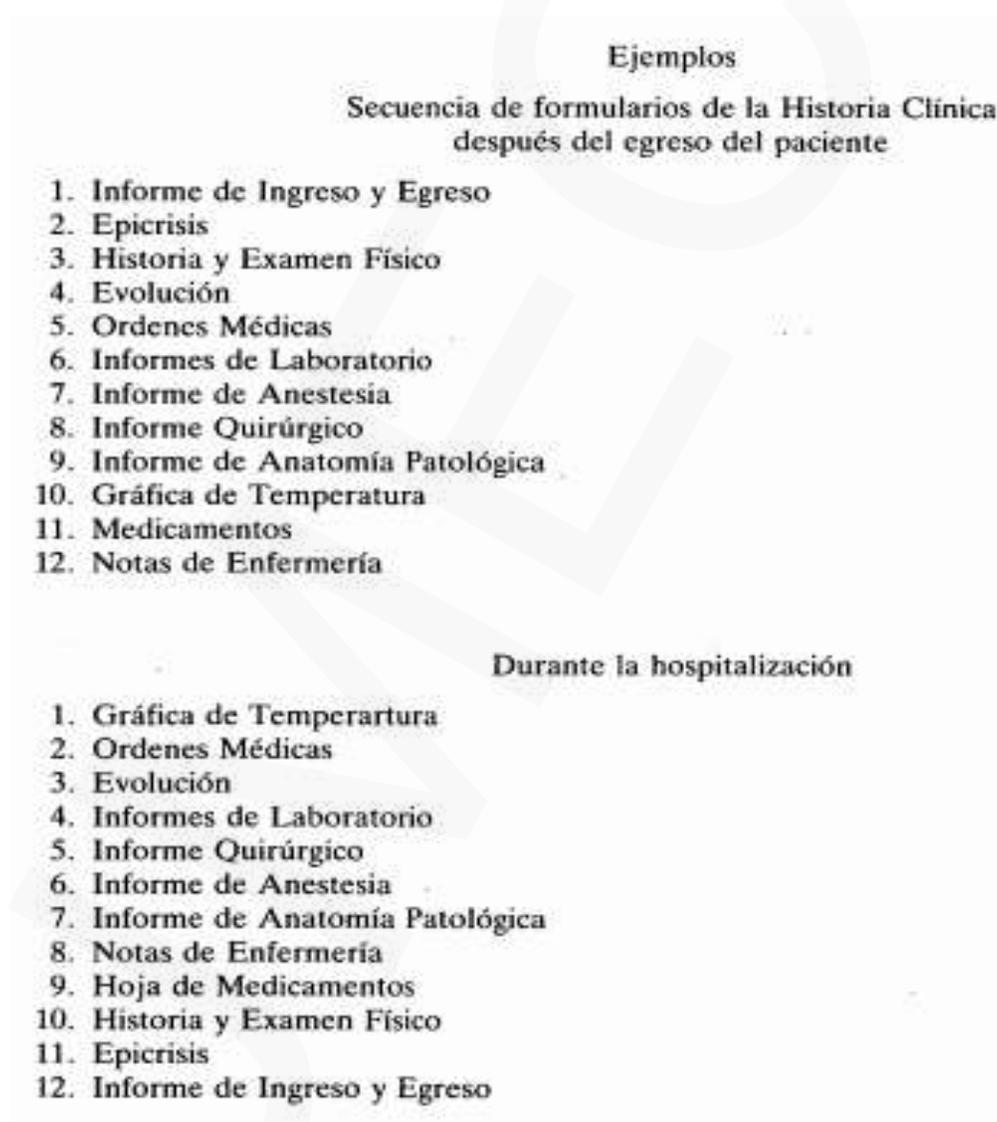


Figura 1: Listado de formularios de Historia Clínica del paciente.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Guía para la Organización de REGES*.

5. Funciones de La historia clínica

Para cumplir estas funciones la historia clínica debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios que justifiquen el diagnóstico y tratamiento en cada caso, con orden de los documentos y narrativa de los hechos registrados con letra legible.

Es importante que esté constituida por una base de datos obtenidos del interrogatorio, los hallazgos del examen físico y el resultado de los exámenes complementarios, la notas de evolución deben de estar bien organizadas orientadas en cuatro partes, conocida generalmente como SOAP, subjetivo, objetivo, evaluación y plan (Cantate, 2010, p.65).

El principal objetivo de la historia clínica es registrar y monitorear el proceso individual de atención de un paciente, planifica la atención y asegura su continuidad; por lo tanto es el instrumento por excelencia para la evaluación de la calidad del proceso de atención. De igual manera es el registro único individual de las actividades que ejecuta el equipo de salud sobre el paciente; además se constituye en un elemento para evaluar el desempeño de los Como se puede evidenciar, la historia clínica es un valioso instrumento que permite evaluar el proceso individual de atención y la calidad del servicio brindado.

Además es una guía que asegura continuidad en la atención, diagnóstico, pronóstico, evolución y vigilancia de lo actuado; convirtiéndose en un instrumento legal de orden probatorio al momento de definir aspectos legales o de ética médica.

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 miembros del equipo y un soporte legal tanto para el paciente como para el equipo de salud en donde se pueden verificar las actuaciones individuales del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente.

Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, 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

6. Características básicas de la historia clínica

Se establecen las siguientes características en la Historia Clínica:

- Veracidad. Registro real y comprobado de las decisiones y acciones de los profesionales responsables sobre los problemas de salud del usuario ya que cada usuario del sistema registra la información que le compete.
- Integralidad. La historia clínica debe reunir la Información completa de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria

- **Pertinencia.** Aplicación de criterios de racionalidad científica en el registro de los datos, de conformidad con los protocolos de atención y las guías de prácticas clínicas.
- **Secuencialidad.** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.
- **Disponibilidad.** Existencia real y completa de los formularios y documentos complementarios para su utilización en el momento requerido.
- **Oportunidad.** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.
- **Racionalidad Científica.** Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de trabajo.
- **Calidad del registro.** Llenado completo con claridad, legibilidad y estética (evitando siglas o símbolos no autorizados), que incluya fecha y hora de atención, nombre y firma del responsable.
- **Seguridad.** Debe contar con perfiles de acceso para los usuarios que registren la información, además de respaldos periódicos de la información que ya se ha registrado e incluir seguridades contra virus o cualquier otro tipo de amenaza que afecte el funcionamiento del sistema.

7. La Gerencia en Salud y el buen uso de la Historia Clínica

La transformación esencial de la gerencia en salud para el buen manejo de las actividades dentro del área hospitalaria requiere del uso de conocimientos y habilidades de forma tal que las mismas se den de manera sistemática y confiable.

Esto indica que existe una real necesidad del involucramiento de la gerencia en salud en cada una de las acciones, ya que eso le permitirá conocer la situación actual de la institución y de qué manera se pueden generar cambios significativos.

El gerente en salud tiene un trabajo directivo que busca el funcionamiento normal de las instituciones de salud tomando como referencia la evaluación de los servicios que se prestan.

La Administración de la salud necesita de profesionales que cuenten con herramientas que garanticen una organización eficaz dirigida a brindar servicios de calidad y generar una adecuada productividad.

Los administradores de información de salud son responsables del mantenimiento y la seguridad de todos los registros de los pacientes. Esto incluye el uso adecuado de la historia clínica del paciente que realmente es uno de los elementos importantes dentro de un centro hospitalario.

8. Organización y funciones del departamento de Registros Médicos y Estadística

- ❖ Los objetivos del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas son:

- Contribuir a la prestación de la mejor atención posible al paciente, dándole una atención pronta y amable y asegurando que su historia clínica única sea exacta, oportuna, confidencial y accesible.
 - Proporcionar a la Dirección del hospital información exacta y oportuna sobre los recursos humanos y materiales, y para la determinación de las necesidades presupuestarias.
 - Proveer al país la información estadística necesaria para la óptima utilización de los medios con que cuenta en el momento y para la planificación de las necesidades futuras.
 - Proporcionar historias clínicas y otros datos al personal de salud para uso en estudios e investigaciones.
 - Contribuir a la educación y capacitación del personal médico y otro personal de salud.
 - Contribuir a proteger los intereses legales del paciente, del cuerpo médico y del hospital.
- ❖ La mayoría de los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas cumplen las siguientes funciones:
- Realizar los trámites administrativos relacionados con la inscripción y admisión de pacientes.
 - Realizar la evaluación técnica de las historias.
 - Archivar y recuperar (desarchivar) historias clínicas.
 - Mantener y conservar las historias clínicas
 - Mantener el índice de pacientes
 - Mantener otros registros secundarios según sea necesario y requerido.

- Elaborar las estadísticas necesarias para fines intrahospitalarios y para uso nacional.
 - Proporcionar información en respuesta a solicitudes para datos sobre el tratamiento brindado a un paciente (certificaciones).
 - Colaborar con el cuerpo médico y con otro personal de salud facilitándoles historias clínicas y datos estadísticos para fines de investigación, evaluación o docencia.
 - Colaborar con programas de capacitación.
- ❖ Relaciones extramurales:
- Dirección:
 - ✓ La actividad de registros médicos y estadísticas tendrá la categoría de departamento y dependerá del Director del hospital.
 - Cuerpo médico:
 - ✓ El Departamento brindará apoyo a los comités del cuerpo médico.
 - ✓ El Departamento colaborará, dentro de los límites de sus recursos disponibles, con médicos individuales en trabajos de investigación que requieren el uso de historias clínicas o datos hospitalarios.
 - ✓ Los jefes de los departamentos clínicos y el Director del hospital tendrán la responsabilidad de asegurar que los médicos completen sus historias clínicas en forma adecuada y oportuna.
 - Enfermería:
 - ✓ El personal de enfermería tendrá la responsabilidad de:
 - ✓ Realizar el censo diario de sala;

- ✓ Conservar ordenadamente y en forma completa la historia clínica durante la permanencia del paciente en la sala;
- ✓ Archivar los informes de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento en las historias clínicas de pacientes hospitalizados;
- ✓ Acompañar al paciente desde la Oficina de Admisión hasta la cama;
- ✓ Informar a la Oficina de Admisión inmediatamente que se produzca el fallecimiento de un paciente y solicitar a esa misma oficina la autorización para trasladar el paciente a otra sala.

