



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**Evaluación de la calidad de las Historias Clínicas del área de
Terapia Intensiva de adultos y su impacto en el costo del Hospital
Clínica San Francisco.**

AUTORA:

Md. Martha Vanessa Chávez García

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTORA:

Econ. Laura Zambrano Chumo, Mgs.

**Guayaquil, Ecuador
2020**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Md. Martha Vanessa Chávez García**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Econ. Laura Zambrano Chumo, Mgs.

REVISORA

Ing. Elsie Zerda Barreno, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza, Ph. D.

Guayaquil, a los 03 días del mes de agosto del año 2020



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Martha Vanessa Chávez García**

DECLARO QUE:

El proyecto de investigación **Evaluación de la calidad de las Historias Clínicas del área de Terapia Intensiva de adultos y su impacto en el costo del Hospital Clínica San Francisco** previa a la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 03 días del mes de agosto del año 2020

LA AUTORA

Martha Vanessa Chávez García



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Martha Vanessa Chávez García

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Evaluación de la calidad de las Historias Clínicas del área de Terapia Intensiva de adultos y su impacto en el costo del Hospital Clínica San Francisco**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 03 días del mes de agosto del año 2020

LA AUTORA:

Martha Vanessa Chávez García



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Informe de Urkund

URKUND

Lista de fuentes Bloques

Documento [Tesis Martha Urkund.doc](#) (D75739452)

Presentado 2020-06-28 11:59 (-05:00)

Presentado por dramarthachavez14@hotmail.com

Recibido maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje TESIS MARTHA VANESSA CHAVEZ GARCIA [Mostrar el mensaje completo](#)

1% de estas 41 páginas, se componen de texto presente en 2 fuentes.

+	Categoría	Enlace/nombre de archivo	
+		Tesis Alvarez 17 mar 2020 (2).pdf	<input checked="" type="checkbox"/>
+		Tesis Valdiviezo Urkund.docx	<input checked="" type="checkbox"/>
+	Fuentes alternativas		
+	Fuentes no usadas		

0 Advertencias.
Reiniciar
Exportar
Compartir

99% #1 Activo

Introducción

La historia clínica es la información de las personas que acuden a los hospitales o establecimientos sanitarios, esta información se encuentra orientada al entorno de la salud y a los datos personales del paciente. La historia clínica debe tener una estructura única y de tipo integral, la misma que debe de ser acumulativa. Esta herramienta permite darles un seguimiento adecuado a los pacientes, a su vez permite evaluar un antes y después sobre las condiciones de los mismos. Además, se considera que la historia clínica es un componente muy importante que integra las actividades sanitarias, puesto que su intervención permite que todo el personal médico que atiende a un paciente tenga conocimiento del estado en el que acude al hospital para cumplir con una consulta (Castro y Gámez, 2018).

Dentro de la información que se registra en una historia clínica, están las siguientes: el nombre del paciente, su fecha de nacimiento, su tipo de sangre, contacto de emergencia, fechas en base al último examen realizado, afecciones más importantes, intervenciones quirúrgicas, medicinas que ingiere, alergia, enfermedades crónicas, antecedentes familiares en base a la salud, entre otros aspectos (Medline Plus, 2018b).

La historia clínica electrónica puede definirse al igual que la historia clínica tradicional como esa herramienta hospitalaria en donde se registran datos importantes con respecto a las condiciones médicas de los pacientes. La diferencia que existe entre ellas dos, es que el funcionamiento de la historia clínica electrónica es moderno y se orienta al contexto digital, debido a que todo registro es guardado o subido a un software o aplicación, donde los servidores permiten que se pueda procesar la información de una forma rápida, segura, rápida, como eficiente. El beneficio de esta herramienta es que todos los datos

99% Archivo de registro Urkund: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / Tesis Martha Chávez U... 99%

Introducción

La historia clínica es la información de las personas que acuden a los hospitales o establecimientos sanitarios, esta información se encuentra orientada al entorno de la salud y a los datos personales del paciente. La historia clínica debe tener una estructura única y de tipo integral, la misma que debe de ser acumulativa. Esta herramienta permite darles un seguimiento adecuado a los pacientes, a su vez permite evaluar un antes y después sobre las condiciones de los mismos. Además, se considera que la historia clínica es un componente muy importante que integra las actividades sanitarias, puesto que su intervención permite que todo el personal médico que atiende a un paciente tenga conocimiento del estado en el que acude al hospital para cumplir con una consulta (Castro y Gámez, 2018).

Dentro de la información que se registra en una historia clínica, están las siguientes: el nombre del paciente, su fecha de nacimiento, su tipo de sangre, contacto de emergencia, fechas en base al último examen realizado, afecciones más importantes, intervenciones quirúrgicas, medicinas que ingiere, alergia, enfermedades crónicas, antecedentes familiares en base a la salud, entre otros aspectos (Medline Plus, 2018b).

La historia clínica electrónica puede definirse al igual que la historia clínica tradicional como esa herramienta hospitalaria en donde se registran datos importantes con respecto a las condiciones médicas de los pacientes. La diferencia que existe entre ellas dos, es que el funcionamiento de la historia clínica electrónica es moderno y se orienta al contexto digital, debido a que todo registro es guardado o subido a un software o aplicación, donde los servidores permiten que se pueda procesar la información de una forma rápida, segura, rápida, como eficiente. El beneficio de esta herramienta es que todos los datos

Agradecimiento

En primer lugar, a Dios por seguir en mi camino, guiándome espiritualmente a conseguir un logro más. A mi familia, quienes son la parte fundamental en mi vida, ayudándome y dándome aliento y fuerzas para continuar con mi trabajo de investigación. A mis sobrinos quienes me han permitido demostrarle que nunca se deja de aprender. A mi hermana que me acompaña siempre y me ha brindado su gran amistad, no solo como hermana, sino como amiga. A mi mejor amiga que es mi hermana y está conmigo siempre, dándome su apoyo incondicional.

A mis maestros, que con sus conocimientos impartidos en clases han logrado calar en mí, dando las guías necesarias para continuar en este proceso para obtener mi maestría. A mis colegas y amigos de clases han hecho que el aula de clases, no sea un ambiente pedagógico, sino un ambiente de camaradería.

Martha Vanessa Chávez García

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia, quienes me han acompañado en este camino de aprendizaje, que están en todo momento conmigo, dando ánimos y fuerzas para seguir en el estudio e investigación. Quiero dedicar esto en especial a mi mamá, ella ha sido, es y será la persona que me ha aconsejado siempre, en que debo prepararme profesional y personalmente.

Martha Vanessa Chávez García

Índice General

Introducción	1
Antecedentes	3
Planteamiento de la Investigación.....	5
Formulación del Problema	11
Justificación.....	11
Preguntas de Investigación.....	12
Objetivo General	12
Objetivos Específicos.....	13
Capítulo I.....	14
Marco Teórico.....	14
Calidad en las Instituciones de Salud.....	14
Análisis de Costos Hospitalarios.....	18
Historia Clínica	22
Historia clínica electrónica.....	24
Sistemas de Información en Salud	25
Método Clínico.....	27
Gestión Hospitalaria.....	32
Administración de los Servicios de Salud.....	34
Marco Conceptual	35
Capítulo II	42
Marco Referencial.....	42
Estudios Referenciales	42
Sistema de Salud – Red Complementaria	51
Marco Legal	52
Situación Actual del Hospital Clínica San Francisco	54
Servicios.....	54
Misión	55
Visión	55
Terapia Intensiva.....	55
Tecnología.....	56

Capítulo III.....	57
Marco Metodológico.....	57
Enfoque de Investigación.....	57
Alcance de la Investigación	57
Tipo de Estudio	58
Técnicas de Recopilación de la Información e Instrumentos.....	59
Muestra.....	60
Variables de la Investigación	62
Operacionalización de las Variables	62
Análisis de Resultados Historias Clínicas.....	63
Análisis general de resultados de historias clínicas	69
Resultados de la Encuesta	73
Análisis de Resultados de Encuesta	78
Análisis de Resultados de la Entrevista	79
Capítulo IV.....	83
Propuesta.....	83
Objetivos	83
Beneficiarios	83
Justificación.....	84
Descripción de Actividades.....	84
Mejoramiento del sistema	84
Incremento de velocidad de Internet	87
Capacitación.....	87
Recursos	89
Calendario	90
Lineamientos de Evaluación	90
Conclusiones	91
Recomendaciones.....	94
Referencias.....	95
Apéndices.....	108
Apéndice A. Test Historias Clínicas	108
Apéndice B. Encuesta	109
Apéndice C. Entrevista.....	111

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Operacionalización de las variables</i>	63
Tabla 2. <i>Costos perdidos por área</i>	80
Tabla 3. <i>Cantidad de pacientes que se pierde diariamente</i>	80
Tabla 4. <i>Costo total</i>	81
Tabla 5. <i>Características de Winfenix</i>	86
Tabla 6. <i>Resultados esperados</i>	86
Tabla 7. <i>Temas de capacitación sobre Winfenix</i>	89
Tabla 8. <i>Presupuesto</i>	90
Tabla 9. <i>Calendario de actividades</i>	90
Tabla 10. <i>Instrumento</i>	108

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Ubicación Hospital Clínica San Francisco.....	55
<i>Figura 2.</i> Fecha y hora de la atención.....	63
<i>Figura 3.</i> Pulcritud y legibilidad.....	64
<i>Figura 4.</i> Anamnesis adecuada con antecedentes.....	65
<i>Figura 5.</i> Signos vitales	65
<i>Figura 6.</i> Examen físico.....	66
<i>Figura 7.</i> Diagnóstico	66
<i>Figura 8.</i> Plan de trabajo.....	67
<i>Figura 9.</i> Exámenes auxiliares.....	67
<i>Figura 10.</i> Tratamiento completo	68
<i>Figura 11.</i> Firma y sello del médico tratante.....	69
<i>Figura 12.</i> Software de la Clínica San Francisco	73
<i>Figura 13.</i> Herramienta de mejora.....	73
<i>Figura 14.</i> Aspectos de registro	74
<i>Figura 15.</i> Legibilidad de registro	75
<i>Figura 16.</i> Registro de Diagnóstico	75
<i>Figura 17.</i> Registro de Plan de Trabajo.....	76
<i>Figura 18.</i> Registro de Tratamiento.....	77
<i>Figura 19.</i> Influencia de la calidad	77

Resumen

La historia clínica es un documento que permite otorgar un seguimiento adecuado a los pacientes, esto con la finalidad de revisar la evolución de los mismos. Un mal registro puede conllevar a confusiones en la atención y mayores costos hospitalarios. El objetivo general de la presente investigación fue evaluar la calidad de las historias clínicas del área de terapia intensiva de adultos y el impacto que representa en el costo del Hospital Clínica San Francisco, con el propósito de diseñar planes de mejora para optimizar el registro de historias clínicas de la institución. La metodología utilizada mantuvo un enfoque mixto con método inductivo. El alcance fue de tipo descriptivo, con un diseño no experimental de corte transversal. Las técnicas utilizadas fueron la observación directa, la entrevista y la encuesta. Mediante un análisis de 275 registros electrónicos, se evidenciaron problemas con la anamnesis, diagnóstico, plan de trabajo y tratamiento completo. Por otra parte, se identificó ciertas falencias derivadas del software que actualmente utiliza la clínica incluye la importancia que mantiene el registro completo de las historias clínicas. Se propuso una actualización del sistema con una inversión de \$ 80 000, para lo cual se incluyó la compra de equipos, plan de internet y capacitaciones al personal. El ahorro mensual de aplicar la estrategia será de \$ 644 000 y anual de \$ 7 728 000. Se concluye que la calidad de las historias clínicas es baja y que el impacto en los costos hospitalarios es alto.

Palabras clave: Calidad, historia clínica, gestión hospitalaria, tecnologías de la información, costos.

Abstract

The clinical history is a document that allows adequate follow-up to be provided to patients, this in order to review their evolution. Poor registration can lead to confusion in care and higher hospital costs. The general objective of the present investigation was to evaluate the quality of the clinical records of the intensive care area for adults and the impact it represents on the cost of the Hospital Clínica San Francisco, in order to design improvement plans to optimize the registration of histories. institution clinics. The methodology used maintained a mixed approach with an inductive method. The scope was descriptive, with a non-experimental cross-sectional design. The techniques used were direct observation, interview and survey. An analysis of 275 electronic records revealed problems with the anamnesis, diagnosis, work plan and complete treatment. On the other hand, certain shortcomings derived from the software currently used by the clinic were identified, including the importance of maintaining the complete record of medical records. An upgrade of the system was proposed with an investment of \$ 80,000, for which the purchase of equipment, internet plan and training for staff were included. The monthly savings of applying the strategy will be \$ 644,000 and the annual savings of \$ 7,728,000. It is concluded that the quality of the medical records is low and that the impact on hospital costs is high.

Keywords: Quality, clinical history, hospital management, information technology, costs.

Introducción

La historia clínica es la información de las personas que acuden a los hospitales o establecimientos sanitarios, esta información se encuentra orientada al entorno de la salud y a los datos personales del paciente. La historia clínica debe tener una estructura única y de tipo integral, la misma que debe de ser acumulativa. Esta herramienta permite darles un seguimiento adecuado a los pacientes, a su vez permite evaluar un antes y después sobre las condiciones de los mismos. Además, se considera que la historia clínica es un componente muy importante que integra las actividades sanitarias, puesto que su intervención permite que todo el personal médico que atiende a un paciente tenga conocimiento del estado en el que acude al hospital para cumplir con una consulta (Castro y Gámez, 2018).

Dentro de la información que se registra en una historia clínica, están las siguientes: el nombre del paciente, su fecha de nacimiento, su tipo de sangre, contacto de emergencia, fechas en base al último examen realizado, afecciones más importantes, intervenciones quirúrgicas, medicinas que ingiere, alergia, enfermedades crónicas, antecedentes familiares en base a la salud, entre otros aspectos (Medline Plus, 2018b).

La historia clínica electrónica puede definirse al igual que la historia clínica tradicional como esa herramienta hospitalaria en donde se registran datos importantes con respecto a las condiciones médicas de los pacientes. La diferencia que existe entre ellas dos, es que el funcionamiento de la historia clínica electrónica es moderno y se orienta al contexto digital, debido a que todo registro es guardado o subido a un software o aplicación, donde los servidores permiten que se pueda procesar la información de una forma adecuada, correcta, rápida,

segura y eficiente. El beneficio de esta herramienta es que todos los datos se encuentran guardados en línea, por lo que se puede contar con ellos en todo momento (Minota y Cardona, 2016).

Sin embargo, se ha podido detectar varios problemas en el uso del historial clínico electrónico, lo que impide que se brinde un correcto seguimiento de los tratamientos requeridos por los pacientes; además, esto ha generado que el personal del área intensiva incurra en errores o eventos adversos como proporcionar al paciente doble medicación, omitir aplicación de medicamentos necesarios, así como no registrar las observaciones del estado del paciente y lo que se haya aplicado durante su turno, lo que ocasionado un aumento de costos hospitalarios que no pueden ser cobrados a las aseguradoras puesto que no existe la evidencia médico-jurídica necesaria para que dichas entidades cubran dichos valores.

Debido a la importancia que tiene la historia clínica electrónica y su incidencia en los costos dentro de las áreas de cuidados críticos, se plantea como objetivo general evaluar la calidad de las historias clínicas del área de terapia intensiva de adultos y el impacto que representa en el costo del Hospital Clínica San Francisco, con el propósito de diseñar planes de mejora para optimizar el registro de historias clínicas de la institución.

En el capítulo uno se presenta el marco teórico con los principales conceptos, tales como los sistemas de información en salud, historia clínica, historia clínica electrónica, calidad en la salud, método clínico, análisis de costos hospitalarios y un marco conceptual.

En el capítulo dos se realiza una revisión de trabajos referenciales internacionales y nacionales; de igual forma se presenta la situación actual del

Hospital Clínica San Francisco y finalmente un marco legal con las principales leyes y normativas referentes al tema de estudio.

En el capítulo tres se desarrolla la metodología de la investigación, en donde se establece el enfoque, alcance, tipo y método de estudio. Asimismo, se presentan los instrumentos utilizados, junto a la operacionalización de las variables. Finalmente, se presentan los resultados del trabajo.

En el capítulo cuatro se da paso a la elaboración de la propuesta, en donde se muestra un plan de mejoras que ayude a optimizar el registro de historias clínicas dentro de la institución objeto de estudio. A continuación, se presentan los antecedentes de la investigación.

Antecedentes

En las investigaciones realizadas por el Hospital Español de Mendoza (2014) mencionó el origen de las historias clínicas, cuenta que las de mayor antigüedad se encuentran registradas en libros de las epidemias del Corpus Hippocraticum. Uno de los precursores de la historia clínica fue Hipócrates, el mismo diseñó esta herramienta fundamental dentro del medio sanitario entre los años 460-377 a.C., este personaje estructuró la historia clínica en base a la siguiente información: descripción de la persona, descripción de la afección y como última sección tenía la curación o muerte.

Es importante que exista un proceso de evaluación de costos dentro de los hospitales, ya que el comportamiento económico y financiero ha obligado a que los hospitales se comporten y actúen de una manera diferente para tratar de conseguir la eficiencia de los servicios, uno de los problemas es el incremento del gasto en la salud pública y el crecimiento de la curva de la demanda de los hospitales. Estos inconvenientes impiden que se genere un servicio eficaz,

eficiente y de calidad, obligando a que exista una evolución de la concepción de la información de costos que se genera dentro de los hospitales. La actividad analítica acerca de los costos beneficia a la gestión de un hospital, puesto que su intervención ayuda a que la dirección pueda tomar las decisiones más adecuadas. Cuando se realiza un proceso de análisis se tiene la probabilidad de conocer el costo y la productividad de los servicios que se están brindando dentro de la institución sanitaria, además permite señalar cada una de las áreas que son ineficientes económicamente por la gestión del hospital (Santamaría et al., 2015).

Dentro del entorno de la salud y de los sistemas hospitalarios existe el mercado sanitario de la medicina intensiva, esta se creó para que se especialice en pacientes que sufren una enfermedad de alto grado de dificultad y severidad, que incrementa las probabilidades de morir de las personas y que por lo tanto no hace fácil la fase de recuperación de la misma. La terapia intensiva no es más que la implementación y desarrollo de varios procedimientos terapéuticos modernos, donde los doctores y médicos intervienen mediante el uso de estos procedimientos cuando la vida de las personas refleja una alta peligrosidad. Con esto se procede a sustituir temporalmente las funciones orgánicas que han sido alteradas o suprimidas, sin dejar a un lado el cuidado o tratamiento simultáneo de la afección principal, los procedimientos que son seguidos en terapia intensiva buscan mejorar la calidad de vida de la persona a largo plazo (Vera, 2015).

Para encargarse de los pacientes críticos los hospitales cuentan con Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), las cuales se las considera como unidades donde se brinda atención a los pacientes con estado de salud grave o que requieren una atención inmediata, cuya situación es reversible; por lo que van a requerir de vigilancia continua para lograr detectar de forma rápida posibles eventos. La

asistencia que se le ofrece a los pacientes en estado crítico tiene que ser concebida partiendo de una perspectiva de atención integral, los especialistas deben de desempeñar su función desde que fue detectada la condición crítica hasta la culminación de la misma. Se puede intervenir con el servicio de atención crítica incluso en el entorno extra-hospitalario, al momento en el que el paciente se encuentra en condiciones críticas, está siendo trasladado o en escenarios de catástrofe (Clínica San Felipe, 2019).

En el periodo de 1854-1856 donde se desarrolló la Guerra de Crimea, se dio la primera mención de un grupo de enfermeros críticos, siendo pionero Florence Nightingale. En los 50's y 60's se diseñaron las primeras UCI gracias al aporte de las investigaciones de la medicina que hicieron posible que se cambien los escenarios clínicos críticos hasta en ese momento irreversibles como: los primeros aparatos respiradores en 1954; sistemas de circulación extracorpórea en 1952; el primer aparato desfibrilador externo en 1956, entre otros. En España se fundó la primera UCI en el año 1966 en la Clínica de la Concepción de la ciudad de Madrid. En 1969 se creó la primera Unidad Coronaria que perteneció al Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. Al principio los médicos que dirigían las unidades intensivas eran especialistas de la rama de cardiología, neumología, internistas y anestesiología, al incrementar la demanda surgió la necesidad de crear la especialidad de Medicina intensiva (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2018).

Planteamiento de la Investigación

Se ha hecho referencia a la importancia de poseer y tener a disposición un documento médico digital dentro del ámbito de la innovación y desarrollo tecnológico. En el último tiempo se ha vuelto fundamental el agilizar los procesos

y la gestión que se sigue dentro de los hospitales, un documento electrónico en el medio sanitario tiende a mejorar el servicio de atención. Las investigaciones señalan que en las últimas cinco décadas las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) han evolucionado, beneficiando al sector de la salud; a nivel mundial se ha hecho mucho énfasis en las TIC mencionando que estas han sido sistemas que han mejorado el sector de la salud y lo han elevado a niveles importantes, por medio de estas tecnologías y específicamente de las historias clínicas electrónicas se ha permitido que los hospitales a nivel mundial aprovechen mejor sus recursos y a su vez ofrezcan un servicio de mejor calidad a los pacientes (Rodas y Zamora, 2014).

El registro médico o la historia clínica comenzó desarrollándose de una manera tradicional, la cual traía muchas desventajas al momento de registrar los datos, puesto que muchas veces era complicado conseguir que se generen aspectos como entendimiento, claridad en la escritura, acceso, ingreso y recuperación de la información. Con el nacimiento de las nuevas tecnologías se eliminaron todos estos inconvenientes, se pudo contar con el registro de las historias clínicas en una estructura digital, esto obligó a que todos los hospitales a nivel mundial exporten sus registros a una estructura completamente electrónica. Además, no existen registros que brinden información acerca del nivel de adopción, adaptación y utilización de los registros o historias clínicas electrónicas, no obstante, América Latina y el Caribe pueden experimentar mayores beneficios con su uso (Organización Panamericana de la Salud, [OPS], 2016).

Tomando en cuenta a América Latina y el Caribe, se ha conocido que aún no se han introducido las TIC en grandes magnitudes en el sector público sanitario, por el contrario en primer lugar se han destacado las iniciativas que han llevado a

cabo los organismos en base al diseño estratégico dentro del marco gubernamental, se ha ido considerando en grandes escalas la realización de proyectos de mucha importancia, además se ha destacado también las iniciativas dentro del sector público y privado en la industria sanitaria, hay que destacar la creación de estrategias gubernamentales para eHealth en Chile, Brasil, Uruguay, la Red QUIPU en Perú y el proyecto (FEMI Salud Digital) que se ha realizado en territorio uruguayo; se ha constatado que distintos centros pertenecientes a la República Argentina ya han implementado las TIC, el centro hospitalario que se ha expuesto a mayores evaluaciones ha sido el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) (Plazzotta, Luna y González, 2015).

La mayoría de instituciones de salud aún mantienen procesos de historia clínica de manera manual, como el caso del trabajo de investigación realizado por Sáenz y Cordero (2016) acerca de una auditoría en el Hospital de los Valles para una consolidación de las historias clínicas, es aquí donde pudieron establecer que existía una gran cantidad de glosas con las instituciones que tiene convenios, entre ellas específicamente con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), así como discrepancias entre las facturas que fueron emitidas por el hospital y la historia clínica que se envió a las aseguradoras privadas, lo cual generó que el proceso de cobranzas tome más tiempo, puesto que se debía hacer una conciliación del pago entre ambas instituciones, lo que provocó la restricción del flujo de caja para el hospital.

Es evidente que el hacer un correcto llenado de las historias clínicas brinda un beneficio económicos para las instituciones de salud, que según Matzumura (2014) se da en especial en las instituciones privadas, en donde se requiere y exige una evaluación detallada y rigurosa de las historias clínicas, esto se debe a que

mediante esta información se puede hacer el reembolso de dinero por parte de las aseguradoras y en caso de no disponer de toda la información se genera un problema para la casa de salud, ya que le tocaría cubrir los gastos de la intervención. Además, las historias clínicas tienen un valor jurídico, puesto que sirven como prueba material principal en casos de responsabilidad médica profesional, por lo que llegan a ser una información fundamental y legal que se debe mantener correctamente registrada.

