

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE HISTORIA  
SECCIÓN DE ARCHIVÍSTICA**

**PROYECTO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
LICENCIATURA EN ARCHIVÍSTICA**

**PROPUESTA PARA LA GESTIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS  
ELECTRÓNICOS. ESTUDIO DE CASO: LA ASOCIACIÓN DE SERVICIOS  
MÉDICOS PARA EL BIEN SOCIAL (ASEMBIS)**

**LICENCIADAS:**

**JÉSSICA CAMACHO BENAVIDES A81210  
MARÍA DE LOS ÁNGELES HERRERA ARTAVIA B23255**

**DIRECTORA**

**MSc. RAQUEL UMAÑA ALPÍZAR**

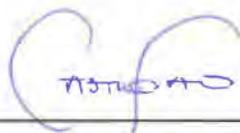
**CIUDAD UNIVERSITARIA RODRIGO FACIO**

**ENERO DE 2020**

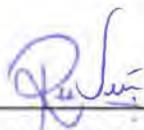
Proyecto presentado el día 07 de enero de 2020 en la Facultad de Ciencias Sociales, para optar por el grado académico de Licenciatura en Archivística, ante el siguiente Tribunal Examinador:



**M.Ls. María Teresa Bermúdez Muñoz**  
**Presidenta del Tribunal**



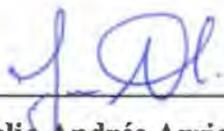
**MSc. Gabriela Castillo Solano**  
**Profesor Invitado**



**MSc. Raquel Umaña Alpizar**  
**Directora del Proyecto**



**Lic. Rafael Alonso Cedeño Molina**  
**Lector**



**MSc. Julio Andrés Arrieta Morera**  
**Lector**

**SUSTENTANTES**



**Jéssica Camacho Benavides**



**María de los Ángeles Herrera Artavia**

## DEDICATORIA

A Dios, el motor que guía mi vida cada día, por darme la sabiduría para hacer todo.

A mis padres, por haberme inculcado siempre el prepararme para ser mejor persona y tener un crecimiento profesional.

A mi hermana, por estar siempre para mí, acompañarme y apoyarme en cada área.

A mi hermano, por su apoyo en todos los momentos necesarios para mí.

A mis suegros, por estar pendientes de este proceso y apoyarme para lograr terminarlo.

A mi esposo, mi apoyo, mi ayuda idónea, mi compañero de lágrimas y risas, quien día a día me motiva para lograr lo que me propongo y me ayuda para que sea posible.

A los familiares y amigos que nos han acompañado en este proceso y nos han impulsado para seguir adelante.

A mi amiga y compañera de este trabajo, la persona indicada para realizarlo, la que siempre me entiende y comprende, la que me tiene paciencia, pero ante todo la que me motiva a luchar juntas para culminar este proyecto persiguiendo siempre la excelencia.

¡Lo logramos!

### *- Jéssica Camacho Benavides*

A Dios, mi guía, por fortalecerme en cada paso que doy.

A mis padres, mi base, por ser lo más importante que tengo, por creer siempre en mí y por motivarme a trabajar con excelencia y pasión.

A mis hermanas, mis pilares, por ser el soporte más sólido que nunca desfallece.

A mis sobrinos, mi luz, por ser la alegría más grande de mi vida.

A esos amigos que nos acompañaron y motivaron en este proceso.

Y a la mejor amiga y compañera de proyecto que pude tener, mi dupla perfecta, por hacer de este trabajo una meta por la que trabajamos y persistimos sin descanso.

### *- María de los Ángeles Herrera Artavia*

## AGRADECIMIENTO

A nuestra directora, MSc. Raquel Umaña Alpízar, por ser la persona idónea para guiarnos en este proyecto de investigación, por compartir con nosotras sus conocimientos y experiencias en el tema, por la paciencia y por retarnos a pensar más allá de lo que damos por sabido y a demostrar lo que somos capaces de hacer.

A nuestros lectores, Lic. Rafael Alonso Cedeño Molina y MSc. Julio Andrés Arrieta Morera, por los aportes realizados, por la paciencia y por los conocimientos que nos transmitieron para que este proyecto sea lo que es.

A doña Rebeca Villalobos, fundadora de Clínicas Asembis, y a todos los colaboradores que nos ayudaron a que este proyecto se realizara, por brindarnos la información necesaria para llevarlo a cabo.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPÍTULO I. EL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>3</b>
1. Tema.....	4
1.1 Título.....	4
1.2 Justificación.....	4
1.3 Delimitación.....	6
2. Problema.....	7
3. Objetivos.....	10
3.1 Objetivo general.....	10
3.2 Objetivo general.....	10
4. Estado de la cuestión.....	11
4.1 Contexto internacional.....	11
4.2 Contexto nacional.....	21
5. Alcances y proyecciones.....	29
6. Metodología.....	31
6.1 Tipo de investigación.....	31
6.2 Enfoque de la investigación.....	31
6.3 Modalidad del trabajo final de graduación.....	32
6.4 Población.....	32
6.5 Técnicas de recolección de los datos.....	33
6.6 Fuentes de información.....	33
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>35</b>
1. Gestión de documentos.....	36
1.1 Record keeping y record continuum.....	37
2. Sistema de gestión de documentos electrónicos.....	38
2.1 Procesos y funcionalidades del sistema de gestión de documentos electrónicos... 39	39
2.2 Preservación digital.....	42
3. Expediente. Concepto y características.....	44
4. Documento electrónico.....	45

4.1 Documentos fidedignos .....	47
4.2 Ciclo de vida del documento electrónico .....	49
4.3 Metadatos .....	50
5. Expediente clínico .....	52
5.1 Gestión del expediente clínico .....	53
5.2 Expediente clínico electrónico .....	54

### **CAPÍTULO III. DIAGNÓSTICO DE LA GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE ASEMBIS..... 57**

1. La Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis) .....	58
1.1 Reseña histórica.....	58
1.2 Misión.....	60
1.3 Visión .....	60
1.4 Valores.....	60
1.5 Normativa.....	60
1.6 Funciones.....	66
1.7 Estructura organizacional.....	67
2. El expediente clínico de la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis).....	69
2.1 Identificación del expediente clínico en Asembis .....	69
2.2 Estructura del expediente clínico en Asembis .....	69
3. El proceso de gestión del expediente clínico en la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis) .....	76
3.1 Gestión del expediente clínico en asembis.....	76
3.2 Fortalezas y debilidades de la gestión del expediente clínico en asembis .....	98

### **CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE GESTIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS ELECTRÓNICOS PARA ASEMBIS..... 104**

1. La gestión del expediente clínico electrónico y sus requisitos.....	105
1.1 Requisitos técnicos archivísticos para la gestión del expediente clínico electrónico .....	106
1.2 Requisitos administrativos para la gestión del expediente clínico electrónico ....	112

1.3	Requisitos tecnológicos para la gestión del expediente clínico electrónico.....	114
1.4	Requisitos legales para la gestión del expediente clínico electrónico.....	117
2.	Metodología de aplicación de los procesos técnicos archivísticos al expediente clínico electrónico.....	122
2.1	Identificación.....	122
2.2	Captura del expediente clínico electrónico.....	135
2.3	Clasificación del expediente clínico electrónico.....	171
2.4	Descripción del expediente clínico electrónico.....	172
2.5	Acceso y seguridad del expediente clínico electrónico.....	174
2.6	Disposición del expediente clínico electrónico.....	177
2.7	Trazabilidad del expediente clínico electrónico.....	181
3.	Esquema de metadatos para la gestión del expediente clínico electrónico.....	183
	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>214</b>
	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>217</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>219</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>232</b>

## TABLA DE CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Organigrama funcional de Clínicas Asembis .....	122
Tabla 2. Cuadro relacional de procesos, actores y documentos .....	127
Tabla 3. Listado de especialidades médicas que producen documentos del ECE.....	136
Tabla 4. Listado de tipos documentales que conforman el ECE ASEMBIS.....	136
Tabla 5. Cuadro de clasificación .....	171
Tabla 6. Estructura para el inventario de expedientes clínicos.....	173
Tabla 7. Roles y acciones .....	175
Tabla 8. Tabla de Acceso .....	176
Tabla 9. Valor primario de los ECE ASEMBIS .....	179
Tabla 10. Valor secundario de los ECE ASEMBIS .....	179
Tabla 11. Valoración Parcial del ECE ASEMBIS .....	180
Tabla 12. Bitácora de acciones por expediente .....	181
Tabla 13. Esquema de Metadatos del ECE ASEMBIS .....	184

## TABLA DE CONTENIDO DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Administradores capacitados en el manejo de expedientes clínicos en Asembis .....	79
Gráfico 2. Nivel de importancia a los lineamientos que emite el encargado de archivo en Clínicas Asembis .....	80
Gráfico 3. Incidencia de situaciones que afectan la gestión de los expedientes clínicos en Asembis .....	81
Gráfico 4. Médicos capacitados en el manejo de expedientes clínicos en Asembis .....	83
Gráfico 5. Elementos del expediente clínico que afectan la atención al paciente en Asembis .....	85
Gráfico 6. Manipulación del expediente clínico al terminar la consulta .....	86
Gráfico 7. Encargados de archivo capacitados en el manejo de expedientes clínicos en Asembis .....	87
Gráfico 8. Creación de inventarios de expedientes clínicos en Asembis .....	89
Gráfico 9. Situaciones captadas por los encargados de archivo en su quehacer diario en Asembis .....	90

Gráfico 10. Almacenamiento de los expedientes clínicos en Asembis .....	91
Gráfico 11. Mobiliario y suministros presentes en los Archivos de Clínicas Asembis.....	93
Gráfico 12. Conocimiento del Procedimiento de Encargado de Archivo por parte de los Asistentes de Consultas de Clínicas Asembis .....	95
Gráfico 13. Nivel de importancia a los lineamientos que emite el encargado de archivo en Clínicas Asembis .....	96
Gráfico 14. Situaciones captadas por los asistentes de consultas en su quehacer diario en Asembis .....	97

## RESUMEN EJECUTIVO

Las funciones relacionadas con el área de la medicina suelen ser complejas, ya que este proceso es amplio y delicado, no solo a nivel profesional sino también a nivel administrativo, al tratarse de la salud de una persona, a quien se le debe dar un servicio integral satisfactorio para las necesidades que este posee.

Ahora bien, la evidencia de la atención médica brindada a cada paciente, se ve reflejada en los documentos generados en cada consulta, y esto es de vital importancia al mostrar el diagnóstico, tratamiento y evolución del paciente de acuerdo a su condición de salud. Para esto, es necesaria una adecuada gestión de documentos, permitiendo que los expedientes clínicos se manipulen correctamente, siguiendo criterios relacionados con la fiabilidad, seguridad e integridad de la información.

En el caso de la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social, conocida como Asembis, su importancia trasciende aún más, ya que, al ser una organización privada orientada en facilitar la atención médica a sus pacientes, brinda calidad en sus servicios y precios accesibles, esto porque su enfoque principal es la ayuda social a las personas que no tienen los recursos suficientes para recibir la atención médica.

Esta investigación, al estar enmarcada en un proyecto de graduación, busca generar una solución a un problema específico y en este estudio de caso, al gestionar las historias clínicas en físico, la falta de integridad se hace presente y es el principal aspecto que se busca resolver, ya que, se encuentran expedientes cuya información está incompleta, duplicada o incluso perdida, y no se garantiza que la historia clínica del paciente esté completa para recibir una atención adecuada.

Para lograr lo anterior, se planteó una propuesta que partió de la realización de un diagnóstico que arrojó como resultado una serie de fortalezas y debilidades en la gestión de la serie documental mencionada, que hicieron necesaria la implementación del expediente clínico electrónico.

Este aporte incluyó en primera instancia la definición de requisitos técnicos archivísticos, tecnológicos, administrativos y legales; basados en las normas relacionadas como la

ISAD-G, ISAAR-CPF y la ISDF; además, de la determinación de una metodología completa en materia de gestión de documentos, la cual parte desde la identificación de funciones y procesos, la normalización de plantillas, así como la creación de instrumentos como el cuadro de clasificación, valoración parcial de documentos, tabla de roles y acciones, tabla de acceso y bitácora de trazabilidad.

Con lo anterior se busca facilitar la aplicación de los procesos archivísticos tales como: identificación, captura, clasificación, descripción, generación de reportes, acceso y seguridad, disposición y trazabilidad.

Seguidamente se diseñó un esquema de metadatos, el cual incluye los campos de cada una de las plantillas normalizadas y la información relacionada con la metodología de gestión diseñada, todo eso con el fin de brindar una guía de los elementos a abarcar al momento de crear un sistema de gestión de expedientes clínicos electrónicos, así como del uso de la información en ellos contenida, siendo posible su utilización en instituciones de salud públicas y privadas.

Como parte de las conclusiones se determina que el problema de falta de integridad en los expedientes clínicos genera un impacto significativo, tanto para Clínicas Asembis como para los pacientes, esto porque a raíz de él se desencadenan otras dificultades a nivel de gestión de documentos, como lo son la duplicidad, el extravío, etc., afectando la eficacia y eficiencia de la atención médica brindada.

Además, la propuesta desarrollada con base en el expediente clínico electrónico, logra dar solución a esa inconsistencia y a su vez, beneficiar a los pacientes al recibir un servicio satisfactorio para sus necesidades de salud.

## INTRODUCCIÓN

Las organizaciones son creadas con fines específicos, es decir, a través de la inversión de recursos humanos, económicos y tecnológicos, buscan el cumplimiento de un propósito, que puede ser un impacto positivo en la población a la que se dirigen sus servicios. Para lograr que esto se desarrolle con transparencia, eficacia y eficiencia, la gestión de documentos es un factor clave, ya que en cada uno de estos documentos queda testimonio de las actividades ejecutadas, con ello se beneficia a la entidad, así como a los clientes o usuarios, al proveer la información relevante para satisfacer sus expectativas y necesidades.

Ante esto, se debe mencionar que por gestión de documentos no se debe partir de la premisa de ordenarlos en un sentido explícito o de simplemente disponerlos de cierta manera en el espacio que ocupan, ya sea un depósito, un servidor o un repositorio; sino del hecho de interiorizar que los documentos no son objetos aislados que se almacenan y se desechan en un momento determinado para liberar espacio y permitir el ingreso de otros nuevos. Vale más bien decir, que su importancia va mucho más allá, ya que los documentos se producen en un contexto particular, como tal merecen de un tratamiento preciso, adecuado a la naturaleza de los productores y a las necesidades de los involucrados, para así permitir la recuperación de la información cuando sea preciso.

A partir de lo dicho, se puede decir que el objetivo de la gestión de documentos se debe orientar a que las instituciones garanticen que sus archivos posean una identidad y una estructura específica en la que cada documento tenga una posición lógica y funcional, desde que se considera su creación, hasta su disposición final, sin importar si este se encuentra en soporte físico o electrónico.

Teniendo como base lo anterior, este proyecto de graduación está enfocado en desarrollar una propuesta de gestión de documentos electrónicos, aplicada a la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis) y dirigida concretamente a los expedientes clínicos, siendo estos documentos esenciales para el quehacer diario de esta institución y de gran relevancia para sus pacientes.

Para este estudio de caso, lo expuesto se refuerza, ya que si Clínicas Asembis, como una entidad enfocada en la prestación de servicios de salud, gestiona sus expedientes clínicos de forma controlada, entonces el beneficio impactará positivamente a todas las partes involucradas, por un lado, cada especialista tendrá los datos necesarios para dar diagnósticos certeros, y por otro los pacientes verán satisfechas sus expectativas y tendrán mejores probabilidades de recuperación.

Por tanto, esta investigación se estructuró en cuatro capítulos, el primero de ellos, orientado a la definición del objeto de estudio; el segundo, a la determinación de las teorías para entender lo que se quiere lograr; el tercero, a la realización de un diagnóstico que refleje la forma en que se están gestionando los documentos mencionados en esta organización; y el último, al desarrollo de la propuesta descrita.

**CAPÍTULO I**  
**EL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN**

## 1. TEMA

### 1.1 TÍTULO

Propuesta para la gestión de expedientes clínicos electrónicos. Estudio de caso: La Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis).

### 1.2 JUSTIFICACIÓN

Las personas que acuden a los médicos por una solución a sus dolencias o por un mayor bienestar físico y emocional, no precisan únicamente que la atención que reciben por parte de los profesionales de la salud sea altamente calificada, también necesitan que la información con la que cuenta el doctor sea fundamentada en hechos y no en simples conjeturas, es decir, resulta vital que sea veraz y actualizada. De ahí que, contar con antecedentes, historiales, pruebas médicas, entre otros, permita establecer diagnósticos y decisiones acertadas. Para que esto sea posible, las historias clínicas se deben gestionar de una manera exacta, ya que esto no sólo se trata de una reunión esporádica de documentos, sino de un:

...conjunto de información ordenada y detallada que recopila cronológicamente todos los aspectos relativos a la salud de un paciente y a la de su familia en un periodo determinado de su vida; representa una base para conocer las condiciones de salud, los actos médicos y los diferentes procedimientos ejecutados por el equipo médico a lo largo de un proceso asistencial (Dirección General de Información en Salud, 2011, p. 11).

El hecho de que toda esa información se deba presentar de manera ordenada y cronológica, encierra un aspecto de suma importancia, la integridad del expediente clínico, si la información está fragmentada, incompleta, poco comprensible, o si no hay una garantía de la correcta secuencia e integridad de la misma, el trabajo del médico se va a tornar complicado y con ello, la salud del paciente se verá afectada de manera directa, por lo que se debe “recoger la información básica esencial para llegar a un diagnóstico total global e integral, establecer la terapéutica y pronóstico de la situación clínica de sus pacientes y brindar distintos niveles de solución” (Barreto-Penié, 2000, p. 54).

Ahora bien, se dan dos escenarios diferentes, en el primero, se sabe que las personas no siempre acuden al mismo centro médico, puede suceder que por emergencias ocurridas en

un momento determinado, se deban atender en un lugar diferente o que la especialidad médica que necesitan esté disponible en otra localidad, lo que ocasiona que se generen expedientes en cada uno de los sitios visitados; y en el segundo escenario, en muchos casos, la gestión de documentos presenta problemas, como por ejemplo, la duplicidad. Estos detalles hacen que la integración de la información clínica se torne difícil en un soporte físico, esto facilita que las posibilidades de que existan más datos en un lugar o en otro sean muy altas; por ello, esta investigación se aboca a plantear una propuesta para gestionar un expediente clínico electrónico, que sea capaz de contener toda la historia clínica de los pacientes de forma interoperable, sin que existan barreras relativas a la distancia, al tiempo, a la usabilidad del documento, a los problemas de localización, etc. El propósito se basa en la premisa de que:

La integración de información de los pacientes es clave para una atención y servicio de calidad. Los expedientes médicos digitales proporcionan un acceso común de información a médicos, personal administrativo y demás profesionales de la salud; conservando y cumpliendo con los requisitos de privacidad de este tipo de registros.

Con esto se busca una mayor precisión en las decisiones clínicas, mejorando la experiencia de un paciente durante su tratamiento. Esto favorece el cumplimiento y aplicación de protocolos de atención estandarizados, y un enfoque más cercano a medicina basada en la evidencia (Programa Sociedad de la Información y el Conocimiento, 2011, p.236).

Es bien sabido que, en el contexto nacional, la Caja Costarricense del Seguro Social ha venido trabajando en la implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), con el fin de interconectar la información relativa a los pacientes en una plataforma que pueda estar usable en todos los hospitales públicos del país.

Ante esta situación en esta investigación se desarrollará un estudio de caso aplicado a la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social, conocida por sus siglas como Asembis, la cual representa un centro de salud idóneo para realizar un aporte respecto a la gestión de las historias clínicas de sus pacientes; además, el resultado puede ser un modelo para que otros centros de salud públicos y privados planteen proyectos similares e incluso para que estos puedan permitir la exportación o acceso a información proveniente de entidades externas.

Clínicas Asembis es un centro médico que cuenta con doce sucursales, que de alguna u otra manera han experimentado problemas en cuanto a la gestión de los expedientes clínicos, de ahí la utilidad de este proyecto, ya que generará un impacto significativo en la atención que se brinda al paciente, razón de ser de la institución, al cual se le busca dar un servicio ágil para satisfacer sus necesidades. Además, la administración también se verá afectada positivamente, al agilizar la toma de decisiones y los procesos, permitiéndoles a los colaboradores comprometerse con sus funciones, mediante una mejora continua que se dirige a aumentar los estándares de calidad

Finalmente, a un nivel social, se puede decir que el beneficio generará un impacto mayor, ya que si bien, para Clínicas Asembis, lo más importante es el paciente, este último va a ver sus expectativas y necesidades satisfechas, ya que van a ser atendidos a la hora programada, su información va a estar disponible a tiempo y con ello, la personalización del servicio que recibe le va permitir recuperarse, controlar la enfermedad que padece y mejorar su calidad de vida.

### **1.3 DELIMITACIÓN**

#### **1.3.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL**

Este Proyecto de Graduación se delimita en la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis), abarcando las doce sucursales que posee alrededor del país. Se establece esta delimitación, ya que existe una relación interna entre las sucursales, debido a los distintos procedimientos que se realizan, por lo que los expedientes requieren contener una integridad intacta para el ejercicio de las funciones diarias y para la buena atención al paciente.

Cabe hacer la salvedad de que la sucursal ubicada en el Centro Comercial Shoppers no custodia ni genera expedientes clínicos, por lo que para efectos del diagnóstico solo se tomarán en cuenta las otras once sucursales; sin embargo, esta al encargarse únicamente del servicio de óptica se verá beneficiado al poder consultar información de los pacientes o programar citas.

### 1.3.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL

La temporalidad de este trabajo abarca desde el año 2005 hasta el 2019. Establecido así, debido a que en el 2005 se crea la Ley N° 8454 de certificados, firmas digitales y documentos electrónicos, y el final de esta delimitación se fija en el 2019, debido a que en este año finaliza esta investigación.

## 2. PROBLEMA

En el marco de la Sociedad del Conocimiento, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) desempeñan un papel importante, ya que por medio de ellas se agiliza la manera en la que se realizan los procesos dentro de una institución, logrando a su vez, el fortalecimiento del servicio que se brinda, al disponer la información de modo que el usuario pueda acceder a ella en el momento preciso.

Ahora bien, el ámbito de la Archivística no se queda atrás a esta realidad, sino que por el contrario debe asumir el reto de incorporar este tipo de herramientas a su quehacer, con el fin de satisfacer las necesidades de información, tanto de los usuarios internos como externos, de forma eficiente y eficaz. Ante esto:

Hoy en día, al archivero teniendo como base la archivística moderna y como aliada las TICS se le coloca en una posición en donde se le exige mayor profesionalidad y la adquisición de una actitud positiva y de aceptación de las tecnologías en sus ámbitos de trabajo, da un giro la profesión archivística y por consecuencia las bases de la información (De Dios-Acosta, 2014, p. 244).

Si se aplica lo anterior a los archivos especializados, la información que se custodia y las necesidades que surgen en ellos suelen ser particulares y por ende la gestión que se le da debe ajustarse a su naturaleza. Dentro de este tipo se encuentran los archivos clínicos, cuyo contenido requiere un uso controlado, debido a que se trata de datos relacionados con la historia clínica de pacientes y un error puede repercutir gravemente en la salud del paciente. A este respecto, resulta habitual observar como:

...en varios escenarios reales de atención, la información clínica esencial no se encuentra disponible para el personal médico, y en algunas ocasiones es la fuente principal de errores médicos que pueden ser prevenidos con información clínica accesible y precisa obtenida en los expedientes clínicos (Secretaría de Salud, 2010, p. 3).

La usabilidad de la información al momento en el que un paciente acude a una cita médica es esencial, ya que fundamenta las acciones y/o decisiones de los profesionales de la salud, lo que repercute directamente en el bienestar de los pacientes. Sin embargo, esto no siempre es así, acrecentado por el problema de la falta de integridad, siendo este el elemento medular que se pretende solucionar como resultado de esta investigación. Esto con base en la:

...integralidad entendida como la reunión de la información plasmada específica en la serie para fomentar la salud preventiva y el bienestar de la población como ente completo que debe suplir sus necesidades sanitarias. De ahí que la información en la Historia clínica debe ser clara, completa, legible y de disponibilidad inmediata para quien la necesite (Caro-Arias, 2014, p.87).

En el ámbito nacional, la mayoría de los archivos clínicos, ya sean del sector público o privado, gestionan las historias clínicas en soportes físicos y en algunos casos se hace de manera desorganizada, lo que puede representar un problema de gran magnitud, ya que se dan situaciones relacionadas principalmente con la duplicidad y la pérdida de información.

En cuanto a la duplicidad, es preciso decir que la existencia de varios expedientes parciales de un mismo paciente se da por dos razones, primero, al haber problemas para localizar el original, y segundo, al existir la necesidad de crearlo, ya sea por la facilidad o por la urgencia de contar con un expediente que se encuentre en otra ubicación física. A fin de cuentas, esto provoca que los originales no se encuentren en un único expediente, lo que afecta la integridad del mismo y la secuencia en la historia clínica del paciente.

Por lo tanto, las Tecnologías de la Información y la Comunicación tienen el potencial para utilizarse como una herramienta para atacar la ausencia de integridad de las historias clínicas, al permitir que la información este usable para los usuarios, sin obstáculos que retrasen el acceso a los datos y con ello, los pacientes se van a ver beneficiados al recibir una atención mucho más completa. Para esto, los componentes de esas historias clínicas deben reforzar una política de asignación de una identificación única. En este contexto:

La tendencia actual en la informatización de los centros sanitarios es la evolución hacia sistemas informáticos que cubran todas las necesidades de información de la organización; en este nivel, los esfuerzos se están concentrando en conseguir procesos de entrada y salida rápidos, fáciles, versátiles y seguros y en el planteamiento de una

HC informatizada que ofrezca información en tiempo real, exacta y actualizada (Sorribas-Vivas, 2001, p. 17).

En este estudio de caso, respecto a la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis), vale mencionar que el Archivo Clínico cuenta con un volumen considerable de documentos que poseen un gran valor, ya que reúnen los antecedentes de salud de los individuos, por lo que su gestión se debe implementar de manera que la información se mantenga auténtica, fiable, íntegra y usable en el momento exacto. Es justamente la integridad el elemento que genera una influencia significativa en este contexto.

Las causas que generan esta dificultad se basan en dos vertientes, en la primera, sólo en una de las sucursales hay un profesional en Archivística, su trabajo se basa en cumplir sus funciones únicamente en la sede donde labora, no emite lineamientos o directrices a nivel institucional; y en la segunda vertiente, si bien se cuenta con un Procedimiento de Encargado de Archivo, éste no es suficiente, ya que no abarca todas las etapas de la gestión de documentos. Aunado a estas circunstancias, hay que mencionar que ni los encargados de archivo ni los funcionarios en general, reciben capacitaciones en el tema, por lo que, en la institución no existe una conciencia precisa de la importancia que tiene esta labor, lo que genera desorganización en los depósitos, falta de control de expedientes, duplicidad y fraccionamiento en las sucursales.

Lo anterior, evidencia que existe una problemática constante respecto a la manera en la que se gestionan los expedientes clínicos, desencadenando otros problemas más específicos, como la pérdida de expedientes o incluso que un paciente no pueda ser atendido porque su historia clínica no se encuentra disponible, esto ocasiona que el rendimiento y la calidad de los servicios médicos se vean afectados.

Surge así la siguiente pregunta que constituye el problema de investigación por resolver:

¿Cuáles son los requerimientos técnicos, administrativos, tecnológicos y legales que se deben cumplir en la gestión de los expedientes clínicos electrónicos para asegurar la autenticidad, fiabilidad, integridad y usabilidad de la información en Asembis?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Efectuar un diagnóstico de la gestión de documentos que se aplica a los expedientes clínicos de la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis), para la evaluación de las fortalezas y debilidades respecto a la integridad de la información.

##### **3.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 3.1.1.1 Contextualizar a la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis), para la comprensión del entorno funcional, administrativo y legal que conlleva a la creación de los expedientes clínicos.
- 3.1.1.2 Identificar el expediente clínico que produce la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis), para el entendimiento del impacto que genera esta información en la atención que se le brinda a los pacientes.
- 3.1.1.3 Evaluar el proceso de gestión del expediente clínico que realiza la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis), para la identificación de la trazabilidad que este sigue, en relación con la integridad del expediente.

#### **3.2 OBJETIVO GENERAL**

Elaborar una propuesta para la gestión del expediente clínico electrónico en la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis), con el fin de garantizar la integridad de la información.

##### **3.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 3.2.1.1 Definir los requisitos técnicos archivísticos, administrativos y tecnológicos, así como los legales pertinentes, que se deben cumplir en la gestión del expediente clínico electrónico, para que exista una garantía de autenticidad, fiabilidad, integridad y usabilidad.

- 3.2.1.2 Establecer una metodología de aplicación de los procesos archivísticos del expediente clínico electrónico, para que el tratamiento de los documentos se lleve a cabo de manera óptima.
- 3.2.1.3 Diseñar un esquema de metadatos que apoye la gestión del expediente clínico electrónico, durante todo su ciclo de vida, para su aplicación en la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis).

#### **4. ESTADO DE LA CUESTIÓN**

Para el desarrollo de esta investigación se realizó la búsqueda de distintas fuentes de información relacionadas con la gestión del expediente clínico, con el fin conocer lo que se ha escrito sobre el tema, tanto a nivel internacional como nacional. Durante este proceso, se hallaron propuestas de gestión de expedientes clínicos electrónicos que se pueden considerar como forma de dar solución al problema de integridad en las historias clínicas que se presenta en el estudio de caso.

##### **4.1 CONTEXTO INTERNACIONAL**

Antes de hacer referencia a las publicaciones atinentes a la creación de antecedentes médicos alrededor del mundo, es imprescindible conocer su origen. A este respecto, Raquel Martinelli establece que “los primeros escritos sobre operaciones de los huesos, ojos, etc., se encuentran en las leyes del rey Hammurabi, en Caldea (2.200 años antes de J.C.)” (2004, p.88), es decir, el registro de las actividades relacionadas con la creación de historias clínicas, aunque no fueran llamadas así, fue una necesidad que empezó a surgir desde muchísimo tiempo atrás, y es precisamente lo que ha llevado a estos documentos a evolucionar hasta lo que son actualmente.

A partir de lo anterior, la gestión del expediente clínico ha sido una preocupación manifestada en diversos países, básicamente porque los centros de salud reciben pacientes constantemente, lo que ocasiona el crecimiento del volumen de información. Esto ha promovido la creación de monografías como guía para los encargados de manipular esta serie documental.

Con referencia a ello, se encontraron tres monografías particularmente atinentes, una desarrollada en México y dos en España, la primera de ellas, *Archivo Clínico. Sus procedimientos e instrumentación*, desarrollada en 1987 por Samuel Ameneiro Olaguibel; la segunda, *Organización de archivos clínicos*, elaborada por Marta Sorribas Vivas en el año 2001; y finalmente, *Documentación clínica y archivo*, producida en el 2004 por Mercedes Tejero Álvarez.

Estas publicaciones hacen referencia principalmente a la importancia de la implementación de un proceso adecuado para la gestión del expediente clínico, así como, a la aplicación de controles que permitan visualizar la trazabilidad del documento desde su creación, la forma de resguardarlos en el espacio físico y la garantía de la calidad en archivos de este tipo.

Esa calidad en la gestión de los expedientes clínicos busca principalmente la integridad del documento para asegurar una mejor atención al paciente, tal como ha sido analizado por Barreto-Penié, quien enfocó su estudio en la necesidad de asegurar que el médico cuente con una “historia clínica ideal” a la hora de las consultas, lo que hace fundamental la erradicación de las deficiencias ejecutadas en la práctica, tales como incumplimiento de normas y procesamiento de datos clínicos (2000). Ante esto, plantea una comparativa entre la forma de estructurar esa historia clínica, ya sea con base en las fuentes de información o en los padecimientos.

Para que una historia clínica sea “ideal”, debe contener toda la información necesaria, esto le permite al profesional de la salud realizar su trabajo de una forma certera. En el año 2003 se llevó a cabo en México el 8° Simposio Internacional, denominado *La Comunicación Humana y el Derecho Sanitario*, que contó, entre otros, con la participación de Jorge Manuel Sánchez, quien hace alusión en su ponencia que:

...de todas las habilidades que debe tener un médico, probablemente la comunicación interpersonal ha sido y es la más importante, hecho que es evidente en nuestros días, cuando la sociedad percibe que el lenguaje y la información que vierten los médicos no es clara y en ocasiones incomprensible (Sánchez-González, 2003, p. 39).

Esto resulta fundamental en los médicos, muchas veces su lenguaje técnico puede ser comprensible para sí mismos o sus colegas, pero no para otras personas. Ahora bien, quienes también deben desarrollar este tipo de habilidades comunicativas son los pacientes,

es decir, tienen que ser capaces de comunicar claramente lo que sienten para así obtener una solución a sus dolencias. A fin de cuentas, se trata de lograr un intercambio de información recíproco, tal como lo presentó en ese simposio Ramírez-Ramírez (2003), al expresar que:

...la confianza es un elemento esencial para que el paciente entregue al equipo sanitario, incluso de viva voz, datos sobre su estado de salud durante el proceso de atención médica. La confianza se convierte así, en uno de los elementos sustanciales de la atención del paciente, pues de otra manera no sería posible encontrar información tan personal en el expediente clínico (p.73).

Teniendo claro lo dicho, desde el año 1998, en el contexto mexicano se ha buscado normar la forma de manipular este tipo de documentos. Con base en esto se elaboró la *Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998* y la *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012*, las cuales establecen aspectos sobre la estructura y la forma de ingresar los datos en las historias clínicas de los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

La eficacia de la norma publicada en 1998 fue analizada por Adriana Mejía, María del Carmen Dubón, Beatriz Carmona y Gandhi Ponce Gómez, en el artículo *Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*. Esta fuente es muy valiosa para esta investigación, porque a través de un estudio cuantitativo se determinó, por ejemplo, que:

...si bien es cierto que los registros de enfermería se encuentran aceptablemente apegados a la NOM 168, también se identificaron deficiencias por parte de enfermería en la elaboración de registros con calidad. Cabe mencionar, que las Normas Oficiales Mexicanas, establecen los lineamientos específicos que deben ser cumplidos por los prestadores de servicios (de ahí deviene su carácter técnico, naturaleza obligatoria y condición jurídica) (Mejía-Delgado, Dubón-Peniche, Carmona-Mejía y Ponce-Gómez, 2011, p.9).

Ahora bien, los análisis desarrollados en México no se han limitado al expediente clínico en su sentido amplio, desde el 2003 es cuando se empieza a hablar sobre esta serie documental en soporte electrónico, a diferencia de otros países, ya que se encontraron muy pocas obras pertinentes al tema.

En el simposio mencionado en párrafos anteriores, participó el expositor Luis Miguel Chong, quien analiza esta temática explicando la forma en que se fue encarando este

cambio en el territorio mexicano. Una de las bondades de esta ponencia recae al explicar el impacto de este nuevo soporte, al contar que esta herramienta:

...es un gran repositorio central, esto es una especie de notaría electrónica donde se están depositando todos los eventos médicos, de tal manera que algún día, cuando haya algún problema, pueda llegar un ombudsman, abrir con una llave, ver el expediente directo, sin tener que recurrir a ningún intermediario y tomar mejores decisiones con hechos (Chong-Chong, 2003, p.66).

El alcance de lo anterior se basa en que la transición del papel al electrónico, estaba logrando no sólo almacenar toda la información en un sistema, sino también que justamente eso estaba permitiendo la integridad y la disponibilidad del expediente en el momento preciso, para fundamentar con hechos las decisiones relativas a la salud de los pacientes.

Ahora bien, al implementar un expediente clínico electrónico, su funcionalidad también se ve determinada por la seguridad y la autenticidad de la información de los pacientes, aspectos que se pueden garantizar con el uso de la firma electrónica. Con este fin, el diputado Antonio Sansores Sastré, presenta en el año 2015 un proyecto de decreto para establecer la *Ley del Expediente Clínico Universal con Firma Electrónica*, relacionado con criterios relativos a la estructura del expediente clínico y la inclusión de la firma electrónica.

De igual forma, vale resaltar la manera en que se ha abordado el tema en Perú, la necesidad de gestionar los expedientes clínicos en este formato llevó a la creación de la *Ley N° 30024 que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas*, en donde se dicta la forma de tratar estos documentos, tomando en cuenta aspectos como los objetivos, la administración, organización, implementación, confidencialidad y accesibilidad.

En el contexto de América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud realizaron el foro titulado *Registros Médicos Electrónicos en América Latina y el Caribe. Análisis sobre la situación actual y recomendaciones para la Región*, en el que participaron doscientas personas representantes de veintiún países. En esta actividad, se abarcaron temas como: adopción de registros médicos electrónicos en las regiones, beneficios, riesgos, funcionalidades y componentes, factores facilitadores de la adopción, desafíos a superar y vocabularios controlados, entre otros.

Aunado a esto, para gestionar los expedientes clínicos electrónicos es necesaria la creación de sistemas que permitan cumplir este fin. Uno de los países en donde se han planteado estas iniciativas es Uruguay, con el Decreto N° 693, del 30 de setiembre de 2003, del que se habla en el artículo *Historia Clínica en Internet. Una experiencia en Uruguay*, de la autora Saadia Zawadzki; en dicha norma se establecen las disposiciones necesarias para el manejo de la información de los pacientes de hospitales públicos o privados. A partir de este aporte “el paciente tiene en tiempo y forma su historia clínica en el momento que desee, independientemente del lugar donde se encuentre, minimizando los tiempos de respuesta” (Zawadzki, 2004, p. 98), lo que muestra la viabilidad y las ventajas de un proyecto de esta naturaleza.

Por su parte, México amplió su marco normativo sobre el expediente clínico al abarcar el tema de los sistemas de expediente clínico electrónico. De esta manera, en el año 2010 se publica la *Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010* y en el 2012 la *Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012*, referentes al funcionamiento del sistema, específicamente en relación con interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y normalización.

En otro caso, desde el año 2006, España desarrolló un proyecto denominado *Historia Clínica Digital del SNS*, aplicado a la estructura intergubernamental de dicho país; es decir, entre la Administración General del Estado y las administraciones de las comunidades autónomas; para lo que “se propuso un diseño funcional del sistema que permitiera el acceso de los profesionales y ciudadanos a aquellos datos que son relevantes desde el punto de vista clínico, dado que resumen lo esencial del contenido del historial clínico del ciudadano” (Criado-Grande, 2013, p.86). Esta propuesta hace mucho énfasis en la interoperabilidad, siendo esta una característica vital al considerar crear un sistema de este tipo para un centro de salud que permea en varias localidades.

Con todo lo expuesto, en diferentes lugares se han diseñado propuestas de sistemas, con el fin de dar solución a problemáticas específicas para cada caso. A este respecto, en El Salvador, en el 2005 se desarrolló una tesis denominada “*Creación de un Almacén de Datos para la explotación y descubrimiento de patrones de enfermedades cancerígenas en el Instituto del Cáncer de El Salvador*”. En este caso, lo relevante de este aporte, si bien

busca construir una base de datos para obtener información específica respecto al cáncer, es el uso que se le da al expediente clínico, ya que es precisamente de donde se originan los datos necesarios para ese fin.

Así mismo, se localizó un diseño desarrollado en ese mismo país en el año 2011, denominado *Sistema informático para la gestión del expediente clínico de los atletas del Instituto Nacional de los Deportes*, cuyo aporte principal radica en el establecimiento de estándares y plantillas, así como una interfaz amigable, que coadyuvan a la normalización de los procesos de gestión documental.

Por su parte, en México, se han establecido varios prototipos aplicables a diferentes realidades; sin embargo, las más destacadas son, en primer lugar, la *Propuesta de un Modelo para un Expediente Clínico Electrónico*, del autor Jesús Alvarado, quien enfatiza sobre la importancia de dar seguimiento a la trazabilidad del documento, con respecto a la actualización de datos. Así mismo, describe las funcionalidades de un sistema de esta naturaleza.

En segundo lugar, instituciones mexicanas y estadounidenses trabajaron en conjunto para elaborar el *Sistema para la Administración del Expediente Clínico Colima (SAECCOL)*, el cual alcanzó el impacto deseado, al lograr:

1. una mejor organización de los servicios de salud,
2. la capacidad de controlar la productividad de las unidades de salud y el personal de salud y,
3. el mejoramiento de la disponibilidad de información de salud (Secretaría de Salud y Bienestar Social, 2013, p.27).

Otra de las propuestas, se desarrolla con la creación de un *Modelo expediente médico social electrónico para los profesionales de la salud que ofrecen servicios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento a la población de deambulantes en el área metropolitana de Puerto Rico*, presentada en la tesis del autor Rafael Nieves Rivera. Este prototipo busca la optimización de la atención médica, a través de la eficiencia en los diagnósticos, tratamientos y seguimientos adecuados, cumpliendo con la necesidad de seguridad e integridad de la información.

Seguidamente, en el contexto boliviano, se ubicó un prototipo de mucho interés, ya que se basa en la construcción de un *Sistema de Administración y Control de Historiales Clínicos para los consultorios de la UMSA*. Dado que se identificaron problemas relacionados con la mala gestión de los expedientes de los pacientes, mayormente estudiantes, se buscó solucionarlos a través de un sistema que permitiera centralizar la información.

Por otro lado, en el 2016 se publicó un artículo referente a una propuesta presentada en Colombia, esta iniciativa se basó en la creación del *Proyecto Anamnesis-Desarrollo de una aplicación web y móvil para la gestión de una Historia Clínica Unificada*, con la que se pretendía solucionar el problema de acceso a la información.

Finalmente, en el 2017, los estudiantes Francisca Cacao Ortiz y Félix Sagñay Tenelema, elaboraron una tesis cuyo fin era crear un sistema web de agendado de citas y manejo de historiales clínicos. Esta obra es de gran relevancia para esta investigación, ya que la propuesta incluye aspectos como:

- Registros de datos
- Búsqueda de pacientes
- Consultas de historiales clínicos
- Agendamiento de citas
- Envío de notificaciones y tareas administrativas (2017, p.49)

Los elementos abarcados en esa propuesta pueden resultar de mucho provecho para la mejora de la productividad de un centro de salud, ya que el registro de datos, la posibilidad de llegar a la información en el momento preciso y la adecuada asignación de responsabilidades, pueden coadyuvar a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes.

Finalmente, es importante hacer mención de que la gestión de documentos ha sido abordada desde el ámbito normativo con dos organizaciones encargadas de emitir lineamientos y requisitos que permiten una adecuada gestión de documentos, estas son la Organización Internacional de Normalización (International Organization for Standardization - ISO) y el Consejo Internacional de Archivos (International Council on Archives - ICA). Ambos, han creado normas que pueden seguirse como una guía para garantizar el éxito en la aplicación de buenas prácticas en una institución determinada.

La primera de ellas, la Norma UNE-ISO/TR 26122 IN, publicada en el 2008, integra elementos sobre la realización de estudios contextuales, análisis funcionales y secuenciales, y validación de procesos con los participantes. Tener conocimiento de esta información ayuda a identificar la estructura que posee la organización y de esta manera, ubicar los documentos en una forma lógica de trabajo.

Seguidamente, la Norma UNE-ISO 15489, actualizada en el 2016, fue desarrollada en dos partes, una dedicada a definir los conceptos y principios generales y la otra a explicar las directrices a aplicar para la gestión de los documentos, las cuales se engloban en cuatro categorías, a saber, estrategias de diseño e implementación, procesos y controles, supervisión y auditoría, y formación. Según Serra (2013) esta norma:

...consiste en un modelo instrumental basado en la construcción de un mapa de series documentales como eje articulador de la definición y aplicación de reglas dentro del sistema de gestión documental, y al mismo tiempo como facilitador de su implantación en soluciones de Enterprise Content Management (ECM), facilitando la integración entre formatos digitales y no digitales, y entre documentos-objeto y datos con valor evidencial. (Sierra, 2013, p. 1).

Es decir, al aplicar la Norma UNE-ISO 15489, las instituciones no sólo logran implementar un sistema de gestión de documentos, en el que se definen los elementos que se deben cumplir en cada etapa con las series documentales identificadas, sino también el tratamiento adecuado de la información, sin importar el soporte en que esté plasmada.

En suma, la Norma UNE-ISO/TR 13028 IN, del año 2011, explica, inicialmente los beneficios y riesgos de la digitalización y algunas consideraciones al respecto; en un segundo momento, se establecen las directrices sobre buenas prácticas y gestión de un proyecto de este tipo.

De igual manera, en la Norma UNE-ISO/TR 15801 IN, difundida en el 2008, titulada *Imagen electrónica. Información almacenada electrónicamente. Recomendaciones sobre veracidad y fiabilidad*. Este insumo aporta sugerencias respecto a la gestión de la información almacenada en forma de imagen electrónica.

Adicionalmente, se encuentra la Norma UNE-ISO 30300, publicada en el 2011, que explica los fundamentos y vocabulario pertinente a los sistemas de gestión para los documentos; así

como la Norma UNE-ISO 30301, que detalla los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de documentos, correspondientes a: contexto de la organización, liderazgo, planificación, soporte, operación, evaluación del desempeño y mejora. Vale mencionar, que mediante esta norma las instituciones se pueden certificar en gestión de documentos.

Por otro lado, se tiene la Norma UNE-ISO 23081, del 2011, sobre los metadatos para la gestión de documentos, la cual se divide en tres partes, una dedicada a los principios; la segunda, a los elementos de implementación y conceptuales, la cual realiza un aporte bastante importante al incluir aspectos relativos a los modelos conceptuales de metadatos, su implementación y el desarrollo de esquemas de metadatos; y la tercera, referente al proceso de autoevaluación de los metadatos.

Así mismo, se encuentra la Norma UNE-ISO 16175, difundida en el 2012, la cual presenta los principios y requisitos funcionales para documentos en entornos de oficina electrónica, que incluye información sobre creación de documentos, asignación de metadatos, clasificación, seguridad en línea y disposición, entre otros.

Además, sobre documentos electrónicos, se encuentra la Norma UNE-ISO 13008, del 2013, en la que se hace hincapié en la planificación de la conversión y la migración, específicamente a nivel administrativo y tecnológico, y en los procedimientos a seguir para llevar a cabo estos procesos, incluyendo planificación, pruebas y validación.

Seguidamente la Norma UNE-ISO 14641-1, establecida en el 2015 y denominada *Archivo electrónico. Parte 1: Especificaciones para el diseño y funcionamiento de un sistema de información para la preservación de información digital*. En este caso, la norma establece, entre otros aspectos, consideraciones sobre los soportes de almacenamiento; los sistemas que usan soportes extraíbles, WORM lógicos o sistemas regrabables; la captura y operaciones de archivos; y la evaluación del sistema de información.

Al gestionar documentos es vital conocer el contexto, debido a que esto va a permitir que las series se ubiquen en la naturaleza que les dio origen, precisamente con este fin es que se presenta la Norma Internacional sobre los Registros de Autoridad de Archivos relativos a Instituciones, Personas y Familias (ISAAR-CPF), la cual describe a los productores de los

documentos. En este caso, la norma establece los elementos que pueden facilitar la identificación de las entidades, agrupando esta información en las áreas:

1. Área de identificación  
(en la que se incluye la información que identifica unívocamente a la entidad que se está describiendo y que define un punto de acceso normalizado).
2. Área de descripción  
(en la que se proporciona información pertinente sobre la naturaleza, contexto y actividades de la entidad que se está describiendo).
3. Área de relaciones  
(en la que se consignan y describen las relaciones con otras instituciones, personas y/o familias).
4. Área de control  
(en la que se identifica de forma unívoca el registro de autoridad y se incluye la información necesaria sobre cómo, cuándo y por qué agencia se creó y actualizó el registro de autoridad). (Consejo Internacional de Archivos, 2004, p. 13).

