



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

**“Análisis comparativo del proceso del manejo del expediente
clínico en el servicio de consulta externa y plan de mejora,
Hospital Universitario de Puebla 2019”**

Tesis presentada para obtener el grado de:

**MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD**

Presenta

Thalía Briones Ortega

Directora

D.C Irma Pérez Contreras

Co-Director

MASS Irma Ortega Sánchez

Revisor

MA. Carlos Omar Muñoz Guarneros

**Puebla, Puebla
Diciembre 2019**

Índice.

Contenido

1. Resumen	4
Material y método	4
2. Introducción.	5
3. Antecedentes	5
3.1 Antecedentes Generales.....	5
¿Qué es el Archivo Clínico?	6
¿Qué es el Expediente Clínico?.....	7
Puntos Críticos que Afectan la Calidad del Expediente Clínico	8
Puntos críticos que afectan la calidad del expediente clínico y su relación con la seguridad del paciente	9
3.2 Antecedentes Específicos.....	10
Gestión de las Historias Clínicas	10
Calidad	12
Expediente Clínico Electrónico-Tecnologías de la Información	14
Proceso de archivado del expediente clínico	18
4. Planteamiento del problema	18
5. Objetivos	19
5.1 Generales	19
5.2 Específicos	19
6. Material y Métodos	20
6.1 Tipo y diseño de estudio	20
Observacional, transversal, diagnóstico, unicentrico, prolectivo, comparativo.....	20
6.2 Población del estudio.....	20
6.3 Marco muestral	20
6.4 Criterios de selección.....	20
6.4.1 Criterios de inclusión	20
6.4.2 Criterios de exclusión	20
6.4.3 Criterios de eliminación	20
6.5 Aspectos éticos.....	20
7. Resultados	21

8. Discusión	38
9. Conclusión	38
10. Referencias Bibliográficas	42
9. Anexos	46
9.1 Anexo.....	46
9.2 Anexo 2.....	47
9.3 Anexo 3.....	48
9.4 Anexo 4.....	49
9.5 Anexo 5.....	50
9.6 Anexo 6.....	51
9.7 Anexo 7.....	52

1. Resumen

El expediente clínico es el documento donde su adecuado manejo refleja no sólo la práctica médica, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del equipo de salud, por lo que es un instrumento que permite evaluar el nivel de la calidad asistencial, la atención y seguimiento, docencia e investigación, y al mismo tiempo tiene un contexto administrativa y médico–legal.

Objetivo.

Analizar el manejo actual (2019) del expediente clínico en el Hospital universitario de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla(HU-BUAP) y realizar un estudio comparativo con el manejo que se llevó a cabo en 2016 para determinar el proceso de mejora del manejo respecto al cumplimiento de la normatividad mediante la utilización del Modelo de Evaluación del Expediente Integrado y de Calidad (MECIC) de la NOM-004- SSA3-2012, e identifica puntos críticos que afectan la calidad del expediente clínico para establecer recomendaciones al respecto.

Material y método

Observacional, transversal, diagnóstico, unicentrico, prolectivo, comparativo, aleatorio simple. Población en estudio; recursos humanos del archivo clínico y de consulta externa del Hospital Universitario de la BUAP 2016, 2019.

Resultados.

Los resultados hacen un comparativo entre los años 2019 y 2016, donde se observa que algunos aspectos evaluados han mejorado. Podemos observar que los médicos en 2019 consideran importante contar con un expediente clínico electrónico para mejorar la calidad de la atención médica. Así mismo se observa una mejoría en la entrega a consulta externa y en la recepción de para su resguardo lo que mejora los índices de eficacia y devolución.

Conclusiones.

En los resultados comparativos entre los años 2019 y 2016, se observa que algunos aspectos evaluados han mejorado y otros no se han modificado, debido a dichos resultados se realiza una propuesta de mejora, ya que existen un sin número de áreas de oportunidad para lograr el apego a la normatividad del Manejo del Expediente Clínico. Enfatizando que la institución debe contar con un instrumento que regule el préstamo

del Expediente Clínico, para establecer normas de control del mismo, con el propósito de brindar una mejor atención al paciente, al equipo de salud, y para que en todo momento que se solicite al archivo clínico un Expediente, este cumpla con las características reglamentarias: Único, completo, ordenado, exacto, oportuno, integrado e identificado y confidencial, para lograr la calidad oficial requerida.

2. Introducción.

El expediente clínico es el medio de comunicación para el seguimiento de la atención médica y es la fuente de la información primaria en la investigación clínica y vigilancia epidemiológica, por lo tanto las áreas de Admisión y Archivo Clínico, son la columna vertebral de toda unidad hospitalaria y es el documento donde su adecuado manejo refleja no sólo la práctica médica, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del equipo de salud, por lo que es un instrumento que permite evaluar el nivel de la calidad asistencial, la atención y seguimiento, docencia e investigación, y al mismo tiempo tiene un contexto administrativa y médico-legal, que tiene utilidad para dictamen pericial, por lo que es el elemento clave en la elaboración de informes médico-legales, certificaciones de nacimiento o de defunción. Es propiedad de la Institución y deberá conservarse como mínimo hasta cinco años, contados a partir de la fecha del último acto médico, además debe contar con determinadas características: Confidencial, seguro, sólo tendrá acceso el personal en Salud autorizado), disponible, intransferible, legible, veraz, exacto, con Rigor Técnico, integrado con documentos completos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. Por lo tanto, debe existir en toda unidad médica un instrumento que regule el manejo del préstamo del Expediente Clínico, para brindar una mejor atención al paciente y al equipo de salud, asegurando que el Expediente Clínico sea único, completo, ordenado, exacto, oportuno y confidencial en el momento en que se solicite.

3. Antecedentes

3.1 Antecedentes Generales

El expediente Clínico y en general todos los registros médicos, constituyen documentos valiosos desde el punto de vista médico, gerencial, legal y académico, por lo que su

correcta administración, gestión y custodia, contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de la atención de los usuarios, a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia y además de tener disponible la documentación para los fines de los procesos de auditorías médicas y de expedientes clínicos.¹

El expediente clínico es el medio de comunicación para el seguimiento de la atención médica y es la fuente de la información primaria en la investigación clínica y vigilancia epidemiológica, por lo tanto las áreas de Admisión y Archivo Clínico, son la columna vertebral de toda unidad hospitalaria ya que es además la Oficina de Admisión es el primer contacto que los pacientes tienen en un hospital y la Oficina de Archivo Clínico, es el área responsable de salvar guardar la documentación administrativa y clínica del paciente.²

La calidad en un archivo clínico consiste en ofrecer al cliente o clientes (la máxima información con el menor número posible de errores o fallos. Es importante conocer las características y definiciones conceptuales de archivo clínico y expediente clínico, ya que la correcta administración y la gestión de la calidad de la atención a los usuarios dependen en gran medida de dichos documentos.

¿Qué es el Archivo Clínico?

El Consejo Internacional de Archivos (1988) define el término “archivo” como:

- El conjunto de documentos sea cual sea su fecha, su forma y su soporte material, producidos o recibidos por toda persona física o jurídica, y por todo servicio u organismo público o privado, en el ejercicio de su actividad, y son, ya conservados por sus creadores o por sus sucesores para sus propias necesidades, ya transmitidos a la institución de archivos competente en razón de su valor archivístico.
- Institución responsable de la acogida, tratamiento, inventariado, conservación y servicios de los documentos.
- Edificio o parte de edificio donde los documentos son conservados y servidos.

- Orencio López Domínguez (1997), define archivo clínico como “La unidad operativa encargada de reunir, conservar y administrar, del mejor modo posible, todo el material impreso, escrito o iconográfico, que va generándose a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales. Es, también, el centro del ciudadano y vigilancia de todos los expedientes clínicos que se producen en el centro sanitario, cualquiera que sea el soporte que adopte para la presentación o conservación de dicho material”.³

¿Qué es el Expediente Clínico?

Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.⁴

Conociendo estos términos es más fácil comprender su importancia, su interacción y como puede beneficiar a la gestión de calidad en la atención de los usuarios ya que es un reto al cual se enfrentan médicos, enfermeras y personal administrativos día a día.

La gestión de calidad en salud consiste en involucrar y motivar a todo el personal de la organización para mejorar continuamente los procesos de trabajo por medio de la evaluación de los resultados y el establecimiento de planes de mejora que cumplan o excedan las expectativas de las comunidades, poblaciones y personas, generen resultados de valor, y creen nuevas propuestas de servicios y modelos de incentivos, con base en el apoyo técnico para las actividades institucionales con el gobierno, sus agencias reguladoras, las compañías de seguros, otros hospitales y proveedores de servicios.⁵

Para hacer calidad en un servicio de documentación se necesita haber adquirido un cierto nivel de madurez, es decir, lo primero es que el servicio tenga una estructura y funcione, después, debe auto-evaluarse para mejorar su funcionamiento.⁶

De acuerdo a Espinar y Rodriguez los tres principales e irrenunciables criterios de calidad son:

- El archivo debe ser centralizado
- La historia clínica única por paciente
- Codificar los diagnósticos y procedimientos de las altas

Sin embargo, la investigación de calidad en expedientes clínicos, a la fecha, en todo el mundo es muy pobre, la investigación que privilegia el mundo biomédico sigue siendo predominante. Se han realizado estudios en centros hospitalarios del país y de forma reiterada han mostrado serias deficiencias en la calidad de los expedientes clínicos. Este fenómeno ha adquirido dimensiones alarmantes, al extremo de que muchos investigadores plantean que carecen de valor científico.⁷

Puntos Críticos que Afectan la Calidad del Expediente Clínico

- Integración del expediente clínico
 - Ilegibilidad y uso de abreviaturas.
 - Expediente clínico en desorden e incompleto.
 - Identificación del paciente: En algunos documentos se omite el nombre del paciente.
- Historia Clínica
 - Ausencia
 - No actualización
 - Registro incompleto de antecedentes
 - Omisiones en los registros del interrogatorio
- Notas médicas y de enfermería
 - Omisión del registro o registro incompleto de signos vitales
 - Falta de firma, nombre completo y cédula profesional del médico
 - Omisión del registro del pronóstico

- Ausencia de notas preoperatorias y pre anestésicas
- Se considera a la nota de urgencias o de ingreso como historia clínica
- Notas de enfermería:
 - Sin gráficas de signos vitales
 - No aplicación de escalas de valoración del dolor
 - No aplicación de escalas de riesgo de presentar úlceras por presión
 - No aplicación de escalas de nivel de riesgo de caídas
- Auxiliares de diagnóstico y tratamiento
 - Ausencia de interpretación de estudios en las notas médicas
- Consentimiento informado
 - Inexistente
 - Deficiente en su redacción
 - Sin firmas

Puntos críticos que afectan la calidad del expediente clínico y su relación con la seguridad del paciente

Defectos en la calidad del expediente clínico ⁷	
Elaboración	Uso, archive y custodia
Interpretación Omisión	Perdidas Duplicidad Identificación del paciente

Satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de inter-subjetividad, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes). Pero sólo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace

más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una excelencia.⁸

El expediente no nació para ser un mecanismo de comunicación del paciente, tampoco nació con la idea de que fuera un documento que pudiera ser almacenado como un recuerdo para la persona. En el aspecto de la comunicación, ni siquiera es el punto de discusión el acceso a la información del paciente, pues todo mundo está de acuerdo que hay que darle acceso a la información de manera completa las veces que sea necesario y las veces que sea necesario explicarlo todos entendemos que hay que hacerlo. En la medicina la comunicación con un paciente no es a través de un documento, la parte de nuestra tradición, es una tradición oral que remarca la importancia del contacto directo entre dos seres humanos, uno ayudando al otro y no como un contrato lleno de cláusulas y regulaciones.⁹

Gestionar adecuadamente las historias clínicas resulta crítico para mejorar el tratamiento de los pacientes y el ejercicio de sus derechos, pero también para el funcionamiento eficaz y eficiente del sistema sanitario. Sin embargo, se trata de una tarea titánica que requiere afrontar enormes desafíos como la ausencia de espacio de almacenamiento o las carencias de recursos humanos y económicos, al tiempo que se garantiza la debida protección de los datos personales de los pacientes o se logra de manera progresiva la compleja transición del formato papel al expediente electrónico.¹⁰

3.2 Antecedentes Específicos

En el crecimiento y fortalecimiento de una institución de salud, es necesario actualizar los procesos y procedimientos a fin de garantizar servicios eficientes y de calidad.¹⁰

Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audio visual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información. Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.¹¹

Gestión de las Historias Clínicas

La gestión se define de diversas maneras: ¹²

1. Creación y mantenimiento de un medio laboral donde los individuos, trabajando en grupos, puedan realizar misiones y objetivos específicos.
2. Conseguir que las cosas se hagan a través de las personas Coordinar y motivar a las personas de una organización para conseguir unos objetivos.