Por esa razón es indispensable que se implemente las TICs en las instituciones de salud; específicamente para la investigación se reitera la importancia de llevar las historias clínicas de manera digitalizada. Un intento de esto se dio en el año 2011, donde el gobierno invirtió en un sistema de registros médicos electrónicos para el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, el mismo que se dejó de utilizar, volviendo nuevamente al uso de las historias clínicas en papel, lo que ha provocado demoras en los servicios de salud de dicha institución (Albarracín, 2015).

Uno de los aspectos que se debe considerar en la investigación es el hecho de establecer los costos hospitalarios; para esto se tomó los datos recopilados en un estudio efectuado por Pavón (2016) en donde se consideraron todos los costos de un paciente por una estadía en el hospital de tercer nivel de especialidades Eugenio Espejo de Quito, por caso de una cirugía por apendicitis con un total por día de \$402.30. Entre los costos se cuentan todos los servicios que conciernen a pre-quirúrgico, trans-quirúrgicos sala de cirugía, post-quirúrgico y servicios básicos. En el pre-quirúrgico se halla la alimentación, cuidados, habitación múltiple, controles, rayos x y electrocardiograma. En el trans-quirúrgico se encuentran los costos de anestesia, controles, sala de recuperación y de

procedimientos hasta una hora, así como los materiales para procedimiento de cirugía. En el post-quirúrgico se hallan los costos de la habitación, controles, alimentación, cuidados, alta hospitalaria e interconsulta. En los servicios básicos se encuentran costos de luz eléctrica, teléfono, servicios médicos y agua potable.

Por ese motivo es importante que las distintas instituciones del sector de la salud implementen las TICs en sus organizaciones a fin de lograr mejorar la atención de los servicios de salud, en especial en el área de terapia intensiva, donde la vida de las personas depende de un adecuado cuidado, seguimiento y tratamiento de recuperación. Además, en las clínicas que trabajan con aseguradoras, deben poseer todos los registros correspondientes con su debido sustento para poder devengar los costos hospitalarios.

La institución hospitalaria Clínica San Francisco se ha clasificado como un centro que brinda servicios de atención y cuidado de tercer nivel, dentro del hospital desde el año 2016 se llevan a cabo acciones de auditoría sobre las historias clínicas de cada uno de los pacientes que son atendidos, que se encuentran y permanecen en el área de terapia intensiva de adultos; la auditoría es realizada con el objetivo de validar el impacto de cada uno de los registros médicos sobre la calidad del servicio de atención a los pacientes y así realizar una medición acerca del correcto llenado.

De esta manera se busca evaluar la atención para tener en consideración si la misma es oportuna y eficaz, adicionalmente se quiere lograr una mejor gestión hospitalaria y optimizar los recursos de la clínica. La historia clínica es un documento que refleja la calidad de atención que se le brinda al paciente y la ética profesional del personal sanitario, la implementación de una historia clínica electrónica facilitará la gestión e impulsará la consecución de metas; cabe recalcar

que no todas las instituciones se manejan bajo la utilización de historias clínicas electrónicas.

La Clínica San Francisco en el año 2016 disponía de 18 camas en el área de terapia intensiva, a su vez las historias clínicas eran realizadas de forma tradicional (manual), muchas veces esto forjaba un problema porque las prescripciones de los profesionales sanitarios no eran entendibles, a mediados del presente año se tomó la iniciativa de incluir el sistema de historias clínicas electrónico; sin embargo, aún se estaba en los planes de implementar todo lo que exige la normativa legal. El sistema digital sin duda alguna incidirá en la mejora de la atención del paciente y del prestigio de la institución, en la actualidad la clínica dispone de 34 camas en el área de terapia intensiva y también cuenta ya, con el sistema digital de registro de historias clínicas.

Sin embargo, existen varios problemas en el registro adecuado del mismo por parte del personal médico, ya que muchos de ellos no saben aún como hacer el registro de manera electrónica, lo cual ha provocado para la clínica altos costos hospitalarios debido a que varios de los registros necesarios de los tratamientos fueron omitidos provocando que el hospital no pueda hacer los respectivos cobros a las aseguradoras, ya que no existe el respaldo necesario para que se gestionen los mismos.

Asimismo, el sistema actual del hospital evidencia problemas en cuanto a su estabilidad, ocasionando que no se logre ingresar al mismo durante periodos de hasta dos horas dejando a todo el personal que labora en la clínica sin poder efectuar ningún proceso, lo que ha generado que muchos de los usuarios al no poder ser registrados para ser atendidos opten por irse a otros hospitales lo que representa para la institución pérdidas para la clínica.

Formulación del Problema

¿Cuál es la calidad de las historias clínicas del área de terapia intensiva de adultos y su impacto en los costos del Hospital Clínica San Francisco?

Justificación

El trabajo de investigación cumple con la línea de investigación Análisis de Costos en Salud, la cual pertenece al programa de posgrado de Gerencia en Servicios de la Salud de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Su justificación académica viene dada por la utilización de conceptos aprendidos durante la maestría, los cuales van relacionados a los costos en las instituciones de salud y la calidad de los servicios, en este caso de las historias clínicas.

Actualmente cumple con el objetivo uno el cual es el Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas y el objetivo cinco que es el Impulsar la productividad y competitividad para el crecimiento económico sostenible de manera redistributiva y solidaria, planteados en el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, diseñado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES, 2018).

La realización del presente trabajo de investigación beneficiará principalmente a la Clínica San Francisco, puesto que a través de la evaluación de la calidad de las historias clínicas que son elaboradas por el personal sanitario se podrá obtener conocimiento acerca del impacto que ésta tiene en el costo hospitalario que se percibe mensualmente, adicionalmente el tener en cuenta los costos del hospital mostrará una oportunidad para que se pueda intervenir internamente con un análisis de costos y de esa manera evaluar la productividad, eficiencia y eficacia de los servicios que son expuestos y brindados a los usuarios, esto dará una pauta para que se puedan aprovechar mejor los recursos con los que

se cuentan y así corregir falencias dentro de la gestión del Hospital Clínica San Francisco.

En último plano se hace referencia a los usuarios del área de terapia intensiva del Hospital Clínica San Francisco, a través de la evaluación de las historias clínicas se beneficiará a estas personas, puesto que por medio del análisis que se empleará se podrá obtener una mejor visión acerca de las condiciones que los adultos presentan y de esa manera se tendrá la oportunidad de brindar una mejor atención de cuidado al adulto, elevando la calidad del servicio hospitalario que se haya estado brindando por varios años.

Preguntas de Investigación

¿Cuál es la fundamentación teórica y conceptual referente a la calidad de la historia clínica y su impacto en los costos hospitalarios?

¿Cuál es el marco referencial basado en evidencias científicas nacionales e internacionales y el análisis acerca de la situación actual de los costos que se generan a partir de la intervención de las historias clínicas?

¿Cuál es la metodología que se requiere para detectar las falencias y fortalezas en el registro de datos que conlleven a una correcta redacción de la historia clínica?

¿Cuáles son los planes de mejoramiento para optimizar el registro de historias clínicas en la institución?

Objetivo General

Evaluar la calidad de las historias clínicas del área de terapia intensiva de adultos y el impacto que representa en el costo del Hospital Clínica San Francisco, con el propósito de diseñar planes de mejora para optimizar el registro de historias clínicas de la institución.

Objetivos Específicos

Analizar la fundamentación teórica y conceptual referente a la calidad de las historias clínicas y su impacto en los costos hospitalarios.

Desarrollar un marco referencial basado en evidencias científicas nacionales e internacionales y emitir un análisis acerca de la situación actual de los costos que se generan a partir de la intervención de las historias clínicas.

Diseñar la metodología que se requiere para detectar las falencias y fortalezas en el registro de datos que conlleven a una correcta redacción de la historia clínica.

Generar planes de mejoramiento para optimizar el registro de historias clínicas en la institución.

Capítulo I

Marco Teórico

El presente marco teórico, abarca un conjunto de teorías con autores nacionales e internacionales, las cuales se han desarrollado con base en la intervención de varios conceptos fundamentales dentro del área de la medicina, en primer lugar se toma en consideración el desarrollo de los sistemas de información en salud, el mismo está conformado por la infraestructura: plataforma de la información en salud, seguido de la historia clínica tradicional y electrónica, con la conclusión de estas definiciones teóricas se toma en cuenta en el proceso de la fundamentación a la calidad en la salud, calidad en la atención y método clínico, siguiendo la misma secuencia se implica a la culminación de la recogida de información por parte del profesional sanitario, posterior a su desarrollo se plantean definiciones como: signos vitales, anamnesis, examen físico, diagnóstico integral en la salud, exámenes auxiliares, atención médica integral y para culminar se plantea el análisis de costos hospitalarios.

Calidad en las Instituciones de Salud

La calidad en la salud está conceptualizada como esa capacidad que tiene un producto o servicio hospitalario de establecerse dentro del entorno sanitario adaptándose de acuerdo a lo que necesita el paciente, las causas principales por lo que siempre se procura ofrecer un servicio o producto de alta calidad es por conseguir esa garantía de adquirir la maximización de un beneficio para el paciente o usuario y conseguir que todos los recursos utilizados sean rentables, puesto que los mismos son limitados y los servicios de atención y cuidado hoy en día se caracterizan por ser elevadamente costosos. La calidad en la salud es una variable que se orienta al triunfo profesional y a la satisfacción de los afectados,

familiares, amigos y conocidos, cuando existe esta variable se percibe un ambiente en el que todas las personas que lo integran son completamente satisfechas por las posibilidades que tienen de cubrir sus necesidades ya sea visuales, como de salud y todas las percibidas dentro de un espacio sanitario (Atlantic International University, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad en la atención tiene que ver con una aplicación de la medicina tomando en cuenta la relación entre los conocimientos de la ciencia con el desarrollo y los recursos tecnológicos médicos, el objetivo de realizar la actividad sanitaria tomando en cuenta estos dos aspectos es para maximizar los beneficios que existen para la salud de un paciente, sin que esto repercuta en el incremento de todo riesgo en una manera proporcional. Por medio de una atención de calidad se tiene el objetivo de satisfacer a los pacientes, cubriendo todas las necesidades de salud que estos tengan o muestren dentro de una cita médica, durante su tratamiento, traslado u operación, cuando se habla de esta variable siempre existirá un grado de calidad, que por lo general se define como la medida en la que se tiene la expectativa de que la atención brindada consiga obtener el equilibrio más positivo entre los escenarios de riesgo y de beneficio (OMS, 2017).

Por otra parte, Deming y Nicolau (1989) indicaron que la calidad se define como el conjunto de las futuras necesidades de los clientes, las mismas se caracterizan por ser medibles. La calidad se conceptualiza bajo términos de agente, donde un producto debe ser diseñado y producido con la finalidad de satisfacer al cliente según el precio pactado. Deming estableció una serie de principios, los mismos que hacen referencia a la mejora constante de la calidad, adopción de una nueva filosofía, instalación de métodos modernos y estadísticos

de trabajo, erradicación de barreras entre áreas de apoyo y estándares de trabajo, eliminación de las cuotas numéricas, establecimiento de programas de educación y entrenamiento y la toma de medidas para lograr la transformación. Mediante el empleo de dichos principios, se refleja el aumento de la calidad y la disminución de los costos por parte de la organización.

De igual forma, Ishikawa (2003) manifestó que la calidad se traduce en la calidad del producto, calidad del servicio, calidad del trabajo, calidad del proceso, calidad del sistema, calidad de la gente, calidad de información, calidad de los objetivos, calidad de la compañía, etc. La filosofía impuesta por Ishikawa radica en cinco puntos que son: primero la calidad, orientación al consumidor, el siguiente proceso es el cliente, respeto a la humanidad y la administración interfuncional. Los factores propuestos fueron; el cliente es lo más importante, se debe prevenir para no corregir, ejecutar la reducción de costos en general, visualizar resultados a largo plazo, establecer la participación de todo el personal, trabajar en equipo, medir los resultados, otorgar reconocimientos, determinar un compromiso mutuo, instaurar programas de aprendizaje, capacitación y desarrollo, instaurar conciencia de las necesidades y mantener una herramienta para el mejoramiento continuo.

De acuerdo con Cronin y Taylor (1994) la calidad del servicio percibido se conceptualiza como una forma de valorar globalmente y de manera similar a la actitud; por lo que, este factor no debe ser medido por la diferencia existente entre la expectativa y desempeño; sino que, debe establecerse como una medida de desempeño. Bajo este enfoque, los autores desarrollaron un modelo denominado SERVPERF, el mismo se encuentra fundamentado en el desempeño que analiza la relación entre la satisfacción del cliente, intenciones de compra y la calidad del

servicio; factor que debe ser medido como una actitud considerando las características de las organizaciones que ofrecen servicios. De igual forma, indicaron que, la intención de compra de un cliente se ve afectada por la calidad del servicio otorgado influyendo de forma directa en la satisfacción del servicio percibido.

Según Bautista (2016) un servicio de calidad es cuando logra satisfacer las necesidades de los usuarios; sin embargo, si este no fue satisfecho en el consultorio esto implica que no percibe que fue atendido de buena manera y por ende no recibió una atención de calidad. En cuanto al profesional de la salud este podrá pensar que trabajó con profesionalismo y eficiencia, pero si el usuario no logró satisfacer sus expectativas, este evitará atenderse con dicho profesional. La calidad de servicio también se constituye como un conjunto de características materiales, científicas, humanas y técnicas que la atención de salud debe tener al momento de proveer a los beneficiarios, con la finalidad de lograr efectos positivos en la salud que le permitan tener una mayor cantidad de años de vida saludable.

La calidad de atención es el conjunto de servicios terapéuticos y de diagnóstico más adecuado con la finalidad de alcanzar una óptima atención de salud, dentro de esta atención se deben considerar los conocimientos y factores del servicio médico y del usuario, lo que conlleve a la máxima satisfacción del paciente con el mínimo riesgo de efectos adversos o secundarios. Además, la calidad de la atención se basa en maximizar el bienestar del paciente; para lograr esto, es necesario que la calidad sea medida, ya que es importante controlarla por motivos de seguridad, sociales, económicos y éticos (Farfán, 2016).

Para Vera y Trujillo (2015) la calidad en el servicio suele ser difícil de medir y establecer en comparación de la calidad de un bien, esto se debe a la heterogeneidad e intangibilidad de los servicios; por ese motivo varios científicos propusieron diferentes formas de medición resaltando que la calidad del servicio debía medirse a través de la percepción de los usuarios. Es por eso que, la calidad del servicio debe ser evaluada por el usuario, los mismos que en su evaluación integran un sinnúmero de dimensiones que perciben mediante la entrega del servicio.

Por otro lado, la calidad del servicio puede ser evaluada de acuerdo con el método de Donabedian mediante tres pilares fundamentales que son los resultados, el proceso y la estructura. Otro modelo usado para la evaluación de la calidad del servicio es el método SERVQUAL creado por Parasuraman, Zethaml y Berry que se basa en cinco dimensiones que son los elementos tangibles, empatía, seguridad, capacidad de respuesta y fiabilidad, lo cual permite contrastar las expectativas con la percepción del usuario. Otro modelo de calidad, que en cambio es usado en hospitalización, es el modelo SERVQHOS que tiene como particularidad combinar las percepciones y las expectativas de personas internadas para así lograr obtener su valoración de la calidad mediante la medición de aspectos subjetivos y objetivos que están meramente relacionados con la estructura intangible y tangible de la atención sanitaria en este contexto (Numpaque y Rocha, 2016).

Análisis de Costos Hospitalarios

La intervención en el entorno hospitalario con una gestión analítica de costos es una situación que se ha venido impulsando con mayor frecuencia y claridad en los últimos tiempos, los efectos que han provocado el entorno económico y el

social han permitido que se produzcan cambios fundamentales, autorizando que las instituciones y la gestión hospitalaria muestren una evolución latente hacia la consecución de la eficiencia a través del servicio. En los últimos años se ha manifestado un incremento del gasto sanitario público y una alta demanda de las entidades de salud, lo que ha permitido que sea visible y totalmente perceptible la falta de calidad de los servicios hospitalarios, es por eso que se requiere de manera urgente un cambio determinante en los costos. Esto se puede conseguir implementando un sistema de información económica que entregue datos sobre la cantidad monetaria que egresa del hospital, así como la forma de invertir los recursos, lo que permitirá conocer la eficiencia de cada una de las actividades y procedimientos hospitalarios (Santamaría et al., 2015).

Para Paolillo et al. (2016) el uso ineficiente del personal médico y técnico muy experto, los resultados subóptimos, la oferta fragmentada y la falta de coordinación de las capacidades dan como resultado un costo de asistencia médica elevado. Por tanto, se recomienda que el personal médico se comprometa a participar de manera activa en medir y gestionar los costos, para que puedan identificar los drives de estos egresos, partiendo desde el diagnóstico, tratamiento y finalizando en la recuperación. Todos estos elementos componen un ciclo completo de asistencia.

Gutiérrez, Torres, Soria, Padrón y Ramírez (2015) afirmaron que un factor que afecta el costo hospitalario son los eventos adversos, lo cual a su vez genera mayor mortalidad, morbilidad y estancia hospitalaria. Una de las estrategias para combatir esta situación es la creación de guías de práctica clínica, que faciliten una mayor eficiencia en el servicio. Los autores en su investigación determinaron el costo hospitalario desde que ocurrió el evento adverso hasta la muerte o el alta.

Los resultados indicaron que el 82.35% de eventos adversos graves se dieron durante los primeros cinco días del ingreso, hubo el 35.29% de reingresos hospitalarios por eventos adversos graves, lo que generó costos directos hospitalarios de los 34 eventos reportados que fue de 3'992 988.51 pesos mexicanos, además que el 82.35% de eventos adversos fueron prevenibles, destacando que el 50% de los eventos adversos necesitaron de la unidad de cuidados intensivos, siendo la media de días de estancia de 17.23 días.

Con el fin de poder reforzar la investigación antes mencionada, se ha tomado de referencia el trabajo de investigación llevado a cabo por Zárate et al. (2017), cuyo objetivo general fue el analizar los factores que están relacionados con la calidad y seguridad del paciente. Para la investigación aplicaron el diseño transversal, multicéntrico, análisis descriptivo y se revisó la evitabilidad de los eventos adversos. Los resultados ayudaron a conocer que existieron 540 eventos adversos de los cuales el 70.5% fueron evitables, los más frecuentes fueron los que tuvieron que ver con los cuidados 34.8% que se basaron en aspectos como úlcera por presión, caída accidental, el hecho de no aplicar cuidados pautados, entre otros; además el 20.9% de eventos adversos fueron por medicamentos que en su mayoría se dieron en la administración del mismo. Otro de los factores evidenciados fue que no existían protocolos o actualización de los mismos, la falta de habilidad y experiencia del personal de enfermería, la carga excesiva de trabajo, problemas en la comunicación escrita y dificultad para acceder a los datos del paciente.

Es evidente que las dos investigaciones antes mencionadas sustentan el hecho que el disponer de una historia clínica electrónica permite que se brinde una mejor atención a los pacientes, en especial cuando esta es llenada completamente y de

forma correcta, con lo cual se puede evitar caer en eventos adversos que conlleven a altos costos de hospitalización, en donde se involucran costos por medicamentos, aumento de días de estadía, uso de la sala de cuidados intensivos, servicios médicos, uso de equipos especiales para monitorear al paciente, entre otros.

En la investigación de González, Pulido, Milián y Pérez (2015) se determinó que, en los servicios de salud pública, se genera un costo por cada atención médica, lo cual va a variar dependiendo de la enfermedad y características de cada usuario. Por tanto, se considera que el individuo hospitalizado, el cual consume las prestaciones y demanda el servicio, debe ser el centro del costeo. Esto es aplicable al sector privado.

Augustovski et al. (2017) señalaron que existe una asociación entre las características de los pacientes al momento de ser hospitalizados y los costos hospitalarios. Estas características pueden ser comorbilidades como la depresión, diabetes, anemia, entre otras; insuficiencia renal, enfermedad avanzada, etc. En este punto, se establece que diferenciar la gestión por grupos y subgrupos ayudará en el desarrollo de una evaluación de su impacto y a su vez permitirá generar estrategias de prevención y terapéuticas que conlleven a un menor costo en un futuro.

Para Salvador, Péres, Rodríguez y García (2006) los costos hospitalarios son importantes de evaluar ya que representan un grupo de indicadores que ayudan en la evaluación de la eficiencia económica de los esfuerzos llevados a cabo por el hospital. De esta forma, se puede monitorear la productividad en el uso de recursos y aplicación de medicamentos. Por tanto, se evidencia la pertinencia de

conocer las diferentes alternativas para mejorar la eficiencia hospitalaria que se ve reflejada en sus costos.

Según Alvis et al. (2015) los costos que son destinados solo para hospitalización general son determinados en un 41% por hotelería, mientras que cuando se demanda UCI, el 52% viene dado por medicamentos. En este caso de estudio, la estimación de costos fue establecida en base a medicamentos, procedimientos, exámenes de laboratorio y radiología, atención del personal médico y gastos administrativos y de hotelería.

Caballero, Ibañez, Suárez y Acevedo (2016) indicaron que parte de los costos elevados en los hospitales se deben a los reingresos hospitalarios, los mismos que tienen una alta morbi-mortalidad, lo cual es una situación que puede ser prevenida. Esta tasa se encuentra en un rango del 5% y 19.6% a nivel mundial. Entre los factores que pueden generar estos reingresos que incrementan el costo hospitalario están el bajo nivel socio-económico, depresión, baja calidad de vida, deficiencias en el cuidado, ser adulto mayor, sexo masculino, urgencias y hospitalizaciones previas, comorbilidades, severidad del cuadro clínico y estancia hospitalaria.

Historia Clínica

Según Chero, Cabanilla y Mogollón (2016) la historia clínica es un documento que recoge información correspondiente de la práctica clínica brindada a un paciente, en la cual se establecen todos los procesos que le fueron realizados durante su hospitalización o consulta, por lo tanto, el documento es una parte importante en la atención integral de los pacientes.

La historia clínica es una herramienta de búsqueda e indagación para obtener información básica que clarifique la noción y el conocimiento del profesional de

la salud sobre la evolución y estado de un paciente; además, está orientada al previo interrogatorio del paciente siendo este un proceso que beneficia al médico, doctor, enfermero y/o paciente. Es un procedimiento que se encuentra enfocado por la experiencia previa atribuida y es guiada por la sabiduría que dispone el profesional en base a las hipótesis explicativas del problema que se ha suscitado. Su ventaja es el ahorro de tiempo y el no permitir que alguna información sea pasada por alto al momento de intervenir con una ficha o historia clínica, el médico encargado debe de realizar una investigación profunda, preguntar todo con respecto a enfermedades, antecedentes familiares, información y estado del paciente, entre otros datos para evitar cualquier confusión o desinformación a corto plazo, ya que cosas como estas pueden perjudicar el servicio de cuidado y atención que se brinde, toda la información que sea obtenida a través de la historia clínica debe de ser completamente detallada (Ilizástigui y Rodríguez, 2017).

La información obtenida debe de ser completamente real, clara, específica, circunstancial, importante y necesaria, tomando en cuenta mucho la ciencia semiológica; los inconvenientes de salud, enfermedades o afecciones deben de ser completamente clarificados; las hipótesis diagnósticas tienen que tener respaldos fundamentados, así como mostrar interrelación entre ellas y ninguna de las causas del problema debe de ser tomado a la ligera. Dentro de todo análisis deben de existir los problemas psicológicos, sociales y sus conexiones con los inconvenientes clínicos; establecer las directrices de búsqueda de mayor información tecnológica para comparar con la hipótesis establecida para su última comprobación; cada uno de los exámenes que sean realizados deben estar justificados y valorados, de igual manera que el comportamiento terapéutico con valoración frecuente; el profesional tiene que informar al paciente sobre cualquier

situación, la información será acerca del tratamiento y el servicio de cuidado que será brindado, las decisiones tomadas serán para mejorar la calidad de vida (Ilizástigui y Rodríguez, 2017).