Cada establecimiento tendrá que establecer a quién corresponde la responsabilidad de la custodia de los valores que el paciente trae al hospital, especialmente los pacientes en el Servicio de Emergencia

- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento:
 - ✓ Se colaborará con los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para asegurar un flujo efectivo y oportuno de informes a la historia clínica.
 - ✓ Los servicios enviarán diaria o mensualmente (según lo convenido) sus informes sobre las actividades realizadas.
- Sala de partos y sala de operaciones:
 - ✓ Estas dependencias proporcionarán informes mensuales de las actividades realizadas.
 - ✓ Los libros de registro de partos y registro de operaciones, una vez llenos, pasarán al Departamento de Registro de Atención Médica y Estadística donde se conservarán para su consulta posterior.
- Departamento de Abastecimiento (Almacén):

- ✓ El almacén será responsable de la conservación, control y entrega de material a todos **los departamentos del hospital**. Por lo tanto, el Departamento de Registros Médicos y Estadística sólo tendrá que proveer espacio para acomodar el material que se consumirá durante un mes.
- ✓ El Jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadística tendrá la responsabilidad de estimar el número de formularios de historias clínicas e informes estadísticos que se utilizarán anualmente en el hospital.
- Departamento de Presupuesto y Contabilidad:
 - ✓ Se colaborará con el Departamento de Presupuesto y Contabilidad del hospital proporcionando la información necesaria para realizar sus funciones y para el cálculo de costos.
 - ✓ El Departamento de Presupuesto y Contabilidad tendrá la responsabilidad de toda recaudación de fondos (cuotas de consulta externa, hospitalización, certificados, etc.)
- Departamento de Personal:
 - ✓ El Jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadística deberá colaborar en la selección y evaluación del personal nombrado a su departamento. También recomendará ascensos y capacitación y programará las vacaciones de su personal.
- Departamento de Mantenimiento:
 - ✓ El Servicio de Limpieza proporcionará los servicios de limpieza requeridos.
- ❖ Relaciones extramurales
 - Niveles jerárquicos superiores:

- ✓ El jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadística presentará al nivel superior correspondiente, por conducto del Director del hospital, los informes estadísticos requeridos.
- ✓ El Jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadística recibirá orientación técnica de los niveles superiores.

❖ Sistema local de salud:

- El Departamento de Registros Médicos y Estadística hará lo posible por asegurar que los establecimientos de salud que refieren pacientes al hospital
 - ✓ Cuenten con información actualizada en cuanto a los días de atención, horarios de consulta, requisitos a cumplir para ser atendidos en el hospital.
 - ✓ Sean enviados en forma oportuna, información sobre la atención que el paciente que fue referido recibió.
- El jefe del Departamento de Registros Médicos debe estar alerta a las posibilidades de dar apoyo al personal que realiza funciones de registros médicos y estadísticas en los establecimientos de menor complejidad en su sistema local de salud. Este apoyo puede consistir en dar asesoría, colaborar en la capacitación de personal y en la búsqueda de soluciones a los problemas que les atañen mutuamente.
- Cuando al hospital se le haya asignado la responsabilidad de recolectar y procesar información de salud de la zona de su influencia, el jefe del Departamento de Registros Médicos debe velar por la oportunidad y calidad de los datos estadísticos presentados por los trabajadores comunitarios, los puestos y centros de salud además de los datos provenientes del propio hospital.

❖ Dependencia y estructura

El Departamento de Registros Médicos es uno de los servicios técnicos de apoyo y depende del Director Médico (o del Sub-Director de Servicios de Apoyo donde existe ese cargo.)

No es recomendable que el departamento dependa de la rama administrativa del hospital puesto que la mayoría de las relaciones interdepartamentales son con el cuerpo médico, el Departamento de Enfermería y los servicios técnicos de apoyo.

Las Figuras 1a y 1b representan dos ejemplos de la dependencia del Departamento de Registros Médicos dentro del hospital.

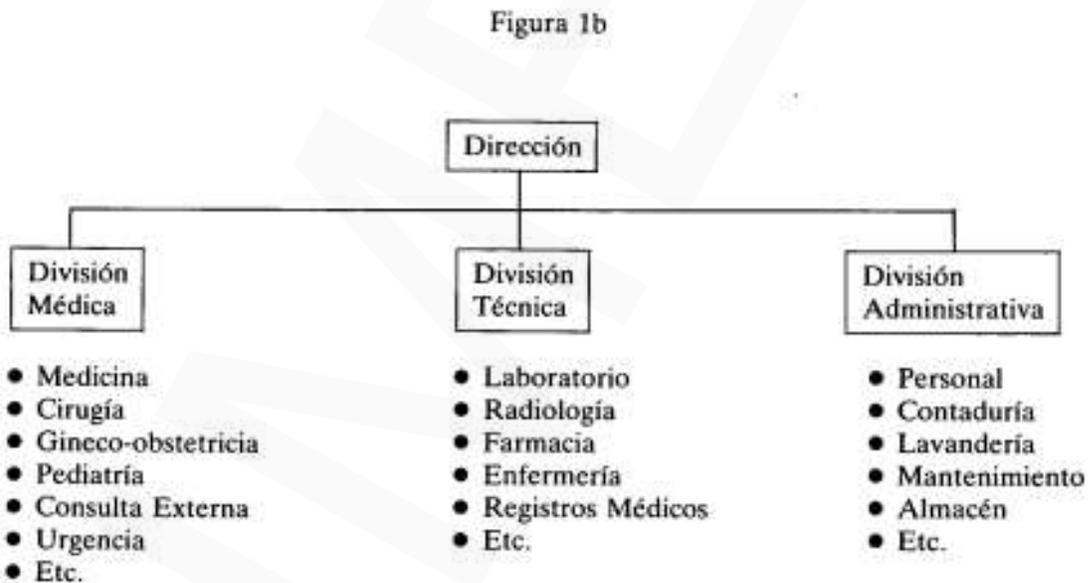
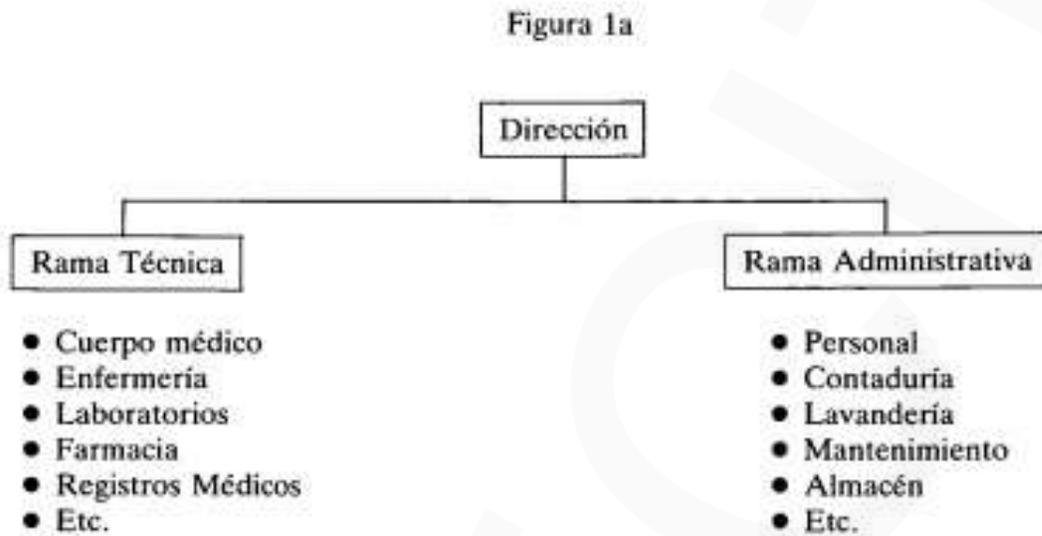
El Departamento de Registros Médicos se divide en áreas de trabajo que toman en cuenta las funciones del Departamento y el personal y equipo requerido para realizarlas. Estas áreas a su vez se pueden agrupar para fines de supervisión.

El organigrama en la Figura 2 demuestra cómo se han agrupado las actividades que requieren un contacto directo con el paciente (admisión), las actividades de tipo oficina (oficina central) y las actividades relacionadas con el archivo de historias clínicas.

❖ Áreas de trabajo

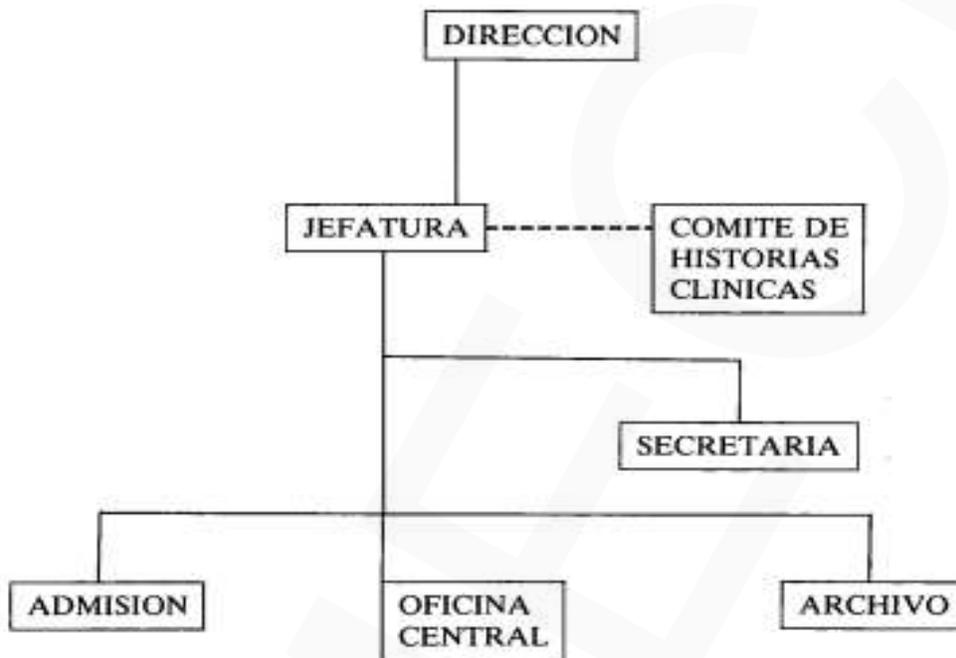
Cabe señalar que las áreas de trabajo que figuran a continuación no necesariamente significan locales o personal separado. En un hospital pequeño con muy pocos egresos, puede haber sólo dos personas dedicadas a actividades de registros médicos, ocupando un mismo local. Por otra parte, hospitales grandes pueden contar con mucho personal de registros médicos y varios locales de trabajo. Esto afectará cómo se organiza la estructura del Departamento aunque las actividades que se realizan y la secuencia que siguen sean iguales en ambos.