Para Koontz, en un la Gestión está constituida por una jungla de teorías.

Una gestión eficiente de la historia clínica debe garantizar como mínimo que ésta sea:¹³

- Única: no deben existir duplicidades, ya que si hubiera varias acarrearía serios problemas, uno de ellos que los episodios asistenciales estarían repartidos en varias y no podríamos consultarlos en su totalidad. Si esto ocurre se debe disponer de los medios para unificar todas las historias clínicas de un mismo paciente, y de esta manera integrar la información sobre el proceso asistencial.
- Que los circuitos de circulación de la documentación clínica entre niveles asistenciales estén definidos y sean eficaces.
- Que la incorporación progresiva de documentos provenientes de los procesos asistenciales sea ágil.
- Que la localización de la información y el manejo en general de la historia clínica sea fácil, para ello es muy útil la normalización de los documentos que la componen.
- Que se incorporen nuevas tecnologías que faciliten el trabajo relacionado con la gestión de historias clínicas.
- Que exista un reglamento consensuado en el centro sobre gestión de la historia clínica.

Cuando se gestiona historias clínicas se deben realizar las siguientes funciones: ¹³

- **Identificación de la historia clínica:** de forma unívoca y constante, siendo su soporte el fichero índice de pacientes, el cual contiene el conjunto de registros con los datos básicos de identificación de todos ellos, éste debe ser único,

permanente, centralizado e independiente del tipo de asistencia. Es en este fichero donde se introducen nuevos datos para dar de alta a un nuevo paciente, y se actualizan los de aquellos que ya figuraban en él.

- ***Diseño y mantenimiento actualizado del formato de la historia clínica:*** en cuanto a carpetas o sobres de identificación física de la historia clínica, en el caso de tratarse de una tradicional, en papel, o si es electrónica, los correspondientes números, claves, o códigos de barras para la correcta identificación. También la revisión continua de documentos para tres cosas:
 - Su normalización, actividad mediante la cual se planifica, organiza y evalúa si los documentos que componen la historias clínicas cumplen con la norma establecida en el reglamento de uso de la historias clínicas, elaborado por los profesionales del centro a través de la Comisión de Historias Clínicas.
 - Su adaptabilidad al paso del tiempo.
 - Las necesidades de los usuarios.
- ***Control de calidad de la historia clínica:*** evaluación continua de los documentos utilizados en ella, esto se puede hacer valorando todos los documentos o a través de la utilización de muestras de los mismos.
- ***Garantizar la accesibilidad a la historia:*** elaborando normas de acceso y disponibilidad, teniendo en cuenta la legislación vigente en este sentido. Estas normas constarán por escrito, y deben ser conocidas por todos los profesionales del centro y deben estar aprobadas por la dirección del mismo. Las Unidades de Documentación Clínica y Administración definirán el procedimiento de solicitud de las mismas, registrará todas las solicitudes de información y propondrá los niveles de acceso a la información según el perfil profesional de los usuarios.

Calidad

Según la ISO 9000, 2000 "Se considera como calidad, al conjunto de características inherentes a un producto para que cumpla con los requisitos para los cuales se elabora".

La calidad consiste en identificar y satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes. La calidad de un servicio está definida por la percepción del cliente, tanto de la calidad del producto como del servicio que se le ofrece.

Dos de las características que debe ofrecer un producto o servicio de calidad son:

- Satisfacer necesidades, usos y propósitos respondiendo a las expectativas de los clientes o usuarios.
- Cumplir correctamente con toda la legislación que le sea aplicable.

Con respecto al archivo, sabremos si se realiza un servicio de calidad, siempre y cuando se cumplan correctamente las necesidades de información de los profesionales sanitarios; y se sigan todos los requisitos y pautas marcados para tal fin.

El control de calidad consiste en un conjunto de acciones planificadas, que se aplican para poder lograr los objetivos marcados en temas de mejora de la calidad. En los Archivos Clínicos se utilizan controles a través de auditorías; que consisten en el desarrollo de técnicas de investigación y análisis que permiten comprobar si una actividad está siendo realizada de acuerdo con unos objetivos previos.

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 refiere dentro de sus acciones garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería realizando una revisión periódica de la calidad del expediente clínico.

SICALIDAD recomienda a todos los establecimientos de salud la asociación al proyecto Expediente Clínico Integrado y de Calidad (ECIC). Su objetivo es la revisión sistemática del expediente clínico en el marco del Plan de Mejora Continua de Calidad y Seguridad del Paciente (PMC). La herramienta del Modelo de Evaluación para el Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) que se propone quiere contribuir a que sea una práctica regular, auspiciada por los equipos directivos, el análisis de la calidad del expediente clínico en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. (Secretaría de Salud, 2009)

El MECIC es un instrumento diseñado para evaluar la calidad de los registros en el expediente clínico, ayuda a identificar áreas de oportunidad y puntos críticos que afectan

la calidad, con la finalidad de implementar acciones a favor de la mejora continua y de lograr un Expediente Clínico y de Calidad.

Los dominios que deberán ser considerados para la evaluación y revisión de la calidad del expediente clínico y el área de archivo en el MECIC son las siguientes:

1. Custodia, conservación y archivo del expediente clínico.
2. Integración del expediente clínico.
3. Calidad de los registros y cumplimientos normativos. (Secretaría de Salud, 2009)

Expediente Clínico Electrónico-Tecnologías de la Información

Mario Chao, director global de la práctica de salud de Everis NTT Data Company comenta “Por años ha existido una intención relevante de los actores públicos y privados de invertir en esta tecnología como un paso necesario para mejorar la calidad de atención de los pacientes y para el registro de información. Aunque los avances no se han dado al ritmo esperado, existe la vocación de empujarlo”.

Datos del Foro Económico Mundial (WEF, por sus siglas en inglés) muestran que México se ubicó en el lugar 79 de 149 países en el *Reporte Global de Tecnologías de Información 2014*, lo que representa una caída de 16 posiciones, cuando en 2013 ocupó el lugar 63 de 148 naciones.²²

El problema para que no se haya implementado el expediente clínico electrónico en todo el país es una cuestión cultural. En Estados Unidos se han invertido miles de millones de dólares para incentivar el uso del expediente clínico, en un periodo largo, y con mucha aportación de inversión pública se ha logrado subir el porcentaje de penetración a más de 80%, aunque antes de esa inversión estaba en un radio de 40%²²

En un estudio realizado en Valencia, diciembre 2009 para obtener título de máster CALSI (Contenidos y Aspectos Legales en la Sociedad de la Información), por María Luisa Ferrer Díez refiere que el archivo clínico presta un servicio público esencial porque hacen

posible una atención sanitaria de calidad al custodiar y servir la documentación necesaria para casi todos los procesos asistenciales que se producen en una institución sanitaria.¹⁵

En la actualidad existe una diversidad importante de archivos clínicos dependiendo del grado de implantación del archivo electrónico. En algunas instituciones sólo lo utilizan para pruebas complementarias, en otros también para algún tipo de informe y en unos pocos para todo.¹⁵

La tendencia es convertir los archivo clínico en electrónicos en su totalidad, pero durante cierto tiempo convivirán ambos sistemas, pues aunque se implante la historia clínica electrónica hasta que no migre toda la información se tendrá que recurrir a los antiguos episodios para tenerla en su totalidad.¹⁵

Muchos hospitales, principalmente los privados, han adoptado el expediente clínico electrónico en su administración interna. También los públicos, como el Instituto Nacional de Nutrición y el Instituto Nacional de Cancerología. Incluso, entidades como la Secretaría de Salud de Zacatecas y el gobierno del Distrito Federal.²²

Con una inversión inicial de 220 millones de pesos, el GDF, en alianza con Everis BNTT Data y Telmex, puso en marcha en enero de este año el Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria (SAMIH), que se implementará a lo largo de dos años e incluye 490,520 horas de formación presencial y en línea para médicos, enfermeras y personal administrativo de los 31 hospitales de la capital del país.²²

Los beneficios del expediente clínico electrónico son varios:

- Eficiencia en recursos y reducción de costos.
- Incremento en la seguridad e identificación unívoca del paciente.
- Reducción de tiempos de espera para el beneficiario y el derechohabiente.
- Repositorio clínico de la historia de salud del paciente: alergias, vacunas, antecedentes familiares, hábitos tóxicos y, por ende, mejor calidad en la prestación de servicios de salud.

- Simplicidad y agilidad en la citación de pacientes, evitando desplazamientos innecesarios.

El mayor reto en este sentido pasa por el tema de la seguridad de la data de los pacientes, para lo cual es necesario trabajar en sistemas que permitan resguardarla bajo las normas de protección de información para evitar que lleguen a manos no adecuadas.²³

En un estudio observacional, transversal, retrospectivo, analítico, descriptivo y documental, en los meses de agosto de 2013 a febrero 2014 que se llevó a cabo en las instalaciones de la CONAMED, con un muestreo no probabilístico por conveniencia donde se tomaron 50 expedientes clínicos de queja médica pertenecientes a las diferentes instituciones hospitalarias del Sector Salud. Dicho estudio se efectuó mediante la recolección de datos obtenidos a través de la búsqueda intencional de las 139 variables que conforman los 21 dominios del modelo MECIC. Dando como resultado que en lo general, ningún expediente cumplió con todas las variables de los 21 dominios establecidos en la normatividad. El nivel de cumplimiento de los criterios del MECIC en expedientes clínicos de quejas médicas fue del 77%, se muestra con detalle el porcentaje de cumplimiento por dominio de evaluación en la siguiente tabla. ¹⁴

D=	Dominio	Calificación en %
D1	Integración del expediente	72
D2	Historia clínica	91
D3	En general de las médicas	83
D4	Especificaciones de las notas médicas	85
D5	Notas de evolución	92
D6	Notas de referencia/traslado	97
D7	Notas de interconsulta	100
D8	Nota pre-operatoria	88
D9	Nota pre-anestésica	93
D10	Nota pos-operatoria	76
D11	Nota pos-anestésica	62
D12	Nota de egreso	88
D13	Nota de enfermería	47
D14	De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	82
D15	Registro de la transfusión de unidades de sangre /c	45
D16	Trabajo Social	20
D17	Carta de consentimiento informado	85
D18	Hoja de egreso voluntario	100
D19	Hoja de notificación al ministerio público	NA
D20	Nota de defunción y de muerte fetal	100
D21	Análisis clínico	20
	Cumplimiento	77 %
NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.		

Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) · febrero 2014
CONAMED

Un segundo estudio del Hospital “San Juan de La Cruz” de Úbeda, durante el año 2012 basado en el análisis del movimiento de Historias Clínicas, y otros parámetros como el tipo de Archivo o calidad de la Historias Clínicas, para comprobar si el Archivo de Historias Clínicas cumple los requisitos mínimos de calidad exigidos por la normativa, es un Hospital General Básico, que consta con un total de 224 camas y atiende alrededor de 115.000 habitantes. En este estudio se calcularon los siguientes índices de calidad.