Historia clínica electrónica

La tecnología ha creado una revolución mundial con su desarrollo, provocando así que los procesos realizados de forma tradicional se lleven a cabo de forma electrónica, lo cual permite reducir los esfuerzos físicos en los trabajos, se respalde la información importante de una forma segura y que sea disponible en cualquier momento que los directores o jefes la necesiten para diseñar estrategias e innovar los procesos internos de una institución hospitalaria. El desarrollo de las tecnologías ha permitido que las instituciones de salud experimenten cambios y evolucionen de acuerdo al crecimiento tecnológico; haciendo referencia a la historia clínica, cuando su forma tradicional empieza a establecerse de forma digital, lo que representa una dificultad para los involucrados en el proceso de uso, el cambio de una historia clínica tradicional hacia la electrónica incide en los empleados e incluso en los pacientes, es por eso que los métodos tecnológicos son los específicamente encargados de hacer que la adaptación sea rápida y efectiva, las TIC's mediante su metodología de trabajo y desarrollo aportan instrumentos importantes para lograr la adaptación (Minota y Cardona, 2016).

Para Montalbán et al. (2014) la historia clínica electrónica se ha manifestado de la unión entre el desarrollo tecnológico y las herramientas digitales con la historia clínica tradicional. La historia clínica electrónica o futurista permite que la gestión hospitalaria interna se caracterice por particularidades como seguridad, agilidad, determinación, legibilidad y claridad; se define a la historia clínica electrónica como una herramienta que permite registrar de una forma ordenada

información importante acerca de la salud del paciente en un software institucional, la información obtenida por medio de la atención médica es guardada en línea y por lo tanto los profesionales de la salud pueden disponer de la misma en cualquier momento.

Sistemas de Información en Salud

Un programa de salud tiene la necesidad de ser desarrollado por una organización o institución que como fortaleza realice su gestión interna de forma eficiente. Los programas sanitarios deben de estar contruidos con respecto al desarrollo de un sistema estable que brinde la oportunidad de tener un acceso oportuno a datos e información de alto nivel de calidad con respecto a temas sobre las condiciones de salud de los pacientes y de la sociedad en general, para conseguir alcanzar estos objetivos se necesita implementar mejoras en los procesos, generar una integración y evaluación de nuevas y adecuadas tecnologías, a su vez se requiere disponer de una óptima infraestructura, que sea funcional y que vaya acorde con el desarrollo tecnológico, aparte de garantizar y brindar seguridad con respecto al mantenimiento y supervisión (Curioso y Espinoza, 2015).

La aparición de las TIC y todo su desarrollo tecnológico ha incidido sobre la sociedad pasada y actual, el sector de la salud se notó influenciado por su aparición y desarrollo, logrando optimizar todos los procesos hospitalarios; el funcionamiento de las TIC fue un recurso de la era moderna que tiene el objetivo de aumentar el nivel de productividad y la gestión financiera en el sector sanitario. El desarrollo y los diversos cambios fueron interfiriendo en la forma de manejar las situaciones dentro de los hospitales, llegando a producir un cambio en el contexto de la gestión y actuación hospitalaria, poco a poco se fue considerando

como importante la interacción y relación entre el paciente con el sistema o programa de salud. Esto permitió que los sistemas evolucionen, poco a poco fueron definidos como sistemas de información en salud con un sistema totalmente de cambio, se fue tomando en cuenta como factor importante el acceso, la obtención, almacenamiento, adquisición, traslado e intercambio de información. (Plazzotta, Luna y González, 2015).

Las TIC fueron creadas con el propósito de que éstas permitan generar un tratamiento de datos, información y conocimiento en el sector de la medicina como tal, las mismas fueron impuestas en la sociedad porque contribuyen y ayudan imprescindiblemente al desarrollo de las ciencias de la salud, existen muchos beneficios de usar las TIC como factores diferenciadores y de potencial alcance para generar oportunidades dentro de los mercados; no obstante, las mismas benefician a la continuidad del cuidado hospitalario, puesto que su funcionamiento crea una mejoría en el proceso comunicativo entre todo el equipo médico y permite tener acceso a la información clínica sin mayor problema, el uso de las tecnologías han permitido reducir los errores en lo que respecta a la medicación, específicamente con la creación de las historias clínicas electrónicas (Plazzotta et al., 2015).

La infraestructura en la salud hace referencia a la utilización de la información, datos y las comunicaciones en salud, además esta plataforma está orientada al uso de la información que se encuentra disponible en fotografías e imágenes, en escrituras digitales como también a través de audios y datos, la infraestructura es una plataforma que puede abarcar un entorno hospitalario completo puesto que su diseño está direccionado también hacia el uso de programas, software y aplicaciones para ingresar, controlar, organizar y

sistematizar la información disponible en los sistemas de los hospitales, los encargados de la creación de esta plataforma se plantearon como objetivo implementar sistemas que den la oportunidad a los usuarios de ingresar oportunamente a toda la información correspondiente en salud para que de esa manera tengan respaldo de todas las decisiones que sean tomadas (Curioso y Espinoza, 2015).

Método Clínico

El método clínico es muy importante al momento de dar un diagnóstico, ya que mediante este método se logra hacer un correcto diagnóstico y de esta forma prescribir el tratamiento adecuado para el problema que padece el paciente. Esto solo se logra a través de sus cuatro componentes principales que son la historia clínica, el interrogatorio, la relación médico paciente y el examen físico. Frómeta, Sánchez, Maya, Jara y Valarezo (2016) afirmaron que al ser este método un proceso sistemático y metódico, evita que el médico haga afirmaciones por falsas premisas, lo cual asegura que el paciente reciba una mejor atención y de forma individualizada; puesto que el método clínico facilita la recolección de información, brinda una relación médico paciente, permite el diagnóstico y facilita el pronóstico, con lo cual el médico podrá ofrecer los mejores servicios que conlleven a controlar, curar o prevenir las enfermedades.

Es de vital importancia tratar este tema en el presente estudio, ya que como se ha mencionado el método clínico contiene entre sus componentes las historias clínicas que son una herramienta indispensable para que el médico logre hacer su diagnóstico de forma correcta, el cual debe ir acompañado de los otros componentes para que el pronóstico que se brinde sea el más acertado.

La ciencia clínica está orientada a la satisfacción del paciente por medio de la generación de una buena calidad de vida, esta metodología redacta acerca del método clínico y ha mencionado que este método es un sistema y conjunto de procedimientos impuestos y creados para realizar un diagnóstico médico individual, se ha propuesto que el mismo es el método científico que se particulariza en la ciencia clínica; los procedimientos de los cuales está conformado el método son los siguientes: (a) el motivo de consulta; (b) el examen clínico; (c) el diagnóstico clínico; (d) la confirmación diagnóstica; (e) el diagnóstico médico con respecto a los procedimientos de planteamiento de todo inconveniente, obtención de la información, establecimiento, determinación y comprobación del método científico (Vicente, Almaguer y García, 2015).

Cuando se analiza al método clínico se menciona que el primer procedimiento muestra la razón de la consulta de los pacientes, esta situación se relaciona con los datos clínicos semiológicos que se han determinado durante el desarrollo del segundo procedimiento, el examen clínico. La información obtenida es usada para el desarrollo del posterior procedimiento, el cual está orientado a la adquisición del diagnóstico clínico donde cada una de las variables importantes usadas dentro de la fusión del diagnóstico se vinculan de manera coherente con sus equivalentes del examen complementario, logrando así la profundización de todos los datos acumulados, dando la oportunidad para ingresar al quinto procedimiento. El diagnóstico médico, este define el estado de salud de la persona de acuerdo a la enfermedad que padece. En el examen clínico se estudian las particularidades biológicas, sociales, ambientales y mentales de la persona afectada, dentro del proceso de diagnóstico clínico se lleva a cabo la síntesis clínica de determinada

información indicando el vínculo de los procesos dentro de la conciencia del médico (Vicente et al., 2015).

Los cambios y evolución deben de mostrarse dando a conocer lo que cree el médico de acuerdo a su conocimiento científico, más no deben de exponerse datos que no son necesarios; la salida debe y tiene que realizarse un compendio acerca de cada uno de los inconvenientes y la situación actual y futura; el médico debe de registrar cada uno de los datos ya que estos pueden perderse, olvidarse o puede tergiversarse cualquier información (Ilizástigui y Rodríguez, 2017). A continuación, se presentan algunos conceptos importantes con respecto al método clínico.

Los signos vitales funcionan como dispositivos reguladores que se encargan de medir las funciones más básicas del cuerpo humano, existen cuatro signos vitales de los cuales disponen todas las personas y estos son lo que los profesionales de la salud principalmente recurren a monitorizar de manera frecuente, estos se presentan a continuación: (a) presión de la sangre, esta no está definida o considerada como un signo vital, pero sin embargo los profesionales la miden junto a todos los signos; (b) el pulso; (c) frecuencia respiratoria; (d) temperatura del cuerpo humano; es muy importante que se midan los signos vitales puesto que estos son fundamentales para saber si la persona tiene algún problema de salud, estos pueden ser evaluados en cualquier lugar (Heart & Vascular Institute, 2018).

La anamnesis es un modelo de actividad profesional que se considera como un interrogatorio profundo con fines especiales y clínicos; así como, la investigación que se realiza sobre un paciente y la acción que los profesionales desarrollan, proceden a averiguar y conocer la condición de las personas a través

de las preguntas, relato de tipo oral y gesticulaciones. Su actuación permite adquirir información importante para determinar alguna afección que se encuentra en ese molestando a la persona o personas (Armada, 2018).

Cuando se realiza la acción de la anamnesis es recomendable que se lleve a cabo una comunicación de tipo bidireccional entre el paciente y el médico responsable, mediante ésta se va forjando una interrelación adecuada que crea la oportunidad para que se origine la total confianza entre paciente y profesional, haciendo esto un escenario beneficioso para obtener la completa información que muchas veces por la desconfianza no se manifiesta dentro de una consulta (Armada, 2018).

El examen físico es una actividad exploratoria en tiempo real que realiza el profesional de la salud la cual consiste en un análisis y estudio del cuerpo humano con el objetivo de conocer si existe o no alguna patología que esté afectando la salud física de la persona y si es que a simple vista no se nota ningún inconveniente pues el procedimiento es realizado para descartar cualquier posibilidad, el examen físico está conformado por: (a) inspección, tiene que ver con la observación que hace el médico o doctor sobre el cuerpo humano; (b) palpación, el profesional de la salud toca el cuerpo con los dedos o manos; (c) auscultación, tiene que ver con el escuchar los sonidos interiores; (d) percusión, el profesional sanitario procede a dar pequeños golpes con delicadeza para producir sonidos en lugares específicos (Medline Plus, 2018a).

El diagnóstico integral en salud ha sido considerado dentro del sector médico como el procedimiento integrado y de orden secuencial que es puesto en marcha con la finalidad de identificar, clasificar, realizar una descripción, estudiar y analizar una serie de indicadores que posibiliten establecer las particularidades o

aspectos propios del nivel de salud de las personas de una comunidad o sociedad. Este diagnóstico se lo realiza con el objetivo de tomar las decisiones más adecuadas para poner en marcha acciones médicas y clínicas que mejoren la calidad de vida de una persona y que ofrezcan solución a los inconvenientes de salud, el diagnóstico es un proceso sistemático realizado por los profesionales de la salud con la finalidad de realizar un estudio a mayor detalle de las condiciones de salud de una sociedad en particular, cada una de las acciones que son tomadas en base al diagnóstico son fundamentales porque benefician a conocer si existe o no algún problema o enfermedad (OMS, 2016).

Los exámenes auxiliares o de laboratorio se definen como un instrumento de gran utilidad dentro del sector de la medicina, estos tipos de exámenes son realizados en conjunto con el respaldo de la historia clínica y el examen físico de la persona, estas tres herramientas son interrelacionadas para que el procedimiento sea más confiable y así se tenga mayor oportunidad de reafirmar o descartar un diagnóstico clínico, esto con el objetivo de prevenir afecciones y así como también efectuar la respectiva supervisión de una enfermedad en particular (Pinargote, 2017).

Los profesionales de la salud han definido a la atención integral como un aspecto visionario, que ha sido establecido dentro del entorno de la medicina para crear la posibilidad de brindar la atención más adecuada a las necesidades de cada uno de los pacientes que acuden a un centro de salud u hospitalario, cuando se habla de atención integral no sólo se espera cubrir las necesidades médicas o físicas, sino que se tiene el objetivo de que la satisfacción de las necesidades sea por completo, para que se produzca esta actividad asistencial se tiene la

participación de una gran cantidad de profesionales sanitarios y administrativos (American Cancer Society, 2018).

Gestión Hospitalaria

De acuerdo con la Organización para la Excelencia de la Salud (OES), la gestión hospitalaria se establece como el diseño y desarrollo de un grupo de estrategias que tienen como finalidad mejorar el vínculo entre la calidad, precio y el esfuerzo para así otorgar servicios sanitarios fundamentados en la efectividad. La gestión hospitalaria se basa en el reconocimiento y aplicación de tres factores que son: la gestión, la calidad y la mejora continua (Organización para la Excelencia de la Salud [OES], 2020)

En aspectos hospitalarios, el desarrollo de indicadores se ha establecido como una herramienta que permite la ejecución de un cambio en la estructura institucional influyendo y tiene como finalidad medir el cumplimiento de los objetivos, los cuales deben generarse conforme la misión y visión de la organización. Dentro de los indicadores hospitalarios que han sido aceptados universalmente se encuentra la ocupación hospitalaria, relación enfermeras/ camas censables, relación enfermeras/cama no censables, relación médicos/camas y relación enfermeras/médicos. Por otro lado, se encuentran aquellos indicadores que han sido diseñados conforme a las propias necesidades derivadas de un hospital, en este aspecto se integran las cirugías suspendidas, reintervenciones quirúrgicas, reingresos hospitalarios, productividad de consulta externa y para concluir las consultas de urgencia calificada. La importancia de estos indicadores radica en que, dichos elementos permiten realizar una comparación con períodos anteriores, cuantifica la relación entre dos o más variables, permite la localización

de errores o desviaciones que afecten la toma de decisiones y posibilita ejercer un seguimiento y control de las metas que han sido programadas (Sánchez, 2005).

Según Batista, Yera, Martínez, Pérez y Aranda (2016) aquellas instituciones de salud emplean el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) como una herramienta de gestión hospitalaria que permite la identificación y valoración de aquellos factores determinantes de la salud; esto con el fin de erradicar los negativos e influir en la contribución de toma de decisiones que permitan satisfacer las necesidades de salud provenientes de la población bajo principios de eficiencia, calidad, participación social y equidad. El ASIS es un procedimiento analítico-sintético que posibilita explicar, medir y caracterizar el perfil de enfermedad-salud de la comunidad en general, comprendiendo los problemas, daños y condicionantes de la salud. Cabe mencionar que, este proceso admite la identificación de las prioridades y necesidades de salud, al igual que el reconocimiento de programas, intervenciones y evaluaciones del impacto en la salud.

Referente al tema, Arambarri, De la Torre y Berbey (2019) determinaron que, en la actualidad, las instituciones de salud sustentan problemas en cuanto a la asignación de recursos, lo cual se deriva de los significativos costos procedentes de la ejecución de tratamientos dada la complejidad de determinadas patologías. Bajo este enfoque, las instituciones prestadoras de salud emplean los grupos relacionados por diagnóstico, un modelo que permite relacionar el tipo de paciente que ha sido tratado en un centro de salud con los costos que se inciden en tal sistema. Es una herramienta que clasifica los egresos hospitalarios de acuerdo a las condiciones clínicas manteniendo una similitud con el consumo de recursos sanitarios. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) es un instrumento

que facilita la toma de decisiones mediante el análisis de los datos clínicos, administrativos y financieros de los egresos hospitalarios.

Asimismo, el Gobierno de Chile (2020) manifestó que una gestión hospitalaria adecuada permite la producción mayor de bienes a través de un mejor uso de los recursos disponibles, factor que otorga mayor apertura; es por esto que, la gestión hospitalaria es una herramienta que favorece de forma progresiva el esfuerzo que ha establecido una institución. La gestión hospitalaria se fundamenta en un modelo de atención integral de salud, prototipo que refleja los cambios epidemiológicos, sociales, demográficos y culturales de una población. Este modelo se define como un grupo de acciones que facilitan y fomentan una atención oportuna, eficiente y eficaz dirigida a las personas, familiares y comunidad en general.

Administración de los Servicios de Salud

De acuerdo con Castell (2017) los sistemas de salud en la administración pública deben visualizarse como una inversión a través de la resolución de problemas de organización, estrategias, competencias profesionales, procesos, toma de decisiones, liderazgo, capacidad de cambio y descentralización; cuando no se cumplen estos factores las instituciones de salud pública se establecen como un gasto. Cabe mencionar que, la administración de los servicios de salud pública demanda la necesidad de fomentar y fortalecer un desarrollo sostenido.

En el ámbito de salud, la administración se establece como un sistema que permite la optimización de recursos humanos, financieros y técnicos. Por lo general, los médicos altamente calificados en su especialidad son aquellos individuos convocados para llevar a cabo la administración del sistema de salud; considerando su falta de preparación y experiencia en el mundo de la

administración; por el contrario, se encuentran aquellos elementos competentes y expertos en administración pero que a su vez no tiene conocimiento acerca de los problemas sanitarios. Los sistemas de salud se definen como un conjunto relacionado entre aspectos de finanzas, recursos, administración y organización concluyendo en la entrega de servicios sanitarios hacia la población. Aquellos directivos que administran las instituciones de salud tienen como obligación asegurar que el servicio se preste de manera oportuna, con un bajo costo pero a su vez, manteniendo los más altos estándares de calidad (Pavón y Gogeochea, 2004).

Los factores claves para llevar a cabo la eficiencia y crecimiento permanente de un sistema de salud son las habilidades y competencias de administración. Por lo general, un profesional de salud experto en su especialidad puede postularse para la administración del sistema, pero carecer de experiencia, al igual que un experto administrativo se puede postular sin conocer los problemas de salud existentes. Con el paso de los años, la demanda de servicios por parte de la población aumenta, factor que se convierte en un reto complejo para las instituciones y el gobierno. En la actualidad, la administración de los servicios de salud demanda de un conjunto de habilidades, técnicas y conocimientos que permita la ejecución y cumplimiento de los objetivos institucionales (Bazán, 2015).

Marco Conceptual

La calidad en los servicios sanitarios se refiere a los cuidados, procedimientos y actitudes que mantengan el personal enfermero y médico de una institución. Para poder medir la calidad de un servicio o asistencia brindada al usuario se lo puede conocer a través de la satisfacción percibida de los clientes a través del

cumplimiento de las necesidades médicas de los usuarios (Ayuso y de Andrés, 2015). En cambio, para Kliegman, Stanton, Geme y Schor (2016) la calidad de la asistencia sanitaria la definen como el grado de los servicios sanitarios que incrementan la probabilidad de alcanzar resultados deseados en el servicio sanitario, los cuales deben concordar con el conocimiento profesional.

Otra de las variables que se pretende estudiar en la investigación es el **costo hospitalario**, el cual se lo define como los egresos que poseen los hospitales a nivel general; es decir el costo que estos deben de cubrir para poder brindar una atención médica de calidad. En estos intervienen el valor que se debe de cancelar a los médicos y demás personal que labora en el hospital, las medicinas, los equipos y mantenimiento que se debe de realizar de forma periódica para el buen funcionamiento de los mismos (Paolillo, et al., 2016).

Dentro de los costos hospitalarios se suelen solicitar exámenes auxiliares, para de esta forma tener un mejor panorama del problema de salud del paciente, que según Sandoval (2016) se los conoce también como exámenes de laboratorios que son enviados por el médico para poder determinar la causa de una enfermedad o patología, por medio del análisis de la orina, sangre, heces, de rayos x, ecografías, entre otros que permitirán tener la certeza de un diagnóstico de forma inmediata, para poder tomar una decisión médica correcta sobre los cuidados, tratamientos o procedimientos quirúrgicos o no quirúrgicos a realizar. Los exámenes auxiliares lo conforman las ecografías, los exámenes de sangre, los rayos x, las resonancias, las pruebas inmunológicas, las tomografías, entre otros.

Es importante definir el concepto de historia clínica, debido a que es aquí donde se registra toda la información concerniente al paciente. Según Sánchez y Mingo (2017) la historia clínica se trata de un documento legal que se caracteriza

por detallar toda la información sobre un paciente de forma escrita y ordenada. Esta se abre o inicia en la primera atención de la persona en una casa sanitaria, en donde se debe de registrar información personal del individuo, patologías familiares, antecedentes clínicos pasados, alergias o contraindicaciones sobre medicamentos. Así como también se deben de registrar la enfermedad, diagnóstico, medicinas y demás procedimientos realizados durante su estadía en la casa sanitaria. De igual manera, para la organización Humanes de Madrid (2018) la historia clínica se refiere a un conjunto de documentos que están relacionados a los procesos asistenciales que se brinda a cada uno de los pacientes, así como la identificación de los profesionales y médicos que intervinieron en dichos procesos, de esta manera se logra conseguir una mayor integración de la documentación clínica de los pacientes.

La historia clínica se ha llevado a cabo durante años en papel, sin embargo en la actualidad debido a los cambios y adaptaciones con la tecnología que se ha presenciado a nivel mundial, se realizan las historias clínicas electrónicas, las cuales siguen el mismo procedimiento pero de forma digital y esta es subida a la plataforma de la institución de forma inmediata, dentro de los beneficios se encuentran una mayor legibilidad de la información, respaldo, menores probabilidades de pérdidas y fácil acceso (Minota y Cardona, 2016). En cambio, según Montalbán et al. (2014) la historia clínica electrónica es una herramienta que permite registrar de una forma ordenada información importante acerca de la salud del paciente en un software institucional; la información obtenida por medio de la atención médica es guardada en línea y por lo tanto los profesionales de la salud pueden disponer de la misma en cualquier momento.

De acuerdo a lo mencionado por Curioso y Espinoza (2015) la infraestructura se refiere a una plataforma usada en el campo de la salud, en donde se encuentran detalladas de forma digital la información, en esta se puede mantener información de los usuarios, programas, análisis, observaciones y diagnósticos dados por parte del médico lo cual facilitará el acceso a la información por medio del respaldo electrónico. Además, para Viniegra (2017) la infraestructura se trata de la contracción de infraestructura e informática, es decir que se refiere a las estructuras informáticas de gran escala que son necesarias en la economía contemporánea.

Según lo expuesto por Vicente et al. (2015) el método clínico se refiere al diagnóstico y chequeo realizado a un paciente en su primera consulta, el cual permite conocer las razones y situaciones en las que se ha presentado la afección en la salud del individuo, por medio de la realización de exámenes clínicos que confirmarán el diagnóstico emitido por el profesional para proceder con el tratamiento de curación. Para Camiro, Parada, Peschard y Vera (2017) el método clínico se trata de un proceso que es derivado del método científico que desarrollaron los profesionales de la salud, con la finalidad de crear conocimiento desde el proceso salud enfermedad de una persona; en otras palabras quiere decir que este método permite hacer preguntas al paciente para que este recuerde toda la información clínica necesaria de su problema de salud y de esta forma poder incorporarla en su historia clínica.

Otra de las definiciones que es necesario revisar son los signos vitales o signos de vida, son aquellas señales emitidas por el paciente las cuales indican que aún tiene vida, dentro de las señales se pueden observar, los movimientos que realiza, respiración, consciencia, dilatación de las pupilas, los latidos cardiacos, lo

cuales permitirán saber la situación clínica en la que se encuentra en paciente, así como también el nivel de riesgo que tenga su vida (Márquez, Antequera, Gutiérrez y Hernández, 2016). De igual manera, para Butcher, Bulechek, Dochterman y Wagner (2019) los signos vitales se refieren a la recolección y análisis de signos que se basan en el estado respiratorio, de temperatura corporal y estado cardiovascular del paciente a fin de establecer y prevenir cualquier tipo de complicación.

Para lograr mejorar o curar una enfermedad o problema de salud, el médico debe realizar procedimientos terapéuticos, los cuales se los conceptualiza como aquellos exámenes, terapias o tratamientos que envía el médico para la recuperación o mejoramiento de una enfermedad o patología. Estos procedimientos se los realiza con la ayuda del personal enfermero que son aquellos que brindarán asistencia a los usuarios para alcanzar resultados más rápido (Moorhead, Swanson, Johnson y Maas, 2018). En cambio, según Belsley (2019) los procedimientos terapéuticos se refieren a cualquier procedimiento quirúrgico o médico que se lleva a cabo con el propósito de lograr curar, eliminar o reparar cualquier problema de salud previamente identificado.