Figuras 1a y 1b: Esquema de distribución de cargos del personal de REGES.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Guía para la Organización de REGES

Figura 2
Estructura del Departamento de Registros Médicos



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Guía para la Organización de REGES.

D. Operacionalización de las variables

Es un proceso metodológico que consiste en descomponer deductivamente las variables que componen el problema de investigación, partiendo desde lo más general a lo más específico; es decir que estas variables se dividen (si son complejas) en

dimensiones, áreas, aspectos, indicadores, índices, subíndices, ítems; mientras si son concretas solamente en indicadores, índices e ítems.

Ahora bien, una variable es operacionalizada con la finalidad de convertir un concepto abstracto en uno empírico, susceptible de ser medido a través de la aplicación de un instrumento.

Dicho proceso tiene su importancia en la posibilidad que un investigador poco experimentado pueda tener la seguridad de no perderse o cometer errores que son frecuentes en un proceso de investigación, cuando no existe relación entre la variable y la forma en que se decidió medirla, perdiendo así la validez, dicho de otro modo (grado en que la medición empírica representa la medición conceptual).

La precisión para definir los términos tiene la ventaja de comunicar con exactitud los resultados.

❖ Admisión:

Las actividades correspondientes a la sección de Admisión incluyen:

- Recibir pacientes de consulta externa, hospitalización y a veces, emergencia.
- Abrir historias clínicas cuando corresponde.
- Entrevistar y llenar los datos de identificación en las historias de pacientes de consulta externa y de hospitalización y en los formularios de emergencia.
- Mantener el índice de pacientes.
- Mantener el registro de números.
- Realizar los trámites administrativos para la admisión y egreso de pacientes.
- Controlar las camas de hospitalización.

- Brindar al público información sobre el estado del paciente.

❖ Oficina central

Las actividades de la Oficina Central se pueden agrupar de la siguiente forma:

- Evaluación técnica de las historias:

Las actividades de esta área son:

- ✓ Recibir las historias de pacientes egresados.
- ✓ Compaginar historias clínicas de pacientes egresados.
- ✓ Revisar historias clínicas de pacientes egresados para asegurar que reúnen las normas establecidas por el cuerpo médico.
- ✓ Controlar que las historias se completen.

- Codificación e índice de diagnósticos y operaciones:

Las responsabilidades de esta área de trabajo son:

- ✓ Codificar los diagnósticos y operaciones.
- ✓ Asentar los casos en el índice de diagnósticos y operaciones.
- ✓ Colaborar con trabajos de investigación.

- Entrega de información a terceros:

Las actividades de esta área de trabajo son:

- ✓ Preparar certificados para pacientes que les permite justificar ausencias o percibir algún beneficio.
- ✓ Copiar historias para satisfacer solicitudes legales.

- ✓ Preparar copias de resúmenes de egreso para otros hospitales o establecimientos de salud.

- Estadística:

Esta área de trabajo tiene la responsabilidad de:

- ✓ Recibir, controlar y resumir el censo diario.
- ✓ Preparar el registro de ingresos y el de egresos.
- ✓ Controlar y resumir datos estadísticos de consulta externa, servicios de apoyo y servicios administrativos generales.
- ✓ Preparar tabulaciones e informes requeridos por el hospital y por niveles superiores.
- ✓ Calcular indicadores básicos.
- ✓ Preparar informes de enfermedades de notificación obligatoria.

- Archivo

Esta área de trabajo incluye las actividades de:

- ✓ Archivar y entregar historias clínicas.
- ✓ Controlar la salida de historias clínicas del archivo y su devolución.
- ✓ Archivar informes de laboratorio, radiología, etc.
- ✓ Preparar historias clínicas (pre numerar las carpetas, formularios, etc.)
- ✓ Trasladar historias clínicas del archivo activo al pasivo.

- Jefatura

A fin de coordinar las áreas de trabajo antes mencionadas, deberá existir una jefatura de registros médicos con las siguientes funciones:

- ✓ Planear, dirigir y controlar las actividades del Departamento.
- ✓ Asesorar a otros departamentos (y otras unidades operativas) en el cumplimiento de sus funciones estadísticas y coordinar con ellos para mejorar las historias clínicas y otros servicios que los atañen mutuamente.
- ✓ Velar por el abastecimiento oportuno de formularios y materiales.
- ✓ Capacitar en servicio el personal del Departamento.
- ✓ Realizar programas de orientación para personal de salud en relación con registros médicos y la utilización de indicadores e informes.
- ✓ Apoyar actividades relacionadas con estudios e investigaciones.

❖ Comité de historias clínicas

La integridad y exactitud de la historia clínica depende de todo el personal que participa en la atención del paciente.

El médico tiene la mayor responsabilidad no sólo por los aportes que el mismo hace, sino por sus observaciones sobre las anotaciones de otros miembros del equipo de salud.

El Comité de Historias Clínicas es un Comité del cuerpo médico que tiene la responsabilidad de garantizar la buena calidad de las historias clínicas en el hospital.

Las funciones del Comité de Historias Clínicas son:

- ❖ Recomendar normas sobre el contenido de la historia clínica.
- ❖ Velar por el cumplimiento de las normas y el adecuado llenado de las historias clínicas.

- ❖ Asegurar que se están usando las técnicas más convenientes para archivar, clasificar y conservar las historias clínicas.
 - ❖ Presentar a la Dirección recomendaciones sobre cualquier cambio propuesto en los formularios de la historia clínica.
 - ❖ Servir de enlace entre el Departamento de Registros Médicos y el equipo de salud.
 - ❖ El jefe del Departamento de Registros Médicos debe ser miembro permanente del Comité.
 - ❖ Conviene que el Departamento de Enfermería esté representado en el Comité.
- ❖ Personal

El personal que trabaja en el Departamento de Registros Médicos es el elemento más importante para el éxito del Departamento. Debe existir personal suficiente en cantidad y calidad para cumplir con las funciones que se le han asignado al Departamento.

1. Ubicación y espacio del departamento de Registros Médicos y Estadística

La eficiencia con que funciona el Departamento de Registros Médicos depende en gran parte de su ubicación dentro del hospital, del espacio que se le ha otorgado y de la distribución del equipo y los muebles dentro del espacio.

- Ubicación

Las funciones del Departamento de Registros Médicos representan el factor más importante para decidir sobre la ubicación del Departamento y la cantidad de espacio destinada a ello.

En una institución de salud hay dos preguntas básicas que se deben contestar para decidir sobre la ubicación de los departamentos/áreas de trabajo que la componen:

- ¿Cuán importante es que el departamento/área de trabajo esté cerca de la entrada (o las entradas) de los pacientes? Vale decir, los departamentos que tienen un alto volumen de contactos con pacientes deben estar situados de tal manera que se reduzca a un mínimo lo que el paciente debe caminar.
- ¿Qué departamentos/áreas de trabajo deben estar cerca unos a otros? Si el flujo de pacientes, personal o papeles entre dos departamentos es grande o si dos áreas de trabajo comparten el mismo equipo, conviene que se ubiquen juntos o lo más cerca posible.

De esto se desprende que los locales destinados a la inscripción de pacientes ambulatorios (consulta externa y urgencia) o a la admisión a hospitalización deben ubicarse cerca de la entrada de dichos pacientes.

El archivo activo debe estar cerca de la consulta externa, urgencia y las áreas de admisión y el piso debe ser lo suficientemente fuerte para soportar el peso de las historias (alrededor de 37 kilos por metro de historias), del equipo y del personal.

El local donde se realiza la evaluación técnica de la historia clínica debe ser fácilmente accesible a los médicos ya que es deseable que ellos completen sus historias clínicas dentro del Departamento de Registros Médicos.

En la práctica, especialmente en edificios antiguos, puede resultar difícil que todas las áreas de trabajo que componen el Departamento de Registros Médicos formen parte de un solo local o de locales contiguos y es necesario agrupar las áreas según su función y el espacio disponible.

- Espacio

No es posible especificar en un documento general la cantidad de espacio que requiere el Departamento de Registros Médicos ya que además de las funciones que éste realiza deben tomarse en cuenta los siguientes factores:

- la política de la institución en cuanto al periodo de conservación de la historia clínica (el número de historias clínicas y el grosor de éstas determinan la cantidad de espacio que requiere el archivo);
- los procedimientos a usar (toda la historia clínica manuscrita, partes de la historia mecanografiada; índices mantenidos en forma manual o en la computadora);
- la carga de trabajo (número de pacientes nuevos, número de consultas, número de exámenes de laboratorio, número de egresos) y cómo el trabajo está distribuido durante el día (por ejemplo, si se atienden 160 pacientes de consulta externa por día es muy diferente que ellos lleguen 20 por hora, entre las 7 de la mañana y las 5 de la tarde, a que todos se presenten a las 17 cuando se comienza a dar turnos);
- la cantidad y características del equipo y de los muebles (estantería, tarjeteros, terminales de computadora, escritorios);
- el número de personal (según turno, puesto que personas que trabajan en distintos turnos pueden utilizar el mismo escritorio).

Estudios han demostrado que el ambiente físico influye sobre la productividad del personal.

Iluminación y ventilación inadecuadas, ruidos que molestan y colores que deprimen, contribuyen a que el rendimiento del personal no sea óptimo.