Proceso de archivado del expediente clínico

INDICE EVALUADO	RESULTADO OBTENIDO	VALOR DE REFERENCIA SEGÚN LA NORMA
RENTABILIDAD (IR)	174.608 / 160.000=1.09	1 a 4
EFICACIA (IE)	Nº de H.C. servidas al día / Nº de H.C solicitadas al día = 530/550 = 0,96	0.95 a 1
SEGURIDAD IS	Nº de H.C. devueltas al archivo / Nº de H.C.prestadas 565/550 =1,02	0.95 a 1
ÍNDICE DE DEVOLUCIÓN ID	Nº total de H.C. no devueltas (en un tiempo determinado) / Nº medio de H.C. prestadas al día Id = 15 x 90/550 = 2,45	1 a 3
INDICE DE CONTROL DE H.C. NO SUMINISTRADAS (% DE HC QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL ARCHIVO)	Nº de HC no suministradas x 100 / Nº de HC solicitadas %HCNE = (550-520) x100 / 550 = 3000 /550 = 5,4%	5 al 10%,
ÍNDICE DE CONTROL DE PRÉSTAMOS URGENTES IPCU =	Nº de H.C. solicitadas urgentes x 100 / Nº de H.C. solicitadas IPCU = 44/550 x 100 = 8%	inferior al 10%

En los resultados que obtuvieron, en el Archivo del Hospital “San Juan de La Cruz” de Úbeda, en cuánto a los procesos de movimientos de HC y otros análisis de calidad de la HC y de las bases de datos, presenta un nivel bastante bueno, por lo tanto cumple los requisitos mínimos de calidad que se le exigen a un archivo de HC. ¹⁵

4. Planteamiento del problema

En la actualidad diversas instituciones de salud afrontan diversos problemas con el manejo del expediente clínico desde la salida, hasta su retorno al archivo clínico, los cuales se originan frecuentemente debido al propio proceso diario, ya que al ser responsables de múltiples expedientes clínicos, es complejo mantener integro el manejo

de todos y cada uno de los expedientes clínicos, debido a que en un solo día el expediente clínico puede pasar por diferentes servicios, turnos y recursos humanos como; trabajo social, enfermería, médicos de base, médicos internos, residentes etc. Algunas veces el expediente puede estar en calidad de préstamo, en instancias legales o mal archivado, por lo que el expediente en ocasiones se extravía, se crea una duplicidad o se traspapela, por lo cual su manejo es importante ya que lo anterior pueden generar una mala calidad de la atención.

Por todo lo anterior surge la necesidad de investigar:

¿Qué mejoras presenta el proceso del manejo del expediente clínico comparado con el manejo de 2016, en el departamento de archivo clínico del Hospital Universitario?

5. Objetivos

5.1 Generales

- Análisis del proceso actual del manejo del expediente clínico comparado con el manejo en 2016, en el archivo clínico del Hospital Universitario de Puebla.

5.2 Específicos

- Evaluación el proceso del manejo del archivo clínico mediante un cuestionario basado en el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), referente a custodia y archivo del expediente clínico.
- Evaluación el proceso del manejo del expediente clínico mediante los diferentes indicadores del control del proceso de archivado de Historias Clínicas.
- Evaluación el cumplimiento de las funciones del Subcomité del Expediente Clínico
- Comparación resultados del manejo del expediente clínico con una evaluación similar realizada anteriormente en el mismo archivo clínico en 2017.
- En base a los resultados obtenidos en el análisis del proceso, se elabora un plan de mejora de acuerdo a los indicadores oficiales para mejorar el control del proceso de custodia y archivado del Expediente clínico que conlleven a establecer estándares de servicio y calidad superiores a los alcanzados.

6. Material y Métodos

6.1 Tipo y diseño de estudio

Observacional, transversal, diagnóstico, unicentrico, prolectivo, comparativo.

6.2 Población del estudio

Totalidad del personal administrativo que labora en el archivo clínico involucrado en el proceso de entradas y salidas del expediente clínico, responsable del archivo clínico y médicos del turno matutino y vespertino que deseen participar y que se encuentren en consulta externa.

6.3 Marco muestral

Aleatorio simple, Personal administrativo del archivo clínico, médicos de consulta externa del turno matutino y vespertino.

6.4 Criterios de selección

6.4.1 Criterios de inclusión

Personal administrativo del archivo clínico que se encuentre laborando en el momento de la entrevista y acepte participar bajo consentimiento informado. Jefe del archivo clínico en el momento de la entrevista. Médicos que deseen participar del turno matutino y vespertino.

6.4.2 Criterios de exclusión

Aquellos médicos que no se encuentren en el momento de la encuesta, médicos que no deseen participar o no deseen firmar el consentimiento informado, que estén en periodo vacacional o permiso.

6.4.3 Criterios de eliminación

Aquellos que no acepten la realización de las encuestas, no acepten que se reelige el estudio o bien se nieguen a firmar el consentimiento informado.

6.5 Aspectos éticos

La investigación se llevó a cabo tomando en cuenta las recomendaciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y en la Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares.

La confidencialidad de los datos fue garantizada, se conservó el anonimato y se solicitó consentimiento informado de las autoridades institucionales para la realización de este estudio. (Ver anexo 5).

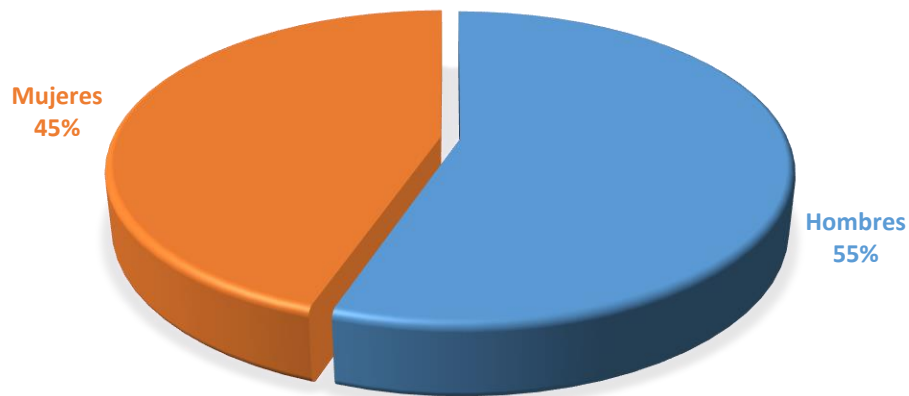
7. Resultados

Se realizó un estudio, observacional, transversal, diagnóstico, unicentrico, prolectivo, en una muestra de 91 médicos de la consulta externa del hospital universitario de Puebla de los turnos: matutino y vespertino, por entrevista directa se aplicó encuesta para evaluar el funcionamiento del manejo del expediente clínico en consulta externa.

Gráfico 1.

Distribución de la muestra de 2019 de acuerdo a sexo:

Porcentaje de acuerdo a sexo de los medicos en el Hospital Universitario de Puebla.



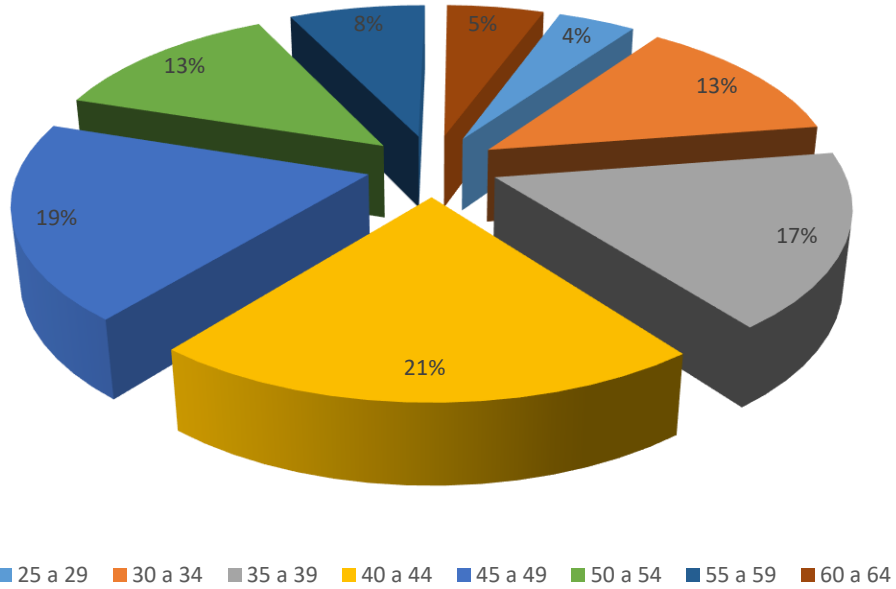
Fuente: Propia del investigador

Se puede observar en la distribución de la muestra U LIGERO predominio DE PERSONAL masculino en un 10 %.

Gráfico 2.

Distribución de la muestra de 2019 por Edad.

Porcentaje de médicos en consulta externa por grupo de edad en Hospital Universitario de Puebla.



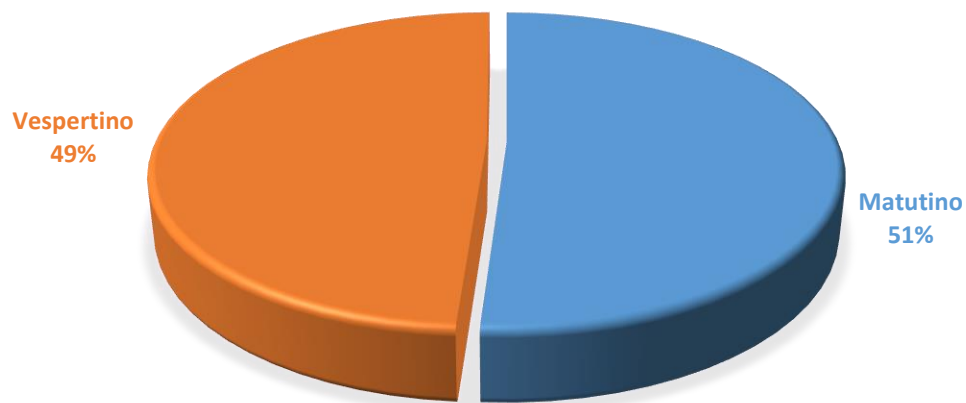
Fuente: Propia del investigador

Se puede apreciar que el predominio de edad en el personal fue en el grupo de 40 a 44 años de edad seguido de 45 a 49 y posteriormente de 35 a 39, siendo el minoritario de 25 a 29 años.

Gráfico 3. Distribución de la muestra 2019 por turnos:

Se puede observar que el mayor porcentaje de personal que se encuestó fue en el turno vespertino.

Porcentaje de Médicos por turnos en el Hospital Universitario de Puebla.

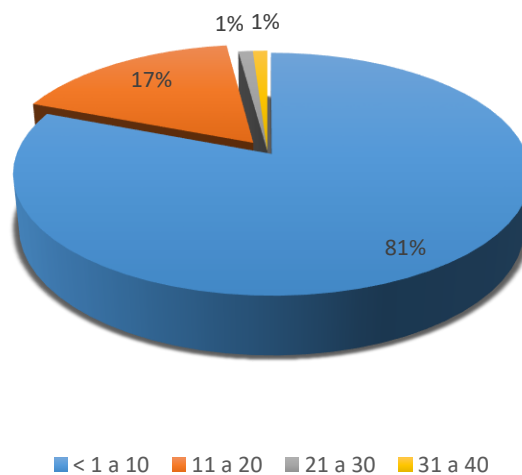


Fuente: Propia del investigador

Gráfico 4. Distribución de la muestra por antigüedad:

Se observa que la mayoría de la población encuestada presenta entre una a 10 años de antigüedad.

Porcentaje de médicos encuestados por antigüedad en el Hospital Universitario de Puebla.



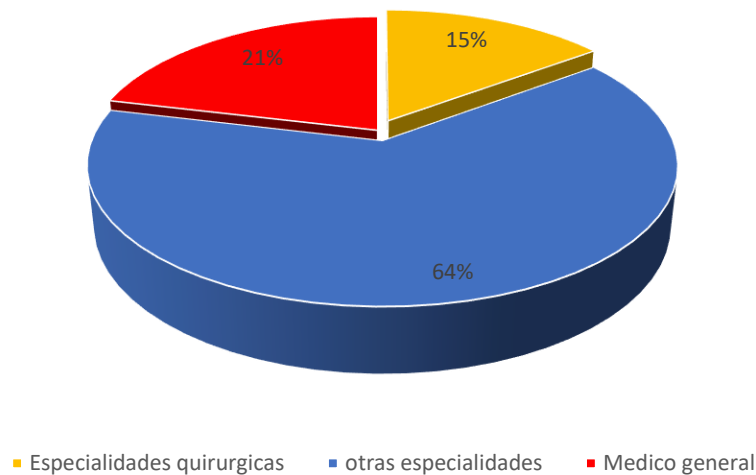
Fuente: Propia del investigador

Gráfico 5.