Por otra parte, es importante definir la terapia intensiva, la cual es también conocida como unidad de cuidados intensivos, en esta unidad o área se encuentran aquellos pacientes que presentan una situación clínica grave en la cual la vida del individuo se encuentra en peligro. Terapia intensiva se encuentra equipada con personal médico especializado para atender las situaciones de alto riesgo que comúnmente se presentan en el área (Del Río, 2017). Adicional, según el Hospital Galenia (2019) la terapia intensiva se trata de un área que se especializa en tratar los problemas severos de salud, los cuales pueden ser los problemas respiratorios

severos, accidentes, complicaciones de cirugía e infecciones; es por eso que la sala de terapia intensiva es muy importante para todos los hospitales, debido a que es aquí donde se proporciona a los pacientes ayuda adicional de máquinas como son los resucitadores, sondas de alimentación, catéteres, monitores, entre otros.

Cabe señalar que, uno de los factores que predomina en una institución sanitaria es la eficiencia, criterio que se define como la capacidad que se mantiene al momento de disponer de alguien para lograr y adquirir un determinado efecto mediante la optimización de recursos (Rojas, Jaimes y Valencia, 2018). Por otra parte, Ganga, Cassinelli, Piñones y Quiroz (2014) establecieron una definición similar, donde manifestaron que la eficiencia hace referencia a la capacidad de contar con alguien, bajo el cual se podrá obtener un efecto y resultado positivo para la organización.

La terapia intensiva es una unidad operativa médica que brinda ayuda a las personas sujetas a enfermedades o lesiones que ponen en riesgo la vida de los mismos. En esta área se tratan problemas derivados de las infecciones respiratorias, accidentes o cirugías que requieren de un cuidado constante por parte de los profesionales de salud (MedlinePlus, 2020). La unidad de terapia intensiva es aquel espacio donde se brinda atención a todas aquellas personas que mantienen algún tipo de enfermedades o condiciones que significan un riesgo para la salud, bienestar y vida de los pacientes, por lo que se necesita un control permanente (Grupo Gamma: Red Integral de Salud, 2017).

De acuerdo con Messarina (2016) la calidad de atención se define como el resultado de un procedimiento que permite satisfacer las necesidades de las personas; es el conjunto de aquellas acciones que permiten otorgar un servicio sanitario óptimo considerando todos los factores derivados del servicio de salud y

de los usuarios. González (2020) indicó que la calidad de atención hace referencia a la maximización del bienestar de un paciente influyendo de forma directa en la satisfacción del mismo, esto se establece mediante el manejo y empleo de tecnología y la ciencia médica.

Por otro lado, Navarrete (2016) manifestó que los usuarios externos en las instituciones de salud son aquellos que demandan un servicio procedente de consulta médica, radiología, archivo clínico, radiología entre otros; mientras que los usuarios internos son aquellos elementos que desempeñan con eficacia, eficiencia y efectividad su trabajo, el mismo que está orientado al usuario externo. En el ámbito de salud, los usuarios internos son aquellos trabajadores que requieren de equipos e instrumentos para ejecutar su trabajo el cual se orienta al usuario interno; el cual se define como aquella población que solicita del trabajo del usuario externo (Navarrete, 2015).

Capítulo II

Marco Referencial

El marco referencial se encuentra conformado por un conjunto de investigaciones nacionales e internacionales, las cuales se caracterizan por integrar las variables objeto de estudio de la presente investigación. Los análisis de los trabajos ayudan a tener una idea mejor planteada y más clara para guiar el desarrollo de la investigación hacia la consecución de resultados y así conseguir responder cada uno de los objetivos de la investigación.

Estudios Referenciales

Conesa, Pastor y Lozano (2017) buscaron determinar la eficacia que posee realizar las historias clínicas de forma digital en el hospital de una universidad en donde se evaluaron historias clínicas de dos años siendo 1,270 para el año 2013 y 1,132 para el 2012. Las muestras fueron tomadas de forma aleatoria, dando resultados positivos para el área de hospitalización en donde hubo mejoras en cuanto al cumplimiento de los ítems como el motivo por la que acudió el paciente a su consulta con un 8.5%, se observó en cuanto a los procesos de alergias un 3.9%, exploración física 4.7% y curso clínico de 3.6%. Se pudo evidenciar en los informes para dar el alta que existió mejoras, seguido del seguimiento ambulatorio. La aplicación de historias clínicas de forma digital, han mostrado resultados positivos en las investigaciones, ya que permite tener mayor claridad a los médicos que las revisan, reducen errores en cuanto al olvido de algún dato del paciente, entre otras características.

La investigación de Vega (2017) con título del estudio “Evaluación de las historias clínicas del Ministerio de Salud Pública. Pacientes atendidos en la Clínica UCSG B-2016” (p. 1), mostró el siguiente objetivo general “Evaluar la

calidad del registro de datos en las historias clínicas del Ministerio de Salud Pública de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UCSG B-2016” (p. 2); en lo que respecta a la metodología de la investigación, el modelo que se utilizó fue el descriptivo y el tipo de investigación que se desarrolló fue documental, además la evaluación que se propuso fue cualitativa, la misma fue sobre las historias clínicas y también se evaluó de una forma retrospectiva, la investigación fue realizada en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, el criterio de inclusión que fue propuesto es que las historias clínicas debían de ser de pacientes mayores de 18 años, la muestra fue de 167 historias clínicas.

La investigación permitió conocer que el 13% de las historias clínicas son completadas de una forma correcta, sin embargo el 84% de ellas se logra llenar pero siempre con errores, se encontró que sólo el 3% de las historias clínicas son entregadas de forma incompleta; además se conoció que la anamnesis de los pacientes se produce de manera completa en un 72.2% de los casos, en el 17.4% se produce de manera parcialmente completa; se constató que el aspecto que menos se ingresó es el de diagnóstico (18.2%) y los aspectos que mostraron más errores al momento de su ingreso fueron los planes de diagnóstico, terapéutico y educacional con 23.9%, los únicos que fueron completados de manera correcta fueron los antecedentes personales y familiares (13.3%); en el 67.7% de los casos se ingresó los signos vitales correctamente, un 15.6% de forma parcialmente completa y el 16.8% mostró un ingreso incompleto de los signos (Vega, 2017).

Guerra y López (2017) llevaron a cabo un estudio para verificar la calidad de la prescripción médica mediante el uso de historias clínicas electrónicas, este fue descriptivo, retrospectivo y transversal, para la muestra se tomó en cuenta a 622

historias clínicas realizadas de forma manual y 149 hechas de forma electrónica, una vez aplicada la fórmula de la muestra para población finita dio como resultado 149 historias clínicas llenadas electrónicamente y 149 llenadas de forma manual dando una muestra total de 298 historias clínicas, el criterio de inclusión es que todas las historias clínicas tenían que haber sido diagnosticadas con neumonía, organismo sin especificar, neumonía bacteriana no clasificada, neumonía bacteriana sin especificar y neumonía sin especificar dentro de las instalaciones hospitalarias. Se excluyeron las historias de los pacientes que fallecieron durante su estadía en el hospital, los ingresados a cuidados intensivos, historias con documentación incompleta, que contaban con patologías crónicas descompensadas, la información fue recolectada durante un mes manteniendo parámetros de cuidado y seguridad al paciente.

Los resultados mostraron que las historias clínicas pertenecían el 25.8% a adultos mayores, a lactantes con un 31%, para escolares con un 12.7%. En el medicamento administrado se encuentra que en su mayoría fue usado el de primera elección destacando la prescripción electrónica con un 8% sobre la manual; en la duplicidad de medicinas de forma manual se encontraron que el 98.7% no estaba prescrita, en las electrónicas se evidenció un 90.6%; en cuanto a las alergias se evidenció que en las electrónicas el 99.3% consta en las prescripciones, mientras que las manuales se muestra que sólo el 4.7% consta; la dosis correcta mostró que el 99.3% estaba prescrita de forma electrónica; la firma de la prescripción de forma manual no existía en un 1.3%; la legibilidad de la información presentó el 40.9%. Estos datos mostraron la importancia de la calidad que debe tener la historia clínica, ya que pueden causar errores y

complicaciones en el paciente, lo cual puede ocurrir con mayor frecuencia en las historias clínicas realizadas de forma manual (Guerra y López, 2017).

La investigación de Eguez (2015) con título “Propuesta de una historia clínica electrónica en el pensionado del Hospital Enrique C. Sotomayor” (p. 1) demostró como objetivo “Estudiar la incidencia de la historia clínica manuscrita en la calidad de los servicios ofrecidos a los clientes internos y externos de la Clínica privada Enrique C. Sotomayor a través de una investigación de campo para diseñar una propuesta de una historia clínica electrónica en el pensionado del Hospital Enrique C. Sotomayor” (p. 4); el tipo de investigación fue de campo, especialmente se centró en lo descriptivo y exploratorio, como método investigativo el trabajo de estudio estuvo descrito por lo cualitativo y cuantitativo, es decir que el método fue mixto, como técnicas de recopilación de información se constó de las primarias y secundarias, siendo estas tipos de información; como herramienta de obtención de resultados se utilizó la encuesta, esta fue diseñada de acuerdo a dos orientaciones, la primera fue dirigida hacia el llenado tradicional o manuscrito de la historia clínica y la segunda estuvo enfocada a una situación a largo plazo acerca de una historia clínica electrónica que satisfaga las necesidades de los pacientes, el tipo de muestreo fue el aleatorio simple, en total se realizaron 213 encuestas dirigidas hacia los médicos.

Se conoció que el 99% de los médicos utiliza la tecnología como herramienta importante para realizar su trabajo; de acuerdo a la disponibilidad de la historia clínica tradicional el 40% y el 36% de los médicos expresaron que la misma se encuentra en un solo lugar físico, mientras que el 17% estuvo en desacuerdo con respecto a la respuesta anterior; según el 71% de los encuestados las historias clínicas no se encuentran en orden y organizadas; el 70% de los médicos indicó

estar en desacuerdo con la legibilidad que se presenta en las historias clínicas tradicionales, siendo más claro la metodología escrita a mano no es muy clara y en momentos no se entiende, el 66% de encuestados expuso que las historias clínicas hechas a mano o tradicionales tienen mayores probabilidades de presentar errores; el 75% manifestó que la firma en la historia clínica por lo general no es completada, mientras que el 20% dijo que la firma no falta y el 5% se mostró en una postura indiferente (Eguez, 2015).

Referente al tema, Ordóñez (2015) ejecutó una investigación con el objetivo de desarrollar un software médico ocupacional para manejar de forma eficiente los datos derivados de las historias clínicas ocupacionales en una organización petrolera. Esto se llevó a cabo mediante un estudio descriptivo bajo el método deductivo. La población estuvo conformada por un total de 12 médicos que laboran en seis centros sanitarios de la empresa, los mismos que registrarán las historias clínicas de 300 colaboradores, esto con el fin de certificar la aplicación del software.

Para llevar a cabo el diseño y desarrollo del software médico se requirió la participación de un personal capacitado y derivado de especialidades como médico ocupacional e ingeniería en sistemas. Bajo una observación de los procesos que interviene en la empresa que son el departamento de seguridad, médico y talento humano se diseñó el software con el objetivo de visualizar la información de una persona para el desempeño de un determinado cargo. Dicho sistema abarcó módulos de anamnesis, riesgos laborales del paciente, antecedentes ocupacionales y personales, signos vitales, evaluación antropométrica, atención médica, evolución, avisos médicos, exámenes complementarios, recetas, certificados, expedientes clínicos, consentimiento informado y la administración

del sistema. Para concluir, la implementación del software médico ha permitido la erradicación de registros en papel generando que los profesionales obtengan información en tiempo real (Ordóñez, 2015).

Las historias clínicas son aquellos documentos que registran la evolución médica y el tratamiento de los pacientes otorgado en un sistema de salud. Bajo este enfoque, Quispe, Navarro, Velásquez, Pinto y Olivares (2016) desarrollaron una investigación con el objetivo de evidenciar las características del registro de las historias clínicas de un hospital de Perú. La investigación se caracterizó por ser un estudio observacional, transversal y retrospectivo. Para la recolección de datos se empleó una ficha adaptada de la Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud de Perú, la cual estuvo conformada por 15 ítems evaluados bajo una escala de Likert de cinco opciones. La muestra estuvo conformada por 230 historias clínicas y se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias.

Mediante la aplicación de fichas se determinó que el 46.7% presentaban un contenido ilegible; a pesar de esto, se evidenció que el 91.1% de las historias mantenía un registro eficiente. De manera general, los ítems aceptables fueron: con el 84% indicación terapéutica clara, seguido del 74.7% por la evolución y el 70.7% por juicio clínico. Por otro lado, los ítems que estuvieron perfectamente registrados fueron; con el 97.3% indicación de pruebas y procedimientos, el 91.1% correspondió a la identificación del médico y las alergias representaron el 67.1%. Para finalizar, los ítems con mayor deficiencia de registro fueron: motivo de consulta con el 91.1%; el 72.9% representó a los hábitos vitales y finalmente el 38.2% correspondió al tratamiento previo. En conclusión, la mayor proporción de

las historias clínicas mantienen un registro aceptable, lo que ha permitido una correcta toma de decisiones (Quispe, Navarro, Velásquez, Pinto y Olivares, 2016).

Del mismo modo, Espinoza (2015) desarrolló un estudio con el objetivo de establecer la historia clínica electrónica como una herramienta para mejorar la calidad de atención en el área de consulta externa de un Hospital de Perú. La investigación fue un estudio no experimental, descriptiva, observacional y retrospectiva. La población estuvo conformada por aquellos pacientes que estuvieron sometidos a intervenciones quirúrgicas y acudieron a consulta externa durante el primer trimestre del año 2007 y 2015, constituyendo un total de 180 historias clínicas. El método de recolección de datos empleado fue un Checklist, el mismo que estuvo compuesto por 35 ítems, cuyo porcentaje debe ser mayor a 50% para considerarse aceptable.

Mediante un análisis global se determinó que la historia clínica electrónica alcanzó una media de 24.9 puntos, mientras que, las historias clínicas manuscritas mantuvieron un puntaje de 19.7. Los datos y el mayor puntaje encontrado se justifican al saber que, en la historia clínica electrónica los datos son obtenidos de un sistema generando que la información se refleje de forma automática en la hoja de consulta. En conclusión, sobre el conjunto de historias clínicas valoradas se determinó que aquellas de carácter electrónico son aceptables, por lo que su uso genera un impacto positivo para el sistema de salud. Asimismo, se identificó que los ítems con menor información de registro son los antecedentes y las funciones vitales; por el contrario, el grupo con mejor registro fue la dimensión de diagnóstico y CIE 10. Se recomendó la implementación de un nuevo sistema de historia clínica electrónica que permita la toma de decisiones oportuna y adecuada (Espinoza, 2015).

En el ámbito de la salud, las historias clínicas se establecen como un modelo protagónico que permite el suministro de información médica del paciente influyendo en la toma de decisiones adecuadas para salvaguardar su bienestar. Vargas y Hernández (2019) efectuaron un estudio con el objetivo de reconocer el potencial que mantienen las historias médicas al momento de establecerse como una fuente de datos para obtener información necesaria acerca de los costos hospitalarios. La investigación fue mixta, debido que se empleó un estudio documental y de campo, con alcance descriptivo y mantuvo un enfoque cualitativo. Para llevar a cabo la recolección de datos se utilizó una entrevista y se procedió a realizar una revisión documental y teórica.

Se evidenció que, las historias médicas son un modelo sólido que reflejan información relativa a los costos, datos fundamentales para la administración y optimización de recursos; adicional, se determinó que, bajo este esquema, se clasifica y se prioriza el tipo de atención manteniendo una relación entre la capacidad instalada y la estructura de costos. Para concluir, la historia médica es un instrumento empleado en el proceso de atención de los usuarios, permitiendo visualizar datos como la evolución médica, intervenciones y tratamientos otorgados por un centro de salud, incluyendo información enlazada con los costos que el hospital requiere para atender a dicho paciente. Los costos permiten a los administradores verificar las necesidades del sistema de salud a fin de establecer la cantidad de recursos que se requieren para cada especialidad; puesto que, su conocimiento influye en el presupuesto de la gestión hospitalaria (Vargas y Hernández, 2019).

Por otra parte, Delgado (2019) desarrolló un estudio con el objetivo de evaluar el sistema de auditoría médica de un hospital de la ciudad de Cuenca a fin

de establecer un plan de mejoras. La investigación mantuvo un enfoque cuantitativo, alcance exploratorio, descriptivo y de corte transversal. Los métodos y técnicas de investigación empleados fueron el uso de indicadores de porcentajes en las historias clínicas; esto con el propósito de valorar la calidad asistencial del sistema de salud. Para el análisis del sistema de auditoría médica se utilizaron instrumentos de supervisión participativa a través de un trabajo de equipo entre los jefes de cada área. La población estuvo conformada por 135 historias clínicas, bajo el desarrollo de un muestreo se obtuvo un total de 100 registros.

Bajo el análisis establecido del sistema de auditoría médica, se determinó la existencia de un margen de 67% de omisiones y errores en ciertos indicadores indispensables en el registro de las historias clínicas, por lo que evidenció la necesidad de mejorar dicho aspecto. Mediante el empleo de un proceso de capacitación dirigido al personal de hospitalización y ambulatorio se constató una mejora sustancial en el cumplimiento de los indicadores evaluados. Se evidenció la necesidad de mejorar y reorganizar la coordinación general y el comité de auditoría médica, mediante la asignación de presupuesto y talento humano para su funcionamiento (Delgado, 2019).

Referente al tema, Toscano (2017) realizó una investigación con el objetivo de examinar el funcionamiento del registro en las historias clínicas a fin de visualizar su nivel de confiabilidad y las dificultades que se derivan de su manejo en un hospital de Argentina. La investigación mantuvo un diseño no exploratorio, descriptivo bajo un método empírico. La población estuvo constituida por 1 800 funcionarios y a través de un muestreo aleatorio simple se obtuvo una muestra de 57 colaboradores.

Conforme los resultados, se identificó que, los usos de las historias clínicas en el segmento de atención directa mantuvieron un porcentaje del 68%. Por otra parte, se identificó que el manejo de las historias clínicas es de carácter regular, lo cual fue representado por el 45%; mientras que las historias clínicas electrónicas mantuvieron un nivel entre bueno y muy bueno con un 68%. Adicional, el 75% de los segmentos han empleado el registro de las historias clínicas electrónicas, mientras que el 38% ha evidenciado problemas con las historias clínicas. Mediante los datos encontrados, se recomendó el uso de tecnología para la mejora continua del proceso de registro de las historias clínicas influyendo en un almacenamiento seguro y adecuado para agilizar los procedimientos derivados de consulta externa, evolución médica y tratamiento del paciente (Toscano, 2017).

Sistema de Salud – Red Complementaria

El Ministerio de Salud Pública, determinada como la autoridad sanitaria a nivel nacional emplea el Modelo de atención Integral de Salud (MAIS-FCI) con la finalidad de organizar y construir los procesos de prestación, organización, financiamiento y gestión del sistema nacional de salud. Cabe destacar que, el funcionamiento de las redes de los establecimientos de los servicios de salud es uno de los elementos primordiales de este modelo. En Ecuador se encuentra la Red Pública Integral de Salud, el cual es el eje central de la Red Nacional incluyendo la participación de la Red Complementaria de Salud, que son aquellos prestadores externos, privados que otorgan el servicio de atención con y sin fines de lucro (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Con el paso de los años, el sistema de salud pública nacional, se ha establecido como un modelo que no abastece la demanda poblacional del país; de acuerdo con este factor, nace la Red Complementaria de Salud, la misma que fue

emitida por el Ministerio de Salud Pública junto al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en el año 2012; cabe destacar que, en dichas casas de salud pueden acudir todos los afiliados del IESS y aquellos usuarios que no son atendidos en el sector público debido al déficit de médicos especialistas, camas o equipos tecnológicos (Ministerio de Salud Pública, 2019).

La Red Complementaria de Salud se ha establecido como una política de gobierno que ha permitido el acceso a la salud de toda la población de forma gratuita. De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (2020) las entidades privadas que ejercen en calidad de proveedores de servicios de atención para el sector público se encuentra compuesto por la Red Complementaria de Salud, la misma que se encuentra integrada por la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Cruz Roja Ecuatoriana, Hospitales y clínicas privadas, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer y la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil.

Marco Legal

De acuerdo a lo descrito en el Art. 2 de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente se menciona: “Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y ratado con respeto, esmero y cortesía” (Asamblea Nacional Constituyente, 2006, p. 1 - 2).

A su vez, en el Art. 5, el derecho a la información establece que

Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las

alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptuándose las situaciones de emergencia (Asamblea Nacional Constituyente, 2006, p.2).

Asimismo, en el Art. 7 de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente, se habla sobre el amparo que poseen los pacientes en situación de emergencia, donde exige a todos los organismos de salud ya sean públicos o privados a brindar una atención inmediata en caso de que un paciente llegue a la unidad en situación crítica o que ponga en riesgo su vida, sin realizar ningún tipo de pago o firmar algún documento para poder ser atendido (Asamblea Nacional Constituyente, 2006).

En el Art. 7 de la Ley Orgánica de Salud sobre los deberes y derechos de las personas en el inciso *f* establece “Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis” (Asamblea Nacional Constituyente, 2015, p.4)

La parte jurídica se vincula con el tema de estudio, ya que el servicio de salud es un derecho que disponen todas las personas, por lo cual este debe ser brindando de manera oportuna cuando es requerido; además de informar a los pacientes acerca de su situación o cualquier procedimiento que se deba realizar, así como, recopilar información necesaria y registrarla de manera confidencial, completa y legible en la historia clínica, con lo cual podrá hacer un mejor pronóstico del problema de salud y garantizar la calidad del servicio.

En el presente capítulo se han analizado diferentes investigaciones que permitieron tener mayor conocimiento sobre el comportamiento de las variables

de estudio; así como, se dio a conocer la situación actual del Hospital Clínica San Francisco y se finalizó con las leyes que sustentan el presente trabajo de investigación. A continuación, se presenta el marco metodológico.

Situación Actual del Hospital Clínica San Francisco

El Hospital Clínica San Francisco se encuentra ubicado en la ciudadela Kennedy Norte de la ciudad de Guayaquil, el cual brinda atención médica a los usuarios desde el año 2003, cuenta actualmente con habitaciones en sus diferentes categorías, como son compartidas, privadas y suites, con un total de 140 camas con tecnología de punta, permitiendo el manejo fácil para los pacientes y sus acompañantes, generando comodidad durante su estancia, ya que cuentan con un sofá-cama, baño con ducha incorporada, teléfono con conexión directa al área de enfermería y televisión en toda la institución. En cuanto al equipamiento médico, cuenta con 10 camas en cuidados intensivos para neonatos y 28 camas para adultos; seis termocunas para cuidados intermedios, un quirófano para cirugía cardiovascular, una sala de hemodiálisis, en el área de emergencia cuenta con 15 camas, ocho en quirófano y un área de terapia física (Hospital Clínica San Francisco, 2019a). El hospital cuenta con 554 colaboradores en toda la clínica; en tanto que, para las terapias cuenta con 60 colaboradores.

Servicios

Dentro de los servicios que este brinda a la ciudadanía se encuentran laboratorio clínico, hospitalización, reproducción asistida, emergencia, sala de imágenes y maternidad. En cuanto a las especialidades con las que el hospital cuenta son ginecología y obstetricia, rehabilitación clínica, traumatología, cardiología, hemodinamia, cirugía, paciente clínico, terapia respiratoria, pediatría y neonatología.