Por lo tanto, toda área de trabajo del Departamento de Registros Médicos, incluso el archivo, deben contar con buena iluminación y ventilación, con niveles de ruido aceptables y con paredes, techos, pisos y ventanas en buen estado de conservación.

➤ Distribución de espacio

La distribución de espacio debe ser tal que el flujo de trabajo sea lo más eficiente posible.

El personal que trabaja junto o que usa el mismo equipo debe colocarse cerca uno al otro.

El personal que tiene trato con el público o con personal de otros departamentos debe ser colocado cerca de la puerta o ventanilla.

El personal cuyo trabajo requiere mayor concentración debe ubicarse alejado de este movimiento.

Dentro del archivo hay que asegurar que los pasillos sean adecuados (por lo menos 80-90 cm entre la estantería) y lograr que la estantería se coloque perpendicular a las ventanas para aprovechar al máximo la luz y ventilación natural.

Debe haber acceso libre a todo estante por lo que no conviene esquinar la estantería.

2. Equipo y materiales del departamento de Registros Médicos y Estadística

- Equipo

Los equipos, más que simples aparatos, son parte de un sistema de trabajo. Si el equipo es insuficiente o inadecuado, el sistema forzosamente se resentirá. Si el equipo ha sido cuidadosamente elegido para la función que debe cumplir, éste contribuirá para

que el sistema marche más eficientemente y para que el personal trabaje con mayor comodidad.

La cantidad de equipo debe ser suficiente para las necesidades actuales y las anticipadas. La falta de suficiente equipo para archivar tarjetas o historias, ocasiona frecuentemente demoras en el archivo y dificultad en obtenerlas, en desgaste del material y en bajo rendimiento del personal.

No debe elegirse equipo para el cual no existe mantenimiento accesible.

- Materiales

Carpetas para la historia clínica, formularios para la historia clínica y para la recolección y procesamiento de las estadísticas, libros y tarjetas para los diversos registros secundarios son los materiales que más se usan y que más afectan en el trabajo del Departamento de Registros

Médicos. Si estos materiales llegan a faltar o si no reúnen las especificaciones establecidas para ellos, hay repercusiones adversas en el sistema de registros médicos.

Es importante incluir en el presupuesto un rubro específico para estos materiales con el fin de poder programar su adquisición oportuna.

Si los recursos no van a ser suficientes como para permitir la compra del material requerido para mantener el sistema actual, hay que establecer prioridades y adecuar el sistema de registros médicos a los recursos disponibles.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

A. Naturaleza y alcance de la investigación

Este documento es de aplicación a todo el personal (interno/externo) de la FHJ que interactúe con la HC en soporte papel.

Es obligación de cuantas personas se vean implicadas en la confección o el uso de los soportes de la información de la historia clínica de la FHJ, pertenezcan a la institución o no, velar por la conservación de la misma en las condiciones óptimas para el cumplimiento de su misión de acumulación y transmisión de la información obtenida del paciente.

La responsabilidad de la adecuada conservación y disponibilidad de la historia clínica, en soporte papel, recae sobre el Servicio de Admisión y Documentación a través del área de Archivo.

Una vez que la historia clínica sale del Archivo, corresponde su custodia y conservación a la persona petionaria de la salida y, de forma subsidiaria, al responsable del Servicio al que pertenezca.

B. Tipo y diseño de investigación

El diseño de investigación que se utilizó fue el inductivo de paradigma cuantitativo porque se comenzó el estudio con una interrogante o dudas razonables y partió de lo observado siguiendo un modelo flexible.

De acuerdo al propósito es una investigación aplicada, porque se fundamentó en observaciones empírica que llevó a producir teorías, resolver objetivos prácticos y mejorar procesos.

De acuerdo a la tradición y el tiempo el estudio es de experimental, porque se enfocó la relación causa-efecto y describió lo que sería controlado en forma absoluta; de tipo transversal porque se estudió el aspecto de desarrollo de los sujetos del estudio solo una vez en el tiempo.

Se considera una investigación de carácter práctico y descriptivo, considerándose que en la obra de Gross (2009) se establecen algunas indicaciones acerca del carácter de los distintos tipos de investigaciones, el autor señala que “En las investigaciones de tipo descriptiva, llamadas también investigaciones diagnósticas, buena parte de lo que se escribe y estudia sobre lo social no va mucho más allá de este nivel” (Gross, 2009, Pág. 64). Consiste, fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores.

De este modo, se busca comprobar o no que el uso del sistema SEIS puede facilitar el conocimiento de los principales indicadores de salud de la provincia de Veraguas, con el objetivo de generar una propuesta de intervención que facilite el análisis del sistema de salud en la provincia.

C. Hipótesis (si aplica)

Para encontrar la posible solución a la problemática de ésta investigación se ha planteado la siguiente hipótesis de tipo trabajo, ya que se formulan explicaciones que ayudan a resolver el problema de investigación y sus resultados no se comprueban estadísticamente: *La introducción de la importancia de un adecuado manejo de la Historia Clínica en el Proceso de gerencia en Salud, será una estrategia efectiva en el logro de una buena atención por el profesional gerencial en salud.*

D. Población y muestra

La población (N) o universo se identifica por los funcionarios del departamento de Registros Médicos y Estadística de Salud de diversas Policlínicas y hospitales de los Distritos de Bugaba y David de la Provincia de Chiriquí.

La muestra (n) fue aleatorio simple de la población de profesionales sanitarios que intervienen en el proceso de llenado de historias clínicas manuscritas para determinar la percepción de las debilidades que tiene el proceso.

Una muestra aleatoria es aquella en la que todos los sujetos de la población han tenido la misma probabilidad de ser escogidos. Son en principio los tipos de muestra más profesionales. La muestra será de 20 funcionarios de dicho departamento.

E. Técnica e instrumento de recolección de datos

Técnicas de Investigación:

- Incidentes de Criterios: Consistió en reunir información a través de las técnicas de auto comunicación (entrevista) y observación.
- Observación No estructurada u ordinaria; la cual, se utilizó un esquema personal para analizar los fenómenos observados del grupo de estudio.
 - El observador: Participante o activo natural. Tuvo un papel dinámico, es decir, se integró al grupo de estudio y compartió las experiencias o actividades que fueron motivo de la investigación.

- Número de observadores: Individual Se realizó por un solo individuo, en este caso el investigador, se proyecta sobre lo observado. Lo que pudiese distorsionar o sesgar los resultados del proceso por las escasas responsabilidades del control.
- Lugar donde se realiza: Observación de campo. Los hechos se aceptaron tal como se fueron presentando, sin preparación. Policlínica Dr. Gustavo A. Ros. Provincia de Chiriquí, Distrito de David.
- Lo que se observó: La actividad de los administrativos en el uso de los sistemas de información y su comunicación humana en el entorno laboral.
- Instrumento de trabajo: La hoja de cotejo, Se realizó un listado de cotejo personalizado de las variables que se quisieron evaluar mediante la observación al uso de la historia clínica por el personal administrativo y de salud en el momento de la implementación del instrumento.
- Entrevista de Actitudes u opiniones: Sirvió para investigar lo que pensaron y sintieron la población muestra sobre el tema dado. La modalidad de la entrevista fue de tipo focalizada ya que las preguntas se centraron alrededor de un solo tema.

En esta investigación se realizó una entrevista a veinte funcionarios del departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud que laboran en, con la finalidad de conocer su opinión sobre el uso de la historia clínica.

F. Validez y confiabilidad

G. Fuentes Primarias:

Se utilizaron referencias bibliográficas de páginas de internet y tesis:

Valeri R., Lenin Constantino. (2012) Sistemas de información gerencial en los servicios asistenciales y apoyo de salud. (Caso de estudio: Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes Mérida – Venezuela). v11 (1), pp. 190-216.

Ministerio de Salud de Panamá, (2016). Manual de Procedimientos del usuario para la utilización del SEIS. [www.minsa.gob.pa](http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/manual_guia_del_usuario_-_seis.pdf) Recuperado de: [sites/default/files/publicaciones/manual_guia_del_usuario_-_seis.pdf](http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/manual_guia_del_usuario_-_seis.pdf)

H. Fuentes Secundarias:

Para la investigación se utilizaron artículos de diferentes libros:

Albuquerque, C. (2001). La transformación de los hospitales en América latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.: Editorial ACODESS.

McKEEVER, James M. Sistemas de Información para la Gerencia. F – 658.40028 – M – 0063. Ed. 1971.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

A. Procesamiento de los datos

1. Resultados y Análisis de los Datos

Luego de realizada la entrevista a los funcionarios del departamento de Registros Médicos y Estadística de Salud se obtuvieron algunos resultados que sirven de base para generar cambios.

Se mostrarán en la siguiente página el análisis de los resultados a las preguntas expuestas en la entrevista a la población muestra (n).

2. Resultados de la Información Recopilada

Mediante la técnica de la observación utilizando el instrumento de hoja de cotejo personalizado se logró obtener los resultados dentro del campo laboral de la población muestra (personal del Departamento de REGES) el uso de la historia clínica los siguientes criterios:

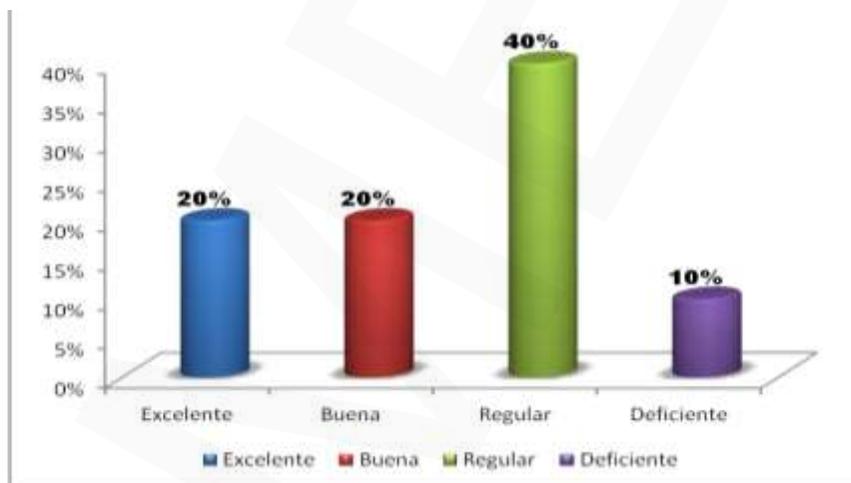
Calidad y actualización de las historias clínicas: según su manejo por por la población muestra (n), se observó que fue adecuado dentro de los parámetros de normas establecidas en la institución visitada.