Se observa que la población que se encuestó fue en su mayoría de consulta externa de especialidad, seguida de consulta externa de medicina general (familiar).

Distribución de la muestra por Servicios:

Porcentaje de médicos de acuerdo a grado de estudios médicos en el Hospital Universitario de Puebla.



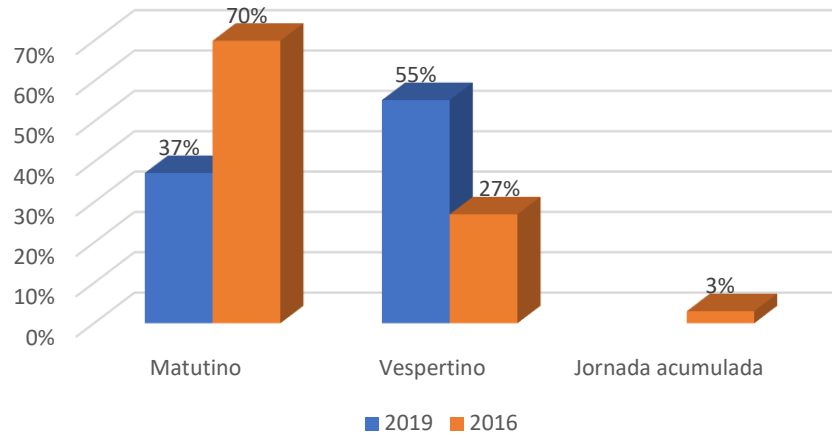
Fuente: Propia del investigador

Respecto al análisis comparativo:

Se tomó una muestra de 94 médicos consulta externa al azar del Hospital Universitario de Puebla de ambos turnos (matutino y vespertino) no eliminando a ninguno, a los cuales se le aplicó la encuesta para evaluación del funcionamiento y manejo del expediente clínico de consulta externa. Se realizó la comparación con el estudio realizado en 2016 donde se utilizó una muestra de 101 médicos de la consulta externa del Hospital Universitario de Puebla de los diferentes turnos: matutino, vespertino y jornada acumulada HUP, de los cuales 8 médicos fueron eliminados por encontrarse de vacaciones, incapacidad y permiso goce de sueldo.

Grafica 6

Comparación de médicos de acuerdo al turno entrevistados en el Hospital Universitario de Puebla

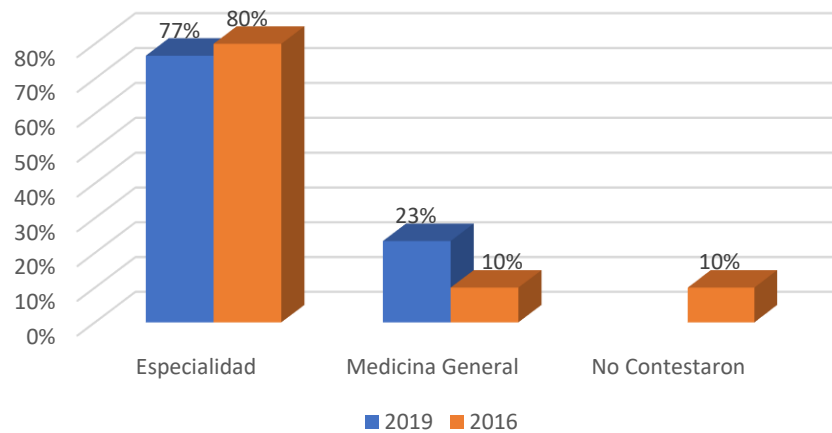


Fuente: Propia del investigador/ Inv. Pérez Ch P. 2016

La mayoría de los médicos en 2016 correspondían al turno matutino con un 70% y el 2019 el turno con mayor porcentaje corresponde al vespertino con 57%.

Grafica 8.

Porcentaje de nivel educativo en los médicos del Hospital Universitario de Puebla.

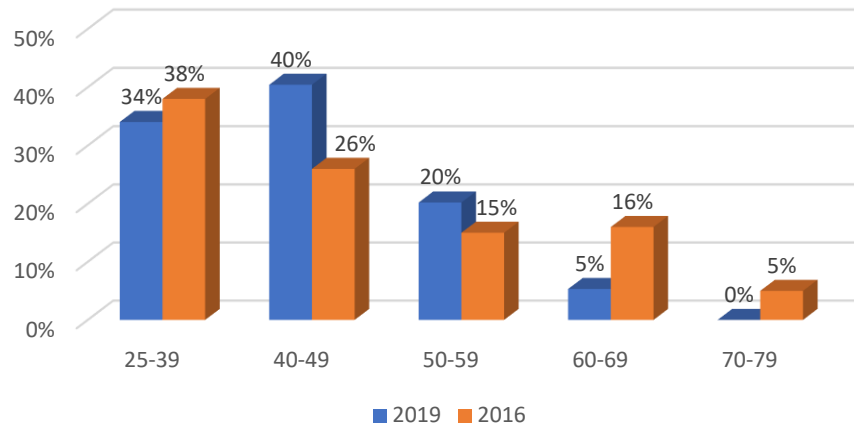


Fuente: Propia del investigador/ Inv. Pérez Ch P. 2016

De los 94 médicos que participaron en las encuestas, en 2019, 77% son especialistas y 23% médicos Generales, sin excepción contestaron al rubro, el 2016 un 1% no respondió algún rubro, se observa un aumento de 13% de médicos generales, probablemente debido a que existe una mayor demanda de atención en el primer nivel. (Grafica8)

Grafica 9.

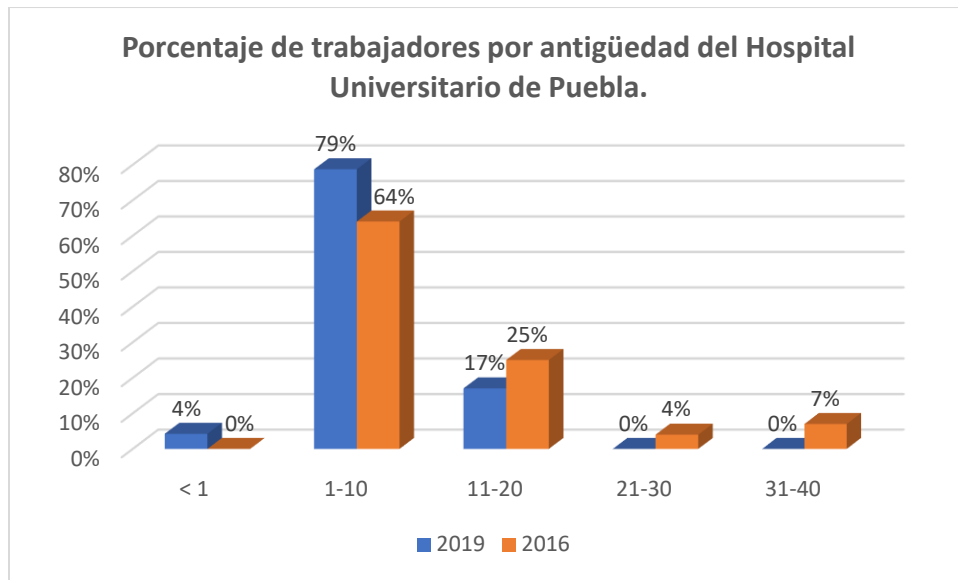
Porcentaje de personal encuestado por grupo de edad en el Hospital Universitario de Puebla.



Fuente: Propia del investigador/ Inv. Pérez Ch P. 2016

De acuerdo al grupo de edad observamos un decremento en el grupo de 25 a 39 siendo en 2019 de 34 % y en 2016 de 38% y un incremento en el grupo de 40 a 39 siendo en 2019 de 40% y 2016 26% probablemente se deba a que hubo un cambio de grupo de edad o renuncia del personal. En el extremo de edad observamos que en 2019 al momento de las entrevistas no se registró ningún médico perteneciente al grupo de edad de 70 a 79 años esto debido a que algunos se jubilaron en ese periodo.

Grafica 10.



Fuente: Propia del investigador/ Inv. Perez Ch P. 2016

Respecto a la antigüedad se observa que en 2019 se contrató nuevo personal existiendo un 4% con menos de 1 año laborando en la institución en el grupo de 1 año a 10 años en 2019 corresponde a un 79% y en 2016 un 64% el incremento se debe a que se contrataron nuevos médicos en el periodo de 2016 a 2019, se puede observar que en 2019 desaparecen los médicos de 21 años o más de antigüedad, probablemente a que estos de jubilaron.

Las siguientes gráficas y tablas muestran los resultados obtenidos de la encuesta realizada a los médicos la cual consta de 5 ítems, se realizó mediante la escala Likert, siendo totalmente de acuerdo la mayor puntuación y muy en desacuerdo menor puntuación. Se evaluó chi-cuadrada de la siguiente manera:

•**Ho.** Las diferencias en los resultados de 2016 y los resultados de 2019 se deben al azar: no hubo diferencias entre los resultados del 2016 con los resultados del 2019.

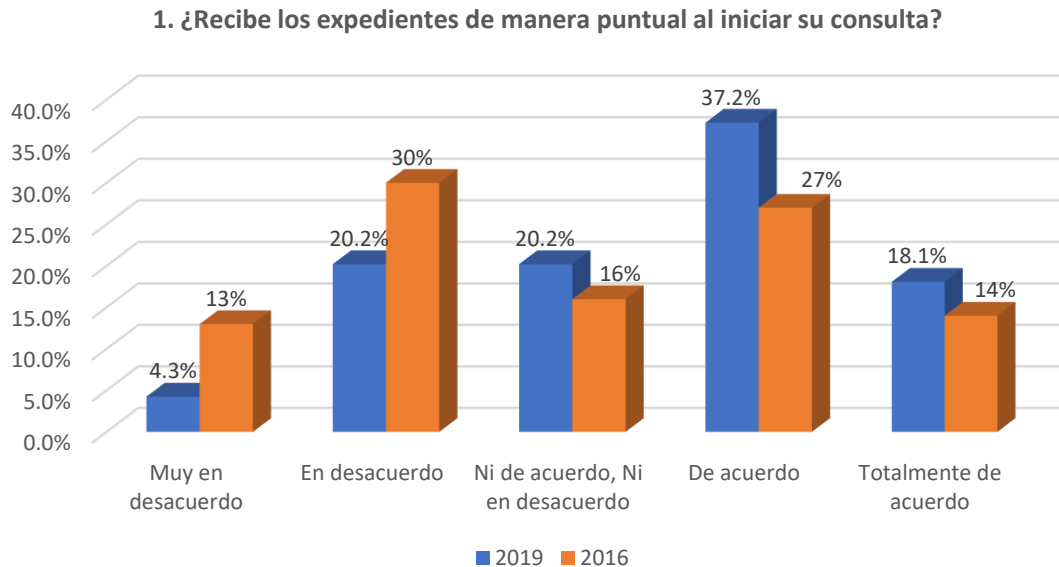
•**H1:** Si hubo diferencias entre los resultados del 2016 con los resultados del 2017, no se deben al azar.

•El resultado de Chi-cuadrada de acuerdo a la tabla es de 26.30 si la chi-cuadrada calculada es mayor que la de la tabla se acepta la hipótesis alternativa.

Ítem 1

De los 94 médicos entrevistados en 2019 está “de acuerdo” en que recibe los expedientes de manera puntual al iniciar su consulta el 37.2% mientras que en 2016 el 30% de los 93 médicos estaba en desacuerdo, seguido de un 27% en 2016 que si está de acuerdo en recibirlos y en 2019 con un 20.2% dicen que está “en desacuerdo” o bien “ni desacuerdo ni en desacuerdo”

Grafica 11



Fuente: Propia del investigador/ Inv. Pérez Ch P. 2016

En este mismo ítem la tabla 1 la prueba de chi-cuadrado nos indica:

Tabla 1
Pruebas de chi-cuadrado
1. ¿Recibe los expedientes de manera puntual al iniciar su consulta?