Entre las bondades que se pueden mencionar de la ISAAR-CPF, está justamente la forma en la que estructura la información que describe, ya que, a través de cada uno de los elementos, se logra que la comprensión del contexto sea precisa y a su vez, se entienda la función que desempeña.

Una norma similar, es la Norma Internacional para la Descripción de Funciones (ISDF), con la que se logra relacionar las labores que ejecutan los productores descritos con los documentos que custodian. Al igual que la ISAAR-CPF esta norma concentra los elementos de descripción en cuatro categorías, denominándolas igual a excepción de la segunda, a la que llama “Área de contexto”, e incluyendo información similar, pero en cuanto a funciones.

Finalmente, a este respecto se llega a la Norma Internacional de Descripción Archivística (ISAD-G), que se diferencia de las dos anteriores en las categorías de datos, ya que se establecen siete áreas, estas son:

1. El área de Identificación  
(contiene la información esencial para identificar la unidad de descripción)
2. El área de Contexto  
(contiene la información relativa al origen y custodia de la unidad de descripción)
3. El área de Contenido y Estructura  
(contiene la información relativa al objeto y organización de la unidad de descripción)
4. El área de Acceso y Utilización  
(contiene la información relativa a la accesibilidad de la unidad de descripción)
5. El área de Documentación Asociada

(contiene la información relativa a aquellos documentos que tienen una relación significativa con la unidad de descripción)

6. El área de Notas

(contiene información especial y aquella otra que ha podido incluirse en ninguna de las demás áreas)

7. El área de Control de la descripción

(contiene la información relativa al cómo, cuándo y quién ha elaborado la descripción archivística). (Consejo Internacional de Archivos, 2004, p. 14).

A partir de lo anterior, se observa cómo diversas normas, a pesar de ser normas de buenas prácticas y que no son obligatorias, son altamente especializadas en el área y pueden mejorar el tratamiento que se da a los documentos que se custodian en las instituciones en el cumplimiento de sus funciones. Así mismo, es importante recalcar que estas normas van de la mano con la elección de los conjuntos de metadatos que se vayan a implementar.

## 4.2 CONTEXTO NACIONAL

En el ámbito costarricense, no se encontró información relacionada con el momento en el que se comienza a hablar del expediente clínico, únicamente, a través del *Informe "Hacia la Sociedad de la Información y el Conocimiento"*, en su séptimo capítulo denominado "*El desarrollo de la Historia Clínica Electrónica en Costa Rica*", se sabe que el uso de las tecnologías en la gestión de estos documentos inicia en los años ochenta. A pesar de esto, si existen autores que han investigado esta temática, con miras a gestionar estos documentos de una forma adecuada.

Uno de los referentes más importantes que se tienen en el país, respecto a la gestión del expediente médico, es el *Reglamento del Expediente de Salud*, elaborado por la Caja Costarricense de Seguro Social, como ente rector del sector salud. En esta norma se establece, entre otros elementos, la forma de identificación de los expedientes, así como su estructura, ordenación, custodia, confidencialidad, conservación y eliminación.

Aunado a esto, en 1976, los autores Alfredo Borgen, Rubén Fernández, Mariano López y Roberto Rojas, realizan la tesis *Calidad de los expedientes médicos de los hospitales clase "A" de Costa Rica, desde las perspectivas del Técnico en Registros Médicos*; a través de este trabajo se desarrolla una comparación relativa a la gestión del expediente en cuatro hospitales públicos del país, a saber, Hospital San Juan de Dios, Hospital Dr. Rafael Ángel

Calderón Guardia, Hospital Nacional de Niños y Hospital México. El aporte principal radica en que se evidencia la importancia que debe tener el buen tratamiento de las historias clínicas, a pesar de ser instituciones públicas diferentes, en las que se identificaron deficiencias particulares, lo que se debe perseguir es no afectar la atención que se brinda al paciente.

De igual forma, en 1996, Marlen Calvo Solano efectúa un estudio similar en la tesis *Los registros del expediente médico, un enfoque de garantía de calidad. Hospital Max Peralta*. En este caso, el objetivo central fue la evaluación de la completitud y aplicabilidad de las historias clínicas de dicho centro de salud. Lo interesante de esta obra es que estos dos elementos se presentan como posibles criterios para la auditoría de los registros de información, ya que el primero corresponde al grado de cumplimiento de la estructura del documento y el segundo a la cantidad de información que se incluye en el expediente.

Ahora bien, la temática en estudio no sólo ha sido abordada desde el enfoque de la calidad, sino también desde la protección de la información que contienen los expedientes clínicos; tal es el caso del artículo *El derecho del paciente al uso correcto del expediente clínico*, de Carlos José Valerio Monge y Juan Gerardo Ugalde Lobo. En esta publicación se hace alusión a que el expediente se debe manejar de forma adecuada y confidencial para asegurar una buena atención médica; sin embargo, también se dice que “es un documento público en el que consta la información de los datos personales o personalísimos del paciente, pero también es el documento en el cual el trabajador de la salud deja constancia de sus actuaciones” (Valerio-Monge y Ugalde-Lobo, 1997-1998, p. 16), por lo que se deben evaluar estas dos disyuntivas.

Con respecto al sector público, se tiene finalmente el aporte de María Teresa Bermúdez Muñoz, en el proyecto de graduación denominado *El impacto del expediente médico en la gestión hospitalaria: Estudio de caso: el Archivo Clínico del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia*, realizada en el año 2004. En este estudio, la autora se aboca a diagnosticar los problemas que se dan en cuanto a la gestión de las historias clínicas en dicho hospital, los cuales se basan principalmente en una inadecuada administración del expediente médico, ya que no se identifican de manera unívoca, se generan múltiples copias, entre otros, lo que ocasiona evidentemente una mala atención al paciente. Ante esta

situación se presenta una propuesta de mejora que incluye inicialmente la elaboración de directrices y políticas para el tratamiento de los documentos desde su creación, y la implementación de un sistema institucional de archivos, que fiscalice el cumplimiento de lo establecido.

Tomando en cuenta lo anterior, si se aplican las correcciones planteadas se ayuda a proteger los derechos e intereses de los pacientes, a la vez que se ofrece información oportuna. Así mismo, en el contexto de la investigación, la propuesta es suficiente, debido a que da una solución efectiva al problema detectado y permanece actual, ya que, independientemente del soporte, un sistema institucional de archivos cumple con la función de garantizar una adecuada gestión de documentos.

Por otro lado, una fuente de gran importancia es el artículo *El Expediente Médico en la Medicina Privada*, del autor Mario Alberto Sánchez Arias. Esta obra resulta vital en el sentido de que se circunscribe en el sector privado; en este caso se analizan diversas historias médicas, en las que se presentan muchas de las deficiencias que se pudieron observar en los estudios hechos en hospitales públicos, pero de una forma más alarmante, ya que, al ser privados, muchos aspectos se omiten, por lo que los centros de salud de esta naturaleza deben ser más exigentes en este tema, ya que con esto se beneficia a los mismos pacientes (Sánchez-Arias, 2000).

Al hacer mención del sector público y privado, es preciso hacer referencia a la *Ley N°8239 Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados*, en donde se indica que entre los derechos de los pacientes está el “tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia.” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2002, p. 3). Este aspecto se relaciona intrínsecamente con la buena gestión del expediente clínico, al garantizar que el usuario pueda disponer de su información cuando lo requiera.

Al igual que en el ámbito internacional, para lograr establecer oportunamente estos aspectos, se requiere adentrarse en el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's), con el fin de mejorar el proceso que sigue la historia clínica de los

pacientes; es decir, derribar las barreras y el temor al cambio para poder hablar de un expediente clínico electrónico que contenga información fidedigna y segura.

Respecto a esto, el capítulo del informe desarrollado por el Programa Sociedad de la Información y el Conocimiento (PROSIC) en el 2011, mencionado anteriormente, "*El desarrollo de la Historia Clínica Electrónica en Costa Rica*", hace referencia a aspectos de suma importancia en esta materia, ya que realiza un análisis del avance del tema en el sector público costarricense y de cómo las tendencias mundiales impactan en el país. Dichos aspectos incluyen desde evolución histórica, estructura, características, ventajas y desventajas de la implementación del expediente clínico electrónico.

Así mismo, para el año 2014, Edén Galán Rodas y Antón Zamora, escriben un artículo llamado *La historia clínica electrónica como herramienta de gestión y mejora del proceso de atención de salud en Costa Rica*, el cual se enfoca en el hecho de que se necesita desarrollar una herramienta que se adecúe a las necesidades y realidades y que para ello hay que hacer uso de las TIC's. Además, menciona el caso específico de Costa Rica, al existir el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), de la Caja Costarricense de Seguro Social, y el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, del Ministerio de Salud.

Con respecto específicamente al Expediente Digital Único en Salud (EDUS), como una iniciativa respaldada por la Ley No. 9162, el objetivo de la CCSS era garantizar que los datos clínicos sean únicos, es decir que puedan ser accedidos desde cualquier hospital público del país, sin que existan barreras relativas al tiempo o al lugar. Esta ley menciona que la solución tecnológica se debe orientar, entre otros aspectos, a la interoperabilidad, la integridad, la identificación única, el acceso único y la trazabilidad; sin embargo, se debe hacer la salvedad de que EDUS no es un sistema de gestión de documentos, sino un sistema datacéntrico y que no aplica firma digital.

Como se menciona en la ley, aprobada en 2013, a la CCSS se le dio un plazo de cinco años para implementar el EDUS; sin embargo, el 27 de mayo de 2015, se publicó un artículo en el Periódico La Nación titulado *CCSS demora 8 años más el expediente electrónico*, entre las justificación a esta situación se decía que el presupuesto que iba a representar esta iniciativa, \$100 millones, y lo complicado que resultaba integrar un sistema a nivel

nacional, significaba que el resultado se alargaría aún más, desde el año 1995 cuando se manifestó el interés de implementarlo (Lara, 2015). A pesar de este atraso, cabe rescatar que la implementación del EDUS también ha obtenido sus logros, tal como se establece en la publicación *CCSS logra sincronizar expediente electrónico hospitalario con el EDUS*, en donde se describen las ventajas de los distintos módulos del sistema como lo son el quirúrgico y el de egreso, a pesar de no ser un expediente electrónico propiamente dicho.

La eficacia de un sistema que gestione este tipo de documentos no tiene que ver únicamente con las funcionalidades que este tenga, sino también con el compromiso que muestren las personas que interactúen con él diariamente, si este no existe el trabajo se hace tedioso y obligatorio y, a fin de cuentas, se termina perjudicando a los pacientes.

Este tema fue analizado por Juan Antonio Ugalde Muñoz, en la tesis *La resistencia al cambio y falta de aprovechamiento del sistema de expediente electrónico por parte de los médicos del Primer Nivel de Atención del Área de Salud Tibás-Uruca-Merced, Clínica Clorito Picado*, en ella se realizó un diagnóstico para determinar el grado de resistencia por parte de los profesionales al cambio de soporte; lo que llevó a proponer como soluciones, entre otras:

- Trabajar la resistencia al cambio a través de charlas motivacionales de actitud en aspectos de cambio y mejora de la organización.
- Implementar procesos de inducción dirigidos a cada uno de los usuarios del sistema, ya sea en pequeños grupos o individual por parte de un equipo interdisciplinario, donde se presente el programa que será utilizado, para que cada uno de ellos empiece su primer contacto en dicho camino de cambio. Iniciar paso a paso un viaje por cada uno de los módulos del sistema para terminar enfocándose en el expediente médico electrónico y escuchar comentarios y críticas sobre el mismo.
- Crear un equipo interdisciplinario que vele por el buen uso del expediente electrónico, que evalúe la calidad de las consultas médicas electrónicas (Ugalde-Muñoz, 2008, p. 45).

Estas soluciones si bien se deben aplicar poco a poco, pero de manera frecuente, pueden generar un impacto significativo, ya que, aunque se tenga un sistema robusto, con excelentes funcionalidades y muchos beneficios, puede fracasar por falta de compromiso.

En materia de propuestas, en el año 2014, los estudiantes de la Licenciatura en Archivística, Alonso Cedeño, Nancy Peraza, Gabriela Guevara y Carlos Montero elaboraron un

seminario de graduación denominado *Propuesta de un modelo de requisitos archivísticos para un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA) en Costa Rica*. El aporte de este trabajo recae en el hecho de que se establecen los lineamientos archivísticos que debe cumplir un sistema de este tipo, en cada una de sus etapas, e incluyendo los metadatos correspondientes a cada una.

Otra propuesta, pero establecida específicamente para historias clínicas fue desarrollada por Alejandro Fuentes Penna y Jorge Ruiz Vanoye en el artículo *Propuesta de una arquitectura informática para integrar la información de los derecho-habientes de un expediente clínico electrónico integral*, publicado en el año 2013. En este caso, los autores emplearon la metodología ITIL (administración de servicios tecnológicos), a través de la cual se estableció la arquitectura del sistema en tres secciones, siendo estas: el escritorio de servicios, donde se da el primer contacto con los pacientes; la gestión de incidencias, en el que atienden los médicos generales; y la gestión de problemas, en la que se da un servicio médico especializado.

De todo lo expuesto, se puede decir inicialmente que, a nivel internacional, el tema del expediente clínico ha sido desarrollado desde diferentes perspectivas, ya sea desde las actividades que llevaron a la creación de estos documentos en la antigüedad, según las necesidades de entonces, hasta la documentación de los procedimientos que pueden garantizar aspectos como la estructuración de una historia clínica íntegra que haga posible una satisfactoria atención médica para los pacientes, al permitirle al profesional de la salud fundamentar sus decisiones.

De igual forma, resulta útil tener conocimiento de cómo en algunos países se ha buscado normar la conformación de estos expedientes clínicos de una manera estandarizada, ya que su cumplimiento posibilita no sólo que cada individuo tenga constancia de la atención que recibe, de los exámenes médicos que le practican, de los diagnósticos y de los tratamientos que le asignan, sino también que la información sea gestionada con confidencialidad, accesibilidad y seguridad.

Además, los estudios que hablan de la inclusión de este tipo de información en sistemas de gestión de documentos electrónicos, cumplen un objetivo adicional al mencionar el hecho

de que se pueda acceder a los expedientes sin barreras de tiempo y espacio, a través de la interoperabilidad, dejando evidencia de la trazabilidad que sigue el documento contenido en el expediente, y autenticándolo con herramientas como la firma digital.

Por su parte, en el contexto nacional, los estudios realizados se han orientado a dos aristas importantes, siendo una de ellas el enfoque de calidad, tanto en la estructuración de los expedientes, como en la forma de gestionarlos y custodiarlos en los archivos; y la otra, la protección de la información de los pacientes, considerando una dicotomía interesante, y es el hecho de que no sólo se trata de la vida privada del individuo, con respecto a su salud, sino que en estos documentos se plasma el testimonio del cumplimiento de actividades de los funcionarios, por lo que su manipulación se torna complicada.

Además de lo anterior, se pudo observar que este tema se ha alineado hacia la creación de sistemas de gestión de expedientes clínicos electrónicos, en cuanto a los beneficios y retos que estos traen para el mejoramiento de los procesos en una organización, la importancia de ajustar dicho sistema a las necesidades que se posean, y el resguardo adecuado de la información contenida en las historias clínicas para garantizar la confidencialidad, confiabilidad e integridad de los datos.

Igualmente, se ha dado énfasis en investigaciones sobre el establecimiento de requerimientos mínimos necesarios para el buen funcionamiento de los sistemas de gestión de documentos electrónicos, abarcando aspectos administrativos, técnicos, legales, tecnológicos, entre otros. Siendo esto vital, ya que representa una guía para gestionar, en este caso, expedientes clínicos electrónicos y cómo ese proceso puede permear en la atención que se brinda a los usuarios.

En resumen, se puede señalar que tanto en el ámbito internacional como nacional se ha tratado el tema de la gestión del expediente clínico, en formatos físicos y electrónicos; así mismo, se han elaborado diversas propuestas de sistemas que no sólo han buscado optimizar el tratamiento de estos documentos, sino también mejorar la atención que se brinda a los pacientes. A pesar de esto, uno de los vacíos identificados es la consideración de la gestión archivística, la ausencia de documentos electrónicos auténticos y de las medidas preservación digital.

Al igual que en el contexto internación, en Costa Rica se han establecido normas cuyo fin es brindar lineamientos que ayudan a optimizar el proceso de gestión de los documentos en las instituciones, tal es el caso de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos y su Reglamento; sin embargo, estas definen en su ámbito de aplicación mayormente a las organizaciones públicas.

A pesar de que las empresas privadas se excluyan de esto, pueden servirse de estas herramientas para mejorar su labor y más importante aún es el hecho de que existe normativa de orden público, que de no cumplirse pueden afectar directamente a los usuarios e incluso generar que se presenten denuncias relacionadas.

Entre estas se menciona la Ley N°8968 de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales; de manera general, lo que busca esta ley es resguardar los datos de los individuos y evitar el uso de estos por parte de terceras personas. En el Capítulo II, Artículo 5, se hace mención del consentimiento informado, siendo este un aspecto vital, ya que la persona debe saber cómo se manipulará su información, para esto:

Quien recopile datos personales deberá obtener el consentimiento expreso de la persona titular de los datos o de su representante. Este consentimiento deberá constar por escrito, ya sea en un documento físico o electrónico, el cual podrá ser revocado de la misma forma, sin efecto retroactivo (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2011, p. 4).

Así mismo, una vez que la persona permite el acceso a la información, quien los vaya a utilizar debe garantizar la seguridad y confidencialidad de cada uno de los datos, respecto a esto, la ley dice, en su Artículo 10 que “no se registrarán datos personales en bases de datos que no reúnan las condiciones que garanticen plenamente su seguridad e integridad, así como la de los centros de tratamiento, equipos, sistemas y programas (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2011, p. 10). Respecto a dichas condiciones, la ley determina, en ese mismo artículo que “por vía de reglamento se establecerán los requisitos y las condiciones que deban reunir las bases de datos automatizadas y manuales, y de las personas que intervengan en el acopio, almacenamiento y uso de los datos” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2011, p. 10); es decir, cada organización, de acuerdo a su potestad reglamentaria, definirá lo que resulte pertinente en esta materia.

Lo anterior también se relaciona con dos aspectos vitales en toda organización, la ética de los funcionarios que manipulan la información y la calidad de los servicios que se ofrezcan, para asegurar esto esta ley dicta en el Artículo 11 que “la persona responsable y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de datos personales están obligadas al secreto profesional o funcional, aun después de finalizada su relación con la base de datos” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2011, p. 11).

Finalmente, también se debe considerar la Ley N°9097 de regulación del derecho de petición, que establece, en el Artículo 2, ante qué destinatarios se puede presentar una solicitud, definiendo que:

**ARTÍCULO 2.- Destinatarios**

El derecho de petición podrá ejercerse ante cualquier institución, administración pública o autoridad pública, tanto del sector centralizado como descentralizado del Estado, así como aquellos entes públicos, con personalidad jurídica y capacidad de derecho público y privado, respecto de las materias de su competencia, cualquiera que sea el ámbito institucional, territorial o funcional de esta. Procederá, además, el derecho de petición ante sujetos de derecho privado cuando estos ejerciten alguna actividad de interés público, administren y/o manejen fondos públicos o ejerzan alguna potestad pública de forma temporal o permanente (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2013a, p. 4).

Con lo anterior, queda expreso que, tanto a nivel público como privado, existen derechos, referentes a la posibilidad de realizar peticiones, que son acogidos por las personas que adquieren servicios en las organizaciones, por lo que es fundamental la transparencia en la ejecución de las funciones, para así solventar todas las necesidades de sus usuarios sin tener que recurrir a este tipo de procesos para que sean atendidos o reciban una solución.

## **5. ALCANCES Y PROYECCIONES**

Esta investigación está enfocada en garantizar la integridad de las historias clínicas, alcanzando con ello reducir la duplicidad de estas y los problemas en la localización de la información. Para esto, se pretende crear una propuesta de gestión de expedientes clínicos electrónicos, que sea capaz de ser accedido desde cualquiera de las sucursales que componen la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis).

A partir de lo anterior, la trascendencia de este proyecto recae en los beneficios que van a recibir los pacientes al mejorar la atención médica, esto porque si un expediente clínico es

íntegro, es decir, completo, los profesionales de la salud van a tener los antecedentes necesarios para llegar a un diagnóstico concreto y dar un tratamiento adecuado a sus padecimientos.

La forma en que esa utilidad se va a ver manifestada será en los cambios en la productividad de Clínicas Asembis, ya no habrá atrasos relacionados con las horas dedicadas a buscar expedientes en los archivos, los pacientes no se van a molestar o incomodar porque su información no aparece al llegar a la cita, lo que va a facilitar que las consultas médicas inicien a la hora programada y que las personas se vayan con sus expectativas satisfechas.

Vale mencionar que el alcance de esta investigación no incluye el tema de preservación digital, más que en aspectos que resulten esenciales, se valora su importancia y la necesidad que se implemente; no obstante, también se reconoce la complejidad y lo que conlleva la realización de un proyecto de esa naturaleza, ya que requiere de un sistema y unos requisitos diferentes a los que se precisan para la gestión de expedientes clínicos que contengan documentos fidedignos, siendo esta última el fin de esta propuesta.

Así mismo, se debe hacer mención de que en esta propuesta se van a determinar los requisitos técnicos, administrativos, tecnológicos y legales que apliquen a la gestión de los expedientes clínicos, es decir, no abarca los que apliquen a la solución informática en que se albergue esta serie documental.

A nivel conceptual, metodológico y social, el aporte principal de esta investigación está relacionado con el hecho de que el resultado puede servir de modelo para otros centros de salud públicos y privados, que tengan problemas similares con sus expedientes, ya sea en clínicas de especialidades diversas, como es el caso de Asembis, o de una en específico, ya sean odontológicas, dermatológicas, etc.

Finalmente, este proyecto también puede realizar un aporte a la ciencia archivística, ya que, por un lado, será una guía para que los archivistas emprendan un proyecto en el que el objetivo sea crear iniciativas similares o con otro tipo de series documentales; y por otro, al ejecutarse la propuesta, se deberá crear un equipo interdisciplinario de profesionales, entre

los que va a figurar un archivista, con lo cual se va a valorar aún más la posición estratégica que este cumple en una institución, en este caso un centro médico.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Este proyecto se enmarca en dos tipos de investigación, la aplicada o práctica y la exploratoria. El primero, debido a que se trata de la “solución de problemas prácticos para transformar las condiciones de un hecho que nos preocupa” (Barrantes-Echavarría, 2013, p. 86); y el segundo, porque “se realiza para obtener un primer conocimiento de una situación, a fin de ejecutar una posterior más profunda, por eso tiene un carácter provisional” (Barrantes-Echavarría, 2013, p. 87).

A partir de lo anterior, se puede decir que es aplicada o práctica en el sentido de que se busca dar solución a la falta de integridad de los historiales clínicos; y exploratoria porque la solución gira en torno a la creación de una propuesta de gestión de expedientes clínicos en formato electrónico, siendo este un tema que no ha sido muy investigado.

### **6.2 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación presenta un enfoque mixto, en el cual se “recolectan los datos mediante técnicas cuantitativas y cualitativas, y se usa la triangulación de datos” (Barrantes-Echavarría, 2014, p. 99).

Basándose en el hecho de que este proyecto se desarrolla en un estudio de caso, los expedientes clínicos son gestionados en un contexto específico por los profesionales de la salud y los funcionarios administrativos involucrados; ante esto, se busca evaluar el impacto que genera la integridad de estos documentos tanto en la institución como en los pacientes. Para este fin, se recurre a la aplicación de un cuestionario como técnica de recolección de datos.

### **6.3 MODALIDAD DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN**

Esta investigación se enmarca en la modalidad de Proyecto de Graduación, debido a que incluyen las etapas de diagnóstico de una situación problemática y propuesta de una solución pertinente.

### **6.4 POBLACIÓN**

Clínicas Asembis posee doce sucursales, distribuidas alrededor del país. Con base en ello, la población objeto de estudio de esta investigación corresponde únicamente a once sucursales, ya que la ubicada en el Centro Comercial Shoppers no cuenta con archivo clínico, ni historias clínicas de los pacientes que se atienden, debido a que sólo ofrece el servicio de óptica.

#### **6.4.1 MUESTRA**

Para el desarrollo de esta investigación se establece una muestra a partir del método de muestreo probabilístico en dos etapas, en el cual se identifican conglomerados y dentro de estos se toma otra fracción.

En el estudio de caso, la primera etapa corresponde a las sucursales que conforman Clínicas Asembis (conglomerado 1); mientras que la segunda, se relaciona con los colaboradores a los que se aplicará el cuestionario (conglomerado 2).

Respecto a la primera etapa, se cuenta con once sucursales, al considerar un muestreo de conveniencia, se opta por aplicar el instrumento diseñado en seis de ellas, siendo estas Aranjuez, Cartago, Desamparados, Heredia, Purral y San José, esto con base en la ubicación geográfica. La segunda etapa, agrupa a los colaboradores en cuatro áreas, que son: jefaturas administrativas, médicos, encargados de archivo y asistentes de consultas; la muestra representativa de este conglomerado es de un funcionario por cada área, siendo cuatro para cada sucursal y veinticuatro en total.

## 6.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

La técnica de recolección de datos implementada en esta pesquisa es el cuestionario, según Arias (2012) esta:

... es la modalidad de encuesta que se realiza de forma escrita mediante un instrumento o formato en papel contentivo de una serie de preguntas. Se le denomina cuestionario autoadministrado porque debe ser llenado por el encuestado, sin intervención del encuestador (p. 74).

Para la aplicación de este cuestionario se diseña un instrumento que combina preguntas abiertas, cerradas y mixtas. La utilidad de abarcar estos tres tipos radica en que, en el caso de las primeras, se puede captar información relacionada con el proceso que se sigue en cada una de las sucursales para gestionar el expediente clínico; las segundas, con el fin de evaluar si se incluyen los elementos necesarios para garantizar la integridad en cada expediente; y las terceras, para percibir las opiniones relativas con aspectos específicos sobre esta temática.

Adicionalmente, se pretende tener acceso a los formularios aplicados para cada especialidad médica en la muestra establecida; para su análisis se diseñará una tabla de cotejo con los elementos a evaluar.

## 6.6 FUENTES DE INFORMACIÓN

### 6.6.1 TIPOS DE FUENTES

Para el desarrollo de este proyecto se utilizan fuentes bibliográficas, las cuales “constituyen el material librario: manuales, revistas, monografías, obras de referencia y literatura gris, entre otros; y se localizan en las bibliotecas nacionales, públicas, privadas, universitarias y especializadas” (Jaén-García, 2016, p. 9).

### 6.6.2 CLASIFICACIÓN DE FUENTES

De acuerdo con el nivel informativo, las fuentes consultadas son las siguientes:

- Primarias: Dentro de este tipo de fuentes se utilizaron monografías, publicaciones periódicas y literatura gris, principalmente tesis que fueron realizadas en las áreas de

registros médicos, archivística, salud pública y gerencia de proyectos, entre ellas se pueden mencionar *Archivo Clínico. Sus procedimientos e instrumentación*, desarrollada en 1987 por Samuel Ameneiro Olaguíbel; el artículo del año 2004 llamado *La historia de la historia clínica* de Raquel Martinelli; y la tesis desarrollada por Cedeño-Molina, R.; Granados-Peraza, N.; Guevara-Ocón, G. y Montero-Paniagua, C. en el 2014, titulada *Propuesta de un modelo de requisitos archivísticos para un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA) en Costa Rica*.

- Secundarias: se realizaron búsquedas en las bases de datos del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI) de la Universidad de Costa Rica, tanto referenciales como a texto completo, siendo estas OPAC y EBSCO. Así mismo, se recurrió a buscadores de Internet. Algunas de las fuentes recuperadas para este caso son: *Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*, por Mejía-Delgado, A.M.; Dubón-Peniche, M.C.; Carmona-Mejía, B.; y Ponce-Gómez, G. en el año 2011 y la norma *UNE-ISO 14641-1. Archivo electrónico. Parte 1: Especificaciones para el diseño y funcionamiento de un sistema de información para la preservación de información digital*, creada por la Asociación Española de Normalización y Certificación en el 2015.
- Recursos electrónicos: Internet. Para este caso, se incluyó información contenida en sitios web, como es el caso del URL <http://www.firmadigital.go.cr/firma.html>, que contiene lo establecido sobre firma digital por parte del MICITT.

### 6.6.3 CENTROS DE INFORMACIÓN

El centro de información que se consultó para hallar las fuentes fue el Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (Sibdi) de la Universidad de Costa Rica, específicamente la Biblioteca Luis Demetrio Tinoco de la Universidad de Costa Rica.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

Esta investigación está abocada a crear una propuesta que mejore la gestión de los expedientes clínicos y con ello, la atención que se brinda a los pacientes. Para esto, a continuación, se explica la teoría que va a guiar el desarrollo de la misma y la comprensión del tema en estudio.

## **1. GESTIÓN DE DOCUMENTOS**

En toda institución, independientemente si es de carácter público o privado, se crean y se utilizan documentos a diario para dar cumplimiento a las funciones que le corresponde, con el fin de dejar evidencia del trabajo llevado a cabo, por esta razón, se requiere que los procesos de gestión de documentos sean adecuados, de manera que el acceso, la transparencia y la calidad sean una garantía.

Según lo que se establece en la Norma UNE-ISO 15489-1, de la que se hablará más adelante, la gestión de documentos es el:

Área de gestión responsable de un control eficaz y sistemático de la creación, la recepción, el mantenimiento, el uso y la disposición (3.8) de los documentos, incluidos los procesos para capturar y mantener, en forma de documentos, la información y evidencia (3.10) de las actividades y operaciones de la organización (Asociación Española de Normalización y Certificación, 2016, p. 9).

Con base en lo anterior, la gestión de documentos no es una labor que inicia cuando estos son transferidos a los archivos centrales, sino desde su producción en la consecución de las labores de las organizaciones, hasta considerar su eliminación o conservación permanente en los depósitos.

Esa gestión requiere un tratamiento controlado y esto se consigue al ejecutar diversos procedimientos que se aplican durante todo el ciclo de vida de los documentos y de acuerdo a las necesidades específicas de cada entidad, estos son conocidos como procesos técnicos de archivo. Entre estos se encuentran: la identificación, siendo esta la fase de contextualización de los documentos; la clasificación, donde se ubican en estructuras lógicas y funcionales; la descripción, en la cual se elaboran instrumentos para facilitar la recuperación de la información; la transferencia, que permite la remisión de un archivo a otro; la ordenación, cuyo fin es establecer la forma precisa de organizar los documentos a nivel físico o electrónico; la evaluación, que determina los valores primarios y secundarios;

la conservación, que busca garantizar el estado integral de los soportes; y la eliminación, como etapa final, dispone la destrucción autorizada de los documentos que hayan sido seleccionados para ello.

### 1.1 RECORD KEEPING Y RECORD CONTINUUM

Como se mencionó en el apartado anterior, la gestión de documentos (o *record management*, en inglés) busca que las instituciones traten de forma controlada sus documentos, desde que estos se crean hasta que se considere su conservación o destrucción; ahora bien, un concepto que va un poco más allá de esa acepción es lo establecido en el modelo *recordkeeping*, definido como "...the making and maintaining of complete, accurate, reliable evidence of business transactions" (Archives and Records Management Section, 2006, p.3).

En otras palabras, se puede decir que esta evolución conceptual incluye, además, de la gestión controlada de los documentos a lo largo de todo su ciclo de vida, la conservación de esa información como evidencia del cumplimiento de las actividades de una organización, bajo las características de autenticidad, fiabilidad, integridad y usabilidad.

Aunado a lo anterior, un sistema alineado a esta perspectiva es capaz de "capture, maintain and provide access to records" (Archives and Records Management Section, 2006, p.3); con esto se suma un elemento vital, el acceso, si los documentos se gestionan de manera eficiente y eficaz, estarán disponibles a los usuarios para dar testimonio de las actividades institucionales.

Ahora bien, otro de los modelos que ha buscado una evolución del concepto tradicional es el *records continuum*, en el que la gestión de los documentos no es vista como un conjunto de etapas separadas, sino como un ciclo continuo que pasa a través de cuatro ejes, estos son:

...el eje archivístico, que se ocupa de los vehículos de almacenamiento de la información registradas sobre actividades humanas. Sus coordenadas son las del documento, la serie (en esta se consideran los expedientes), el fondo y el archivo; el eje probatorio, consiste en el rastro de las acciones, la prueba que el documento puede proporcionar y su papel en la memoria corporativa y colectiva; el eje transaccional, presenta como coordenadas el acto, las actividades, las funciones y los propósitos. El

documento registra las actividades realizadas en la conducción de los asuntos, y en la forma de estas actividades crean vínculos entre los documentos. Refleja, básicamente, funciones de las organizaciones, y la forma en que se dividen de acuerdo con subcategorías de actividad; y el eje identitario, que representa el actor, la unidad de trabajo (unidad administrativa) a la que el actor está asociado, la organización a la que la unidad está asociada y la manera de institucionalizar la identidad de esos elementos a través de un reconocimiento social más amplio. Este es el eje de la procedencia estructural y de las autoridades y responsabilidades con las que los archivos son hechos y usados (Aguilera Murguía, 2012, p.6).

Se puede decir que este modelo, al ser más moderno, contempla los elementos más importantes de la gestión de documentos, es decir, el contexto de producción, las funciones que les dan origen, el trabajo archivístico, y el valor que poseen como evidencia de las actividades.

## **2. SISTEMA DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS**

Una institución puede producir documentos electrónicos y almacenarlos en distintos tipos de dispositivos; sin embargo, es fundamental contar con las herramientas que permitan no sólo el acceso a la información, sino también que garanticen que el documento cumpla con todos los procesos archivísticos a lo largo de su ciclo de vida, es decir, desde que se crea hasta que se considera su disposición, preservándose finalmente en un repositorio para este fin. Estos instrumentos son los sistemas de gestión de documentos electrónicos, definidos en la Norma UNE-ISO 16175-3 como aquellos “diseñados específicamente para gestionar el mantenimiento y disposición de los documentos. Mantienen el contenido, contexto, estructura y vínculos entre los documentos para permitir su accesibilidad y respaldar su valor como evidencia” (Asociación Española de Normalización, 2012c, p. 8).

El funcionamiento de un sistema de esta naturaleza aplica procesos similares a los que se ejecutan para el tratamiento de los documentos en formato tradicional, pero haciendo adiciones que permiten que la gestión se mantenga desde su producción, dichos procesos son: registro, clasificación, descripción, conservación, evaluación y eliminación, así como el establecimiento de niveles de acceso, mediante la asignación de roles, que garanticen la seguridad de la información.

Una de las condiciones que debe cumplir todo sistema de gestión de documentos electrónicos es la interoperabilidad, debido a que el fin principal es que los involucrados

logren agilizar sus funciones, sin la necesidad de acceder a otros sistemas. Esta característica se refiere a la capacidad del sistema para interactuar con otras plataformas o interfaces compatibles relacionando la información contenida en cada una, de acuerdo con criterios preestablecidos.

Para lograr lo antes mencionado, hay que considerar las particularidades que tiene que asegurar un sistema de este tipo, las que, según Alfonso Díaz Rodríguez, se relacionan con el proceso de gestión de los documentos, la incorporación al sistema, la creación de metadatos y su gestión, los requisitos de recuperación, la organización de documentos, la evaluación de riesgos, el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios, y la garantía de transferencia, conservación y eliminación documental (s.f., 138). Es decir, un sistema debe ser capaz de crear y albergar todos los documentos que se generan producto del cumplimiento de las actividades de la organización; así mismo, debe permitir la incorporación de los medios necesarios para la recuperación de la información y las acciones para evitar circunstancias que atenten contra la permanencia de los documentos, ya sea por acciones humanas, técnicas y/o naturales.

## **2.1 PROCESOS Y FUNCIONALIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS**

Las instituciones producen y reciben documentos a diario, ya sea por la ejecución de un trámite, por la prestación de un servicio o por una solicitud de información, pero para que todos estos fines se cumplan, esos documentos se deben gestionar adecuadamente. Con los soportes tradicionales los procesos técnicos, explicados anteriormente, deberían desarrollarse de forma controlada garantizando la productividad constante; sin embargo, esto no siempre es así en todas las entidades, ya sea por falta de conocimiento o de compromiso.

En el caso de los documentos electrónicos, esto es una tarea mucho más compleja, al considerar una gran cantidad de elementos técnicos; no obstante, uno de los beneficios resulta ser la posibilidad de agilizar algunas de las tareas diarias. Se sabe que todos los documentos ingresados se encuentran en los repositorios; sin embargo, se debe tener plena conciencia de que la tecnología trae consigo riesgos que se deben prever en cada proceso

archivístico, para de alguna manera conocer o dejar rastro de cada una de las acciones que se realizan con los documentos y asegurar que estos van a estar disponibles a largo plazo.

Un sistema de gestión de documentos electrónicos tiene algunas funciones distintas a uno diseñado para soportes tradicionales, por lo que a continuación se explica la forma en que se desarrolla cada proceso técnico de archivo en un entorno tecnológico.

- **Creación:** A partir de la identificación del organismo productor, se pueden analizar los procesos que llevan a la creación de los documentos necesarios para evidenciar el cumplimiento de estos, tomando en cuenta aspectos legales, administrativos y relacionados con el negocio.
- **Captura:** Para que un documento electrónico pueda ingresar al sistema se debe ejecutar la captura, en la cual “se establece una relación entre el documento, su productor o creador y el contexto en que se originó. Esto se consigue mediante la asignación de los metadatos mínimos obligatorios” (Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2016b, p. 24). Es decir, se trata de una contextualización que permite que los documentos tengan una posición lógica, unívoca y fundamentada dentro del sistema. Este proceso se divide en:
  - ✓ **Incorporación:** en este subproceso se identifica “si un documento es de archivo y si debe formar parte del SGDEA, lo cual se basa el análisis del contexto interno y externo de la institución” (Cedeño-Molina, R.; Granados-Peraza, N.; Guevara-Ocón, G. y Montero-Paniagua, C., 2014, p. 91).
  - ✓ **Registro:** esta etapa se refiere a la:
 

...fase de verificación del cumplimiento de los requisitos documentales establecidos en la fase de incorporación, formalizando la existencia del documento de archivo mediante la asignación de los datos respectivos sobre el registro. El registro involucra acciones que sobre la asignación de un identificador único al documento dentro del SGDEA, y su relación con su código de clasificación, sus condiciones de acceso, su plazo de conservación y los mecanismos requeridos para conservación digital” (Cedeño-Molina, R.; Granados-Peraza, N.; Guevara-Ocón, G. y Montero-Paniagua, C., 2014, p. 91).
- **Clasificación:** en este caso “la clasificación vincula los documentos con su contexto de negocio al asociarlos con categorías en un cuadro de clasificación (Asociación

Española de Normalización, 2016, p. 25). El fin principal viene a ser que los documentos no se almacenen en un solo “paquete”, sino que se asignen espacios preestablecidos para cada uno según la función por la que fueron creados.

- **Descripción:** se sabe que este proceso busca garantizar la recuperación de la información con la realización de instrumentos descriptivos que lo faciliten; en los entornos tecnológicos esto no difiere, ya que se basa en “la definición de normas y reglas para la representación de entidades (por ejemplo, documentos, agentes y funciones) y de los lenguajes documentales que facilitan la organización de la información a nivel lógico (por ejemplo, índices de materias y tesauros especializados)” (Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2016b).
- **Acceso:** en un sistema de gestión de documentos electrónicos, este proceso es vital y se debe controlar de forma minuciosa, es imprescindible que se creen roles y niveles de acceso que aseguren que cada uno de los usuarios realice y/o visualice únicamente lo que está dentro de sus competencias.
- **Almacenamiento:** es importante mencionar que “los documentos, con independencia de su formato o soporte, deberían almacenarse de modo que estén protegidos contra el acceso no autorizado, las alteraciones, la pérdida o la destrucción, incluyendo el robo y las catástrofes” (Asociación Española de Normalización, 2016, p. 25).
- **Disposición:** en sentido amplio este proceso busca determinar los valores primarios y secundarios de los documentos y dejar una constancia de ellos en las tablas de plazos. Un sistema que gestione adecuadamente los documentos, debe permitir la inclusión de esas temporalidades, con el fin de resguardar únicamente lo que genera una utilidad a la organización.

Este proceso incluye la eliminación, la cual se basa en la aplicación de los valores establecidos en las tablas de plazos y que hayan determinado su destrucción segura, la cual debe ser aprobada por la autoridad competente, en este caso, por quien tenga la competencia para ello.

- **Trazabilidad:** los documentos son accedidos por los usuarios constantemente, estos se sirven de la información para dar consecución a sus funciones, es decir, son manipulados y pueden incluso ser alterados o eliminados. Por ello, la trazabilidad busca seguir y documentar cada uno de los movimientos de los documentos dentro del sistema (Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2016b), lo que a fin de cuentas asigna responsabilidades sobre cada acción ejecutada.

A partir de lo anterior, se observa como cada uno de los procesos técnicos de archivo que se ejecutan en un sistema de gestión de documentos electrónicos se aplican de una forma similar a los tradicionales, con la diferencia de que acciones como la descripción, clasificación y eliminación de documentos se puede realizar de manera automática; sin embargo, también se extrae la relevancia que tiene el control de cada una de las acciones que se lleven a cabo, ya que de esta manera se pueden evitar situaciones que jueguen en contra de la gestión documental.

## 2.2 PRESERVACIÓN DIGITAL

Para que los documentos electrónicos estén a disposición de los usuarios se deben poner en práctica medidas de preservación digital, esta se refiere a la conservación de la información a lo largo del tiempo. Esto resulta importante porque si no se establecen criterios de este tipo se puede perder información de gran valor, tanto por fallas humanas como tecnológicas; sin embargo, se debe hacer mención de que la preservación digital requiere un sistema especializado para este fin, que cumpla con requisitos específicos, que son distintos a los de un sistema de gestión de documentos.

Las fallas mencionadas se presentan, generalmente, por la no previsión de los riesgos que puedan afectar al sistema, uno de los más comunes es la obsolescencia, es decir la pérdida de usabilidad del software y/o hardware. El peligro principal recae en el hecho de que, si los efectos se presentan, no habrá posibilidad alguna de acceder a la información. Para evitar esto, una de las estrategias es el control de los formatos, para ello se recomienda:

- Que tengan buena compatibilidad hacia atrás.
- Que sean ampliamente utilizados globalmente.
- Que no sean excesivamente complejos ni tampoco demasiado simples.
- Que tenga chequeo de errores incorporado.

- Que tengan un ciclo de actualizaciones relativamente frecuente.
- De preferencia, que sean formatos abiertos (Rivera Donoso, 2009, p. 18)

Es decir, lo principal es que los formatos sean de uso común, que se puedan acceder desde cualquier equipo, tanto en versiones de software anteriores, como dejando la salvedad en los posteriores. En el caso del hardware, lo ideal es evitar emplear dispositivos muy antiguos y con tecnología muy atrasada.

Así mismo, otros de los riesgos que suelen presentarse es la aparición de virus, los cortes de electricidad o de conexión a internet, la eliminación premeditada de información por parte de personas no autorizadas o de manera involuntaria e incluso el efecto de las catástrofes naturales, que pueden dejar efectos negativos relacionadas con la pérdida del equipo.

Para impedir que se den consecuencias lamentables se pueden implementar ciertas estrategias de preservación, si bien deben aplicarse de manera constante, porque los softwares y equipos no son eternos, sirven de gran apoyo al usar un sistema de gestión de documentos electrónicos. Entre estas actividades se mencionan:

- **Modelo OAIS:** se trata de un sistema que organiza la información en tres contenedores, a saber:
  - ✓ Paquete de Información de Transferencia (Submission Information Package, por sus siglas en inglés S.I.P): corresponde al paquete de información que el productor envía al OAIS.
  - ✓ Paquete de Información de Archivos (Archival Information Package, por sus siglas en inglés A.I.P): se refiere al conjunto de S.I.P transferidos que serán conservados en el OAIS, permitiendo el acceso a la información contenida en ellos.
  - ✓ Paquete de Información para la Consulta (Dissemination Information Package, por sus siglas en inglés D.I.P): se trata del paquete de información que se muestra al usuario cuando este realiza una solicitud.
- **Creación de respaldos:** se deben hacer copias de los documentos custodiados en el sistema, con una cierta periodicidad y almacenados en lugares externos, para evitar que otros riesgos afecten también a los respaldos.

- **Migración:** el fin recae en hacer un traspaso a tecnologías más recientes, ya sea respecto a las interfaces, servidores, formatos, sistemas, etc.
- **Emulación:** en este caso, “combina elementos de software y de hardware para reproducir en un contexto distinto al original las características esenciales del archivo” (Rivera-Donoso, 2009, p. 29). El objetivo es recrear el entorno tecnológico para garantizar el acceso a la información.
- **Definición de propiedades significativas:** este término se refiere a los atributos del documento que se deben mantener intactos para que pueda perdurar en el tiempo, por ejemplo, textos o imágenes. El objetivo es garantizar que estos sean de la mejor calidad para lograr su permanencia.
- **Uso de esquemas de metadatos:** como se dijo anteriormente, los metadatos facilitan el acceso, por ello se deben utilizar estructuras de metadatos, como por ejemplo los PREMIS, para registrar la información relativa a la preservación.

### 3. EXPEDIENTE. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

Las instituciones producen documentos de archivo con el objetivo de dejar una evidencia tangible del cumplimiento de las funciones que ostentan. El contenido de esos documentos se estructura de manera consonante con el propósito por el que fueron creados, generando así un tipo documental determinado; cuando éstos últimos se relacionan directamente con un productor y una función, reciben el nombre de series documentales, las cuales se dividen en simples (conformadas por un solo tipo documental) o compuestas (conformadas por varios tipos documentales).

La serie documental compuesta más común en todas las organizaciones son los expedientes, los que al ser definidos como “la unidad documental formada por un conjunto de documentos generado orgánica y funcionalmente por un sujeto productor en la resolución de un mismo asunto” (Diccionario de terminología archivística” 2 ed. Madrid 1995, pág., 35), se caracterizan por:

- Están compuestos por diferentes tipos documentales.
- Reflejan una continuidad de hechos relacionados con el trámite o con la persona de la que tratan.
- Su ordenación interna se realiza de manera cronológica, de forma ascendente.
- En algunos casos, tienen una estructura supeditada al fin que persigue la serie documental, lo que facilita el entendimiento de la información que contienen y la tramitación del asunto que les corresponde.
- Se deben identificar de manera unívoca y de acuerdo al asunto o al trámite que corresponde a todo el contenido.

Con base en lo anterior, se puede hacer mención de que existen distintos tipos de expedientes, los cuales responden a la función que cumplen en la institución que los creó; estos podrían ser, por ejemplo, administrativos, judiciales, clínicos, entre otros.

#### **4. DOCUMENTO ELECTRÓNICO**

Las organizaciones gestionan documentos al cumplir con sus funciones, estos han sido producidos mayormente en soporte papel; sin embargo, desde hace unos años las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's), se han hecho presentes, a través de la implementación del documento electrónico, el cual ha cumplido con el objetivo de agilizar los procesos institucionales y a su vez eliminar problemáticas como la accesibilidad, las barreras territoriales y la falta de espacio, lo que logra a fin de cuentas la satisfacción de las expectativas de los usuarios.