Misión

Según el Hospital Clínica San Francisco (2019b) su misión es “brindar servicios integrales de salud a la población de manera oportuna, eficiente y cordial con los mayores estándares de calidad que nos permita caminar hacia la excelencia y satisfacción del cliente”. (párr.1)

Visión

Mientras que la visión de la institución es “llegar a ser un Hospital de referencia para todas las especialidades médicas aplacándonos con nuestros equipamientos de alta tecnología, para así llegar a la excelencia y al liderazgo en los servicios de salud privados del país”. (párr.2)

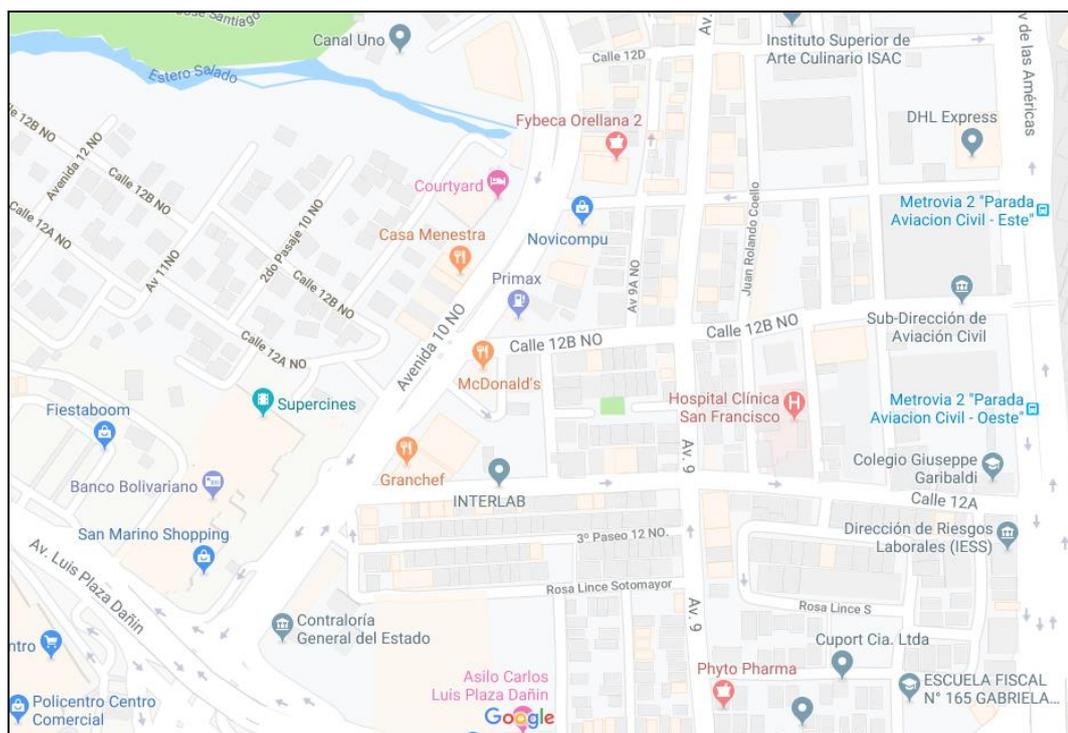


Figura 1. Ubicación Hospital Clínica San Francisco. Tomado de Google Maps.

Terapia Intensiva

De acuerdo al Hospital Clínica San Francisco (2019b) atiende en la UCI a pacientes quirúrgicos y médicos a partir de los 16 años de edad. Durante el primer trimestre del 2018 ingresaron en UCI 91 personas en su mayoría del sexo

masculino, la edad promedio fue de 69.2 años siendo el menor paciente de 23 años y el mayor de 98 años; los pacientes fueron ingresados por diagnóstico de sepsis, shock séptico, insuficiencia respiratoria aguda e infarto agudo de miocardio, las principales comorbilidades vinculadas fueron a los antecedentes respiratorios, nefro urinarios, infección de partes blandas, abdominal, no determinado, multi-orgánico y cardiaco (Navarrete, 2018).

Tecnología

El sistema informático que se utiliza actualmente para las operaciones diarias de la Clínica San Francisco es el Winfenix, el cual presenta fallas cuando todo el hospital se conecta al mismo tiempo generando pérdidas al mismo. Asimismo, se ha evidenciado por medio de la observación que los registros no se completan a cabalidad dentro de las historias clínicas, lo que ha generado problemas para devengar los valores de las aseguradoras de salud.

En UCI el Hospital Clínica San Francisco dispone de equipos modernos de tratamiento, diagnóstico y monitoreo que le ayudan a evaluar al profesional diferentes variables clínicas, infundir medicamentos especiales en dosis cuidadosamente controladas y detectar alteraciones de los diversos órganos comprometidos. Se cuenta con salas monitoreadas, terapia respiratoria, monitores multiparámetros y salas de reanimación, donde se atienden pacientes con politraumas, accidentes vasculares, infartos agudos de miocardio, esguinces, afecciones complejas, entre otras (Hospital Clínica San Francisco, 2019b).

Capítulo III

Marco Metodológico

En el marco metodológico se procedió a esquematizar la metodología del presente trabajo, presentando el enfoque, alcance, tipo y técnicas de recopilación de la información. Luego se procedió a establecer la muestra, variables, operacionalización y análisis de resultados.

Enfoque de Investigación

El enfoque cuantitativo se define por haber sido diseñado de acuerdo a un conjunto estructural completamente numérico, este tipo de enfoque se estipula a través de una captación y estudio de datos con el objetivo de responder a una serie de interrogantes de investigación. El fondo de este enfoque tiene varios aspectos, uno de ellos es que emplea la medición en cantidades numéricas y la segunda requiere el establecimiento de un contexto estadístico, con la unión de lo numérico y estadístico se pretende conocer el comportamiento de un fenómeno (Vega et al., 2014).

En tanto que, el enfoque cualitativo permite una mayor riqueza interpretativa, por medio de las opiniones y puntos de vista de expertos en tema (Hernández y Mendoza, 2018). Por medio del enfoque cuantitativo se analizó cada una de las respuestas a través de la participación activa de valores porcentuales, esto ayudó a captar la información con mejor claridad. En cambio, por medio del enfoque cualitativo se conoció sobre los problemas y costos generados por la calidad de las historias clínicas electrónicas, a través de la opinión de un directivo de la clínica objeto de estudio. El método utilizado fue inductivo.

Alcance de la Investigación

El alcance de investigación descriptivo tiene como primicia el entregar la

oportunidad a los investigadores de llegar a conocer diferentes tipos de escenarios, comportamientos, preferencias, costumbres y demás aspectos diferenciadores de una o un grupo de personas por medio de la implicación de un desarrollo de una actividad completamente descriptiva. La descripción como tal permite que se conozca a profundidad lo que se está investigando y por lo tanto esto entrega un conocimiento más claro y completo, la modalidad descriptiva es un alcance eficiente que entrega respuestas a las interrogantes planteadas previamente (Mantilla, 2014).

El alcance descriptivo ayudó a rescatar información importante acerca de la calidad de las historias clínicas, con esto se obtuvo una descripción completamente direccionada con respecto a la participación de las historias clínicas dentro de cada caso hospitalario, con la obtención de la información y datos correspondientes se pudo realizar una intervención comparativa en base a la incidencia que tenía la calidad de las historias clínicas sobre los costos hospitalarios.

Tipo de Estudio

El diseño transeccional o también conocido como transversal es la metodología de trabajo investigativo que se encarga de recoger información en un solo determinado momento, la finalidad de su estructura es exponer las variables y estudiar su impacto y relación en un tiempo dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Desde el punto de vista, el estudio fue transversal debido a que se realizó la toma de historias clínicas en una sola ocasión.

La investigación no experimental es la que es llevada a cabo sin el objetivo de querer tener algún control o generar algún cambio sobre las variables, el no experimental requiere que dos variables o fenómenos se desarrollen en su

ambiente natural, sin sufrir ninguna manipulación por parte de los investigadores (Hernández et al., 2014). En esta investigación se tomaron las historias clínicas sin la aplicación de ningún estímulo, manteniendo las variables en su contexto natural.

Técnicas de Recopilación de la Información e Instrumentos

El concepto de cuestionario se define como una estructura especial que su función es específicamente obtener información de una unidad de análisis, generalmente un cuestionario está conformado por una serie de interrogantes implementadas en base a una o más variables, esta herramienta permite que se obtenga la oportunidad de mejorar, sistematizar y estandarizar el procedimiento de obtención de datos (Bernal, 2010). El cuestionario validado por Matzumura et al. (2014) servirá como pauta para ir señalando los puntos más relevantes con respecto a la información obtenida, en base al análisis de las historias clínicas. La técnica utilizada fue la observación directa.

Para obtener la información correspondiente y de esa manera poder medir la calidad de las historias clínicas se utilizó un cuestionario especial, el cual está conformado por 10 ítems que fueron la fecha y hora de la atención, pulcritud y legibilidad, anamnesis adecuada con antecedentes, signos vitales, examen físico, diagnóstico, plan de trabajo, exámenes auxiliares, tratamiento completo, firma y sello del tratante. Para constatar la fiabilidad del cuestionario se seleccionaron 350 historias clínicas con la autorización del departamento de Archivos de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, con esto se realizó una prueba piloto en donde se tomaron en cuenta 10 historias clínicas del consultorio externo de la clínica mencionada, los investigadores especialistas dieron uso a una prueba de consistencia interna aplicando Kuder y Richardson, mediante esta prueba se

constató que el cuestionario fue completamente fiable ya que la puntuación mostrada fue de 0.84 (Matzumura et al., 2014). El instrumento se lo puede revisar en los apéndices.

Adicional, se desarrolló una guía de entrevista, la misma que estuvo conformada por un total de siete interrogantes que abordaron aspectos como el software que actualmente utiliza la Clínica San Francisco, los problemas evidenciados en dicho modelo, de forma específica en el registro de las historias clínicas, las soluciones que se podrían otorgar, la pérdida generada por la caída del sistema, el promedio de pacientes en la semana, las consecuencias económicas del mal uso de las historias clínicas y los aportes emitidos para corregir dicho problemas.

Para concluir, se desarrolló una pequeña encuesta de ocho preguntas dirigidas al personal médico, con la finalidad de conocer la importancia de esta herramienta en la Clínica San Francisco y así determinar un mejor resultado para la investigación, la misma que fue revisada y validada por la tutora de investigación centrándose en conocer mayores características del problema actual, para lo cual se consideraron aspectos teóricos tales como los trabajos de Chero et al. (2016), Ilizástigui y Rodríguez (2017) y Santamaría et al. (2015), para con esto, lograr conocer la opinión de los profesionales sobre la importancia del llenado de las historias clínicas.

Muestra

El muestreo probabilístico aleatorio simple está considerado como la técnica de referencial importancia, la cual ha sido creada en base a características probabilísticas, con esto se quiere decir que cuando se utiliza este tipo de muestreo se le entrega la oportunidad a todas las unidades de investigación de que

puedan ser seleccionadas para formar parte de un trabajo de investigación y que su participación sea pieza clave en la obtención de resultados y resolución de problemas (Mantilla, 2014). Se aplicó el muestreo probabilístico aleatorio simple, puesto que de esta forma se permite que se incorpore a todas las historias clínicas de pacientes que han pasado al área de terapia intensiva del hospital.

Para obtener la cantidad total de historias clínicas a ser analizadas se realizó y resolvió la fórmula respectiva del cálculo de la muestra, para esto se utilizó una población total de 1 000 historias clínicas, que fueron registradas en el período 2019 de forma semanal, dentro de la fórmula se tomaron en cuenta los siguientes factores para la realización del cálculo:

(N) Tamaño de la población = 1 000 historias clínicas

(Z_{α}^2) Nivel de confianza = 1.962

(p) Probabilidad de éxito= 0.5

(q) Probabilidad de fracaso= 0.5

(d) Precisión=0.05

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{1,000 \times 1.962_{\alpha}^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (1,000 - 1) + 1.962_{\alpha}^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{962.36}{3.46}$$

$$n = 278$$

Por otra parte, se realizó un muestreo por conveniencia al personal médico, quienes son las personas que registran los datos en las historias clínicas de los

pacientes. La muestra establecida se determinó para un valor de 40 profesionales a los cuales se les aplicó una pequeña encuesta conformada por ocho interrogantes.

Variables de la Investigación

Variable independiente: Calidad de historias clínicas.

La historia clínica es una herramienta de búsqueda para la obtención de información médica relacionada con el caso y situación de los pacientes. La calidad de la historia clínica es la pieza fundamental en todo sistema de información hospitalaria, puesto que permite verificar ciertos aspectos que son indispensables en la toma de decisiones para salvaguardar el bienestar del usuario (Ilizástigui y Rodríguez, 2017).

Variable dependiente: Costo hospitalario.

El costo hospitalario se define como los egresos que sustentan los hospitales a nivel general; es decir, es aquel costo que la institución debe cubrir para otorgar un servicio de atención de calidad. En este aspecto se integra el costo derivado del pago de los profesionales de salud, adquisición de equipos, medicinas, mantenimiento, etc (Paolillo et al., 2016).

Operacionalización de las Variables

En la siguiente tabla, se evidencia la operacionalización de las variables, factor que se constituye de dos criterios; por un lado, se encuentra la calidad de las historias clínicas cuyo instrumento de medición será el cuestionario; por otro lado, se encuentra el costo hospitalario, cuyo instrumento de medición establecido es la entrevista.

Tabla 1
Operacionalización de las variables

Variables	Definición	Instrumentos
Variable independiente		
Calidad de historias clínicas	Documento que registra información importante acerca del estado de salud del paciente y demás datos personales.	Cuestionario
Variable dependiente		
Costo hospitalario	La cantidad monetaria que egresa de un hospital en base a la utilización de los recursos.	Entrevista

Análisis de Resultados Historias Clínicas

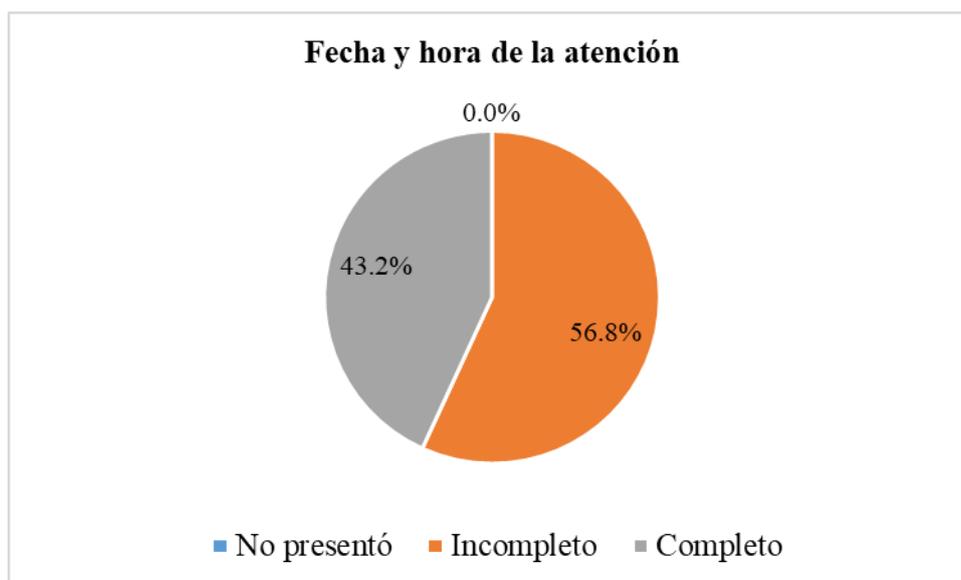


Figura 2. Fecha y hora de la atención

Las historias clínicas analizadas permitieron determinar que el 56.8% de estas presentaban fecha y hora de atención incompletas; en tanto que, el 43.2% se mostraron completas. Esto demuestra que existe una mayoría de historias clínicas que omite uno de estos datos, especialmente la hora.

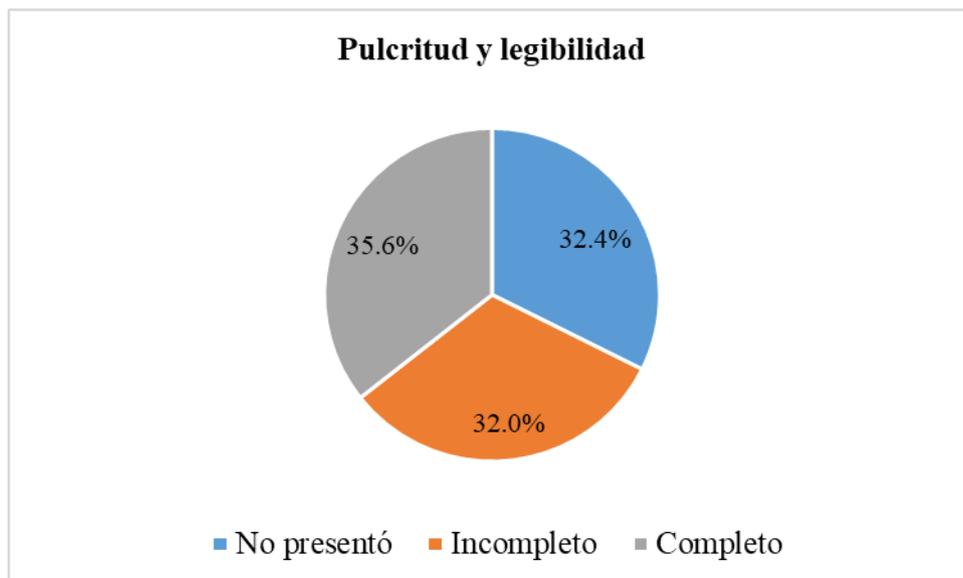


Figura 3. Pulcritud y legibilidad

Por medio de los resultados se logró identificar que la pulcritud y legibilidad se encuentra balanceada entre las opciones. El 35.6% se mostró pulcro y legible, el 32.4% no presentó estas características, mientras que el 32.0% se mostró incompleto con respecto a este atributo. Esto sucede especialmente por la legibilidad de las historias clínicas, que normalmente no es clara, ya que el personal médico escribe de forma apurada sin revisar que todo se haya escrito de forma adecuada, lo que provoca que el texto no sea legible y existan problemas posteriores.

La anamnesis no fue presentada de forma adecuada por el 53.6% del personal médico, el 28.8% la presentó de forma incompleta, mientras que el 17.6% lo hizo de forma adecuada. Este problema se presenta porque los colaboradores, a pesar de que le preguntan al paciente por sus patologías, síntomas, entre otras características; no registran estas preguntas ni sus respuestas dentro del registro de la historia clínica. Esto se ha tornado una característica común por el apuro de los médicos y por la poca importancia que le dan al registro en el sistema de historias clínicas.

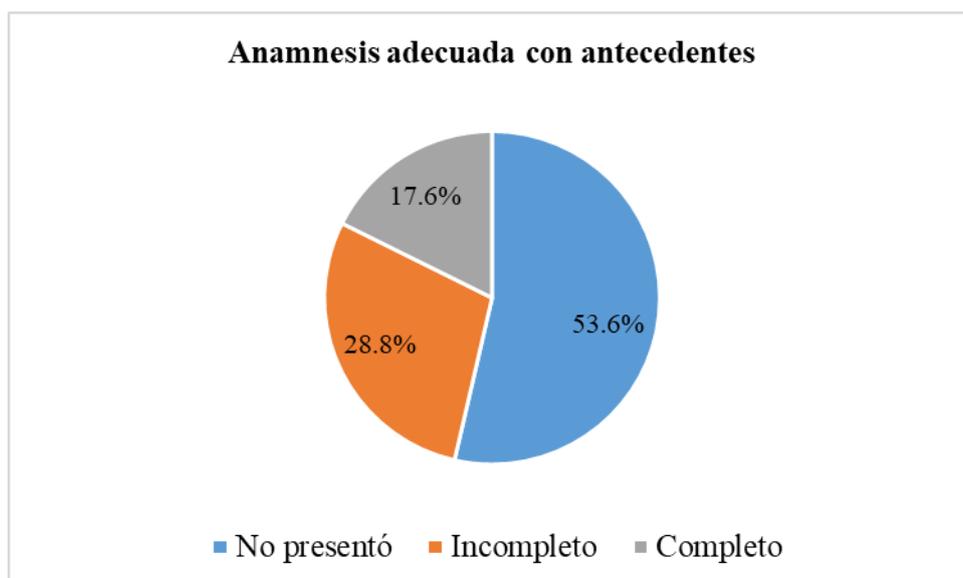


Figura 4. Anamnesis adecuada con antecedentes

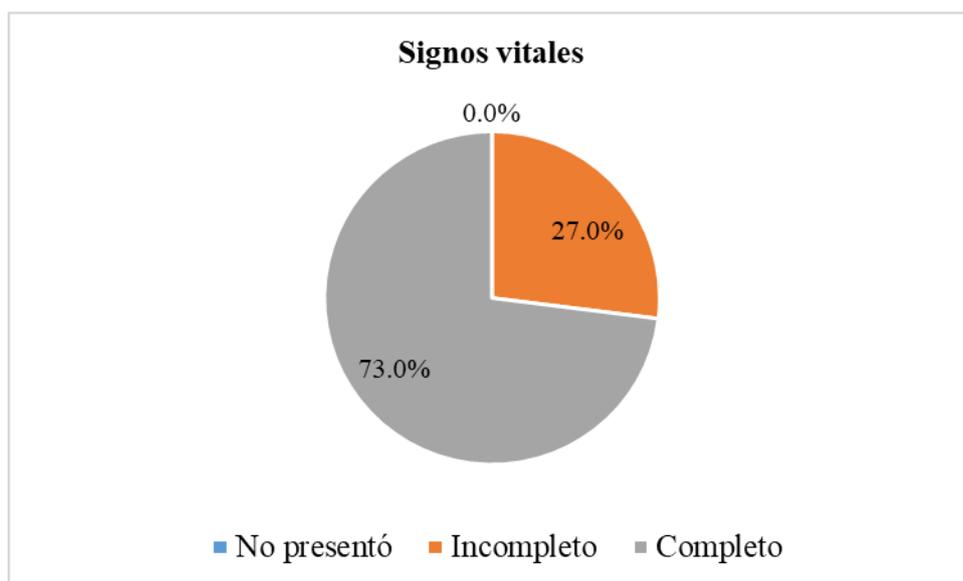


Figura 5. Signos vitales

Con respecto a los signos vitales, se pudo evidenciar que el 73.0% lo registra de forma completa, mientras que el 27.0% lo hace de forma incompleta; cabe destacar que, esta situación también se genera por el apuro y poca importancia que se le da al registro.

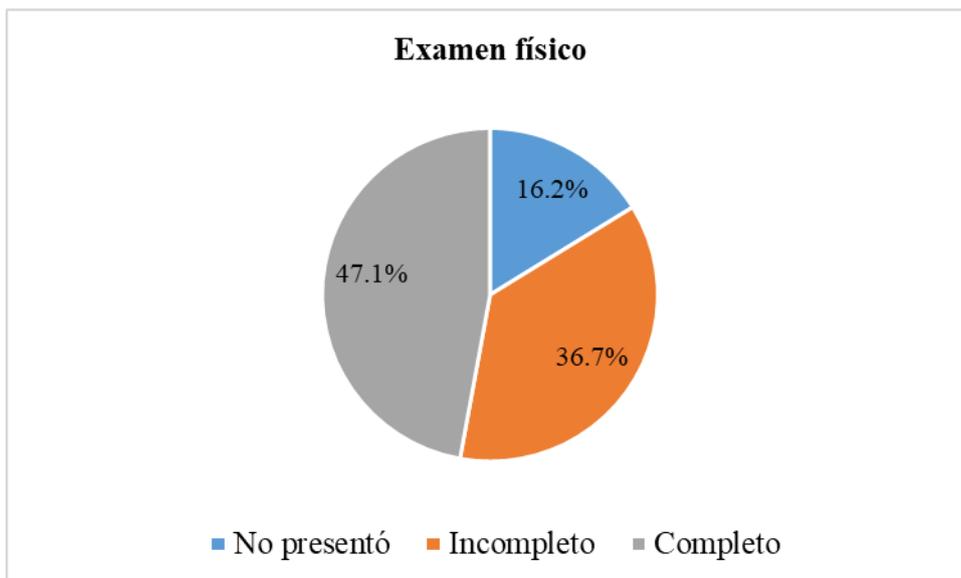


Figura 6. Examen físico

En relación al examen físico, este se registra en un 47.1% de forma completa, el 36.7% se registró de manera incompleta, mientras que el 16.2% no presentó esto dentro del registro de historia clínica. Esta situación ha generado que cuentas de aseguradoras no puedan ser cobradas, debido a la ausencia de datos que sustenten el accionar del personal, a pesar de que este haya estado acorde a los protocolos establecidos.