El uso del historial clínico hospitalario: según su manejo por la población muestra (n), se observó que fue inadecuado, debido a que hubieron algunos errores cometidos en el proceso de archivo y condensación de documentos a guardar.

La organización del área de trabajo: En todo el recorrido de los diferentes departamentos de la población muestra (n), se observó un moderado manejo de la organización gerencial, ya que aún cuentan con equipo y material de uso manual, pero se mantiene un orden de los documentos y tareas de cada personal.

B. Análisis de los Resultados

GRAFICO N°1: OPINIÓN DEL PERSONAL DE REGES SOBRE LA CALIFICACIÓN QUE OBTENDRÍA ACTUALMENTE EL USO DE LA HISTORIA CLINICA HOSPITALARIA. REPÚBLICA DE PANAMÁ 2017

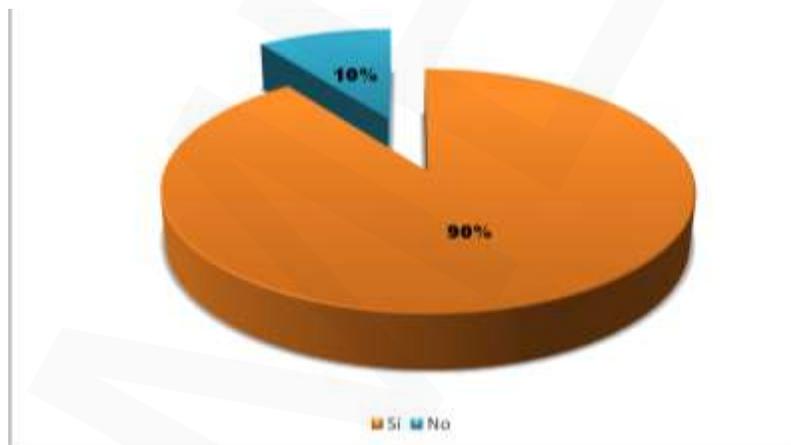


Fuente: Daysi Jiménez, Panamá 2017.

Análisis de los Datos:

En relación a como calificarían el uso de la historia clínica, un 20% (5 personas) considera que es excelente, un 20% (5 personas) dice que es buena, hay un 50% (8 personas) la considera regular y un 10% (2 personas) dice que es deficiente.

GRÁFICO N° 2: OPINIÓN DEL PERSONAL DE REGES SOBRE EL MEJORAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN GERENCIAL PARA LOGHRAR CAMBIOS EN EL USO DE LA HISTORIA CLINICA HOSPITALARIA, REPÚBLICA DE PANAMÁ 2017

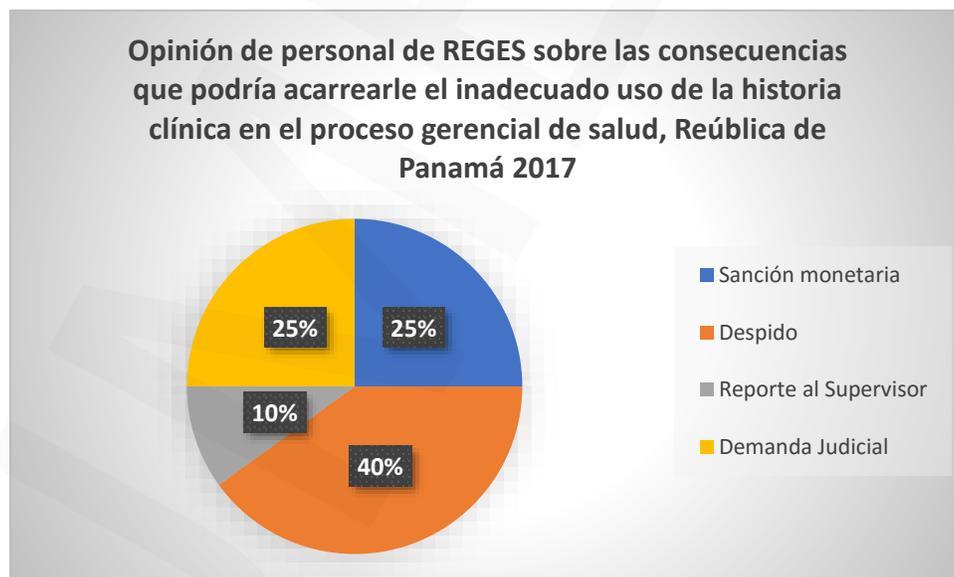


Fuente: Daysi Jiménez, Panamá 2017.

Análisis de los Datos:

El 90% de los funcionarios encuestados considera que mejorando la administración gerencial se puede lograr cambios en el uso de la historia clínica. Mientras que el 10% restante afirma que deben conocerse las leyes y normas gerenciales de ante mano y ponerlas en práctica cada vez que utilice un historial clínico ya que es una responsabilidad del profesional la confidencialidad del paciente.

GRAFICO N°3: OPINIÓN DEL PERSONAL DE REGES SOBRE LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍA ACARREARLE EL INADECUADO USO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL PROCESO GERENCIAL DE SALUD, REPUBLICA DE PANAMÁ, 2017.

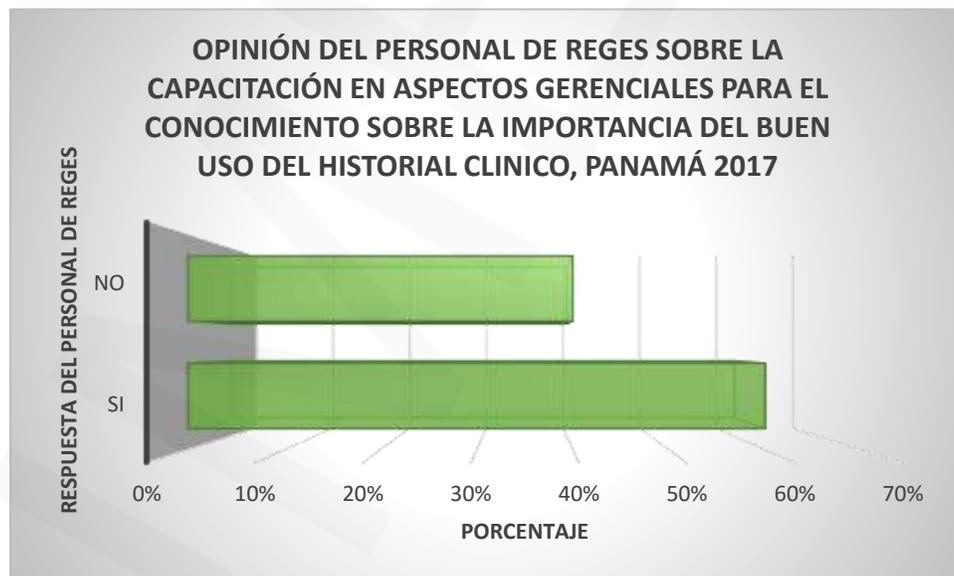


Fuente: Daysi Jiménez, Panamá 2017.

Análisis de los Datos:

El 40% (8 personas) opinó que el despido es la mayor consecuencia; el 25% (5 personas) que la sanción monetaria es una consecuencia moderada; otro 25% (5 personas) asegura que la demanda judicial entra otras consecuencias y el 10% (2 personas) considera que un reporte al supervisor de cargo es una consecuencia al inadecuado uso de la historia clínica.

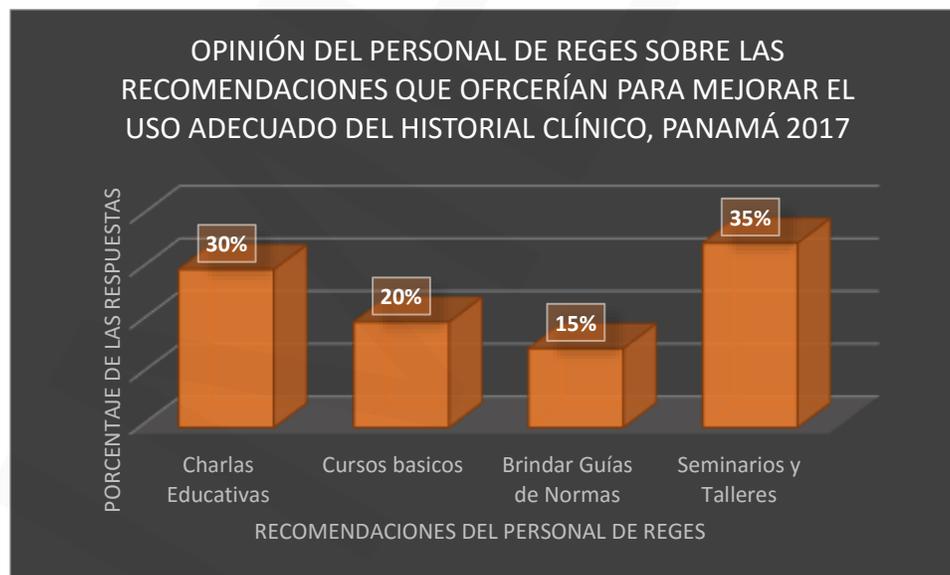
GRÁFICO N°4: OPINIÓN DEL PERSONAL DE REGES SOBRE LA CAPACITACIÓN EN ASPECTOS GERENCIALES PARA EL CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DEL BUEN USO DEL HISTORIAL CLÍNICO, PANAMÁ 2017.



Análisis de los Datos:

El 60% (12 personas), respondió que sí debe capacitarse al personal de REGES y otros profesionales de la salud, ya que desconocen muchas veces que este es un documento legal que si no se maneja con responsabilidad y precaución las consecuencias podrían ser muy graves. Y el 40% (8 personas), respondió que no debe capacitarse al profesional de REGES, ya que aseguran tener la experiencia y conocimientos necesarios para realizar su labor con un mínimo de errores con consecuencias graves.

