



**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
Y DE COMERCIO**

**TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
TECNÓLOGA EN ASISTENTE DE GERENCIA-
SECRETARIADO EJECUTIVO**

**TEMA: “DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN
DOCUMENTAL – DIGITAL PARA EL ARCHIVO DE
HISTORIAS CLÍNICAS DEL SUBCENTRO DE SALUD
CHILLOGALLO”.**

AUTOR: HEREDIA BOADA ENMA IRENE

DIRECTOR: ING. JÁCOME HERNÁN. M.B.A

CODIRECTORA: ING. SUÁREZ PAOLA

SANGOLQUÍ

2015

UNIVERSIDAD DE FUERZAS ARMADAS - ESPE
TECNOLOGÍA EN ASISTENTE DE GERENCIA
SECRETARIADO EJECUTIVO

CERTIFICADO

ING. HERNÁN JÁCOME

ING. PAOLA SUÁREZ

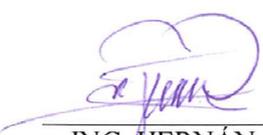
CERTIFICAN

Que el trabajo titulado “DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL – DIGITAL PARA EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL SUBCENTRO DE SALUD CHILLOGALLO” realizado por ENMA IRENE HEREDIA BOADA, ha sido guiado y revisado periódicamente y cumple normas estatutarias establecidas por la ESPE, en el Reglamento de Estudiantes de la Universidad de Fuerzas Armadas- ESPE.

Debido a que ha concluido el trabajo se recomienda su publicación.

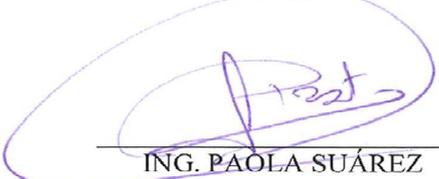
El mencionado trabajo consta de un documento empastado y un disco compacto el cual contienen los archivos en formato portátil de Acrobat (pdf). Autorizan a ENMA IRENE HEREDIA BOADA que se entregue a la LIC. GIOMARA TROYA, MBA en su calidad de Directora de la Carrera.

Sangolquí, junio del 2015



ING. HERNÁN JÁCOME

DIRECTOR



ING. PAOLA SUÁREZ

CODIRECTORA

**UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS - ESPE
TECNOLOGÍA EN ASISTENTE DE GERENCIA-
SECRETARIADO EJECUTIVO**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, ENMA IRENE HEREDIA BOADA

Declaro que:

El proyecto de grado denominado “DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL – DIGITAL PARA EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL SUBCENTRO DE SALUD CHILLOGALLO”, ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan el pie de las páginas correspondiente, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es de mi autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.

Sangolquí, junio del 2015



ENMA IRENE HEREDIA BOADA

**UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS - ESPE
TECNOLOGÍA EN ASISTENTE DE GERENCIA-
SECRETARIADO EJECUTIVO**

AUTORIZACIÓN

Yo, ENMA IRENE HEREDIA BOADA

Autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas- ESPE la publicación, en la biblioteca virtual de la Institución del trabajo, **“DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL – DIGITAL PARA EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL SUBCENTRO DE SALUD CHILLOGALLO”** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

Sangolquí, junio del 2015



ENMA IRENE HEREDIA BOADA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo mi Dios, a mi familia, en especial: a mi madre eje fundamental en mi vida y ejemplo de superación, a mi esposo por su amor y apoyo incondicional y a mi hija Emily por ser mi motor e impulso a ser mejor, por darme la fuerza, ánimo; y a mi padre, a mi hermano por apoyarme siempre y compartir este logro a mi lado, brindado en todo este proceso para llegar a la meta anhelada, por ser personas ejemplares, brindándome respaldo permanente para seguir creciendo como persona y profesional. Y finalmente a todas las personas que me apoyaron en los momentos más difíciles de mi vida.

IRENE

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento eterno en primer lugar a Dios por darme la fortaleza día a día para lograr con éxito esta etapa, a mi familia por su apoyo incondicional; y un especial reconocimiento a mis directores quienes con su profesionalismo aportaron para concluir con este trabajo.

IRENE

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICADO	¡Error! Marcador no definido.
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	¡Error! Marcador no definido.
AUTORIZACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	1
1.1 Reseña histórica	1
1.2 Caracterización de la unidad de salud.....	3
1.2.1 Misión	3
1.2.2 Visión.....	4
1.2.3 Valores institucionales	4
1.2.3.1 Valores Individuales	4
1.2.3.2 Valores Sociales.....	4
1.3 Prestaciones de servicios de salud	5
CAPÍTULO II	
DIAGNÓSTICO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE SUBCENTRO DE SALUD CHILLOGALLO.....	8
2.1 Análisis situacional	8
2.1.1 Estado actual del manejo de Archivo pasivo de Historias Clínicas.....	12
2.1.2 Estudio de la programación anual de actividades POA 2015	14
2.3 Descripción del procedimiento de Gestión de las Historias Clínicas	25
2.3.1 Procedimientos relacionados a la apertura de la Historia Clínica en Subcentro de Salud Chillogallo.	25

CAPÍTULO III

DESARROLLO UN SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DIGITAL DEL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL SUBCENTRO DE SALUD

CHILLOGALLO.....	29
3.1 Introducción	29
3.2 Procesamiento de la digitación de información.....	29
3.2.1 Planificación del desarrollo de la digitación.....	29
3.2.2 Diseño del proceso.....	31
3.2.2.1 Establecimiento de recursos.....	31
3.2.2.2 Tiempo y resultados.....	31
3.3 Digitación puesta en marcha.....	32
3.4 Validación de la información digitada.....	32
3.5 Sistema de Gestión Documental	33
3.5.1 Requerimientos para el sistema	33
3.5.2 Implementación del sistema de digital para la creación de la Historia Clínica.....	34
3.5.3 Actividades para la gestión y el archivo de las Historias Clínicas.	35
3.5.4 Formación de usuarios	35
3.5.5 Socialización y capacitación del sistema de Gestión Documental para el personal del Subcentro de Salud.....	36

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	38
4.1 Conclusiones	38
4.2 Recomendaciones	38
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	44
BIBLIOGRAFÍA:	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Prestaciones de servicios de salud.....	5
Tabla 2	Análisis: Normativa versus situación Actual SCS Chillogallo	10
Tabla 3	POA 2015 SCS Chillogallo.....	14
Tabla 4	Análisis FODA.....	28
Tabla 5	Cronograma para la digitación de Historias Clínicas.....	31
Tabla 6	Medición de tiempo estimado de atención por paciente en forma manual.	40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Hoja de excel para llevar los datos de los pacientes	9
Figura 2	Paciente Nuevo o Paciente de Emergencia	27
Figura 3	Paciente Nuevo de Call Center.....	27
Figura 4	Ingreso al sistema	36

RESUMEN

El presente trabajo hace referencia al “Diseño de un sistema de Gestión Documental – Digital para el archivo de Historias Clínicas del Subcentro de Salud Chillogallo”, tiene como finalidad contar con un sistema digital de archivos básicos para la Historia Clínica Única, debido a que el ingreso manual de las mismas requieren de mucho tiempo para ser creadas; siendo difícil el manejo, archivo de la información y la dificultad, adicional a eso el no contar con un espacio apropiado para archivo. Por dichas razones es necesario crear un sistema que permite el correcto manejo del historial clínico del paciente permitiendo un manejo óptimo rápido eficaz de la información y ayudando a optimizar tiempo, recursos humanos, y materiales de la unidad de salud. Finalmente el presente estudio muestra conclusiones y recomendaciones, las mismas que se han obtenido y brindan un gran aporte a este estudio.

PALABRAS CLAVES:

- SISTEMA DIGITAL
- SUBCENTRO DE SALUD CHILLOGALLO
- HISTORIAS CLÍNICAS
- ARCHIVO DIGITAL
- MANUAL DE MANEJO

ABSTRACT

The present work makes reference to the design of " Design of a management system for documentary -Digital patient record Chillogallo sub center Health ", aims to have a basic digital system files for Clinical Single Story, because the manual entry of these require much time to be created; being difficult to manage, file information and the difficulty, in addition to that the failure to have a proper space for file. For these reasons it is necessary to create a system that enables the correct handling of patient records enabling quick efficient optimal management of information and helping to optimize time, manpower, and supplies the health unit. Finally this study shows findings and recommendations; they have been obtained and provide a major contribution to this study.

KEYWORDS:

- DIGITAL SYSTEM
- HEALTH SUBCENTER CHILLOGALLO
- MEDICAL RECORDS
- DIGITAL ARCHIVE
- MANAGEMENT MANUAL

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El diseño de un sistema de Gestión Documental – Digital para el archivo de Historias Clínicas del Subcentro de Salud Chillogallo se define como el proceso estructurado de investigación, análisis situacional, el planeamiento, y justificación, objetivos puestos en marcha. Este proceso sistemático permite a la unidad de salud identificar y evaluar cualquier requerimiento que pueda servir como guía y mejora de los fines del Subcentro de Salud.

Dado que existe gran demanda de atención médica en el Subcentro de Salud Chillogallo es importante hacer precedente la dificultad al acceso de la información, por lo cual es sustancial la implementación de un sistema de Gestión Documental digital del archivo para las Historias Clínicas que permita la modernización de los servicios archivísticos y documentarios; es decir, que cuente con un archivo digital para un mejor manejo, rápido, seguro y eficaz, y; de acuerdo a los requerimientos se elaboró el presente manual, que sentará las bases para el manejo; y desarrollo de las actividades inherentes de las mismas en la administración de la documentación en la unidad de salud.

1.1 Reseña histórica

El Subcentro de Salud Chillogallo, siendo el más antiguo del sector, ahora perteneciente al Distrito de Salud 17D07, localizado en la Parroquia de Chillogallo al sur-occidente del Distrito Metropolitano de Quito en la calle Luis Francisco López, funciona desde hace aproximadamente 50 años.

En sus inicios compartió el edificio con las oficinas del Correo y el Retén Oficial, posteriormente lo hizo con el Correo y el Instituto Municipal Luis Telmo Pazmiño hasta el año 2008, causando inconvenientes para las dos instituciones, e hizo que el Subcentro funcione actualmente en un predio Municipal entregado al Ministerio de Salud en comodato.

En junio del 2007 se conforma el Comité Barrial del Centro Histórico de Chillogallo con representantes de los diferentes barrios; como Presidente el Señor Luis Vasco, este comité desde el primer momento ofreció su ayuda, viendo la necesidad imperiosa de mejorar el aspecto físico y funcional de la unidad, una comisión dirigida por el Señor Vasco y el personal de la casa de salud acudieron a la Jefatura de Área para expresar la inconformidad y la necesidad de arreglar el Subcentro de Salud (SCS), su principal objetivo era el remodelar la unidad de salud, para lo cual el Jefe del Área llevó a cabo reuniones y gestionó trámites en la Administración Quitumbe, con lo cual se logró extender el comodato y se consiguió además permiso para modificar y ampliar los ambientes.