Para alcanzar la transición del papel al electrónico, resulta imprescindible comprender qué es un documento en este soporte; sobre esto, la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (DTIC), Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, del Gobierno de España, en la *“Guía de aplicación de la Norma Técnica de Interoperabilidad de Expediente Electrónico”*, lo define como un “objeto digital administrativo contiene la información objeto (datos y firma) y los datos asociados a ésta (metadatos)” (2016a, p. 13). De esto, vale hacer hincapié en que la única diferencia que presenta con el tradicional es la forma de acceso, sigue siendo un documento que posee contenido, contexto y estructura, lo que le da la misma equivalencia probatoria que el producido en papel, tal como lo establece

la Ley N°8454 de certificados, firmas digitales y documentos electrónicos, en su Artículo 3:

**Artículo 3°—Reconocimiento de la equivalencia funcional.** Cualquier manifestación con carácter representativo o declarativo, expresada o transmitida por un medio electrónico o informático, se tendrá por jurídicamente equivalente a los documentos que se otorguen, residan o transmitan por medios físicos.

En cualquier norma del ordenamiento jurídico en la que se haga referencia a un documento o comunicación, se entenderán de igual manera tanto los electrónicos como los físicos. No obstante, el empleo del soporte electrónico para un documento determinado no dispensa, en ningún caso, el cumplimiento de los requisitos y las formalidades que la ley exija para cada acto o negocio jurídico en particular (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2005, p.1).

Cabe hacer la salvedad de que lo anterior aplica únicamente para aquellos documentos electrónicos que cumplan con la Política de Firma Digital, elaborada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Telecomunicaciones (Micitt).

Al hablar de documentos electrónicos, se puede pensar que sólo es un archivo que se crea y se mantiene en un servidor o en la memoria de un dispositivo de almacenamiento; sin embargo, es más que eso, su estructura muestra que este tipo de documentos está formado por un bloque de datos, que incluye la información relativa al contenido e identificación y un bloque de metadatos relativos al contenido, estructura e identificación (Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2016a, p.16).

Los documentos electrónicos, al igual que los físicos, deben cumplir con ciertos requisitos, según la Norma UNE-ISO 15489-1, las características de un documento fidedigno son:

#### **Autenticidad**

Un documento auténtico es aquél del que se puede probar:

- a) que es lo que afirma ser;
- b) que ha sido creado o enviado por el agente del cual se afirma que lo ha creado o enviado; y
- c) que ha sido creado o enviado en el momento en que se afirma.

#### **Fiabilidad**

Un documento fiable es aquel:

- a) confiable porque su contenido es completo, exacto y es fiel representación de las operaciones, actividades o hechos que evidencia; y
- b) del que se puede depender en el transcurso de las subsiguientes operaciones o actividades.

#### **Integridad**

Un documento íntegro es aquel que está completo e inalterado.

**Usabilidad**

Un documento usable es aquel que puede ser localizado, recuperado, presentado e interpretado en un período de tiempo considerado razonable por las partes interesadas. (Asociación Española de Normalización, 2016, p. 11).

Lo anterior muestra como el documento electrónico no es únicamente el que se genera en un dispositivo electrónico, sino que debe existir la posibilidad de verificar quién lo creó y bajo qué competencias, esto mediante la realización de pistas de auditoría; además, de garantizar que su contenido sea completo y que se mantenga disponible en el momento preciso, para lo cual se requiere contar con herramientas como la firma digital avanzada, por medio de la que se compruebe que el documento se encuentre íntegro; y los perfiles y roles de acceso para que el usuario pueda ver la información que necesita cuando lo desee.

Finalmente, vale hacer mención de que aunque el documento electrónico cuente con la estructura y cumpla con los requerimientos descritos, existen factores externos que pueden impactar positiva o negativamente en su implementación, en primer lugar, es fundamental que se involucren profesionales de distintas áreas relacionadas con el tema, como lo son la Archivística y la Informática, por mencionar algunas, las cuales brindan un aporte significativo en su especialidad para poder crear un documento electrónico que sea funcional y adecuado a las necesidades que se poseen. Por otro lado, hay que romper con la resistencia al cambio que puede presentarse en los funcionarios de la organización, debido a que cuando se tiene una forma específica de trabajar, suele arraigarse de tal manera que no se acepta un cambio drástico por temor o desconocimiento de la nueva forma que se establece para realizar sus funciones. Aunado a esto, hay que considerar que se pueden presentar riesgos que afectan el procesamiento, disponibilidad y acceso a la información, por lo que se tiene que contar con planes de contingencia para casos específicos en este aspecto, que ayuden a que la información siempre esté al alcance de los usuarios.

**4.1 DOCUMENTOS FIDEDIGNOS**

Las instituciones desempeñan funciones que se manifiestan en procesos de trabajo, a su vez, estos generan resultados que quedan evidenciados en los documentos, ahora bien, para que sean fidedignos tienen que cumplir con las características de autenticidad, fiabilidad,

integridad y usabilidad, definidas anteriormente. Las tres primeras se facilitan, entre otros aspectos, con el uso de la firma electrónica.

Para este fin, se crea la Ley N°8454 de certificados, firmas digitales y documentos electrónicos, la cual hace referencia a la firma electrónica como “cualquier conjunto de datos adjunto o lógicamente asociado a un documento electrónico, que permita verificar su integridad, así como identificar en forma unívoca y vincular jurídicamente al autor con el documento electrónico” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2005, p. 2).

Mediante la aplicación de la firma digital las instituciones pueden obtener distintos beneficios que apoyan su gestión diaria, entre ellos se encuentran:

- Acreditar la identidad del emisor y del receptor de la comunicación, así como la autenticidad de su voluntad.
- Garantizar la integridad y conservación del contenido del documento en su emisión y recepción.
- Acreditar la presentación o, en su caso, la recepción por el destinatario, de notificaciones, comunicaciones o documentación.
- Igualmente, en tanto no se regule en la normativa específica sobre registros telemáticos, el sistema de firma electrónica avanzada servirá como registro de entrada en lo relativo a la fecha y hora de entrada, fecha y hora de presentación, identificación del interesado, contenido del escrito y órgano administrativo al que se envía.
- Su empleo de modo automático por un agente electrónico (Redondo Herranz, 2010, p. 400).

Con lo dicho se denota que el uso de este tipo de mecanismos de autenticación, posibilita no sólo saber quién creó o firmó el documento, sino también garantizar que su contenido se encuentre seguro al alertar que el documento no es íntegro si ha sido modificado. Además, permite que consten registros de la trazabilidad, en relación con las fechas y horas en que se presenta o recibe el documento.

El proceso que se sigue para usar la firma digital es el resultado de la aplicación de algoritmos matemáticos, de manera que involucra una serie de pasos, inicialmente se debe recalcar que para firmar se necesita de un certificado digital, emitido por una Autoridad Certificadora Registrada y validado en línea. Dicho certificado es almacenado en un dispositivo que custodia la llave privada y que requiere datos de activación (palabra de paso, frase o huella digital). A partir de esto, al insertar el dispositivo, se solicitan los datos, al ser

ingresados, se calcula el código clave (digesto) y se firma con la llave privada; de manera que se almacenan en grupo, el documento, el certificado y el digesto (Ministerio de Ciencia, Tecnología y Telecomunicaciones, s.f.).

Finalmente, en el caso de la usabilidad, esta característica se posibilita con la implementación de los metadatos, ya que brindan información relacionada con el contenido, contexto y estructura de los documentos.

## 4.2 CICLO DE VIDA DEL DOCUMENTO ELECTRÓNICO

Los documentos tanto en soporte físico como electrónico, siguen un proceso que establece las distintas etapas que estos deben atravesar, el cual se conoce como ciclo de vida. En el caso del documento electrónico, consta de tres etapas importantes, según la Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, son las siguientes:

- i. **Fase de captura.** Posterior a la propia creación o producción del documento, bien por parte de un ciudadano o internamente en una organización, la captura supone su incorporación al sistema de gestión de documentos de una organización.
- ii. **Fase de mantenimiento y uso.** Una vez finalizada la tramitación administrativa, los documentos mantienen su validez administrativa y están disponibles.
- iii. **Fase de conservación y selección.** Los documentos de valor efímero se eliminan reglamentariamente en tanto que los que tienen valor a largo plazo en atención a su utilidad administrativa, jurídica, archivística, histórica o de investigación y social, y según establezcan las autoridades competentes, se conservan permanentemente. (2016b, p.14).

Estas etapas, son determinantes al momento de manejar documentos electrónicos en un sistema de gestión, ya que, en el primer caso, tener adecuados registros e incorporaciones para la captura del documento, permite la identificación del mismo con el fin de definir si cumple con todas las características aptas para ser parte del sistema. En segundo lugar, todo documento debe estar disponible para su uso y consulta por parte de los usuarios que así lo requieren, esto se desarrolla en la etapa de mantenimiento y uso, en la que los procesos deben ser claros y transparentes para cumplir con esta función.

Por último, como en los documentos físicos, se tiene que contemplar la etapa de conservación y selección, debido a que independientemente de la naturaleza de la organización, se tendrán documentos que posean valor primario y secundario, y en un

sistema de gestión de documentos electrónicos, esta selección tiene gran relevancia porque se adjudicarán elementos que determinen automáticamente cuáles documentos finalizado su etapa administrativa legal, pasan a conservarse permanentemente o a eliminarse según el caso.

Lo anterior, es vital para el buen funcionamiento del sistema y a su vez, se logra garantizar mediante la trazabilidad de los documentos que ahí se custodian, la autenticidad, integridad, fiabilidad y usabilidad de la información contenida en ellos.

### 4.3 METADATOS

Habitualmente, se dice que un metadato es un dato sobre otro dato; no obstante, una aproximación más clara sería, que es “información estructurada o semi-estructurada que permite la creación, gestión y uso de los documentos a lo largo del tiempo y entre diferentes dominios” (Asociación Española de Normalización, 2011b, p.7).

La recuperación de la información es vital para poder brindar un servicio de calidad, para ello, cuando se habla de documento electrónico, es necesario contar con metadatos que se encarguen de facilitar este proceso y así tener acceso a los documentos de forma rápida. Sin embargo, hay que tener claro qué son y cómo se deben implementar, con este fin se crea la Norma UNE-ISO 23081-1 sobre los metadatos para la gestión de documentos, en donde se mencionan los beneficios que trae consigo su incorporación, estos son:

Los metadatos apoyan los procesos de trabajo y los procesos de gestión de documentos:

- a) protegiendo los documentos como prueba y asegurando su accesibilidad y disponibilidad a lo largo del tiempo;
- b) facilitando la comprensión de los documentos;
- c) sirviendo de base y garantizando el valor probatorio de los documentos;
- d) contribuyendo a garantizar la autenticidad, fiabilidad e integridad de los documentos;
- e) respaldando la gestión del acceso, la privacidad y los derechos de propiedad intelectual;
- f) sirviendo de base para una recuperación eficiente;
- g) respaldando las estrategias de interoperabilidad, permitiendo que se incorporen oficialmente al sistema documentos creados en diversos entornos administrativos y técnicos y que se mantengan durante tanto tiempo como sea necesario;
- h) proporcionando vínculos lógicos entre documentos y su contexto de creación, manteniéndolos de forma estructurada, fiable e inteligible;

- i) facilitando la identificación del entorno tecnológico en que los documentos digitales fueron creados o se incorporaron al sistema y la gestión del entorno tecnológico en el que han mantenido, de modo que puedan ser reproducidos como documentos auténticos cuando se necesiten; y
- j) facilitando la migración eficiente y exitosa de documentos electrónicos de un entorno o plataforma informáticos a otro, o cualquier otra posible estrategia de conservación (Asociación Española de Normalización, 2008b, p. 6).

De lo anterior se pueden rescatar algunos aspectos imprescindibles que generan un impacto significativo, en primera instancia, la identificación óptima del documento, con lo que se logra una recuperación mucho más eficiente y eficaz de la información que se necesite en el momento preciso; a su vez esos datos van a permitir que se creen vínculos entre los archivos, cuando estos existan y que se dé la migración en caso que se presente algún riesgo, como, por ejemplo, la obsolescencia.

Dicho esto, es importante saber que para una adecuada implementación de los metadatos, es decir, para su elección, estructuración y denominación, existen esquemas preestablecidos que le permiten a las organizaciones determinar la cantidad y los campos a definir, ya que se trata de un “plan lógico que muestra las relaciones entre los distintos elementos del conjunto de metadatos, normalmente mediante el establecimiento de reglas para su uso y gestión y específicamente respecto a la semántica, la sintaxis y la obligatoriedad (nivel de obligación de los valores” (Asociación Española de Normalización, 2008b, p. 6). Entre estos esquemas se pueden mencionar:

- PREMIS: metadatos que incluyen campos destinados a ingresar automática o manualmente datos relativos a la preservación a largo plazo, con respecto al documento en sí mismo, a las acciones que permitieron su creación, a los productores y los derechos o competencias de estos últimos.
- EAC-CPF: esquema establecido según lo dispuesto por la Norma ISAAR-CPF, para la codificación e intercambio de información de registros de autoridad (productores de los documentos).
- EAD-ISAD-G: esquema de codificación determinado según lo dispuesto por la Norma ISAD-G, utilizado para el intercambio de la información de descripción de fondos, subfondos, series y unidades documentales.

Respecto a dichos esquemas, vale hacer mención que los metadatos que se incluyen pueden resultar suficientes, ya que abarcan aspectos relacionados con los documentos, los organismos productores y las estrategias de preservación; sin embargo, dado que su aplicación no es estática, es decir, no implica que se utilicen todos, se pueden agregar otros que resulten necesarios en contextos específicos, de acuerdo a la naturaleza de sus funciones, como por ejemplo aquellos relacionados con la información médica.

A partir de lo anterior, se denota porque los metadatos se deben definir en todas las etapas del ciclo de vida del documento electrónico, estableciéndolos desde una perspectiva documental, técnica, estructural y administrativa.

## 5. EXPEDIENTE CLÍNICO

Los centros de salud ofrecen diversas especialidades médicas a sus pacientes, quienes acuden a consulta para obtener un bienestar físico ante los malestares que presentan. De esta manera se crea una interacción que debe ser documentada para dejar evidencia y servir de antecedente en el futuro, en este caso ese documento recibe el nombre de expediente clínico.

Al respecto, Barreto-Penié (2000), define el expediente clínico como el "documento básico en todas las etapas del paradigma de la atención médica y debe ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona que establece todas sus necesidades" (p.1); es decir, se aplica el historial médico en cada una de las áreas que el paciente requiere, con el fin de visualizar de manera integral los problemas de salud, sus causas y los posibles tratamientos que darían mejor calidad de vida al paciente.

Cabe rescatar, que para que esto se desarrolle adecuadamente, el expediente debe cumplir con una estructura en la que se vean reflejados esos aspectos, para ello, Fuentes-Penna, A. y Ruiz-Vanoye (2013), proponen que éste tiene que componerse de datos generales, el expediente de consulta externa, las notas médicas en urgencias y hospitalización, los reportes del personal profesional, entre otros.

## 5.1 GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Al igual que todo tipo de documento, el expediente clínico necesita ser gestionado adecuadamente para garantizar su integridad y autenticidad, pero también se debe considerar que el tipo de información que contiene es delicado, al determinarse los antecedentes y padecimientos actuales que posee cada paciente. Parte de la transparencia que se necesita reflejar, se encuentra en cómo se le brinda la información; y la manera de disponerla en el expediente, con el fin de asegurar dicha integridad y a la vez, que el paciente confíe en los procesos que se realizan para darle la atención que busca.

Ante esto, es inconcebible que los datos de un expediente clínico se encuentren incompletos, y mucho menos que haya pérdida de información, por lo que cada centro de salud debe asumir la responsabilidad de cumplir con los lineamientos que se establezcan a lo interno de la organización para el tratamiento de esta serie documental.

Con el fin de ayudar a cumplir lo anterior, se crea el Reglamento del Expediente de Salud, que establece algunas directrices necesarias para el área de salud en el sector público, incluyendo criterios relacionados con la identificación, ordenación, clasificación, préstamo, disposición, conservación, entre otros. (Caja Costarricense de Seguro Social, s.f.). Ahora bien, los encargados de archivo, los que brindan el servicio, así como los pacientes, deben entender que existen derechos y deberes para cada una de las partes interesadas en la información clínica; por un lado, el paciente demanda una buena atención, tener a su disposición la información de su expediente clínico; mientras que por el otro, aquellos que dan la asistencia, necesitan que la información proporcionada por los individuos sea clara, detallada y completa, de lo contrario se dificulta el poder emitir un diagnóstico y un tratamiento oportuno.

Para comprender este tipo de situaciones, existe la Ley N°8239 Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, en su artículo 2 y 4, establece los derechos y deberes, respectivamente, que posee todo aquel que acude a un centro médico. A manera general, dentro de los derechos se encuentran el recibir información clara, conocer quién es el médico, ser atendido puntualmente, entre otras. Y en el caso de los deberes, se tiene que es importante proporcionar la información pertinente,

cumplir las indicaciones que se le adjudican, etc. (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2002)

Aunado a esto, existe un criterio fundamental al momento de tratar la información clínica, y es la confidencialidad, en donde desempeña un papel importante la relación profesional entre el médico y el paciente, tal como lo menciona Ramírez-Ramírez (2003), cuando dice que "la confianza se convierte así, en uno de los elementos sustanciales de la atención del paciente, pues de otra manera no sería posible encontrar información tan personal en el expediente clínico" (p.73); es decir, si un paciente aporta información relevante y privada sobre su estado de salud, ésta tiene que ser gestionada aplicando la ética profesional y no divulgarla a terceras personas a menos que se necesite consultar con colegas para valoraciones médicas pertinentes.

## **5.2 EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO**

Con los avances en las tecnologías de la información y la comunicación y la acogida de los documentos electrónicos, el expediente clínico no se ha quedado atrás en el cambio de soporte, al pasar del tradicional al electrónico. Sin embargo, este proceso no ha sido fácil, debido a que se presentan aristas que pueden dificultar que este sea totalmente confiable.

Se dice que el expediente electrónico es aquel "que relaciona la información de salud de una persona y que puede ser creado, compartido, gestionado y consultado por profesionales de la salud autorizados dentro de una organización de salud" (Dirección General de Información en Salud, 2011, p.12), así mismo, se enfoca al "uso eficiente de las tecnologías digitales para la gestión de los archivos médicos de los pacientes" (Programa Sociedad de la Información y el Conocimiento, 2011, p.233); es decir, este tipo de formato, permite que se dé una mayor interacción entre los profesionales de la salud y el historial del paciente que requiere ser atendido, teniendo a su disposición todos los datos e información necesaria para dar un diagnóstico más certero y valiéndose de los beneficios de las TIC's.

Ahora bien, el trabajo que se realiza día con día, se ve favorecido por el uso del expediente clínico electrónico, entre algunos beneficios que se pueden encontrar se tienen:

- Incremento en la seguridad de los pacientes y reducción del número de eventos médicos adversos.
- Mayor compromiso de la población en el cuidado de su salud a través del acceso a su información médica.
- Acceso rápido y sencillo de información que apoye la investigación y desarrollo en salud.
- Reducción del tiempo de los profesionales de la salud dirigido a actividades administrativas.
- Mayor comodidad y confianza en la institución ya que los pacientes pueden disponer de sus datos de forma segura, rápida y confidencial.
- Mayor facilidad para la integración de la información del paciente y para dar continuidad a la asistencia médica.
- Mejor calidad en la prestación de servicios de salud. (Dirección General de Información en Salud, 2011, p.22)

Al igual que los expedientes que se generan en formatos tradicionales, el electrónico recopila documentos que reflejan la secuencia de procedimientos médicos que se le practican a los pacientes para mejorar su salud. Según el Programa Sociedad de la Información y el Conocimiento (PROSIC), la historia clínica electrónica se caracteriza por:

- a) Es obligatoria, porque es la única forma de medir evolución, pronóstico e impacto terapéutico.
- b) Es estrictamente confidencial, porque surge de esa relación de confianza entre el médico y el paciente, y que de conocerse o hacerse pública podría afectar al paciente y sus relaciones con la comunidad.
- c) Es integral, porque reúne el historial personal y de su entorno, la enfermedad actual, las pruebas de gabinete (radiografías u otro tipo de imágenes médicas, exámenes de laboratorio, así como el tratamiento médico y todo lo que el accionar terapéutico incluye: dieta, medicamentos, ejercicios, terapias específicas o modificación en el estilo de vida.
- d) Es estandarizada, porque debe mantener una estructura que permita que la información que se genera, pueda ser manipulada o procesada por un sistema informático. Esta estructura se debe adecuar tanto para el proceso de atención de pacientes, como para otros posibles usos (investigación, auditoría, farmacia y demás).
- e) Es concisa, porque conserva solamente aquella información necesaria para realizar un diagnóstico. Desde el punto de vista práctico se consideran 4 elementos que estructuran el flujo grama operativo de atención:
  - **Hallazgos Objetivos:** Se consideran todos los datos relativos a signos vitales, resultados de exámenes físicos y pruebas diagnósticas. Puede también considerar alguna medicación que el paciente reciba.
  - **Hallazgos Subjetivos:** Se consideran todos los datos que refieran a como se siente el paciente desde el punto de vista del paciente mismo, o de alguna observación que pueda realizar el profesional en salud. Son datos que no pueden ser confirmados sin pruebas específicas, por lo que se consideran de carácter descriptivo.
  - **Análisis o Valoración:** Se utilizan los hallazgos objetivos y subjetivos para realizar un diagnóstico o valoración del estado del paciente que incluye también una evaluación de la terapia que recibe y de los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete.

- **Plan de Trabajo:** Es el plan que el profesional de la salud determina para el tratamiento del paciente, que incluye la valoración anterior (laboratorio y gabinete) así como tratamientos efectuados. Con toda esta información el médico pone en práctica todo un plan de trabajo que pretende resolver la problemática identificada, incorporando las terapias que se definan tanto desde el punto de vista de medicamentos, terapias tales como dietas, ejercicios, rehabilitación, o bien procedimientos quirúrgicos u otros (2011, p. 235).

A partir de lo anterior, se puede afirmar que si se toman en cuenta condiciones básicas como la obligatoriedad, la confidencialidad, la integridad, la estandarización, la precisión y la esquematización de la información, y por ende de las actividades que la generan, se puede contribuir a garantizar una gestión eficiente de los expedientes clínicos electrónicos.

En conclusión, el expediente clínico electrónico, busca facilitar la gestión médica, agilizando los procesos al tener la información siempre disponible para ser consultada por los médicos y demás personal de la institución que la requieran para algún trámite del paciente; sin embargo, hay que saber cómo desarrollarlo para que su aplicación sea exitosa, considerando aspectos de integridad, confiabilidad y seguridad que garanticen una adecuada gestión de la información archivística.

**CAPÍTULO III**  
**DIAGNÓSTICO DE LA GESTIÓN DEL EXPEDIENTE**  
**CLÍNICO DE ASEMBIS**

En este capítulo se exponen los resultados del diagnóstico efectuado en la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis), respecto a la gestión del expediente clínico. En la primera sección, se muestran los elementos de identificación de la institución, que facilitarán el entendimiento de su quehacer como centro de salud; en la segunda, se describe la serie documental mencionada; y en la tercera, se detallan los hallazgos obtenidos de los cuestionarios aplicados a los involucrados en este proceso.

## **1. LA ASOCIACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PARA EL BIEN SOCIAL (ASEMBIS)**

Si bien, Clínicas Asembis es una entidad sin fines de lucro, también se identifica por el esfuerzo que realiza para que la población tenga acceso a servicios de salud a un precio justo. Considerando lo anterior, para poder llevar a cabo una propuesta para la gestión de expedientes clínicos electrónicos, es vital conocer el contexto, ya que esto permitirá adecuar esa solución a las características y a la naturaleza de la institución. A continuación, se presentan elementos que generarán ese conocimiento, algunos de los cuales se toman con base en el Anexo 1.

### **1.1 RESEÑA HISTÓRICA**

La Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social se crea el 09 de setiembre de 1991, es decir; este año se cumplen 28 años desde que esta institución, de la mano de su fundadora:

...doña Rebeca Villalobos y un grupo de 12 colaboradores con sed de servir a los demás, apasionados por la labor social, decidieron poner la salud al alcance de todos, al detectar que por falta de recursos económicos había personas con serios problemas de vista que no podían tratar su situación ocular (Asembis, s.f., p.1).

Es decir, el funcionamiento de esta entidad inicia con un enfoque basado en la atención oftalmológica de sus pacientes, aunque estos no tuvieran los ingresos suficientes para pagar dicho servicio. La primera sucursal es la que se encuentra ubicada en Barrio Aranjuez, con servicios, como se dijo, de salud visual; sin embargo, a lo largo de los años, estos se han ido

ampliando hasta llegar a ofrecer más de cuarenta especialidades en sus distintas sucursales. Cabe mencionar, como anécdota de entonces que:

La precursora del proyecto y sus compañeros alquilaron un local muy pequeño en Barrio Aranjuez, requirieron utilizar sillas de sus casas para ofrecer a los pacientes un lugar dónde sentarse, optaron por un préstamo de equipos tecnológicos para poder atender a las personas, e incluso una agencia de publicidad les donó el logo, entre todos eligieron el nombre y el Dr. Roberto Quesada Guardia propuso las iniciales que le dieron identidad al proyecto (Asembis, s.f., p.4).

Como se puede observar, el fin de Clínicas Asembis siempre ha sido ofrecer servicios médicos de calidad a sus clientes, de ahí que cada vez sean más las disciplinas médicas y las sucursales que se crean en el territorio costarricense, siendo estas, Aranjuez, Cartago, Purral, San José, Heredia, Alajuela, Liberia, Guápiles, Pérez Zeledón, Ciudad Quesada, Desamparados y recientemente en el Centro Comercial Shoppers. Cabe mencionar que, en el 2016 se dio la inauguración de una sede en Nicaragua; sin embargo, en el año 2018 cierra sus puertas.

Uno de los pilares de esta entidad es la función social, al hacer llegar a cada vez más personas de escasos recursos la atención médica que precisan; bajo esta premisa es que el trabajo social ha logrado ofrecer:

...exoneraciones parciales o totales en las diferentes disciplinas que se brindan en todas las sucursales. En esta línea, cada vez que una persona utiliza los servicios o compra los productos ayuda a darles una vida más plena a individuos menos afortunados económicamente. Gracias a esta labor, aproximadamente 17,254 personas han sido subsidiadas con ayuda social (Asembis, s.f., p.1).

En suma a esta iniciativa, Asembis, con el objetivo mencionado, ha buscado llegar a más lugares, es por ello que parte de sus actividades se han desempeñado en giras, tanto a nivel comunal como empresarial, la primera, especialmente en zonas rurales alejadas con servicios de optometría, oftalmología, odontología y medicina general; por su parte, en el plano empresarial, los colaboradores de compañías específicas tienen a disposición servicios médicos, descuentos, ferias, charlas y regalías, entre otros (Asembis, s.f.).

## 1.2 MISIÓN

“Somos una empresa social que brinda servicios de salud a toda la población, con precio justo, alta tecnología y capital humano comprometido con la mejora continua y la calidad” (Asembis, s.f.).

## 1.3 VISIÓN

“Replicar a nivel internacional el modelo de empresa social ASEMBIS, para que todas las poblaciones, tengan acceso a servicios de salud que permitan mejorar su calidad de vida” (Asembis, s.f.).

## 1.4 VALORES

- **Dios:** Saber que Él es nuestra guía y nuestra fortaleza, actuando bajo el fundamento de su amor.
- **Servicio:** Brindar a los demás una atención que exceda sus expectativas con espíritu de entrega.
- **Integridad:** Ser congruente y transparente con lo que pienso, digo y hago siempre.
- **Compromiso:** Entregarse a nuestra misión cumpliendo con todas nuestras responsabilidades incondicionalmente.
- **Responsabilidad Social:** Extender nuestra mano a quien lo necesite, brindándoles una mejor calidad de vida.
- **Disciplina:** Actuar de forma ordenada y constante para el logro de los objetivos.
- **Fidelidad:** Ser leales a nuestros principios construyendo relaciones sinceras que generen confianza.

## 1.5 NORMATIVA

### 1.5.1 MARCO GENERAL

- Constitución Política de la República de Costa Rica
- Ley N° 4573 Código Penal
- Ley N° 7594 Código Procesal Penal

- Ley N° 2 Código de Trabajo
- Ley N° 9097 de Regulación del Derecho de Petición
- Ley N° 8968 de Protección a la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales
- Ley N° 8754 contra la Delincuencia Organizada

## **1.5.2 MARCO SECTORIAL**

### **1.5.2.1 LEYES**

- Ley N° 8239 de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados.

### **1.5.2.2 CÓDIGOS DE ÉTICA DE PROFESIONALES DE LA SALUD**

- Código de Ética del Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica.
- Código de Ética del Colegio de Profesionales en Nutrición.
- Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- Código de Ética Moral y Profesional del Colegio de Terapeutas de Costa Rica.
- Código de Ética Profesional del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica.
- Código de Ética y Deontológico del Colegio Profesional de Psicólogos/as de Costa Rica.
- Código de Ética y Moral Profesional del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

## **1.5.3 MARCO ESPECÍFICO**

Dado que la normativa específica de Clínicas ASEMBIS es tan amplia, a continuación, se despliega una lista dividida en las categorías en las que estas normas aplican.

### **1.5.3.1 OPERACIONES**

- MP-002 Procedimiento administrativo para la emisión de facturas en caja general. Noviembre, 2016.

- MP-003 Procedimiento para el trasiego de efectivo, depósitos, manejo de cajas generales y cajas fuertes. Junio, 2017.
- MP-005 Procedimiento para manejo y control de cajas chicas. Julio, 2017.
- MP-006 Procedimiento de control y emisión de pagos por medio de cheques, pagos por transferencias electrónicas y pagos por tarjeta de crédito. Octubre, 2016.
- MP-007 Procedimiento de compra, arqueo, emisión y reintegro de dictámenes y certificados médicos. Noviembre, 2016.
- MP-008 Procedimiento para la devolución de dinero a pacientes. Abril, 2015.
- MP-010 Procedimiento del Área de Entregas. Setiembre, 2016.
- MP-021 Procedimiento de atención de pacientes del INS en la Sucursal de Cartago. Setiembre, 2016.
- MP-023 Procedimiento de facturación de giras. Marzo, 2017.
- MP-029 Procedimiento de audífonos en Bodega Purral. Setiembre, 2016.
- MP-032 Procedimiento de facturación a la UCR. Setiembre, 2016.
- MP-041 Procedimiento de Encargado de Archivo. Setiembre, 2016.
- MP-052 Procedimiento para el manejo de desechos infectocontagiosos – desechos tóxicos. Setiembre, 2016.
- MP-060 Emisión de recibos manuales. Febrero, 2017.
- MP-068 Procedimiento administrativo para la emisión de facturas con consulta gratuita. Setiembre, 2016.
- MP-080 Procedimiento para solicitud y pago de viáticos. Enero, 2018.
- MP-136 Procedimiento revaloraciones del paciente. Setiembre, 2016.
- MP-137 Procedimiento solicitud de aros a Bodega General. Diciembre, 2016.
- MP-148 Procesos de Óptica. Marzo, 2017.
- Manual asesor visual. Julio, 2014.

### 1.5.3.2 INVENTARIOS

- MP-012 Procedimiento para el control y toma física de inventarios. Octubre, 2016.
- MP-016 Control de inventario facturas audífonos a la CCSS. Octubre, 2016.

- MP-017 Tratamiento de la valuación y revelación del costo de inventarios de acuerdo a la Nic#2 en los estados financieros. Setiembre, 2016.
- MP-091 Procedimiento recepción de mercadería en Bodega General. Setiembre, 2016.
- Política de inventarios. Octubre, 2016.
- Política de la calidad. Noviembre, 2015.

### **1.5.3.3 PRODUCCIÓN**

- MP-073 Procedimiento de reprocesos de producción. Setiembre, 2016
- MP-074 Procedimiento de recepción de trabajos en Bodega de Ingresos de Producción. Setiembre, 2016.
- MP-075 Procedimiento del manual de funciones del Departamento de Producción. Setiembre, 2016.
- MP-078 Procedimiento uso de sellos y control de calidad por áreas. Setiembre, 2016.
- Manual de capacitación óptica. 2016.

### **1.5.3.4 DESARROLLO HUMANO**

- MP-009 Procedimiento para rebajos de planilla en descuentos y anteojo del año. Setiembre, 2016.
- MP-035 Procedimiento para solicitar un permiso. Setiembre, 2016.
- MP-055 Procedimiento o normas establecidas para los colaboradores de ASEMBIS. Setiembre, 2015.
- MP-083 Procedimiento de aplicación de horas extra. Setiembre, 2016.
- MP-090 Procedimiento de nómina. Julio, 2016.
- MP-134 Procedimiento de llegadas tardías de los colaboradores de ASEMBIS. Setiembre, 2015.
- Procedimiento para la realización de actividades sociales. Julio, 2016.
- Procedimiento para la realización de capacitaciones internas y externas. Julio, 2016.
- Evaluaciones de desempeño. Julio, 2016.
- Procedimiento para inducción estructurada. Julio, 2016.
- Procedimiento para elaboración de liquidaciones laborales. Julio, 2016.

- Procedimiento para el registro de marcas. Julio, 2016.
- Uniformes. Julio, 2016.
- Procedimiento de reclutamiento y selección de personal. Julio, 2016.
- Procedimiento para solicitudes a Desarrollo Humano por medio de Sistema Kayako. Julio, 2016.
- Procedimiento para la aplicación de amonestaciones. Julio, 2016.

#### 1.5.3.5 TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

- MP-093 Procedimiento de ingreso de correo Office 365 en Windows 8.
- MP-094 Procedimiento teléfonos IP cambio de nombre en teléfonos IP. Febrero, 2018.
- MP-095 Procedimiento para configuración de equipos ASES.A.
- MP-096 Procedimiento de desbloqueo de cuentas de usuario. Enero, 2017.
- MP-097 Procedimiento de desbloqueo de páginas web.
- MP-098 Procedimiento de registro de laptops para giras.
- MP-099 Políticas de gestión informática.
- MP-100 Procedimiento de administración de seguridad CODISA. Diciembre, 2016.
- MP-101 Procedimiento para el ingreso de marcas. Mayo, 2015
- MP-102 Procedimiento para efectuar el cambio de la salida de Internet en las sucursales.
- MP-103 Procedimiento de restablecimiento de contraseñas para cuentas de usuario.
- MP-104 Procedimiento para activas Tray Bos.
- MP-105 Procedimiento de cableado estructurado.
- MP-106 Configuración de correo electrónico exchange en dispositivos Android.
- MP-107 Configuración de correo electrónico exchange Windows 8.
- MP-108 Procedimiento de creación de usuarios para cuotas de impresoras Lexmark.
- MP-109 Procedimiento de creación de usuarios de Staff Kayako.
- MP-110 Creación nuevo perfil de usuario correo exchange.
- MP-111 Procedimiento de ingreso de computadoras al dominio de Microsoft Windows Server.
- MP-112 Instalación de Adobe Reader PDF Windows 8.1.

- MP-113 Instalación de Antivirus Kaspersky y bloqueo de equipos para Windows 8.1 X86 (32 bits).
- MP-114 Instalación de Paquete Office 2013 para Windows 8.1.
- MP-115 Limpieza de equipos en visitas a sucursales.
- MP-116 Procedimiento para identificación de puerto de red con problemas.
- MP-117 Procedimiento para identificar problemas de red.
- MP-118 Instalación de impresoras en punto de venta CODISA.
- MP-119 Procedimiento para ponchar conectores hembra para RJ45.
- MP-120 Procedimiento para ponchar RJ45 machos.
- MP-121 Procedimiento para ponchar un UTP en un patch panel preconfigurado.
- MP-122 Procedimiento para reporte de averías TIGO.
- MP-123 Procedimiento para respaldo de routers y switches.
- MP-124 Procedimiento de consultas a la base de datos de Kayako.
- MP-125 Instalación de Windows 8.1 versión 64 bits.
- MP-126 Reinstalación de equipos para Windows 8.1 X86 (32 bits).
- MP-127 Procedimiento de creación y cierre de usuarios del directorio activo (active directory). Enero, 2017.
- MP-128 Procedimiento de creación y cierre de usuarios de Exchange.
- MP-129 Descargar videos en PSS.
- MP-138 Procedimiento usuarios active directory. Setiembre, 2016.
- Política institucional para el uso de cómputo portátil (laptop) en ASEMBIS.

#### **1.5.3.6 ADMINISTRATIVO**

- MP-049 Procedimiento general de vigilancia (seguridad). Marzo, 2015.
- MP-133 Uso de vehículos de ASEMBIS y control de combustible. Marzo, 2015.

#### **1.5.3.7 TRABAJO SOCIAL**

- Manual para otorgamiento de subsidios de trabajo social. Junio, 2016.

### 1.5.3.8 CONTABILIDAD

- MP-019 Procedimiento para el control propiedad, planta y equipo. Marzo, 2017.

### 1.5.3.9 COMPRAS

- MP-140 Procedimiento ingreso de compras nacional. Enero, 2017.
- MP-141 Procedimiento ingreso y costeo de importaciones. Enero, 2017.
- MP-146 Procedimiento de uso de carpeta compartida compras – inventarios. Enero, 2017.

### 1.5.3.10 POLÍTICAS

- MP-004 Procedimiento atención general de la persona adulto mayor. Febrero, 2018.
- Política de comunicación de procedimientos. Marzo, 2017.
- Manual de políticas de la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (ASEMBIS). Enero, 2018.
- Política de inventarios. Mayo, 2017.
- Política de servicio al cliente. 2015.
- Política Financiera ASEMBIS. Mayo, 2017.

### 1.5.3.11 AUDITORÍA INTERNA

- MP-145 Procedimiento de revisión de pagos y reintegros de viáticos (auditoría interna)

## 1.6 FUNCIONES

La Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis), es una institución enfocada en brindar servicios de salud de calidad a los pacientes, para ello, realiza distintas funciones relacionadas con las especialidades médicas que ofrece.

Estas especialidades son: angioplex, audiología, cardiología, cirugías, colonoscopia, dermatología, endocrinología, especialidades oftalmológicas, fisioterapia, gastroenterología, gastroscopia, ginecología, imágenes médicas, laboratorio clínico, mamografía, maxilofacial,

medicina general, nutrición, OCT, OCT o GDX, odontología, óptica, optometría, otorrinolaringología, pediatría, prótesis ocular, psicología, psiquiatría, terapia de lenguaje, terapia respiratoria, urología, y vascular periférico.

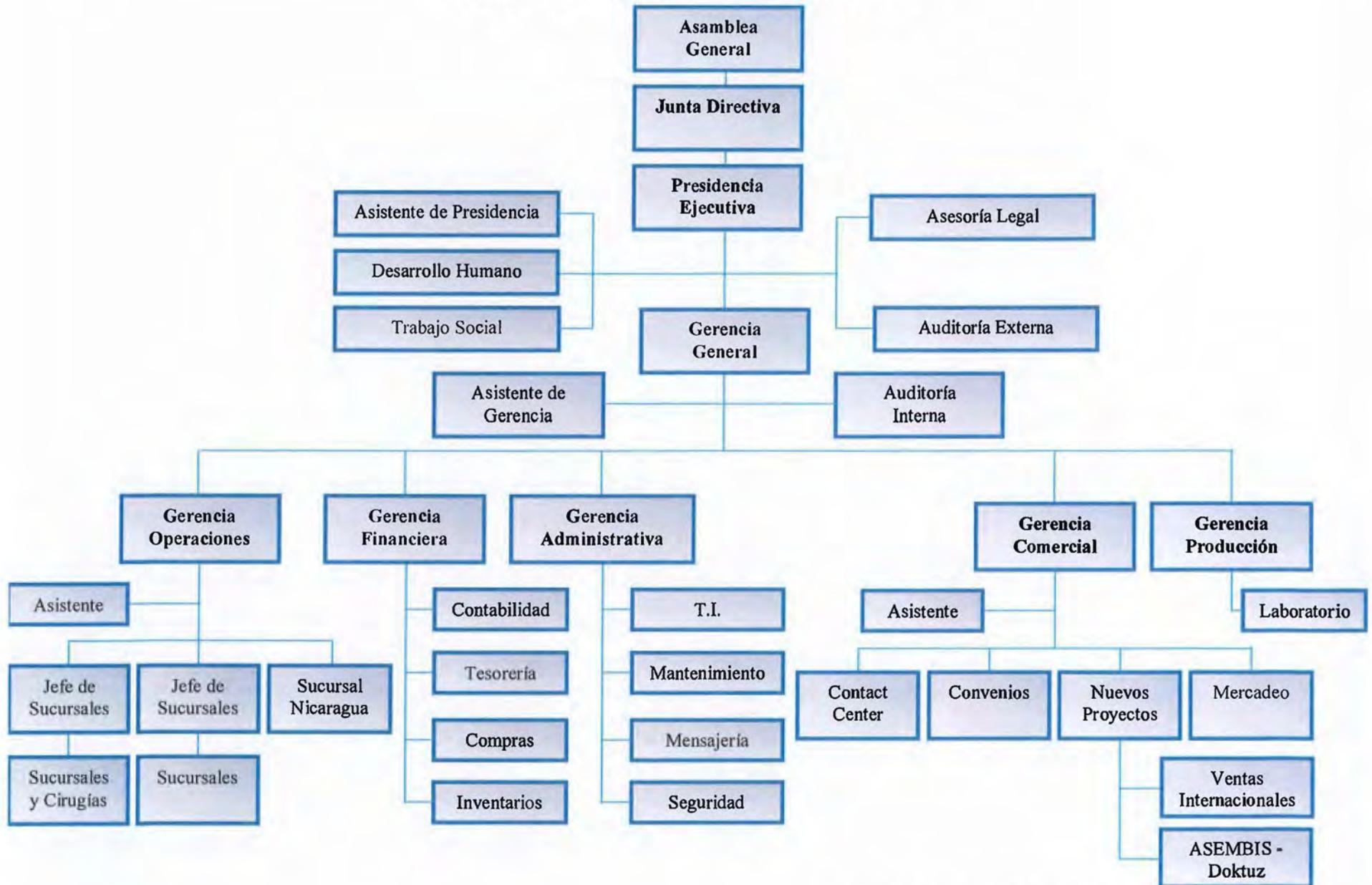
## **1.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

Como se sabe, Clínicas Asembis es un centro de salud con varias sucursales distribuidas a lo largo del país, de ahí que su estructura organizacional sea tan compleja, ya que debe permitir el funcionamiento de cada una de manera óptima, la calidad en el servicio que se brinda y la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes.

Los altos mandos están conformados por la Asamblea General, la Junta Directiva, la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia General, asesorados por unidades que les permiten una toma de decisiones fundamentada en argumentos sólidos y críticos. En un segundo nivel, se encuentran las gerencias específicas, siendo estas: operaciones, financiera, administrativa, comercial y producción; de las cuales se desprenden las unidades subordinadas operativas correspondientes.

Con el fin de visualizar esta estructura de una forma clara, a continuación, se muestra el organigrama de Clínicas Asembis.

Diagrama 1. Organigrama de Clínicas Asembis



Fuente: Diagrama suministrado por Clínicas ASEMBIS

## **2. EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA ASOCIACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PARA EL BIEN SOCIAL (ASEMBIS)**

Este proyecto se basa en la creación de una propuesta de gestión de expedientes clínicos electrónicos, aplicado a un estudio de caso, Clínicas Asembis. Además de comprender cómo funciona esta entidad, es vital entender el rol que desempeña el expediente clínico en dicho entorno y cómo surge, ya que así se podrán analizar de manera fundamentada los problemas en su gestión documental y de ahí desarrollar una propuesta de solución que resulte pertinente.

### **2.1 IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN ASEMBIS**

Clínicas Asembis, dada su función principal, genera los expedientes clínicos (Anexo 2) como una serie documental en la que se encuentra el historial médico de los pacientes que asisten a las consultas de las diversas especialidades médicas que ofrece, mencionadas en el punto anterior. Desde sus inicios, en 1991, estos documentos se han producido en papel y bajo una ordenación alfabética.

Respecto al acceso, los expedientes clínicos son restringidos, de modo que su consulta está supeditada a la autorización formal de las jefaturas de la entidad y/o a la condición de usuario interno o externo, siendo los primeros, enfermeros, personal médico, asistentes de consultas, encargados de archivo y personal administrativo (jefaturas); y los segundos, los pacientes, quienes pueden solicitar copia de su expediente, previa foliación y autorización del administrador.

Tomando en cuenta que se trata de un documento que habla de la historia médica de un paciente, la vigencia de estos expedientes es de cinco años, período establecido con base en la condición de activo o pasivo, es decir, en relación con la última consulta a la que asistió la persona.

### **2.2 ESTRUCTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN ASEMBIS**

El expediente clínico de Asembis es una serie documental compuesta, ya que está conformado por un conjunto de tipos documentales, que, reflejan la atención médica que se

les da a los pacientes que acuden a las citas en las diversas especialidades que se ofrecen. Dichos documentos son los siguientes:

- Audiograma Clínico
- Historia Clínica
- Historia Clínica Lentes de Contacto
- Historia Clínica de Otorrinolaringología
- Expediente Clínico Oftalmológico
- Certificado de Garantía
- Control de Crecimiento Fetal
- Ficha de Identificación Ginecológica
- Expediente Clínico/Optometría Hoja de Vida
- Nota Transoperatoria de Enfermería
- Consentimiento Informado

Para determinar la idoneidad de la información que se consigna en cada tipo documental (Anexo 3) se aplicará un análisis diplomático a cada elemento que se incluye en ellos, esto a partir de una tabla de cotejo (Anexo 4). Cabe mencionar que el “Certificado de Garantía”, la “Nota Transoperatoria de Enfermería” y el “Consentimiento Informado” no se incluyeron en el estudio, debido a que en ellos no se consigna información relativa a la atención médica.

La tabla de cotejo mencionada se compone de cinco secciones, que son encabezado, datos personales del paciente, historia clínica, atención médica y autenticidad; las cuales a su vez se subdividen en campos específicos para cada área. Seguidamente se describe cada uno de los elementos a analizar.

### **Encabezado**

- Membrete: Imagen gráfica y contactos de la institución
- Fecha: Fecha de la consulta a la que asiste el paciente.
- Nomenclatura: Código único que se asigna a cada documento.
- Especialidad Médica: Área médica en la que el paciente es atendido.

- Tipo Documental: Nombre de la plantilla vacía en donde los médicos consignan lo relativo a la atención que se brinda a los pacientes en la especialidad médica correspondiente. Ejemplo: Audiograma Clínico.

### **Datos personales del paciente**

- Nombre completo: Nombre y apellidos del paciente.
- Número de Cédula: Número de identificación única de cada persona.
- Nacionalidad: País de nacimiento.
- Fecha de Nacimiento: Año, mes y día en el que nació el paciente.
- Edad: Número de años que tiene el paciente.
- Sexo: Género femenino o masculino.
- Estado Civil: Condición de soltero(a), casado(a), viudo(a), divorciado(a), o unión libre.
- Ocupación: Profesión u ocupación a la que se dedica el paciente.
- Dirección: Domicilio exacto del paciente.
- Números de Teléfono: Contacto telefónico del paciente.
- Correo electrónico: Cuenta de correo electrónico que posee el paciente.

### **Historia Clínica**

- Antecedentes: Enfermedades que puede tener el paciente por circunstancias específicas.
- Padecimientos: Enfermedades crónicas que posee el paciente.

### **Atención Médica**

- Síntomas: Motivo por el cual el paciente asiste a una consulta médica.
- Diagnóstico: Conclusión a la que llega el médico al analizar los síntomas del paciente.
- Tratamiento: Plan que determina el médico para dar solución a las dolencias del paciente, así como los medicamentos y el seguimiento respectivo.

## Autenticidad

- Nombre del médico: Nombre completo del médico que atiende al paciente.
- Código de colegiado: Es el código del médico, asignado a cada especialista en el Colegio Profesional pertinente.
- Firma: Espacio para que el médico consigne su firma.