GRÁFICO N°5: OPINIÓN DEL PERSONAL DE REGES SOBRE LAS RECOMENDACIONES QUE OFRECERÍAN PARA MEJORAR EL USO ADECUADO DEL HISTORIAL CLÍNICO, PANAMÁ 2017.



Fuente: Daysi Jiménez, Panamá 2017

Análisis de los Datos:

Al tabular las respuestas sobre las recomendaciones de cada individuo de la población muestra (n) para mejorar el uso adecuado de las historias clínicas, se obtuvo que: El 35% (7 personas), opinó que seminarios y talleres es la mejor opción; el 30% (6 personas), opinó que las charlas educativas o reforzamiento; el 20% (4 personas) opinó que cursos básicos sobre el uso adecuado del historial clínico; y el 15% (3 personas), opinó que sería preferible brindar al personal guías de las normas sobre el uso del historial clínico.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

- Establecer el buen diseño de un formulario ayuda a obtener información más completa, puede reducir el tiempo requerido para el registro de datos y facilitar la recuperación de información. El formulario de historia clínica también puede ayudar a asegurar que se sigan las normas de atención establecidas.
- Fomentar la estandarización de los formularios de la historia clínica ofrece varias ventajas. Además de ayudar a orientar la atención que se brinde, facilita la labor del personal de salud que se traslada de un establecimiento a otro, favorece la recolección de datos homogéneos, puede ofrecer un mejor diseño y la oportunidad de realizar economías en los costos (y mejoras en la calidad) de impresión.
- Mencionar que el Expediente Electrónico, aunque facilita el llenado de los documentos, se elabora en forma incompleta.
- Mencionar que el manejo inadecuado del Expediente Clínico no solo es un incumplimiento a lo establecido en las Normas del uso adecuado del historial clínico, sino que repercute en la toma de decisiones y se traduce en un riesgo para la salud.
- Indicar los riesgos y afectaciones a la Salud por actos u omisiones imputables al Profesionista que pueden ser previsibles, generan Responsabilidades que se traducen en Sanciones de tipo Civil, Penal o Administrativas.
- Señalar la utilización de los recursos gerenciales para el buen manejo organizacional del área hospitalaria es indispensable para obtener mejores resultados en cuanto a la satisfacción de las necesidades de la población.

- Evaluar el estudio de la gerencia en salud dirigida a fortalecer el uso de la historia clínica hospitalaria no cuenta con muchos antecedentes. Sin embargo existen algunas investigaciones que han servido de base para el desarrollo investigativo deseado.
- Mencionar que en relación a como calificarían el uso de la historia clínica, un 20% considera que es excelente, un 20% dice que es buena, hay un 50% que la considera regular y un 10% dice que es deficiente.
- Mencionar el 90% de los funcionarios encuestados considera que mejorando la administración gerencial se puede lograr cambios en el uso de la historia clínica.
- Mencionar que el 100% de los funcionarios considera que se debe fortalecer al personal del departamento de Registros Médicos y Estadística de Salud en aspectos gerenciales de forma tal que se tenga conocimiento sobre la importancia del buen uso de la historia clínica

B. Recomendaciones

- Considerar que es necesario que la administración de los servicios de salud sea consciente de su papel dentro del proceso gerencial en el manejo de la historia clínica.
- Orientar al recurso humano del departamento de Registros Médicos y Estadísticas de la Salud sobre la necesidad de la confidencialidad en el uso de la historia clínica.
- Evaluar de forma constante el manejo de la historia clínica para detectar anomalías que puedan ser subsanadas a tiempo. Tener los recursos asignados y un buen manejo de los mismos.
- Realización de talleres, presentaciones y acciones pertinentes que favorezcan la educación continúa en salud.
- Fortalecimiento en la gerencia de lo que hacemos día a día, los procesos repetitivos en salud.
- Mencionar las obligaciones respecto al Expediente clínico no se modifican. La omisión del cumplimiento de las normas del uso del historial clínico, sigue siendo un problema en todos los ámbitos pero predomina en el medio privado.
- Indicar que las Instituciones tienen la Obligación de suministrar los Medios e Insumos necesarios para una adecuada Atención Médica, así como la supervisión y asesoría permanente respecto a los programas Institucionales
- Educar al Profesionista sobre su responsabilidad de utilizar todos los recursos disponibles para una adecuada Atención Médica.

CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA

A. Denominación de la propuesta

Seminario para el Fortalecimiento del Proceso Gerencial para el buen uso de la Historia Clínica Hospitalaria.

B. Descripción

La propuesta de seminario para el fortalecimiento del proceso gerencial del buen uso de la historia clínica hospitalaria es un conjunto de actividades de tipo presencial, gratuito con una duración de 28 horas totales divididos en cuatro talleres dinámicos de 7 horas cada uno, en el periodo de un mes; En estos talleres intensivos se tocarán temas sobre las normas, cuidados, manejo y leyes panameñas que componen la historia clínica en el ámbito hospitalario.

Los talleres contarán con el material y equipo necesario para que el participante desarrolle las actividades que se le impartirán. Al final del seminario se hará una prueba de evaluación para saber el nivel de conocimientos que adquirió sobre los talleres y se le entregará un certificado de participación del mismo.

C. Fundamentación

Los profesionales deben cumplir con el registro de los datos siguiendo las normas, procedimientos y protocolos establecidos para la ejecución eficaz de la atención así como la recolección de información estadística importante para los estudios y análisis de salud de la población.

La historia clínica surge como una necesidad de las instituciones de salud de tener información relevante sobre cada uno de los pacientes y mejorar la asistencia a sucesivas consultas.

Actualmente la atención en salud es compleja y la historia clínica puede hacerse necesaria en cualquier centro hospitalario por lo que mantener una información adecuada permite que el flujo de información que se necesite sea más completa, y confiable.

Esto hace necesario que los procesos gerenciales de la entidad hospitalaria realicen esfuerzos para garantizar el adecuado uso de la historia clínica de forma que la misma guarde los límites de confidencialidad y responsabilidad que ameritan.

D. Objetivos de la propuesta

1. Objetivo general

Establecer de manera documental, los pasos, lineamientos, leyes y responsabilidades que deben ejecutarse en la utilización de una historia clínica hospitalaria.

2. Objetivos específicos

- Incorporar la gerencia de los servicios de salud en el adecuado manejo de la historia clínica.
- Analizar las consecuencias que acarrearán el manejo inadecuado de la historia clínica.

- Demostrar mediante talleres dinámicos el manejo adecuado de la historia clínica.
- Apoyar a las autoridades del sector salud en la búsqueda de estrategias para mejorar la situación en cuanto al buen uso de la historia clínica.
- Evaluar el nivel de conocimientos que poseen los profesionales del sector salud sobre el uso adecuado de la historia clínica hospitalaria.

E. Metas

- ❖ Lograr los resultados de evaluación en un 100% de éxito sobre los conocimientos que tienen los profesionales de la salud y la gerencia sobre el manejo adecuado de la historia clínica hospitalaria al terminar el seminario.
- ❖ Fomentar la disminución en un 95% la incidencia en los años próximos de los errores comunes que se cometen en el manejo inadecuado del historial clínico del paciente.

F. Beneficiarios

La finalidad del proyecto es que sus resultados sirvan como fuente de información a las autoridades del Sector Salud y Profesionales de la Salud para que puedan establecer estrategias dirigidas a corregir las acciones y mejoren los indicadores de la atención de salud para el paciente.

G. Localización

Los cursos se realizarán dentro de las instalaciones de los centros, policlínicas y hospitales de salud, para una mayor asistencia y accesibilidad por parte del personal que asistirá.

Cuadro N°1:

Plan de trabajo de actividades y responsabilidades por fechas.

OBJETIVO	RESULTADO	TAREA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
1. Establecer de manera documental, los pasos, lineamientos y responsabilidades que deben ejecutarse en la utilización de una historia clínica hospitalaria.	1.1 Curso para el Fortalecimiento del Proceso Gerencia para el buen uso de la Historia Clínica Hospitalaria.	1.1.2 Adquisición del lugar para los cursos sobre el buen uso de la historia clínica hospitalaria.	1.1.2.1 Localización del lugar apropiado que le facilite a los participantes asistir al curso.	Director del Proyecto Daysi Jiménez	05/10/2017
			1.1.2.2 Aprobación de los Organismos de Salud para los cursos.	Director del Proyecto Daysi Jiménez	10/10/2017
		1.1.3 Análisis y evaluación de necesidades y presupuestos.	1.1.3.1 Organización del presupuesto mediante el cual se logrará el proyecto.	Equipo de Contabilidad y Director del Proyecto	12/10/2017
		1.1.5 Capacitación del personal de salud y REGES.	1.1.5.1 Reuniones con el personal de atención que utiliza el historial clínico.	Consultores y monitor principal y Director del proyecto.	15/11/2017

Fuente: Elaborado por Daysi Jiménez, Panamá 2017

H. Cronograma

Cuadro N°2:

Plan de trabajo Cronograma Gantt

PLAN DE TRABAJO CRONOGRAMA GANTT						
Meses	OCTUBRE					NOVIEMBRE
Semanas	1	2	3	4	5	6
Días	4 5 6 7 8 9 10	11 12 13 14 15 16 17	18 19 20 21 22 23 24	25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7	8 9 10 11 12 13 14 15
1 Planeación: Primera Etapa Adquisición del lugar para los cursos sobre el buen uso de la historia clínica hospitalaria.	XXX	XX	X			
2 Segunda Etapa Análisis y evaluación de necesidades y presupuestos.	X	XXX	XX			
3 Ejecución: Tercera Etapa Iniciación del Curso de Capacitación del personal de salud y REGES.				XXX	XX	XXX

Fuente: Elaborado por Daysi Jiménez, Panamá 2017

I. Recursos

Se enviará una carta al Ministerio de Salud y las diferentes entidades hospitalarias solicitando el uso las instalaciones de los Centros, Policlínicas y hospitales de la Provincia de Chiriquí para implementar los seminarios

J. Cronograma

Este cronograma se pretende iniciar cuando se le da seguimiento a la aprobación cuando los recursos de presupuesto esté disponible la lograr la aplicación del mejoramiento de la propuesta a lograr.