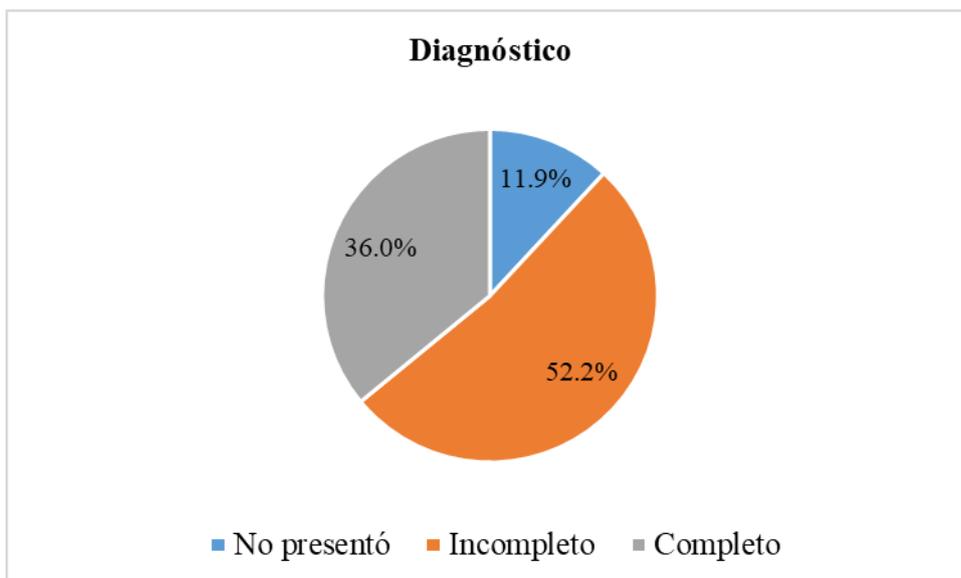


Figura 7. Diagnóstico

El registro de historias clínicas con respecto al diagnóstico mostró que un 52.2% presentó incompleto, un 36.0% se reflejó como completo, mientras que un 11.9% no presentó. Estos resultados demuestran que el diagnóstico tiene problemas con relación a su registro en la historia clínica dentro del software. El personal médico no siente la obligación de registrar estos datos, por eso muchas veces no lo hace.

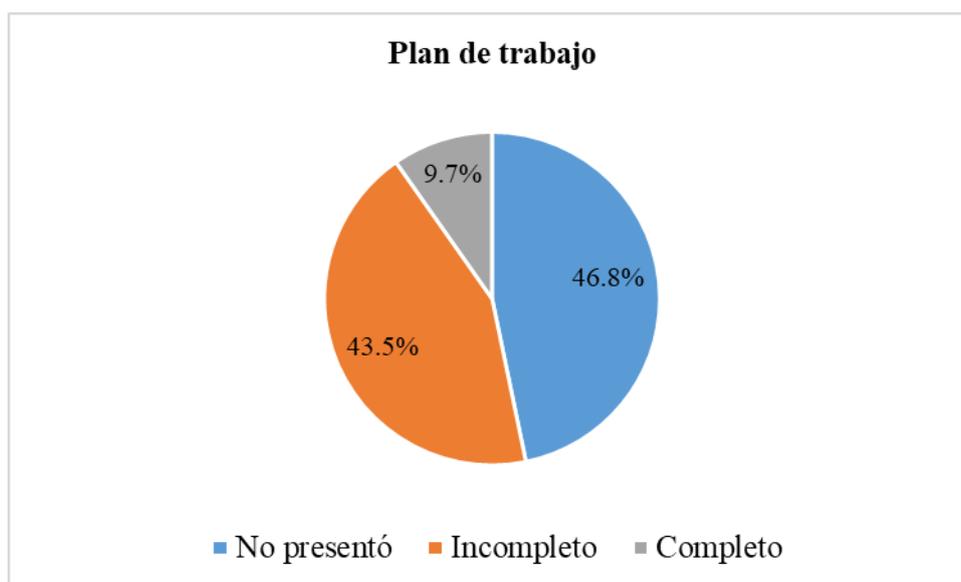


Figura 8. Plan de trabajo



Figura 9. Exámenes auxiliares

El plan de trabajo fue una de las características que más problemas tuvo con

respecto al registro en historias clínicas, ya que el 46.8% no presentó este plan, el 43.5% lo mostró de forma incompleta, mientras que el 9.7% lo hizo adecuadamente. Los resultados evidencian que el plan de trabajo es uno de los aspectos menos valorados por el personal médico para su registro, lo cual puede traer problemas posteriores para darle seguimiento al paciente.

En lo que se refiere a los exámenes auxiliares se muestra que el 77.0% presentó de forma incompleta este ítem; el 14.0% lo hizo de manera adecuada, mientras que el 9.0% no presentó estos exámenes. Los resultados reflejan que estos exámenes no son completamente ingresados en la historia clínica, a pesar de que se ejecuta su orden para ser realizado y facturado. Luego regresa el usuario con sus exámenes, el doctor lo evalúa y planifica el tratamiento; sin embargo, estos exámenes muchas veces se presentan de forma incompleta, sin dar mayores detalles al respecto.

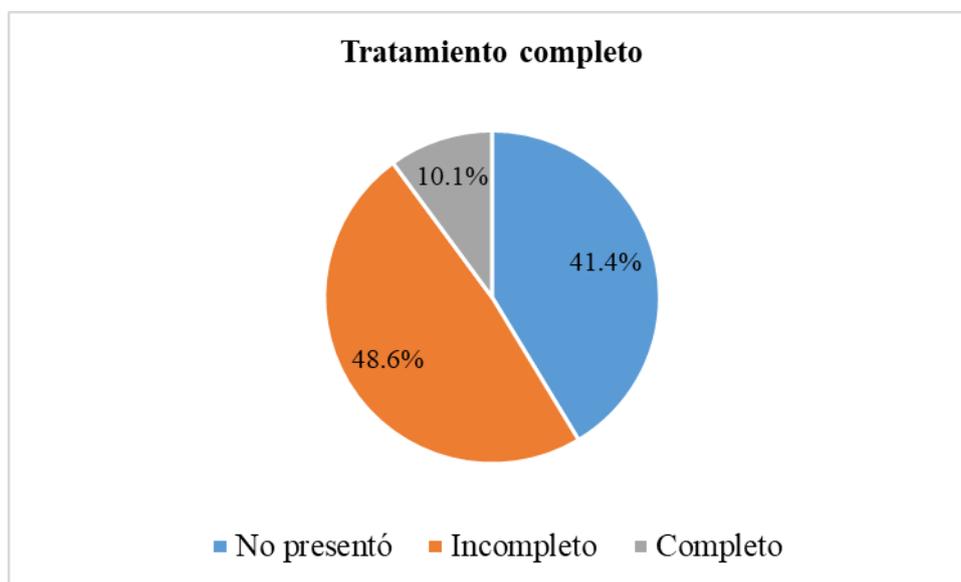


Figura 10. Tratamiento completo

En lo que corresponde al tratamiento completo, el 48.6% de las historias clínicas se mostró incompleto, el 41.4% no presentó; en tanto que, el 10.1% se mostró como completo. Estos resultados evidencian que el tratamiento no es

anotado de forma completa y detallada, sino que más bien se dejan muchos detalles en el aire o son sobreentendidos, lo cual produce que la calidad de la historia clínica disminuya al no tener mayores detalles sobre el tratamiento que se ha realizado o está realizando.

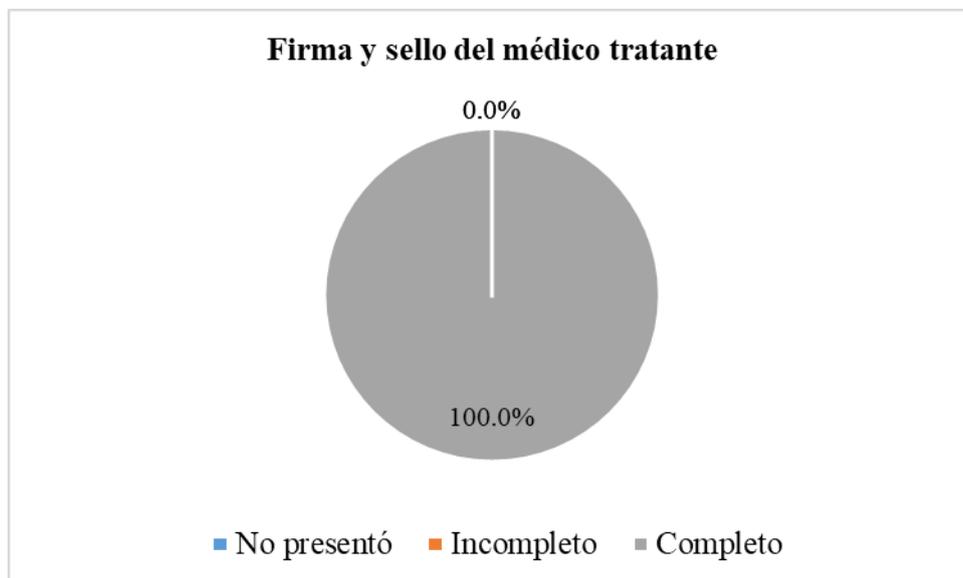


Figura 11. Firma y sello del médico tratante

En lo referente a la firma y sello del médico tratante se mostró que el 100.0% estuvo completo, ya que esto es un requisito obligatorio para el personal médico; por tanto, no se reflejan problemas con respecto a este aspecto dentro de la historia clínica.

Análisis general de resultados de historias clínicas

En la herramienta cuantitativa aplicada a 278 registros electrónicos que permitió determinar las características que tienen las historias clínicas de la Clínica San Francisco, se pudo evidenciar que la fecha y hora de atención se registra de forma incompleta; esto sucede principalmente porque no se anota la hora en que es atendido el paciente. Esto ocasiona que no exista un seguimiento adecuado cuando se genera un problema con algún usuario. En estos casos, el personal administrativo debe proceder a otras instancias para poder identificar el

proceder del personal médico, ya que en los registros no se refleja el horario de atención.

En la característica referente a pulcritud y legibilidad se observó que los porcentajes tuvieron cierta igualdad; sin embargo, es importante destacar que el 32.4% no presentó este atributo y el 32.0% lo hizo de forma incompleta. Esta situación se da por la escasa relevancia que le da el personal médico a las historias clínicas, en donde las anotaciones no son revisadas para comprobar que puedan ser legibles para otra persona. Este aspecto es uno de los males que aqueja a la clínica, ya que la rapidez con que se realiza este procedimiento provoca que existan registros de baja calidad.

Dentro del análisis a las historias clínicas se pudo identificar que la gran mayoría de registros no presentaban una anamnesis adecuada con antecedentes; esta situación se genera por no anotar todo lo que se pregunta y responde el paciente. A pesar, de que en la atención se realizan una diversa cantidad de preguntas al paciente para poder identificar su cuadro clínico, esto no es correctamente registrado en la historia clínica, ya sea por falta de tiempo, quemeimportismo o cualquier otra circunstancia. Esto denota mayor relevancia cuando un paciente tiene complicaciones posteriores y no se cuenta con el registro pormenorizado de la información brindada por el usuario. Asimismo, cuando existen problemas de pago de aseguradoras, la ausencia de una anamnesis propicia genera que pagos no sean efectuados.

El registro de los signos vitales dentro de la historia clínica, mostró que la mayoría lo presenta de forma completa; sin embargo, cerca de la cuarta parte de la muestra evidenció que se muestra de forma incompleta. Esta situación debe ser controlada a nivel de software para que obligue al personal médico a ingresar los

valores, caso contrario no pueda guardar la historia clínica. En las complicaciones sanitarias, es relevante conocer el historial que ha tenido el paciente con respecto a estos signos, por lo que resulta necesario establecer acciones que obliguen al ingreso de este tipo de datos.

En lo que respecta al examen físico, este refleja que algo más de la mitad lo presenta incompleto o no lo presenta; por tanto, es similar al caso de los signos vitales. Esta inobservancia de completar los datos como es debido, puede provocar un mal seguimiento de un caso en particular, por lo que se deben tomar los correctivos necesarios dentro de la gestión de historias clínicas.

Los resultados permitieron evidenciar que el diagnóstico tiene un 64.1% de casos, donde es registrado de forma incompleta o no se registra. Esta situación es preocupante, ya que el diagnóstico es parte fundamental de una historia clínica, ya que aquí se refleja lo que el profesional médico infiere en base a la información obtenida por parte del paciente. Es notorio, que a pesar de que el diagnóstico sea adecuado, no se presenta ningún registro en ocasiones, por lo que no puede ser rastreado. Esto puede deberse a olvidos o a no sentirse obligado a hacerlo, ya que el programa no bloquea el registro de la historia clínica por la ausencia de estos datos.

La característica que mayores problemas presentó con respecto al registro de las historias clínicas fue el plan de trabajo, el cual mostró que el 90.3% de las veces no se registra o se lo hace de forma incompleta. Evidentemente, este plan toma mayor tiempo que los otros registros, por lo cual muchos médicos lo obvian o simplemente no son explícitos en su detalle. No obstante, esto puede generar problemas posteriores, ya que otro colaborador puede tomar el caso sin conocer lo que fue recetado o evaluado en un evento anterior.

El registro de los exámenes auxiliares mostró que la gran mayoría lo hace de forma incompleta; evidenciando, la falta de importancia que se le dan a estos registros. Cabe destacar que, en caso de seguimiento de algún caso en particular se registran los exámenes auxiliares a nivel de facturación y orden de ejecución; sin embargo, esta no es la forma adecuada de reflejar los exámenes auxiliares realizados a un paciente, ya que esto no es útil cuando otro médico examina al paciente y no ve estos exámenes en la historia clínica.

El tratamiento completo se mostró en un 90.0% ausente o presentado de forma incompleta, lo que demuestra que no existe mayor interés por llenar toda la información necesaria de la historia clínica. El tratamiento muchas veces es anotado de forma excesivamente resumida, lo cual es inentendible para otro profesional; en ocasiones incluso no se anota este tratamiento, lo que genera problemas para realizar un seguimiento de casos con complicaciones, provocando incluso que no se acceda al pago de primas de las aseguradoras.

El último aspecto evaluado fue la firma y sello del médico tratante, lo que no evidenció problemas, ya que es requisito indispensable. De forma general, se evidenciaron problemas en la calidad de los registros de historias clínicas, especialmente porque los médicos no le dan la relevancia del caso y consideran como una pérdida de tiempo completar todos los campos necesarios. Como solución, salta a la vista actualizar el software de tal forma que obligue a los médicos a llenar todos los campos con un mínimo de caracteres introducidos, con lo cual el médico estará obligado a completar todos los campos requeridos. Esto junto a una capacitación pueden generar que se mejore la calidad de las historias clínicas.

Resultados de la Encuesta

1. Dentro de las opciones establecidas, ¿cuál es el software que emplea la Clínica San Francisco?

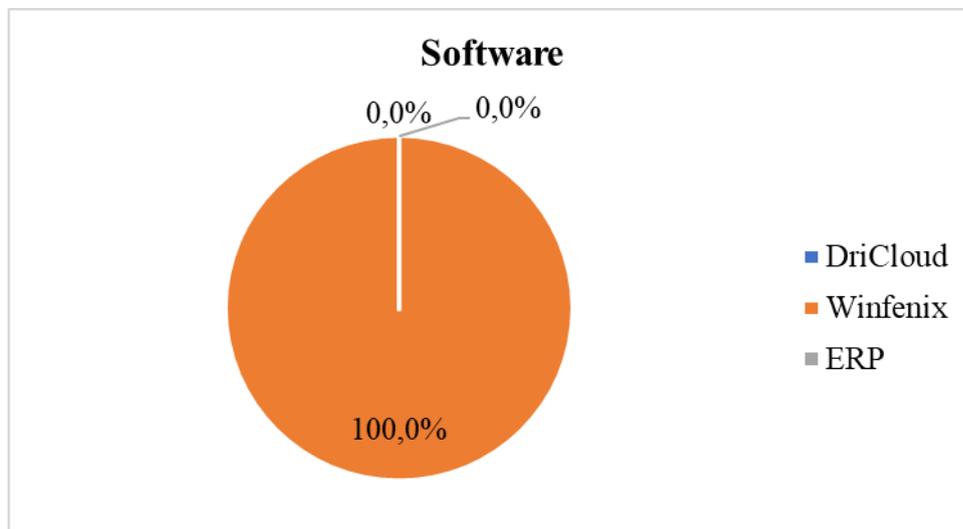


Figura 12. Software de la Clínica San Francisco

De acuerdo con los resultados, el 100% de los encuestados indicaron que la Clínica San Francisco emplea en la actualidad el software Winfenix, sistema que ha generado ciertas falencias en el proceso de atención registro de historias clínicas y costos hospitalarios.

2. ¿Considera que el registro de la historia clínica es una herramienta para mejorar el proceso de atención?



Figura 13. Herramienta de mejora

Por otra parte, el 100% indicó que las historias clínicas se han establecido como una herramienta de mejora, debido que dicho registro facilita información importante acerca de la situación médica de los pacientes, contribuyendo en la mejora de calidad de atención del usuario.

3. ¿Considera que la fecha y hora de atención son aspectos fundamentales en el registro de la Historia Clínica de un paciente?

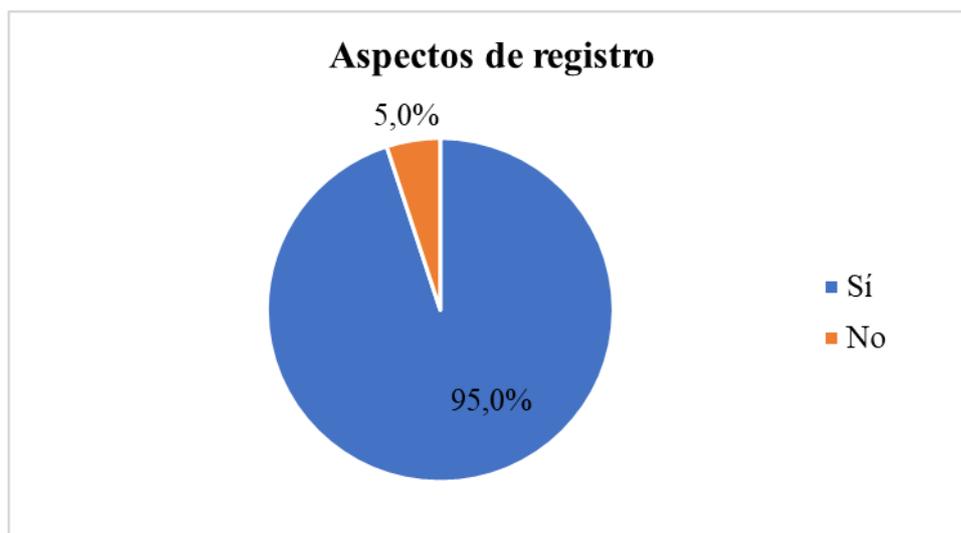


Figura 14. Aspectos de registro

Mediante la aplicación de la encuesta hacia el personal médico, el 95% de los encuestados manifestaron que la fecha y hora de ingreso son aspectos fundamentales en el registro de las historias clínicas, debido que su función contribuye en la toma de decisiones oportuna y adecuada para salvaguardar el bienestar y salud del paciente. A pesar de esto, el 5% indicó que estos elementos no son importantes en dicho documento, factor que se asocia con la falta de información observado en el análisis de las historias clínicas.

4. En ámbitos de contenido, ¿considera que la legibilidad de la información debe ser un aspecto fundamental en el registro de la historia clínica de un paciente?

En cuanto a la legibilidad del contenido de las historias clínicas, se evidenció

que el 92.5% se encuentra totalmente de acuerdo con la premisa establecida, debido que un registro claro y comprensible influye en una adecuada prescripción médica. El 7.5% restante se mantuvieron en una postura central, donde no estaban ni de acuerdo ni en desacuerdo.

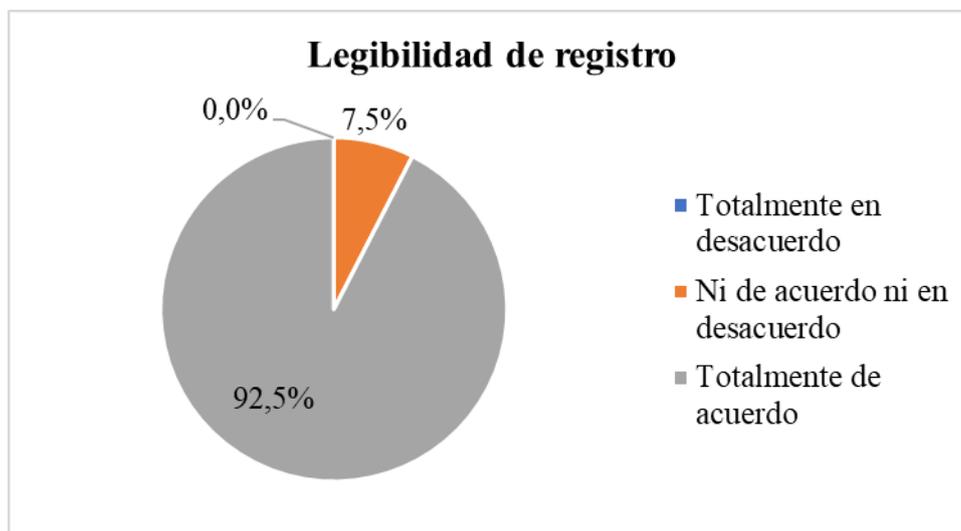


Figura 15. Legibilidad de registro

5. ¿Considera sumamente importante el registro del diagnóstico de la situación del paciente en la historia clínica?

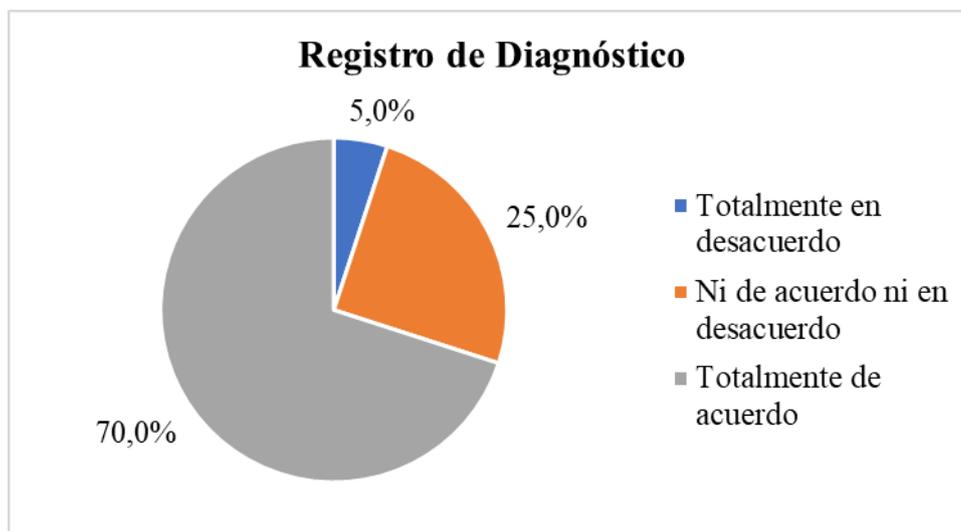


Figura 16. Registro de Diagnóstico

En aspectos de registro del diagnóstico en la historia clínica, el 70% indicó que este factor es fundamental para conocer las diversas patologías que mantiene el paciente y así proceder con un tratamiento adecuado que influya en la

recuperación integral del mismo; por el contrario, el 5% manifestó su desacuerdo y el 25% restante mantuvieron una postura media.

6. ¿Considera sumamente importante el registro del plan de trabajo en las historias clínicas?

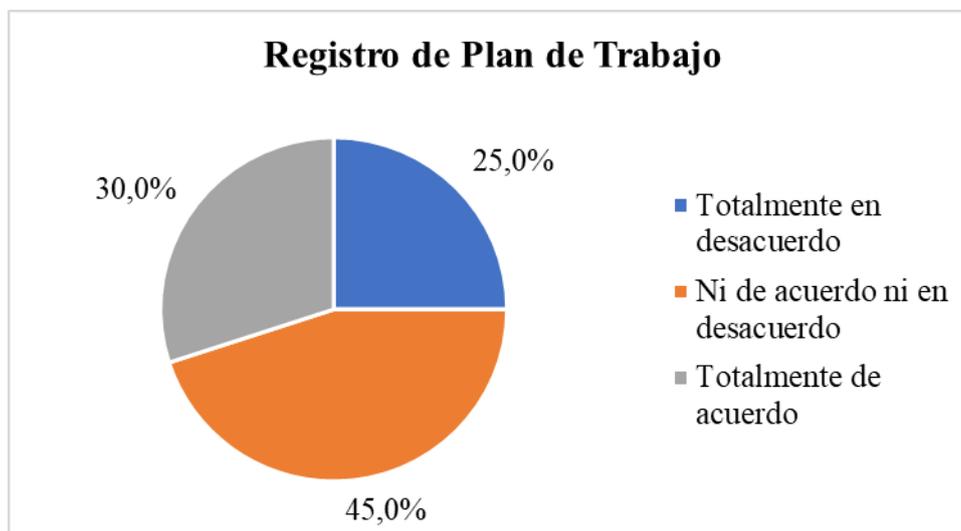


Figura 17. Registro de Plan de Trabajo

Respecto a la importancia que mantiene el plan de trabajo en el registro de las historias clínicas, el 45% estuvo totalmente de acuerdo con la premisa establecida, debido que en esta dimensión se establecen los exámenes complementarios e indispensables que se requieren para valorar el caso del paciente; no obstante, se identificó que un 25% no estuvo de acuerdo y esto se relaciona con un serio problema que fue identificado mediante el análisis de las historias clínicas de la institución objeto de estudio.