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Prueba de McNemar-Bowker	44.000	16	.000
N de casos válidos	94		

a. 17 casillas (68.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .51.

Fuente: Propia del investigador

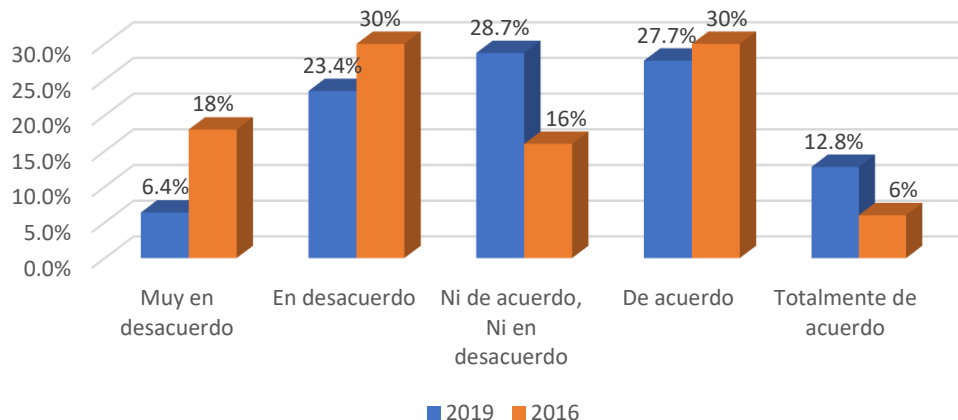
Se acepta la hipótesis alternativa (**H1**) de que existe diferencia en los resultados del 2019 con los del 2016 la chi-cuadrada calculada es de 44 con un nivel de significancia de 0.05 obteniendo una **p** de menos de 0.05 por lo que consideramos que estamos tomando la hipótesis correcta.

Ítem 2

En 2019 este ítem el 28.7 % de los médicos respondió que no están “ni de acuerdo, ni en desacuerdo” y un 27.7% “de acuerdo”, lo que se puede traducir en que los expedientes no se encuentran totalmente completos y ordenados, en 2016 el 30% de los médicos entrevistados estaban en “desacuerdo” con el orden del expediente y 30% “de acuerdo”.

Gráfica 12

2. ¿Los expedientes se encuentran completos y ordenados (notas médicas, hospitalización y laboratorios)?



Fuente: Propia del investigador/ Inv. Pérez Ch P. 2016

Respecto a chi-cuadrada la tabla 2 evalúa al ítem 2

Tabla 2
Pruebas de chi-cuadrado
2. ¿Los expedientes se encuentran completos y ordenados (notas médicas, hospitalización y laboratorios)?

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Prueba de McNemar-Bowker	37.000	16	.000
N de casos válidos	94		

a. 19 casillas (76.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .38.

Fuente: Propia del investigador

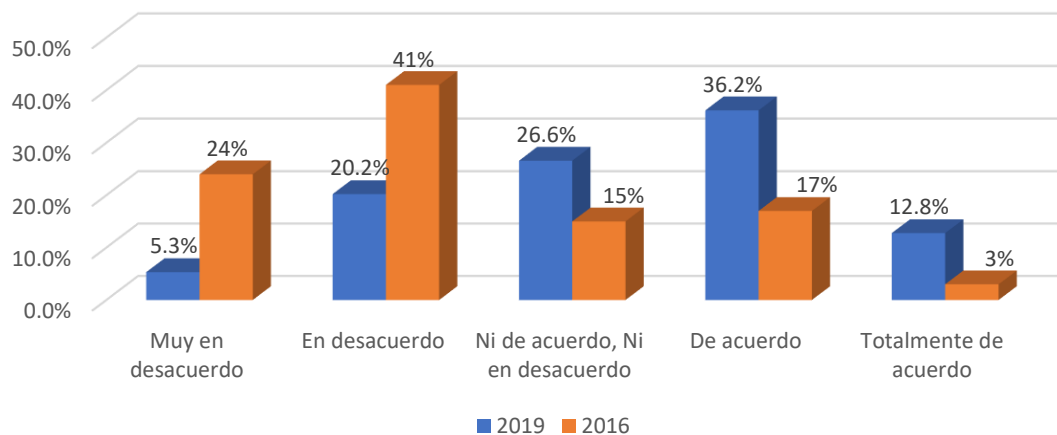
Se acepta la hipótesis alternativa H1 con un nivel de significancia menor al 0.05 con una confianza del 95%. La chi-cuadrada calculada es de 37 se acepta que existen diferencia entre los resultados del 2016 con los del 2019.

Ítem 3

Observamos en esta grafica que en 2019 el 36.2% del personal entrevistado está “de acuerdo” con las condiciones del expediente clínico y en 2016 el 41% de los entrevistados opinaban que no estaban de acuerdo con las condiciones del expediente clínico.

Gráfica 13

3.¿El expediente clínico se encuentra en buenas condiciones?



Fuente: Propia del investigador/ Inv. Pérez Ch P. 2016

Tabla 3
Pruebas de chi-cuadrado
3.¿El expediente clínico se encuentra en buenas condiciones?

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Prueba de McNemar- Bowker	23.000	16	.000
N de casos válidos	94		

a. 18 casillas (72.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .16.

Fuente: Propia del investigador

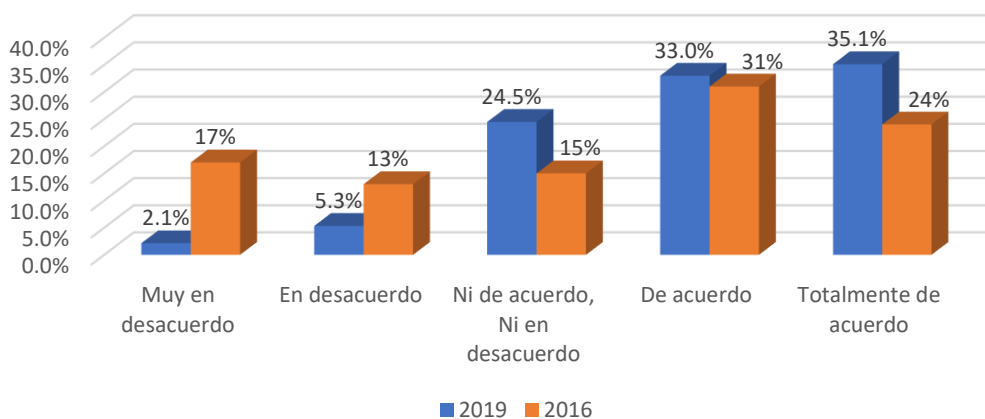
De acuerdo con esta pregunta se acepta la hipótesis nula, no existen diferencia entre las respuestas del 2016 con las respuestas del 2019, con un nivel de significancia menor del 0.05 y confianza del 95%, la chi cuadrada calculada es del 23.

Ítem 4

En 2019 el 35.1% del personal entrevistado piensa que es necesario un expediente electrónico para elevar la calidad de la atención médica, y un 2.1% está “muy en desacuerdo”, en 2016 un 24% estaba “totalmente de acuerdo”, un 31% “de acuerdo” y un 17% “muy en desacuerdo”. Probablemente este 17% correspondía en 2016 a los médicos de más antigüedad y más añosos.

Grafica 14

4. ¿Es necesario el expediente electrónico para elevar la calidad de la atención médica?



Fuente: Propia del investigador/ Inv. Pérez Ch P. 2016

Tabla 4
Pruebas de chi-cuadrado
4. ¿Es necesario el expediente electrónico para elevar la calidad de la atención médica?

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Prueba de McNemar-Bowker	48.000	16	.000
N de casos válidos	94		

a. 17 casillas (68.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .26.

Fuente: Propia del investigador

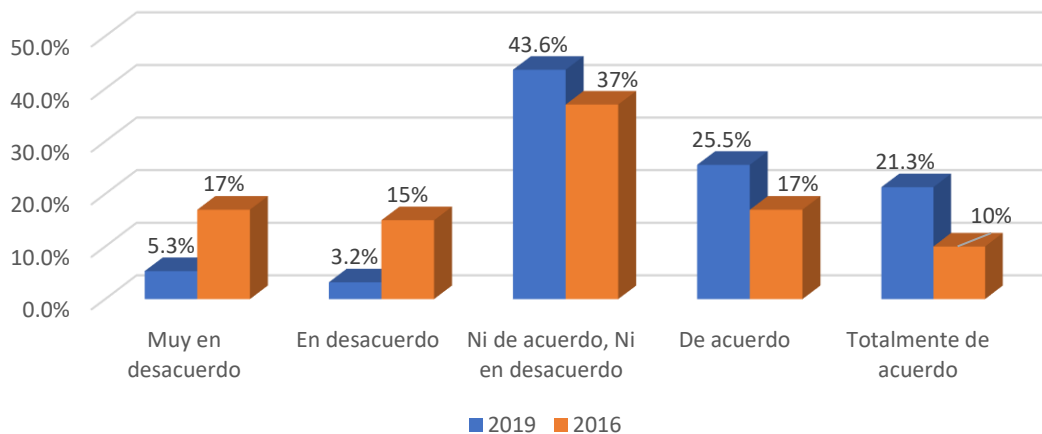
Se acepta la hipótesis alternativa H1 con un nivel de significancia menor al 0.05 con una confianza del 95%. La chi-cuadrada calculada es de 48 se acepta que existen diferencia entre los resultados del 2016 con los del 2019.

Ítem5

En este último ítem donde observamos que el personal médico en 2019 y en 2016 no está ni de acuerdo ni en desacuerdo con el comité del expediente clínico, lo que hace pensar que probablemente los médicos no conozcan el plan de trabajo del comité o propiamente a todos los integrantes y sus funciones específicas.

Gráfica 15

5. ¿Está Usted de acuerdo con el funcionamiento del Comité del Expediente Clínico?



Fuente: Propia del investigador/ Inv. Pérez Ch P. 2016

Por ultimo la con la tabla 5 terminamos de analizar los resultados del cuestionario a médicos.

Tabla 5
Pruebas de chi-cuadrado
5. ¿Está Usted de acuerdo con el funcionamiento del Comité del Expediente Clínico?

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Prueba de McNemar-Bowker	57.000	16	.000
N de casos válidos	94		

a. 18 casillas (72.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .43.

Fuente: Propia del investigador

Se acepta la hipótesis alternativa H1 con un nivel de significancia menor al 0.05 con una confianza del 95%. La chi-cuadrada calculada es de 57 se acepta que existen diferencia entre los resultados del 2016 con los del 2019.

Resultados sobre el manejo del expediente en archivo.

Porcentaje de expedientes solicitados y entregados en 15 días

Tabla 6

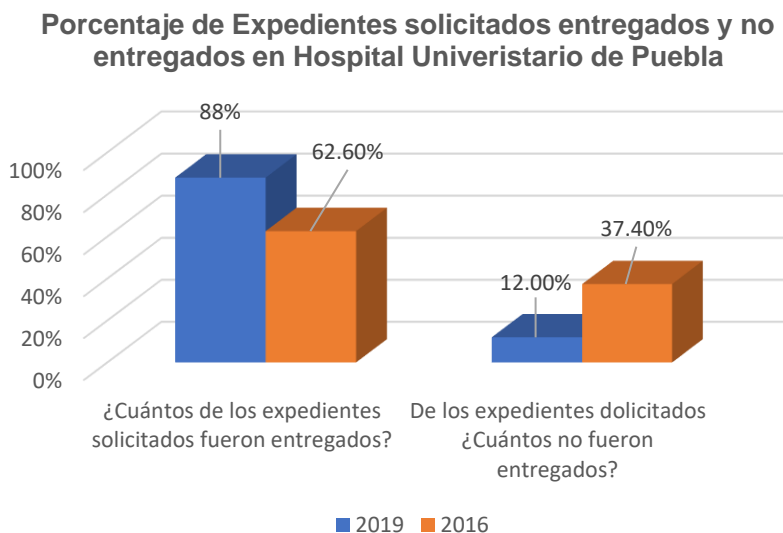
Categoría	2016		2019	
	Expedientes solicitados	7725	100%	8835
Expedientes entregados	4837	62.6%	7785	88%
Expedientes no entregados	2888	37.4%	1050	12%
*Expedientes que reingresaron al archivo	4525	93.%	6990	89%

*El porcentaje se obtuvo del total de expedientes entregados. Fuente: Propia del investigador

Para estas variables se le realizó entrevista a las responsables del manejo de expedientes, y archivo de los mismos para consulta externa tomando en cuenta los índices normativos sobre el manejo de expedientes, para dichas variables se toma como parámetro de medición 15 días hábiles, tomando como promedio las entradas y salidas de los expedientes en los 5 días hábiles.