Durante el periodo de agosto del 2007 a marzo del 2008 hasta que se realicen todos los arreglos en el Subcentro de Salud, con ayuda del Comité Barrial, facilitaron el uso de la casa comunal que queda junto al Subcentro de Salud, durante 7 meses para seguir brindando atención sin interrupción de atención a la comunidad.

El 3 de marzo de 2008 el Subcentro de Salud se trasladó a las nuevas instalaciones donde se realizaron algunas modificaciones: cambio de pisos, puertas tubería de agua potable, cableado eléctrico; se modificaron los ambientes, arreglo de iluminación y la ventilación; dando un aspecto muy diferente y agradable tanto para el personal como para los pacientes.

En enero de 2011, la Administración Quitumbe decide realizar una remodelación total de la edificación donde funciona el Subcentro de Salud (SCS) Chillogallo, los trabajos iniciaron el 21 de febrero de 2011, para lo cual se trasladó el personal temporalmente a las instalaciones del Centro de Desarrollo Comunitario.

Dicha remodelación estuvo programada para dos meses, sin embargo por múltiples inconvenientes, este se prolongó hasta los primeros días del mes de julio de 2012, donde se realiza la entrega provisional entre el contratista, las Administración Quitumbe, la comunidad y la Jefatura de Área 20.

Desde el 9 de julio de 2012, se brinda atención en el local remodelado del Subcentro de Salud Chillogallo.

1.2 Caracterización de la unidad de salud

El Subcentro de Salud Chillogallo es una unidad que brinda atención en salud ambulatoria de primer nivel de consulta externa y acciones extramurales, con un equipo multidisciplinario debidamente capacitado, orientado a la solución de los problemas de salud de la comunidad; buscando mejorar el estilo de vida de los individuos. Su prioridad es realizar acciones de fomento, protección; respetando; la gratuidad de los servicios, en un sector poblado. El Subcentro cuenta con doce áreas de atención y consulta:

- 3 consultorios médicos
- 2 consultorios odontológicos
- 1 consultorio de obstetricia
- 1 para preparación de pacientes
- 1 Vacunatorio
- 1 Sala de curaciones y emergencia
- 1 para estadística, información y agendamiento
- 1 Bodega
- 1 Baño para el personal y otro de pacientes

1.2.1 Misión

El Subcentro de Salud Chillogallo tiene como MISIÓN brindar atención primaria de salud integral al individuo, familia y la comunidad en: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación con calidad y calidez en los servicios: Medicina, Obstetricia y Odontología.

1.2.2 Visión

El Subcentro de Salud Chillogallo brindará a la comunidad atención oportuna con calidad, calidez, eficiencia, solidaridad, responsabilidad, cordialidad, respeto y ética profesional priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades contando con el personal profesional para fomentar la creación de grupos de atención a pacientes vulnerables, como son los niños desnutridos, adolescentes embarazadas, adultos mayores, cumpliendo con las expectativas del usuario .

1.2.3 Valores institucionales

1.2.3.1 Valores Individuales

- Amabilidad, respeto, cordialidad para compañeros de trabajo como para los pacientes.
- Respeto hacia las diferentes culturas y religión.
- Cordialidad para compañeros de trabajo como para los pacientes.
- Liderazgo para un desempeño auténtico y logro de objetivos.
- Cooperación con el equipo de trabajo y la comunidad.
- Autonomía para un desenvolvimiento positivo en la toma de decisiones.
- Creatividad como generador de cambio, para le ejecución exitosa de cambios y crecimiento.
- Ética profesional

1.2.3.2 Valores Sociales

- Servicio a la comunidad brindando una atención de calidad a los usuarios.
- Trabajo cooperativo fomentando el crecimiento personal e institucional al servicio de la comunidad.
- Conciencia ciudadana desde una visión intercultural, pluralista y democrática que garantice los derechos individuales y colectivos de sus habitantes.

- Tolerancia y responsabilidad social para convivir en una sociedad globalizada.
- El respeto y la solidaridad como ejes fundamentales de la formación social y humana.

Localización

El Subcentro de salud (SCS) Chillogallo, está ubicado en:

Lugar: Subcentro de salud (SCS) Chillogallo
Dirección: Calle Luis Francisco López S/N y Mariscal Sucre
Provincia: Pichincha
Cantón: Quito
Parroquia: Chillogallo
Teléf.: 022840621

1.3 Prestaciones de servicios de salud

Inicialmente la unidad de salud estableció el mecanismo de citas previas a grupos vulnerables: adulto mayor, pacientes del club de Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes, embarazadas y adolescentes que realizan planificación familiar.

Los grupos etéreos programados para recibir atención en el Subcentro de Salud Chillogallo en el año 2015 se dividen de la siguiente manera:

Tabla 1:

Prestaciones de servicios de salud

GRUPOS PROGRAMADOS	HABITANTES
---------------------------	-------------------

Menor a 1 años	662
1 a 4 años	3.293
5 a 9 años	3.264
10 a 14 años	3.116
15 a 19 años	3.030
20 a 64 años	1.943
65 y más	2.333
Embarazadas	828
MEF 10 a 49 años	11.073
DOC MAMARIO (35 A 64 años)	8.632
DOC Cérvico uterino (35 a 64 años)	5.671
TOTAL	43.845

Fuente: (Subcentro de Salud Chillogallo, 2015)

Para atender la población estimada se cuenta con los siguientes servicios en salud:

- **Salud Escolar.-** Se realiza a segundos y séptimos de básica de las escuelas del sector. Se da atención médica, medición agudeza visual, vacunas, atención odontológica y entrega de certificados médicos, vacunas, atención odontología, y entrega de certificados médico-odontológicos. En cuanto a las vacunas se sigue la normativa del Ministerio de Salud Pública tanto para establecimientos fiscales como particulares. Las vacunas se aplican todos los días de Bacilo Colmete Garnin (BCG), Sarampión (SRP) y Fiebre amarilla se aplican solo los miércoles, y se realiza la campaña de vacunación el personal que se organiza en brigadas fijas y móviles.
- Cumplimiento con el programa de Tamizaje neonatal.
- Evaluación geriátrica.
- Cumplimiento del programa de Escuelas Promotoras.
- Control de embarazos: rutina prenatal, control odontológico entrega de micronutrientes, inmunizaciones.
- Detección Oportuna de cáncer de mamas (DOC), Detección Oportuna de cáncer de cérvix DOC (Papanicolaou), en especial en pacientes de 35 a 65 años y mujeres embarazadas.
- Atención de morbilidad a toda la población, tanto en medicina, obstetricia y odontología.

- Manejo de Programa Contra la Tuberculosis (PCT). Captación de sintomáticos respiratorios realización de Bacilos Acido Alcohólico Resistente (BAAR) seriado y tratamientos si se lo amerita.
- Consejería en Virus de Inmunodeficiencias Humana (VIH/SIDA), previo la firma del consentimiento informado a pacientes con Infecciones de Trasmisión Sexual ITS, Tuberculosis Tb.
- Promoción del buen trato y prevención de la violencia.
- Se realiza el seguimiento a pacientes beneficiarios del Bono Gallegos Lara y Misión Manuela Espejo.
- Talleres para adolescentes: prevención para adolescentes.
- Control y tratamiento para personas con hipertensión arterial (Club de hipertensión Arterial).
- Fichas familiares a pacientes embarazadas y niños desnutridos, pos parto y misión Manuela Espejo.
- Entrega de medicación gratuita.
- Charlas educativas tanto en la unidad como en los establecimientos educativos.

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE SUBCENTRO DE SALUD CHILLOGALLO

2.1 Análisis situacional

El Subcentro de Salud Chillogallo al brindar sus servicios en salud por más de 50 años en un lugar céntrico de la parroquia, ha logrado satisfacer necesidades de atención en salud de la colectividad; con la ampliación de su horario de atención de cuatro (4) a ocho (8) horas, ha generado un incremento de usuarios así como también la creación de gran cantidad de Historias Clínicas, lo cual ha causado aumento en su archivo y; demoras en su atención; ya sea por extravío, deterioro, archivo erróneo o duplicación de la información.

La población estimada por parte del Ministerio de Salud Pública para ser atendida en el año 2015 es de 43.845 por grupos etéreos para el sector Chillogallo; y desde sus inicios la unidad de salud hasta la fecha se ha creado un total de 25.593 Historias Clínicas existentes y en uso.

Actualmente el Subcentro de Salud utiliza el tarjetero índice manual y digital recientemente incorporado, como ayuda al manejo, creación y control del archivo de las Historias Clínicas, en razón de que hay gran demanda de atención usuarios tanto antiguos como nuevos, y dichas herramientas siguen aún siendo insuficientes para cubrir los requerimientos existes.

Se asigna numeración en forma ordenada y secuencial a las fichas (formatos) las cuales varían de acuerdo al tipo de atención reciba el paciente y son los siguientes:

- Pacientes nuevos formulario 001.
- Pacientes nuevos de emergencia formulario 008.
- Atención de pacientes de Call Center formulario 001.

Adicionalmente a mediados de años 2014, la unidad de salud puso en uso el manejo de herramientas de Windows office versión 2007 como es el Excel, programa que brinda ventajas importantes como:

1. Llevar control de la numeración asignada: Consiste en crear una hoja que consta de números ordenados y que al ser usados son tachados evitando la duplicidad de números.
2. Crear un tipo formato de datos personales específicos: permite la impresión de la hoja de datos para posterior atención médica, y esta es guardada en formato digital.
3. Búsqueda de datos personales de acuerdo al campo conocido: ingresando los nombres y apellidos, o número de cédula.
4. Permite realizar tablas dinámicas para reportes o estadísticas de atención: utilizando los campos y de acuerdo a la necesidad de reporte.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		SCS CHILLOGALLO		2002	BASE DE HISTORIAS			17350
CALLE	QUEZADA	BEATRIZ	UMBELINA	1707974422				
CIUDADELA IBARRA		CHILLOGALLO	CHILLOGALLO	QUITO	PICHINCHA	U	3042594	
21/08/1962	CHIMBORAZO	ECUATORIANO	MESTIZO	52	X	X	PRIMARIA	
23/04/2015	AMA DE CASA	**			**			
	SELSO ACOSTA	ESPOSO		CIUDADELA IBARRA				
							SCALDERON	

52 años 8 meses 2 días

Figura 1: Hoja de Excel para llevar los datos de los pacientes

Fuente: (Access 2007, 2014)

En sí, el uso de esta herramienta no ha causado un gasto adicional en relación al costo del mismo, de manejo sencillo, ya que existen campos específicos para ser llenados e ingresados, modernizando el manejo y archivo de Historias Clínicas.