### 2.2.1 ANÁLISIS DE LOS TIPOS DOCUMENTALES QUE CONFORMAN EL EXPEDIENTE CLÍNICO

Los tipos documentales que conforman el expediente clínico son los que cada profesional de la salud registra la atención médica que reciben los pacientes al acudir a las citas; de ahí su importancia, ya que en ellos se plasman diagnósticos y se definen tratamientos para aliviar los malestares físicos del individuo y, a su vez, quedan como sustento para futuras consultas. Por esta razón, se hace necesario evaluar si estos documentos cuentan con los elementos necesarios para poder consignar toda la información requerida.

Al aplicar la tabla de cotejo descrita anteriormente, se obtienen los siguientes hallazgos:

- **Audiograma Clínico:** Si bien los resultados del cotejo muestran un equilibrio entre los elementos que sí posee y los que no, las fallas son importantes. En primera instancia, se debe mencionar que la fecha en que se realiza la prueba audiológica y el nombre del formulario no se incluyen en el encabezado, sino como parte de los datos personales del paciente y del contenido, respectivamente, lo cual es un error de estructura que se agrava por el hecho de que no se consigna la especialidad médica ni se cuenta con una nomenclatura que identifique el documento de forma unívoca. Seguidamente, en el caso de los datos personales, se omiten más de los que se abarcan, ya que sólo hay espacios para el nombre, número de cédula, edad y números de teléfono.

Finalmente, un error que también resulta significativo, es el que no se cuenta con los antecedentes y los padecimientos, es evidente que esta información es vital para llegar a diagnósticos mucho más precisos; además, en cuanto a la autenticidad del

documento, únicamente hay espacio para el nombre del audiólogo, siendo que la firma y el código permiten una asignación de responsabilidades más exacta.

- **Historia Clínica:** Los resultados de este formulario son bastante positivos, ya que únicamente se omiten seis de los veintitrés elementos que se analizan en la tabla. Sin embargo, al igual que el anterior, se presenta el problema con la fecha, ya que se incurre en la práctica de incluirla en los datos personales del paciente, lo cual, como se dijo, altera la estructura que debería tener el documento, sumado al hecho de que se deja a un lado la nomenclatura y la especialidad en la que es atendida la persona. Así mismo, entre los campos que se excluyen se encuentran el correo electrónico, la nacionalidad y los datos del médico, es decir, el nombre, código y firma, siendo estos tres últimos imprescindibles en cualquier documento.
- **Historia Clínica Lentes de Contacto:** Este formulario presenta una diferencia importante respecto a los demás, en cuanto al membrete, ya que únicamente se plasma el logo de Clínicas Asembis, es decir, se omite información como los números de teléfono y el sitio web. Así mismo, se sigue incurriendo en las fallas de incluir la fecha en el espacio de los datos personales del paciente y en dejar por fuera la especialidad y la nomenclatura. Por su parte, en los datos personales, falta el número de cédula, siendo este un elemento vital, así como la nacionalidad, la fecha de nacimiento, sexo, estado civil y correo electrónico. Por último, el área de autenticidad sigue quedando incompleta, ya que se incluye solamente el espacio para la firma del profesional de la salud.
- **Historia Clínica de Otorrinolaringología:** A pesar que, en el caso de este formulario, la fecha se sigue incluyendo en los datos personales del paciente, se logra un avance, ya que se consigna como el primer dato, por lo que en cierta medida podría ser parte del encabezado; así mismo, no se tienen espacios para la especialidad y la nomenclatura, tal como pasa en los demás casos. Respecto a los datos personales se excluyen la fecha de nacimiento, nacionalidad, sexo, estado civil y correo electrónico, aspectos que son de importancia para la identificación y contacto del paciente. Por otro lado, en la historia clínica se tienen los antecedentes, pero no se

abarca un espacio para los padecimientos actuales que posee la persona. Finalmente, en el área de autenticidad, únicamente se tiene la firma del médico.

- **Expediente Clínico Oftalmológico:** En el caso de este formulario, el encabezado posee la mayoría de los elementos, pero se carece de la nomenclatura y la especialidad médica; además, si bien se cuenta con el espacio para colocar la fecha, ésta no está en el apartado correcto, sino en el de los datos personales del paciente, lo cual es erróneo, tal como se ha dicho anteriormente. Por otro lado, se omiten aspectos importantes en la sección de datos personales, como lo son, el número de cédula, sexo, estado civil, nacionalidad y correo electrónico, los cuales son indispensables para la identificación oportuna del paciente. Por último, en el área de historia clínica y atención médica se abarcan todos los elementos; más no así en la parte de autenticidad, ya que no hay espacios que permitan definir qué médico atendió al paciente en la consulta.
- **Control de Crecimiento Fetal:** Respecto a este formulario se encuentra una gran cantidad de deficiencias, en primer lugar, no se tiene la fecha, nomenclatura ni la especialidad médica respectiva; y, en segundo lugar, se omite la mitad de los datos personales, como el número de cédula, nacionalidad, fecha de nacimiento, sexo, ocupación y correo electrónico. Ahora bien, a pesar de contar con los antecedentes y padecimientos, un aspecto relevante, es que no se tienen espacios para establecer los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento que se da a la paciente, debido a que es un control sobre el desarrollo del feto durante el periodo de embarazo. Por último, tampoco hay donde colocar el nombre del médico, código y firma.
- **Ficha de Identificación Ginecológica:** En este caso, en el encabezado hace falta la nomenclatura y la especialidad médica; además, aunque posee la fecha, ésta se ubica en la sección equivocada, lo cual es un error de estructura. Respecto a los datos personales, se dejan de lado elementos importantes para conocer parte de la identidad del paciente, como lo son el número de cédula, nacionalidad, fecha de nacimiento, edad, sexo y correo electrónico. Aunado a esto, si bien la historia clínica se encuentra

completa, en la atención médica no se incluye el tratamiento, debido a que es una ficha de identificación. Por último, se omite todo elemento relativo a la autenticidad.

- **Expediente Clínico/Optometría Hoja de Vida:** Este formulario es uno de los más completos, en relación con los demás, ya que únicamente carece de cinco de los elementos analizados, dos de ellos en el encabezado, en donde no se consigna ni la nomenclatura ni la especialidad médica correspondiente, a su vez, posee la fecha pero colocada de manera equivocada en el área de datos personales. En el caso de los datos personales, se omite la nacionalidad; sin embargo, en la historia clínica y atención médica, sus elementos se encuentran completos. Finalmente, no cuenta con lo referente a la autenticidad. Cabe resaltar que, en este caso, se cuenta con dos áreas para colocar los datos personales del paciente.

A partir del análisis anterior se obtienen algunos puntos importantes. Primeramente, si bien en la mayoría de los formularios se incluye la fecha, a excepción de uno de ellos, en ninguno caso se coloca en el encabezado, sino como parte de los datos personales, lo cual es erróneo, ya que altera la estructura del documento. Por otro lado, el tema de la nomenclatura y la especialidad médica se omite en el 100%, lo cual debe corregirse, porque son elementos esenciales de la identificación de cada formulario.

Aunado a esto, respecto a los datos personales, se dan incongruencias que se deben resaltar, ya que estos elementos no se incluyen en su totalidad; además, se tiende a tomar en cuenta datos que en otros formularios se omiten, ocasionando que la información del paciente quede incompleta.

Ahora bien, un aspecto positivo es que tienen la parte de atención médica e historia clínica completa, casi en todos los formularios, lo cual es un punto a favor, más aun tratándose de una organización dedicada a ofrecer servicios de salud; pero, por el lado contrario, la mayor deficiencia que se posee es que en ninguno de ellos se incluyen todos elementos referentes a la autenticidad, es decir, falta uno u otro, resulta vital que estén todos para garantizar la fiabilidad y veracidad de la información consignada en un documento.

Por lo que, se concluye que si bien se tienen puntos a favor en la manera en la que se identifican los formularios utilizados en cada especialidad médica, también hay puntos débiles que pueden corregirse mediante la implementación de medidas de mejora que contribuyan a aumentar la calidad del servicio.

### 3. EL PROCESO DE GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN LA ASOCIACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PARA EL BIEN SOCIAL (ASEMBIS)

La productividad de una institución no sólo se mide por las habilidades y conocimientos de sus colaboradores, sino también por la forma en que gestionan la información que generan, ya que es justamente esta la que fundamenta las labores diarias. En el caso específico de Clínicas Asembis, lo anterior es más que evidente, si se gestionan eficiente y eficazmente los expedientes clínicos, la atención que se brinda a los pacientes tendrá un punto más para satisfacer sus expectativas y por ende la prestación de los servicios puede conducirse a la mejora continua y a la calidad.

#### 3.1 GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN ASEMBIS

Con el fin de evaluar la gestión del expediente clínico que se desarrolla en Asembis, es vital conocer las perspectivas de los involucrados en este proceso, ya que son ellos los que se encargan de esta función día a día. Para lograr esto, se diseñó un cuestionario (Anexo 5), la cual se aplicará según la muestra establecida en el Capítulo I de esta investigación.

Tal como se definió, se aplicará un cuestionario a cuatro personas en cada una de las sucursales seleccionadas, cumpliendo con los perfiles de jefaturas administrativas, médicos, encargados de archivo y asistentes de consultas; es decir, quienes manipulan de manera constante el expediente clínico. La justificación de incluir a estos colaboradores se basa en:

- **Jefatura administrativa:** Para que una organización se desenvuelva de la mejor manera, se requiere de jefaturas empapadas del quehacer diario de sus colaboradores; en este caso, se necesita un jefe que se centre en la buena atención al paciente y en la satisfacción de sus necesidades; además, que conozca cómo se logra que esto sea posible. Para esta pesquisa, el aporte de cada administrador, respecto al proceso de

gestión de documentos en la clínica que lidera, es relevante, ya que evidenciaría la importancia que le da a este proceso y el respaldo que otorga a la minimización de las fallas y al aumento de la eficacia, eficiencia y calidad para la mejora de los servicios que brinda la organización.

- **Médicos:** Independientemente de la especialidad que ejerza, juega un papel fundamental en el proceso de gestión de documentos, ya que es a quien llega el expediente para poder atender y satisfacer las necesidades que tienen los pacientes; además, precisa del historial médico para poder brindar un mejor criterio y por ende un tratamiento más oportuno. Su aporte para esta investigación se enfoca en lo que puede manifestar respecto a cómo debería ser el expediente para poder brindar un servicio de calidad, por lo que el conocer que requieren, tanto a nivel de características como del proceso de gestión, es fundamental.
- **Encargado de archivo:** Si bien, no en todas las sucursales el encargado de archivo es un profesional en la materia, su papel es fundamental dentro del proceso de gestión de documentos, ya que debe realizar búsquedas de expedientes, entregarlos a las asistentes de consultas, solicitarlos y enviarlos a otras sucursales, recibirlos diariamente luego de cada consulta y archivarlos en el lugar que les corresponde, así como llevar los controles necesarios. Su aporte es primordial en este estudio, dado que puede definir cómo nace la gestión de los expedientes desde el archivo, debido a que de aquí parte el orden que exista o no respecto al tratamiento que se le da a estos documentos.
- **Asistente de Consultas:** Su función principal dentro de la organización, es brindar la mejor atención al paciente, por lo que está encargada de programar consultas y evacuar las dudas que surjan. Ahora bien, específicamente respecto a la gestión de documentos, tienen a cargo el manejo de expedientes para ser trasladados a las consultas correspondientes, así como la apertura de ellos cuando el paciente es nuevo. Su aporte para esta investigación, radica en que conoce el flujo que sigue el expediente desde que el paciente se presenta a su cita médica hasta que sale de ella; la mayor manipulación de éste se encuentra en esta área.

### **3.1.1 CUESTIONARIO APLICADO A LOS INVOLUCRADOS EN LA GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN ASEMBIS**

A continuación, se analizarán los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados en Clínicas Asembis, de acuerdo tanto a la población y muestra definidas como a los perfiles descritos anteriormente. Esto se realiza con el fin de evaluar la efectividad del proceso de gestión del expediente clínico en cada una de las sucursales, para de esta manera identificar los aciertos y desaciertos que pueden permear directamente en la productividad de la entidad y en la calidad de la atención que se le brinda al paciente.

A partir de ello, se seleccionaron veinticuatro colaboradores, clasificados en los cuatro perfiles establecidos; siendo así seis administradores, seis médicos, seis encargados de archivo y seis asistentes de consultas, es decir, cuatro funcionarios de cada una de las seis sucursales escogidas (Aranjuez, Cartago, Desamparados, Heredia, Purral y San José).

Los cuestionarios, se dividieron en tres secciones, siendo éstas perfil laboral, gestión del expediente clínico y seguridad, y para el caso del encargado de archivo, se agregó una más sobre las instalaciones. En la primera, con el fin de determinar la experiencia que se posee en el área, se recolectan los datos referentes a la sucursal en la que se labora, la profesión, el puesto y el tiempo que se tiene en la organización. En la segunda, se analiza el proceso que sigue el expediente clínico, el conocimiento que se tiene sobre el mismo, y la importancia que se le da a éste. La tercera, respecto a la seguridad, busca conocer el contexto general que enmarca la gestión del expediente al conservar su integridad y resguardar la información ante terceros. Y la última, sobre las instalaciones, pretende tener un panorama en el que se determine si el depósito de archivo posee las condiciones mínimas necesarias para custodiar adecuadamente los expedientes.

#### **3.1.1.1 JEFATURAS ADMINISTRATIVAS**

- Perfil laboral

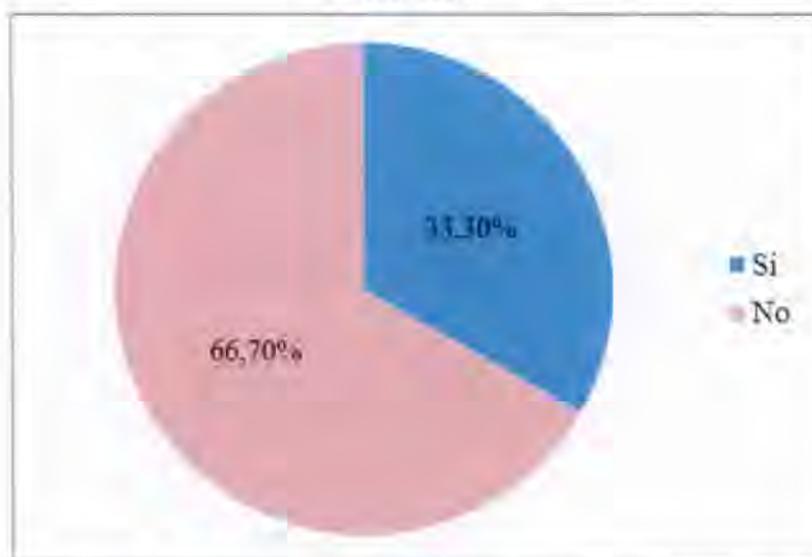
Los colaboradores que cumplen la función de administrar en Clínicas Asembis, desempeñan un rol esencial, enfocado a la capacidad de liderar el quehacer diario de cada sucursal, de manera que sus subordinados lleguen a las metas establecidas, para lo cual es

imprescindible que conozcan cada uno de los procesos institucionales, en este caso, la gestión de documentos.

Un aspecto que resulta positivo es el hecho de que los seis cuestionados sean profesionales en Administración; es decir, desde sus conocimientos teóricos, son conscientes de la importancia de saber conducir a la entidad por un buen rumbo, a lo que se suma la experiencia que tienen en ello, ya que, sus respuestas muestran que van de un rango de 1 a 8 años de laborar en la institución.

Por el contrario, un punto que juega en contra de la gestión de documentos en este centro de salud, es el que, como lo muestra el gráfico 1, únicamente el 33.3% de los administradores ha recibido capacitaciones respecto al manejo de los expedientes clínicos.

**Gráfico 1. Administradores capacitados en el manejo de expedientes clínicos en Asembis**



*Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado*

- **Gestión del expediente clínico**

Siendo esta una de las secciones más importantes de los cuestionarios, en el caso de los administradores, el 100% de ellos comprende que el expediente clínico es fundamental para el control y seguimiento médico que se le da a los pacientes; sin embargo, este punto es un tanto contradictorio en relación con la falta de capacitación que se observó anteriormente, ya que si bien saben el papel que cumple el documento, no se interesan mucho en

incentivar y participar en actividades de formación que permitan una mejora en el proceso de gestión.

Ahora bien, respecto al procedimiento que se utiliza para la consulta de los expedientes clínicos desde que salen del Archivo, unos se limitaron a copiar el procedimiento del instrumento institucional que contiene esta información, mientras que otros se dieron a la tarea de explicar de forma somera lo que entienden de esta labor.

Al buscar ver que tanto conocían ese procedimiento, se les preguntó específicamente en qué momento los expedientes clínicos pasan de ser activos a pasivos, siendo este un punto que se incluye en el instrumento documentado por la institución. A este respecto, favorablemente un 66.7% acertó en que es después de cinco años de la última consulta del paciente, pero fue un 33.4% que falló al decir que al haberse cumplido dos años e incluso, a un extremo mayor, siete años.

Otro punto en el que se observa incongruencia en las respuestas que se obtuvieron, se presenta en el gráfico 2, se puede ver como la mayoría considera los lineamientos del encargado de archivo como “muy importantes”, mientras que un 16.7% como “importantes” y otro 16.7% como “moderadamente importantes”.

**Gráfico 2. Nivel de importancia a los lineamientos que emite el encargado de archivo en Clínicas ASEMBIS**



*Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado*

Estos dos últimos porcentajes se contraponen en cierta medida a ese 100% que consideraba el expediente clínico como fundamental para la atención que se brinda al paciente. Así mismo, se contradice un poco también con el 100% que dice velar porque todos los colaboradores cumplan los lineamientos, con acciones como la supervisión, el control y el empoderamiento, y aún más a ese 83.3% que afirma estar anuente a aplicar amonestaciones a quienes no cumplan los lineamientos, pudiendo ser estas llamadas de atención o apercibimientos.

Por otro lado, se les pidió a los administradores que seleccionarán de una lista las situaciones que habían podido experimentar respecto a la gestión del expediente clínico; las respuestas, tal como se ven en el gráfico 3, denotan que las más comunes son la duplicación y mala identificación de los expedientes, siendo estas dos circunstancias algunas de las motivaciones que dieron origen a esta investigación. Estos números muestran que no sólo en una o dos sucursales se repite este problema, sino en el 100%, lo cual es significativo en términos de integridad de la información de los pacientes que reciben atención médica en la Clínica.

**Gráfico 3. Incidencia de situaciones que afectan la gestión de los expedientes clínicos en ASEMBIS**



*Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado*

Finalmente, en esta sección fue útil incluir dos preguntas relacionadas con los elementos considerados como deficiencias, así como aquellas acciones que podían mejorar el proceso de gestión del expediente clínico. En la primera, resultó interesante notar como están conscientes de aspectos como por ejemplo la falta de personal capacitado, espacio y controles que permitan rastrear el expediente durante su consulta; aunado a esto, también notan que la duplicidad y el extravío son dos de los problemas más comunes y afectan en mayor medida a la productividad diaria.

Ante estas situaciones, plantean soluciones como la relevancia de que haya un encargado con conocimiento en el manejo de archivos, la creación de controles que rindan de forma eficiente, la ampliación de los depósitos, más capacitaciones, seguimientos constantes para evitar la duplicidad, e incluso, apuntan como una acción de mejora, la migración al expediente electrónico, siendo este un aporte positivo para esta investigación, ya que, desde las jefaturas, existe un entendimiento claro del cambio que esto puede generar.

- Seguridad

Como conclusión, respecto a los administradores, se les cuestionó la forma en que se da trámite a las solicitudes de copia de los expedientes clínicos, por parte de los pacientes, con el fin de denotar tanto si hay un procedimiento normalizado y si este se lleva a cabo de forma que la información esté segura de terceras personas. A partir de esto, coinciden favorablemente en que se genera un documento que debe ser firmado por la jefatura y el interesado, el cual queda en el expediente como respaldo de la entrega de la copia foliada.

### **3.1.1.2 MÉDICOS**

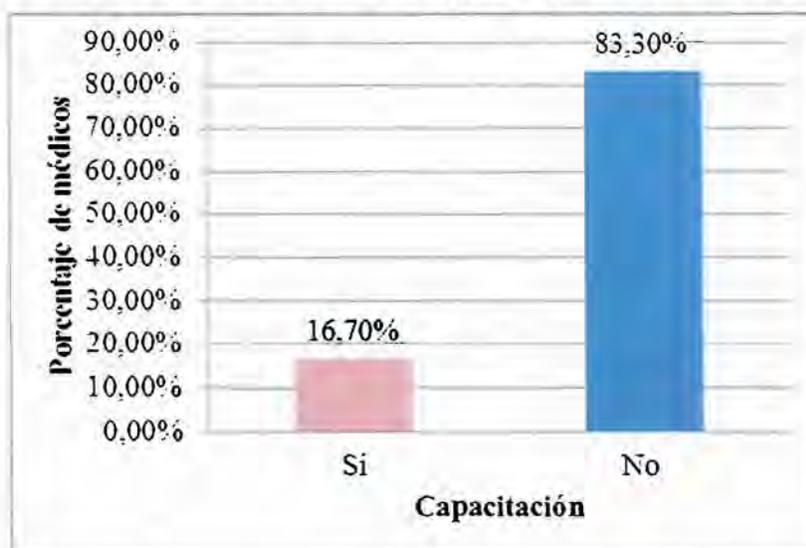
- Perfil laboral

La inclusión de los médicos resultó ser un acierto considerable, ya que estos tienen bastante claridad y conciencia de los problemas existentes en Clínicas Asembis y de lo que se necesita para mejorar tanto la atención que brindan a sus pacientes como la gestión del expediente clínico. Con el fin de captar un panorama holístico, se optó por abarcar profesionales de distintas especialidades, de manera que se pudieran obtener las

necesidades que se dan en cada una, estas fueron oftalmología, audiología, medicina general, optometría, ginecología y otorrinolaringología.

Son profesionales que, además, de tener conocimientos en su área, poseen una vasta experiencia en la entidad, ya que el rango va desde los dos años hasta los trece años, por lo cual fue posible tener acceso a información no explícita que han logrado ver durante el tiempo que llevan de laborar en Asembis. Lo único que resulta negativo en este caso, es que el 83.3% afirma no haber recibido capacitaciones respecto al manejo de los expedientes clínicos.

**Gráfico 4. Médicos capacitados en el manejo de expedientes clínicos en Asembis**



*Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado*

- **Gestión del expediente clínico**

Si bien la respuesta fue poco específica, se puede decir que los médicos comprenden a grandes rasgos la forma en que se desarrolla el procedimiento de consulta de los expedientes clínicos; es decir, saben que sale del Archivo hacia los consultorios, en donde se completa la información relacionada con la atención al paciente, que posteriormente se entrega a las enfermeras o secretarías, y que estas lo devuelven al Archivo. A pesar de esto, vale rescatar dos aspectos que pueden ser un desacierto significativo, uno, que no mencionan la figura del encargado de archivo, y el otro, que uno de ellos dice entregar el

expediente al paciente para que este lo lleve a la secretaria, siendo esto un riesgo que atenta contra la seguridad del documento.

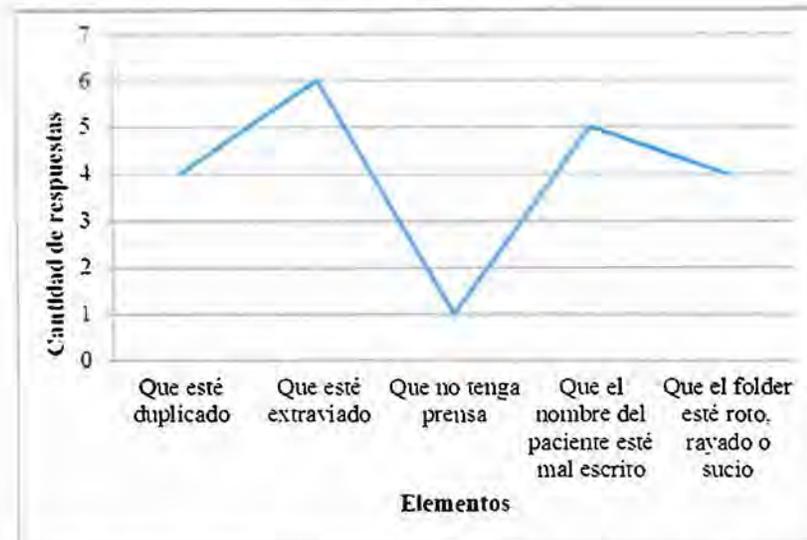
Al respecto de esa omisión de la figura del encargado de archivo, una contraposición de ideas se da al preguntarles qué tan importantes consideran los lineamientos que emite el mismo, ya que el 66.7% marcó “muy importantes” y el 33.3% “importantes”; el choque se da en el sentido de que, si lo reconocieran así, incluirían la labor que dicho encargado realiza en el procedimiento de consulta de los expedientes clínicos, pero esto no ocurre.

Otra de las interrogantes que se les planteó iba orientada a los elementos que ellos requerían del expediente clínico para poder atender a sus pacientes de una forma adecuada; las respuestas a esto resultaron ser bastante congruentes, ya que coinciden en la necesidad de que el documento esté completo, bien identificado y ordenado.

Por otro lado, resultó prioritario consultarles, específicamente, si un expediente incompleto podía afectar la atención al paciente, con el fin de capturar una perspectiva más amplia al respecto. Ante esto, el 100% concordó en que sí genera un impacto negativo, basándose en opiniones bastante similares, orientadas a que la importancia de la integridad radica en que así se pueden evitar errores que afecten directamente la salud de una persona, se puede ahorrar tiempo y dinero a ambas partes involucradas, y se puede llevar una secuencia en los procedimientos médicos practicados.

Posteriormente, y en suma a lo anterior, se les solicitó que marcaran otros elementos que podían permear en la atención que recibe el paciente, siendo las más comunes, como se ve en el gráfico 5, el extravío del expediente y la mala identificación; relacionándose esto a la necesidad que ellos planteaban para la buena atención al paciente.

**Gráfico 5. Elementos del expediente clínico que afectan la atención al paciente en Asembis**



*Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado*

Por último, en este cuestionario también se incluyeron espacios para que los médicos anotaran aquellas deficiencias y acciones de mejora relativas a la gestión del expediente clínico. En las primeras, se hizo mención de cuatro factores que son críticos, siendo estos la pérdida de los expedientes, la falta de integridad, la duplicidad y el almacenamiento inadecuado.

En relación con las posibles mejoras, las respuestas rondaron en la necesidad de contar con un expediente electrónico y con un proceso de gestión del expediente mucho más esquematizado, para que las búsquedas sean más ágiles. Así mismo, resultó interesante que una de las personas, menciona hasta esta pregunta al encargado de archivo, al decir que también es vital que solo él sea el responsable de administrar este proceso.

- Seguridad

El objetivo principal de esta sección era saber la forma en que los médicos manipulan el expediente clínico durante y después de una consulta. En el primer caso, cinco de ellos respondieron que completaban la información mientras atendían al paciente y en el espacio correcto.

La pregunta que giraba en torno a lo que hacían con el expediente clínico al terminar la consulta con el paciente, presentó un resultado interesante, ya que como se ve en el gráfico 6, se dio una concordancia en 33.3% en cada una de las opciones.

**Gráfico 6. Manipulación del expediente clínico al terminar la consulta**



*Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado*

Ahora bien, cuatro de los médicos aseguraron entregar el expediente clínico a la asistente o a la secretaria; sin embargo, dos de ellos afirmaron dejárselo hasta el final del día. Aunado a esto, se presenta un traslape de opiniones, ya que, al inicio, al solicitarles explicar el procedimiento de consulta, uno de ellos dijo entregárselo al paciente para que este lo entregue a la secretaria, y en este caso, ninguno marcó esa opción, de manera que esta pregunta no fue respondida en consonancia con lo que se había afirmado anteriormente.

### 3.1.1.3 ENCARGADOS DE ARCHIVO

- Perfil laboral

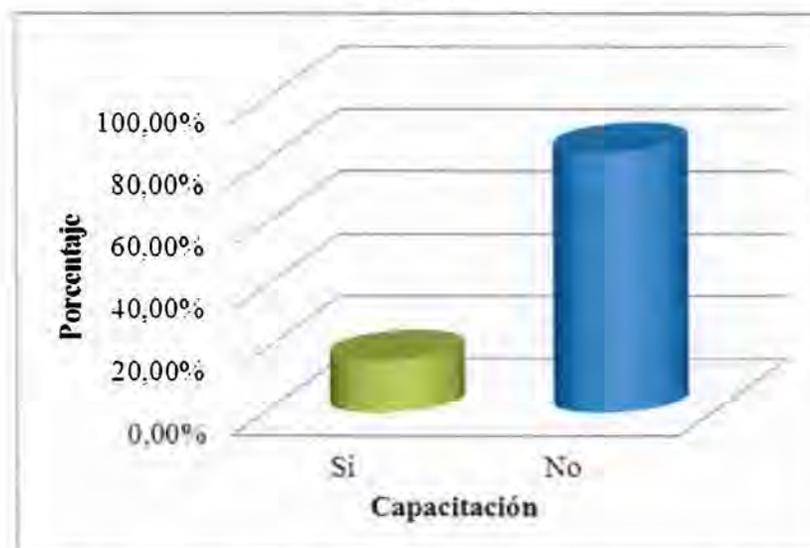
La opinión de los encargados de archivo, sin duda, es una de las más valiosas para el desarrollo de esta investigación, ya que evidentemente son ellos los que ven las distintas situaciones problemáticas que se dan en cada sucursal, respecto al expediente clínico. En primera instancia, un dato de gran utilidad era perfilar el tipo de colaboradores que están asumiendo la labor de gestionar los documentos; para lo cual, es curioso notar que

solamente la Clínica de Purral cuenta con dos profesionales en Archivística, en las demás esta función es ocupada por estudiantes o enfermeras que han aprendido el oficio de forma empírica.

A pesar de esto, cabe remarcar el tiempo que tienen estos funcionarios en la institución, ya que rondan entre los seis meses y los cuatro años, tiempo en el que han podido tratar de gestionar los expedientes de la manera más funcional posible, dentro de lo que sus conocimientos y esfuerzos les han permitido.

Ahora bien, al igual que en los perfiles anteriores, tal como lo refleja el gráfico 7, solo el 16.7% de los encargados de archivo dice haber recibido capacitaciones en materia de gestión del expediente clínico.

**Gráfico 7. Encargados de archivo capacitados en el manejo de expedientes clínicos en Asembis**



*Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado*

- Gestión del expediente clínico

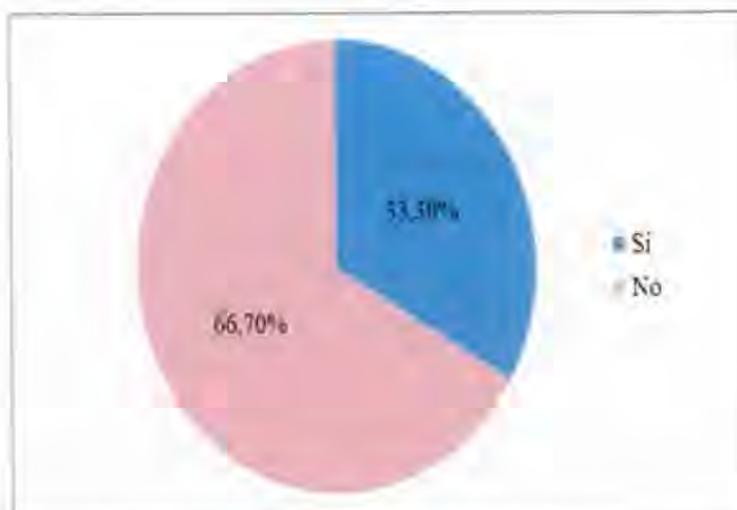
La gestión del expediente clínico es la labor diaria del encargado de archivo, éste se encarga de preparar las agendas correspondientes a cada especialidad, con miras a que cuando llegue el paciente todo esté listo para que el médico le ofrezca la mejor atención. Con base en esto, saber su opinión al respecto de la importancia de este documento es vital,

ya que así demuestra el compromiso que tiene con su trabajo. En este cuestionamiento las respuestas fueron bastante similares, ya que concuerdan en que a través de él se puede conocer el estado físico y emocional de una persona, incluyendo los síntomas, padecimientos, tratamientos y procedimientos que se les practican; así mismo, resulta interesante que dos de los cuestionados hicieron mención de que también registra la información relativa al trabajo del profesional de la salud, es decir, en donde queda constancia de lo que éste realiza.

En relación con esto, también se les preguntó qué tan desarrollada estaba la organización del depósito en el que se custodian los expedientes, resultando porcentajes que van del 25% al 50% y del 75% al 100%, demostrando así que, a pesar del tiempo que les toma preparar agendas, destinan un intervalo del mismo, de treinta minutos a dos horas, a organizar el espacio, con labores como evaluación y ordenación alfabética.

Ahora bien, la labor que ejecuta este colaborador, no sólo se desarrolla en el depósito. En este aspecto, las respuestas fueron bastante sólidas, unas más explícitas que otras, pero coinciden al explicar que el documento es entregado a las asistentes de consultas, las cuales lo entregan al médico correspondiente para la atención al paciente, luego vuelve a las asistentes y finalmente regresa al Archivo. Sin embargo, cabe resaltar que uno de los cuestionados afirma que, en el área de consultas, el manejo del expediente es desordenado.

Desordenes como estos se pueden atacar si se aplican instrumentos de descripción o controles, ya sea de préstamos o consulta de documentos. En el caso de Asembis, lamentablemente, como se ve en el gráfico 8, sólo el 33.3% de los encargados de archivo se han dado a la tarea de crear inventarios, justificando esta realidad con argumentos bastante firmes, como por ejemplo la falta de tiempo y el hecho de que los expedientes no se encuentren ordenados en su totalidad; por su parte, quienes sí lo han hecho, explican que se han limitado a los documentos que se envían a otras sucursales o que lo han iniciado pero no ha habido tiempo de darle continuidad a la actividad.

**Gráfico 8. Creación de inventarios de expedientes clínicos en Asembis**

*Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado*

Además, al consultarles el tiempo aproximado que dedican a la búsqueda de un solo expediente, las respuestas arrojaron un 66.7% al intervalo de 1 a 5 minutos, mientras que el 33.3% al que va de 5 a 15 minutos.

En cuanto a los controles sucede lo contrario, ya que, a diferencia de los inventarios, el 66.7% corresponde a los encargados de archivo que si los ejecutan y el 33.3% a los que no; de manera tal que, se puede afirmar, que se mantiene una perspectiva de la ubicación de los expedientes que se trasladan al área de consultas o que se envían a otras sucursales. Cabe resaltar que estas herramientas se han creado sin normalización alguna, ya que hay desde bitácoras, correos y controles generados en Microsoft Excel.

Por otro lado, como se dijo anteriormente, al interior del Archivo y, más aún, en el trabajo diario de sus encargados es que se ven las realidades más contradictorias y problemáticas que se puedan pensar cuando una institución maneja sus documentos. La incidencia de este tipo de situaciones se ve en el gráfico 9.

**Gráfico 9. Situaciones captadas por los encargados de archivo en su quehacer diario en Asembis**



*Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado*

Como se puede observar en el gráfico anterior, a los cuestionados se les plantearon ocho opciones de marcación múltiple, las que más se dan corresponden al extravío, duplicación, y mala identificación, organización y presentación de los expedientes; situaciones que evidentemente generan un problema para poder dar garantía de integridad de la información y que requieren una solución urgente a corto o mediano plazo. Lo más interesante de esta pregunta, es que se les dio la posibilidad de incluir “otra” circunstancia que resultara pertinente y ante esto, una persona indicó que había podido encontrar expedientes cuadruplicados e incluso con más copias.

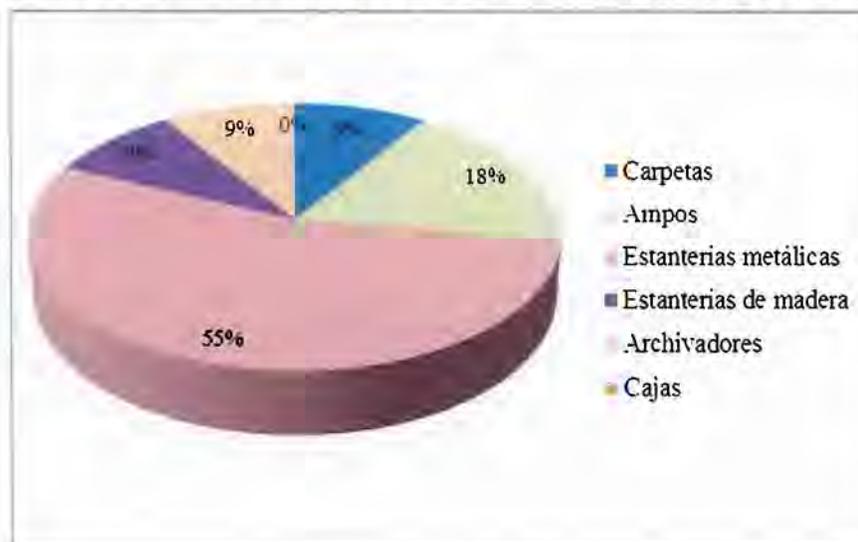
Otro factor relacionado con la integridad, aunque parezca simple, es el hecho de que los expedientes cuenten con prensas plásticas, en dos sentidos, tanto porque garantiza que todos los documentos se encuentren agrupados y no sueltos, previniendo así el extravío de alguno de ellos, como por la conservación de los soportes, ya que, si el papel se rasga por el efecto de la herrumbre, puede llevarse consigo parte de la información. Concerniente con esto, el 66.7% dijo que los expedientes no contaban con prensas, justificando esto por la rapidez con la que se crean los expedientes nuevos (falta de tiempo) y la falta de educación

de las compañeras de consultas; mientras que el 33.3% que afirmó que sí, indicó que poseen prensas plásticas y metálicas.

Con base en las justificaciones para no usar prensas, surgió un dato que genera desconcierto y es el que en una de las sucursales los documentos se disponen en ampos, agrupados simplemente con grapas.

A tono con lo dicho en cuanto a conservación de documentos, resultó vital saber la forma en que se encuentran dispuestos los documentos; resultando lo que se presenta en el gráfico 10.

**Gráfico 10. Almacenamiento de los expedientes clínicos en Asembis**



*Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado*

Con base en lo anterior, los seis encargados de archivo marcaron la opción de las “estanterías metálicas”; sin embargo, uno de ellos también marcó “estanterías de madera”, lo que significa que en una de las sucursales seleccionadas tienen ambos tipos de mobiliario, el problema radica en que la madera presenta el riesgo del comején y otras plagas que se alimentan de la misma, lo que puede dañar muchísimo los soportes y con ello, se puede perder información.

En otros temas, partiendo de que los encargados de archivo deberían saber los plazos en que los expedientes clínicos pasan de una etapa a la otra, se les preguntó en qué momento y

con qué frecuencia se realiza el proceso de traslado de expedientes activos a pasivos. Ante esto, los resultados fueron regulares, ya que el 66.7% estableció que esa condición se cumple después de cinco años de la última cita del paciente, lo cual es correcto, pero el 33.3% falló al marcar que después de dos años, lo que evidencia dos circunstancias, una, que hay un desconocimiento de lo que explica el procedimiento, y dos que, si han llevado a cabo este proceso, no se han apegado a lo que este dicta. Y con respecto a la frecuencia, las respuestas variaron entre que se realiza a diario, cuando es necesario o cada año.

Finalmente, al igual que en los otros cuestionarios, se incluyeron preguntas para que la persona indicara las deficiencias y acciones de mejora al proceso de gestión del expediente clínico. En las irregularidades, se enumeran el extravío de expedientes, la mala ordenación, casos en que faltan documentos de consultas que se dieron en otras sucursales, la duplicación, el libre acceso al depósito de archivo, el desinterés por el proceso de gestión de documentos, la falta de capacitación, el incumplimiento de los lineamientos que emite el encargado y las condiciones inadecuadas del depósito.

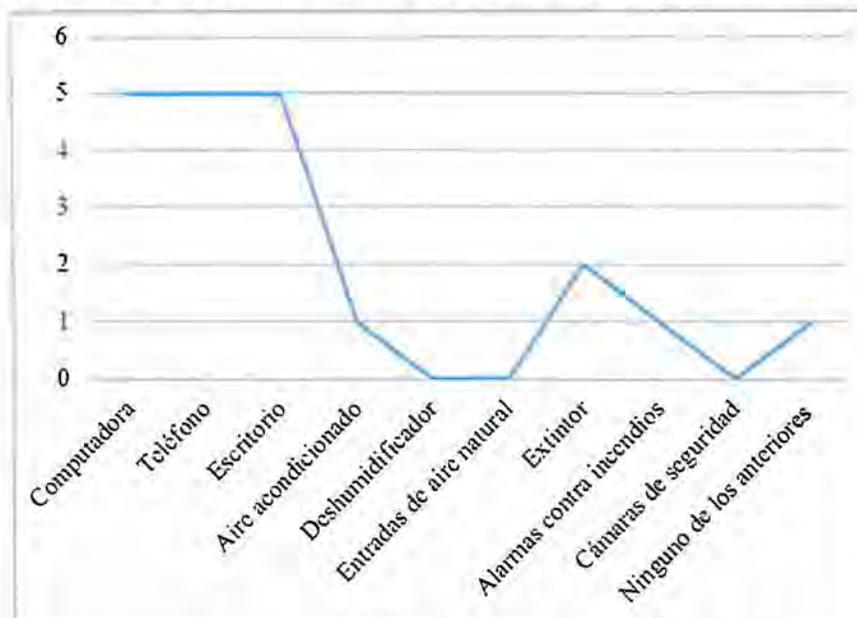
Por su parte, las mejoras a estas situaciones van en consonancia a los errores, ya que mencionaron acciones como la capacitación, el control de la duplicación, el uso de prensas, la correcta identificación del expediente, el seguimiento por parte de los administradores, mejores condiciones para los depósitos y la implementación del expediente electrónico. Así mismo, se incluyó una que resulta interesante, y es el envío de la información escaneada que surge de la consulta con el paciente, a la sucursal donde se encuentra el expediente original; si bien con el expediente electrónico esto no sería necesario, porque sería un único expediente en donde se registraría toda la información, a corto plazo esta sería una buena opción que ayudaría mucho.

- Instalaciones

Seguidamente, como se explicó anteriormente, en este cuestionario resultó útil incluir preguntas relativas a las condiciones con que se cuenta en los depósitos de archivo. Lo primero en este caso era saber si consideraban que el espacio era suficiente para la cantidad de documentos que debían albergar, lo que generó una respuesta unánime del 100% que

manifiesta que en ninguna de las sucursales seleccionadas el área es la necesaria. En el gráfico 11, se muestran el mobiliario y los suministros con que se cuenta.

**Gráfico 11. Mobiliario y suministros presentes en los Archivos de Clínicas Asembis**



*Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado*

En el gráfico se muestra que simplemente se les ha dotado de los elementos básicos con que cuenta toda oficina, siendo estos escritorios, teléfonos, computadoras; sin embargo, hay omisiones importantes relacionadas con la previsión de los riesgos a causa de las catástrofes naturales, de los robos y de la humedad.

- Seguridad

En todo archivo es vital contar con medidas de seguridad óptimas para resguardar la información que contienen los expedientes, más aún si se trata de datos relativos a la salud de una persona, como es el caso de Clínicas Asembis, ya que esta es susceptible a que se den malos manejos o interpretaciones erróneas que pueden afectar a los involucrados. Con este fin, se hicieron cuestionamientos sobre el acceso tanto al depósito como al documento en sí mismo.

En relación con el acceso al depósito, la respuesta fue bastante reveladora, ya que cinco de los seis cuestionados manifiestan que todos los funcionarios de la sucursal pueden ingresar

al área de archivo, lo que representa un riesgo importante en términos de que cualquier persona tiene la posibilidad de sacar o ingresar expedientes, con o sin autorización, y sin que nadie se entere. El único caso que manifiesta que esto no es así, explica que, si el encargado no se encuentra, el archivo se mantiene con llave.

Finalmente, respecto al acceso a la información del expediente, los resultados fueron más alentadores, ya que únicamente las asistentes de consultas, los enfermeros, los médicos y los encargados pueden hacerlo. A pesar de que esto es bueno, genera una contradicción, si todos los funcionarios pueden ingresar al Archivo, cualquier colaborador podría tomar un expediente y consultar la información sin que se dé un control de dicha acción.

#### **3.1.1.4 ASISTENTES DE CONSULTAS**

- Perfil laboral

Respecto a la gestión de los expedientes clínicos, los asistentes de consultas son los encargados de recibir estos documentos por parte de los encargados de archivo y trasladarlos a los consultorios donde los médicos atienden a los pacientes, para devolverlos luego al archivo; es justamente esta rutina la que justifica la inclusión de estos colaboradores para el desarrollo de este proyecto, más aun tomando en cuenta la experiencia que tienen en Clínicas Asembis, ya que rondan entre los dos meses y los cuatro años, tiempo en el que han podido experimentar diversas situaciones y actuado de diversas formas al manejar la serie documental mencionada.

Tal como se consultó en los perfiles anteriores, se les preguntó si habían recibido capacitaciones relacionadas con el manejo de los expedientes clínicos y de una manera sumamente desfavorable, el 100% indicó que no habían sido participes de este tipo de actividades de formación.

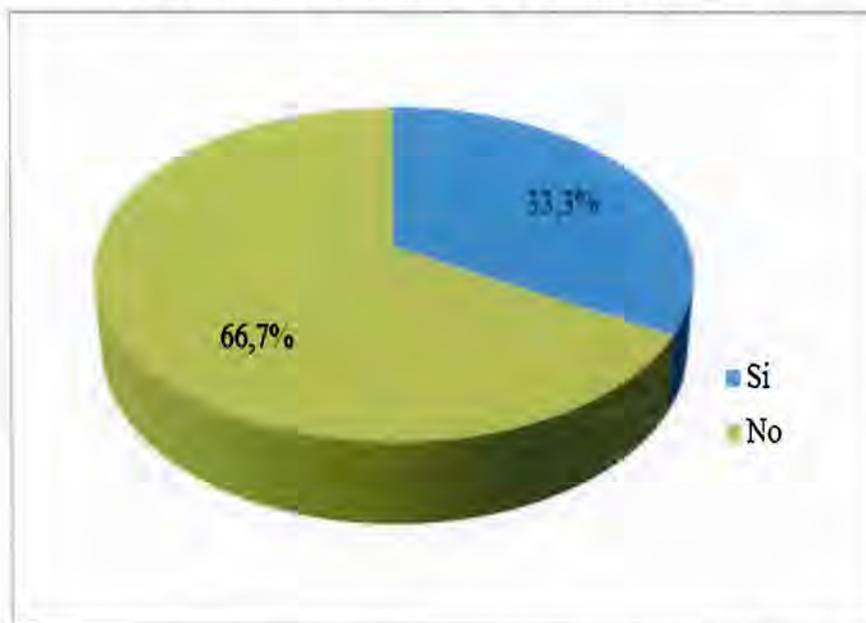
- Gestión del expediente clínico

Considerando que estos colaboradores tienen un nivel de manejo de los expedientes clínicos bastante alto, es de suponer que tengan muy clara la importancia que tiene este documento y efectivamente así es, son plenamente conscientes de que la información que

estos contienen es fundamental en el sentido de que registra los datos personales y el historial médico de cada paciente, además, de ser un documento legal y confidencial de cada persona, lo cual es positivo, ya que así desarrollarán su trabajo con más entendimiento del valor que tiene.

Otro aspecto importante, se vio reflejado al preguntarles específicamente por el Procedimiento de Encargado de Archivo, emitido de forma oficial por la institución y que, a pesar de aplicar a estos últimos, contiene muchas actividades a ser desarrolladas en el área de consultas. Con base en esto, el 66.7% que se observa en el gráfico 12, adujo no conocerlo.