Del periodo de 2016 a este periodo 2019 hubo un incremento en el porcentaje de expedientes solicitados en el control del proceso de archivado de expediente clínico, el cual se hace a través de los siguientes indicadores, periodo anterior 7725 expedientes solicitados, periodo del estudio 8835 expedientes solicitados, dando esto como resultado un incremento de 1.14 puntos porcentuales

Gráfica 16



Fuente: Propia del investigador/ Inv. Pérez Ch P. 2016

La entrega de expedientes al igual que en 2016 no se puede dividir por turnos ya que no se cuenta con un personal de captura en el archivo clínico responsable del turno vespertino.

Los datos anteriores nos sirvieron para medir el control del proceso de archivado de expediente clínico, el cual se hace a través de los siguientes indicadores.

Tabla 7

Comparación por indicador			
TIPO DE INDICADOR	Resultados		Valor de referencia
	2019	2016	
Índice de rentabilidad (Ir)	1.26	1.5	1 y 4
Índice de eficacia (Ie)	1	0.62	0.95 y 1
Índice de seguridad (Is)	0.791	0.93	0,95 y 1
Índice de devolución (Id)	1.25	1.02	1 a 3
Índice de control de H.C. no suministradas (%HCNE)	11.88%	N/A	5 al 10%
Índice de control de préstamos urgentes (IPCUP)	8.48 %	N/A	menor al 10%

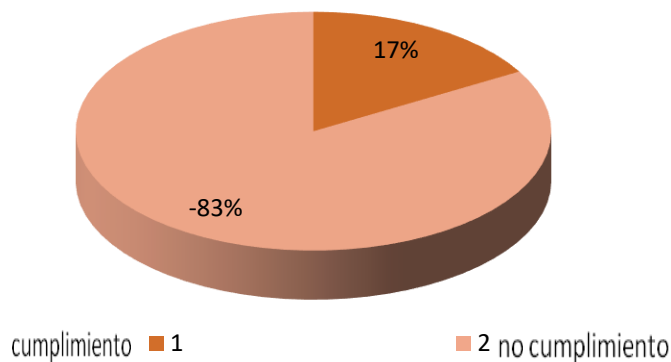
Fuente: Propia del investigador/ Inv. Pérez Ch P. 2016

En 2019 podemos observar que la mayoría de los resultados se encuentran dentro del valor de referencia lo que nos indica que existe un buen control del proceso de archivado de expediente clínico. En 2019 el índice de seguridad supera el valor máximo de referencia, lo que nos indica que hay una buena seguridad del expediente, En 2016 el índice de eficacia se encontró por debajo de los valores de referencia lo que nos indica que la eficacia era inadecuada, llama la atención que el índice de devolución es adecuado pese a que no todos los expedientes clínicos regresan al archivo clínico para su resguardo y conservación

Así mismo se aplicó el instrumento MECIC (modelo de evaluación para el archivo clínico) el cual consta de 12 ítems siendo en 2016 la puntuación de 10 y en 2019 de 10, correspondiendo los resultados a la siguiente grafica. (Anexo1)

Gráfica 17

Porcentaje de cumplimiento de la custodia, conservación y archivo del expediente clínico en el Hospital Universitario de Puebla



Fuente: HuBUAP según instrumento MECIC (Modelo de Evaluación para el Archivo Clínico)

Se pondero la respuesta con 1 equivaliendo a “si cumple” y 0 “no cumple” lo que dio como resultado de 10, se dio un valor de 0 a las mismas preguntas en 2016 y 2019 “¿existe un registro consecutivo del número de expedientes expedidos, que asegure la no duplicidad?” y “¿Se elaboran y se registran las actas administrativas ante el extravío de expedientes clínicos?”. Lo que nos indica que el Archivo clínico no ha mejorado en esos dos aspectos desde el 2016. En la tabla 8 se muestran las respuestas dadas en el instrumento.

Tabla 8

No.	MECIC: CUSTODIA, CONSERVACIÓN Y ARCHIVO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	2019	2016
1	Se cuenta en el establecimiento médico con un área específica para el archivo clínico	1	1
2	El archivo clínico tiene espacios tributarios para la conservación, guarda y manejo de los expedientes clínicos	1	1
3	Existen condiciones adecuadas dentro del archivo clínico para la guarda de expedientes clínicos (pisos, techos, mobiliario, protección contra incendios)	1	1
4	Los expedientes clínicos se encuentran debidamente identificados dentro del archivo	1	1
5	Se cuenta con un sistema de almacenaje que permita mantener los expedientes clínicos en orden y de fácil localización	1	1
6	Existe un registro de entradas y salidas de expedientes clínicos	1	1
7	Los expedientes clínicos se encuentran en buen estado	1	1
8	Existe un registro consecutivo del número de expedientes expedidos, que asegure la no duplicidad	0	0
9	Se tienen formatos suficientes para integrar un expediente clínico nuevo cada vez que se solicita	1	1
10	Se elaboran y se registran las actas administrativas ante el extravío de expedientes clínicos	0	0
11	Existe personal encargado de la custodia de los expedientes clínicos	1	1
12	Existe un sistema de depuración del archivo clínico (vigencia del expediente clínico de 5 años, a partir de la última fecha de atención)	1	1
TOTAL		10	10

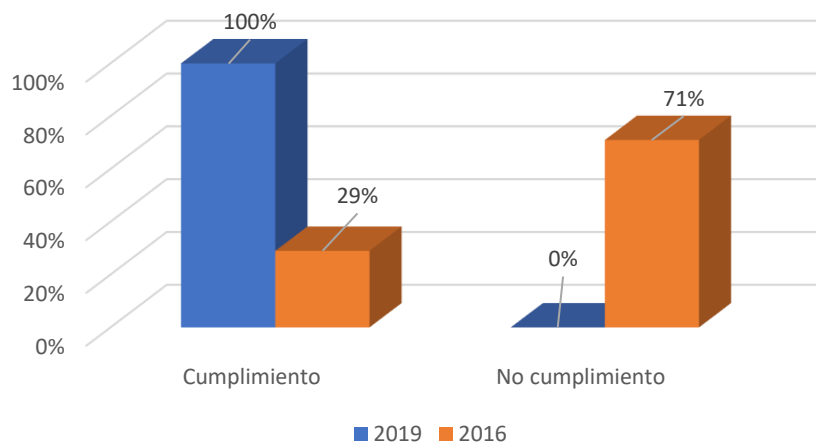
Fuente: instrumento MECIC (Modelo de Evaluación para el Archivo Clínico)

Se aplicó un tercer cuestionario, el cual se realizó a 4 integrantes del subcomité del expediente clínico (jefa de enfermeras, ayudante del secretario del subcomité, un jefe de piso y al secretario del subcomité). Este cuestionario evaluó el grado de cumplimiento de las funciones del subcomité del expediente clínico de la siguiente manera: bueno, regular y malo, si cumple más del 50 % el grado de cumplimiento es bueno, del 40 % al 50% es regular, menos del 40% es malo.

En la gráfica podemos observar que el 2019 el comité del archivo clínico realiza un 100% de cumplimiento siendo este bueno, pese a esto, el secretario, no permitió tomar evidencia de la carpeta que se lleva en las reuniones del subcomité, donde refieren se archivan las minutos y acuerdos. En 2016 el resultado del grado de cumplimiento de las funciones del subcomité del expediente clínico es del 28%, lo cual indica que el cumplimiento es malo.

Gráfica 18

Porcentaje de cumplimiento del subcomite del expediente clínico del Hospital Universitario de Puebla



Fuente: Propia del investigador/ Inv. Pérez Ch P. 2016

En la tabla 9 se realiza el comparativo de 2019 y 2016 de las respuestas.

Tabla 9

Evidencias de seguimiento del Comité del Expediente Clínico del Hospital Universitario de Puebla		2019	2016
1	¿Se ha capacitado a los integrantes del Comité sobre la operatividad del mismo?	1	1
2	¿Se cuenta con una calendarización de sesiones del comité del expediente clínico?	1	1
3	Hay evidencia del cumplimiento de las sesiones del comité del expediente clínico. Evidencias	1	0
4	Se verifica el contenido de las minutas de sesiones, con temas en base a los Planes de Mejora Continua	1	0
5	Se verifica el cumplimiento de los acuerdos, recomendaciones y/o compromisos establecidos en el comité del expediente clínico	1	0
6	Se verifican las acciones de mejora que, como resultado de las iniciativas analizadas en el comité del expediente clínico hayan impactado en la mejora de la calidad y seguridad del paciente. Evidencias	1	0
7	¿Existen evidencias de que se ha cumplido con la supervisión del seguimiento de acuerdos del comité bajo su responsabilidad? Evidencias	1	0
Total		7	2

Fuente: Propia del investigador/ Inv. Pérez Ch P. 2016

8. Discusión

En los resultados comparativos entre los años 2019 y 2016, se observa que algunos aspectos evaluados han mejorado con el paso de los años como que los expedientes estén a tiempo para la consulta, la entrega de los expedientes que fueron extraídos del archivo clínico y la mejora más evidente se realizó en el comité del expediente clínico ya que ya cuentan con minutas, carpetas de evidencias y reuniones, sin embargo sigue siendo un grupo con cosas por mejorar ya que el personal encargado de la consulta desconoce su adecuado funcionamiento, existen otros aspectos que no se han modificado, como el orden y las condiciones del expediente clínico. El estudio comparativo demuestra un funcionamiento aceptable comparado con otro estudio similar realizado en el Hospital “San Juan de La Cruz” de Úboda, durante el año 2012.

9. Conclusión

Algunos aspectos evaluados han mejorado en el transcurso de la evaluación comparativa como el comité de evaluación del expediente clínico, al cual la mayor parte del personal le resta importancia probablemente por el desconocimiento de su función y el beneficio que este implica, otros no se han modificado como las condiciones físicas y el orden. La mayoría permanecen de igual manera lo que representa un área de oportunidad para mejorar la funcionalidad del archivo clínico y por lo tanto la calidad de la atención de la institución. Por lo que se realiza una propuesta de mejora.

La institución debe contar con un instrumento que regule el préstamo del Expediente Clínico, se deben establecer normas de control del mismo, con el propósito de brindar una mejor atención al paciente, al equipo de salud, y para que en todo momento que se solicite al archivo clínico un Expediente Clínico, para lograr la calidad requerida cumpliendo con las características reglamentarias: Único, completo, ordenado, exacto, oportuno, integrado, identificado y confidencial, que permita dar atención oportuna, documentada y de calidad para que al paciente se le brinde un adecuado diagnóstico y tratamiento de su padecimiento y este a su vez pueda servir para investigación, docencia e incluso pueda ser utilizado como instrumento jurídico.

El instrumento deberá contener los lineamientos que se deberán aplicar en todas y cada una de las diferentes áreas sustantivas del hospital: dirección médica, dirección de Investigación y enseñanza, las divisiones médicas, servicios médicos hospitalarios y de consulta externa, servicio de admisión hospitalaria y archivo clínico, apegadas al Marco Jurídico del:

- Código Penal Federal, publicado en el Diario Oficial Federación, última reforma 24/10/2011.
- Ley General de Responsabilidades Administrativas, publicado en el Diario Oficial de Federación, última reforma 18/07/2016.

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de Federación, última reforma 04/12/2009.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicado en el Diario Oficial de Federación el 06/01/1987.
- Reglamento Interno del departamento de enseñanza para los Médicos Internos y Residentes.
- Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico 004-ssa3. México.

Lineamientos para el manejo del expediente clínico.