7. ¿Considera sumamente importante el registro del tratamiento de los pacientes en las historias clínicas?

De acuerdo con los resultados obtenidos, se identificó que el 27.5% de los encuestados consideran importante el registro del tratamiento del paciente, puesto que, en este ámbito se prescriben las recomendaciones médicas que el usuario debe seguir para su recuperación total, factor que puede establecerse bajo un

proceso de seguimiento y control por parte de los profesionales de salud. El 52.5% mantuvo una postura central y el 20% restante manifestó su desacuerdo con la interrogante planteada.

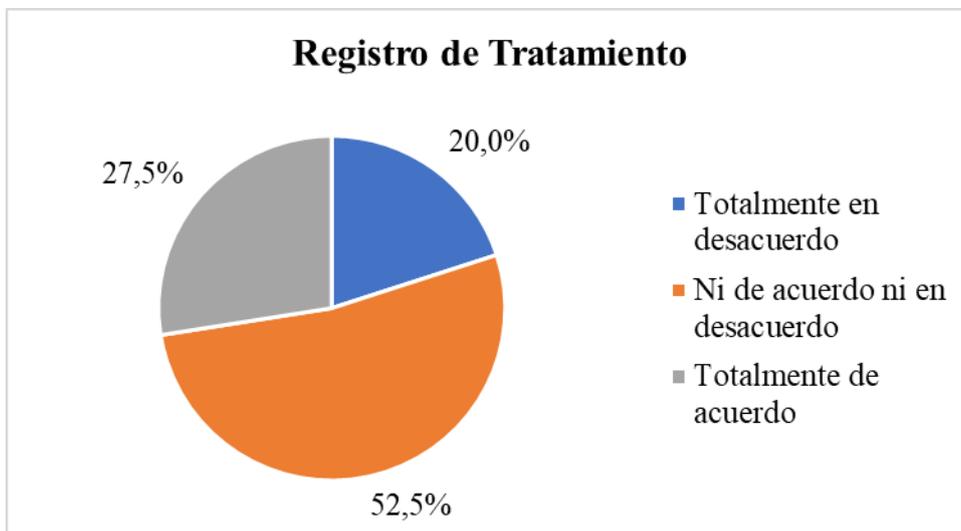


Figura 18. Registro de Tratamiento

8. ¿Considera que la calidad de las historias clínicas influye en los costos hospitalarios de la Clínica San Francisco?



Figura 19. Influencia de la calidad

Bajo los resultados obtenidos el 100% de los encuestados consideró que la calidad de las historias clínicas influye en los costos hospitalarios de la Clínica San Francisco; debido que, en dicho documento se establecen los aspectos que

han sido utilizados en la recuperación integral del paciente, información que sirve para que cada especialidad reconozca el volumen de insumos que necesita cada área.

Análisis de Resultados de Encuesta

Mediante la aplicación de la encuesta dirigida a 40 profesionales de salud, se evidenció que, dentro de las opciones establecidas referente al tipo de software que la Clínica San Francisco emplea en sus actividades, el 105 indicó el uso del Software Winfenix. De igual forma, el 100% de la población encuestada indicó que las historias clínicas son una herramienta imprescindible para mejorar el proceso de la atención; debido que, se establecen una serie de aspectos fundamentales y relativos de la salud del paciente. En aspectos de registro, se identificó que el 95% considera importante la inscripción de la fecha y hora de atención, puesto que ambos criterios influyen en la rápida toma de decisiones por parte del médico al momento de salvaguardar su salud y bienestar.

Por otra parte, respecto a la legibilidad del registro, el 92.5% de los encuestados indicaron que dicha dimensión es imprescindible en la historia clínica de un paciente, lo cual influye en la adecuada prescripción médica que se deriva del proceso de atención; por lo tanto, un contenido ilegible podría generar dificultades en la ejecución de tales indicaciones. A esto se agrega que, el 70% manifestó la importancia de registrar el diagnóstico del paciente, medida que permite visualizar las patologías que mantiene el mismo, orientando todos los esfuerzos a una causa en particular; a pesar de esto, se visualizó que el 5% estuvo en desacuerdo con la premisa establecida, lo cual se relaciona con la falta de obligación por parte del médico al registrar dicha información.

Otro de los puntos a tratar fue el registro del plan de trabajo y el tratamiento establecido; elementos que son considerados importantes por el 30 y 27.5% respectivamente. Esto se asocia con la poca valoración que el personal médico otorga al plan de trabajo y registro del tratamiento determinado influyendo en la manifestación de futuros problemas. Para concluir, el 100% de la población indicó que, la calidad de las historias clínicas influye en el costo hospitalario; debido que, cuando se ejecuta un registro eficiente se determina por cada especialidad el volumen de recursos que se requieren para otorgar un servicio de calidad

Análisis de Resultados de la Entrevista

En cuanto al análisis de la entrevista efectuadas al jefe de sistemas de la clínica, quien es Ingeniero en Sistemas, se evidenció que, la Clínica San Francisco actualmente utiliza el software Winfenix, lo cual se corroboró con la encuesta establecida; se debe agregar que dicho software ha generado varios malestares al momento de utilizarlo, entre ellos se encuentra la caída del sistema en varias ocasiones durante el día. Además, cuando toda la clínica intentaba usarlo esto provocaba que el sistema se colapse, otros de los inconvenientes que presenta es al momento de tratar de visualizar los documentos ya que estos no cargan, la información de laboratorio validada no se puede visualizar, por lo que se tiene que comunicar al departamento de sistemas para que resetee el sistema para lograr subirlos, pero esto les toma un tiempo de dos horas aproximadamente.

Los problemas derivados del sistema han provocado en muchas ocasiones que se pierdan ingresos debido a la demora que se genera al momento de registrar el ingreso de los pacientes solicitando el alta a petición. Los costos que se pierden en promedio por paciente en el área ambulatorio asciende a \$ 300.00; en el área de

hospitalización, se evidenció un valor de \$ 2 000.00 y en la Unidad de Cuidados intensivos, el costo mínimo que se pierde es de \$ 30 000.00

En la siguiente tabla, se evidencia con mayor precisión y claridad el análisis de los costos en promedio que se ha generado por la pérdida del paciente.

Tabla 2
Costos perdidos por área

Áreas	Costo
Ambulatorio	\$ 300
Hospitalización	\$ 2 000
UCI	Mínimo \$ 30 000

Prosiguiendo con la entrevista, la cantidad de pacientes que se han perdido de manera diaria es representativa, ya que esto suele pasar de manera concurrente y representando para la clínica ingresos perdidos. La cantidad de pacientes que ingresan de manera diaria a la clínica y la cantidad que se pierden debido a los problemas del registro en el sistema se pueden apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 3
Cantidad de pacientes que se pierde diariamente

Áreas	Ingreso diario promedio	Pierde
Ambulatorio	10	3
Hospitalización	30	5
UCI	8	1
Veces por semana que se pierde por defectos del sistema		4

Otro de los problemas que se han suscitado en la clínica está directamente relacionado con el llenado de las historias clínicas de los pacientes por parte del personal médico, el cual en muchas ocasiones era incompleto, en especial al momento de explicar el cuadro clínico llenando solo de manera superficial. Por lo cual al momento de tratar de cobrar las cuentas de los pacientes mediante la aseguradora se dificulta el pago de dichas entidades, ya que no existía el sustento

necesario y no cancelaban los valores correspondientes. Esto representaba para la clínica pérdidas de un aproximado de \$ 8 000 mensuales por aseguradora, y en lo que respecta a la cantidad de cuentas perdidas al mes son en promedio tres.

Tabla 4
Costo total

Áreas	Pérdida por paciente	Pacientes perdidos diarios	Costo (pérdida) diario	Costo mensual (4 caídas semanales)
Ambulatorio	\$ 300	3	\$ 900	\$ 14 400
Hospitalización	\$ 2 000	5	\$ 10 000	\$ 160 000
UCI	Mínimo \$ 30 000	1	\$ 30 000	\$ 480 000
Total parcial	\$ 32 300 (un paciente por área)	9	\$ 40 900	\$ 654 400
Pacientes por aseguradora	-	-	-	\$ 24 000
Total costo				\$ 678 400

Por otra parte, se determinó que, para corregir los problemas evidenciados es importante mantener un software que contribuya en el manejo adecuado de las historias clínicas, de esta forma se establece un proceso de atención mucho más rápido, accesible, fácil, oportuno y adecuado influyendo en la mejora del servicio de atención y en los costos hospitalarios. Para finalizar, la persona entrevistada consideró que la calidad actual de las historias clínicas es baja y que su impacto es alto en los costos hospitalarios, lo que se refleja en los valores presentados.

Cabe destacar que la propuesta se formulará acorde a los resultados obtenidos del análisis de la observación directa de las historias clínicas, encuestas y entrevista. Considerando los aspectos más relevantes, se determinó la importancia de mejorar la calidad de las historias clínicas del centro de salud objeto de estudio; debido que, se evidenció que, el registro de información incompleta influye de forma directa en la presencia de problemas que afectan la toma de decisiones por parte del médico. A esto se atribuye que, aquella información se caracteriza por

mantener un contenido ilegible, carece de datos como el diagnóstico, plan de trabajo y tratamiento médico ocasionando que las indicaciones prescritas no se ejecuten de forma oportuna.

Por otra parte, el software que actualmente posee la Clínica San Francisco ha generado ciertos inconvenientes a nivel de registro, visualización de datos y documentos, colapso del sistema, entre otros factores que han afectado la calidad de atención. Bajo este enfoque, es importante mejorar dicho aspecto a fin de erradicar la pérdida de pacientes y costos hospitalarios.

Capítulo IV

Propuesta

En este capítulo se da paso a las estrategias que se planteen con la finalidad de brindar soluciones a los problemas detectados mediante la encuesta, para esto se iniciará planteando el objetivo de la propuesta, revisando los beneficiarios de la misma, continuando con su justificación, para dar paso al establecimiento de actividades, su respectivo presupuesto, el calendario de dichas actividades y finalizando con información acerca de los lineamientos de evaluación de la propuesta.

A continuación, se establecen las acciones derivadas de la propuesta planteada; cabe mencionar que la misma se encuentra en la fase de plan piloto a fin de establecer las posibilidades de su desarrollo, generando su ejecución a partir del siguiente año.

Objetivos

Establecer estrategias de mejoramiento que permitan incrementar la calidad de las historias clínicas para que se reduzcan los costos de la Clínica San Francisco.

Socializar la propuesta establecida a fin de involucrar la participación de los colaboradores de la Clínica San Francisco.

Beneficiarios

Se benefician de la propuesta los usuarios que acuden al hospital, puesto que al mejorar la calidad del llenado de las historias clínicas los pacientes podrán tener un mejor control de su situación de salud, se evitan eventos adversos, errores al momento de medicar o de realizar procesos o tratamientos médicos. Otro de los beneficiarios es la clínica, ya que al haber un correcto registro de las historias

clínicas se puede hacer la facturación de todos los gastos de los pacientes que aplican al servicio por medio de las aseguradoras y que estas entidades hagan su pago correspondiente.

Justificación

La presente propuesta es de suma importancia, debido a que al mejorar el sistema que se utiliza en la clínica y capacitar a los profesionales de la salud sobre dicho sistema, se podrá tener acceso a toda la información del paciente de manera correcta y completa, lo que permitirá que cada profesional esté al tanto de su historial clínico, diagnóstico, tratamientos y prescripción médica; además de los cuidados y alimentación que deben seguir, lo cual reduce considerablemente las probabilidades de errores o eventos adversos. Además, que agiliza el cobro de facturas a entidades aseguradoras, lo que representa mayor flujo de efectivo para la clínica. Adicional la propuesta incrementa la calidad de las historias clínicas y asegura la satisfacción de los pacientes.

Descripción de Actividades

Mejoramiento del sistema

Como se ha evidenciado en el desarrollo de la investigación, el sistema que emplea la Clínica San Francisco en la actualidad, ha sido precursor de ciertas falencias que han afectado el proceso de atención. La calidad de las historias clínicas se ha visto afectada debido a la caída del sistema, situación que se genera con frecuencia durante el día laboral. Tales inconvenientes han influido de forma directa en la pérdida de ingresos, factor proveniente de las demoras gestadas en el registro de pacientes, incidiendo en la pérdida de usuarios y costos hospitalarios en la Unidad de Cuidados Intensivos, área ambulatoria y hospitalización. Con el fin de establecer un mejoramiento continuo del sistema que contribuya en el

manejo oportuno y adecuado de las historias clínicas otorgando un proceso de atención eficiente se determinó el cambio de software en la institución.

El sistema que usa la Clínica San Francisco es Winfenix la versión lite, el cual enfrenta varios problemas que han generado costos representativos para la clínica, por lo cual se ha dispuesto hacer mejoras a dicho software. Para esto se optó por cambiarlo a la versión Enterprise Resource Planning (ERP) y agregar módulos adicionales en el ámbito hospitalario, con lo cual permitirá que todos sus módulos trabajen de manera integral y autónoma, además que permite que vaya creciendo dependiendo las necesidades de la clínica.

Los beneficios del sistema Winfenix ERP son las siguientes: (a) agilizar las operaciones hospitalarias y de gestión, puesto que dispone de herramientas que permiten enviar informes, documentos, listados de precios de servicios, entre otros, mediante correo electrónico; (b) es una solución flexible que es adaptable, ya que dispone de tablas dinámicas y múltiples informes que facilitan la gestión hospitalaria de forma sencilla y ágil; (c) mejora la imagen y servicio que se ofrece al cliente, debido a que permite realizar diferentes consultas instantáneas de manera flexible y directa desde cualquier pantalla; (d) proporciona la información que se requiere mediante la visualización de manera centralizada de distintos elementos como historias clínicas, documentos, facturas, precios de servicios, presupuestos, pedidos, entre otros de forma fácil. Las características del software se pueden apreciar en la tabla 5.

Para poder hacer las mejoras necesarias al sistema se requiere de un presupuesto de \$ 80 000 aproximadamente lo que incluye sistema y equipos; además de que incluye las especificaciones halladas en el análisis de las historias clínicas, como el obligar al personal médico a llenar todos los campos para

guardar la historia clínica, así como demandar una cantidad mínima de caracteres por campo, para que los informes sean más detallados. La persona que será responsable de supervisar esta actividad es el jefe de sistemas de la clínica. Los resultados esperados se muestran en la tabla 6.

Tabla 5
Características de Winfenix

N°	Características
1	Transacciones parametrizadas
2	Contabilidad al día
3	Distribución de transacciones y operaciones
4	Capacidad para exportar consultas a Excel o correo electrónico
5	Crecimiento económico
6	Crea sus propios informes
7	Interfaz gráfica totalmente integrada
8	Administración de cuentas y asignación de permisos
9	Multi-Empresa
10	Más productividad en menor tiempo
11	Personalización a medida
12	Fecha del sistema centralizada y fecha de bloqueo de transacciones

Tomado de Descripción Winfenix ERP; por *Only Soft Soluciones Empresariales*, 2020.
Recuperado de <https://www.onlysoft-ec.com/modulos-winfenix.html>

Tabla 6
Resultados esperados

Áreas	Pacientes perdidos diarios antes	Costo (pérdida) diario antes	Costo mensual (4 caídas semanales) antes	Pacientes perdidos diarios ahora	Costo mensual (2 caídas semanales) ahora
Ambulatorio	3	\$ 900	\$ 14 400	1	\$ 2 400
Hospitalización	5	\$ 10 000	\$ 160 000	2	\$ 32 000
UCI	1	\$ 30 000	\$ 480 000	0	\$ 0
Total parcial	9	\$ 40 900	\$ 654 400	3	\$ 34 400
Pacientes por aseguradora	-	-	\$ 24 000		\$ 0
Total costo			\$ 678 400		\$ 34 400

Según la tabla presentada el costo mensual antes de la implementación de la propuesta es en promedio \$ 678 400, mientras que luego de la propuesta se espera una pérdida de \$ 34 400. La reducción se da principalmente, debido a la rapidez del sistema Winfenix ERP en recuperarse de una caída, lo cual en promedio toma

10 minutos, a diferencia de las dos horas que toma el Winfenix Lite. Además, las caídas semanales se redujeron de cuatro a dos en promedio, lo que reduce el costo mensual. Se espera con esta actualización reducir el costo mensual en \$ 644 000 y anual en \$ 7 728 000.

Una vez indicados los beneficios y características importantes de la actualización del sistema y su costo es necesario mencionar que, para efectuar este cambio, se dará a conocer la propuesta al director del hospital explicando todas las ventajas de invertir en mejoras del programa; con lo que se espera, se de su aceptación. Las mejoras se las efectuará en horas de la noche para evitar problemas durante las horas que más utilizan el sistema.

Incremento de velocidad de Internet

Otro de los factores que impedían utilizar adecuadamente el software Winfenix era la capacidad de velocidad del servicio de internet, por lo cual se dispuso revisar costos de los servicios con mayor capacidad, encontrando como una buena opción el plan Fiber Access plus 100 que es una red de acceso XGPON, este plan incluye una IP fija y 20 cuentas de correo electrónico, contiene una velocidad de bajada y subida de 100 megas y una compartición 1:1, para lo cual, es necesario hacer una inversión de \$272.05 mensuales.

Capacitación

El inconveniente que se pudo detectar mediante los resultados de la encuesta fue el llenado incompleto e incorrecto de las historias clínicas, este problema está relacionado al hecho que muchos de los profesionales de la salud no están bien familiarizados con el sistema, por lo que esto dificulta que puedan llenar todos los datos acerca del paciente, con lo cual daba paso a inconvenientes para efectuar los

cobros de dichas facturas a las aseguradoras repercutiendo gravemente en altos costos que la clínica tenía asumir.

Por lo cual se ha planteado hacer una capacitación acerca de todas las herramientas que dispone el sistema en base a los caracteres correspondientes al llenado de las historias clínicas. Es necesario recordar que se harán mejoras al software, por lo cual se debe socializar dichas mejoras a todo el personal, dicha capacitación debe ir enfocada a las herramientas que cada área de la clínica utiliza. Por lo cual la capacitación se realizará por grupos dependiendo del área donde trabaja; dicha capacitación se llevará a cabo en días laborables en el mes de noviembre durante el horario de la mañana con una duración de una hora y será supervisado por el jefe de recursos humanos.

Para lograr capacitar a todo el personal se seleccionará a dos jefes de área para que reciban capacitación directamente del proveedor del servicio, donde aprenderán cada una de las opciones que dispone el sistema de manera teórico y práctico. Una vez que ellos hayan aprendido el uso de las herramientas, se programará el calendario de capacitación para el resto del personal del hospital tanto de áreas operativas como administrativas. Para corroborar la asistencia del personal profesional a la capacitación se llevará un registro de la asistencia de manera física con la confirmación de la firma del profesional en el documento.

El calendario de capacitación será previamente informado mediante vía correo electrónico a todo el personal, dicho evento se hará dentro de las instalaciones de la clínica, con la ayuda de material digital. A continuación, se muestran los temas que abarcará para el personal administrativo y médico.

Tabla 7
Temas de capacitación sobre Winfenix

Temas	Secciones	Personal
Llenado de historia clínica en Winfenix	Antecedentes del paciente	
	Signos vitales	
	Datos sobre la enfermedad	
	Revisión física	
	Diagnóstico	Médicos,
	Tratamiento recomendado	enfermeras,
	Prescripción médica	especialistas y de
	Solicitud de exámenes complementarios	laboratorios.
	Tratamiento completo	
	Revisión de resultados	
Llenado de sistema contable en Winfenix	Compras	
	Ventas	
	Contabilidad	Administrativo
	Cobros	
	Rol de pagos	
	Inventario	Farmacia y Administrativo

Recursos

Los recursos que se necesitan para poner en marcha la propuesta son adquirir mejoras del sistema Winfenix, incrementar capacidad de internet, capacitación del personal sobre llenado de datos de historias clínicas y actualización de herramientas a personal administrativo. Se debe mencionar que la capacitación no generará costos, ya que el proveedor de servicios brindará capacitación al personal seleccionado para este fin, el cual luego compartirá dichos conocimientos con el resto de los colaboradores de la clínica. Los costos presupuestados son los que se muestran a continuación.

Tabla 8
Presupuesto

Cantidad	Recursos	Costo	Total
1	Mejoras de Winfenix	\$ 80.000,00	\$ 80.000,00
1	Plan de internet velocidad 100 mb	\$ 272,05	\$ 272,05
Total			\$ 80.272,05

Calendario

El calendario de actividades que se ha planteado para llevar a cabo cada una de las actividades de la propuesta se especifica a continuación.

Tabla 9
Calendario de actividades

N°	Actividades	Meses 2020
1	Cotizar mejoras para sistema con proveedor	Junio
2	Cotizar servicio de internet con mayor velocidad	Junio
3	Seleccionar personal para capacitación con proveedor	Julio
4	Capacitación con proveedor	Julio
5	Instalación de mejoras	Agosto
6	Cambio de velocidad de servicio de internet	Agosto
7	Diseñar material de apoyo digital	Septiembre
8	Desarrollar calendario de capacitaciones	Septiembre
9	Socializar mediante correo electrónico calendario	Septiembre
10	Capacitación de todo el personal	Noviembre

Lineamientos de Evaluación

Para evaluar debidamente la propuesta se ha considerado pertinente que se haga un seguimiento continuo del llenado de historias clínicas, de manera que se pueda verificar que los profesionales estén cumpliendo a cabalidad el correcto llenado de dicha información. Se ha planteado supervisar de manera diaria ciertas historias clínicas de pacientes diarios de cada profesional, seleccionándolas al azar y comprobar que dicho médico haya ingresado la información correspondiente, así como de las otras personas involucradas en dicha atención, de esta forma se podrá identificar los profesionales que no cumplen con parte de su función y de esta forma ser llamados la atención y en caso de reincidir, tendrían que asumir los costos de dichos servicios.

Conclusiones

En función con los objetivos establecidos en la presente investigación, se determina que las historias clínicas son una herramienta indispensable en toda institución de salud, ya que permite la búsqueda de información básica del paciente, su situación de salud y evolución de la misma, por lo cual debe estar registrada de manera completa, real y clara. Esta información es más optimizada cuando se encuentra ingresada en un software, con lo cual se puede gestionar de manera más eficiente la gestión hospitalaria interna, brindando seguridad, legibilidad, claridad y agilidad, lo que conlleva a tener una mejor calidad de las historias clínicas cuando el personal tiene conocimiento de todas sus herramientas. Los costos hospitalarios se deben evaluar de manera constante, puesto que son un grupo de indicadores que permiten la evaluación de la eficiencia económica por parte del hospital, se pudo verificar mediante la literatura que entre los factores que afectan el costo hospitalario se encuentran los eventos adversos, aumento en la cantidad de días de estadía en el hospital y en casos de hospitales privados estos se valoran dependiendo la enfermedad y procedimientos aplicados al paciente.

Mediante el análisis de un conjunto de estudios referenciales, se determinó que la aplicación de historias clínicas en forma digital impacta de manera positiva en el proceso de atención, debido que los médicos obtienen información libre de errores influyendo de forma directa en la reducción de costos y recuperación integral del paciente. Respecto al objeto de estudio, la situación actual de los costos que se generan debido al registro incompleto, incorrecto o ausente de información en las historias clínicas de la Clínica San Francisco es preocupante, ya que los registros internos de la clínica muestran costos perdidos en el área ambulatoria de \$300, en la hospitalización

\$2 000 y en la unidad de cuidados intensivos una pérdida mínima de \$30 000. En lo que respecta a costos de manera mensual que son debido al no pago de las aseguradoras se pudo revisar que al menos se pierden \$8 000 por cada cuenta, lo que significa al mes \$24 000. En total, la pérdida mensual asciende a \$ 678 400. Se espera con esta actualización reducir el costo mensual en \$ 644 000 y anual en \$ 7 728 000.