**Gráfico 12. Conocimiento del Procedimiento de Encargado de Archivo por parte de los Asistentes de Consultas de Clínicas Asembis**

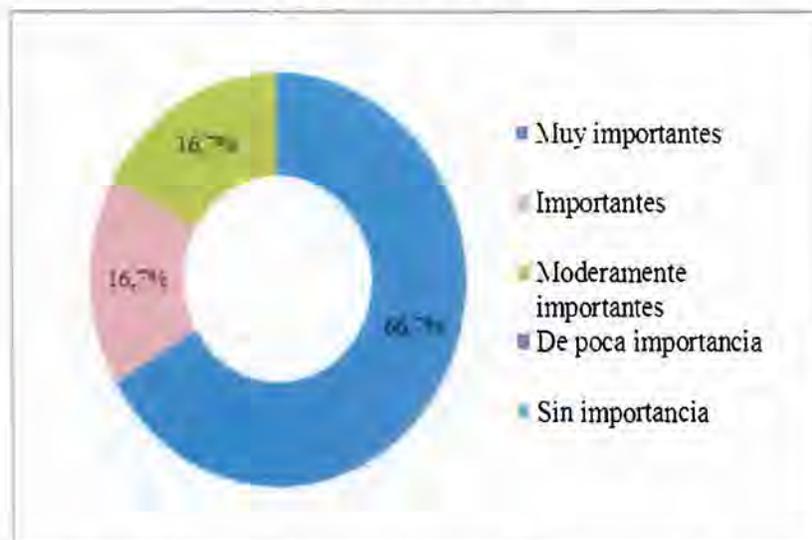


*Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado*

Dentro de ese procedimiento se explica el flujo de actividades correspondientes a la consulta de los expedientes clínicos desde que salen del archivo, por ello era fundamental saber si los asistentes de consultas conocían esta secuencia, ya que así se demostraría la familiarización que tienen con su rutina de trabajo. En este caso, solo una persona de las seis cuestionadas lo explicó correctamente y un 66.7% dice aplicar controles que respalden su responsabilidad en el proceso.

Como se mencionó en el análisis correspondiente a los encargados de archivo, no todos ellos son profesionales en esta área; sin embargo, se han dado a la tarea de cumplir su función de la mejor forma posible, emitiendo lineamientos para fortalecer la gestión del expediente clínico, los cuales deberían ser considerados y aplicados por todo el personal, en este caso, los asistentes de consultas. Al preguntarse si implementan dichos lineamientos, el 100% aseguró que sí, a pesar de que, como se ve en el gráfico 13, sólo el 66.7% los considera como “muy importantes”, dándose un choque de opiniones, debido a que si bien ese 33.3% restante los emplea, no son conscientes del valor que estos poseen y lo hacen por obligación.

**Gráfico 13. Nivel de importancia a los lineamientos que emite el encargado de archivo en Clínicas Asembis**



*Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado*

En otros temas, parte del quehacer diario de estos colaboradores es ver diversas situaciones que pueden afectar la gestión del expediente clínico. Con base en los resultados que se ven en el gráfico 14, se puede decir que tanto la duplicación como el extravío de expedientes son los problemas más recurrentes, tal como ha sido visualizado por parte de los encargados de archivo y las jefaturas administrativas.

**Gráfico 14. Situaciones captadas por los asistentes de consultas en su quehacer diario en Asembis**



*Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado*

Como parte del cuestionario, se les plantearon dos casos hipotéticos, en el primero de ellos se les dijo “Usted entrega el expediente al médico para atender al paciente, luego de la consulta se lo devuelven sin prensa y desordenado ¿Qué haría al respecto?” y la respuesta fue bastante positiva, ya que el 50% indicó que le colocaría la prensa y lo ordenaría como corresponde y el otro 50% que le diría a la persona responsable que debe hacerlo, siendo estas acciones que no entorpecen el proceso y que no ponen en riesgo la seguridad de la información que contienen los expedientes.

En el siguiente caso, se les planteó “Usted encuentra un error en la forma en que se identificó el expediente. ¿Qué haría al respecto?”, siendo esta una pregunta crucial, ya que, en los otros cuestionarios, tanto los administradores, como los médicos y encargados de archivo afirmaron que este tipo de problemas es muy común, lo extraño es que el 100% afirmó que ante esto le cambiaría la etiqueta y escribiría el nombre del paciente de la forma correcta.

Finalmente, se les pidió que indicaran las deficiencias y acciones de mejora al proceso de gestión de los expedientes clínicos. Respecto a los problemas, enlistaron situaciones como

la pérdida de información, que genera tiempos de espera considerables, identificación inadecuada de las carpetas, desorden en el manejo de los archivos, mala ordenación y la falta de estandarización del proceso de gestión de documentos en todas las sucursales. Aunado a esto, las posibles soluciones giran en torno al desarrollo de inducciones, a la identificación y ordenación adecuada y a la contratación de más personal.

- Seguridad

El hecho de que las instituciones contemplen medidas de seguridad en las áreas de trabajo es imprescindible, ya que de esta manera se evitan situaciones como el hurto de expedientes por parte de los mismos pacientes, de los funcionarios o de terceras personas. Con base en esto, se les preguntó a los asistentes de consultas si contaban con condiciones de este tipo y el 83.3% afirmó que no, debido a que no existía un procedimiento normalizado para este fin.

### **3.2 FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN ASEMBIS**

A partir del análisis efectuado en el punto anterior, respecto a los cuestionarios aplicados a las jefaturas administrativas, médicos, encargados de archivo y asistentes de consultas, es posible abstraer los elementos a considerar como las fortalezas que pueden ayudar a mejorar la gestión de los expedientes clínicos, así como aquellas debilidades que deben trabajarse para evitar que continúen generando consecuencias que afecten a la institución, a los funcionarios y a los mismos pacientes. A continuación, se presenta dicha abstracción.

#### **3.2.1 FORTALEZAS DEL PROCESO DE GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

##### **3.2.1.1 GESTIÓN DE LOS DOCUMENTOS**

- Respecto al nivel de organización de los archivos, se poseen números muy positivos ya que no bajan de un 25%, evidenciando que se le da prioridad a trabajar el depósito para mejorar la disposición física de los expedientes y por ende, agilizar la búsqueda de los mismos para que sean facilitados para la consulta.

- Aunado a esto, en el perfil de los asistentes de consultas, debe señalarse que al igual que los anteriores, consideran importante el expediente clínico, así como los lineamientos que emite el encargado de archivo, debido a que según se indicó, los aplican en un 100%; además, realizan correcciones cuando reciben algún expediente que se encuentra mal identificado o con los documentos fuera de la prensa. Esto resulta relevante para conocer que en toda área de trabajo se realizan acciones enfocadas a la mejora del proceso de gestión del expediente clínico.
- Por último, un aspecto que es muy significativo para esta investigación, es que los colaboradores apuntan como una medida de mejora en la manera en que se gestiona el expediente clínico, la implementación del expediente electrónico, con el fin de garantizar la integridad, evitar duplicación documental, así como extravíos de documentos o pérdidas totales de un expediente.

### **3.2.1.2 RECURSO HUMANO**

- En primer lugar se tiene que, en el caso de los administradores, estos están capacitados para ejercer en su puesto, debido a que su profesión se enfoca precisamente en administrar; lo cual sin duda alguna es un punto a favor, ya que con sus conocimientos pueden guiar y acompañar al personal para desenvolverse como un equipo que busque un bien común, como lo es ofrecer un servicio de calidad a cada uno de los pacientes que llegan a Clínicas Asembis, en sus diferentes sucursales.
- Respecto al encargado de archivo, aunque la mayoría del personal no es profesional en la materia, sí ha buscado apegarse a los procesos de gestión expediente clínico, para conservar su integridad y resguardar la información que contiene.

### **3.2.2 DEBILIDADES DEL PROCESO DE GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

#### **3.2.2.1 GESTIÓN DE DOCUMENTOS**

- Un elemento que también puede perjudicar en gran medida la gestión de los expedientes clínicos es que haya una falta de compromiso y un desconocimiento

significativo de la normativa interna aplicable, en este caso del “Procedimiento de Encargado de Archivo”, ya que no se logró notar una familiarización sólida con el flujo de actividades que sigue el expediente, se explica de forma escueta, sin dar mucho detalle y se omiten pasos e incluso responsables que son importantes de considerar.

Esta realidad es justamente la que ocasiona que haya tantos problemas que son recurrentes en todas las sucursales, como, por ejemplo, la duplicación, el extravío de información, la inadecuada ordenación y el constante desorden de otras áreas ajenas al archivo que manipulan los expedientes a diario. Si existiera una concordancia de lo que establecen los procedimientos y lineamientos del encargado de archivo con las acciones que realiza cada colaborador sería mucho más eficiente y eficaz el manejo del expediente clínico.

- Seguidamente, se dice que hay falta de estandarización del proceso de gestión del expediente clínico, para que su aplicación sea uniforme en todas las sucursales; sin embargo, el mencionado “Procedimiento de Encargado de Archivo” fue emitido institucionalmente, no a lo interno de una sola sede, y puesto a disposición de la totalidad de empleados de Clínicas Asembis, de manera que en este caso se refuerza la falta de capacitación y de compromiso explicadas anteriormente.
- Si bien muchos de los funcionarios comprenden la importancia del expediente clínico, al reflejar la historia médica de cada paciente y dar testimonio del trabajo realizado por el profesional de la salud, hay una contradicción común en todos los perfiles, ya que no se da una valoración absoluta de la labor que ejecuta el encargado de archivo, sus lineamientos y opiniones se consideran como “muy importantes”, “importantes” e incluso “moderadamente importantes”, pero, como se dijo en el punto anterior, no hay una aprehensión total del procedimiento de gestión del expediente, ni en la teoría ni en la práctica.
- El caso de la duplicación de expedientes resulta ser un problema que atenta directamente contra la integridad de los mismos, además de ser común en todas las sucursales, es una limitación que afecta la salud de los pacientes, más aún si hay

documentos que no sólo tienen una copia, sino hasta cuatro o más, y que para rematar están mal identificados e incompletos. Si se considera esto en un caso hipotético, un paciente llega a su cita y el médico para atenderlo adecuadamente tendría que consultar cada una de las copias, ya que no hay una garantía de que sean idénticas, puede que una tenga más o menos información que la otra, y evidentemente esto es material y temporalmente imposible, mayormente si los expedientes se encuentran en diferentes sucursales.

- Así mismo, se presenta un problema de ausencia de descripción de documentos y de creación de controles, lo que da como consecuencia el extravío de expedientes clínicos. Hay una realidad que se debe tomar en cuenta y es el desorden de quienes manipulan estos documentos cuando salen del archivo, lo que acrecienta aún más este riesgo. Si se crean las herramientas necesarias se puede reducir significativamente los tiempos de búsqueda y seguir la trazabilidad del expediente de forma precisa y certera.
- Por otro lado, otro de los factores de riesgo que surgieron de los cuestionarios es la necesidad de que los depósitos de archivo cuenten con mejores condiciones para albergar la cantidad de expedientes que se tienen; es decir, que se consideren las medidas de conservación mínimas, que se suministren el mobiliario adecuado y suficiente y que no se limiten a proveer los elementos básicos de una oficina, ya que un archivo tiene necesidades especiales.
- En temas de conservación, también resulta importante que se cree una conciencia sobre el uso de las prensas plásticas y el uso de carpetas, ya que uno de los errores garrafales que se hallaron fue la disposición de expedientes clínicos en ampos.
- Finalmente, se presenta un desconocimiento elevado de las medidas necesarias para la seguridad de los expedientes en el espacio en el que se encuentran, ya que se dan situaciones como el acceso libre al depósito de archivo, los médicos se dejan los expedientes hasta el final del día, arriesgándose a que se extravíen, e incluso la posibilidad de que los pacientes se lleven los expedientes clínicos sin que nadie se entere.

### 3.2.2.2 RECURSO HUMANO

- El primer aspecto a considerar, y que es una de las debilidades principales en casi todas las sucursales, es la falta de profesionales en Archivística. La función de manejar los archivos clínicos está siendo asumida por funcionarios que fueron contratados en otros puestos (enfermeros, por ejemplo) y que han ido aprendiendo la labor empíricamente, lo que significa que deben prestar atención tanto a su cargo, como al archivo, ocasionando que no se atienda adecuadamente el proceso de gestión del expediente clínico.

Se debe remarcar el hecho de que hay fundamentos e innovaciones propias de la Archivística, que se captan a través de la formación académica superior o del gremio, al participar en actividades de actualización profesional (convivios, congresos, talleres, etc.); de manera que resulta vital que quien cumpla el rol de administrar los archivos clínicos tenga el conocimiento necesario, más aún si se trata de documentos confidenciales.

- Otra de las debilidades imperantes es la falta de capacitación en todos los perfiles analizados, si bien hubo quienes dijeron haber recibido algún tipo de formación respecto al manejo de los expedientes clínicos, estos porcentajes fueron mucho menores. La institución debe velar por la instrucción constante de sus colaboradores, tanto en sus áreas de trabajo como en los procesos que se relacionen con sus actividades diarias y en este caso la gestión de documentos compete a todos, de manera que el conocimiento como un recurso intangible debe ponerse a disposición de todos y no de unos pocos.

A este respecto, cabe resaltar que, si se implementarán capacitaciones que involucren a todo el personal y al proceso completo que sigue el expediente clínico, durante todo su ciclo de vida, se podrían resolver muchos otros problemas que lo afectan, ya que habría más conciencia del impacto que tiene esta labor para la entidad y para la calidad del servicio que se brinda a los usuarios.

- En suma, a lo anterior, muchos de los cuestionados mencionaron la importancia que tiene el que haya un único responsable en el archivo, es decir que se encargue de todas las funciones relativas a la gestión de los expedientes, ya que el ingreso de diferentes colaboradores hace que se genere un desorden significativo. En efecto, esto es vital, por dos razones, la primera, por la asignación de responsabilidades, debido a que así será más sencillo saber quién debe hacer cada actividad; y la segunda, por la necesidad de evitar la pérdida de información al tener un control absoluto de lo que se custodia en el archivo.

## **CAPÍTULO IV**

# **PROPUESTA DE GESTIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS ELECTRÓNICOS PARA ASEMBIS**

A continuación, se presenta la propuesta de gestión de expedientes clínicos electrónicos para la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis), elaborada con base en los resultados obtenidos en el diagnóstico presentado en el capítulo anterior. En la primera sección, se identifican los requisitos técnicos archivísticos, administrativos, tecnológicos y legales que deberá cumplir la gestión de estos documentos; en la segunda, se describe la metodología a seguir para dicho proceso en la entidad; y en la última, se dispone un diseño de esquema de metadatos para la adecuada gestión de esta serie documental en un soporte electrónico.

## **1. LA GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO Y SUS REQUISITOS**

La gestión de documentos resulta ser un proceso complejo, si cada una de las actividades establecidas se ejecuta de manera correcta y controlada, las funciones que le dan vida a una institución se podrán desarrollar satisfactoriamente, ya que, como es sabido, los documentos son testimonio de lo realizado y fundamento para el quehacer diario. Por esta razón, la determinación de requisitos es una de las primeras labores que se debe considerar al implementar un sistema de este tipo, ya sea para soportes tradicionales o electrónicos, debido a que estos son precisamente los elementos que pueden facilitar el seguimiento y la evaluación del proceso.

En esta propuesta se han tomado en cuenta requisitos de tipo técnico, administrativo, tecnológico y legal. Los técnicos se refieren a los parámetros propios de la archivística que guían la gestión de los documentos a lo largo de todo su ciclo de vida; por su parte, los administrativos corresponden a los aspectos logísticos que coadyuvan a la gestión de los documentos en una institución; en el caso de los tecnológicos, se relacionan específicamente con las pautas informáticas que permiten que la gestión de los documentos electrónicos se desarrolle de manera satisfactoria; y finalmente, los legales, se relacionan con los elementos propios de la jurisprudencia nacional que garantizan que el proceso de gestión de documentos se ejecute adecuadamente.

A partir de lo dicho, en seguida se presentan los requisitos que deberá cumplir el Expediente Clínico Electrónico de Asembis, denominado en adelante ECE ASEMBIS.

## 1.1 REQUISITOS TÉCNICOS ARCHIVÍSTICOS PARA LA GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO

### 1.1.1 GESTIÓN DE DOCUMENTOS

- Asembis debe asegurar que la gestión del ECE ASEMBIS esté orientada a la mejora continua de sus procesos, de manera que la productividad de la entidad y la satisfacción de las expectativas de cada paciente sea un hecho.
- Asembis debe establecer los objetivos, las directrices y la metodología a implementar para controlar los documentos que conforman el ECE ASEMBIS.
- Asembis debe desarrollar y documentar una política sobre gestión del ECE ASEMBIS, cuyo objetivo sea la creación, captura y gestión de documentos auténticos, íntegros, fiables y usables, que respalden y permitan la adecuada atención médica a los pacientes. Esta política debe ser respaldada y divulgada por las jefaturas administrativas y a su vez, revisada y actualizada con frecuencia.
- Asembis debe garantizar que, en todos los niveles jerárquicos, los colaboradores, conozcan e implementen cabalmente la política de gestión del ECE ASEMBIS.
- La gestión del ECE ASEMBIS se debe sustentar en un procedimiento que defina y asigne las responsabilidades y competencias específicas de quienes crean documentos, de quienes estén involucrados en dicha gestión y de cualquier otro usuario.
- Para una adecuada gestión del ECE ASEMBIS, la institución debe partir de un análisis de procesos que garantice que la clasificación, descripción y disposición de los documentos que lo conforman, se desarrolle de forma pertinente a sus necesidades.
- La gestión del ECE ASEMBIS debe permitir la implementación de los instrumentos de gestión de documentos, siendo estos esquemas de metadatos, cuadros de clasificación, tablas de plazos de conservación de documentos y tablas de acceso.

- Asembis debe establecer criterios y métodos para supervisar y evaluar, de forma frecuente, el cumplimiento de las políticas, procedimientos y procesos relativos a la gestión del ECE ASEMBIS.
- Como parte del proceso de supervisión, Asembis debe tomar las medidas correctivas que resulten necesarias para atacar los resultados que estén causando efectos negativos en la gestión del ECE ASEMBIS.
- Todo el proceso de supervisión de la gestión del ECE ASEMBIS debe ser debidamente documentado.

### 1.1.2 CAPTURA

#### Requisitos a nivel de expediente

- La captura de los ECE ASEMBIS debe incluir la incorporación y registro de los documentos, producidos y/o recibidos, que evidencien o fundamenten la atención que se le brinda a los pacientes. Asimismo, precisa de la cumplimentación de los metadatos establecidos para este proceso.
- Para el registro de los ECE ASEMBIS se debe colocar como identificador único el número de identificación de los pacientes, esto tanto para los nacionales como para los extranjeros.
- El registro del ECE ASEMBIS debe incluir su denominación según el nombre completo del paciente, en el siguiente orden: primer apellido, segundo apellido y nombre, esto con base en el apartado número dos del Procedimiento de Encargado de Archivo MP-041, emitido por la Asociación de Especialidades Médicas para el Bien Social (Asembis).
- En el caso de que se incumpla con la utilización del número de identificación y se irrespete el orden en la manera en que se titula el expediente, se debe denegar la creación del ECE ASEMBIS, esto mediante la emisión de una alerta que denote que no se puede crear el expediente debido a la falta de espacios por completar.

- Para el registro de los ECE ASEMBIS se deben incluir los datos personales del paciente, siendo estos: fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, ocupación, dirección, números de teléfono y correo electrónico; en un formulario de identificación
- El ECE ASEMBIS debe registrar las fechas según el siguiente formato: AAAA/MM/DD.

#### Requisitos a nivel de documento

- El ECE ASEMBIS debe permitir la captura de documentos, sin limitar la cantidad y la frecuencia con que se realiza.
- Las plantillas de cada uno de los documentos que conforman el ECE ASEMBIS deben ser normalizadas y al ser completadas se les debe asignar la nomenclatura de manera automática, tomando en cuenta la siguiente estructura:
  - *Siglas de la institución*
  - *Especialidad médica*
  - *Tipo documental*
  - *Consecutivo*
  - *Año de creación*

### 1.1.3 CLASIFICACIÓN

#### Requisitos a nivel de expediente

- Asembis debe desarrollar un cuadro de clasificación en el que se incluya el ECE ASEMBIS; dicho instrumento se debe basar en el análisis de procesos.

#### Requisitos a nivel de documento

- Para facilitar la localización de los documentos que conforman el ECE ASEMBIS, este debe permitir la asignación de términos de indización, con base en las categorías establecidas en el cuadro de clasificación.

- La gestión del ECE ASEMBIS se debe optimizar con la utilización de un vocabulario controlado, que permita que el sistema emplee únicamente los términos autorizados y que, por ende, se pueda facilitar la recuperación de la información.

#### **1.1.4 DESCRIPCIÓN**

- Para la descripción de los ECE ASEMBIS, se debe crear de manera automática un inventario de expedientes.
- La descripción del ECE ASEMBIS se debe realizar según lo establecido en la Norma Nacional de Descripción.

#### **1.1.5 ACCESO Y SEGURIDAD**

- La gestión del ECE ASEMBIS debe garantizar que los documentos se puedan buscar, recuperar y presentar en formatos y medios accesibles.
- La gestión del ECE ASEMBIS debe garantizar el acceso durante todo el ciclo de vida.
- ASEMBIS debe identificar los niveles de acceso de los usuarios involucrados en la gestión del ECE ASEMBIS y documentarlos en una tabla de acceso. Estos niveles de acceso se deben supervisar y poder actualizarse regularmente.
- El ECE ASEMBIS debe almacenarse de manera que se encuentre protegido de accesos no autorizados, alteraciones, pérdidas o eliminaciones accidentales o malintencionadas.
- Para garantizar una óptima gestión del ECE ASEMBIS, se debe desarrollar un plan de recuperación ante desastres, que permita generar acciones inmediatas ante cualquier situación y con ello, asegurar la continuidad de las funciones de la entidad y la adecuada atención a los pacientes.

### 1.1.6 DISPOSICIÓN

- Asembis debe desarrollar la tabla de plazos de conservación de documentos, en la que se incluya el ECE ASEMBIS; dicho instrumento se debe basar en el análisis de procesos.

### 1.1.7 TRAZABILIDAD

- Para documentar la trazabilidad del ECE ASEMBIS se debe generar una bitácora de trazabilidad en la que se registre cada uno de los movimientos que realizan los usuarios. Esta bitácora debe estar disponible para su inspección y auditoría.

### 1.1.8 METADATOS

#### Gestión de metadatos

- El ECE ASEMBIS y los metadatos que se incorporen al mismo no deben ser gestionados de forma separada, ya que dependen el uno del otro para funcionar eficientemente, es decir, para su gestión.
- Para la incorporación de metadatos al ECE ASEMBIS se deben admitir caracteres alfabéticos, alfanuméricos, numéricos, así como signos y símbolos especiales, que cumplan con el estándar UTF-8, de manera que no sean afectados por el avance tecnológico.
- La incorporación de metadatos al ECE ASEMBIS se debe realizar de forma automática, siempre que sea posible. En caso de que se deba completar manualmente, se debe procurar utilizar listas predefinidas de selección, con el fin de evitar errores sintácticos y semánticos.
- La incorporación de metadatos se debe realizar en todas las etapas del ECE ASEMBIS, de manera que se puedan añadir o actualizar, únicamente para contribuir al cumplimiento de funciones. Esta acción debe ser documentada y autorizada por la persona con el rol para ello.

- Para la gestión del ECE ASEMBIS, se deben incluir los metadatos que resulten necesarios para cada uno de los procesos, siendo estos: captura, clasificación, descripción, acceso, disposición y trazabilidad.
- El acceso al esquema de metadatos que se asignen al ECE ASEMBIS se debe controlar mediante accesos autorizados y reglas de permisos; esto permitirá que se evite la pérdida o eliminación no autorizada.
- Asembis debe desarrollar un mecanismo para controlar la trazabilidad de los metadatos del ECE ASEMBIS, a través de una bitácora que documente el acceso, uso, alteración o adición realizada.

#### Esquemas de metadatos

- Para la identificación de los metadatos a aplicar en la gestión del ECE ASEMBIS, la institución debe tomar en cuenta sus necesidades, su normativa y un análisis de los riesgos que la puedan afectar.
- Los metadatos que se incorporen al ECE ASEMBIS deben ser normalizados, con el fin de facilitar la interoperabilidad y el intercambio de información.
- Los metadatos que se asignen al ECE ASEMBIS deben describir el contenido, contexto y estructura de los documentos.
- El esquema de metadatos se debe gestionar de manera que no se limite la incorporación, modificación o eliminación de metadatos.
- Asembis debe desarrollar, documentar y autorizar la implementación de un esquema de metadatos con una estructura predefinida, en la que se describan los metadatos a ser aplicados en la gestión del ECE ASEMBIS.

#### **1.1.9 SERVICIO AL USUARIO**

- Los pacientes podrán realizar solicitudes de información del ECE ASEMBIS por correo electrónico o presencialmente, enviando un documento firmado digitalmente.

- Asembis debe tramitar únicamente las solicitudes de información del ECE ASEMBIS que sean presentadas por el titular de la misma, o en su defecto por una persona que sea autorizada por escrito para realizar la petición.
- Asembis podrá rechazar la petición de información del ECE ASEMBIS, en los casos en que las solicitudes se encuentren incompletas.

#### **1.1.10 FOLIACIÓN**

- Cada documento que conforme el ECE ASEMBIS será foliado automáticamente mediante la utilización de un tomo de asiento, asignado como un número consecutivo.
- Durante la gestión del ECE ASEMBIS se debe permitir agregar una nota aclaratoria, en caso de que se añada algún documento cuyo número de foliado no esté en consonancia con el orden cronológico de la fecha de emisión del documento, con el fin de justificar dicha diferencia. Esto se realizará en caso de que se deba incluir un documento que complete la historia clínica del paciente o fundamente algún procedimiento médico futuro.
- La gestión del ECE ASEMBIS debe crear automáticamente un índice de consecutivos de asientos que contenga el expediente.
- La gestión del ECE ASEMBIS debe permitir continuar la foliación de los documentos, cuando este haya sido activado.

### **1.2 REQUISITOS ADMINISTRATIVOS PARA LA GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO**

#### **1.2.1 GESTIÓN DE PROYECTOS**

- Mediante técnicas de gestión de proyectos, Asembis debe planificar y supervisar cada etapa referente al desarrollo de las Tecnologías de la Información que gestionarán el ECE ASEMBIS, tomando en cuenta la viabilidad y los recursos necesarios.

- Al implementar el ECE ASEMBIS, la institución debe desarrollar un plan piloto que incluya los objetivos, criterios de evaluación y metodología a aplicar, con el fin de garantizar la viabilidad del proyecto.

### 1.2.2 RECURSOS HUMANOS

- Asembis debe asegurar que cada uno de sus colaboradores sean conscientes de la relevancia que posee la implementación adecuada de la política de gestión del ECE ASEMBIS; de manera que estos la asocien de forma efectiva con sus procesos de trabajo, visualicen el impacto que genera en pro de la mejora continua de la institución y se comprometan cabalmente con sus responsabilidades.
- Las jefaturas administrativas deben comprometerse a crear un vínculo entre la gestión del ECE ASEMBIS y la consecución de las metas organizacionales, con el fin de comprender la importancia de este documento y los riesgos de no hacerlo.
- Asembis debe contar con personal competente para ejecutar los procesos relacionados con la creación, captura y gestión de los documentos que conformen el ECE ASEMBIS; dicha competencia debe ser evaluada de manera frecuente.
- Asembis debe capacitar de forma continua a todos los colaboradores de sus diferentes sucursales en materia de gestión del ECE ASEMBIS, es decir, en lo relativo a requisitos, políticas, prácticas, roles y responsabilidades. Estos programas deben incluir contenidos sobre el uso y aplicación de los esquemas de metadatos.
- Asembis debe dar seguimiento y evaluación a los procesos de capacitación en materia de gestión del ECE ASEMBIS.
- Asembis debe garantizar que las capacitaciones sean impartidas por el archivista a cargo, con el fin de orientar las prácticas a la gestión adecuada del ECE ASEMBIS.

### **1.2.3 RECURSOS MATERIALES**

- Asembis debe proveer a todos los colaboradores involucrados en la gestión del ECE ASEMBIS, el equipo físico y moderno necesario para ello, por ejemplo: computadoras, dispositivos de digitalización, y los que se consideren pertinentes.
- Asembis debe garantizar fluidez y constancia en el servicio de internet utilizado para la gestión del ECE ASEMBIS.
- En caso de que se presente una falla en la conexión a internet que perjudique la gestión del ECE ASEMBIS, la institución debe contar con una estrategia que mitigue el impacto que se puede generar.

### **1.2.4 RECURSOS ECONÓMICOS**

- Asembis debe destinar una partida presupuestaria para la adquisición, mantenimiento y actualización del equipo utilizado para la gestión del ECE ASEMBIS.
- Asembis debe destinar una partida presupuestaria para la realización de los programas de formación continua, respecto al proceso de gestión del ECE ASEMBIS.

## **1.3 REQUISITOS TECNOLÓGICOS PARA LA GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO**

### **1.3.1 RECURSOS TECNOLÓGICOS**

- Las características técnicas para la gestión del ECE ASEMBIS se deben adaptar a la infraestructura tecnológica con que cuente la institución, en relación con los sistemas y equipos a utilizar, los cuales a su vez tienen que adecuarse al presupuesto con que disponga la institución.

### **1.3.2 FORMATOS NORMALIZADOS**

- Los documentos textuales que conformen el ECE ASEMBIS se deben almacenar utilizando los formatos abiertos que garanticen el acceso a la información a largo plazo, en este caso se empleará como tal el formato PDF/A.

- Las imágenes médicas que formen parte del ECE ASEMBIS se deben almacenar en formato DICOM (Digital Imaging and Communication On Medicine).
- Los formatos en los que se almacene el ECE ASEMBIS deben garantizar la compatibilidad.

### **1.3.3 FIRMA DIGITAL**

- Todo documento que se capture en el ECE ASEMBIS, debe contener una firma digital certificada, según los siguientes formatos avanzados, así como los que existan en el futuro.
  - CAdES-X-L (CMS Advanced Electronic Signature): para documentos con información codificada en binario.
  - PAdES Long Term (PDF Advanced Electronic Signature): para documentos en formatos PDF.
  - XAdES X-L (XML Advanced Electronic Signature): para documentos en formato XML.
- En caso de requerir agregar información de un documento que se encuentra en formato físico al ECE ASEMBIS, éste se debe digitalizar y convertir a un formato en PDF, con el fin de aplicarle la firma digital de la persona competente.
- Para el establecimiento de la fecha y hora del registro de los documentos, creados y digitalizados, que conforman el ECE ASEMBIS, se debe tomar en cuenta el sello de tiempo emitido por la Autoridad de Estampado de Tiempo a nivel nacional. En caso de problemas de conexión se debe implementar un mecanismo para ello.

### **1.3.4 DIGITALIZACIÓN**

- En el caso de requerir digitalizar documentos que se necesiten incluir en el ECE ASEMBIS, la institución deberá planificar un proyecto de digitalización.
- Asembis debe definir y documentar el alcance del proyecto de digitalización, tomando en cuenta los objetivos, procesos de planificación, normas técnicas

utilizadas, así como la finalidad y uso de los documentos digitalizados a incluir en el ECE ASEMBIS.

- Asembis debe enfocar el proyecto de digitalización, en completar el historial médico del paciente contenido en el ECE ASEMBIS.
- Mediante la revisión constante de los requisitos pertinentes, Asembis debe garantizar el cumplimiento de los objetivos del enfoque de digitalización utilizado para los documentos incluidos en el ECE ASEMBIS.
- En el caso de que Asembis implemente el proyecto de digitalización por su propia cuenta, debe asegurarse de contar con el equipo y el conocimiento necesario para integrar adecuadamente los documentos digitalizados al ECE ASEMBIS.
- En el caso de que Asembis implemente el proyecto de digitalización debe seleccionar las especificaciones técnicas de acuerdo a las mejores prácticas de digitalización; además, de documentarlas e implementarlas con el fin de garantizar la legibilidad de las imágenes digitalizadas que se incluyan en el ECE ASEMBIS.
- Asembis debe contar con el equipamiento y el software que se ajusten a las directrices de buenas prácticas en digitalización, para garantizar la calidad de las imágenes digitales producidas que se agreguen al ECE ASEMBIS. Así mismo, debe disponer de la metodología y control de calidad pertinentes.

### **1.3.5 SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**

- Asembis debe implantar una Política de Seguridad de la Información, para evidenciar el compromiso de la organización respecto al valor de la información contenida en el ECE ASEMBIS.
- Asembis debe contemplar en la Política de Seguridad de la Información, tanto la identificación de riesgos, como las medidas de seguridad para mitigarlos, con el fin de asegurar la protección de la información almacenada en el ECE ASEMBIS.

## **1.4 REQUISITOS LEGALES PARA LA GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO**

### **1.4.1 DOCUMENTOS**

- Asembis debe reconocer la equivalencia jurídica, tanto de los documentos físicos como electrónicos producidos o recibidos que sean incluidos en el ECE ASEMBIS, según lo dispuesto en el capítulo II, artículo 3, de la Ley N°8454 de certificados, firmas digitales y documentos electrónicos, y de la normativa vigente en el futuro.
- Todo documento electrónico incluido en el ECE ASEMBIS, tendrá valor probatorio ante cualquier situación que lo amerite, según lo establecido en el capítulo II, artículo 4, de la Ley N°8454 de certificados, firmas digitales y documentos electrónicos, y de la normativa vigente en el futuro.

### **1.4.2 FIRMA DIGITAL**

- Asembis aceptará como válida la utilización de la firma digital en los documentos electrónicos que se produzcan o reciban para incluirse al ECE ASEMBIS, al ser una firma equivalente a la manuscrita, según lo dispuesto en el capítulo III, artículo 9, de la Ley N°8454 de certificados, firmas digitales y documentos electrónicos, y de la normativa vigente en el futuro.
- Asembis presumirá como responsable del documento electrónico que se produzca o reciba para incluirse al ECE ASEMBIS, al titular del certificado digital con el que se firmó el documento, según lo establecido en el capítulo III, artículo 10, de la Ley N°8454 de certificados, firmas digitales y documentos electrónicos, y de la normativa vigente en el futuro.

### **1.4.3 CERTIFICADO DIGITAL**

- Asembis aceptará como válido un documento electrónico emitido con un certificado digital extranjero, siempre y cuando, éste se encuentre debidamente respaldado por un certificador registrado en el país, según lo estipulado en el capítulo IV, sección I,

artículo 13, de la Ley N°8454 de certificados, firmas digitales y documentos electrónicos, y de la normativa vigente en el futuro.

#### **1.4.4 DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

- Asembis debe informar de forma clara, concisa y oportuna a sus pacientes de los derechos y deberes que posee respecto al ECE ASEMBIS; esto con base en el Artículo 2, inciso a), de la Ley N°8239 de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, y de la normativa vigente en el futuro.
- Los pacientes deben proporcionar la información más completa posible en relación con su estado de salud, ya que esta se incluye en el ECE ASEMBIS y permite que los médicos brinden una atención más certera; esto según lo establecido en el Artículo 4, inciso a), de la Ley N°8239 de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, y de la normativa vigente en el futuro.

#### **1.4.5 PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

- El ECE ASEMBIS se debe gestionar de manera que se respete el carácter confidencial de la información relativa a la salud de un paciente, según el Artículo 2, inciso m), de la Ley N°8239 de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, y de la normativa vigente en el futuro.
- Los datos personales incluidos en el ECE ASEMBIS deben ser tratados como datos sensibles al ser relativos al fuero íntimo de cada paciente y de acuerdo al deber de confidencialidad; esto con base en el Artículo 3 de la Ley N°8968 de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales, y de la normativa vigente en el futuro.
- Asembis debe garantizar el derecho a la autodeterminación informativa de cada uno de sus pacientes, respecto a los datos que se incluyan en el ECE ASEMBIS, esto tomando en cuenta que se trata de un derecho fundamental establecido en el Artículo

4 de la Ley N°8968 de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales, y de la normativa vigente en el futuro.

- Asembis debe informar a sus pacientes, al solicitar sus datos, entre otros aspectos, los fines de la recolección, quienes podrán consultarla, el carácter obligatorio o facultativo de sus respuestas, el tratamiento que se le dará a los datos y las consecuencias de no suministrarlos; esto con base en el Artículo 5 de la Ley N°8968 de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales, y de la normativa vigente en el futuro.
- Asembis debe obtener el consentimiento escrito de la persona titular de los datos o de su representante, sobre el uso que se le dará a los mismos, ya sea a través de un documento físico o electrónico; esto con base en el Artículo 5 de la Ley N°8968 de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales, y de la normativa vigente en el futuro.
- Asembis debe garantizar que los datos incluidos en el ECE ASEMBIS sean actuales, veraces, exactos y adecuados; esto considerando el principio de calidad de la información, establecido en el Artículo 6 de la Ley N°8968 de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales, y de la normativa vigente en el futuro.
- Asembis debe garantizar a sus pacientes el derecho de rectificar, actualizar o eliminar los datos personales suministrados, cuando estos hayan sido tratados en desacato de lo establecido en la Ley N°8968 de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales, y de la normativa vigente en el futuro.
- Asembis debe adoptar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los datos personales que se incluyan en el ECE ASEMBIS, relativos a sus pacientes, de manera que se evite la alteración, pérdida o acceso no autorizado; esto con base en el Artículo 10 de la Ley N°8968 de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales, y de la normativa vigente en el futuro.

- Asembis debe apegarse al secreto profesional y demás legislación respecto a los datos proporcionados por los pacientes e incluidos en el ECE ASEMBIS, respetando la confidencialidad que estos poseen, según lo dispuesto en el Artículo 11 de la Ley N°8968 de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales, y de la normativa vigente en el futuro.
- Asembis debe establecer un protocolo de actuación para la recolección, almacenamiento y uso de los datos contenidos en los ECE ASEMBIS, el cual tiene que estar inscrito en la Agencia de Protección de Datos de los Habitantes (Prodhab); según lo dispuesto en el Artículo 12 de la Ley N°8968 de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales, y de la normativa vigente en el futuro.
- Asembis podrá transferir a otras entidades de interés el contenido de las bases de datos que alimentan a los ECE ASEMBIS, siempre y cuando se cuente con la autorización del titular de los datos y estos se utilicen en pro del bienestar de este, según lo dispuesto en el Artículo 14 de la Ley N°8968 de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales, y de la normativa vigente en el futuro.
- Los pacientes podrán denunciar ante la Prodhab, que las bases de datos que alimentan el ECE ASEMBIS actúan en contravención a la Ley N°8968 de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales; esto de acuerdo a lo establecido en la Sección III de la mencionada ley, y de la normativa vigente en el futuro.

#### **1.4.6 ACCESO A LA INFORMACIÓN**

- El ECE ASEMBIS debe almacenar la información de manera que se garantice el derecho de acceso por el interesado; esto con base en el Artículo 7 de la Ley N°8968 de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales, y de la normativa vigente en el futuro.
- Asembis debe permitir que los pacientes tengan acceso a su ECE ASEMBIS en el momento que lo requieran, de acuerdo a lo que establece el Artículo 1 de la Ley N°9097 de regulación del derecho de petición, y de la normativa vigente en el futuro.

- Asembis debe garantizar el derecho de acceso y reproducción del ECE ASEMBIS a sus pacientes, según lo dispuesto en el Artículo 2, inciso k), de la Ley N°8239 de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, y de la normativa vigente en el futuro.
- Los pacientes deben solicitar por escrito la información que requieran de su ECE ASEMBIS, indicando el nombre, número de identificación y firma, de acuerdo al Artículo 4 de la Ley N°9097 de regulación del derecho de petición, y de la normativa vigente en el futuro.
- Asembis debe responder las peticiones de información del ECE ASEMBIS en un plazo máximo de diez días hábiles, de acuerdo al Artículo 6 de la Ley N°9097 de regulación del derecho de petición, y de la normativa vigente en el futuro.
- Los pacientes podrán presentar reclamos o denuncias ante la Auditoría General de Servicios de Salud, cuando considere que su derecho de acceso y reproducción del ECE ASEMBIS haya sido violentado por ASEMBIS. Este proceso se desarrollará de acuerdo a lo estipulado en los Artículos 14 y 15 de la Ley N°8239 de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, y de la normativa vigente en el futuro.
- El ECE ASEMBIS debe estar disponible al médico a la fecha y hora en que se programó la cita de un paciente determinado, esto con el fin de asegurarle a la persona una atención puntual; según lo dispuesto en el Artículo 2, inciso g), de la Ley N°8239 de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, y de la normativa vigente en el futuro.

## 2. METODOLOGÍA DE APLICACIÓN DE LOS PROCESOS TÉCNICOS ARCHIVÍSTICOS AL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO

Es bien sabido, que cuando se considera la creación de un proyecto determinado, se requiere diseñar una metodología adecuada, la cual es importante porque en ella se describe de manera detallada cada uno de los procesos que van a permitir la consecución efectiva de dicho proyecto. Para el caso específico del ECE ASEMBIS, se contemplan siete procesos técnicos archivísticos a saber: identificación, captura, clasificación, descripción, acceso, disposición y trazabilidad, de los cuales se explica su desarrollo a continuación.

### 2.1 IDENTIFICACIÓN

#### 2.1.1 ANÁLISIS FUNCIONAL

Como se estableció anteriormente, Clínicas Asembis no posee una lista documentada que establezca las funciones que desempeña, ni a nivel general ni específico a cada uno de los departamentos que la conforman; es por ello, que, con base en una inferencia, se logró generar conocimiento de las labores que ejecuta la institución, para así poder desarrollar un análisis funcional en el que se identifique el contexto en el que surge el expediente clínico.

En la siguiente tabla se presenta la información correspondiente al organigrama funcional, en el cual se establece la función que desempeña cada una de las unidades que forman parte de la estructura orgánica de la institución.

**Tabla 1. Organigrama funcional de Clínicas Asembis**

UNIDADES	FUNCIONES
<b>Asamblea General</b>	Generar espacios de toma de decisiones, en los que se traten temas relativos al aumento de la productividad de la institución, a la mejora continua y a la satisfacción del cliente.
<b>Junta Directiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigir el quehacer de la institución hacia la cumplimentación de las metas e intereses de los clientes en concordancia con lo establecido por la Asamblea General.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer procedimientos orientados a la calidad en la atención que se brinda al paciente, a través del ofrecimiento de una atención médica integral acorde a sus necesidades.</li> </ul>
<b>Presidencia Ejecutiva</b>	Administrar y supervisar la ejecución adecuada de los procesos que permiten optimizar la atención que se brinda al paciente, mediante el uso de recursos que ayudan a satisfacer sus necesidades de salud.
<b>Asesoría Legal</b>	Brindar asesoría jurídica a los altos mandos, así como a las unidades que lo requieran, con el fin de permitir la consecución de los objetivos institucionales.
<b>Auditoría Externa</b>	Brindar criterios de auditoría que permitan supervisar el desarrollo de los procesos institucionales.
<b>Desarrollo Humano</b>	Gestionar el recurso humano de la institución, con el fin de asegurar la idoneidad de cada uno en el puesto que ejerce.
<b>Trabajo Social</b>	Beneficiar a la clase de escasos recursos de Costa Rica, mediante la aplicación de un estudio socioeconómico que permita otorgar exoneraciones parciales o totales en los diferentes servicios que se ofrecen en todas las sucursales.
<b>Gerencia General</b>	Administrar las actividades relativas a la productividad de la institución, con el fin de brindar un buen servicio a los pacientes.
<b>Auditoría Interna</b>	Brindar criterios de auditoría que permitan supervisar el desarrollo de los procesos institucionales.
<b>Gerencia Operaciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefe de Sucursales</li> <li>• Sucursales y Cirugías</li> </ul>	Brindar una atención médica de calidad a cada paciente.

<b>Gerencia Financiera</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contabilidad</li> <li>• Tesorería</li> <li>• Compras</li> <li>• Inventarios</li> </ul>	Supervisar los procesos financieros que se realizan en la institución, para garantizar un manejo adecuado de los recursos económicos.
<b>Gerencia Administrativa</b>	Administrar las actividades y los recursos relacionados con la consecución del quehacer diario de la institución.
<b>TI</b>	Suministrar la infraestructura tecnológica necesaria para la productividad de cada una de las unidades que conforman Clínicas Asembis.
<b>Mantenimiento</b>	Garantizar las condiciones adecuadas de las instalaciones físicas, tanto para el colaborador como para los pacientes.
<b>Mensajería</b>	Brindar servicios de mensajería.
<b>Seguridad</b>	Garantizar la seguridad del personal y de los pacientes, así como resguardar las instalaciones ante cualquier evento delictivo.
<b>Gerencia Comercial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact Center</li> <li>• Convenios</li> <li>• Nuevos Proyectos</li> <li>• Mercadeo</li> </ul>	Gestionar las estrategias de comercialización de los servicios que ofrece la institución a la población costarricense.
<b>Gerencia de Producción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio</li> </ul>	Controlar el proceso de producción de los lentes y los aros que adquieren los pacientes, de acuerdo a las especificaciones establecidas.

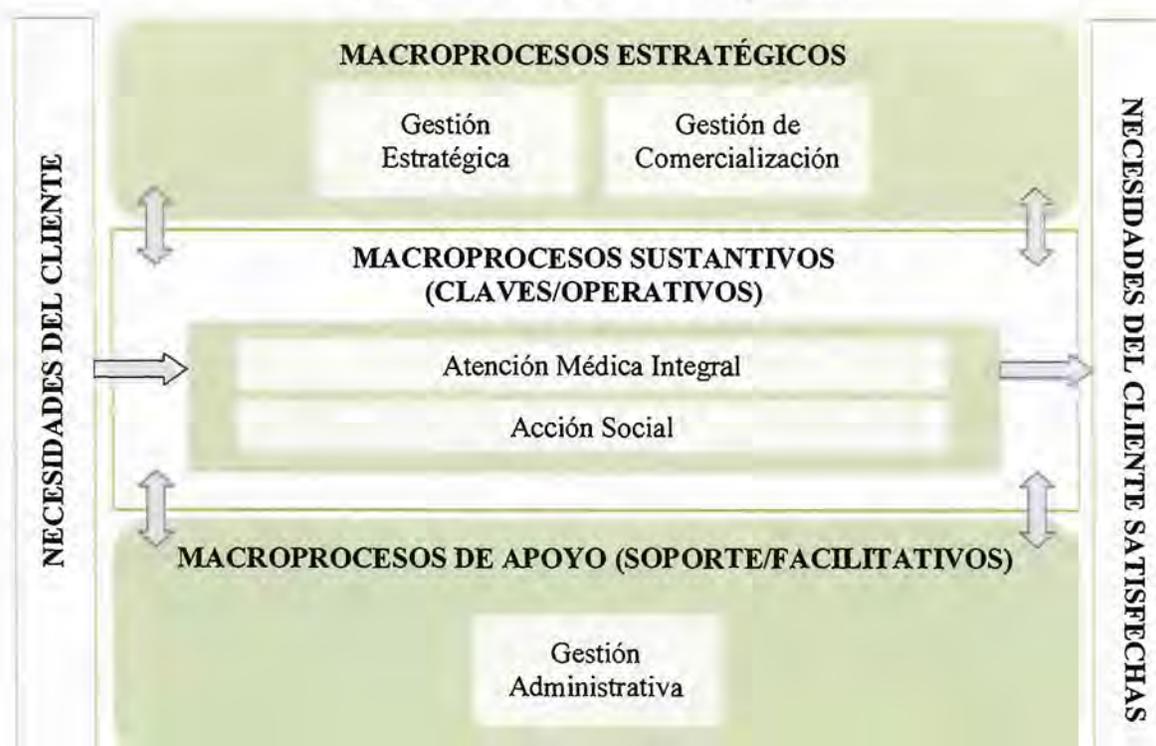
*Fuente: Elaboración propia.*

La información que brinda la tabla anterior refleja que el quehacer de Clínicas Asembis engloba distintas funciones que permiten cumplir su fin principal, es decir, ofrecer a cada paciente un servicio de salud que satisfaga sus necesidades y expectativas. De esta manera

hay labores que se pueden considerar como estratégicas, al mostrar hacia donde se dirige la institución; sustantivas, al referirse a sus objetivos específicos; y asesoras y administrativas, siendo estas últimas, las que coadyuvan a que las primeras se lleven a cabo, esta categorización se muestra en el Anexo 6.