Con la modernización y avance tecnológico se ha visto a este programa como herramienta de trabajo elemental, es decir es un software de fácil acceso, manejable y siendo uno de los más utilizados en el mundo. Este proceso ha tenido algunos inconvenientes como son:

- Disponibilidad de impresora.
- Computadoras conectadas en red en forma continua.
- Disponibilidad de e insumos y materiales.

La unidad de salud lo usa de forma básica sin explotar los beneficios que ofrece como: generar información, mapas, tablas gráficos estadísticos, datos disponibles y consolidados en forma inmediata.

A continuación se presenta la normativa vigente del Ministerio de Salud con respecto al Manual de Manejo, y Archivo de Historias Clínicas en las unidades de salud, versus la situación actual del Subcentro de Salud.

Tabla 2:

Análisis: Normativa versus situación Actual SCS Chillogallo

NORMATIVA	SITUACION ACTUAL
- Todas las Historias Clínicas reposan en un solo lugar denominado Archivo Central de Historias Clínicas, clasificado en un archivo activo y pasivo, de manera ordenada y accesible, tomando en cuenta la última atención al paciente.	- Todas Historias Clínicas reposan en un mismo lugar tanto archivo pasivo y activo en un solo archivo general, ordenada todas por la numeración asignada en forma secuencial.
- Las Historias Clínicas se utilizan y salen del Archivo Central, únicamente para los siguientes casos: atención en consulta externa, hospitalización y emergencia	- Las Historias Clínicas salen de archivo general para los siguientes casos: consulta externa, consulta de historial, entrega de medicamentos, emergencias.
- Para trámites legales se entregará un resumen de la Historia Clínica, previa autorización escrita de la autoridad competente.	- Para trámites legales se entregará un resumen de la Historia Clínica, previa autorización escrita de la autoridad competente. Líder de la unidad de salud.
- Por ningún motivo, las Historias Clínicas saldrán de los servicios de atención ni de la unidad operativa	- Por ningún motivo, las Historias Clínicas saldrán de los servicios de atención ni de la unidad operativa

CONTINÚA



<ul style="list-style-type: none"> - A todo paciente que requiere atención de salud, el personal de Estadística procede a la apertura la historia Clínica Única, en su primera visita a la unidad operativa, asignándole un número el mismo que se mantendrá permanentemente. 	<ul style="list-style-type: none"> - La unidad de salud no siempre podrá atender a un paciente sin previa cita, ya que cuenta con una programación previa y un número limitado de pacientes para cada profesional médico, salvo que requiera de una atención emergente.
<ul style="list-style-type: none"> - Todos los formularios y documentos adicionales de las atenciones realizadas por el personal de salud a un paciente se registran en conjunto y ordenan cronológicamente, en forma permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los documentos adicionales de las atenciones realizadas en la unidad de salud si son registradas, y son devueltos a los pacientes, ya que pueden extraviarse en la unidad de salud y al no contar con espacio suficiente en el archivo.
<ul style="list-style-type: none"> - Toda información sobre las atenciones realizadas al paciente mediante la consulta de fomento y morbilidad, son registradas por el profesional en la historia Clínica de manera clara, sin abreviaturas y con su respectiva firma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toda información sobre las atenciones realizadas al paciente mediante la consulta de fomento y morbilidad, son registradas por el profesional en la historia Clínica de manera clara, sin abreviaturas y con su respectiva firma.
<ul style="list-style-type: none"> - Todos los resultados de los servicios de apoyo de diagnóstico y terapéutico se registra en la historia Clínica de cada paciente, utilizando los formularios correspondientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los resultados de los servicios de apoyo de diagnóstico y terapéutico se registra en la historia Clínica de cada paciente, utilizando los formularios correspondientes. En el caso que haya en stock los formularios.
<ul style="list-style-type: none"> - La información consignada en la historia clínica es propiedad del establecimiento de salud y la administración de la información es responsabilidad del departamento de Estadística y Registros Médicos, la cual deberá estar protegida de la observación de personas no autorizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - La información consignada en la historia clínica es propiedad del establecimiento de salud y la administración de la información es responsabilidad del departamento de Estadística y Registros Médicos, la cual deberá estar protegida de la observación de personas no autorizadas.
<ul style="list-style-type: none"> - Todo el personal de salud y administrativo que tenga acceso a la información de la historia clínica, está obligado a guardar la confidencialidad de la información. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todo el personal de salud y administrativo que tenga acceso a la información de la historia clínica, está obligado a guardar la confidencialidad de la información.
<ul style="list-style-type: none"> - Para la atención de salud o consulta solicitada por el paciente mediante turno, el estadístico, o el personal responsable, sacará del archivo la historia clínica, clasificará de acuerdo al servicio y elaborará el registro de control correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Para la atención de salud o consulta solicitada por el paciente mediante turno, el estadístico, o el personal responsable, sacará del archivo la historia clínica, clasificará de acuerdo al servicio y elaborará el registro de control correspondiente. En el caso de que se realiza la búsqueda y localice la historia clínica con prontitud.



<ul style="list-style-type: none"> - El personal de Estadística proporcionará las Historias Clínicas con todos los formularios, básicos, solicitadas por los diferentes servicios del establecimiento para la atención tanto en consulta externa y emergencia, dependiendo del nivel de complejidad de la unidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - El personal de Estadística proporcionará las Historias Clínicas con todos los formularios, básicos, solicitadas por los diferentes servicios del establecimiento para la atención tanto en consulta externa y emergencia, tomando un tiempo adicional en el llenado de cada uno de estos.
<ul style="list-style-type: none"> - El personal de Estadística procede a ordenar, verificar la integridad de la historia clínica como identificación de los formularios, firma de responsabilidad del profesional que brindó la atención antes de ser archivados. 	<ul style="list-style-type: none"> - El personal de Estadística procede a ordenar, verificar la integridad de la historia clínica como identificación de los formularios, firma de responsabilidad del profesional antes de ser archivados. Tarea que realiza en espacio de tiempo que no interrumpa sus demás funciones. O fuera de su horario para no recargar más su trabajo.
<ul style="list-style-type: none"> - Todos los formularios de la historia clínica que se incluyen posteriormente a su apertura deberán estar correctamente identificados y llenados por el personal profesional de acuerdo al servicio prestado en consulta externa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los formularios de la historia clínica que se incluyen posteriormente a su apertura deberán estar correctamente identificados y llenados por el personal profesional tomando cierto tiempo al realizar el llenado manual a cada uno de ellos.
<ul style="list-style-type: none"> - Para estudios de investigación y docencia las Historias Clínicas serán revisadas dentro del área de Estadística. 	<ul style="list-style-type: none"> - Para estudios de investigación y docencia las Historias Clínicas serán revisadas dentro del área de Estadística.
<ul style="list-style-type: none"> - El personal de Estadística entrega las Historias Clínicas al personal de enfermería (enfermeras o auxiliar de enfermería o personal disponible) quienes son los responsables de la recepción, manejo y devolución a Estadística luego de la consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> - El personal de Estadística entrega directamente en cada área las Historias Clínicas al personal de enfermería o personal disponible, y quienes muchas veces acuden en búsqueda de las mismas para lograr archivar y ordenar y no recargar trabajo al siguiente día.
<ul style="list-style-type: none"> - Inmediatamente de concluida la consulta, el personal entregará las Historias Clínicas a Estadística previo el registro de entrega y recepción verificando la integridad de las mismas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Muchas veces el personal no entrega las Historias Clínicas a estadística una vez concluida la consulta, causando retraso en el archivo de las mismas.

2.1.1 Estado actual del manejo de Archivo pasivo de Historias Clínicas

Según la normativa vigente del Ministerio de salud Manual del manejo, archivo de las Historias Clínicas de Octubre del 2007 estipula lo siguiente:

“La vida útil de la historia clínica será de 10 o 15 años, para el archivo activo 5 años y para el archivo pasivo 5 total 10 años”. Para lo cual en el 2014 se realizó la depuración de 1000 Historias Clínicas pasivas, cumpliendo el tiempo estimado por ley, con el fin de evitar una saturación y duplicación de numeración en el archivo, para lo cual se han reutilizado los mismos. Cabe señalar que este proceso fue realizado por una sola persona, a la cual le tomó alrededor de ocho meses, tiempo estimado que sirve como referencial permitiendo conocer el periodo que llevaría digitalizar las historias físicas existentes.

Para pacientes recurrentes se realiza la actualización de datos solo en el caso de que se haya cambiado de domicilio o cambio de número telefónico, mientras que, en el caso de un paciente que regrese a la unidad de salud posterior a los 10 años, deberá realizar una nueva ficha a cargo del personal de estadística.

Al momento se archivan las Historias Clínicas activas y pasivas en estanterías con una capacidad de 120 historias por división en una habitación con ventilación directa a la calle, no cuenta con las condiciones adecuadas debido a que está expuesto a la contaminación ambiental constante ocasionada por el smoke de vehículos que circulan diariamente y el cambio continuo de instalaciones, causales del pronto deterioro de las misma.