K. Recursos

Se enviará una carta al Ministerio de Salud y las diferentes entidades hospitalarias solicitando el uso las instalaciones de los Centros, Policlínicas y hospitales de la Provincia de Chiriquí para implementar los seminarios.

L. Presupuesto

Se solicitará al Ministerio de Salud y organizaciones pertinentes la suma monetaria de veinticinco mil dólares, que se utilizará como capital, para la creación del seminario, tomando en cuenta las necesidades prioritarias de los profesionales que deben capacitarse sobre el buen uso de la historia clínica, entre otros. El ministerio de Salud al aprobar el proyecto en conjunto con otras organizaciones y/o empresas ofreció seiscientos mil dólares,

6.7. Evaluación

Cuadro N°3:

Evaluación de la Propuesta.

Resultados	Indicadores
Los cursos sobre el adecuado uso de las historias clínicas hospitalarias se dictarán dentro de las instituciones de Salud	Lugar céntrico dentro de las instalaciones de las instituciones de salud al alcance de todos.
Se elabora de un cronograma de las etapas del proyecto, las asignaciones de las actividades y una lista de presupuesto y necesidades para el curso.	Se establece un determinado periodo de tiempo para cada actividad según el cronograma de Gantt para garantizar a detalle la efectividad y fallas del proyecto.
Se realizará seminarios de capacitación con todo el equipo de trabajo de la Clínica para conocer llegar a un consenso del reglamento, horarios y otros puntos acerca del funcionamiento de la Clínica Intensiva de Diabetes.	Consenso entre el personal que laborará en la Clínica acerca de los parámetros de horarios, pautas, reglamentos de la Clínica.

Fuente: Realizado por: Daysi Jiménez, Panamá 2017.

INDICADORES DE IMPACTO

Nivel de Impacto	Calificación
Alto o Fuerte	3
Medio o Moderado	2
Bajo o Débil	1
Nulo o Nulo	0

Variables: Actividades

ACTIVIDAD A: Adquisición del lugar para la clínica Intensiva.

ACTIVIDAD C: Análisis y evaluación de necesidades y presupuestos.

ACTIVIDAD D: Capacitación de los usuarios y el personal.

Cuadro N° 4:

Impacto de las Variables de Actividades.

Fuente: Realizado por: Daysi Jiménez, Panamá 2017.

Interpretación de los resultados:

El impacto de A sobre B es Alto; A sobre C y D es Medio.

El impacto de B sobre A y C es Alto, B sobre D es Medio.

El Impacto de C sobre A y D es Alto, C sobre B es Nulo.

El impacto de D sobre A y B es Alto, D sobre C es Medio.

El impacto de E sobre A y D es Nulo, E sobre B es Medio.

- **Variables Críticas:** Variables A, B y C. De alta dependencia o sensibles y

IMPACTO	ACT. A	ACT. B	ACT. C	ACT. D	TOTAL DE IMPACTO
ACTIVIDAD A		3	2	2	7
ACTIVIDAD B	3		3	2	8
ACTIVIDAD C	3	0		3	6
ACTIVIDAD D	3	3	2		8
TOTAL DE DEPENDENCIA	9	6	7	7	29

de alto impacto, cualquier cambio en ellas, afecta la totalidad del proceso o

problema que se esté analizando y de igual forma, cualquier cambio en otras variables, las afectará.

- **Variables Activas:** Variable D, altamente dependiente y de bajo impacto, Variable de salida, está sujeta a lo que ocurra con otras variables para determinar su comportamiento.

M. Sistematización de la Propuesta

Llevando la información adecuadamente que contiene el llenado de la historia clínica en papel y tener un ordenamiento correspondiente.

Bibliográfica

Álvarez, F. (2003). **Calidad y Auditoría en Salud**. Bogotá: Ecoe Ediciones.

Andrade, Javier (2008) **La Gerencia de los Servicios de Salud**, Madrid, España.

Atienza, Oscar (2013) **Historia Clínica, una herramienta en la Mejora de Procesos en Gerencia en Salud**.

Barquín, M. (2003). **Dirección de Hospitales**. México, D.F.: McGraw Hill

Cantate, C. R. (2010). **Historia Clínica orientada a problemas**. CPMF

Castillo, Rigoberto (2013) **La Administración de los Servicios de Salud**,
www.monografias.com

Criado del Rio, M. T. (1999). **Aspectos médico-legales de la historia clínica**.
Med Clin

Dicovsky, Luis (2008) **Metodología de la Investigación**, Ediciones Limusa,
Nicaragua.

Gerencia.com (2017) **Importancia de la Historia Clínica**

Guzmán, Fernando (1999). **La Historia Clínica**; Elemento Fundamental del Acto
Médico, ferguzmancolmail.com

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento para la Observación.

FUENTE: Datos obtenidos de la observación realizada en el Dpto. REGES en la Policlínica Dr. Gustavo a. Ros Mayo, 2017

***NOTA:** Los cuadros azules () hacen referencia a la valoración que se le da a cada variable. Las Observaciones halladas se describen en la siguiente página.

Criterios a Observar	Utilidad			*Observaciones
	Adecuado	Regular	Inadecuado	
Calidad y actualización de las historias clínicas				
Uso del historial clínico hospitalario				
Organización del área del trabajo				

Universidad Metropolitana de Ciencia y Tecnología
Maestría en Gerencia de Salud con Énfasis en Sistemas de Información
Postgrado en Gerencia en Servicios de Salud

Entrevista

Objetivo: Analizar la situación actual en cuanto al proceso gerencial en relación al sistema de información sobre los programas de atención primaria de salud.

Respetado Señor(a): Es nuestro interés mejorar el uso que se le da a la Historia Clínica en el hospital Rafael Hernández de David, por ello es importante conocer su opinión en relación al tema.

1. ¿Cómo calificaría usted el uso de la Historia Clínica dentro del proceso de gerencia en salud que se desarrolla en esta institución de salud?

2. ¿Qué Opina sobre las consecuencias podría acarrearle al personal del Departamento de REGES, el inadecuado uso de la historia clínica en el proceso gerencial de salud?

3. ¿Cree usted que mejorando la administración gerencial se logren cambios significativos en el uso de la Historia Clínica?

4. ¿Cree que se debe capacitar al personal del Departamento de REGES en aspectos gerenciales de forma tal que se tenga conocimiento sobre la importancia del buen uso de la historia clínica?

5. ¿Qué recomendaciones ofrecería para mejorar el uso adecuado del historial clínico hospitalario?

- 6.

IMÁGENES



Departamento de Archivos de historial clínico manual del paciente de REGES.

Fuente: *Foto tomada de la Policlínica Gustavo A, Ros David. Provincia de Chiriquí, 2017.*

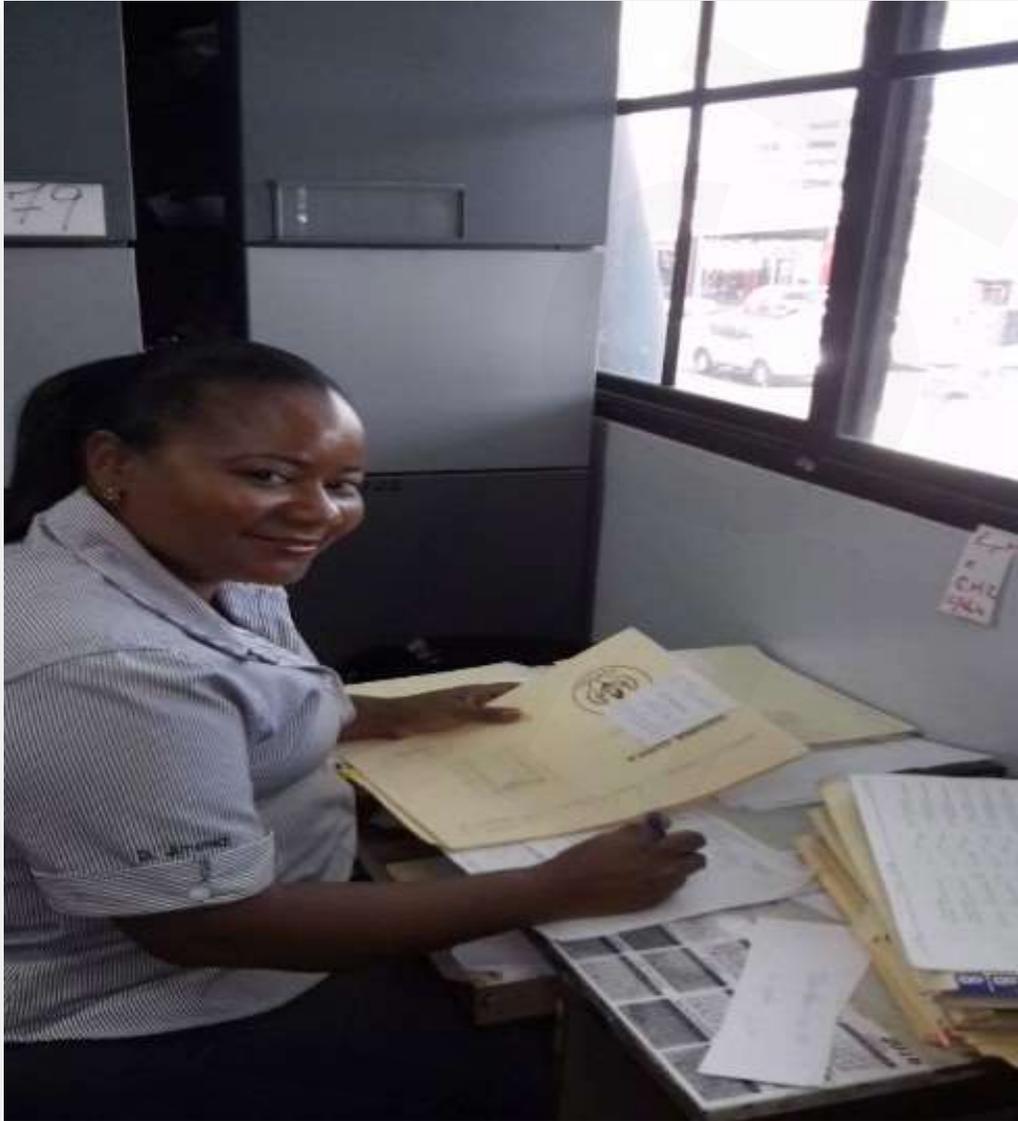
SEIS: Sistema Electrónico de Información de Salud.