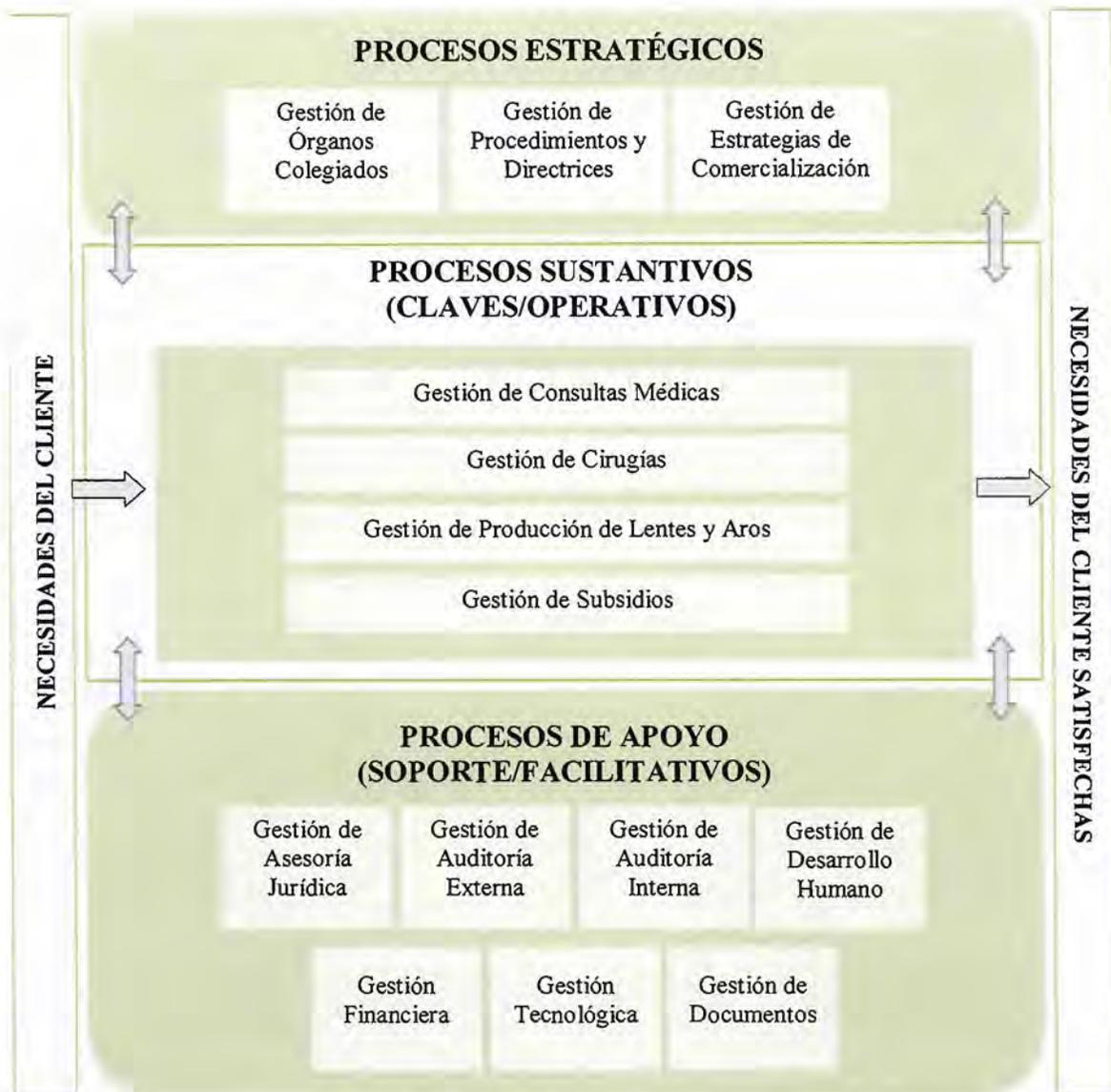
Así mismo, con el fin de orientar la gestión de documentos a un enfoque basado en procesos, las funciones identificadas permiten determinar cuáles son esos procesos que se desarrollan en cada área y los actores involucrados en ellos (Anexo 7). Cabe resaltar que, con base en la complejidad de un proceso, este se puede desglosar en diferentes niveles, siendo el nivel 0 los macroprocesos, el nivel 1 los procesos, y así sucesivamente hasta llegar hasta los más particulares, los siguientes diagramas muestran los mapas que grafican lo mencionado para Clínicas Asembis.

**Diagrama 2. Mapa de Macroprocesos**



*Fuente: Elaboración propia.*

Diagrama 3. Mapa de Procesos



*Fuente: Elaboración propia.*

### 2.1.2 EL PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL

Una vez identificados los procesos que llevan a Clínicas Asembis a cumplir sus objetivos, es posible determinar que en la ejecución del macroproceso “Atención Médica Integral”, es que se produce el expediente clínico; y con base en ello, desarrollar el cuadro relacional de procesos, actores y documentos, tal como se ve en seguida.

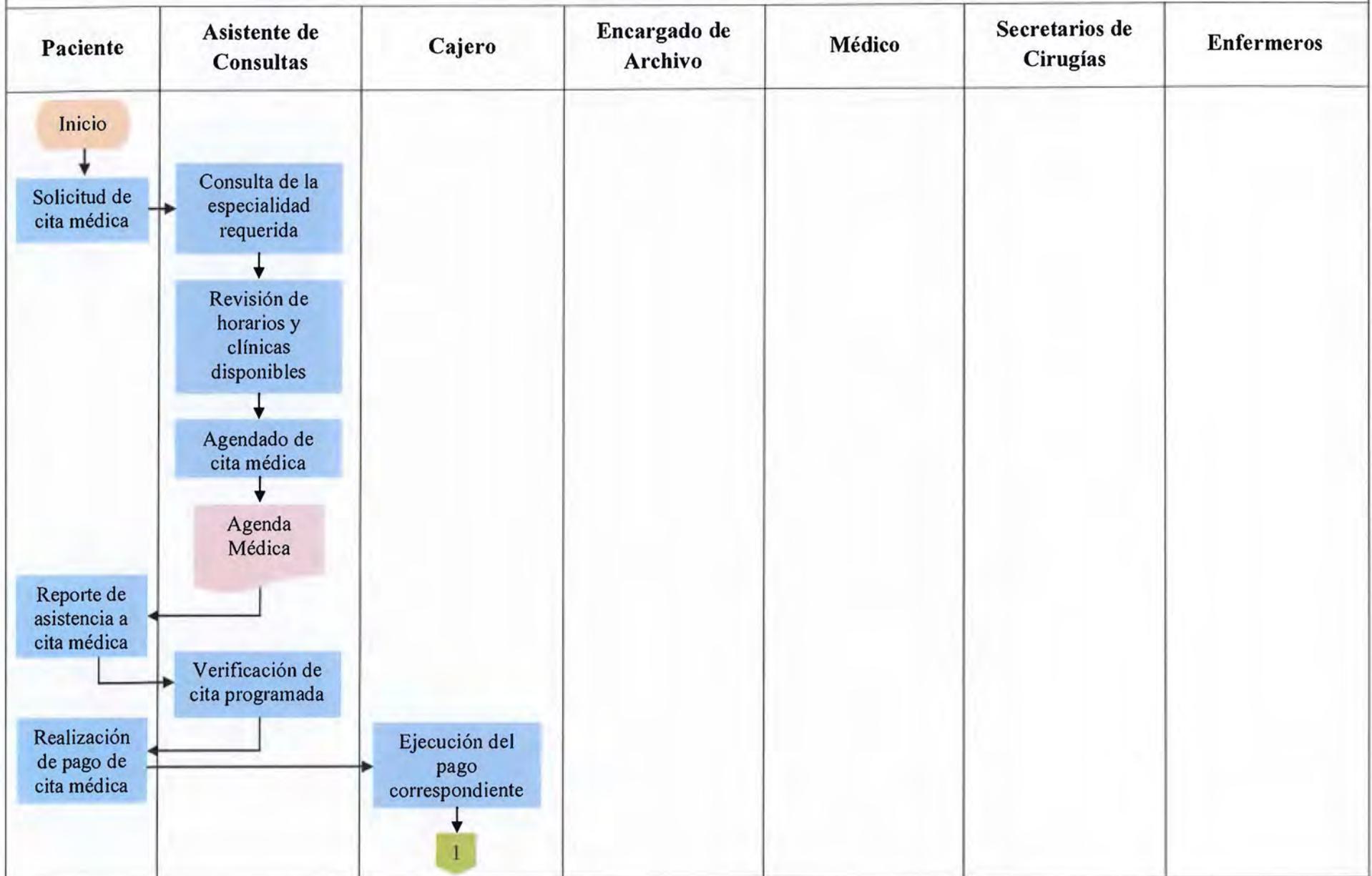
**Tabla 2. Cuadro relacional de procesos, actores y documentos**

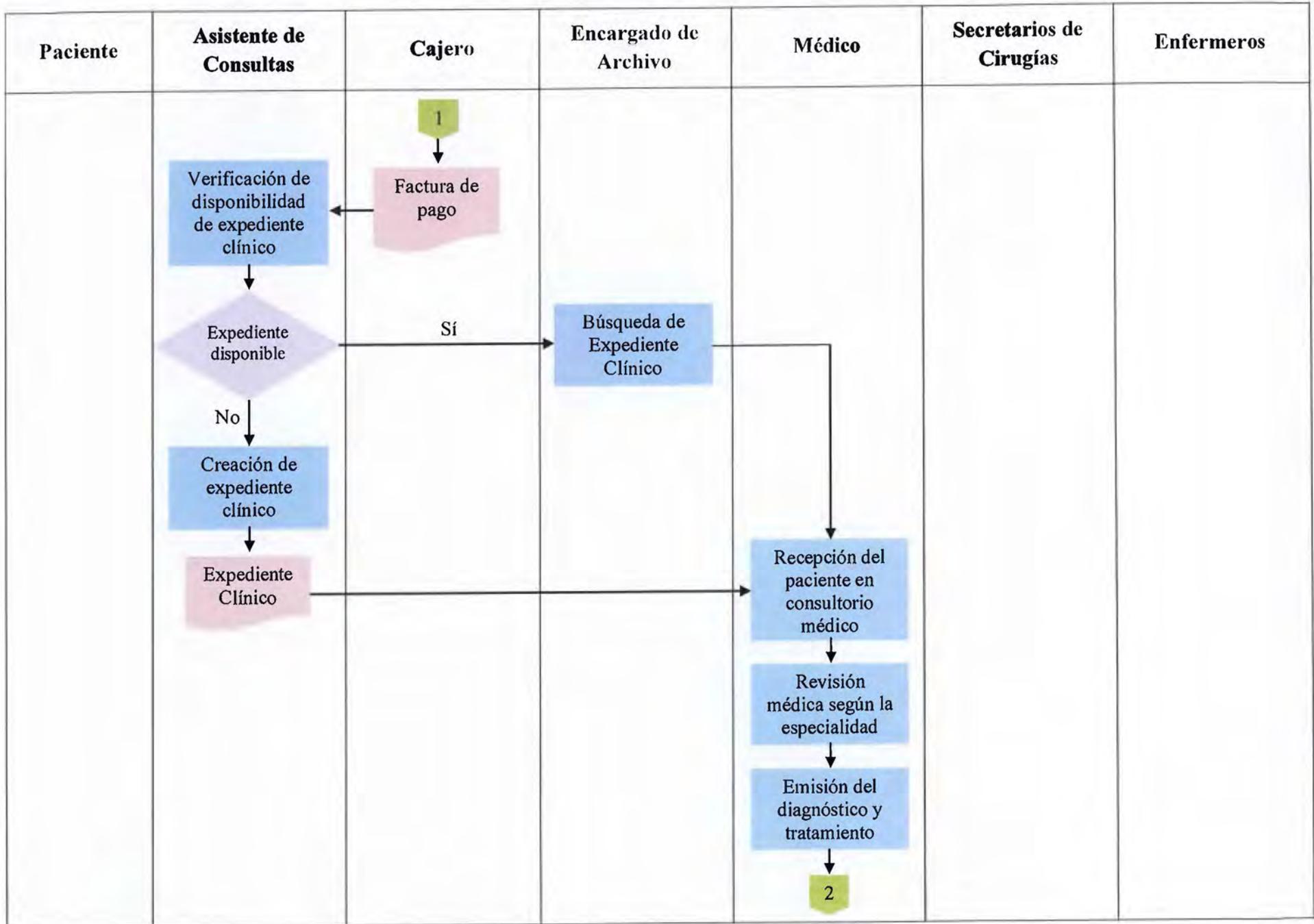
<b>Procesos Nivel 0</b>	<b>Procesos Nivel 1</b>	<b>Procesos Nivel 2</b>	<b>Actores</b>	<b>Documentos</b>
Atención médica integral	Gestión de consultas médicas	Programación de consultas médicas	Paciente Asistente de Consultas Agente de Call Center Encargado de Archivo Cajero Enfermeros Médicos	Agenda médica Expediente Clínico
		Consulta médica		
	Gestión de cirugías	Programación de cirugía	Paciente Asistente de Consultas Secretario de Consultas Encargado de Archivo Cajero Enfermeros Médicos	Agenda médica
		Cirugía		
		Control post-operatorio		

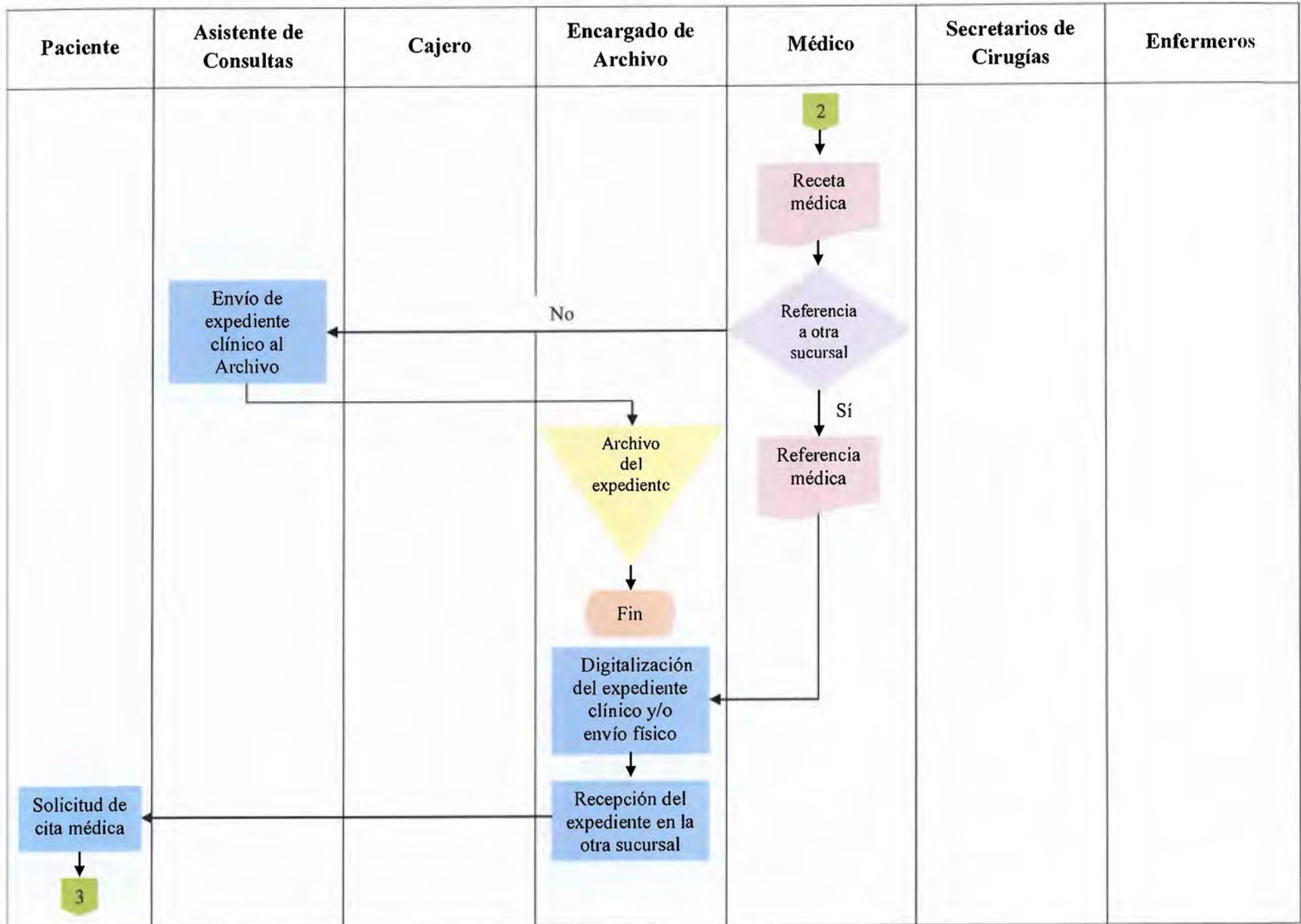
*Fuente: Elaboración propia*

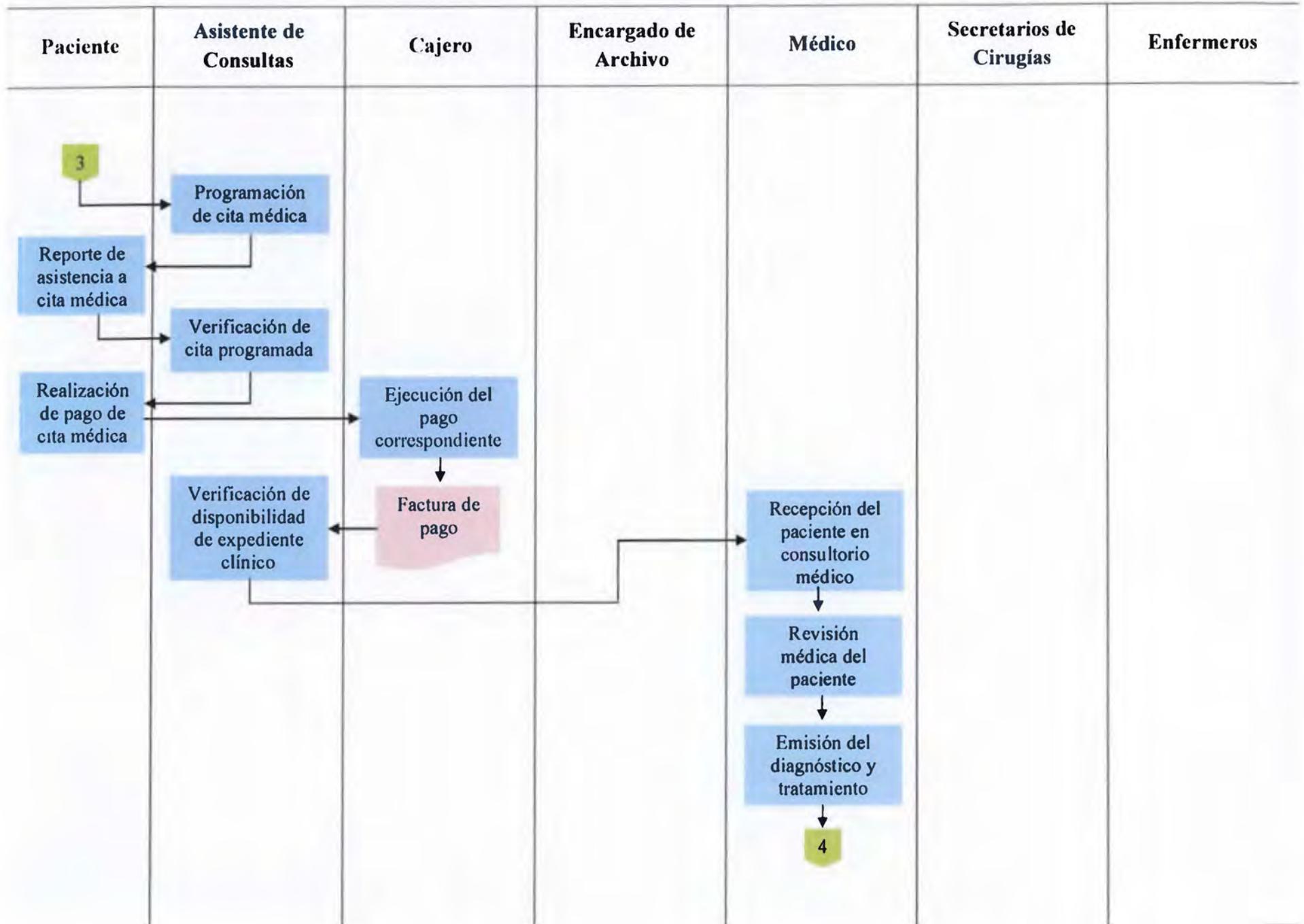
Tal como se puede extraer de la tabla anterior, el proceso de nivel 0 “Atención Médica Integral”, a pesar de parecer sencillo, comprende una serie de procesos de nivel 1 y 2 que, si representan una complejidad importante en su ejecución, ya que, como se ha dicho, compromete la salud y el bienestar de cada paciente. Ahora bien, dado que es un proceso, se sobreentiende que debe estar formado por una serie de proveedores, entradas, actividades, salidas y clientes, tal como se ve en el Anexo 8. El flujo de trabajo correspondiente se observa en el siguiente diagrama.

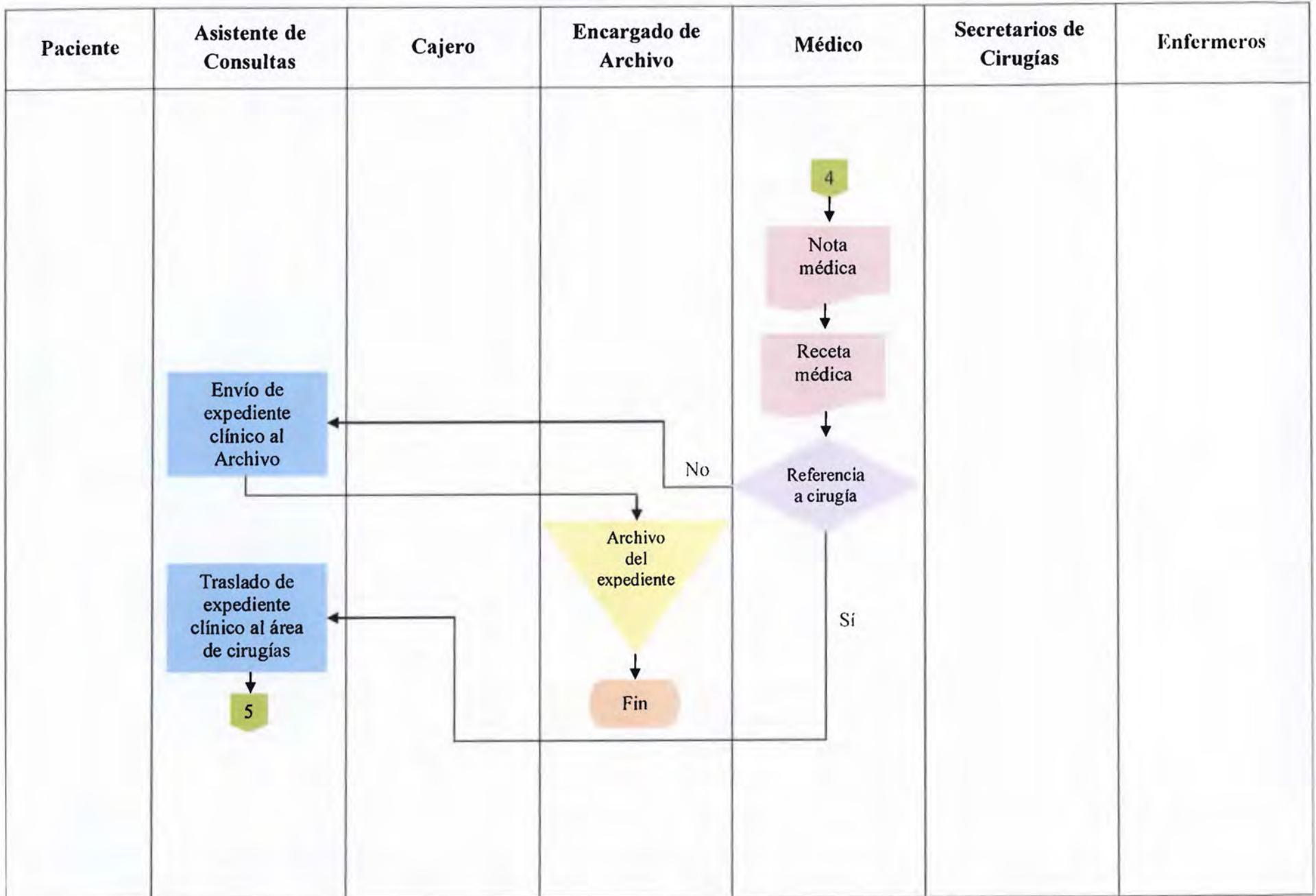
Diagrama 4. Proceso de Gestión de Citas Médicas

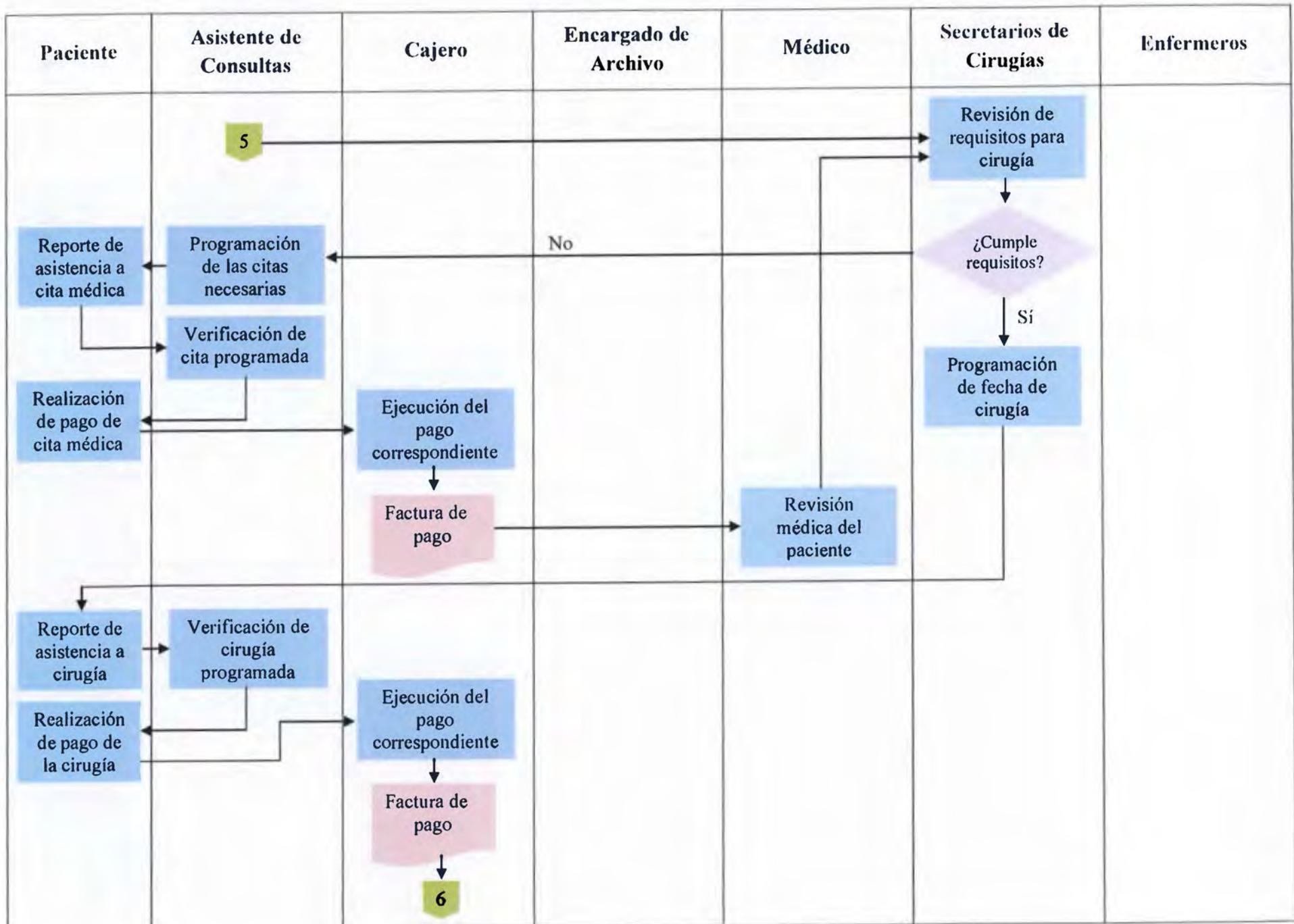














Es importante denotar, que el expediente clínico juega un papel primordial para la atención del paciente; sin embargo, como se refleja en el diagrama anterior, son muchas manos que tienen contacto con el expediente, como lo son las asistentes de consultas, médicos, encargados de archivo, mensajeros y en casos muy específicos hasta los administradores o algún otro colaborador de la institución que lo requiera para un trámite pertinente.

Ante esta situación, se necesita aplicar un cuidado adecuado de los expedientes, haciéndole ver a cada usuario, la importancia de esta serie documental, con el fin de controlar que el expediente se encuentre auténtico, íntegro, fiable y usable para la atención que se brinda.

## **2.2 CAPTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO**

La captura de los ECE ASEMBIS incluye la incorporación y registro de cada uno de los documentos que se producen y/o reciben como parte de la atención médica que se brinda a los pacientes. En seguida, se muestra la forma en que se desarrollarán estas etapas.

La incorporación se refiere a la decisión de qué documentos serán creados y capturados, así como al establecimiento de una relación entre estos y su contexto. Con el fin de que esto sea posible se deben normalizar algunos elementos que ayudarán a que la captura sea pertinente a las necesidades de la entidad. Por su parte, en el registro se formaliza este proceso al identificarlo.

Con base en lo anterior, cada expediente clínico debe poseer un identificador único que lo distinga de los demás. En el caso de Clínicas Asembis este elemento estará formado por el número de cédula de identidad, para los pacientes nacionales, o por el número de cédula de residencia o pasaporte, para los extranjeros. Para el registro de estos expedientes, se utilizará como título el nombre completo del paciente.

Como se indicó en el apartado anterior, los documentos contarán con un identificador único formado por las siglas de la institución, la especialidad médica, el tipo documental, el consecutivo y el año de creación; de manera que resulta vital estandarizar estos elementos para que no se determinen de forma arbitraria. A continuación, se presentan las Tablas 3 y 4, en las cuales se establece la forma que se generarán los diminutivos de las especialidades y de los tipos documentales, respectivamente.

**Tabla 3. Listado de especialidades médicas que producen documentos del ECE**

<b>Especialidad</b>	<b>Diminutivo</b>
Audiología	AU
Cardiología	CA
Dermatología	DE
Endocrinología	EN
Fisioterapia	FI
Ginecología	GI
Medicina General	MG
Medicina Interna	MI
Neurología	NE
Nutrición	NU
Obstetricia	OB
Oftalmología	OF
Optometría	OP
Ortopedia	OR
Otorrinolaringología	OT
Psicología	PC
Psiquiatría	PQ
Terapia de lenguaje	TL
Terapia respiratoria	TR
Urología	UR

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 4. Listado de tipos documentales que conforman el ECE ASEMBIS**

<b>Tipo documental</b>	<b>Diminutivo</b>
Audiograma Clínico	AUC
Certificado de Garantía	CEG
Control de Crecimiento Fetal	CCF
Ficha de Identificación Ginecológica	FIG
Informe de Cardiología	ICA
Informe de Dermatología	IDE
Informe de Endocrinología	IEN
Informe de Fisioterapia	IFI
Informe de Medicina General	IMG
Informe de Medicina Interna	IMI
Informe de Neurología	INE
Informe de Nutrición	INU
Informe de Oftalmología	IOF

Informe de Optometría	IOP
Informe de Ortopedia	IOR
Informe de Otorrinolaringología	IOT
Informe de Psicología	IPC
Informe de Psiquiatría	IPQ
Informe de Terapia de lenguaje	ITL
Informe de Terapia respiratoria	ITR
Informe de Urología	IUR
Informe de Lentes de Contacto	ILC
Consentimiento Informado	COI
Nota Transoperatoria de Enfermería	NTE

*Fuente: Elaboración propia.*

Aunado a lo anterior, se debe resaltar la relevancia que posee el hecho de que este elemento sea automático, garantizando así que no pueda ser modificado y que se respete el orden de los elementos que componen el identificador único y las siglas establecidas, ya que esto va a permitir no sólo que se normalice el proceso de captura de los documentos, sino también que se facilite la recuperación de la información.

Teniendo en cuenta lo expuesto, para que Clínicas Asembis pueda crear documentos que evidencien los tratamientos médicos aplicados a sus pacientes, se deben normalizar las plantillas de cada una de las especialidades. Para ello, tal como se apreció en el capítulo 3, la institución cuenta con diversos formularios utilizados con este fin; sin embargo, posterior al análisis presentado, estos instrumentos se rediseñaron, con el objetivo de que cuenten con toda la información necesaria. A continuación, se presenta la nueva versión de dichos formularios, así como una explicación de la forma en la que se debe completar.

#### • **AUDIOGRAMA CLÍNICO**

El servicio de audiolología se enfoca en brindar al paciente una solución a sus problemas auditivos, para ello, se realizan estudios que permiten identificar el grado de deterioro que se posee, y así implementar el plan a seguir para lograr mejoría. Principalmente, se opta por la creación de un audífono, el cual permite que el paciente sea capaz de escuchar de forma clara. Ahora bien, para completar este proceso, se inicia con la realización de una audiometría clínica, la cual detecta el nivel de deterioro mencionado, para proseguir con la confección del audífono que se requiere.

## Formulario 1. Audiograma Clínico

	<p>Visítenos en          Alajuela—Aranjuez—Cartago—Desamparados          Guadalupe—Guápiles—Heredia—Liberia          Pérez Zeledón—San José Centro—Ciudad Quesada</p> <p>Consulta de servicios y citas          2285-5881          www.asembis.org</p>																																														
	<p style="text-align: center;"><b>AUDIOLOGÍA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Audiograma Clínico</b></p>																																														
FECHA <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">XXXX</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">XX</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">XX</td> </tr> </table>	XXXX	XX	XX	ASEMBIS-AU-AUC-XX-XXXX																																											
XXXX	XX	XX																																													
<p><b>DATOS PERSONALES DEL PACIENTE</b></p> <hr/>																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">NOMBRE COMPLETO</td> <td colspan="2">NACIONALIDAD</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">PRIMER APELLIDO</td> <td style="width: 25%;">SEGUNDO APELLIDO</td> <td style="width: 25%;">NOMBRE</td> <td colspan="2" style="text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA DE NACIMIENTO</td> <td>EDAD</td> <td>SEXO</td> <td>ESTADO CIVIL</td> <td>Nº DE IDENTIFICACIÓN</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 30px;" type="text"/> AÑO           <input style="width: 30px;" type="text"/> MES           <input style="width: 30px;" type="text"/> DIA         </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 30px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>OCUPACIÓN</td> <td>TELÉFONO 1</td> <td>TELÉFONO 2</td> <td colspan="3">CORREO ELECTRÓNICO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 30px;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 30px;" type="text"/> </td> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="6">DIRECCIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> </table>		NOMBRE COMPLETO			NACIONALIDAD		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	<input style="width: 100%;" type="text"/>		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	Nº DE IDENTIFICACIÓN	<input style="width: 30px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 30px;" type="text"/> MES <input style="width: 30px;" type="text"/> DIA	<input style="width: 30px;" type="text"/>	OCUPACIÓN	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO			<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>			DIRECCIÓN						<input style="width: 100%;" type="text"/>									
NOMBRE COMPLETO			NACIONALIDAD																																												
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																												
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	Nº DE IDENTIFICACIÓN																																										
<input style="width: 30px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 30px;" type="text"/> MES <input style="width: 30px;" type="text"/> DIA	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																																										
OCUPACIÓN	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO																																												
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																												
DIRECCIÓN																																															
<input style="width: 100%;" type="text"/>																																															
<p><b>HISTORIA CLÍNICA</b></p> <hr/>																																															
ANTECEDENTES																																															
HEREDO FAMILIARES <input style="width: 100%;" type="text"/>	QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS <input style="width: 100%;" type="text"/>	GINECO OBSTRÉTICOS <input style="width: 100%;" type="text"/>																																													
PADECIMIENTOS																																															
<input style="width: 100%;" type="text"/>																																															
<p style="background-color: #4CAF50; color: white; padding: 5px; margin-top: 10px;">Versión 2.0</p>																																															

### ATENCIÓN AUDIOLÓGICA Y DIAGNÓSTICO

---

**Oído Derecho**

	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	Hz
-10										
0										
10										
20										
30										
40										
50										
60										
70										
80										
90										
100										
110										
120										

dB      Zona del lenguaje

**Oído Izquierdo**

	125	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	Hz
-10										
0										
10										
20										
30										
40										
50										
60										
70										
80										
90										
100										
110										
120										

dB      Zona del lenguaje

**Weber**

200	1000	2000	4000

**Audiometría Vocal**

100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
-10	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45
50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100

dB

**Discriminación**

OD:

OI:

PTOD:     PTOI:

SRTOD:     SRTOI:

Otoscopia OD:

Dx Audiología OD:

Observaciones:

Médico:

Código de colegiado:

Firma:

Versión 2.0

*Fuente: Elaboración propia con base en los formularios oficiales de Clínicas ASEMBIS*

La estructura del audiograma clínico anterior, inicia con los datos relativos a la fecha en que se crea el documento, así como la nomenclatura del mismo, que se generan automáticamente. Aunado a esto, se divide en cuatro secciones: datos personales, historia clínica, atención audiológica y diagnóstico, y autenticidad.

En la primera de ellas, se debe comenzar indicando la nacionalidad del paciente, ya que, si este es costarricense, se habilita la opción de importar datos del Registro Civil, para lo cual se debe ingresar el número de identificación de la persona y de esta manera se obtiene automáticamente la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, edad, sexo y estado civil; mientras que, la ocupación, teléfonos, correo electrónico y dirección, se obtienen de la ficha de identificación. Ahora bien, en el caso de los pacientes extranjeros, todos los campos se llenarán manualmente.

Por su parte, la historia clínica, está conformada por antecedentes, tales como heredo familiares, quirúrgicos y traumáticos, y gineco obstétricos, y padecimientos; toda esta información siempre estará disponible, por lo que debe ser corroborada y actualizada por el médico tratante.

Para la atención audiológica y diagnóstico, el profesional de la salud completará los campos de acuerdo a los resultados de la prueba que realiza. Finalmente, en el apartado de autenticidad, el doctor se debe identificar ingresando su nombre, código de colegiado, y firma digital.

- **CERTIFICADO DE GARANTÍA**

Como parte del proceso de audiología, explicado en el punto anterior, se crea un certificado de garantía al entregar el audífono al paciente, con el fin de asegurar que se pueda modificar este dispositivo en caso de falla, siempre que se encuentre dentro del plazo establecido.

Este insumo inicia con los datos relativos a la fecha en que se crea el documento, así como la nomenclatura del mismo, que se generan automáticamente. Además, cuenta con campos relativos al plazo de garantía, a los datos de la persona (nombre completo, dirección y teléfonos); y del aparato auditivo (modelo, serie y pila) y a las fechas de venta y entrega.

## Formulario 2. Certificado de Garantía



Visítenos en  
 Alajuela—Aranjuez—Cartago—Desamparados  
 Guadalupe—Guápiles—Heredia—Liberia  
 Pérez Zeledón—San José Centro—Ciudad Quesada

☎ Consulta de servicios y citas  
**2285-5881**  
[www.asembis.org](http://www.asembis.org)

**AUDIOLÓGIA**

**Certificado de Garantía**

FECHA:

ASEMBIS-AU-CEG-XX-XXXX

Con el firme propósito de atender las necesidades de las personas con problemas auditivos, nuestro objetivo es ser los mejores, por ello ASEMBIS combina el profesionalismo y atención personalizada al cliente y le otorga una garantía de  sobre el audífono o (os), dicha garantía empieza a ser efectiva desde la fecha de entrega.

La garantía responde a defectos de fabricación o del material empleado en la construcción. Quedan excluidos el desgaste de pilas, derrames químicos y sus efectos, desgaste por uso y daños mecánicos que responden a una manipulación inapropiada del aparato.

El derecho de garantía queda anulado si usted realiza reparaciones por sí mismo o permite que personas no autorizadas las realicen.

Nombre del cliente	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Dirección	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Teléfono 1	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Teléfono 2	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Modelo	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Serie	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Pila	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha de venta	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha de entrega	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Versión 2.0

*Fuente: Elaboración propia con base en los formularios oficiales de  
Clínicas ASEMBIS.*

- **INFORME CLÍNICO DE MEDICINA GENERAL**

En este servicio, se busca tratar al paciente de manera integral, atendiendo todo tipo de dolencias y malestares, con el fin de indicar un plan médico a seguir para aplacar cada una de las afecciones que presenta el paciente. Sin embargo, cabe rescatar, que este formulario se puede utilizar para la atención en diferentes áreas, como lo son: cardiología, dermatología, endocrinología, fisioterapia, medicina general, medicina interna, neurología, nutrición, ortopedia, psicología, psiquiatría, terapia de lenguaje, terapia respiratoria y urología; cambiando únicamente la sigla correspondiente a la especialidad.

La estructura de este informe clínico, inicia con los datos relativos a la fecha en que se crea el documento, así como la nomenclatura del mismo, que se generan automáticamente. Aunado a esto, se divide en cuatro secciones: datos personales, historia clínica, atención y diagnóstico, y autenticidad.

En la primera de ellas, se debe comenzar indicando la nacionalidad del paciente, ya que, si este es costarricense, se habilita la opción de importar datos del Registro Civil, para lo cual se debe ingresar el número de identificación de la persona y de esta manera se obtiene automáticamente la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, edad, sexo y estado civil; mientras que, la ocupación, teléfonos, correo electrónico y dirección, se obtienen de la ficha de identificación. Ahora bien, en el caso de los pacientes extranjeros, todos los campos se llenarán manualmente.

Por su parte, la historia clínica, está conformada por antecedentes, tales como heredo familiares, quirúrgicos y traumáticos, y gineco obstétricos, y padecimientos; toda esta información siempre estará disponible, por lo que debe ser corroborada y actualizada por el médico tratante.

Para la atención correspondiente a la especialidad médica que se trate, el médico registrará los síntomas, resultados de exámenes físicos realizados, así como el plan a recomendar para la mejoría del paciente. Finalmente, en el apartado de autenticidad, el doctor se debe identificar ingresando su nombre, código de colegiado, y firma digital.

## Formulario 3. Informe de Medicina General

Visítenos en  
 Alajuela—Aranjuez—Cartago—Desamparados  
 Guadalupe—Guápiles—Heredia—Liberia  
 Pérez Zeledón—San José Centro—Ciudad Quesada

Consulta de servicios y citas  
**2285-5881**  
[www.asembis.org](http://www.asembis.org)

**MEDICINA GENERAL**

**Informe Clínico**

FECHA XXXX XX XX ASEMBIS-MG-IMG-XX-XXXX

**DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

---

<b>NOMBRE COMPLETO</b>			<b>NACIONALIDAD</b>		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N° DE IDENTIFICACIÓN</b>
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> DIA	—	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>OCUPACIÓN</b>	<b>TELÉFONO 1</b>	<b>TELÉFONO 2</b>		<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<b>DIRECCIÓN</b>					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					

**HISTORIA CLÍNICA**

---

**ANTECEDENTES**

HEREDO FAMILIARES	QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS	GINECO OBSTRÉTICOS
-------------------	---------------------------	--------------------

**PADECIMIENTOS**

Versión 2.0

ATENCIÓN MÉDICA Y DIAGNÓSTICO	
<b>MOTIVO DE LA CONSULTA:</b>	<input type="text"/>
<b>EXAMEN FISICO:</b>	<input type="text"/>
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<input type="text"/>
<b>PLAN:</b>	<input type="text"/>
Médico:	<input type="text"/>
Código de colegiado:	<input type="text"/>
Firma:	<input type="text"/>
Versión 2.0	

*Fuente: Elaboración propia con base en los formularios oficiales de  
Clínicas ASEMBIS.*

- **INFORME LENTES DE CONTACTO**

El servicio de oftalmología cuenta con diversas áreas, entre ellas se encuentra los lentes de contacto, los cuales son adquiridos por quienes quieren reemplazar el antejo tradicional o por aquellos pacientes que lo necesitan, al tener una graduación elevada que implicaría utilizar un antejo con un lente muy grueso.

La estructura del formulario de lentes de contacto, inicia con los datos relativos a la fecha en que se crea el documento, así como la nomenclatura del mismo, que se generan automáticamente. Aunado a esto, se divide en cinco secciones: datos personales, historia clínica, atención y diagnóstico, control y autenticidad.

En la primera de ellas, se debe comenzar indicando la nacionalidad del paciente, ya que, si este es costarricense, se habilita la opción de importar datos del Registro Civil, para lo cual se debe ingresar el número de identificación de la persona y de esta manera se obtiene automáticamente la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, edad, sexo y estado civil; mientras que, la ocupación, teléfonos, correo electrónico y dirección se obtienen de la ficha de identificación. Ahora bien, en el caso de los pacientes extranjeros, todos los campos se llenarán manualmente.

Por su parte, la historia clínica, está conformada por antecedentes, tales como heredo familiares, quirúrgicos y traumáticos, y gineco obstétricos, y padecimientos; toda esta información siempre estará disponible, por lo que debe ser corroborada y actualizada por el médico tratante.

Para la atención médica, el profesional de la salud registrará el motivo de la consulta, la información del lente que utiliza el paciente y los resultados de la prueba realizada, así como la receta de lentes de contacto recomendada. En suma, se indica el plazo en que se llevarán a cabo los controles pertinentes (el campo fecha y número de control se generan de forma automática). Finalmente, en el apartado de autenticidad, el doctor se debe identificar ingresando su nombre, código de colegiado, y firma digital.