El Expediente Clínico es el conjunto de documentos escritos, gráficos, de imagen o de cualquier otra índole en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes de su intervención, conforme a las disposiciones sanitarias. (NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-004SSA3-2012,

- Para la apertura del Expediente Clínico se requiere el llenado de la Solicitud oficial debidamente y totalmente requisitada, nombre, cédula profesional y firma (si se tiene sello del médico de base y/o residente de mayor jerarquía que atenderá al paciente). En ausencia, de los anteriores será el Jefe de Servicio o Asistente de la Dirección General, el encargado de realizar este trámite. Así mismo, es necesario que la hoja de solicitud de apertura de expedientes contenga, el diagnóstico, con base a la clave CIE-10.
- Cuando el Expediente Clínico sea requerido por autoridades externas (Comisión de Arbitraje Médico, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Autoridades Judiciales, etc.) se enviará copia certificada. En caso de requerir el original, éste se enviará sólo con autorización del Director General y/o del Director Médico, tendrá carácter devolutivo y el hospital deberá conservar una copia certificada.
- Ningún Expediente Clínico puede salir del Archivo Clínico, sin que se registre su destino, a través del vale de préstamo debidamente requisitado.
- Queda estrictamente prohibido prestar Expedientes Clínicos sin que se cubran los requisitos del presente reglamento. Vale de préstamo debidamente requisitado.
- Queda estrictamente prohibido sustraer, romper, modificar, mutilar, maltratar, tomar fotografías o copiar por cualquier medio, los documentos que contenga el Expediente Clínico.
- Ningún empleado administrativo, puede proporcionar información verbal o escrita del Expediente Clínico. Al menos que se cuente con un permiso especial.

- La información contenida en el Expediente Clínico debe ser manejada con discreción, ética, profesionalismo y confidencialidad, por todo el personal que tenga acceso al mismo.
- El personal adscrito al Archivo Clínico, no tiene la facultad de meter, sacar, fotocopiar, quitar, o prestar ningún documento que integre el contenido del Expediente Clínico.
- Préstamo del expediente clínico, será sólo a personal autorizado de acuerdo al presente reglamento: médicos de base y médicos residentes de mayor jerarquía, por medio de un vale de préstamo por expediente, completamente requisitado, respaldado por nombre completo y firma del médico adscrito responsable (gafete institucional vigente).
- El tiempo máximo de préstamo será de 72 horas, a partir del momento de entrega. En caso de prórroga, será necesario renovar el vale. (excepto para aspectos judiciales)
- El préstamo de Expedientes Clínicos, para la Consulta Externa programada, se deben solicitar al Archivo Clínico, antes de las trece horas del día hábil previo a su uso, donde el personal de Consulta Externa es quien a través del formato F2602-01, podrá solicitar los Expedientes.
- La entrega física de los expedientes solicitados para consulta externa se realizará diariamente al personal de recepción de archivo clínico en horarios previamente establecido. Cuando los expedientes no sean devueltos de Consulta Externa, deberán ser respaldados con una relación de expedientes, firmada y sellada por el médico tratante y médico residente de mayor jerarquía, quienes serán los responsables del resguardo hasta su entrega en Archivo Clínico.
- Los expedientes de ingresos programados serán solicitados por el servicio de admisión hospitalaria, un día previo al ingreso.
- El préstamo para investigación del departamento de enseñanza será por medio del jefe de esa área quien determinará el número de expedientes a analizar dentro del archivo clínico
- Para la liberación de médicos residentes, no adeudara Expedientes Clínicos al Archivo.
- Los alumnos de ciclos clínicos, internos de pregrado, pasantes en Servicio Social y médicos rotantes no tienen derecho al préstamo de expedientes.
- El personal que infrinja el presente reglamento, será sancionado conforme a las condiciones generales de trabajo vigentes, por las Autoridades administrativas Internas de este Hospital.

- En caso de extravió de algún expediente clínico se debe realizar un acta constitutiva donde se justifique la perdida de este.
- El personal del archivo clínico tiene la obligación de crear sistema para evitar la duplicidad de expedientes.
- El subcomité del expediente clínico tiene la obligación de darse a conocer con todo el personal que labora en la institución así como dar a conocer las funciones del mismo y rendir cuentas del trabajo que realizan, para que este sea conocido por el personal.

10. Referencias Bibliográficas

1. Villamán C. y Roy G. Manual Para la Gestión Del Archivo Clínico Santo Domingo, Republica Dominicana. Profamilia; 2010, pp 3-28. <http://profamilia.org.do/wp-content/uploads/2017/10/Manual-ArchivoClinico.pdf>
2. Secretaria de Salud. (2003). Manual de Organización del área de admisión y archivo clínico. Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial. Recuperado de http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/transparencia_portal/Archivos/a14f01/Admision%20y%20archivo%20clinico.pdf.
3. Martínez M. (2007). Estudio Sobre El Archivo Clínico, Málaga España. Fesitess Andalucía, p 4–76. <http://www.fatedocencia.info/4018/4018.pdf>
4. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. D.O.F 30-IX-199. Ref. D.O.F 15-X-2012. http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
5. Modelo de Gestión de Calidad en Salud. (2013-2018). Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Calidad y Educación en Salud Recuperado de http://dgces.salud.gob.mx/pnc2017/doctos_consulta/MGCS.pdf
6. Espinar J. Rodríguez G. Espinar L. (2012) Análisis de los índices de calidad del Archivo de Historias Clínicas del Hospital “San Juan de la Cruz” de Úbeda, España. P 1-9. https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/export/sites/default/galerias/aportesDocumentos/descargas/Anxllisis_de_los_xndices_de_calidad_del_Archivo_de_Historias_Clxnicas_del_Hospital_xSan_Juan_de_la_Cruzx_de_xbeda.pdf
7. Cortés V. (2015) Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad. México, Recuperado de http://calidad.salud.gob.mx/site/mail/2015/01/doc/02_J.pdf

8. Massip C, Ortiz RM, Llanta MC, Peña M, Infante I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la Calidad. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba
9. Bachinger G. (2006). Derechos de los Pacientes y propiedad del expediente clínico en Austria, Revista CONAMED, Vol. 11, Núm. 7, pp 17-18
http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev_historico/REV40.pdf
10. Programa para la Cohesión social en América Latina (2017). Archivos clínicos hospitalarios: mucho más que un almacén. Recuperado de <http://eurosocial.eu/es/noticia/archivos-clinicos-hospitalarios-mucho-mas-que-un-almacen-1>
11. Berrocal A I. (2002). El Valor de la Autonomía del Paciente en la Ley 41/2002, del 14 de Noviembre, Reguladora de los derechos y Deberes de los Pacientes. BOE, núm 274, de 15 de noviembre de 2002. Pp 69-142.
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2252/8.pdf>
12. Ortún V. (2014) Gestión Pública: Conceptos y Métodos. España. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/255601867_GESTION_PUBLICA_CONCEPTOS_Y_METODOS
- 13- 18- Ferrer ML. Archivos de Historias Clínicas. tesina Máster CALSI.Valencia.2009. recuperado de: <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/13987/TESINA%20MÁSTER%20CALSI.pdf?sequence=1>
14. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010.
15. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012.
17. Leal MR. Modelo de Administración del cambio para la implementación de un expediente clínico electrónico: caso TECSALUD. Monterrey Nuevo

Leon. 2014. recuperado de:
[https://repositorio.itesm.mx/bitstream/handle/11285/621208/Tesis_ECE_Ma
yra%20Alan%C3%ADs_FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.itesm.mx/bitstream/handle/11285/621208/Tesis_ECE_Ma
yra%20Alan%C3%ADs_FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

18- Ferrer ML. Archivos de Historias Clínicas. tesina Máster
CALSI.Valencia.2009. recuperado de:
[https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/13987/TESINA%20MÁSTER%
20CALSI.pdf?sequence=1](https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/13987/TESINA%20MÁSTER%
20CALSI.pdf?sequence=1)

19. Vargas K. Pérez JA. Soto MO. Cumplimiento de los indicadores del
modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC).
Rev. CONAMED. vol.20.núm 4 (2015) recuperado de:[http://www.dgdi-
conamed.salud.gob.mx/ojs-
conamed/index.php/revconamed/article/view/226/409](http://www.dgdi-
conamed.salud.gob.mx/ojs-
conamed/index.php/revconamed/article/view/226/409)

20. Carmona B. Ponce G. Evaluación del expediente clínico integrado y de
calidad en pacientes de cirugía programada. REV.
CONAMED.vol.19,núm.3(2014) recuperado de:
[http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_JUL-
SEP_2014.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_JUL-
SEP_2014.pdf) / [http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-
conamed/index.php/revconamed/article/view/14/656](http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-
conamed/index.php/revconamed/article/view/14/656)

21.Espinar JM. Rodriguez G. Espinar L. Análisis de los índices de calidad del
Archivo de Historias Clínicas del Hospital “San Juan de la Cruz” de Ubeda
(2013). Recuperado de: [http://docplayer.es/63381974-Analisis-de-los-
indices-de-calidad-del-archivo-de-historias-clinicas-del-hospital-san-juan-de-
la-cruz-de-ubeda.html](http://docplayer.es/63381974-Analisis-de-los-
indices-de-calidad-del-archivo-de-historias-clinicas-del-hospital-san-juan-de-
la-cruz-de-ubeda.html)

22. Villafranco G. ¿Por qué es tan caro (no) tener un expediente clínico
electrónico?. Fobres, 2015 Marzo. Ciudad de México. Disponible en:
[https://www.forbes.com.mx/por-que-es-tan-caro-no-tener-un-expediente-
clinico-electronico/](https://www.forbes.com.mx/por-que-es-tan-caro-no-tener-un-expediente-
clinico-electronico/)

23. Medina A. A México le urge el expediente clínico Electrónico Universal. Forbes. Septiembre 2017. Ciudad de México. Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/a-mexico-le-urge-el-expediente-clinico-electronico-universal/>

24. Lineamientos para el manejo del expediente clínico hospital Juárez de México 2018 <https://www.gob.mx/salud/hjm/documentos/lineamientos-para-el-man>

25. Clinical record, evaluation model of clinical record, clinical records. Revista CONAMED, vol. 20, núm 4, octubre-diciembre 2015, págs. 149-159. Maestrante de la maestría “Administración de Organizaciones de Salud” de la Universidad “La Salle” Nezahualcóyotl. México. 2 Subcomisión Médica de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), México D.F.

9. Anexos

9.1 Anexo

SECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD * Todas las celdas de calificación deberán ser llenadas según corresponda: 0= No cumple , 1= Cumple, NA= no aplica ECIC.001		
DATOS GENERALES DE LA UNIDAD MÉDICA		
Entidad Federativa:	CLUES :	
Jurisdicción Sanitaria:	Nombre del establecimiento médico:	
Director del establecimiento médico:	Domicilio del establecimiento médico:	
Correo electrónico del establecimiento médico:	Teléfono del establecimiento médico:	
Nombre y cargo de quien aplica la evaluación:		
No.	DOMINIO: CUSTODIA, CONSERVACIÓN Y ARCHIVO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	CALF
1	Se cuenta en el establecimiento médico con un área específica para el archivo clínico	
2	El archivo clínico tiene espacios tributarios para la conservación, guarda y manejo de los expedientes clínicos	
3	Existen condiciones adecuadas dentro del archivo clínico para la guarda de expedientes clínicos (pisos, techos, mobiliario, protección contra incendios)	
4	Los expedientes clínicos se encuentran debidamente identificados dentro del archivo	
5	Se cuenta con un sistema de almacenaje que permita mantener los expedientes clínicos en orden y de fácil localización	
6	Existe un registro de entradas y salidas de expedientes clínicos	
7	Los expedientes clínicos se encuentran en buen estado	
8	Existe un registro consecutivo del número de expedientes expedidos, que asegure la no duplicidad	
9	Se tienen formatos suficientes para integrar un expediente clínico nuevo cada vez que se solicita	
10	Se elaboran y se registran las actas administrativas ante el extravío de expedientes clínicos	
11	Existe personal encargado de la custodia de los expedientes clínicos	
12	Existe un sistema de depuración del archivo clínico (vigencia del expediente clínico de 5 años, a partir de la última fecha de atención)	
Total		0

9.2 Anexo 2



BENEMÉRITO UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Encuesta al personal del Archivo Clínico del Hospital Universitario de Puebla		
Fecha:		Turno:
1	¿Cuántos expedientes se solicitaron en el día?	
2	¿Cuántos de los expedientes solicitados fueron entregados?	
3	¿Cuántos expedientes entregados reingresaron al archivo clínico?	
4	¿Cuántos expedientes no fueron devueltos a tiempo?	
5	De los expedientes solicitados ¿Cuántos no fueron entregados?	
6	¿Cuántos expedientes se encuentran en calidad de préstamo en el día?	