2.1.2 Estudio de la programación anual de actividades POA 2015

Tabla 3:

POA 2015 SCS Chillallo

Prioridad	Objetivo Estratégico Institucional (OEI)	Indicador de gestión del Objetivo	Meta de gestión del Objetivo	Tiempo previsto para alcanzar la meta (en meses)	Programación trimestral en % de la meta	Actividades claves	Microactividades
	por favor selecciones de esta lista los objetivos correspondientes a su proceso o subproceso	por favor selecciones de esta lista los indicadores correspondientes a los objetivos seleccionados	por favor conforme a los indicadores seleccionados defina cuanto de estas metas será logrado en este año de programación, tome en cuenta que la cantidad constante abajo corresponderá a 5 años de intervención				
1	Fomentar la promoción de la salud y prevención de enfermedades con principios de equidad, universalidad y solidaridad.	Porcentaje de la población que realiza actividad física más de 3.5 horas a la semana	Aumentar en 1 % el porcentaje de la población que realiza actividad física más de 3.5 horas a la semana.	12	25%	Elaboración de un programa de actividad física y recreacional enfocada a grupos de riesgo de acuerdo a ciclos de vida	Continuar con la actividad física del Club de HTA y Diabetes Taller de estilo de vida saludable
		Nº de Instituciones que participan del programa de Instituciones saludables	Un informe cuatrimestral de las actividades que se implementan y da las Instituciones que participan en el Programa en mención.	12	25%	Fortalecimiento y ampliación del programa de instituciones saludables (guarderías, escuelas, colegios, universidades, familia y comunidad)	Continuar con programa de escuelas promotoras Atención integral a los niños escolares de las escuelas fiscales del área de influencia (2do y 7mo de básica) y Guarderías

CONTINÚA



							Determinación del estado nutricional de la población escolar intervenida.
2	Garantizar la atención integral, familiar y comunitaria de la salud a la población más vulnerable y de alto riesgo, mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud	N.- de Unidades Operativas Licenciadas/total de Unidades Operativas	Alcanzar el 90 % de unidades Operativas Licenciadas	12	25%	Aplicación de las normas de licenciamiento de las Unidades Operativas del Área de Salud	Identificar los requerimientos para el licenciamiento del SCS Chillogallo
		%de implementación del Plan de funcionamiento de la red de servicios de salud pública y complementaria	80% del Plan de funcionamiento de la Red de Servicios de Salud Pública, implementada y evaluada	12	25%	Implementación y evaluación del Plan de funcionamiento de la red de servicios de salud pública y complementaria, incluidas unidades móviles (reuniones de concertación, prestaciones, normas y protocolos, tarifario, referencia y contra referencia, análisis de reglamentación. Implementación de la RED CONE, emergencias, cirugías y consultas especializadas y diagnóstico especializado.	Implementación y evaluación del plan
		%de implementación de la Red Coné , emergencias, cirugías, consultas especializadas y diagnóstico especializado	90% de la red Coné, Emergencias cirugías, consultas y diagnóstico especializados implementado				
		Informes de funcionamiento de la organización de los comités (actas, compromisos, resoluciones)	Un informe cuatrimestral del funcionamiento de los comités	12	25%	Organizar y activar el funcionamiento de los comités de apoyo a la gestión: farmacología, bioética, bioseguridad, riesgos, muerte materna, etc.	Comités funcionando
		Calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública	Aumentar en un 10% a la calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública.	12	25%	Organizar los procesos de atención en consulta externa y emergencia, para reducir colas y tiempos de espera.	1 sistema de citas implementado
		Calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública	Aumentar en un 10% a la calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública.	12	25%	Organizar los procesos de atención en consulta externa y emergencia, para reducir colas y tiempos de espera.	1 sistema de citas implementado



Calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública Nº de aportes a actualización de la sala situacional	Aumentar en un 10% a la calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública. Un informe semestral de los aportes a la sala situacional.	12	25%	Organizar los procesos de atención en consulta externa y emergencia, para reducir colas y tiempos de espera. Diseño e implementación de la Sala situacional en el Área de Salud: que incluya análisis de determinantes de la salud (educación, medio ambiente, condiciones socioeconómicas y culturales) Perfil epidemiológico, oferta y demanda de servicios, (red pública y complementaria)	1 sistema de citas implementado SALA SITUACIONAL actualizado e implementado en el 2010
Calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública Nº de aportes a actualización de la sala situacional % de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos	Aumentar en un 10% a la calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública. Un informe semestral de los aportes a la sala situacional. Aumentar el 20% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos	12	25%	Organizar los procesos de atención en consulta externa y emergencia, para reducir colas y tiempos de espera. Diseño e implementación de la Sala situacional en el Área de Salud: que incluya análisis de determinantes de la salud (educación, medio ambiente, condiciones socioeconómicas y culturales) Perfil epidemiológico, oferta y demanda de servicios, (red pública y complementaria) Monitorear y evaluar el incremento de la cobertura de prestaciones por ciclos de vida (atención de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos)	1 sistema de citas implementado SALA SITUACIONAL actualizado e implementado en el 2010 Incremento de las coberturas bajas por ciclos de vida en el 2010
% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos % de pacientes de consulta externa y emergencia con	Aumentar el 20% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos Aumentar el 20% de pacientes de consulta externa	12	25%	Monitorear y evaluar el incremento de la cobertura de prestaciones por ciclos de vida (atención de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos) Monitorear y evaluar el incremento de la cobertura de prestaciones por ciclos de vida	Incremento de las coberturas bajas por ciclos de vida en el 2010 Incremento de las coberturas bajas por ciclos de vida en el 2010 LMGYAI ejecutándose



tiempo de espera de hasta 30 minutos	y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos			(atención de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos)	Cumplir con las prestaciones de la LMGYAI
Porcentaje de cobertura y cumplimiento de las prestaciones de LMGYAI	100% de cobertura y cumplimiento de las prestaciones de la LMGYAI				
% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos	Aumentar el 20% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos	12	25%	Monitorear y evaluar el incremento de la cobertura de prestaciones por ciclos de vida (atención de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos)	Incremento de las coberturas bajas por ciclos de vida en el 2010
% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos	Aumentar el 20% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos			Monitorear y evaluar el incremento de la cobertura de prestaciones por ciclos de vida (atención de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos)	Incremento de las coberturas bajas por ciclos de vida en el 2010
Porcentaje de cobertura y cumplimiento de las prestaciones de LMGYAI	100% de cobertura y cumplimiento de las prestaciones de la LMGYAI			Cumplir con las prestaciones de la LMGYAI	LMGYAI ejecutándose
% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos	Aumentar el 20% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos			Monitorear y evaluar el incremento de la cobertura de prestaciones por ciclos de vida (atención de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos)	Incremento de las coberturas bajas por ciclos de vida en el 2010
Porcentaje de cobertura y cumplimiento de las prestaciones de LMGYAI	100% de cobertura y cumplimiento de las prestaciones de la LMGYAI			Cumplir con las prestaciones de la LMGYAI	LMGYAI ejecutándose
% de cumplimiento de la aplicación de normas protocolos guías, Historias Clínicas etc.	100% de cumplimiento de la aplicación de normas guías			Cumplimiento de normas protocolos guías y vigilancia de su aplicación a través de la auditoría de Historias Clínicas, análisis de casos, observación directa, entrevistas de salida, etc.	Normas y protocolos aplicados en el Área en el 2010



% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos % de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos Porcentaje de cobertura y cumplimiento de las prestaciones de LMGYAI	Aumentar el 20% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos Aumentar el 20% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos 100% de cobertura y cumplimiento de las prestaciones de la LMGYAI	12	25%	Monitorear y evaluar el incremento de la cobertura de prestaciones por ciclos de vida (atención de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos) Monitorear y evaluar el incremento de la cobertura de prestaciones por ciclos de vida (atención de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos) Cumplir con las prestaciones de la LMGYAI	Incremento de las coberturas bajas por ciclos de vida en el 2010 Incremento de las coberturas bajas por ciclos de vida en el 2010 LMGYAI ejecutándose	
% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos Porcentaje de cobertura y cumplimiento de las prestaciones de LMGYAI	Aumentar el 20% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos 100% de cobertura y cumplimiento de las prestaciones de la LMGYAI			Monitorear y evaluar el incremento de la cobertura de prestaciones por ciclos de vida (atención de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos) Cumplir con las prestaciones de la LMGYAI	Normas y protocolos aplicados en el Área en el 2010 Incremento de las coberturas bajas por ciclos de vida en el 2010 LMGYAI ejecutándose	
% de cumplimiento de la aplicación de normas protocolos guías, Historias Clínicas etc. % de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos Porcentaje de cobertura y cumplimiento de las prestaciones de LMGYAI	100% de cumplimiento de la aplicación de normas guías Aumentar el 20% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos			Cumplimiento de normas protocolos guías y vigilancia de su aplicación a través de la auditoría de Historias Clínicas, análisis de casos, observación directa, entrevistas de salida, etc. Monitorear y evaluar el incremento de la cobertura de prestaciones por ciclos de vida (atención de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos) Cumplir con las prestaciones de la LMGYAI	Normas y protocolos aplicados en el Área en el 2010	
				Cumplimiento de normas protocolos guías y vigilancia de su aplicación a través de la		



% de cumplimiento de la aplicación de normas protocolos guías, Historias Clínicas etc.	100% de cobertura y cumplimiento de las prestaciones de la LMGYAI 100% de cumplimiento de la aplicación de normas guías			auditoría de Historias Clínicas, análisis de casos, observación directa, entrevistas de salida, etc.	
% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos	Aumentar el 20% de pacientes de consulta externa y emergencia con tiempo de espera de hasta 30 minutos	12	25%	Monitorear y evaluar el incremento de la cobertura de prestaciones por ciclos de vida (atención de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos)	Incremento de las coberturas bajas por ciclos de vida en el 2010 LMGYAI ejecutándose
Porcentaje de cobertura y cumplimiento de las prestaciones de LMGYAI	100% de cobertura y cumplimiento de las prestaciones de la LMGYAI			Cumplir con las prestaciones de la LMGYAI	Normas y protocolos aplicados en el Área en el 2010
% de cumplimiento de la aplicación de normas protocolos guías, Historias Clínicas etc.	100% de cumplimiento de la aplicación de normas guías			Cumplimiento de normas protocolos guías y vigilancia de su aplicación a través de la auditoría de Historias Clínicas, análisis de casos, observación directa, entrevistas de salida, etc.	Registro del consumo de medicamentos intervención en vigilancia epidemiológica en VIH-SIDA en el 2010
% implementación del sistema de gestión de medicamentos Tasa de mortalidad por SIDA	100% implementado el sistema de gestión de medicamentos Reducir en un 5% la tasa de mortalidad por SIDA.			Cumplir con el sistema de gestión de medicamentos Plan de intervención en vigilancia epidemiológica para la notificación, control, monitoreo , investigación e implementación de normas y protocolos para SIDA	
% implementación del sistema de gestión de medicamentos	100% implementado el sistema de gestión de medicamentos	25	25%	Cumplir con el sistema de gestión de medicamentos	Registro del consumo de medicamentos
Tasa de mortalidad por SIDA	Reducir en un 5% la tasa de mortalidad por SIDA.			Plan de intervención en vigilancia epidemiológica para la notificación, control, monitoreo , investigación e	Intervención en vigilancia epidemiológica en VIH-SIDA en el 2010