## Formulario 4. Lentes de Contacto

Visítenos en  
 Alajuela—Aranjuez—Cartago—Desamparados  
 Guadalupe—Guápiles—Heredia—Liberia  
 Pérez Zeledón—San José Centro—Ciudad Quesada

Consulta de servicios y citas  
**2285-5881**  
[www.asembis.org](http://www.asembis.org)

**OFTALMOLOGÍA**

**Informe de Lentes de Contacto**

FECHA    ASEMBIS-OF-ILC-XX-XXXX

**DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

NOMBRE COMPLETO			NACIONALIDAD		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	N° DE IDENTIFICACIÓN
<input type="text" value="AÑO"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="DIA"/>		—	▼	▼	<input style="width: 100%;" type="text"/>
OCUPACIÓN	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	—	—	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
DIRECCIÓN					
<input style="width: 100%;" type="text"/>					

**HISTORIA CLÍNICA**

ANTECEDENTES

HEREDO FAMILIARES	QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS	GINECO OBSTÉTRICOS
-------------------	---------------------------	--------------------

PADECIMIENTOS

Versión 2.0

## ATENCIÓN MÉDICA Y DIAGNÓSTICO

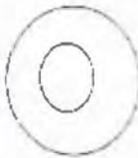
MOTIVO DE LA CONSULTA :

RX en uso

	ESF	CIL	EJE	ADD	PRISMA	CB	$\varnothing$
OD:							
OI:							

Refracción Total

	AVSC	ESF	CIL	EJE	ADD	AVSC
OD:						
OI:						

BUT:	<input style="width: 100%;" type="text"/>			BUT:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Schimmer:	<input style="width: 100%;" type="text"/>			Schimmer:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
$\varnothing$ H:	<input style="width: 100%;" type="text"/>			$\varnothing$ H:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
K:	<input style="width: 100%;" type="text"/>			K:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Astig:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Ave K:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Astig:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Ave K:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Receta de Lentes de Contacto

	CB	ESF	CIL	EJE	$\varnothing$	$\varnothing$ zo	CPP	TIPO
OD:								
OI:								

Observaciones:

Adaptación:

Control en:

Médico

Código de colegiado:

Firma:

CONTROL							
Fecha:	XXXX	XX	XX	Control N°:	X	Horas de uso:	XX
PX refiere:							
Posición, Fluorograma, Movimiento, Cornea y Anexos							
							
	AVSC	S/RX	ESF	CIL	E/E	ADD	AVSC
OD:							
OI:							
Observaciones:							
Plan:							
Fecha:	XXXX	XX	XX	Control N°:	X	Horas de uso:	XX
PX refiere:							
Posición, Fluorograma, Movimiento, Cornea y Anexos							
							
	AVSC	S/RX	ESF	CIL	E/E	ADD	AVSC
OD:							
OI:							
Observaciones:							
Plan:							
Versión 2.0							

OBSERVACIONES PARA EL PACIENTE DE LENTES DE CONTACTO	
<p>El uso de Lentes de Contacto aumenta las posibilidades de contraer afectaciones que pueden dañar la estructura ocular. Los Lentes de Contacto no utilizados de acuerdo a las pautas de instrucción pueden ocasionar severos daños en las estructuras oculares y en la visión (incluso producir ceguera).</p> <p>Sus efectos por mal manejo (horas de reemplazo y de uso) también pueden comprometer la salud general del paciente. En usuarios de Lentes de Contacto, en los cuales por razones laborales, deportivas o cualquiera otra índole, su seguridad y la de terceros dependen de una buena visión, cuidados y preocupaciones de uso, deberán ser muy minuciosos, el usuario deberá por lo tanto adoptar las medidas de precaución adicionales que correspondan.</p>	
Médico:	<input type="text"/>
Código de colegiado:	<input type="text"/>
Firma:	<input type="text"/>
Versión 2.0	

*Fuente: Elaboración propia con base en los formularios oficiales de Clínicas ASEMBIS.*

- **INFORME CLÍNICO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

La especialidad de otorrinolaringología se encarga de tratar molestias relacionadas con los oídos, la nariz, la boca, la faringe y el cuello. Cabe mencionar que se relaciona con las áreas de radiología y audiología, con el fin de detectar de forma mucho más exacta aquellos padecimientos relacionados con los oídos.

La estructura de este informe clínico, inicia con los datos relativos a la fecha en que se crea el documento, así como la nomenclatura del mismo, que se generan automáticamente. Aunado a esto, se divide en cuatro secciones: datos personales, historia clínica, atención médica y diagnóstico y autenticidad.

En la primera de ellas, se debe comenzar indicando la nacionalidad del paciente, ya que si este es costarricense, se habilita la opción de importar datos del Registro Civil, para lo cual se debe ingresar el número de identificación de la persona y de esta manera se obtiene automáticamente la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, edad, sexo y estado civil; mientras que, la ocupación, teléfonos, correo electrónico y dirección, se obtienen de la ficha de identificación. Ahora bien, en el caso de los pacientes extranjeros, todos los campos se llenarán manualmente.

Por su parte, la historia clínica, está conformada por antecedentes, tales como heredo familiares, quirúrgicos y traumáticos, y gineco obstétricos, y padecimientos; toda esta información siempre estará disponible, por lo que debe ser corroborada y actualizada por el médico tratante.

Para la atención médica, el profesional de la salud registrará la enfermedad actual, el examen físico que se practica al paciente, las ayudas diagnósticas, el diagnóstico final y el tratamiento necesario para atender la molestia que se presente. Finalmente, en el apartado de autenticidad, el doctor se debe identificar ingresando su nombre, código de colegiado, y firma digital.

## Formulario 5. Informe Clínico de Otorrinolaringología

**Visítenos en**  
 Alajuela—Aranjuez—Cartago—Desamparados  
 Guadalupe—Guápiles—Heredia—Liberia  
 Pérez Zeledón—San José Centro—Ciudad Quesada

Consulta de servicios y citas  
**2285-5881**  
[www.asembis.org](http://www.asembis.org)

**OTORRINOLARINGOLOGÍA**

**Informe Clínico**

FECHA    ASEMBIS-OT-IOT-XX-XXXX

**DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

---

NOMBRE COMPLETO			NACIONALIDAD	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	Nº DE IDENTIFICACIÓN
<input type="text" value="AÑO"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="DIA"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>
OCUPACIÓN	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	
DIRECCIÓN				
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				

**HISTORIA CLÍNICA**

---

ANTECEDENTES

HEREDO FAMILIARES	QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS	GINECO OBSTRÉTICOS
-------------------	---------------------------	--------------------

PADECIMIENTOS

Versión 2.0

ATENCIÓN MÉDICA Y DIAGNÓSTICO	
<b>MOTIVO DE LA CONSULTA</b>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<b>EXAMEN FÍSICO</b>	
Oído Izquierdo	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Oído Derecho	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nariz	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Boca	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Faringe	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Cuello	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Laringoscopia Indirecta	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Neu ológico	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>AYUDAS DIAGNÓSTICAS</b>	
Audiometría	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Logo Audiometría	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Impedanciometría	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Radiología	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>PLAN</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Control en:</b> <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	<b>Médico:</b> <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> <b>Código de colegiado:</b> <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> <b>Firma:</b> <input style="width: 80%; height: 40px;" type="text"/>
<b>Versión 2.0</b>	

*Fuente: Elaboración propia con base en los formularios oficiales de Clínicas ASEMBIS.*

- **INFORME CLÍNICO DE OFTALMOLOGÍA**

El servicio de oftalmología, es uno de los más complejos que posee Clínicas Asembis, ya que, por medio de él, no sólo se detectan afecciones en los ojos, sino que también brinda la posibilidad de realizar diversas cirugías para tratar o erradicar de manera parcial o total la enfermedad, dentro de ellas se encuentran: catarata plegable o extracapsular, cirugía lásik, pterigión con injerto, glaucoma y retina, entre otros.

La estructura de este informe clínico, inicia con los datos relativos a la fecha en que se crea el documento, así como la nomenclatura del mismo, que se generan automáticamente. Aunado a esto, se divide en cuatro secciones: datos personales, historia clínica, atención médica y diagnóstico y autenticidad.

En la primera de ellas, se debe comenzar indicando la nacionalidad del paciente, ya que, si este es costarricense, se habilita la opción de importar datos del Registro Civil, para lo cual se debe ingresar el número de identificación de la persona y de esta manera se obtiene automáticamente la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, edad, sexo y estado civil; mientras que, la ocupación, teléfonos, correo electrónico y dirección, se obtienen de la ficha de identificación. Ahora bien, en el caso de los pacientes extranjeros, todos los campos se llenarán manualmente.

Por su parte, la historia clínica, está conformada por antecedentes, tales como heredo familiares, quirúrgicos y traumáticos, y gineco obstétricos, y padecimientos; toda esta información siempre estará disponible, por lo que debe ser corroborada y actualizada por el médico tratante.

Para la atención médica, el profesional de la salud comenzará la consulta indagando sobre aspectos básicos relacionados con la salud visual del paciente, tales como: realización de exámenes previos, tratamientos actuales y enfermedades; seguidamente, indica el motivo de la consulta, y completa la información relativa al examen oftalmológico, el diagnóstico y el tratamiento. Finalmente, en el apartado de autenticidad, el doctor se debe identificar ingresando su nombre, código de colegiado, y firma digital.

## Formulario 6. Informe Clínico de Oftalmología



Visítenos en  
 Alajuela—Aranjuez—Cartago—Desamparados  
 Guadalupe—Guápiles—Heredia—Liberia  
 Pérez Zeledón—San José Centro—Ciudad Quesada  
 ☎ Consulta de servicios y citas  
**2285-5881**  
[www.asembis.org](http://www.asembis.org)

## OFTALMOLOGÍA

## Informe Clínico

FECHA

XXXX	XX	XX
------	----	----

ASEMBIS-OF-IOF-XX-XXXX

## DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

## NOMBRE COMPLETO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE

## NACIONALIDAD

## FECHA DE NACIMIENTO

## EDAD

## SEXO

## ESTADO CIVIL

## N° DE IDENTIFICACIÓN

AÑO	MES	DÍA
-----	-----	-----

—
---

—
---

—
---

—
---

## OCUPACIÓN

## TELÉFONO 1

## TELÉFONO 2

## CORREO ELECTRÓNICO

—
---

—
---

—
---

—
---

## DIRECCIÓN

—
---

## HISTORIA CLÍNICA

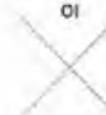
## ANTECEDENTES

HEREDO FAMILIARES

QUIRÚRGICOS Y  
TRAUMÁTICOSGINECO  
OBSTRÉTICOS

## PADECIMIENTOS

—
---

ATENCIÓN MÉDICA Y DIAGNÓSTICO			
El paciente ha sido examinado anteriormente de los ojos	<input type="text"/>	Tiene actualmente tratamiento en los ojos	<input type="text"/>
Este es el primer examen oftalmológico	<input type="text"/>	Enfermedades anteriores en los ojos	<input type="text"/>
Fecha aproximada del último examen	<input type="text"/>	Glaucoma	<input type="text"/>
MOTIVO DE LA CONSULTA	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
EXPLORACION ANEXOS	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Pupilas:	Proteccion de Luz	OD 	OI 
Lámpara de hendidura:			
Tensión Ocular: OD:			
OS:			
Fondo Ocular:			
DIAGNÓSTICO	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
TRATAMIENTO	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Médico:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Código de colegiado:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Firma:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Versión 2.0			

*Fuente: Elaboración propia con base en los formularios oficiales de Clínicas ASEMBIS.*

## • CONTROL DE CRECIMIENTO FETAL

El servicio de obstetricia se encarga de controlar cada una de las etapas del período de gestación de una mujer, es decir, incluye los controles mensuales del embarazo, en los que se monitorea la salud de la madre y del bebé, y el parto. Así mismo, se encarga de atender cualquier tipo de complicación que se pueda presentar en este proceso.

La estructura inicia con los datos relativos a la fecha en que se crea el documento, así como la nomenclatura del mismo, que se generan automáticamente. Aunado a esto, se divide en cuatro secciones: datos personales, historia clínica, atención médica y autenticidad.

En la primera de ellas, se debe comenzar indicando la nacionalidad de la paciente, ya que, si esta es costarricense, se habilita la opción de importar datos del Registro Civil, para lo cual se debe ingresar el número de identificación de la persona y de esta manera se obtiene automáticamente la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, edad, sexo y estado civil; mientras que, la ocupación, teléfonos, correo electrónico y dirección, se obtienen de la ficha de identificación. Ahora bien, en el caso de las pacientes extranjeras, todos los campos se llenarán manualmente.

Por su parte, la historia clínica, está conformada por antecedentes heredo familiares, quirúrgicos y traumáticos, y gineco obstétricos, y padecimientos; esta información siempre estará disponible, por lo que debe ser corroborada y actualizada por el médico tratante.

Para la atención médica, el doctor indicará, según sea la etapa en la que se encuentre la paciente, los datos que resulten necesarios. En el caso de los controles mensuales, se toman en cuenta, en primera instancia, aspectos sobre la salud de la madre, cuyas respuestas se seleccionan de listas controladas, que incluyen opciones de “Sí” o “No”, fechas o cantidades, y espacios para digitar libremente. En segundo lugar, cada mes se completa la información que resulte necesario monitorear. Aunado a lo anterior, en los espacios de aborto, parto, recién nacido y egresos, se indican datos que igualmente se seleccionan de listas controladas que incluyen opciones de “Sí” o “No”, fechas, cantidades o aspectos específicos, de acuerdo a lo que se esté cuestionando.

Finalmente, en el apartado de autenticidad, el doctor se debe identificar ingresando su nombre, código de colegiado, y firma digital.

## Formulario 7. Control de Crecimiento Fetal

	<p>Visítenos en          Alajuela—Aranjuez—Cartago—Desamparados          Guadalupe—Guápiles—Heredia—Liberia          Pérez Zeledón—San José Centro—Ciudad Quesada</p> <p>Consulta de servicios y citas  <b>2285-5881</b>  <a href="http://www.asembis.org">www.asembis.org</a></p>																																								
	<p style="text-align: center;"><b>OBSTETRICIA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Control de Crecimiento Fetal</b></p>																																								
FECHA <input type="text" value="XXXX"/> <input type="text" value="XX"/> <input type="text" value="XX"/>	<input type="text" value="ASEMBIS-OB-CCF-XX-XXXX"/>																																								
<b>DATOS PERSONALES DEL PACIENTE</b>																																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">NOMBRE COMPLETO</td> <td colspan="2">NACIONALIDAD</td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="PRIMER APELLIDO"/></td> <td><input type="text" value="SEGUNDO APELLIDO"/></td> <td><input type="text" value="NOMBRE"/></td> <td colspan="2"><input type="text" value="NACIONALIDAD"/></td> </tr> <tr> <td>FECHA DE NACIMIENTO</td> <td>EDAD</td> <td>SEXO</td> <td>ESTADO CIVIL</td> <td>Nº DE IDENTIFICACIÓN</td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="AÑO"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="DÍA"/></td> <td><input type="text" value="—"/></td> <td><input type="text" value="—"/></td> <td><input type="text" value="—"/></td> <td><input type="text" value="—"/></td> </tr> <tr> <td>Ocupación</td> <td>TELÉFONO 1</td> <td>TELÉFONO 2</td> <td colspan="2">CORREO ELECTRÓNICO</td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="—"/></td> <td><input type="text" value="—"/></td> <td><input type="text" value="—"/></td> <td colspan="2"><input type="text" value="—"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5">DIRECCIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="text" value="—"/></td> </tr> </table>		NOMBRE COMPLETO			NACIONALIDAD		<input type="text" value="PRIMER APELLIDO"/>	<input type="text" value="SEGUNDO APELLIDO"/>	<input type="text" value="NOMBRE"/>	<input type="text" value="NACIONALIDAD"/>		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	Nº DE IDENTIFICACIÓN	<input type="text" value="AÑO"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="DÍA"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	Ocupación	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO		<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>		DIRECCIÓN					<input type="text" value="—"/>				
NOMBRE COMPLETO			NACIONALIDAD																																						
<input type="text" value="PRIMER APELLIDO"/>	<input type="text" value="SEGUNDO APELLIDO"/>	<input type="text" value="NOMBRE"/>	<input type="text" value="NACIONALIDAD"/>																																						
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	Nº DE IDENTIFICACIÓN																																					
<input type="text" value="AÑO"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="DÍA"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>																																					
Ocupación	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO																																						
<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>																																						
DIRECCIÓN																																									
<input type="text" value="—"/>																																									
<b>HISTORIA CLÍNICA</b>																																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">ANTECEDENTES</td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="HEREDO FAMILIARES"/></td> <td><input type="text" value="QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS"/></td> <td><input type="text" value="GINECO OBSTRÉTICOS"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">PADECIMIENTOS</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="text" value="—"/></td> </tr> </table>		ANTECEDENTES			<input type="text" value="HEREDO FAMILIARES"/>	<input type="text" value="QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS"/>	<input type="text" value="GINECO OBSTRÉTICOS"/>	PADECIMIENTOS			<input type="text" value="—"/>																														
ANTECEDENTES																																									
<input type="text" value="HEREDO FAMILIARES"/>	<input type="text" value="QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS"/>	<input type="text" value="GINECO OBSTRÉTICOS"/>																																							
PADECIMIENTOS																																									
<input type="text" value="—"/>																																									
<p>Version 2.0</p>																																									

### ATENCIÓN MÉDICA

EMBARAZO ACTUAL				Día	Mes	Año	Dudas	Antitética	Grupo	Fuma	Hospitalización																																																							
Peso Anterior	Talla	FUM						Previa	Rh	N° de cigarrillos diarios	Traslado																																																							
		FFP						Actual			Lugar																																																							
Ex clínico normal	Ex mamas normal	Ex odont. normal	Pelvis normal	Papanic. normal	Colposcopia normal	Cérvix normal	VDLR	Día	Mes	HCTO	Día	Mes																																																						
Fecha de la consulta																																																																		
1/AAAA-MM-DD 2/AAAA-MM-DD 3/AAAA-MM-DD 4/AAAA-MM-DD 5/AAAA-MM-DD 6/AAAA-MM-DD 7/AAAA-MM-DD 8/AAAA-MM-DD 9/AAAA-MM-DD																																																																		
Semanas de amenorrea																																																																		
Peso (kg)																																																																		
Presión arterial máx/min (mm Hg)																																																																		
Alt. Uterina / Presen. pubis fondo Cef./pelv./tr																																																																		
F.C.F (lat./min) / Mov. fetal																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ABORTO</td> <td>Edad gest. semanas</td> <td>Pres.</td> <td>Tamaño fetal</td> <td>Inicio</td> <td>Memb.</td> <td>Terminación</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">INDICACIÓN PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O NATURAL</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Acorde.</td> <td></td> <td></td> <td>Hora Min</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">PARTO</td> <td>Muerte intrat.</td> <td>Episiotomia</td> <td>Aumb. expon.</td> <td colspan="3">Año Mes Día</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Ninguna    <input type="checkbox"/> Otras infecciones    <input type="checkbox"/> Otras infecciones    <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Emb. múltiple    <input type="checkbox"/> Parasitosis    <input type="checkbox"/> Parasitosis    <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Hipert. previa    <input type="checkbox"/> R.C.LU    <input type="checkbox"/> R.C.LU    <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Preeclampsia    <input type="checkbox"/> Amen. parto prem.    <input type="checkbox"/> Amen. parto prem.    <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Edampsia    <input type="checkbox"/> Desprop. cef. pelv.    <input type="checkbox"/> Desprop. cef. pelv.    <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Cardiopatía    <input type="checkbox"/> Hemorragia 1° trim.    <input type="checkbox"/> Orden _____  <input type="checkbox"/> Diabetes    <input type="checkbox"/> Hemorragia 2° trim.    <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Infec. urinaria    <input type="checkbox"/> Hemorragia 3° trim.    <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td></td> <td>Desgarros</td> <td>Placenta comp.</td> <td colspan="3">Nivel de atención</td> </tr> <tr> <td colspan="7">RECÉN NACIDO</td> <td>Atendió</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">N° H.C RN</td> <td>Parto</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> <td>Neonato</td> <td></td> </tr> </table>												ABORTO	Edad gest. semanas	Pres.	Tamaño fetal	Inicio	Memb.	Terminación	INDICACIÓN PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O NATURAL			Acorde.			Hora Min	PARTO	Muerte intrat.	Episiotomia	Aumb. expon.	Año Mes Día			<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras infecciones <input type="checkbox"/> Otras infecciones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Emb. múltiple <input type="checkbox"/> Parasitosis <input type="checkbox"/> Parasitosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipert. previa <input type="checkbox"/> R.C.LU <input type="checkbox"/> R.C.LU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Amen. parto prem. <input type="checkbox"/> Amen. parto prem. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Edampsia <input type="checkbox"/> Desprop. cef. pelv. <input type="checkbox"/> Desprop. cef. pelv. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Hemorragia 1° trim. <input type="checkbox"/> Orden _____ <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hemorragia 2° trim. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infec. urinaria <input type="checkbox"/> Hemorragia 3° trim. <input type="checkbox"/>		Desgarros	Placenta comp.	Nivel de atención			RECÉN NACIDO							Atendió		N° H.C RN							Parto									Neonato	
ABORTO	Edad gest. semanas	Pres.	Tamaño fetal	Inicio	Memb.	Terminación	INDICACIÓN PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O NATURAL																																																											
			Acorde.			Hora Min																																																												
PARTO	Muerte intrat.	Episiotomia	Aumb. expon.	Año Mes Día			<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otras infecciones <input type="checkbox"/> Otras infecciones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Emb. múltiple <input type="checkbox"/> Parasitosis <input type="checkbox"/> Parasitosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipert. previa <input type="checkbox"/> R.C.LU <input type="checkbox"/> R.C.LU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Amen. parto prem. <input type="checkbox"/> Amen. parto prem. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Edampsia <input type="checkbox"/> Desprop. cef. pelv. <input type="checkbox"/> Desprop. cef. pelv. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Hemorragia 1° trim. <input type="checkbox"/> Orden _____ <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hemorragia 2° trim. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infec. urinaria <input type="checkbox"/> Hemorragia 3° trim. <input type="checkbox"/>																																																											
		Desgarros	Placenta comp.	Nivel de atención																																																														
RECÉN NACIDO							Atendió																																																											
N° H.C RN							Parto																																																											
							Neonato																																																											
SEXO	PESO AL NACER	TALLA	PER.CEF.	EDAD POR EX. FISICO	PESO E.G.	APGAR minuto	REANIM. RESP.	VDLR																																																										
						1' 5'																																																												
EXAMEN FISICO	PATOLOGÍAS			ALOJ. CONJUNTO	HOSPITALIZADO																																																													
	Otras																																																																	
EGRESO B.N.				Alimento	Peso al egreso	EGRESO MATERNO		Anticoncepción																																																										
Hora	Min	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día																																																										

**ATENCIÓN MÉDICA**

**EL PESO MATERNO PARA LA TALLA SEGÚN LA EDAD GESTINAL**

**SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL**

**Version 2.0**

Médico:

Código de colegiado:

Firma:

*Fuente: Elaboración propia con base en los formularios oficiales de  
Clínicas ASEMBIS.*

- **FICHA DE IDENTIFICACIÓN GINECOLÓGICA**

El servicio de ginecología está enfocado en brindar atención médica a las mujeres, respecto a la salud de su sistema reproductor, esto con el fin de prevenir, tratar o erradicar enfermedades o condiciones que puedan afectar su bienestar físico, tales como: cáncer, prolapso, amenorrea, dismenorrea, menorragia, infertilidad, entre otros.

La estructura de esta ficha de identificación, inicia con los datos relativos a la fecha en que se crea el documento, así como la nomenclatura del mismo, que se generan automáticamente. Aunado a esto, se divide en cuatro secciones: datos personales, historia clínica, atención médica y autenticidad.

En la primera de ellas, se debe comenzar indicando la nacionalidad de la paciente, ya que, si esta es costarricense, se habilita la opción de importar datos del Registro Civil, para lo cual se debe ingresar el número de identificación de la persona y de esta manera se obtiene automáticamente la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, edad, sexo y estado civil; mientras que, la ocupación, teléfonos, correo electrónico y dirección, se obtienen de la ficha de identificación. Ahora bien, en el caso de las pacientes extranjeras, todos los campos se llenarán manualmente.

Por su parte, la historia clínica, está conformada por antecedentes, tales como heredo familiares, quirúrgicos y traumáticos, y gineco obstétricos, y padecimientos; toda esta información siempre estará disponible, por lo que debe ser corroborada y actualizada por el médico tratante.

Para la atención médica, el profesional de la salud comenzará la consulta indagando acerca de aspectos relacionados con las posibles adicciones y/o enfermedades que ha padecido la paciente y sobre temas como menstruación, vida sexual, maternidad y salud femenina en general; seguidamente, indica los síntomas que motivan la consulta, el examen físico y el diagnóstico que corresponda. Finalmente, en el apartado de autenticidad, el doctor se debe identificar ingresando su nombre, código de colegiado, y firma digital.

## Formulario 8. Ficha de Identificación Ginecológica

Visítenos en  
 Alajuela—Aranjuez—Cartago—Desamparados  
 Guadalupe—Guápiles—Heredia—Liberia  
 Pérez Zeledón—San José Centro—Ciudad Quesada  
 ☎ Consulta de servicios y citas  
**2285-5881**  
[www.asembis.org](http://www.asembis.org)

**GINECOLOGÍA**

**Ficha de Identificación Ginecológica**

FECHA:    ASEMBIS-G-FIG-XX-XXXX

**DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

<b>NOMBRE COMPLETO</b>			<b>NACIONALIDAD</b>	
<input type="text" value="PRIMER APELLIDO"/>	<input type="text" value="SEGUNDO APELLIDO"/>	<input type="text" value="NOMBRE"/>	<input type="text" value=""/>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N° DE IDENTIFICACIÓN</b>
<input type="text" value="AÑO"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="DÍA"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<b>OCUPACIÓN</b>	<b>TELÉFONO 1</b>	<b>TELÉFONO 2</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value="—"/>	<input type="text" value=""/>	
<b>DIRECCIÓN</b>				
<input type="text" value=""/>				

**HISTORIA CLÍNICA**

**ANTECEDENTES**

HEREDO FAMILIARES	QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS	GINECO OBSTRÉTICOS
-------------------	---------------------------	--------------------

**PADECIMIENTOS**

Versión 2.0

ATENCIÓN MÉDICA																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>Fuma</b></td> <td style="text-align: right;"><input type="text" value="v"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Cigarros diarios</td> <td style="text-align: right;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Toma licor</td> <td style="text-align: right;"><input type="text" value="v"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Cantidad diaria</td> <td style="text-align: right;"><input type="text"/></td> </tr> </table>	<b>Fuma</b>	<input type="text" value="v"/>	Cigarros diarios	<input type="text"/>	Toma licor	<input type="text" value="v"/>	Cantidad diaria	<input type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Ha tenido</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Sarampión</td> <td style="text-align: right;"><input type="text" value="v"/></td> <td style="padding: 5px;">Tosferina</td> <td style="text-align: right;"><input type="text" value="v"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Varicela</td> <td style="text-align: right;"><input type="text" value="v"/></td> <td style="padding: 5px;">Rubéola</td> <td style="text-align: right;"><input type="text" value="v"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Paperas</td> <td style="text-align: right;"><input type="text" value="v"/></td> <td style="padding: 5px;">Hepatitis</td> <td style="text-align: right;"><input type="text" value="v"/></td> </tr> </table>	<b>Ha tenido</b>		Sarampión	<input type="text" value="v"/>	Tosferina	<input type="text" value="v"/>	Varicela	<input type="text" value="v"/>	Rubéola	<input type="text" value="v"/>	Paperas	<input type="text" value="v"/>	Hepatitis	<input type="text" value="v"/>
<b>Fuma</b>	<input type="text" value="v"/>																						
Cigarros diarios	<input type="text"/>																						
Toma licor	<input type="text" value="v"/>																						
Cantidad diaria	<input type="text"/>																						
<b>Ha tenido</b>																							
Sarampión	<input type="text" value="v"/>	Tosferina	<input type="text" value="v"/>																				
Varicela	<input type="text" value="v"/>	Rubéola	<input type="text" value="v"/>																				
Paperas	<input type="text" value="v"/>	Hepatitis	<input type="text" value="v"/>																				
<p>¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿A qué edad fue su primera menstruación? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿Cada cuantos días le viene la menstruación? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿Cuántos días le dura la menstruación? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿Cuándo fue su última menstruación? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿Le duelen los ovarios o la matriz cuando le viene la menstruación? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿Ha tenido relaciones sexuales? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿Planifica con algún método? <input type="text" value="v"/></p>	<p>¿Cuántos hijos tiene? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿A sufrido abortos? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿Le han hecho cesárea? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿Ha tenido partos difíciles? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿Padece de flujo vaginal? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿A qué edad fueron sus primeras relaciones sexuales? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿Se ha hecho alguna vez el papanicolau? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿Cuándo fue su último papanicolau? <input type="text" value="v"/></p> <p>¿Cuál fue el diagnóstico? <input type="text"/></p>																						
<p><b>SINTOMAS</b> <input style="width: 100%;" type="text"/></p>																							
<p><b>EXAMEN FÍSICO</b></p> <p style="text-align: center;">PRESIÓN _____ PESO _____ kg TALLA _____ cm</p> <p><input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/></p>																							
<p><b>DIAGNOSTICO</b> <input style="width: 100%;" type="text"/></p>																							
<p>Médico: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Código de colegiado: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Firma: <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/></p>																							
Versión 2.0																							

*Fuente: Elaboración propia con base en los formularios oficiales de  
Clínicas ASEMBIS.*

- **INFORME CLÍNICO DE OPTOMETRÍA**

La especialidad de optometría se encarga de detectar problemas visuales como lo son miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia; mediante un examen en el que se mide la capacidad que posee el paciente para observar objetos a distintas distancias y tamaños; esto con el fin de recomendar el uso de lentes graduados según sus necesidades o la referencia con un profesional en oftalmología.

La estructura de este informe clínico, inicia con los datos relativos a la fecha en que se crea el documento, así como la nomenclatura del mismo, que se generan automáticamente. Aunado a esto, se divide en cuatro secciones: datos personales, historia clínica, atención médica y autenticidad, y autenticidad.

En la primera de ellas, se debe comenzar indicando la nacionalidad del paciente, ya que, si este es costarricense, se habilita la opción de importar datos del Registro Civil, para lo cual se debe ingresar el número de identificación de la persona y de esta manera se obtiene automáticamente la siguiente información: nombre completo, fecha de nacimiento, edad, sexo y estado civil; mientras que, la ocupación, teléfonos, correo electrónico y dirección, se obtienen de la ficha de identificación. Ahora bien, en el caso de los pacientes extranjeros, todos los campos se llenarán manualmente.

Por su parte, la historia clínica, está conformada por antecedentes, tales como heredo familiares, quirúrgicos y traumáticos, y gineco obstétricos, y padecimientos; toda esta información siempre estará disponible, por lo que debe ser corroborada y actualizada por el médico tratante.

Para la atención médica, el profesional de la salud comenzará la consulta indagando acerca de aspectos relacionados con las posibles adicciones y la realización de actividad física; seguidamente, completa la información relativa al examen optométrico y las observaciones que resulten pertinentes. Finalmente, en el apartado de autenticidad, el doctor se debe identificar ingresando su nombre, código de colegiado, y firma digital.

## Formulario 9. Informe Clínico de Optometría

	<p>Visítenos en          Alajuela—Aranjuez—Cartago—Desamparados          Guadalupe—Guapiles—Heredia—Liberia          Pérez Zeledón—San José Centro—Ciudad Quesada</p> <p>Consulta de servicios y citas  <b>2285-5881</b>  <a href="http://www.asembis.org">www.asembis.org</a></p>																																											
	<p style="text-align: center;"><b>OPTOMETRÍA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Informe Clínico</b></p>																																											
FECHA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">XXXX</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">XX</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">XX</td> </tr> </table>	XXXX	XX	XX	<table border="1" style="width: 150px;"> <tr> <td style="text-align: center;">ASEMBIS-OPT-IOP-XX-XXXX</td> </tr> </table>	ASEMBIS-OPT-IOP-XX-XXXX																																							
XXXX	XX	XX																																										
ASEMBIS-OPT-IOP-XX-XXXX																																												
<p><b>DATOS PERSONALES DEL PACIENTE</b></p> <hr/>																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">NOMBRE COMPLETO</td> <td colspan="2">NACIONALIDAD</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">PRIMER APELLIDO</td> <td style="width: 25%;">SEGUNDO APELLIDO</td> <td style="width: 25%;">NOMBRE</td> <td colspan="2" style="text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>FECHA DE NACIMIENTO</td> <td>EDAD</td> <td>SEXO</td> <td>ESTADO CIVIL</td> <td>N° DE IDENTIFICACIÓN</td> </tr> <tr> <td> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">AÑO</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">DÍA</td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 80px;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>OCUPACIÓN</td> <td>TELÉFONO 1</td> <td>TELÉFONO 2</td> <td colspan="2">CORREO ELECTRÓNICO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 80px;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 80px;" type="text"/> </td> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="5">DIRECCIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> </td> </tr> </table>		NOMBRE COMPLETO			NACIONALIDAD		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	<input style="width: 100%;" type="text"/>		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	N° DE IDENTIFICACIÓN	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">AÑO</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">DÍA</td> </tr> </table>	AÑO	MES	DÍA	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	OCUPACIÓN	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		DIRECCIÓN					<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
NOMBRE COMPLETO			NACIONALIDAD																																									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																									
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	N° DE IDENTIFICACIÓN																																								
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">AÑO</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">DÍA</td> </tr> </table>	AÑO	MES	DÍA	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																					
AÑO	MES	DÍA																																										
OCUPACIÓN	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO																																									
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																									
DIRECCIÓN																																												
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																												
<p><b>HISTORIA CLÍNICA</b></p> <hr/>																																												
<p>ANTECEDENTES</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;">           HEREDO FAMILIARES         </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;">           QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS         </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;">           GINECO OBSTRÉTICOS         </td> </tr> </table>		HEREDO FAMILIARES	QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS	GINECO OBSTRÉTICOS																																								
HEREDO FAMILIARES	QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS	GINECO OBSTRÉTICOS																																										
<p>PADECIMIENTOS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																																												
<p><i>Versión 2.0</i></p>																																												

### ATENCIÓN MÉDICA Y DIAGNÓSTICO

Fuma:

¿Con qué frecuencia?:

Toma bebidas alcohólicas?:

¿Con qué frecuencia?:

Ejercicio:

USA:

REP	SPH	CL	EJE	ADD	PRISMA	BASE	A.V./LEJOS	A.V./CERCA
D								
I								

AV. OD:

S.C. dist.:

AV. OD:

S.C. Cerca:

AV. OD:

S.C. CPH:

REP	SPH	CL	EJE	ADD	PRISMA	BASE	A.V./LEJOS	A.V./CERCA
D								
I								

REP	SPH	CL	EJE	ADD	PRISMA	BASE	A.V./LEJOS	A.V./CERCA
D								
I								

K/D:  /

K/D:  /

$\ominus$  C

$\ominus$  P

CFT

CRF

Odont.

Med. Gral.

Audio

L.C.

HTA

DM

Gluc.

PT.

Ojo P.c/c

Catarata

Alergias

Trauma

Afaco

Baja visión

Otras:

EMETROPE

MIOPIA

HIP

ASTIG.

PRESB.

AMBLOP.

OBSERVACIONES:

EXAMEN POR COMPUTADORA

Médico:

Código de colegiado:

Firma:

Versión 2.0

*Fuente: Elaboración propia con base en los formularios oficiales de Clínicas ASEMBIS.*

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Es bien sabido que cuando se realiza un tipo de procedimiento en el que se pueden presentar efectos secundarios o bien comprometer de alguna manera la salud del paciente, se requiere de una autorización ya sea del mismo paciente o de algún familiar, en casos en los que la persona intervenida no pueda emitir su consentimiento por su condición de salud.

En el caso de Asembis, estos consentimientos se utilizan en la mayoría de los casos para efectos de realización de cirugías, y la estructura que poseen consiste en primer lugar en los datos relativos a la fecha en que se crea el documento y la nomenclatura, los cuales se generan automáticamente. Seguidamente, se tiene la fecha en que se realiza la cirugía, así como los datos del paciente: apellidos, nombre y número de identificación.

En un segundo apartado, se indica el nombre del médico, su código profesional y el área del cuerpo que será tratado, por ejemplo, si es el ojo derecho o izquierdo, para continuar con una descripción del procedimiento a realizar, mencionando los beneficios o riesgos que se poseen.

Por último, en el apartado de autenticidad, se designa el espacio para que el paciente y su acompañante firmen el consentimiento, a través del uso de un pad de firmas (signature pad) o una pantalla táctil, dando el aval para realizar la cirugía y aceptando las especificaciones e indicaciones dadas; además, el doctor se debe identificar ingresando su nombre, código de colegiado, y firma digital.

## Formulario 10. Consentimiento Informado

Visítenos en  
 Ajaque—Aranjuez—Cartago—Desamparados  
 Guadalupe—Guápiles—Heredia—Liberia  
 Pérez Zeledón—San José Centro—Ciudad Quesada

Consulta de servicios y citas  
**2285-5881**  
[www.asembis.org](http://www.asembis.org)

OFTALMOLOGÍA

Consentimiento Informado

Cirugía de Chalazión

FECHA

FECHA DE LA CIRUGÍA

NOMBRE COMPLETO N° DE IDENTIFICACIÓN

Por medio de este instrumento, doy mi consentimiento al/los Dr.  Código

para realizar el procedimiento quirúrgico CIRUGIA DE CHALAZION en el ojo,  el control y tratamiento postoperatorio. No hay condición u otra razón que requiera o demande tener que realizarlo de emergencia. Autorizo que sean utilizados medicamentos con los cuales se me realice una sedación profunda o una anestesia general, la cual depende del criterio médico anestesiólogo a cargo de este procedimiento, en niños se requiere de anestesia general.

Además autorizó la realización de procedimientos adicionales en caso necesario como el análisis de tejidos, reoperaciones o la consulta con otros profesionales.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Se me ha explicado que el chalazión es una inflamación quística de las glándulas del borde palpebral, por obstrucción de sus conductos de salida. Su contenido es material sebáceo producido por la propia glándula. Se presenta como un nódulo en el borde del párpado que inicialmente está inflamado y puede drenar espontáneamente hacia la conjuntiva o por la piel. Cuando su evolución espontánea no se produce, requiere de drenaje quirúrgico, que consiste en una incisión vía conjuntival o eventualmente vía externa (por piel) y se vacía el contenido, dejando que cicatrice espontáneamente. Se mantiene parche compresivo por 24 horas. El chalazión puede volver a aparecer en la glándula vecina o en el párpado contra lateral.

Página 1 de 2

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.

**BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO**  
Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende el vaciamiento del contenido, dejando que cicatrice espontáneamente.

**RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO**  
Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables en la intervención del Chalazión. Acepto que existen las siguientes complicaciones y riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico, a la condición mía como paciente y a mi propia colaboración durante el proceso quirúrgico:

- Inflamación en el lugar de la cirugía
- Infecciones en el lugar de la cirugía
- Hemorragia.
- Dolor – Mínimo y se resuelve con la cicatrización de la incisión
- Pérdida de pestañas en el área afectada.
- Depresión del párpado en el área de la inflamación.

DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.

Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.

Que he leído y comprendido este escrito de dos páginas.

Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con sólo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

En fe de lo anterior firmo **CONSENTIENDO EXPRESAMENTE** en esta cirugía el

PACIENTE	ACOMPañANTE

Médico:	<input type="text"/>
Código de colegiado:	<input type="text"/>
Firma:	<input type="text"/>

Versión 2.0

*Fuente: Elaboración propia con base en los formularios oficiales de  
Clínicas ASEMBIS.*

- **NOTA TRANSOPERATORIA DE ENFERMERÍA**

Luego de una cirugía, es importante poder controlar la evolución que tiene el paciente, ya que puede darse el caso de alguna complicación, un síntoma fuera de lo común, o bien que todo marche de la manera deseada. Sin embargo, cada momento antes, durante y después del procedimiento, permiten determinar si dicha evolución está bien o no. Para ello, se cuenta con la nota transoperatoria de enfermería, en la que se detalla en primer lugar, la fecha en que se crea el documento y la nomenclatura, los cuales se generan automáticamente.

En segundo lugar, se muestra lo relativo a los datos personales del paciente, el tipo de cirugía, médico y área del cuerpo intervenida; así como la valoración de los signos vitales tales como: frecuencia cardiaca, saturación de O<sub>2</sub>, presión arterial y glicemia que presenta el paciente, antes, durante y después de la cirugía.

Además, se indica de manera detallada las condiciones en las que se recibe al paciente a tratar, colocando el nombre, edad, procedimiento a realizar, área a intervenir, las condiciones de acceso a la sala de cirugías, técnica a utilizar durante la operación, tipo de anestesia, nombre del médico anesthesiólogo, signos vitales antes de entrar a cirugía y la manera en la que concluye la cirugía, esto es, si posee complicaciones o no. Por último, se dispone de un espacio para autenticación, en donde el enfermero vinculado con el proceso, registra su nombre y su firma.

## Formulario 11. Nota transoperatoria de enfermería

Visítenos en  
 Ajajeia—Aranjuez—Cartago—Desamparados  
 Guadalupe—Guapiles—Heredia—Liberia  
 Pérez Zeledón—San José Centro—Ciudad Quesada  
 Consulta de servicios y citas  
**2285-5881**  
 www.asembis.org

**OFTALMOLOGÍA**

**Nota Transoperatoria de Enfermería**

**Cirugía de Catarata**

FECHA    ASEMBIS-OF-NTE-XX-XXXX

NOMBRE COMPLETO	<input type="text" value="PRIMER APELLIDO"/>	<input type="text" value="SEGUNDO APELLIDO"/>	<input type="text" value="NOMBRE"/>
Nº DE IDENTIFICACIÓN	<input type="text"/>	Dr.	<input type="text"/>
CIRUGÍA	<input type="text"/>	OJO	<input type="text"/>

SIGNOS VITALES	PREOPERATORIO	TRANSOPERATORIO	POST OPERATORIO
Frecuencia cardíaca			
Saturación de O <sub>2</sub>			
Presión arterial			
Clínicamente			
FIRMA Y CÓDIGO			

Recibo a usuario(a)  de  años de edad, conocido (a)  con diagnóstico prequirúrgico de  en su ojo  se corroboran que expediente, lente y paciente sean los correctos, ingresa a sala de cirugías  para procedimiento quirúrgico de extracción de cristalino más colocación de lente intraocular en su ojo  por medio de la técnica llamada  se le administra anestesia local  sus signos vitales se especifican a continuación: FC  x, SO<sub>2</sub> %  y PA  mmHg. mismos estables para su condición. Cirugía concluye  complicaciones  Se coloca  en su ojo. Se traslada paciente acompañado de personal de enfermería, consiente, orientado, respirando aire ambiente sin dificultades y deambulando al área de egreso.

Enfermera:

Firma:

Versión 2.0

Fuente: Elaboración propia con base en los formularios oficiales de  
Clínicas ASEMBIS.

### 2.3 CLASIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO

Esta propuesta de gestión del ECE ASEMBIS está orientada a un enfoque basado en procesos. En el capítulo anterior se presentó el análisis correspondiente, el cual identificó procesos de nivel 0, nivel 1 y nivel 2, los cuales llevan a la creación de las series documentales, siendo esta información de gran utilidad para establecer la manera en que se clasificarán esos documentos.

Dado que Clínicas Asembis no ha generado un cuadro de clasificación que incluya al expediente clínico, se optó por desarrollar una propuesta basada en el análisis mencionado. De esta manera, dentro del macroproceso “Atención Médica Integral” (nivel 0) se encuentran los procesos “Gestión de consultas médicas” y “Gestión de cirugías” (nivel 1), los que a su vez enlistan los procesos de nivel 2 correspondientes. A continuación, se presenta el cuadro de clasificación propuesto, en el cual se incluye el expediente clínico.

**Tabla 5. Cuadro de clasificación**

- A100 Gestión estratégica
- A200 Comercialización
- A300 Atención médica integral
  - A310 Gestión de consultas médicas
    - A311 Programación de consultas médicas
      - ✓ S002 Agenda médica
    - A312 Consulta médica
      - ✓ S003 Expediente clínico
  - A320 Gestión de cirugías
    - A321 Programación de cirugía
      - ✓ S002 Agenda médica
    - A322 Cirugía
    - A323 Control post-operatorio
- A400 Acción social
- A500 Administrativo

*Fuente: Elaboración propia.*

## **2.4 DESCRIPCIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO**

El proceso de descripción es importante para cualquier serie documental, ya que por medio de este se da a conocer el contenido, contexto y estructura del documento. En el caso del ECE ASEMBIS, es fundamental que se tenga claro qué elementos lo componen y para qué sirve cada uno de ellos, con el fin de facilitar la gestión del mismo y la recuperación de la información cuando los usuarios lo precisen.

### **2.4.1 APLICACIÓN DE ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE DESCRIPCIÓN**

Tal como se indicó en los requisitos técnicos, este proceso está basado en los estándares establecidos por el Consejo Internacional de Archivos, estos son la Norma Internacional sobre los Registros de Autoridad de Archivos relativos a Instituciones, Personas y Familias (ISAAR-CPF), la Norma Internacional para la Descripción de Funciones (ISDF) y la Norma Internacional General de Descripción Archivística (ISAD-G).

En primera instancia, la ISAAR-CPF determina los elementos necesarios para describir a los productores de los documentos, a saber, una institución, una persona o una familia. La aplicación de esta norma resulta ser la actividad inicial al considerar el establecimiento de un sistema de gestión de documentos, ya que, en este caso, generar conocimiento sobre el funcionamiento de Clínicas Asembis, permite ubicar los documentos en un contexto de producción lógico y específico. En el Anexo 1 se presenta la ficha de identificación de la entidad, la cual está basada en esta norma.

Por su parte, la ISDF se enfoca en desarrollar una descripción de las funciones que cumplen los productores y cómo éstas se relacionan entre sí. La información que proporciona esta norma permite una comprensión mucho más certera de los procesos que llevan a la generación de los documentos y de la importancia que estos tienen para la entidad. En esta propuesta, esta norma se aplica respecto al proceso de Gestión de Atención Médica, tal como se ve en el Anexo 9.

Finalmente, en el caso de la ISAD-G, se establecen veintiséis elementos para describir los documentos; es decir, fondo, subfondo, serie y unidad documental. En el Anexo 10, se muestra la aplicación de esta norma a los expedientes clínicos en estudio.

## 2.4.2 IMPLEMENTACIÓN DE INSTRUMENTOS DE DESCRIPCIÓN

Como ya se ha mencionado, la usabilidad es una prioridad en cualquier sistema de gestión de documentos, ya que la garantía de que los usuarios van a tener la posibilidad de servirse de la información, dentro del perfil y rol que ostenten, es lo que da razón de ser a los archivos de cada institución.

En el caso específico de Clínicas Asembis, es preciso que los expedientes clínicos, al ser una serie documental que permea directamente en los intereses y necesidades de los pacientes, se mantengan íntegros para cada uno de los procedimientos médicos que se practiquen en las consultas diarias, esto, aunque resulte simple, puede impactar significativamente en la salud de la persona. Para lograr esa integridad, se necesita, inicialmente, tener un conocimiento global de los documentos que se encuentran en los archivos clínicos de cada sucursal y esto se consigue a través de un inventario de expedientes.

Los inventarios al ser listados controlados de documentos, permiten incluir la información necesaria de cada expediente y con ello se puede incluso, detectar y dar solución a problemas de duplicidad. En la siguiente tabla, se muestra la estructura propuesta para este instrumento.

**Tabla 6. Estructura para el inventario de expedientes clínicos**

Productor	Identificador único	Título	Fechas extremas		Contenido	Digitador	Fecha de digitación
			Fecha de inicio	Fecha de fin			

*Fuente: Elaboración propia.*

La manera de completar cada uno de los campos es la siguiente:

- **Productor:** sucursal de Clínicas ASEMBIS en la que se encuentra el expediente clínico. Por ejemplo: San José.
- **Identificador único:** identificación unívoca del expediente clínico, la cual corresponde al número de cédula, para nacionales, y de residencia, para extranjeros. Por ejemplo: 0-0000-0000.

- Título: nombre completo del paciente al que corresponde el expediente clínico. Por ejemplo. Herrera Artavia, María.
- Fechas extremas: fecha del primer y del último documento que se encuentra dentro del expediente clínico, la cual se consigna en el formato AAAA-MM-DD. Por ejemplo: 2016-08-16 (fecha de inicio) y 2018-10-16 (fecha de fin).
- Contenido: explicación somera de la información que incluye el expediente clínico. Por ejemplo: Expediente que contiene audiogramas clínicos e informes de medicina general.
- Digitador: nombre de la persona que registra un expediente clínico en el inventario, indicando primero los apellidos y luego el nombre. Por ejemplo: Camacho Benavides, Jéssica
- Fecha de digitación: fecha en la que se registra un expediente clínico en el inventario, la cual se consigna en el formato AAAA-MM-DD. Por ejemplo: 2018-10-18.