Fuente: *Ministerio de Salud, Panamá 2017.*

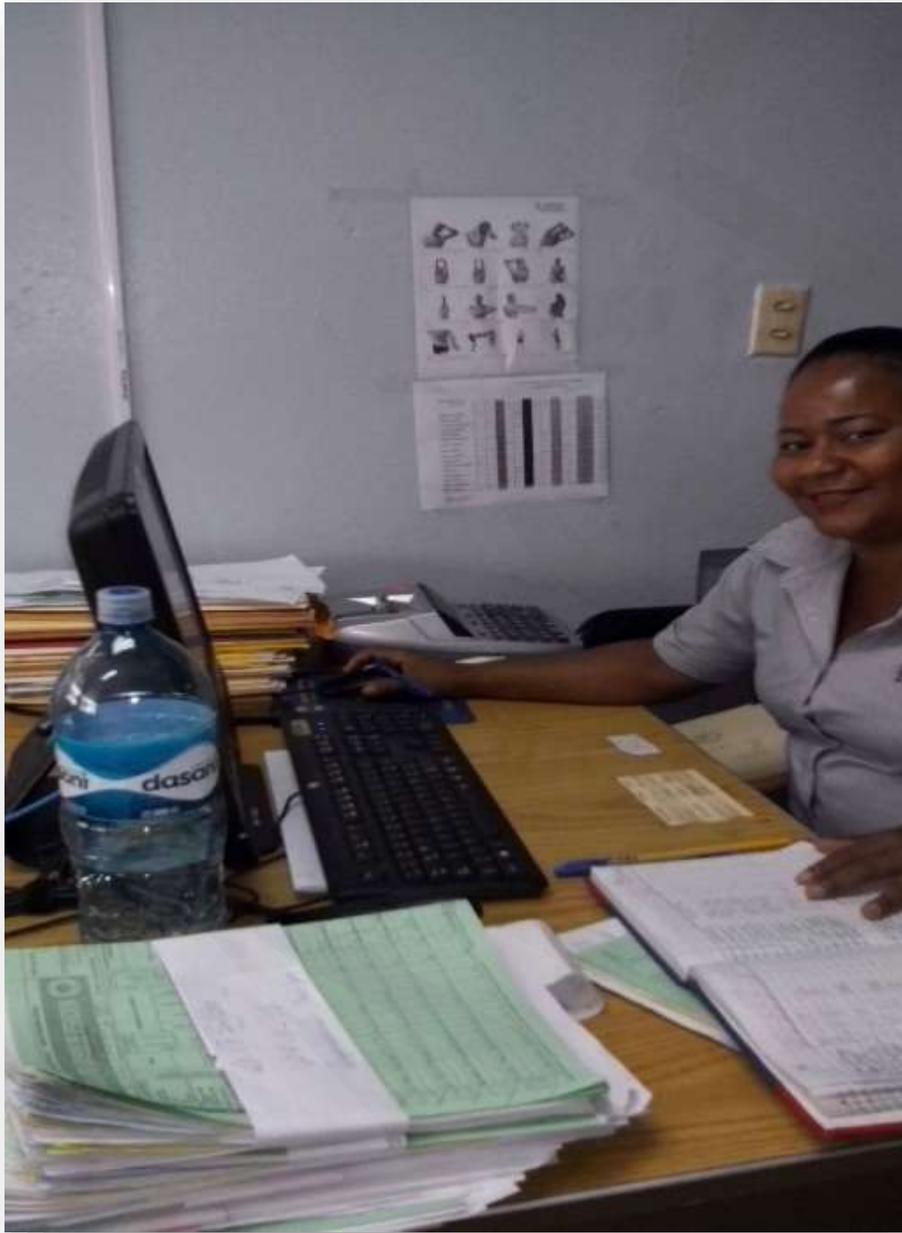
Observación y verificación mediante referencias bibliográficas sobre el uso adecuado del registro del Historial Clínico en el Departamento de REGES.



Fuente: Foto realizada en la Policlínica Gustavo A. Ros, David – Provincia de Chiriquí



Fuente: Foto realizada en la Policlínica Gustavo A. Ros, David – Provincia de Chiriquí.



Fuente: Foto realizada en la Policlínica Gustavo A. Ros, David – Provincia de Chiriquí.

ANEXO N.º 1 FORMULARIOS DE UMECIT



F-138

Rev. 00
(IE)

CERTIFICACIÓN DE PROYECTOS DE FORMACIÓN

Nombre del estudiante: DAYSÍ LISBETH JIMENEZ RODRIGUEZ

Cédula de identidad o pasaporte: 4-700-23

País: Panamá Región: CHIRIQUI

Carrera: Especialización en Gerencia de los Servicios de Salud Período: 2016

Sede: Santiago

Tipo de actividad realizada: Práctica profesional _____ Pasantía _____

Trabajo de Grado Especialización Proyecto de investigación registrado _____

Empresa o institución donde la desarrolló:

Tipo de Institución: Pública

Dirección: David

País: Panamá Región: Chiriquí

Nombre del Experto de la Empresa que certifica:

Minerva de Herel

Cargo que ocupa en la empresa:

Jefa de Registros Médicos Estadísticas de Salud

Años de Experiencia: 25 años

Tema del Proyecto: Importancia del buen uso de la historia clínica dentro del Proceso de Gerencia en Salud.

La historia clínica es vital y oportuna, los colaboradores brindan al máximo su empeño ya que no sienten la presión y la falta de libertad, facilidad para solicitar sus datos, la organización es eficiente y más eficaz en cómo que el paciente tenga datos, podemos usar a la base de datos como facilidad al llegar a los sistemas.

Autoridad de la Institución que certifica
[Signature]
Nombre:

Tutor académico

Nombre: Sofia Vásquez M
9-124-855

Estudiante / Investigador

Nombre: Daysi Jimenez
4-700-23

Sello de la institución



UNIVERSIDAD DE PANAMA

LA FACULTAD DE

Educación

REPUBLICA DE PANAMA
 MINISTERIO DE EDUCACION
 DEPARTAMENTO GENERAL
 T. DE N.º 7
 HONORABLE C. DE G. DE G. DE G.
 PAULA VALDES CABALLERO
 25011
 2007

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO,
HACE CONSTAR QUE

Paula Valdés Caballero



HA TERMINADO LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS
QUE LE HACEN ACREEDOR AL TITULO DE

Profesora de Segunda Enseñanza con Especialización en Español

Y EN CONSECUENCIA, SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,
HONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS, EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE
ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE PANAMA A LOS *veintisiete*
DIAS DEL MES DE *diciembre* DE MIL NOVECIENTOS *noventa*.



[Signature]
Secretario General

Diploma 29985

Identificación Personal
4-103-576

[Signature]
Decano

[Signature]
Rector

F-58
Rev. 02
(0E)

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE
EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGIA "UMECIT"
Decreto Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004
Acreditada mediante Resolución N°15 del 31 de octubre de 2012



Carta de Aprobación de Revisión Ortográfica

Señores

Comité de investigación UMECIT

Ciudad

Yo, Paula Valdés con cédula de identidad o
pasaporte N° 4-103-576 asesor de redacción, ortografía
y estilo del trabajo de grado, tesis, ensayo o práctica profesional, realizado por
Dafni Jiménez Cédula de Identidad o pasaporte
N° 4-700-23 para optar al título de
Trabajo de Grado

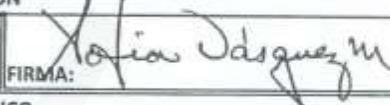
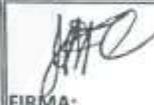
Hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para
ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado
examinador que se designe.

En Panamá a los 11 días del mes de 09 de 20 17

Paula Valdés

Firma del Asesor

Nota: Anexar Diploma

F-86 V-02		UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA REGISTRO DE TRABAJOS DE GRADO / INFORMES DE PRÁCTICA PROFESIONAL			
DATOS DEL DOCUMENTO:					
AUTOR (NOMBRES Y APELLIDOS):		Díaz Berbelth Jmérez Rodríguez		CÉDULA / PASAPORTE: 4-700-23	
Facultad:		Ciencias de la Salud			
Carrera:		Máster en Ciencias de Servicios de Salud. Esp. S.I.			
Formato de entrega:		Digital C.D.			
Trabajo de grado		<input checked="" type="checkbox"/>		Informe de práctica profesional <input type="checkbox"/>	
Título del documento:		Implementación de los sistemas de información contable para la gestión en salud			
AUTORIZACIÓN					
TUTOR			FIRMA: 		
AVAL ACADÉMICO					
COORDINADOR DE FACULTAD O COMITÉ DE DE INVESTIGACIÓN			FIRMA: 		
CONTROL DE ENTREGA EN BIBLIOTECA					
RESPONSABLE DE BIBLIOTECA			FIRMA:		
FECHA DE ENTREGA			FIRMA DEL ESTUDIANTE		
Notas:					
<ul style="list-style-type: none"> • El documento debe ser entregado por el Coordinador o la Dirección de Investigación al estudiante para su llenado. • El Coordinador de Sede o Facultad / Dirección de Investigación revisará y entregará a encargado de Biblioteca acompañado del trabajo en formato digital (CD). • El personal de biblioteca recibe el formulario F-86 debidamente firmado como fe de que el trabajo recibido cuenta con todas las normativas contenidas en el Manual Formativo para la Presentación de Trabajos (D16) y el instructivo para entrega de trabajos en formato digital a la biblioteca (I-01). En un periodo de 15 días hábiles a partir de la recepción del trabajo en la biblioteca se entrega el formulario F-86 a Coordinadora de Registro Académico para archivar en el expediente del estudiante. 					
Este documento no tiene validez sin los sellos y firmas correspondientes					

UNNECFT