% implementación del sistema de gestión de medicamentos	100% implementado el sistema de gestión de medicamentos			implementación de normas y protocolos para SIDA	Registro del consumo de medicamentos
				Cumplir con el sistema de gestión de medicamentos	
% implementación del sistema de gestión de medicamentos Tasa de mortalidad por SIDA % implementación del sistema de gestión de medicamentos Tasa de mortalidad por tuberculosis Tasa de mortalidad por neumonía o influenza	100% implementado el sistema de gestión de medicamentos Reducir en un 5% la tasa de mortalidad por SIDA. 100% implementado el sistema de gestión de medicamentos 90% de aplicación del plan Reducir en un 5% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza.	25 12	25%	Cumplir con el sistema de gestión de medicamentos Plan de intervención en vigilancia epidemiológica para la notificación, control, monitoreo , investigación e implementación de normas y protocolos para SIDA Cumplir con el sistema de gestión de medicamentos Intervención de vigilancia epidemiológica de Tb Plan de intervención en vigilancia epidemiológica para la notificación, control, monitoreo , investigación e implementación de normas y protocolos para neumonía o influenza	Registro del consumo de medicamentos intervención en vigilancia epidemiológica en VIH-SIDA en el 2010 Registro del consumo de medicamentos Notificación, control e implementación de protocolos par Tb intervención de VE en neumonía e influenza en el 2010
% implementación del sistema de gestión de medicamentos Tasa de mortalidad por SIDA % implementación del sistema de gestión de medicamentos Tasa de mortalidad por tuberculosis Tasa de mortalidad por neumonía o influenza Tasa de mortalidad por tuberculosis Tasa de mortalidad por neumonía o influenza % de aplicación de fichas familiares , plan líneas	100% implementado el sistema de gestión de medicamentos Reducir en un 5% la tasa de mortalidad por SIDA. 100% implementado el sistema de gestión de medicamentos 90% de aplicación del plan Reducir en un 5% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza. 90% de aplicación del plan Reducir en un 5% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza.	25	25%	Cumplir con el sistema de gestión de medicamentos Plan de intervención en vigilancia epidemiológica para la notificación, control, monitoreo , investigación e implementación de normas y protocolos para SIDA Cumplir con el sistema de gestión de medicamentos Intervención de vigilancia epidemiológica de Tb Plan de intervención en vigilancia epidemiológica para la notificación, control, monitoreo , investigación e implementación de normas y protocolos para neumonía o influenza Intervención de vigilancia epidemiológica de Tb Plan de intervención en vigilancia epidemiológica para la notificación, control, monitoreo , investigación e implementación de normas y protocolos para neumonía o influenza Aplicar plan, líneas programáticas normas y	Registro del consumo de medicamentos intervención en vigilancia epidemiológica en VIH-SIDA en el 2010 Registro del consumo de medicamentos Notificación, control e implementación de protocolos par Tb intervención de VE en neumonía e influenza en el 2010 Notificación, control e implementación de protocolos par Tb



programáticas normas y protocolos de atención integral al adolescente	90% de cumplimiento de la aplicación de fichas familiares, plan etc.			protocolos de salud de atención integral a adolescentes.	intervención de VE en neumonía e influenza en el 2010 Intervención para prevención de embarazo en adolescentes
Tasa de mortalidad por tuberculosis Tasa de mortalidad por neumonía o influenza % de aplicación de fichas familiares , plan líneas programáticas normas y protocolos de atención integral al adolescente Tasa de mortalidad por neumonía o influenza	90% de aplicación del plan Reducir en un 5% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza. 90% de cumplimiento de la aplicación de fichas familiares, plan etc. Reducir en un 5% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza.	12	25%	Intervención de vigilancia epidemiológica de Tb Plan de intervención en vigilancia epidemiológica para la notificación, control, monitoreo , investigación e implementación de normas y protocolos para neumonía o influenza Aplicar plan, líneas programáticas normas y protocolos de salud de atención integral a adolescentes. Plan de intervención en vigilancia epidemiológica para la notificación, control, monitoreo , investigación e implementación de normas y protocolos para neumonía o influenza	Notificación, control e implementación de protocolos par Tb intervención de VE en neumonía e influenza en el 2010 Intervención para prevención de embarazo en adolescentes intervención de VE en neumonía e influenza en el 2010
Tasa de mortalidad por tuberculosis Tasa de mortalidad por neumonía o influenza % de aplicación de fichas familiares , plan líneas programáticas normas y protocolos de atención integral al adolescente Tasa de mortalidad por neumonía o influenza Programa del pie derecho	90% de aplicación del plan Reducir en un 5% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza. 90% de cumplimiento de la aplicación de fichas familiares, plan etc. Reducir en un 5% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza.	12	25%	Intervención de vigilancia epidemiológica de Tb Plan de intervención en vigilancia epidemiológica para la notificación, control, monitoreo , investigación e implementación de normas y protocolos para neumonía o influenza Aplicar plan, líneas programáticas normas y protocolos de salud de atención integral a adolescentes. Plan de intervención en vigilancia epidemiológica para la notificación,	Notificación, control e implementación de protocolos par Tb intervención de VE en neumonía e influenza en el 2010 Intervención para prevención de embarazo en adolescentes intervención de VE en neumonía e influenza en el 2010



Discapacidades	100 % de cumplimiento del tamizaje 100 % de seguimiento			control, monitoreo , investigación e implementación de normas y protocolos para neumonía o influenza Tamizaje neonatal. Seguimiento de pacientes Misión Manuela Espejo y Gallegos Lara	Captación de neonatos Seguimiento y captación de pacientes
Programa del pie derecho Discapacidades Cobertura de parto institucional publico	100 % de cumplimiento del tamizaje 100 % de seguimiento Aumentar al 30 % del parto institucional publico	12	25%	Tamizaje neonatal Seguimiento de pacientes Misión Manuela Espejo y Gallegos Lara Mapeo de embarazadas, planificación familiar, aplicar plan, normas y protocolos de salud de la mujer embarazada	Captación de neonatos Seguimiento y captación de pacientes Atención de pacientes embarazadas
Programa del pie derecho Discapacidades Cobertura de parto institucional publico Discapacidades	100 % de cumplimiento del tamizaje 100 % de seguimiento Aumentar al 30 % del parto institucional publico 100 % de seguimiento	12	25%	Tamizaje neonatal Seguimiento de pacientes Misión Manuela Espejo y Gallegos Lara Mapeo de embarazadas, planificación familiar, aplicar plan, normas y protocolos de salud de la mujer embarazada Seguimiento de pacientes Misión Manuela Espejo y Gallegos Lara	Captación de neonatos Seguimiento y captación de pacientes Atención de pacientes embarazadas Seguimiento y captación de pacientes
Programa del pie derecho Discapacidades Cobertura de parto institucional publico Discapacidades violencia contra las mujeres en un 3% la física, 2% psicológica, 1% sexual N° de equipos de pronta respuesta conformados e	100 % de cumplimiento del tamizaje 100 % de seguimiento Aumentar al 30 % del parto institucional publico 100 % de seguimiento Reducir la violencia contra las mujeres en un 3% la física, 2% psicológica, 1% sexual	12	25%	Tamizaje neonatal Seguimiento de pacientes Misión Manuela Espejo y Gallegos Lara Mapeo de embarazadas, planificación familiar, aplicar plan, normas y protocolos de salud de la mujer embarazada Seguimiento de pacientes Misión Manuela Espejo y Gallegos Lara Promover la participación comunitaria y ciudadana en espacios de concertación	Captación de neonatos Seguimiento y captación de pacientes Atención de pacientes embarazadas Seguimiento y captación de pacientes Participación ciudadana fortalecida en el 2010 Actividades de respuesta oportuna en riesgos



informes de actividades intervenidas	Un informe semestral de los equipos conformados y actividades realizadas			local, asociada a los procesos de promoción, protección de la salud y veeduría y control social. Implementar programas de organización de respuestas oportunas y diferenciadas de gestión de riesgos, para disminuir la vulnerabilidad de la población ante diversas amenazas.	
violencia contra las mujeres en un 3% la física, 2% psicológica, 1% sexual N° de equipos de pronta expuesta conformados e informes de actividades intervenidas	Reducir la violencia contra las mujeres en un 3% la física, 2% psicológica, 1% sexual Un informe semestral de los equipos conformados y actividades realizadas	12	25%	Promover la participación comunitaria y ciudadana en espacios de concertación local, asociada a los procesos de promoción, protección de la salud y veeduría y control social.. Implementar programas de organización de respuestas oportunas y diferenciadas de gestión de riesgos, para disminuir la vulnerabilidad de la población ante diversas amenazas.	Participación ciudadana fortalecida en el 2010 Actividades de respuesta oportuna en riesgos
violencia contra las mujeres en un 3% la física, 2% psicológica, 1% sexual N° de equipos de pronta expuesta conformados e informes de actividades intervenidas	Reducir la violencia contra las mujeres en un 3% la física, 2% psicológica, 1% sexual Un informe semestral de los equipos conformados y actividades realizadas	12	25%	Promover la participación comunitaria y ciudadana en espacios de concertación local, asociada a los procesos de promoción, protección de la salud y veeduría y control social. Implementar programas de organización de respuestas oportunas y diferenciadas de gestión de riesgos, para disminuir la vulnerabilidad de la población ante diversas amenazas.	Participación ciudadana fortalecida en el 2010 Actividades de respuesta oportuna en riesgos
violencia contra las mujeres en un 3% la física, 2% psicológica, 1% sexual N° de equipos de pronta expuesta conformados e	Reducir la violencia contra las mujeres en un 3% la física, 2% psicológica, 1% sexual Un informe semestral de los equipos conformados y actividades realizadas	12	25%	Promover la participación comunitaria y ciudadana en espacios de concertación local, asociada a los procesos de promoción, protección de la salud y veeduría y control social. Implementar programas de organización de respuestas oportunas y diferenciadas	Participación ciudadana fortalecida en el 2010 Actividades de respuesta oportuna en riesgos



informes de actividades
intervenidas

de gestión de riesgos, para disminuir la
vulnerabilidad de la población ante
diversas amenazas.

3	Asegurar la calidad y calidez de los servicios de salud, incorporando la participación ciudadana en la planificación, provisión, gestión, veeduría y control en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.			
----------	--	--	--	--

Fuente: (Administrador Subcentro de Salud, 2015).

CONTINÚA



2.3 Descripción del procedimiento de Gestión de las Historias Clínicas

Para la apertura de la Historia Clínica Única (HCU) en cualquier casa de salud del MSP, se creará mediante la conformación de una carpeta y un conjunto de formularios a todo paciente que asista por primera vez a pedir atención de salud.

Como prioridad se brinda atención a personas de la tercera edad, discapacitadas, recién nacidos y mujeres embarazadas sin previo turno, ayudando así a un grupo vulnerable que requiere de cuidado especial.

2.3.1 Procedimientos relacionados a la apertura de la Historia Clínica en Subcentro de Salud Chillogallo.

De acuerdo a la normativa vigente del MSP es necesario aplicar el siguiente flujo de proceso:

- a. Se inicia en la Sección Admisión a donde llega el usuario y solicita la atención, para lo cual se requiere obtener los datos de identificación del mismo.
- b. A continuación se debe verificar en el tarjetero índice la existencia del usuario, caso contrario se procede a crear un nuevo registro.
- c. Al momento de consultar la información descrita se procede a:
 - i. Verificar de que los datos estén correctos y completos.
 - ii. Verificar la existencia de homónimos.
 - iii. Verificar que no exista duplicidad de registros.
- d. Luego de haber realizado las verificaciones necesarias, sí existen inconsistencias se procede a realizar la modificación del registro tanto en la tarjeta índice como en todos los formularios de la H.C.U

- e. De encontrar homónimos se procede a verificar otros datos como nombre de los padres, fecha de nacimiento, cédula de CIUDADANIA, etc, para comprobar que son dos usuarios diferentes.
- f. En el caso de duplicidad de registros se debe mantener el primer registro, y los duplicados se eliminan en base al informe emitido por el funcionario responsable.