9.3 Anexo 3



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Encuesta a médicos de consulta externa del Hospital Universitario de Puebla

Género: (M) (F) Antigüedad: _____ Edad/fecha de nacimiento _____

Turno: (M) (V) (JA) (mixto) Especialidad:

Estimado Dr., dedique unos minutos de su tiempo para contestar este cuestionario, las respuestas serán tratadas de forma anónima y confidencial.

Aspecto a evaluar	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Recibe los expedientes de manera puntual al iniciar su consulta					
2. Los expedientes se encuentran completos y ordenados (notas médicas, hospitalización y laboratorios)?					
3. El expediente clínico se encuentra en buenas condiciones					
4. ¿Es necesario el expediente electrónico para elevar la calidad de la atención médica?					
5. Está Usted de acuerdo con el funcionamiento del Comité del Expediente Clínico					



9.4 Anexo 4

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Cuestionario para evaluar el grado de cumplimiento de las funciones del subcomité del expediente clínico

Encuesta dirigida al responsable del archivo clínico

Fecha:


Nº	Custodia, conservación y archivo del expediente clínico	SI	NO
1	Se cuenta en el establecimiento médico con un área específica para el archivo clínico	SI	NO
2	EL Archivo clínico tiene espacios tributarios para la conservación, guarda y manejo de los expedientes clínicos	SI	NO
3	Existen condiciones adecuadas dentro del archivo clínico para la guarda de expedientes clínicos (pisos, techos, mobiliarios, protección contra incendios)	SI	NO
4	Los expedientes clínicos se encuentran debidamente identificados dentro del archivo	SI	NO
5	Se cuenta con un sistema de almacenaje que permita mantener los expedientes clínicos en orden y de fácil localización	SI	NO
6	Existe un registro de entradas y salidas de expedientes clínicos	SI	NO
7	Los expedientes clínicos se encuentran en buen estado	SI	NO
8	Existe un registro consecutivo del número de expedientes expedidos, que asegure la no duplicidad	SI	NO
9	Se tienen formatos suficientes para integrar un expediente clínico nuevo cada vez que se solicita	SI	NO
10	Se elabora y se registran las actas administrativas ante el extravío de expedientes clínicos	SI	NO
11	Existe personal encargado de la custodia de los expedientes clínicos	SI	NO
12	Existe un sistema de depuración del archivo clínico (vigencia del expediente clínico de 5 años a partir de la última fecha de atención)	SI	NO

Nº	Evidencias de seguimiento del Comité del Expediente Clínico		
1	¿Se ha capacitado a los integrantes del Comité sobre la operatividad del mismo?	SI	NO
2	¿Se cuenta con una calendarización de sesiones del comité del expediente clínico?	SI	NO
3	Hay evidencia del cumplimiento de las sesiones del comité del expediente clínico. Evidencias	SI	NO
4	Se verifica el contenido de las minutas de sesiones, con temas en base a los Planes de Mejora Continua	SI	NO
5	Se verifica el cumplimiento de los acuerdos, recomendaciones y/o compromisos establecidos en el comité del expediente clínico	SI	NO
6	Se verifican las acciones de mejora que, como resultado de las iniciativas analizadas en el comité del expediente clínico hayan impactado en la mejora de la calidad y seguridad del paciente. Evidencias	SI	NO
7	¿Existen evidencias de que se ha cumplido con la supervisión del seguimiento de acuerdos del comité bajo su responsabilidad? Evidencias	SI	NO

9.5 Anexo 5

INDICADORES	FORMULAS
Índice de rentabilidad	$I_r = \text{N}^\circ \text{ total de H.C buscadas al año} / \text{N}^\circ \text{ total H.C archivadas en activo}$
Índice de eficacia	$I_e = \text{N}^\circ \text{ de H.C. servidas al día} / \text{N}^\circ \text{ de H.C solicitadas al día}$
Índice de seguridad	$I_s = \text{N}^\circ \text{ de H.C. devueltas al archivo} / \text{N}^\circ \text{ de H.C. que salen en préstamo}$
Índice de devolución	$I_d = \text{N}^\circ \text{ total de H.C. no devueltas (tiempo determinado)} / \text{N}^\circ \text{ medio de H.C. prestadas/día}$

9.6 Anexo 6

 <p style="text-align: center;">BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</p>	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	“Análisis comparativo del proceso del manejo del expediente clínico en el servicio de consulta externa y elaboración de un plan de mejora, en el Hospital Universitario de Puebla”
Patrocinador externo:	No Aplica
Lugar y fecha:	Puebla, Puebla
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	
Procedimientos:	Se aplicarán el cuestionarios
Posibles riesgos y molestias:	No existe ningún riesgo. Solo se requiere el tiempo y disponibilidad para la evaluación.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Una mejora en su atención lo cual implicara la implementación de mejores estrategias en su beneficio.
Información sobre resultados y/o alternativas de tratamiento:	Se darán a conocer durante la entrevista a los solicitantes.
Participación o retiro:	Será voluntaria no se le obligará a contestar la encuesta si no lo desea.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos otorgados son confidenciales.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No aplica
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes:	No aplica
Beneficios al término del estudio:	No aplica
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Irma Pérez Contreras
Colaboradores:	Dra. Thalía Briones Ortega thaliabri@hotmail.com Cel: 2225632655
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación	
Nombre y firma del sujeto	Dra. Thalía Briones Ortega Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

9.7 Anexo 7

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Estadístico
Expediente Clínico	Desacuerdo a la NOM 004 Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables	Mediante el registro en un código binario que mide los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico. La ponderación para dar calificación a las variables contenidas en cada uno de los dominios será: 1 = SI cumple satisfactoriamente con el criterio de la variable a evaluar. 0 = Cumple parcialmente o NO cumple con el criterio de la variable a evaluar. NA= No aplica	Cualitativa	Nominal	Porcentaje

Archivo Clínico	Unidad operativa encargada de reunir conservar y administrar del mejor modo posible, todo el material impreso, escrito o iconográfico, que va generando a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales.	Unidad operativa de almacenamiento de expedientes clínicos	Cualitativa	Nominal	Porcentaje
Turno	orden en el cual se alteran varias personas o grupos en la realización de actividad o servicio.	Se dividirá en dos turnos: matutino y vespertino	Cualitativa	Nominal Matutino Vespertino	Porcentaje
Número de expedientes por turno	Número de expedientes que salen del archivo clínico para la atención médica en los turnos que ofrece el hospital bajo estudio.	Total, de expedientes solicitados en el turno matutino, y vespertino para la atención médica en la consulta externa.	Cuantitativa	Continua	Medidas de tendencia central y dispersión

Índice de rentabilidad	Relación que hay entre expedientes buscados con expedientes archivados	Estimar el porcentaje de historias solicitadas, del total de las instaladas en el archivo. Se considera adecuado que el valor obtenido esté situado entre 1 y 4.	Cuantitativa	Cuantitativa	Medidas de tendencia central
Índice de eficacia	Relación que hay entre expedientes localizados con expedientes buscados	El valor obtenido ha de situarse entre el 0,95 y el 1. Cuanto mayor nos acerquemos a la unidad, mayor eficacia en el archivo de los expedientes.	Cuantitativa	Continua	Medidas de tendencia central
Índice de error	Relación que hay con expedientes con errores y préstamo de errores de localización con los expedientes archivados	El valor obtenido ha de situarse entre 0 y 0,5. Si el valor es superior al estándar, nos indica problemas en el proceso de archivado.	Cuantitativa	Continua	Medidas de tendencia central

Índice de seguridad	Relación de expedientes que reingresan al archivo con expedientes que salen en préstamo	El valor obtenido debe estar entre 0,95 y 1. Si el resultado es inferior a 0,95 se considerará inadecuado; cuanto más cerca estemos de la unidad mayor seguridad tendrá el archivo.	Cuantitativa	Continua	Medidas de tendencia central
Índice de devolución	Relación que hay entre expedientes no devueltos con los expedientes prestados	El valor obtenido debe situarse entre 1 y 3. Los valores diferentes al estándar nos indicarán que no se cumple el plazo de tiempo autorizado para el uso de las H.C y que, por tanto, se encuentran innecesariamente fuera del archivo.	Cuantitativa	Continua	Medidas de tendencia central

<p>Grado de cumplimiento de las funciones del subcomité del expediente clínico</p>	<p>Funciones que establece la secretaria de salud en el apartado de calidad</p>	<p>Mecanismo para cumplir con la NOM-004-SSA3-2012 para beneficio y protección de los pacientes y personal médico que labora en la Institución.</p> <p>Vigilar y monitorear el correcto llenado e integración, del expediente clínico.</p> <p>Coordinar la programación de resultados de los diferentes servicios del expediente clínico.</p> <p>Informar los resultados de las evaluaciones realizadas por la Subdirección de Gestión de Calidad. Emitir observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias a</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Bueno, regular y malo, si cumple más del 50 % puede ser bueno, del 40 % al 50% regular menos del 40% malo</p>
---	--	---	---------------------------	-----------------------	---

		los diferentes servicios, para el correcto llenado del expediente clínico cumpliendo la NOM-004- SSA3-2012.			
--	--	--	--	--	--

6.6 Estrategia de trabajo

- a. Elaboración del protocolo de investigación.
- b. Registro del Protocolo en la secretaria de investigación y estudios de posgrado de la Facultad de medicina.
- c. Una vez aprobado el protocolo, tramitar la autorización de aplicación de las herramientas del diseño de investigación, (consentimiento informado) ante las autoridades del Hospital Universitario para llevar a cabo este estudio.
- d. Se recabará la información a la población muestral, previamente estipulado, mediante un cuestionario previamente validado que consta de 7 ítems dirigidas a los trabajadores del archivo clínico involucrados en el proceso de recepción y préstamo de expedientes durante 15 días, y 5 ítems dirigidas a los médicos de consulta externa en relación al manejo del expediente clínico. (anexo 3)
- e. Posteriormente, se recabará la información mediante una entrevista dirigida al responsable del archivo clínico en base a un cuestionario previamente validado y que consta de 12 ítems basados en el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), referente a custodia y archivo del expediente clínico. Y 7 ítems basados en el Modelo del Sistema Integral en Salud para la Evaluación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente dirigidas sobre evidencia de seguimiento del comité del expediente clínico. (anexo 4)
- f. De los datos del primer cuestionario conforman los siguientes índices: de rentabilidad, de eficacia, de error, de seguridad del archivo e Índice de devolución en préstamo.
- g. Se capturarán los datos en Excel.
- h. Se elaborará un análisis de los datos y se presentarán los resultados se presentarán mediante cuadros y gráficas.
- i. Se realizará el estudio comparativo, para desarrollar y sustentar plan de mejora en el manejo del archivo clínico.
- j. Se concluirá la tesis.

6.7 Recolección de información:

La información se capturo en una base de datos Excel, para el cálculo de los índices bajo estudio.

6.8 Métodos para el análisis de datos:

Diseño estadístico

Se aplico estadística descriptiva e inferencial para las observaciones del presente estudio, Los resultados de las observaciones en estudio se presentarán en tablas y gráficos.

7. Logística

7.1. Recursos humanos

Humanos: investigador, ayudantes (2)

7.2. Recursos materiales

Físicos: escritorio, papelería, lápices, lapiceros.

7.3. Recursos financieros

Propios del investigador.

7.4.1. Gráfica de Gantt

	2018		2019				
	Ene-Dic	Junio	julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Elaboración del Protocolo	X						
Registro del Protocolo		X					
Recabación de información			X				
Evaluación de Resultados				X			
Análisis Comparativo					X		
Propuesta de mejora						X	
Presentación de tesis							X