La investigación se desarrolló a través de un enfoque mixto, alcance descriptivo y diseño transversal. Las técnicas de recolección de información empleadas fueron: la observación directa y análisis de las historias clínicas, la aplicación de una entrevista y encuesta. Por medio del estudio de una muestra de 278 registros de historias clínicas se pudo evidenciar que la fecha y hora de atención se registra de forma incompleta, los datos ingresados en muchas ocasiones no son legibles. Se reflejaron problemas con la anamnesis, la cual no es registrada a pesar de que en la interacción con el paciente se indaga sobre su problema. Se mostraron además problemas con el registro de signos vitales, examen físico y exámenes auxiliares. Se evidenció la importancia de registrar todos los aspectos de la historia clínica a fin de que el médico cuente con información oportuna para la salvaguardar el bienestar y salud de los pacientes. Los mayores problemas se observaron en el registro del diagnóstico, plan de trabajo y el tratamiento completo. No se mostraron problemas con respecto al sello y firma del médico tratante. La calidad de las historias clínicas se consideró baja con un alto impacto en los costos hospitalarios.

Los planes de mejoramiento estuvieron enfocados en tres actividades importantes que fueron el invertir en mejoras del sistema, aumentar la velocidad del servicio de internet de la clínica y capacitar al personal sobre el llenado de

historias clínicas. Para esto se hizo cotizaciones de los servicios y se valoró las mejores opciones para la clínica, así como se capacitó a dos jefes de área directamente por parte del proveedor del servicio, los cuales luego capacitaron al resto del personal que requiere el acceso a dichas herramientas. Además, el personal administrativo recibió una actualización de las mejoras del sistema.

Recomendaciones

Con la finalidad de ejecutar la propuesta planteada, se sugiere llevar a cabo la socialización del presente documento, a fin de establecer un compromiso mutuo entre la Clínica San Francisco y el personal médico que labora en dicha institución, esto con el propósito de mejorar el registro y la calidad de las historias clínicas.

Por otra parte, se recomienda analizar las posibilidades de implementar el estudio establecido mediante la valoración de su viabilidad, costos y tiempo, a fin de verificar nuestras oportunidades de cambio que mejoren la calidad de las historias clínicas, otorgando un servicio de primera que influya en la satisfacción del paciente.

Una vez que se haya implementado la propuesta, se deben efectuar informes semanales de los costos de la clínica, de esta forma se puede identificar las causas de dichos costos, corregir los problemas que se detecten e incluso darle el respectivo seguimiento.

Controlar periódicamente el registro correcto de las historias clínicas, por medio de la observación de muestras de observaciones clínicas, para poder realizar los correctivos necesarios cuando se muestren datos erróneos o incompletos.

Dar seguimiento al registro de las historias clínica con el propósito de identificar los profesionales que no estén haciendo un correcto llenado y de esta forma retroalimentarlos en cualquier duda que haya quedado.

Referencias

- Albarracín, R. (2015). *Resultados de la implementación de registros médicos electrónicos (EMR) a nivel regional*. Obtenido de <http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/INGENIO/article/view/153>
- Alvis, N., Marín, C., Castañeda, C., Sánchez, C., Sánchez, J. y Carrasquilla, M. (2015). Costos de tratamiento hospitalario de la infección respiratoria aguda grave en niños de Nicaragua. *Infectio*, 19(4), 144-149.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.infect.2015.04.002>
- American Cancer Society (2018). *¿En qué consiste la atención médica integral?* Obtenido de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/los-ninos-y-el-cancer/cuando-su-hijo-tiene-cancer/compreesion-del-sistema-de-atencion-medica/atencion-completa.html>
- Arambarri, J., De la Torre, I. y Berbey, A. (2019). Análisis del Sistema de Gestión Hospitalaria en Colombia: Ayudando a la toma de decisiones . *Fundación Universitaria Iberoamericana*, 1-16.
- Armada, Y. (2018). *La importancia de la anamnesis en la elaboración de la Historia Clínica*. Obtenido de <https://www.eupharlaw.com/la-importancia-de-la-anamnesis-en-la-elaboracion-de-la-historia-clinica/>
- Asamblea Nacional Constituyente (2006). Ley de Derechos y Amparo del Paciente.
- Asamblea Nacional Constituyente (2015). Ley Orgánica de Salud.
- Atlantic International University (2018). *Publicaciones de estudiantes*. Obtenido de <https://www.aiu.edu/Spanish/CALIDAD-DE-LA-ATENCION.html>
- Augustovski, F., Caporale, J., Fosco, M., Alcaraz, A., Diez, M., Thierer, J., . . . Pichon, A. (2017). Uso de recursos y costos de hospitalizaciones por

insuficiencia cardíaca: un estudio retrospectivo multicéntrico en Argentina. *Value in Health Regional Issues*, 14, 73-80.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.vhri.2017.08.008>

Ayuso, D. y de Andrés, B. (2015). *Gestión de la Calidad de Cuidados en Enfermería*. Barcelona: Díaz de Santos .

Batista, Y., Yera, I., Martínez, M., Pérez, D. y Aranda, S. (2016). El análisis de la situación de salud hospitalaria: herramienta para la gestión de hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Revista Médica Electrónica*, 38(4), 530-542.

Bautista, L. (2016). La calidad en salud un concepto histórico vigente. *Revista Ciencia y Cuidado*, 13(1), 5-8.

Bazán, A. (2015). Importancia de la administración en la salud. *Resultados de búsqueda*, 82(3-4), 148-149.

Belsley, S. (2019). *Procedimientos terapéuticos*. Obtenido de <https://www.laparoscopic.md/es/temas/procedimientos-terap%C3%A9uticos>

Beltrán, J. y Ramos, C. (2013). Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito. Obtenido de (Tesis de Maestría). Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. Bogotá: Pearson.

Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J. y Wagner, C. (2019). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. España: Elsevier.

- Caballero, A., Ibañez, M., Suárez, I. y Acevedo, J. (2016). Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(7), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00146014>
- Camiro, A., Parada, M., Peschard, V. y Vera, C. (2017). *Guías APS. Atención primaria en salud*. México: Intersistemas.
- Castell, P. (2017). La administración en salud, componente de desarrollo de la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(1), 1-2.
- Castro, I. y Gámez, M. (2018). *Historia clínica*. Obtenido de <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf>
- Chero, D., Cabanilla, A. y Fernández, J. (2016). Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención. *Elsevier. Cartas al Director*.
- Clínica San Felipe. (2019). *Unidad de Cuidados Intensivos*. Obtenido de <https://www.clinicasanfelipe.com/servicios/unidad-cuidados-intensivos>
- Conesa, A., Pastor, X. y Lozano, R. (2017). Efectividad de la evaluación de historias clínicas informatizadas en un hospital universitario. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(6), 328-334. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.09.004>
- Cronin, J. y Taylor, S. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 58(1), 125-131. doi:<https://doi.org/10.1177/002224299405800110>
- Curioso, W. y Espinoza, E. (2015). Marco conceptual para el fortalecimiento de los sistemas de información en salud en el Perú. *Revista Peruana de*

Medicina Experimental y Salud Pública, 32(2), 335-42. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2015.v32n2/335-342/es>

Del Río, M. (2017). *Manual Cuidados enfermeros en la unidad de cuidados intensivos*. Madrid: Editorial CEP.

Delgado, N. (2019). Análisis del Sistema de Auditoría Médica en el Hospital “José Carrasco Arteaga”. (Tesis de Maestría). Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Deming, W. y Nicolau, J. (1989). *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Edición médica. (2017). Obtenido de <https://www.edicionmedica.ec/secciones/gestion/capacitaci-n-e-innovaci-n-ejes-de-la-gesti-n-2017-en-el-eugenio-espejo-89458>

Eguez, F. (2015). Propuesta de una historia clínica electrónica en el pensionado del Hospital Enrique C. Sotomayor. Repositorio de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Espinoza, J. (2015). Historia clínica electrónica como herramienta de mejora en la calidad de atención en la consulta externa hospital Octavio Mongrut, 2015. (Tesis de Maestría). Repositorio Universidad de San Martín de Porres.

Farfán, R. (2016). Percepción de atención humanizada y su relación con la calidad de atención en el servicio de radiodiagnóstico. *UCV -Scientia*, 8(2), 124-131.

Frómeta, A., Sánchez, S., Maya, M., Jara, J. y Valarezo, D. (2016). El método clínico: perspectivas actuales. *Bionatura*, 2(1), 255-260.

- Ganga, F., Cassinelli, A., Piñones, M. y Quiroz, J. (2014). El concepto de eficiencia organizativa: una aproximación a lo universitario. *Revista Líder*, 25, 126-150.
- Gobierno de Chile (2020). *Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios*. Obtenido de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/9.pdf>
- González, G., Pulido, O., Milián, D. y Pérez, P. (2015). Comportamiento de los costos hospitalarios en el sangrado digestivo alto no variceal. *Revista Cubana de Cirugía*, 54(2), 104-111.
- González, H. (2020). Calidad de la atención. *Atlantic International University*, 1-33.
- Grupo Gamma: Red Integral de Salud (2017). *Terapia Intensiva: el cuidado del paciente crítico*. Obtenido de <https://www.grupogamma.com/terapia-intensiva-el-cuidado-del-paciente-critico/>
- Guerra, D. y López, M. (2017). Evaluación de la calidad en la prescripción de medicamentos antes y después de la implementación de un módulo de prescripción en historias clínicas electrónicas, de pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, en los años 2015 y 2016. Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Gutiérrez, L., Torres, A., Soria, M., Padrón, A. y Ramírez, M. (2015). Costos de eventos adversos graves en un Hospital Comunitario de Enseñanza en México. *Cirugía y Cirujanos*, 83(3), 211-216.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.circir.2015.05.013>

- Heart & Vascular Institute. (2018). *Signos vitales*. Obtenido de http://www.gwheartandvascular.org/education/en-espanol/enfermedades/enfermedades_signosvitales/
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill Education.
- Hospital Clínica San Francisco (2019a). *Historia*. Obtenido de <https://www.hospitalsanfrancisco.com.ec/phone/historia.html>
- Hospital Clínica San Francisco (2019b). *Misión*. Obtenido de <https://www.hospitalsanfrancisco.com.ec/nosotros.html>
- Hospital Español de Mendoza (2014). *Historia Clínica*. Obtenido de http://www.hespanol.com.ar/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/HISTORIA_CLINICA.pdf
- Hospital Galenia (2019). *¿Qué es la terapia intensiva?* Obtenido de <https://hospitalgalenia.com/que-es-la-terapia-intensiva/>
- Humanes de Madrid (2018). *Auxiliar de enfermería*. Madrid: Editorial Cep S.L.
- Ilizástigui, F. y Rodríguez, L. (2017). El método clínico. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 8(5), 2-11. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2017/fi171c.pdf>
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (2018). *Breve historia de la medicina intensiva*. Obtenido de <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf>
- Ishikawa, K. (2003). *Que Es El Control Total de Calidad?* Bogotá: Editorial Norma.

- Kliegman, R., Stanton, B., Geme, J. y Schor, N. (2016). *Tratado de pediatría*. España: Elsevier.
- Mantilla, F. (2014). *Técnicas de muestreo*. Sangolquí: Universidad de las Fuerzas Armadas.
- Márquez, V., Antequera, L., Gutiérrez, L. y Hernández, J. (2016). *Soporte vital básico*. Almería: Universidad Almería.
- Matzumura, J., Gutiérrez, H., Sotomayor, J. y Pajuelo, G. (2014). Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. *Anales de la Facultad de Medicina*, 75(3), 251-257.
doi:<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i3.9781>
- Medline Plus (2018a). *Examen físico*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002274.htm>
- Medline Plus (2018b). *Historia clínica*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/personalhealthrecords.html>
- MedlinePlus (2020). *Terapia intensiva*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/criticalcare.html>
- Messarina, P. (2016). Calidad de atención del personal de salud y satisfacción del paciente en el servicio de resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Trujillo, 2015. *Revista Scientia*, 8(2), 119-123.
- Ministerio de Salud Pública (2013). *Manual Operativo. Red Nacional Integrada de Servicios de Salud, Red Pública Integral de Salud-Red Privada Complementaria*. Obtenido de <http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/DOC/BASERED200613.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2019). *Ecuador camino a la Salud Universal* .

Obtenido de

https://issuu.com/saludecuador/docs/libro_ecuador_camino_a_la_salud_uni

Ministerio de Salud Pública (2020). *Gracias al éxito de la Red Complementaria de Salud, menor de edad se recupera satisfactoriamente en hospital privado de Quito*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/10044/>

Minota, T. y Cardona, D. (2016). Evolución de la historia clínica electrónica en el sector salud en Colombia. *Revista QUID*(27), 41-47. Obtenido de <http://revistas.proeditio.com/iush/quid/article/view/1216/1291>

Montalbán, E., Marrón, H., López, D., Zorrilla, B., Blanco, F. y Nogales, P. (2014). Validez y concordancia de la historia clínica electrónica de atención primaria (AP-Madrid) en la vigilancia epidemiológica de la diabetes mellitus. Estudio PREDIMERC. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 393–396. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/ga/2014.v28n5/393-396/es>

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. y Maas, M. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería*. Barcelona: Elsevier.

Navarrete, C. (2015). Satisfacción de usuarios internos y externos de todos los servicios de una clínica de medicina familiar del sector salud en el estado de México. *Revista CES Salud Pública*, 6(2), 138-145.

Navarrete, C. (2016). Grado de Satisfacción de Usuarios Internos y su Repercusión en los Usuarios Externos. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*, 1-4.

- Navarrete, K. (2018). Marcador sofa como predictor de mortalidad en los pacientes de unidad de cuidados intensivos. (Tesis de Grado). Repositorio de la Universidad de Guayaquil.
- Numpaque, A. y Rocha, A. (2016). Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. *Revista de La Facultad de Medicina*, 64(4), 715-720.
- OES (2020). *Gestión hospitalaria*. Obtenido de <https://oes.org.co/gestion-hospitalaria/>
- OMS (2016). *Guía para la elaboración de un diagnóstico en salud*. Obtenido de https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/211914/mod_folder/content/0/GUIA%20DIAGNOSTICO%20EN%20SALUD%20%2C%20mldr.pdf?forcedownload=1
- OMS (2017). Comprender y medir la calidad de la atención: tratar la complejidad. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 95(5), 313-388. Obtenido de <http://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/16-179309-ab/es/>
- Only Soft Soluciones Empresariales (2020). *Descripción Winfenix ERP*. Obtenido de <https://www.onlysoft-ec.com/modulos-winfenix.html>
- OPS (2016). *Registros Médicos Electrónicos en América Latina y el Caribe*. Obtenido de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28209/9789275318829_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ordóñez, L. (2015). Diseño de software médico para manejo de los datos de la historia clínica ocupacional, en una empresa petrolera, durante el período enero-mayo 2014. (Tesis de Maestría). Repositorio Universidad de las Américas.

- Paolillo, E., Scasso, A., Torres, F., Barrios, G., Tavares, G., Ahmed, Z., . . . Tort, P. (2016). Siniestros de tránsito, los grupos relacionados por el diagnóstico y los costos hospitalarios. *Revista Médica del Uruguay*, 32(1), 25-35.
- Pavón, P. (2016). Gestión hospitalaria para controlar el tiempo de estancia en el servicio de cirugía del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo Quito, de octubre del 2015 a febrero 2016. (Tesis de Maestría). Repositorio de la Universidad Central del Ecuador. Obtenido de (Tesis de Maestría).
Repositorio de la Universidad Central del Ecuador
- Pavón, P. y Gogeochea, M. (2004). La importancia de la administración en salud. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 4(1), 13-16.
- Pinargote, M. (2017). *Exámenes de laboratorio: Diagnóstico de enfermedades*. Obtenido de
<https://www.eluniverso.com/vida/2017/06/09/nota/6221665/examen-laboratorio-diagnostico-enfermedades>
- Plazzotta, F., Luna, D. y González, F. (2015). Sistemas de Información en Salud: Integrando datos clínicos en diferentes escenarios y usuarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(2), 343-351. Obtenido de
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000200020
- Quispe, C., Navarro, R., Velásquez, L., Pinto, F. y Olivares, E. (2016). Características del registro de historias clínicas en un hospital al sur del Perú. *Horizonte Médico*, 16(4), 48-54.
- Rodas, G. y Zamora, A. (2014). La historia clínica electrónica como herramienta de gestión y mejora del proceso de atención de salud en Costa Rica. *Acta*

- Médica Costarricense*, 56(1), 1-3. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43430087008>
- Rojas, M., Jaimes, L. y Valencia, M. (2018). Efectividad, eficacia y eficiencia en equipos de trabajo. *Revista Espacios*, 39(6), 1-15.
- Sáenz, A. y Cordero, F. (2016). Salud eficiente: Lean Six Sigma aplicado en el proceso de consolidación de Historias Clínicas para reducir pérdidas económicas en el Hospital de los Valles. (Paper de Universidad). Repositorio de la Universidad San Francisco de Quito.
- Salvador, I., Péres, Y., Rodríguez, C. y García, C. (2006). Costos de antibióticos en el servicio de neonatología. *Gaceta Médica Espirituana*, 8(2), 1-5.
- Sánchez, G. y Mingo, G. (2017). *Documentación Clínica*. Madrid: Editorial Editex.
- Sánchez, M. (2005). Indicadores de gestión hospitalaria. *Revista del Instituto Nacional de*, 18(2), 132-141.
- Sandoval, C. (2016). *La enfermedad del olvido*. Lima: Grupo Planeta.
- Santamaría, A., Villalobos, J., Sil, P., Santamaría, N., Flores, M. y Ortíz, A. (2015). Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención médica hospitalaria. *Medicina e Investigación*, 134-140. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/49567>
- SENPLADES (2018). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021*. Obtenido de http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
- Toscano, J. (2017). Investigación del Manejo de las Historias Clínicas Manuales y la aplicación de las Historias Clínicas Electrónicas en Hospitales

Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Tesis de Maestría).
Repositorio Universidad de Buenos Aires.

- Vargas, V. y Hernández, C. (2019). Historia médica: Su potencialidad en la gestión de costos hospitalarios. *Económicas CUC*, 40(1), 157-170.
- Vega, A. (2017). Evaluación de las historias clínicas del Ministerio de Salud Pública. Pacientes atendidos en la Clínica UCSG B-2016. Repositorio de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.
- Vega, G., Ávila, J., Vega, A., Camacho, N., Becerril, A. y Amador, G. (2014). Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. *European Scientific Journal*, 10(15), 523-528.
- Vera, J. y Trujillo, A. (2015). El efecto de la calidad del servicio en la satisfacción del derechohabiente en instituciones públicas de salud México. *Contaduría y Administración*, 1-21.
- Vera, O. (2015). Origen y desarrollo histórico de la Medicina Crítica y Unidades de Cuidados Intensivos en Bolivia. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 77-90.
Obtenido de
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200011
- Vicente, E., Almaguer, A. y García, R. (2015). Consideraciones de la enseñanza del método clínico en la formación médica superior. *Educación Médica Superior*, 29(1), 182-190. Obtenido de
<http://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2015/cem151q.pdf>
- Viniegra, C. (2017). *Amos, lacayos y vasallos*. México: Editorial Paralelo.
- Zárate, R., Salcedo, R., Olvera, S., S, H., Barrientos, J. P., Sánchez, S., . . . Terrazas, C. (2017). Eventos adversos en pacientes hospitalizados

reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México.

Enfermería universitaria, 14(4), 277-285.

Apéndices

Apéndice A. Test Historias Clínicas

Tabla 10

Instrumento

Indicadores de registro	Calidad de registro		
	No presentó (%)	Incompleto (%)	Completo (%)
Fecha y hora de la atención			
Pulcritud y legibilidad			
Anamnesis adecuada con antecedentes			
Signos vitales			
Examen físico			
Diagnóstico			
Plan de trabajo			
Exámenes auxiliares			
Tratamiento completo			
Firma y sello del médico tratante			

Tomado de *Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011*; por Matzumura et al., (2014).

Apéndice B. Encuesta

1. Dentro de las opciones establecidas, ¿cuál es el software que emplea la Clínica San Francisco?

DriCloud

Winfenix

ERP

Otro

2. ¿Considera que el registro de la historia clínica es una herramienta para mejorar el proceso de atención?

Sí

No

3. ¿Considera que la fecha y hora de atención son aspectos fundamentales en el registro de la Historia Clínica de un paciente?

Sí

No

4. En ámbitos de contenido, ¿considera que la legibilidad de la información debe ser un aspecto fundamental en el registro de la historia clínica de un paciente?

Totalmente en desacuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

5. ¿Considera importante el registro del diagnóstico de la situación del paciente en la historia clínica?

Totalmente en desacuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

___ Totalmente de acuerdo

6. ¿Considera importante el registro del plan de trabajo en las historias clínicas?

___ Totalmente en desacuerdo

___ Ni de acuerdo ni en desacuerdo

___ Totalmente de acuerdo

7. ¿Considera importante el registro del tratamiento de los pacientes en las historias clínicas?

___ Totalmente en desacuerdo

___ Ni de acuerdo ni en desacuerdo

___ Totalmente de acuerdo

8. ¿Considera que la calidad de las historias clínicas influye en los costos hospitalarios de la Clínica San Francisco?

___ Sí

___ No

Nota. Elaborado por autora.

Apéndice C. Entrevista

1. ¿Cuál es el software que actualmente se usa en la Clínica San Francisco?
2. ¿Qué tipo de problemas se han evidenciado con respecto al uso de este software, especialmente en las historias clínicas?
3. ¿Cuáles son las soluciones eventuales ante las deficiencias con el uso del sistema?
4. ¿Cuánto pierde la clínica con cada paciente perdido por caídas o problemas con el sistema?
5. ¿Cuántos pacientes en promedio se pierden en la semana?
6. ¿Qué consecuencias económicas tiene el mal uso de las historias clínicas?
7. ¿Cómo considera que se pueden corregir estos problemas?
8. ¿Cómo considera el nivel de calidad de las historias clínicas y su impacto en los costos hospitalarios?

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Martha Vanessa Chávez García, con C.C: #0920124203 autora del trabajo de titulación: *Evaluación de la calidad de las Historias Clínicas del área de Terapia Intensiva de adultos y su impacto en el costo del Hospital Clínica San Francisco* previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 03 de agosto de 2020

f.



Martha Vanessa Chávez García
C.C: 0920124203



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Evaluación de la calidad de las Historias Clínicas del área de Terapia Intensiva de adultos y su impacto en el costo del Hospital Clínica San Francisco		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Chávez García, Martha Vanessa		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Zerda Barreno, Elsie Zambrano Chumo, Laura		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	03/08/2020	No. DE PÁGINAS:	94
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud, calidad.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Calidad, historia clínica, gestión hospitalaria, tecnologías de la información, costos.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>La historia clínica es un documento que permite otorgar un seguimiento adecuado a los pacientes, esto con la finalidad de revisar la evolución de los mismos. Un mal registro puede conllevar a confusiones en la atención y mayores costos hospitalarios. El objetivo general de la presente investigación fue evaluar la calidad de las historias clínicas del área de terapia intensiva de adultos y el impacto que representa en el costo del Hospital Clínica San Francisco, con el propósito de diseñar planes de mejora para optimizar el registro de historias clínicas de la institución. La metodología utilizada mantuvo un enfoque mixto con método inductivo. El alcance fue de tipo descriptivo, con un diseño no experimental de corte transversal. Las técnicas utilizadas fueron la observación directa, la entrevista y la encuesta. Mediante un análisis de 275 registros electrónicos, se evidenciaron problemas con la anamnesis, diagnóstico, plan de trabajo y tratamiento completo. Por otra parte, se identificó ciertas falencias derivadas del software que actualmente utiliza la clínica incluye la importancia que mantiene el registro completo de las historias clínicas. Se propuso una actualización del sistema con una inversión de \$ 80 000, para lo cual se incluyó la compra de equipos, plan de internet y capacitaciones al personal. El ahorro mensual de aplicar la estrategia será de \$ 644 000 y anual de \$ 7 728 000. Se concluye que la calidad de las historias clínicas es baja y que el impacto en los costos hospitalarios es alto.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-991817142	E-mail: dramarthachavez14@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen		
	Teléfono: +593-9-43804600/ 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			