Los datos requeridos para la creación de la historia clínica son:

- APELLIDO PATERNO: Registrar el apellido paterno del paciente
- APELLIDO MATERNO: Registrar el apellido materno del paciente
- NOMBRES: Registrar los nombres del paciente.
- NOMBRE DEL PADRE: Registrar el nombre del padre del paciente
- NOMBRE DE LA MADRE: Registrar el nombre de la madre del paciente
- FECHA DE NACIMIENTO: Registrar la fecha de nacimiento del paciente en el formato: año con cuatro dígitos, mes y día con dos dígitos.
- SEXO: Registrar el sexo del paciente a través de su descripción con las letras M para masculino y F para femenino.
- No. De Cédula de CIUDADANIA: Registrar los diez dígitos de cédula de CIUDADANIA del paciente.
- PROCEDENCIA: Registrar el lugar de procedencia del paciente.
- ESTADO: Anotar la actividad que se dedica.
- DATOS PRIMARIOS.- Número de Historia Clínica, Apellidos, Nombres, Nombre de los padres, sexo, estado.
- DATOS SECUNDARIOS.- No. de Cédula de CIUDADANIA, Procedencia, Fecha de Nacimiento.
- En caso fortuito, se registrarán los datos de la siguiente manera:
Apellidos: Nombres desconocidos ND
- NOMBRES: En recién nacido RN En otros casos N

De acuerdo al tipo de atención que brinda la unidad de salud se presentan los siguientes gráficos:

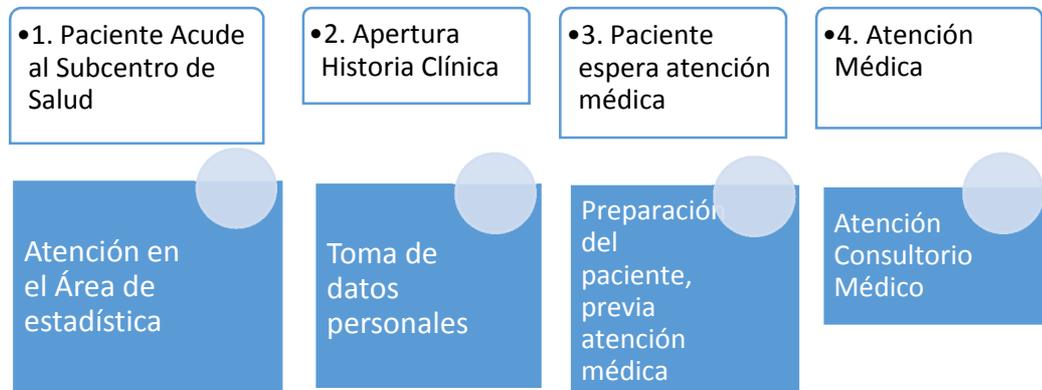


Figura 2: Paciente Nuevo o Paciente de Emergencia

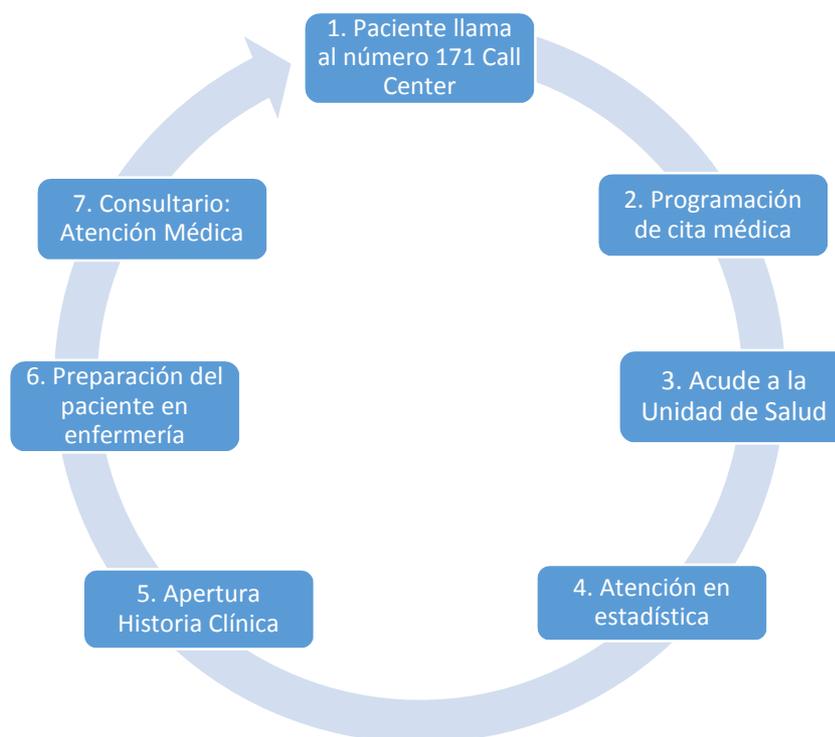


Figura 3: Paciente Nuevo de Call Center

Tabla 4:**Análisis FODA**

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo humano motivado para el cambio. • Servicios médicos adecuados. • Ubicación estratégica en el sector. • Disponibilidad de equipos de computación. • Personal capacitado en el área de computación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la atención desde su acceso, creación y manejo del historial médico - paciente. • Cambios en los formularios físicos por un sistema digital. • Contar con información actualizada en forma rápida y segura en el sistema de salud. • Optimizar el uso de recursos: mano de obra, insumos, tiempo.
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Poco personal para el área de estadística. • Tiempo de espera en la búsqueda y actualización de formularios de la historia clínica de acuerdo al tipo de atención que requiera paciente. • Falta de espacio físico para departamento de estadística. • Falta de conectividad y disponibilidad de equipos de computación e impresoras. • Falta de espacio físico para el archivo y almacenamiento de Historias Clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficientes recursos financieros. • Recorte de personal por falta de recursos económicos. • Aumento de la población y alta demanda en atención de salud.

CAPÍTULO III

DESARROLLO UN SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DIGITAL DEL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL SUBCENTRO DE SALUD CHILLOGALLO

3.1 Introducción

El sistema de Gestión Documental propuesto consiste en mejorar el manejo, ingreso, custodia y archivo de Historias Clínicas, utilizando el uso del programa Access versión 2007 del que disponen los equipos de la unidad de salud, siendo una herramienta que no incidirá en un gasto adicional, a diferencia de la adquisición de un software especializado; el uso del mismo permitirá el manejo, administración y gestión de la información contenida en una base de datos, ayudando a brindar seguridad, privacidad, integridad de la información de los pacientes de la unidad de salud con la interacción del sistema operativo.

Al mantener conexión en red constante que proporcione información de manera inmediata, cualquier modificación que el personal del centro de salud realice estará controlada por el Administrador quien es el encargado de centralizar todas estas tareas.

3.2 Procesamiento de la digitación de información

3.2.1 Planificación del desarrollo de la digitación

Para la planificación del proceso de digitación de información es importante estimar el tiempo y recursos humanos, tecnológicos e insumos y materiales que se requieren para la implementación y funcionamiento del sistema es necesario considerar:

- Para la instalación del software Access 2007 es necesario contar con computadores, los mismos deben contar con un disco con capacidad de 8 GB para soportar el peso de la base de datos: Procesador Core i7.

- Verificar la conexión continua de red y de internet. Tiempo estimado de verificación y adecuación si lo requiere es de dos días.
- Instalar el sistema digital. Tiempo estimado en cargar el sistema es de dos días.
- Disponibilidad de impresoras a láser permitiendo una impresión rápida, siendo de crucial importancia en el departamento de estadística y en el consultorio principal correspondiente al Líder de la unidad de salud, quien autorizará la impresión de las Historias Clínicas de acuerdo al requerimiento legal, o para la entrega de medicamentos a los pacientes, documentación que respaldará a una auditoría de control, o en caso emergente por falta de servicio eléctrico previa notificación, garantizado una atención eficiente al paciente.
- Sociabilización y capacitación al personal en el uso del sistema. Tiempo estimado es de cinco días, dos horas diarias.
- Realizar pruebas de conocimiento y manejo del sistema al personal.
- Realizar pruebas en forma aleatoria de ingresos de las Historias Clínicas para confirmar el correcto ingreso y archivo de las mismas. Tiempo estimado diez horas, es decir dos horas diarias por cinco días.
- Ejecutar pruebas en línea y estimar el tiempo-respuesta conectividad del sistema y del internet.
- Posterior a la implementación, estimar y visualizar la disminución de tiempo que lleva ingresar y crear Historias Clínicas en formato digital.

A continuación para la planificación de la implementación se propone el cronograma:

Tabla 5:**Cronograma para la digitación de Historias Clínicas**

NÚMERO DE HORAS	HISTORIAS ANTIGUAS	HISTORIAS NUEVAS
2 horas Diarias	Ingreso en orden de creación estimado 40 Historias Clínicas	Acorde se vayan creando las nuevas Historias Clínicas. Estimadas 40.
10 horas Semanales	Ingreso 400 Historias Clínicas	Ingreso de 400 historias nuevas creadas
40 horas mensuales	16000 historias ingresadas	16000 historias ingresadas

Tomando en cuenta que en el ingreso de Historias Clínicas antiguas se lo registrará únicamente los datos informativos-personales del paciente, en virtud de que tomaría una hora por historia clínica en realizar el ingreso de toda la información, en el caso de pacientes que reciben atención continua en el Subcentro de salud por varios años; ya que el objetivo principal con la implementación del sistema es mejorar el servicio de atención futura con respecto a la del presente.

3.2.2 Diseño del proceso

3.2.2.1 Establecimiento de recursos

- Para iniciar el proceso de digitación se requiere realizar una prueba interna que permita visualizar su funcionamiento como: efectividad es decir que el sistema refleje la misma información registrada en forma manual, seguridad del sistema de Gestión Documental digital; garantizar la custodia, fidelidad y manejo exclusivo por usuarios autorizados, adicional a los requerimientos ya mencionados anteriormente para un correcto funcionamiento, para lo cual el personal de estadística es quien se encargará de realizar el ingreso de las Historias Clínicas. El tiempo estimado es de diez días.

3.2.2.2 Tiempo y resultados

Actualmente el tiempo de llenado de un formulario a mano toma veinte minutos por paciente en el caso de que sea paciente nuevo hasta llenar todos los registros, indistintamente del tipo de atención que requiera. Adicional el tiempo que lleva realizar solamente la búsqueda de la historia en el archivo físico. El tiempo mínimo estimado es de quince minutos por paciente antiguo o recurrente que no recuerde o porte su tarjeta con el número de historia.

En comparación al manejo y llenado de las Historias Clínicas en el sistema digital ha tomado un tiempo estimado de cinco minutos por paciente, y con relación a la búsqueda de historias toma tan solo dos minutos en localizar la información deseada. Para la obtención de datos estadísticos de los pacientes, ha tomado un tiempo de cinco a diez minutos, clasificando ya se por grupos etáreos: clasificar la población por edades, sexo, por el tipo de atención requerido: medicina externa, obstetricia, odontología, vacunas. Dichos informes servirán también como parte de rendición de cuentas a nivel distrital y ministerial a la que pertenece.

Estas herramientas innovadoras no sólo prueban sino también permiten dar un giro grande en el manejo, uso del archivo, sino también optimizar recursos humanos, insumos y materiales. Facilitando enormemente el trabajo diario y colectivo de la unidad de salud.

3.3 Digitación puesta en marcha

La digitación en el sistema de Gestión Documental permite ingresar los datos en campos específicos, existen en algunas opciones predeterminadas que facilitan el llenado, manejo y optimizan el tiempo, toma cinco minutos por historia clínica desde su ingreso en el registro principal hasta el llenado de formularios varios de acuerdo a la atención que requiera.

3.4 Validación de la información digitada

Al realizar la validación se toman Historias Clínicas en forma aleatoria para comprobar que tanto la ficha física como la ficha digital refieran los mismo datos, asegurando que su funcionamiento sea correcto y conciso logrando así cumplir con su objetivo principal como es contar con datos relevantes precisos, en forma rápida y veraz de las fichas médicas.

3.5 Sistema de Gestión Documental

Una vez conocidos los elementos claves, para definir el inicio del ciclo de desarrollo y uso de técnicas para mejorar el manejo y archivo de las Historias Clínicas, el objetivo que se estima alcanzar con la implementación del sistema de Gestión Documental digital, es que el personal médico y de salud tengan acceso a información desde datos personales hasta los diagnósticos realizados a los pacientes de forma inmediata mediante el ingreso desde cualquier computador del Subcentro de Salud que cuente con conexión en red y que adicionalmente permita contar con una base de datos actualizados facilitando la información requerida.

3.5.1 Requerimientos para el sistema

- Procesador Core i7.
- Memoria de 8 GB.
- Disco duro de 1 Terabyte.

Para la creación de un sistema digital para el archivo de Historias Clínicas es importante conocer los casos de flujo como:

- Flujo de atención diaria de pacientes en el Subcentro de Salud.
- Disponibilidad de espacio físico para el archivo.
- Recursos humanos, materiales e insumos indispensables para el funcionamiento del servicio.

Estos parámetros sirven como puntos de partida para conocer los requerimientos en forma detallada y lograr adaptar las técnicas en el desarrollo del sistema de Gestión Documental, el cual brindará específicamente un manejo correcto, rápido y de fácil acceso a la información de la Unidad de Salud, a su vez que el servicio médico a la comunidad.

Con respecto al llenado de los campos del sistema de Gestión Documental es necesario cumplir con los siguientes requerimientos:

- Los datos deben ingresarse en forma ordenada: es decir de izquierda y derecha siguiendo la secuencia de datos como indica el formato, y ser completados en su totalidad.
- Al ingresar los datos es necesario escribir las primeras letras de las palabras en mayúsculas.
- Al ingresar datos de la cédula de identidad se podrá introducir números iniciando con el cero sin generar error.
- Para el ingreso de datos como provincia, parroquia, barrio, tipo de zona, nacionalidad, grupo étnico, género, estado civil, instrucción última, ocupación y tipo de seguro se deberá escoger entre las opciones predeterminadas que existen en la base datos, facilitando el ingreso de datos.
- Para el llenado del campo correspondiente a instrucción educativa y de ocupación, el paciente tendrá la opción de especificar los datos, no es necesario que coincida con la información que consta en la cédula de identidad.

3.5.2 Implementación del sistema digital para la creación de la Historia Clínica

Instalar la base de datos Access con los formatos, registros listos a ser llenados y almacenados en la misma. Este proceso toma una hora en llevarse a cabo, sin causar retrasos o inconvenientes en la atención, ya que se aplica en horas de poca concurrencia de pacientes.

Es primordial contar con el correcto funcionamiento de la red y disponibilidad la base de datos de todas las computadoras de los distintos consultorios.

El personal de la casa de salud cuenta con conocimientos básicos de computación, siendo más sencilla la sociabilización del manejo del sistema, en el sentido de que será más fácil la implementación y el manejo del sistema.

3.5.3 Actividades para la gestión y el archivo de las Historias Clínicas.

Una vez que entre en funcionamiento el sistema se requiere colocar las historias digitalizadas en otro estante con capacidad de 50 unidades por cada espacio para evitar la carga excesiva y pronto deterioro de las historias, e impedir confundir las Historias Clínicas con las que aún no son ingresadas y así para mantener control sobre las mismas, disminuyendo así del volumen de papelería y archivo físico; y generando ahorro de recursos: humanos, tiempo y materiales.

Para la asignación y control de la numeración a ser utilizada, es necesario contar con un archivo digital en el que se marque y controle las ya usadas y evitar duplicidad.

3.5.4 Formación de usuarios.

Como medidas de custodia y seguridad, brindando confidencialidad, autenticación e integridad en el manejo del sistema, es importante determinar un orden especial para el manejo del sistema digital de archivo y es el siguiente: Administrador, usuario primario, usuario secundario.

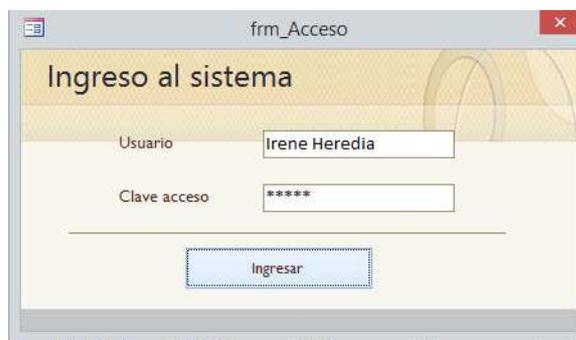


Figura 4: Ingreso al sistema

Fuente: (Access 2007, 2014)

Administrador: Profesional técnico quien se encarga de administrar, instalar, configurar, habilitar la red de ordenadores, determina que usuarios pueden acceder a ciertos programas, brindando medidas de custodia, seguridad y manejo. Quien cuenta con altos conocimientos de paquetes informáticos de office versión 2007, y por ende conoce el manejo del programa Access. Para el ingreso al sistema tienen acceso directo desde cualquier computador conectado en red con una clave única, como también puede realizar mantenimiento y soporte técnico.

Usuario primario: Realizar la apertura, el archivo y la habilitación de Historias Clínicas para que se pueda brindar la atención requerida al paciente.

Usuario secundario: Realiza el llenado de la ficha médica de la atención realizada como prescripción médica.

3.5.5 Socialización y capacitación del sistema de Gestión Documental para el personal del Subcentro de Salud.

Es necesaria la publicación del documento para socializar el manejo, funcionamiento, y beneficios que ofrece el sistema de Gestión Documental.

El personal que labora en el Subcentro de Salud requiere ser capacitados con respecto al correcto y acertado uso y manejo del sistema. Una de las ventajas con las

que cuenta el personal con sus conocimientos básicos de computación facilitando la actualización y pronto uso del sistema sin mayor complicación.

Estimando se realice una prueba al personal ayudando a organizar en grupos de acuerdo a los conocimientos, y quienes lideren los grupos podrían ser de apoyo para sus compañeros, para capacitar al personal se destinará una hora diaria dentro de su jornada de trabajo y en caso necesario instruir al personal en una jornada fuera del horario de trabajo.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- El Subcentro de Salud Chillogallo posee una alta demanda de pacientes, lo que genera un gran aumento de documentación y expedientes, dificultando brindar una atención oportuna. Por lo cual presenta deficiencias en su archivo con respecto al tiempo que conlleva el manejo del archivo, la creación y la búsqueda en forma manual de los expedientes. (Anexo tabla 6).
- Es factible la implementación del sistema digital en la unidad de salud ya que cuenta con los recursos requeridos como: equipos de computación, programas office versión 2007, internet, conexión en red, personal capacitado en Windows 2007, permitiendo la optimización de dichos recursos.
- Se concluye que la administración de la Gestión Documental alineada a la práctica de la normativa y el uso eficiente de los recursos es la alternativa precisa para alcanzar los objetivos de un servicio ágil y oportuno a los pacientes del Subcentro de Salud.

4.2 Recomendaciones

- Se recomienda la implementación de la propuesta del uso de la base datos Access versión 2007 con el llenado de formularios- campos específicos generados en dicha base para la unidad de salud ya que permitirá dar un gran aporte, no sólo en el manejo y archivo de las Historias Clínicas, sino también, en el avance de herramientas tecnológicas significativas en el campo de la atención médica mejorando el servicio que reciben los pacientes, traduciéndose en beneficios para la comunidad en general.
- Se recomienda que posterior a la revisión y de ser viable la implementación de la base de datos creada en el programa Access 2007, se considere que el

Subcentro de Salud Chillogallo forme parte de un plan piloto para una implementación del uso de la herramienta antes mencionada, para que a su vez se pueda replicar a las demás unidades de salud pertenecientes al Ministerio de Salud en un futuro, ya que los formularios establecidos cuentan con las mismas características para todas las unidades operativas.

- Se recomienda apoyar a la unidad de salud continúe con la gestión de modernización a través del uso herramienta creada para el efecto a través de la base de datos Access 2007 con el fin de economizar recursos y automatizar la atención.
- Implementar la digitación de Historias Clínicas físicas por parte del personal de Estadística en forma descendente para la actualización de fichas desde diciembre de 2014 hacia años anteriores, dedicando una hora diaria en momentos que no exista mucha afluencia de pacientes para no interrumpir la atención de los mismos.

Tabla 6:**Medición de tiempo estimado de atención por paciente en forma manual.**

FECHA	No. HC	NOMBRES	APER. DE HC	T. LLENADO	PCTE. CON FICHA	T. BUSQUEDA	OBSERVACION
17/04/2015	14	MACIAS ROSERO ALISON MICHELL	NO	NO	SI	13 minuto	No recuerda su número de HC, búsqueda en el tarjetero índice por nombre.
17/04/2015	682	ROLDAN SATAN NELLY DEL ROCIO	NO	NO	SI	10 minutos	Anexo de formatos para otro tipo de atención
17/04/2015	720	CRUZ COLCHA WILSON OSVALDO	NO	NO	SI	15minutos	No recuerda su número de HC, búsqueda en el tarjetero índice por nombre. Anexo de formato obstetricia
17/04/2015	802	MENSIAS FERNANDEZ KEVIN ALEXNDER	NO	NO	SI	15minutos	Anexo de formatos para otro tipo de atención
20/04/2015	17350	CALLE QUEZADA BEATRIZ UMBELINA	SI	5 minutos	NO	15 minutos	Llenado de formatos para la creación HC paciente nuevo
20/04/2015	17301	TIGSILEMA GARCIA NACISITA DE JESUS	NO	NO	SI	20 minutos	Dificulta con la búsqueda por no estar archivada correctamente
20/04/2015	900	YANEZ CHIRIBOGA ALEX FERNANDO	NO	NO	SI	20 minutos	Dificulta con la búsqueda por no estar archivada correctamente

CONTINÚA



20/04/2015	1102	CALDERON HINOJOSA JANETH VIVIANA	NO	NO	SI	10 minutos	Anexo de formatos para otro tipo de atención
22/04/2015	1152	IMBA MOSQUERA VALERIA ANAHI	SI	SI	NO	15 minutos	Número reutilizado. Llenado de formatos para la creación HC paciente nuevo y entrega de carnet de identificación
22/04/2015	1192	SARANGO SUAREZ ANGEL JOSUE	SI	SI	NO	15 minutos	Número reutilizado. Llenado de formatos para la creación HC paciente nuevo y entrega de carnet de identificación
22/04/2015	1214	VELASTEGUI ARTO ALISON KARINA	NO	NO	SI	8 minutos	Anexo de formatos para otro tipo de atención
22/04/2015	1304	SANTANDER ATI CRISTOPHER ADRIAN	SI	SI	NO	15 minutos	Número reutilizado. Llenado de formatos para la creación HC paciente nuevo y entrega de carnet de identificación
23/04/2015	1380	MANCHENO BARRERA BRITHANY MICKAELA	NO	NO	SI	8 minutos	Anexo de formatos para otro tipo de atención
24/04/2015	1410	PAREDES ZURITA WIDINSON DANIEL	NO	NO	SI	14 minutos	Dificulta con la búsqueda por no estar archivada correctamente
25/04/2015	1599	PRECIADO CHILA CENAIDA PATRICIA	SI	SI	NO	15 minutos	Número reutilizado. Llenado de formatos para la creación HC

CONTINÚA



								paciente nuevo y entrega de carnet de identificación
25/04/2015	1938	TORRES ACURIO KELLY CAROLINA	NO	NO	SI	8 minutos	Anexo de formatos para otro tipo de atención	
25/04/2015	2016	VALENCIA LOPEZ HENRY	NO	NO	SI	8 minutos	Dificulta con la búsqueda por no estar archivada correctamente	
25/04/2015	2118	ITURRALDE LLUMIQUINGA VANESSA	NO	NO	SI	15 minutos	No recuerda su número de HC, búsqueda en el tarjetero índice por nombre. Anexo de formato obstetricia	
25/04/2015	2136	LOPEZ HERRERA ROSA ALEXANDRA	NO	NO	SI	15 minuto	No recuerda su número de HC, búsqueda en el tarjetero índice por nombre.	
26/04/2015	2168	PACHECO JACOME GEOVANNA JIMENA	NO	NO	SI	8 minutos	Anexo de formatos para otro tipo de atención	
26/04/2015	8	GOMEZ MORA CHARLES	NO	NO	SI	14 minutos	Dificulta con la búsqueda por no estar archivada correctamente	
26/04/2015	28	BARRERA CHINCHE ANTONY SEBASTIAN	SI	SI	NO	15 minutos	Número reutilizado. Llenado de formatos para la creación HC paciente nuevo y entrega de carnet de identificación	

CONTINÚA



26/04/2015	64	CAGUA RAMIREZ CECILIA ORALIA	NO	NO	SI	8 minutos	Anexo de formatos para otro tipo de atención
27/04/2015	99	GONZALEZ CACHAGO FANNY LILIANA	NO	NO	SI	15 minuto	No recuerda su número de HC, búsqueda en el tarjetero índice por nombre.
27/04/2015	152	ALARCON CHIMBO MILENA JAMILE	SI	SI	NO	15 minutos	Número reutilizado. Llenado de formatos para la creación HC paciente nuevo y entrega de carnet de identificación
27/04/2015	204	RIVERA ANANGONO MARTHA MARÍA	NO	NO	SI	15 minuto	No recuerda su número de HC, búsqueda en el tarjetero índice por nombre.
28/04/2015	351	SIMBANO AMENDAÑO VERONICA JEANETH	NO	NO	SI	8 minutos	Anexo de formatos para otro tipo de atención
28/04/2015	500	LITUMA ZHUNIA TERESA JEDUS	NO	NO	SI	8 minutos	Anexo de formatos para otro tipo de atención
28/04/2015	2710	MENDEZ QUIYUPANGUI MELANY DAYANA	SI	SI	NO	15 minutos	Número reutilizado. Llenado de formatos para la creación HC paciente nuevo y entrega de carnet de identificación

CONTINÚA



GLOSARIO DE TÉRMINOS

1. Siglas/Abreviaturas

SCS:	Subcentro de Salud Chillogallo.
HTA:	Hipertensión Arterial.
BCG:	Bacilo Colmete Garnin.
SRP:	Sarampión.
DOC:	Detección Oportuna de cáncer de mamas.
DOC (Pap):	Detección Oportuna de cáncer de cérvix.
PCT:	Manejo de Programa Contra la Tuberculosis.
BAAR:	Bacilos Acido Alcohólico Resistente.
VIH/SIDA:	Consejería en Virus de Inmunodeficiencias Humana.
ITS:	Infecciones de Trasmisión Sexual.
HCU:	Historia Clínica Única.
MSP:	Ministerio de Salud Pública.
LMGYAI:	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

2. SIGNIFICADO DE TÉRMINOS

- **ADMINISIONISTA:** Persona quien está encargada de la atención e información al paciente, creación, manejo y archivo.
- **ADMINISTRADOR:** Es la persona quien administra el hardware y software, brinda mantenimiento, monitorio de funcionalidad.
- **AGENDAMIENTO:** Acción de anotar, coordinar citas médicas previas de manera oportuna y efectiva.

- **ARCHIVO ACTIVO:** Es un archivo permanente donde se conservan las Historias Clínicas en forma ordenada y accesible que se mantiene en un lapso de tiempo de conservación que permita el uso y consulta frecuente.
- **ARCHIVO PASIVO:** Es un archivo permanente ordenado donde se conservan las Historias Clínicas de pacientes que no han acudido al establecimiento de salud durante un periodo determinado.
- **ASTENIA:** Estado de debilidad, tanto físico como muscular, que padece un individuo y que se caracteriza especialmente por la falta de energía y la pérdida de entusiasmo. www.definicionabc.com › Salud
- **DEPURACION:** Es el proceso de separación física permanente de los formularios y otros documentos que contiene la historia clínica según el tiempo y estado de actividad o pasividad.
- **DIGITALIZAR:** consiste en digitar información en un programa específico.
- **DISMOVILIDAD:** Es el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades diarias por el deterioro de funciones motoras. <https://es.scribd.com/doc/118405730/sindorme-de-dismovilidad>
- **ETÁREOS:** El concepto se refiere a los grupos de edad en que se divide la población, un ejemplo es el grupo de 0 a 1 año, luego el de 1 a 5, y de aquí los grupos se dividen en subgrupos cada cinco años hasta los 65 años, luego de se hace un grupo de 65 años y más. <https://espanol.answers.yahoo.com/question/index?qid=20070917100038AA0wVwd>
- **EXTRAMURAL:** actividades a realizar fuera de la unidad de salud como: visitas domiciliarias, capacitación informativa en unidades educativas.

- **MORBILIDAD:** es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.
<http://www.definicionabc.com/salud/morbilidad.php>
- **NORMATIVA:** Conjunto de normas por las que se regula o se rige determinada materia o actividad. es.thefreedictionary.com/normativa
- **PATOLOGÍA:** es aquella enfermedad o dolencia que padece una persona en un momento determinado, patología es parte de la medicina que se ocupa del estudio de enfermedades y del conjunto de sus síntomas.
www.definicionabc.com › Salud
- **TAMIZAJE NEONATAL:** Es un estudio que **identifica** a los recién nacidos con alteraciones del metabolismo. El objetivo del tamiz neonatal es detectar la existencia de una enfermedad o **deficiencia congénita**, antes de que ésta se manifieste, para la detección y tratamiento oportuno e integral.
<http://www.salud180.com/maternidad-e-infancia/tamiz-neonatal-permite-dignostico-temprano>.
- **USUARIO PRIMARIO:** personal autorizado (adminisionista o estadístico) para la apertura, manejo, creación y archivo.
- **USUARIO SECUNDARIO:** se refiere al personal médico y de enfermería cada uno con clave quienes podrán tener acceso para consultar su historial, añadir prescripción médica de la atención realizada.

BIBLIOGRAFÍA:

Access 2007. (2014). Sistema digital de archivos de Historias Clínicas. Quito, Pichincha, Ecuador.

Administrador Subcentro de Salud, .. (2015). Archivo principal, Chillogallo. Quito, Ecuador.

Arias, C. (2012). *Síndrome de dismovilidad*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/118405730/sindorme-de-dismovilidad>

Definición abc, .. (s.f.). *Definición abc, tu diccionario hecho fácil*. Obtenido de www.definicionabc.com

Farlex. (s.f.). *The free dictionary*. Obtenido de es.thefreedictionary.com/normativa

Larousse. (2007). *Diccionario Manual de la Lengua Española*. Larousse.

Ministerio de Salud Pública, .. (s.f.). *Manual del manejo, Archivo de las Historias clínicas*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20DE%20MA>

Salud 180, .. (s.f.). *Salud 180, El estilo de vida saludable*. Obtenido de <http://www.salud180.com/maternidad-e-infancia/tamiz-neonatal-permite-dignostico-temprano>.

Subcentro de Salud Chillogallo. (2015). *Rendición de cuentas año 2015*. Quito.

Subcentro de Salud Chillogallo, .. (2014). Rendición de cuentas Subcentro de Salud Chillogallo,.

Subcentro de Salud Chillogallo, .. (2015). POA 2015, Diagnostico Situacional.

Yahoo respuestas, .. (s.f.). *Conceptos*. Obtenido de <https://espanol.answers.yahoo.com/question/index?qid=20070917100038AA0wVwd>