## 2.5 ACCESO Y SEGURIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO

Al hablar de acceso, se hace referencia a la posibilidad que tienen los usuarios internos y externos de utilizar la información de un documento de acuerdo a sus competencias. Para establecer una metodología de acceso al ECE ASEMBIS, se identifican perfiles, roles y categorías de acceso expedientes, documentos, información o datos.

En el caso de los perfiles y roles, estos definen las acciones que cada usuario tiene permitido realizar con la información que se encuentra a su alcance y de esta manera, evitar el uso inadecuado o riesgoso de la misma. Esto se fundamenta al decir que un perfil:

...es el conjunto de accesos autorizados que se le dan a determinados grupos de usuarios dentro del SGDEA. Cada perfil se diferencia de otros por los roles que le corresponden. Los roles de cada uno se dividen en las funciones simples o acciones que deben cumplir para que el SGDEA funcione, y pueden ser los mismos roles para perfiles diferentes, así como una persona puede tener más de un perfil (Cedeño-Molina, R.; Granados-Peraza, N.; Guevara-Ocón, G. y Montero-Paniagua, C., 2014, p. 129).

Como es sabido, el ECE ASEMBIS contiene información de gran importancia al reflejar la historia clínica de los pacientes, es decir, forma parte de su vida privada; es precisamente esta la razón que justifica el establecimiento de categorías de acceso para cada uno de los usuarios que manipulan estos expedientes, ya que de no controlar cada acción se corre el

riesgo de que terceras personas la utilicen de forma inescrupulosa, lo que incluso puede llevar a la pérdida o tergiversación de la información. A continuación, se muestra la tabla de roles y acciones de usuario del ECE ASEMBIS.

**Tabla 7. Roles y acciones**

<b>ROLES</b>	<b>ACCIONES</b>
Asistente de Consultas	Registro de datos y documentos Búsqueda
Médico Enfermeros	Registro de datos y documentos
Encargado de Archivo	Búsqueda Selección Disposición
Encargado de Archivo Asistente de Consultas Secretarios de Cirugías Médicos Enfermeros	Búsqueda Visualización de información
Asistente de Consultas Secretarios de Cirugías Médicos Enfermeros	Visualización de información Registro de datos
Médico	Visualización de información Registro de datos
Secretarios de Cirugías	Visualización de información Verificación de datos Registro de datos
Paciente	Visualización de información

*Fuente: Elaboración propia.*

Seguidamente se presenta la tabla de acceso, la cual cuenta con información relativa a la serie documental, soporte, nivel de acceso, etapa y actores involucrados.

Tabla 8. Tabla de Acceso

TABLA DE ACCESO										
PROCESO: ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL										
Normativa	Serie	Soporte		Nivel de acceso				Etapa		Actores y partes involucradas
		SP	SE	PB	RT	CP	PC	DT	DV	
	Expediente clínico		X		X	X		X		Médicos
					X	X		X		Enfermeros
					X		X	X		Asistentes de consultas
					X	X		X		Secretarios de cirugías
					X	X			X	Encargado de archivo
Siglas	Soporte	SP: Soporte Papel SE: Soporte Electrónico								
	Nivel de acceso	PB: Público RT: Restringido CP: Completo PC: Parcial								
	Etapa	DT: Durante el trámite DV: Durante la vigencia								

Fuente: Elaboración propia.

## 2.6 DISPOSICIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO

La Norma 15489 se refiere al proceso de disposición como aquel que incluye la eliminación o la transferencia de documentos, una vez cumplidas las vigencias establecidas en las tablas de plazo. Al realizar dicho proceso, se busca conocer la etapa en la que se encuentra una serie documental determinada para llevar a cabo la acción que corresponda. Tomando en cuenta que Clínicas Asembis no ha valorado los expedientes clínicos que produce, a continuación, se presenta una propuesta de dicho proceso, desde la perspectiva de la macrovaloración y microvaloración.

### 2.6.1 MACROVALORACIÓN

La macrovaloración se enfoca en determinar el impacto de las funciones que ejerce el Estado sobre la ciudadanía y como los documentos son evidencia fiel de esa relación. En el caso específico de este proyecto, se presenta la función salud, no sólo desde la perspectiva de la atención médica como tal, sino también desde el trabajo que ejercen los profesionales para garantizar que el servicio que brindan beneficie totalmente a los pacientes y con ello a la misma sociedad.

Cuando una persona se acerca a un centro de salud, cada uno de los servicios queda reflejado en los expedientes clínicos, en donde se recopila todo su historial médico, es decir, los antecedentes, padecimientos, enfermedades agudas y crónicas, tratamientos y procedimientos médicos que se le practican, siendo estos los pilares que justifican la importancia de esta serie documental.

Con la metodología archivística establecida por Terry Cook, denominada macrovaloración, se establecen la forma en que se justifica la adjudicación de un valor permanente para los ECE ASEMBIS. Según esta corriente se:

...realiza un exhaustivo análisis del contexto en el que se desarrolla la producción documental de una institución. Para este fin considera necesario analizar tres aspectos fundamentales: en primer lugar requiere un análisis funcional, estudiando las principales funciones, subfunciones, programas y actividades que realiza el productor o la institución, en segundo lugar analiza la estructura, es decir, el organigrama u estructura de la administración donde se desarrollan las funciones de una institución, y en tercer lugar, investiga cual es el resultado de la interacción entre la ejecución de las funciones o los programas de una institución desarrolladas a partir de una estructura administrativa, y las conexiones con la sociedad, es decir los ciudadanos, quienes les

afecta, e incluso participan, tanto de las funciones como de la estructura (Valle de Juan, 2011, p. 61).

A partir de la identificación de las funciones, los procesos y los flujos de trabajo se cumple con lo establecido por Cook, ya que ubican a los documentos en un contexto de producción específico. Seguidamente al formar una hipótesis de macrovaloración, se puede hacer mención de que el impacto social de los expedientes clínicos es elevado, ya que se relaciona directamente con el control que puede realizar un país determinado para tratar la salud de sus ciudadanos; a través de esta serie documental se pueden establecer estadísticas que al convertirse en investigaciones completas pueden incluso aportar estrategias para mejorar la calidad de vida de la población.

De manera que estos documentos no son sólo de interés para el paciente como tal, sino también para el o los centros de salud en que se atiende, para la familia, para el Estado y para la sociedad como un todo en la que pueden repercutir las historias de salud de sus habitantes.

### **2.6.2 MICROVALORACIÓN**

Clínicas Asembis cumple con una función de mucha trascendencia para la sociedad, ya que no sólo ofrece atención médica, sino que garantiza calidad en cada una de sus especialidades, profesionales de alta capacidad y, como un elemento de gran valor, precios totalmente accesibles para todos. Con esto, se puede pensar que los expedientes clínicos solo permean en las funciones diarias de la parte operativa de la Clínica; sin embargo, son muchas las áreas administrativas que se ven involucradas para cumplir el fin que cada uno de los colaboradores tiene en mente, una atención personalizada y satisfactoria para cada paciente.

Como ya se ha mencionado antes, esta entidad no ha puesto en práctica procesos técnicos archivísticos para mejorar la gestión de los expedientes clínicos; por ello, como parte de esta propuesta, a continuación se establecen los valores primarios y secundarios de los ECE ASEMBIS.

Tabla 9. Valor primario de los ECE ASEMBIS

SERIE DOCUMENTAL	CRITERIO DE VALORACIÓN	APLICACIÓN
Expedientes clínicos	Valor Administrativo	Los ECE ASEMBIS se consultan con mucha frecuencia, como parte de las consultas médicas a las que asisten los pacientes diariamente.
	Valor Legal	Los ECE ASEMBIS contienen información confidencial sobre cada uno de los pacientes, por lo que dan testimonio ante la Ley de la atención médica que reciben y como tal protegen sus derechos y establecen sus deberes.

*Fuente: Elaboración propia*

Tabla 10. Valor secundario de los ECE ASEMBIS

SERIE DOCUMENTAL	CRITERIO DE VALORACIÓN	APLICACIÓN
Expedientes clínicos	Valor informativo	Los ECE ASEMBIS reflejan los objetivos de la Clínicas ASEMBIS.
	Valor histórico	Los ECE ASEMBIS poseen una relevancia social elevada, al poder utilizarse, con autorización de sus titulares, para la generación de estadísticas sobre enfermedades recurrentes en familiares o áreas de la población específicas.  Además permiten el establecimiento de nuevas estrategias científicas para mejorar la salud de los individuos.

*Fuente: Elaboración propia*

Con base en lo dicho, a continuación, se presenta la valoración parcial del ECE ASEMBIS.



**Tabla 11. Valoración Parcial del ECE ASEMBIS**

**VALORACIÓN PARCIAL DE DOCUMENTOS**

**Fondo:** Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (ASEMBIS)

**Confeccionada por:** Jéssica Camacho Benavides  
María de los Ángeles Herrera Artavia

**Objetivos de la institución:** Atención médica integral a la población a un precio justo.

**Fecha:** 13 de febrero de 2020

Nº de orden	Serie documental	¿Es original y/o copia?	¿Cuáles otras oficinas tienen original y/o copia de este documento?	Soporte	Contenido	Vigencia	Cantidad	Fechas extremas	Observaciones
1	Expediente clínico	Original y copia	Sucursales ASEMBIS	Papel/ Electrónico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Audiograma Clínico</li> <li>- Certificado de Garantía</li> <li>- Control de Crecimiento Fetal</li> <li>- Ficha de Identificación Ginecológica</li> <li>- Informes Clínicos por especialidad</li> </ul>	Permanente	N/R	1991-2018	<p>El contenido del expediente clínico depende de los servicios que adquiera el paciente</p> <p>Se puede aplicar muestreo</p>

Gerente de Operaciones

Encargado Archivo Clínico

Asesor Legal

Administrador

*Fuente: Elaboración propia.*

## 2.7 TRAZABILIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO

Es bien sabido que los expedientes clínicos contienen información relativa a los datos personales, enfermedades, tratamientos y procedimientos médicos que se les practican a los pacientes, de acuerdo a sus necesidades y condiciones específicas; de ahí que, resulte vital contar con garantías de autenticidad, integridad, fiabilidad y usabilidad para cada documento contenido en estos expedientes.

Parte de esta labor, consiste en el monitoreo de las actividades que realizan los usuarios en el sistema de gestión de documentos electrónicos en el que se encuentre inmerso el ECE ASEMBIS, más aún, considerando que la clínica cuenta con varias sucursales y una gran cantidad de colaboradores.

Anteriormente se hizo referencia a la forma en que se tratará el acceso y seguridad del ECE ASEMBIS, estableciendo perfiles, roles y niveles de acceso, lo que asegura que cada persona realice únicamente las acciones que le son permitidas, dentro de sus competencias institucionales. A partir de esto, el monitoreo se logra con el desarrollo de una bitácora de trazabilidad que documente qué, cuándo y quién ejecuta una actividad determinada. En la tabla 10 se muestra la bitácora propuesta para la gestión del ECE ASEMBIS.

**Tabla 12. Bitácora de acciones por expediente**

Fecha	Hora	Responsable de la acción	Acción realizada

*Fuente: Elaboración propia.*

Tomando en cuenta que los ECE ASEMBIS estarán inmersos en un sistema de gestión de documentos electrónicos, la bitácora se completará automáticamente, para seguridad en el ingreso de las acciones. La manera en que se rellenará cada espacio es la siguiente:

- Fecha: fecha en la que se ejecuta una acción a nivel de sistema o de documento, la cual se consigna en el formato AAAA-MM-DD.

- Hora: hora en la que se ejecuta una acción a nivel de sistema o de documento, la cual se consigna con horas, minutos y segundos y según el formato de hora militar (24 horas).
- Responsable de la acción: usuario que realiza la acción, el cual se debe consignar, indicando primero los apellidos y luego el nombre.
- Acción realizada: se indica la acción que realiza el usuario, estas formarán parte de un vocabulario controlado.

### 2.7.1 GENERACIÓN DE REPORTE

Un sistema de gestión de documentos electrónicos debe permitir facilitar su contenido, tomando en cuenta las necesidades de los usuarios para su uso. Ante esto, se promueve la creación de reportes que contengan información específica relacionada con esa necesidad. Estos instrumentos serían:

- **Reporte de agendas médicas:** se realiza para poder identificar cuáles pacientes asistirán a las citas programadas en las diferentes especialidades médicas que ofrece Asembis; en él se incluyen datos tales como: sucursal, especialidad, médico, fecha de inicio, fecha de fin, hora de inicio, hora de fin y tipo de examen.
- **Reporte de consultas asistidas, no asistidas o anuladas:** incluye los mismos elementos mencionados anteriormente, con la diferencia de que se cuenta con una pestaña destinada al tipo de cita que se requiere. Este reporte puede contribuir para efectos de un seguimiento respecto a porqué los pacientes no asisten o cancelan las citas programadas, y así identificar su necesidad más de cerca y planificar como solventarlas.
- **Reporte de tipo de pacientes por especialidad:** este instrumento se dirige a un posible telemarketing para promociones específicas que lance la clínica, por ejemplo, poder filtrar en ciertas especialidades médicas, qué tipo de pacientes acude con mayor frecuencia y así enfocarse en esa población en momentos estratégicos como en campañas de prevención de cáncer de mama o próstata, por mencionar algunos. Este reporte contendría la sucursal, especialidad, médico, fecha de inicio, fecha de fin, tipo de examen, sexo y edad.

- **Reporte de cantidad de pacientes por sucursal:** una forma de medir el alcance que tiene cada una de las sucursales en sus diferentes especialidades médicas que ofrece en un rango de tiempo determinado, sería conocer cuántos pacientes acuden a la clínica en comparativa con las otras, para esto, se implementa un reporte en el que se tenga la sucursal, fecha de inicio, fecha de fin, especialidad, médico y cantidad de pacientes.

### 3. ESQUEMA DE METADATOS PARA LA GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO

Para completar la gestión del ECE ASEMBIS se propone la inclusión de un esquema de metadatos, cuya importancia reside en que en este instrumento se muestran de manera específica todos los elementos que se deben abarcar al momento tanto de crear un sistema que gestione expedientes clínicos electrónicos, como de hacer uso de la información contenida en ellos.

En este caso particular, se deben contemplar metadatos referentes a cada uno de los procesos técnicos que se aplican a los documentos y a los expedientes, es decir, desde la captura (incluyendo toda la información médica requerida) hasta la clasificación, descripción, acceso y seguridad, disposición y trazabilidad.

Para esto, se diseñó un esquema de metadatos que cuenta con la siguiente estructura:

- **Orden:** hace referencia al número de metadato.
- **Nombre del metadato:** indica el nombre que se le da al metadato para poder identificarlo.
- **Descripción:** se define a que hace referencia el metadato en cuestión.
- **Regla:** se especifica de qué manera debe incluirse el metadato, indicando si existe alguna estructura determinada.
- **Ejemplo:** basado en la regla indicada, se muestra un ejemplo de cómo se debe presentar el metadato.
- **Condición:** se define si el metadato está disponible, es requerido o automático.

A continuación, se presenta la propuesta de esquema de metadatos.

Tabla 13. Esquema de Metadatos del ECE ASEMBIS

## a) Metadatos del documento

Orden	Nombre del Metadato	Descripción	Regla	Ejemplo	Condición		
					D	R	A
<b>CAPTURA</b>							
1	Fecha de creación	Fecha exacta en que se crea un documento	Se consigna de forma numérica, siguiendo el formato AAAA-MM-DD	2019-02-09	Sí	Sí	Sí
2	Identificador único	Código que identifica de forma unívoca al documento	Se consigna de forma alfanumérica, siguiendo la secuencia: siglas de la institución, especialidad médica, tipo documental, consecutivo y año	ASEMBIS-MG-IMG-001-2019	Sí	Sí	Sí
3	Número de identificación	Número que identificación del paciente	En caso de ser un paciente nacional, el dato se compone de nueve dígitos y se toma del padrón electoral del TSE, y si un paciente extranjero se consigna manualmente	0-0000-0000	Sí	Sí	No
4	Nombre completo	Nombre completo del paciente	Se completa indicando primer apellido, segundo apellido y nombre	Pérez Arce, María	Sí	Sí	No
5	Nacionalidad	País de origen del paciente	Se selecciona de una lista predefinida el país de nacimiento del paciente	Costarricense	Sí	No	No
6	Fecha de nacimiento	Fecha exacta en que nació el paciente	Se consigna de forma numérica, siguiendo el formato AAAA-MM-DD	1988-11-26	Sí	Sí	No
7	Edad	Años que tiene el paciente	Se consigna de forma numérica, se compone de dos o tres dígitos según sea el caso	28	Sí	Sí	Sí

8	Sexo	Género del paciente	Se selecciona de una lista predefinida, el género del paciente, indicando si es femenino o masculino	Femenino	Sí	No	No
9	Estado civil	Estado civil del paciente	Se selecciona de una lista predefinida, el estado civil correspondiente: soltero(a), casado(a), divorciado(a), separado(a), viudo(a), unión libre o de hecho	Casado	Sí	Sí	No
10	Ocupación	Profesión u ocupación que desempeña el paciente	Se consigna de forma alfabética	Archivista	Sí	No	No
11	Números de teléfono	Números telefónicos en los que se puede generar comunicación con el paciente	Se consigna de forma numérica, indicando ocho dígitos	0000-0000	Sí	Sí	No
12	Correo electrónico	Correo electrónico del paciente	Se consigna de forma alfanumérica, siguiendo el formato <u>correo@correo.com</u> y puede poseer cualquier dominio, por ejemplo: .org, .es, .com, .co, .cr, etc.	ejemplo@gmail.com	Sí	No	No
13	Dirección	Dirección en la cual reside el paciente	Se consigna de forma alfabética	Vásquez de Coronado	Sí	No	No
14	Antecedentes	Tipo de condiciones de salud de familiares que puedan afectar la salud del paciente	Se consigna de forma alfabética, indicando el nombre exacto del padecimiento, a partir de una lista predefinida	Diabetes	Sí	Sí	No
15	Padecimientos	Enfermedades que afectan directamente al paciente	Se consigna de forma alfabética, indicando el nombre exacto de la enfermedad, a partir de una lista predefinida	Asma	Sí	Sí	No

16	OD	Capacidad de discriminación auditiva del oído derecho	Se consigna en forma porcentual, a partir de una lista predefinida, indicando una numeración de dos o tres dígitos seguidos del signo %	92%	Sí	Sí	No
17	OI	Capacidad de discriminación auditiva del oído izquierdo	Se consigna en forma porcentual, a partir de una lista predefinida, indicando una numeración de dos o tres dígitos seguidos del signo %	96%	Sí	Sí	No
18	PTOD	Promedio tonal del oído derecho	Se consigna de forma alfanumérica, a partir de una lista predefinida, se expresa en decibeles	45 dB	Sí	Sí	No
19	PTOI	Promedio tonal del oído izquierdo	Se consigna de forma alfanumérica, a partir de una lista predefinida, se expresa en decibeles	45 dB	Sí	Sí	No
20	SRTOD	Nivel en el que el oído derecho identifica el 50% de las palabras	Se consigna de forma alfanumérica, a partir de una lista predefinida, se expresa en decibeles	55 dB	Sí	Sí	No
21	SRTOI	Nivel en el que el oído izquierdo identifica el 50% de las palabras	Se consigna de forma alfanumérica, a partir de una lista predefinida, se expresa en decibeles	55 dB	Sí	Sí	No
22	Otoscopia OD	Resultado del examen realizado en el oído externo derecho	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida	Normal	Sí	Sí	No
23	Otoscopia OI	Resultado del examen realizado en el oído externo izquierdo	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida	Normal	Sí	Sí	No
24	Dx Audiología OD	Diagnóstico del oído derecho	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida	Hipoacusia moderada	Sí	Sí	No

25	Dx Audiología OI	Diagnóstico del oído izquierdo	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida	Hipoacusia moderada	Sí	Sí	No
26	Observaciones	Notas adicionales sobre la consulta realizada	Se consigna de forma alfabética	Cita en 3 meses	Sí	Sí	No
27	Médico	Nombre completo del médico que atendió al paciente	Se completa indicando primer apellido, segundo apellido y nombre del profesional que atiende al paciente	López Quirós, Mariana	Sí	Sí	Sí
28	Código de colegiado	Código asignado al médico por el colegio profesional respectivo	Se consigna de forma numérica	00000	Sí	Sí	Sí
29	Firma	Dato que autentica al médico y al documento que genera	La estructura está supeditada a la firma digital otorgada a la persona	López Quirós, Mariana	Sí	Sí	Sí
30	Garantía del audífono	Período de tiempo de garantía del audífono adquirido por el paciente	Se consigna de forma alfabética, indicando el plazo de garantía correspondiente	Dos años	Sí	Sí	No
31	Modelo del audífono	Modelo del audífono adquirido por el paciente	Se consigna de forma alfanumérica	Retroauricular	Sí	Sí	No
32	Serie del audífono	Serie del audífono adquirido por el paciente	Se consigna de forma alfanumérica	R086331	Sí	Sí	No
33	Pila	Pila que utiliza el audífono adquirido por el paciente	Se consigna de forma numérica, indicando tres dígitos correspondientes	312	Sí	Sí	No
34	Fecha de venta	Fecha exacta en que se realizó la venta del audífono	Se consigna de forma numérica, siguiendo el formato AAAA-MM-DD	2019-04-15	Sí	Sí	No

35	Fecha de entrega	Fecha exacta en que se realizó la entrega del audífono	Se consigna de forma numérica, siguiendo el formato AAAA-MM-DD	2019-05-01	Sí	Sí	No
36	Motivo de la consulta	Razón por la que el paciente asiste a la consulta	Se consigna de forma alfabética	Tos severa	Sí	Sí	No
37	Examen físico	Pruebas físicas que realiza el médico al paciente para determinar la enfermedad que posee	Se consigna de forma alfabética, indicando el nombre exacto de la prueba realizada, a partir de una lista predefinida	Auscultación	Sí	Sí	No
38	Diagnóstico	Diagnóstico al que se llega producto del examen físico	Se consigna de forma alfabética, indicando el nombre exacto de la enfermedad, a partir de una lista predefinida	Asma	Sí	Sí	No
39	Plan	Tratamiento o acciones para contrarrestar o controlar el padecimiento que posea el paciente	Se consigna de forma alfanumérica, indicando los medicamentos recetados y/o el plazo para la próxima consulta médica	Revaloración en 15 días	Sí	Sí	No
40	ESF OD	Potencia del lente derecho para la corrección de la miopía o hipermetropía	Se consigna de forma numérica, con la inclusión de los signos + y - seguidos de una numeración de tres dígitos, según el formato 0.00	+1.00	Sí	Sí	No
41	ESF OI	Potencia del lente izquierdo para la corrección de la miopía o hipermetropía	Se consigna de forma numérica, con la inclusión de los signos + y - seguidos de una numeración de tres dígitos, según el formato 0.00	+2.00	Sí	Sí	No
42	CIL OD	Potencia del lente derecho para la corrección del astigmatismo	Se consigna de forma numérica, con la inclusión de signo - seguido de una numeración de tres dígitos, según el formato 0.00	-0.50	Sí	Sí	No

43	CIL OI	Potencia del lente izquierdo para la corrección del astigmatismo	Se consigna de forma numérica, con la inclusión de signo - seguido de una numeración de tres dígitos, según el formato 0.00	-0.75	Sí	Sí	No
44	EJE OD	Meridiano del lente derecho que no posee el cilindro	Se consigna de forma numérica, indicando los tres dígitos correspondientes	180	Sí	Sí	No
45	EJE OI	Meridiano del lente izquierdo que no posee el cilindro	Se consigna de forma numérica, indicando los tres dígitos correspondientes	180	Sí	Sí	No
46	ADD OD	Aumento para corregir la presbicia del ojo derecho	Se consigna de forma numérica, con la inclusión del signo + seguido de una numeración de tres dígitos, según el formato 0.00	+1.25	Sí	Sí	No
47	ADD OI	Aumento para corregir la presbicia del ojo izquierdo	Se consigna de forma numérica, con la inclusión del signo + seguido de una numeración de tres dígitos, según el formato 0.00	+1.25	Sí	Sí	No
48	PRISMA OD	Potencia prismática del lente derecho	Se consigna de forma numérica, indicando dos dígitos, según el formato 0.0	0.5	Sí	Sí	No
49	PRISMA OI	Potencia prismática del lente izquierdo.	Se consigna de forma numérica, indicando dos dígitos, según el formato 0.0	0.5	Sí	Sí	No
50	CB OD	Medida de la curva inferior del lente derecho	Se consigna de forma numérica, indicando dos dígitos, según el formato 0.0	9.0	Sí	Sí	No

51	CB OI	Medida de la curva inferior del lente derecho	Se consigna de forma numérica, indicando dos dígitos, según el formato 0.0	8.5	Sí	Sí	No
52	Ø OD	Diámetro del lente derecho	Se consigna una numeración de tres dígitos expresados en milímetros, siguiendo el formato 00.0mm	14.0mm	Sí	Sí	No
53	Ø OI	Diámetro del lente izquierdo	Se consigna una numeración de tres dígitos expresados en milímetros, siguiendo el formato 00.0mm	14.0mm	Sí	Sí	No
54	AVSC OD	Agudeza visual sin corrección en el ojo derecho	Se consigna de forma numérica, expresando el resultado en el formato 00/00	20/20	Sí	Sí	No
55	AVSC OI	Agudeza visual sin corrección en el ojo izquierdo	Se consigna de forma numérica, expresando el resultado en el formato 00/00	20/20	Sí	Sí	No
56	BUT	Tiempo de ruptura lagrimal	Se consignan dos dígitos expresados en segundos, siguiendo el formato 0.0s	7.1s	Sí	Sí	No
57	Schimmer	Estimación del flujo lagrimal	Se consigna una numeración de tres dígitos expresados en milímetros, siguiendo el formato 00.0mm	10.0mm	Sí	Sí	No
58	ØH	Diámetro horizontal	Se consigna una numeración de tres dígitos expresados en milímetros, siguiendo el formato 00.0mm	11.7mm	Sí	Sí	No
59	K	Keratometría, radio de la curvatura de la cornea	Se consigna en forma numérica	41.50/42.00 x 56	Sí	Sí	No
60	Astig	Astigmatismo, distorsión de luz de lejos y de cerca	Se consigna de forma numérica, con la inclusión de signo - con la	-0.50	Sí	Sí	No

			inclusión del signo – seguido de una numeración de tres dígitos, según el formato 0.00				
61	Ave K	Agudeza visual estereoscópica de la curvatura	Se consigna en forma numérica, indicando los tres dígitos correspondientes	8.07	Sí	Sí	No
62	Øzo	Diámetro de la zona óptica	Se consigna una numeración de tres dígitos expresados en milímetros, siguiendo el formato 00.0mm	08.3mm	Sí	Sí	No
63	CPP	Curvas posteriores periféricas	Se consigna una numeración de tres dígitos expresados en milímetros, siguiendo el formato 00.0mm	09.4mm	Sí	Sí	No
64	TIPO	Tipo de lentes de contacto recetados al paciente	Se consigna de forma alfabética	Blandos	Sí	Sí	No
65	Adaptación	Posibilidad de adaptación de los lentes de contacto	Se consigna de forma alfabética	No	Sí	Sí	No
66	Control en	Período en el que se realizará la próxima consulta	Se consigna de forma alfanumérica	1 semana	Sí	Sí	No
67	Fecha del control	Fecha exacta en que se realiza el control de lentes de contacto	Se consigna de forma numérica, siguiendo el formato AAAA-MM-DD	2019-02-09	Sí	Sí	Sí
68	Control N°	Secuencia de los controles realizados a los pacientes de lentes de contacto	Se consigna de forma numérica	1	Sí	Sí	Sí
69	Horas de uso	Tiempo que el paciente ha utilizado los lentes de contacto	Se consigna de forma alfanumérica	8 horas al día	Sí	Sí	Sí

70	Px refiere	Condiciones que el paciente refiere sobre el uso de los lentes de contacto	Se consigna de forma alfabética, indicando las sensaciones del paciente al utilizar el lente de contacto	Sensación de basura	Sí	Sí	No
71	S/RX OD	Sobre refracción del ojo derecho	Se consigna de forma numérica, con la inclusión del signo - seguido de una numeración de tres dígitos, según el formato 0.00	-0.25	Sí	Sí	No
72	S/RX OI	Sobre refracción del ojo izquierdo	Se consigna de forma numérica, con la inclusión del signo - seguido de una numeración de tres dígitos, según el formato 0.00	-0.25	Sí	Sí	No
73	Oído Izquierdo	Se indica la condición física en la que se encuentra el oído izquierdo	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida	Hipoacusia	Sí	Sí	No
74	Oído Derecho	Se indica la condición física en la que se encuentra el oído derecho	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida	Otorrea	Sí	Sí	No
75	Nariz	Se indica la condición física en la que se encuentra la nariz	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida	Obstrucción nasal	Sí	Sí	No
76	Boca	Se indica la condición física en la que se encuentra la boca	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida	Paladar blando	Sí	Sí	No
77	Faringe	Se indica la condición física en la que se encuentra la faringe	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida	Alteraciones de la voz	Sí	Sí	No

78	Cuello	Se indica la condición física en la que se encuentra el cuello	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida	Linfoma	Sí	Sí	No
79	Laringoscopia Indirecta	Examen físico que se realiza en la parte posterior de la garganta	Se consigna de forma alfabética	Normal	Sí	No	No
80	Neurológico	Examen físico realizado para determinar los aspectos neurológicos que afectan el funcionamiento de oídos, nariz, boca, faringe y cuello.	Se consigna de forma alfabética	Normal	Sí	No	No
81	Audiometría	Descripción del resultado de la prueba que determina la capacidad auditiva del paciente y que ayuda a llegar a un diagnóstico otorrinolaringológico	Se consigna de forma alfabética	Normal	Sí	No	No
82	Logo Audiometría	Se indica la comprensión del lenguaje que posee el paciente	Se consigna de forma alfanumérica, a partir de una lista predefinida, se compone de dos dígitos expresados en decibeles	45 dB	Sí	No	No
83	Impedanciometría	Descripción de la respuesta del oído medio ante el sonido	Se consigna de forma alfabética	Tímpano perforado	Sí	No	No
84	Radiología	Descripción de la imagen que muestra la estructura de oídos, nariz, boca, faringe y cuello	Se consigna de forma alfabética	Normal	Sí	No	No

85	Exámenes oftalmológicos anteriores	Se indica si el paciente ha sido examinado anteriormente de los ojos	Se selecciona de una lista predefinida, si ha sido o no examinado anteriormente de los ojos	Sí	Sí	Sí	No
86	Primer examen oftalmológico	Se indica si es el primer examen oftalmológico que se realiza el paciente	Se selecciona de una lista predefinida, si es el primer examen oftalmológico que se realiza el paciente o no	No	Sí	Sí	No
87	Fecha aproximada del último examen	Se indica la fecha aproximada en la que el paciente se realizó el último examen oftalmológico	Se selecciona de una lista predefinida hace cuanto se realizó el último examen oftalmológico	1 mes	Sí	Sí	No
88	Tratamiento oftalmológico	Se indica si el paciente posee actualmente tratamiento en los ojos	Se selecciona de una lista predefinida, si posee actualmente tratamiento en los ojos	Sí	Sí	Sí	No
89	Enfermedades anteriores en los ojos	Se indica si el paciente ha tenido anteriormente enfermedades en los ojos	Se selecciona de una lista predefinida, las posibles enfermedades entre las cuales puede elegir	Infecciones	Sí	Sí	No
90	Glaucoma	Se indica si el paciente padece de glaucoma	Se selecciona de una lista predefinida, si posee o no glaucoma	No	Sí	Sí	No
91	Exploración anexos	Se indica información adicional que el médico considera importante para un mejor diagnóstico	Se consigna de forma alfanumérica	No aplica	Sí	Sí	No
92	Pupilas	Se indica el grado de dilatación que poseen las pupilas	Se consigna una numeración de un dígito expresado en milímetros, siguiendo el formato 00.0mm	9 mm	Sí	Sí	No
93	Protección de Luz	Se indica el resultado de la exploración de los reflejos pupilares	Se consigna de forma alfanumérica, con adición de una imagen gráfica	Reflejo directo	Sí	Sí	No

94	Lámpara de hendidura	Se indica el resultado del análisis de las estructuras externas del ojo	Se consigna de forma alfanumérica, con adición de una imagen gráfica	Desprendimiento de la retina	Sí	Sí	No
95	Tensión Ocular OD	Indica la presión ocular que posee el ojo derecho	Se consigna de forma alfanumérica. Se indican dos dígitos numéricos expresados en mm de Hg, siguiendo el formato 00mm/Hg	14 mm Hg	Sí	Sí	No
96	Tensión ocular OS	Indica la presión ocular que posee el ojo izquierdo	Se consigna de forma alfanumérica. Se indican dos dígitos numéricos expresados en mm de Hg, siguiendo el formato 00mm/Hg	14 mm Hg	Sí	Sí	No
97	Fondo Ocular	Se indica el resultado del análisis de las estructuras internas del ojo	Se consigna de manera alfabética	Glaucoma	Sí	Sí	No
98	Peso Anterior	Peso que registro la paciente antes del embarazo	Se consigna en kilogramos, a partir de una lista predefinida	84 kg	Sí	Sí	No
99	Talla	Se indica la estatura de la paciente	Se consigna de forma alfanumérica, a partir de una lista predefinida, se expresa en tres dígitos, según el formato 0,00cm	1,50cm	Sí	Sí	No
100	FUM	Fecha de la última menstruación	Se consigna de forma numérica, siguiendo el formato AAAA-MM-DD	2019-05-23	Sí	Sí	No
101	FPP	Fecha probable del parto.	Se consigna de forma numérica, siguiendo el formato AAAA-MM-DD	2020-02-15	Sí	Sí	No
102	Dudas	Indicación de si la paciente posee dudas o no sobre su estado	Se consigna de manera alfabética, indicando sí o no	Sí	Sí	Sí	No

103	Antitetánica Previa	Indicación de si la paciente se le administró la vacuna antitetánica antes del embarazo	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	Sí	No
104	Antitetánica Actual	Indicación de si a la paciente se le administró la vacuna antitetánica en el embarazo	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida	Primera	Sí	Sí	No
105	Grupo	Se indica el grupo sanguíneo que posee la paciente	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida	A	Sí	Sí	No
106	Rh	Se indica el factor Rh que posee la paciente	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida	Positivo	Sí	Sí	No
107	Fuma	Se indica si el paciente fuma o no	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida	No	Sí	Sí	No
108	Nº de cigarros diarios	Se indica la cantidad de cigarros diarios que fuma el paciente	Se consigna de forma numérica	0	Sí	Sí	No
109	Hospitalización	Se indica si la paciente requiere o no hospitalización	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No
110	Traslado	Se indica si la paciente requiere o no traslado a algún centro médico	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No
111	Lugar	Se indica el lugar al que se traslada la paciente	Se consigna de manera alfabética	Hospital Calderón Guardia	Sí	No	No

112	Examen clínico normal	Se indica si el examen de clínico realizado posee un resultado positivo o no	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	No	No
113	Examen mamas normal	Se indica si el examen de mamas realizado posee un resultado positivo o no	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	No	No
114	Examen odontológico normal	Se indica si el examen odontológico realizado posee un resultado positivo o no	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	No	No
115	Pelvis normal	Se indica si el examen realizado posee un resultado positivo o no	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	No	No
116	Papanicolau. normal	Se indica si el papanicolau realizado posee un resultado positivo o no	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	No	No
117	Colonoscopia normal	Se indica si la colonoscopia realizada posee un resultado positivo o no	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	No	No
118	Cérvix normal	Se indica si el examen realizado posee un resultado positivo o no	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	No	No
119	VDRL	Fecha en que se realiza la prueba que permite el diagnóstico de la sífilis	Se consigna de forma numérica, siguiendo el formato DD-MM	23-05	Sí	Sí	No
120	HCTO	Fecha en que se realiza la prueba que permite el diagnóstico de la anemia	Se consigna de forma numérica, siguiendo el formato DD-MM	23-05	Sí	Sí	No

121	Semanas de amenorrea	Semanas que lleva la paciente sin la menstruación	Se consigna de forma alfanumérica, a partir de una lista predefinida, indicando una numeración de dos dígitos	12 semanas	Sí	Sí	No
122	Peso	Se indica el peso que posee la paciente en el momento de la consulta médica	Se consigna de manera alfanumérica, indicando una numeración de dos dígitos seguidos de la nomenclatura Kg	70 Kg	Sí	Sí	No
123	Presión arterial	Se indica la presión arterial de la paciente al momento de la consulta médica	Se consigna de forma alfanumérica, indicando con dos o tres dígitos los mm de Hg según sea la presión arterial del paciente	120/80 mm Hg	Sí	Sí	No
124	Alteración uterina pubis fondo	Se indica la altura del fondo uterino de la paciente	Se consigna una numeración de dos dígitos expresados en cm, siguiendo el formato 00cm	28 cm	Sí	Sí	No
125	Presen. Cef./pel./tr	Presentación cefálica, pelviana y transversa	Se consigna en valor porcentual, indicando una numeración de tres dígitos seguidos del signo %	60%	Sí	Sí	No
126	F.C.F	Frecuencia cardíaca del feto	Se consigna una numeración de tres dígitos que expresa los latidos por minuto del feto	120 latidos por minuto	Sí	Sí	No
127	Movimiento Fetal	Movimientos realizados por el feto	Se consigna de forma alfabética	Positivos	Sí	Sí	No
128	Edad gest. semanas	Se indica la edad gestacional en semanas que posee el feto al momento del aborto	Se consigna de manera numérica, a partir de una lista predefinida, indicando el dato con dos dígitos	23	Sí	No	No

129	Presentación	Presentación cefálica, pelviana o transversa al inicio del trabajo de parto	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando si es cefálica, pelviana o transversa	Cefálica	Sí	No	No
130	Tamaño Fetal Acorde	Se indica si el tamaño del feto concuerda con las semanas de gestación	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	No	No
131	Inicio	Indicación de la forma en la que se manifestó el aborto	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida	Espontáneo	Sí	No	No
132	Membranas	Se indica si se realizó rotura de membranas para el aborto o si se realizó de forma interna	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando rotura o forma interna	Rotura	Sí	No	No
133	Muerte intrauterina	Se indica si hubo o no muerte intrauterina	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida que despliega una pregunta anexa	No	Sí	Sí	No
134	Episiotomía	Se indica si a la paciente se le realizó una episiotomía durante el parto	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	Sí	No
135	Desgarros	Se indica si la paciente tuvo desgarros o no durante el parto	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	Sí	No
136	Alumbramiento Espontáneo	Se indica si durante el parto se dio un alumbramiento espontáneo	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	Sí	No
137	Placenta completa	Se indica si la placenta se encuentra completa o no al momento del parto	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	Sí	No

138	Terminación	Se indica la forma en que se dio la terminación del parto	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando si el embarazo finalizó de forma espontánea, fórceps, cesárea u otra razón	Cesárea	Sí	Sí	No
139	Hora de la terminación	Se indica la hora en que se dio la terminación del parto	Se consigna en horas y minutos, en formato de 12 horas, indicando si es am o pm	10:06 pm	Sí	Sí	No
140	Nivel de atención	Se indica el nivel de atención médica en que estuvo la paciente	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando si la atención fue primera, segunda, tercera u otra	Primera	Sí	Sí	Sí
141	Parto	Personal que atendió a la paciente	Se consigna a partir de una lista predefinida, indicando si la paciente fue atendida por un médico, enfermero, obstetra, auxiliar, estudiante, empírico u otro	Médico	Sí	Sí	No
142	Neonato	Personal que atendió al neonato	Se consigna a partir de una lista predefinida, indicando si el neonato fue atendido por un médico, enfermero, obstetra, auxiliar, estudiante, empírico u otro	Médico	Sí	Sí	No
143	Indicación principal de parto operatorio o natural	Causa por la que se dio la forma de terminación	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando si es operatoria o natural	Operatoria	Sí	Sí	No
144	Situaciones	Situaciones adversas que pueden afectar el desarrollo del embarazo	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida de selección múltiple	Parasitosis	Sí	Sí	No

145	Sexo del recién nacido	Genero del recién nacido	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando si es masculino o femenino	Masculino	Sí	Sí	No
146	Peso al nacer	Peso del recién nacido	Se consigna de manera alfanumérica indicando una numeración de dos dígitos seguidos de la nomenclatura Kg	3.4 kg	Sí	Sí	No
147	Talla del recién nacido	Estatura del recién nacido	Se consigna de forma alfanumérica, expresando tres dígitos en formato 0.00cm	50.3 cm	Sí	Sí	No
148	Perímetro cefálico	Medida del perímetro cefálico del recién nacido	Se consigna de forma alfanumérica, expresando tres dígitos en formato 0.00cm	36.5 cm	Sí	Sí	No
149	Edad por examen físico	Edad en semanas según el examen físico realizado al recién nacido	Se consigna de forma alfanumérica, a partir de una lista predefinida, indicando una numeración de dos dígitos	40 semanas	Sí	Sí	No
150	Peso E.G	Peso del recién nacido en relación a su edad gestacional	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando si de acuerdo al peso el recién nacido se puede considerar adecuado, pequeño o grande	Pequeño	Sí	Sí	No
151	Apgar minuto 1'	Se indica el puntaje del test de Apgar realizado al recién nacido al minuto de nacer	Se consigna de manera numérica, a partir de una lista predefinida, indicando el dato con uno o dos dígitos según sea el caso	9	Sí	Sí	No

152	Apgar minuto 5'	Se indica el puntaje del test de Apgar realizado al recién nacido a los cinco minutos de nacer	Se consigna de manera numérica, a partir de una lista predefinida, indicando el dato con uno o dos dígitos según sea el caso	10	Sí	Sí	No
153	Reanimación Respiratoria	Se indica si se realizó o no reanimación respiratoria al recién nacido	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No
154	Examen físico	Condición del recién nacido de acuerdo al examen físico	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando si la condición del recién nacido es normal o anormal	Normal	Sí	Sí	No
155	Patologías	Se indica si el recién nacido posee o no alguna patología	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida	Ninguna	Sí	Sí	No
156	Alojamiento Conjunto	Se indica si el recién nacido se encuentra en un alojamiento conjunto con la madre	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No
157	Hospitalizado	Se indica si el recién nacido se deja hospitalizado o no	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No
158	Fecha y hora del egreso del bebé nacido	Se indica la fecha y hora del egreso del bebé nacido	La fecha se consigna según el formato AAAA-MM-DD; la hora en HH-MM	2019-10-23 03:00pm	Sí	Sí	No
159	Condición del bebé nacido al egreso	Se indica la condición en la que egresa el recién nacido	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando si el recién nacido está sano, con patologías, debe ser trasladado o fallece	Sano	Sí	Sí	No

160	Alimento	Se indica la forma en que se alimenta el recién nacido	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando si el recién nacido será alimentado por el pecho de la madre o de forma artificial	Pecho	Sí	Sí	No
161	Peso al egreso	Peso del bebé nacido al salir del hospital	Se consigna de manera alfanumérica indicando una numeración de dos dígitos seguidos de la nomenclatura Kg	4.0 kg	Sí	Sí	No
162	Fecha y hora del egreso de la madre	Se indica la fecha y hora del egreso de la madre	La fecha se consigna según el formato AAAA-MM-DD; la hora en HH-MM	2019-10-23 03:00pm	Sí	Sí	No
163	Condición de la madre al egreso	Se indica la condición en la que egresa la madre	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando si la madre está sana, con patologías, debe ser trasladada o fallece	Sano	Sí	Sí	No
164	Anticoncepción	Se indica si la madre opta por alguna alternativa de anticoncepción	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida	D.I.U	Sí	Sí	No
165	Toma licor	Se indica si el paciente toma o no licor	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No
166	Cantidad diaria	Se indica la cantidad aproximada de licor que toma el paciente	Se consigna de forma alfanumérica	1 vaso diario	Sí	No	No
167	Sarampión	Se indica si el paciente ha padecido o no sarampión	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No

168	Varicela	Se indica si el paciente ha padecido o no varicela	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	Sí	No
169	Paperas	Se indica si el paciente ha padecido o no paperas	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No
170	Tosferina	Se indica si el paciente ha padecido o no tosferina	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No
171	Rubéola	Se indica si el paciente ha padecido o no rubéola	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No
172	Hepatitis	Se indica si el paciente ha padecido o no hepatitis	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	Sí	No
173	Transfusiones sanguíneas	Se indica si el paciente ha recibido transfusiones sanguíneas	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	Sí	No
174	Edad de la primera menstruación	Se indica la edad en la que la paciente tuvo su primera menstruación	Se consigna de forma numérica, a partir de una lista predefinida, indicando el dato mediante dos dígitos	13	Sí	Sí	No
175	Duración del ciclo menstrual	Se indica la cantidad de días que transcurren de un ciclo menstrual a otro	Se consigna de forma numérica, a partir de una lista predefinida, indicando el dato mediante dos dígitos	28	Sí	Sí	No

176	Duración de la menstruación	Se indica la cantidad de días que dura la menstruación	Se consigna de forma numérica, a partir de una lista predefinida, indicando con un dígito la cantidad de días	4 días	Sí	Sí	No
177	Última menstruación	Se indica una fecha aproximada de la última menstruación	Se consigna de forma alfanumérica, indicando un dígito y si corresponde a días, meses o semanas	1 mes	Sí	Sí	No
178	Dolor de ovarios o matriz	Se indica si la paciente presenta dolor de ovarios o de matriz cuando le viene la menstruación	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No
179	Relaciones sexuales	Se indica si la paciente ha tenido o no relaciones sexuales	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	Sí	No
180	Planificación	Se indica si la paciente utiliza algún método para planificar o no	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No
181	Cantidad de hijos	Se indica la cantidad de hijos que se posee	Se consigna de forma numérica, indicando el dato con dos dígitos	2	Sí	Sí	No
182	Abortos	Se indica si la paciente ha sufrido algún aborto	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No
183	Cesárea	Se indica si la paciente ha sido intervenida por cesárea	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No
184	Partos difíciles	Se indica si la paciente ha tenido partos difíciles	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	No	No

185	Flujo Vaginal	Se indica si la paciente padece de flujo vaginal	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	Sí	No
186	Edad primera relación sexual	Se indica la edad en que la paciente tuvo su primera relación sexual	Se consigna de forma numérica, expresando el dato mediante dos dígitos	30	Sí	Sí	No
187	Papanicolau	Se indica si la paciente se ha hecho o no el Papanicolau alguna vez	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	No	Sí	Sí	No
188	Último Papanicolau	Se indica la fecha en que la paciente se realizó el último Papanicolau	Se consigna de forma alfanumérica, indicando un dígito y si corresponde a días, meses o semanas	1 año	Sí	Sí	No
189	Diagnóstico Papanicolau	Se indica el resultado del último Papanicolau realizado	Se consigna de forma alfabética	Normal	Sí	Sí	No
190	Ejercicio	Se indica si el paciente realiza o no algún tipo de actividad física	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	Sí	No
191	Uso de lentes	Se indica que tipo de lente utiliza el paciente o si no lo hace	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida	Anteojos	Sí	Sí	No
192	Base OD	Indica la orientación que se utiliza al montar el prisma en el antejo derecho	Se consigna de manera alfabética, indicando si es arriba o abajo	Abajo	Sí	Sí	No
193	Base OI	Indica la orientación que se utiliza al montar el prisma en el antejo izquierdo	Se consigna de manera alfabética, indicando si es arriba o abajo	Arriba	Sí	Sí	No

194	A.V/Lejos OD	Agudeza visual de lejos para el ojo derecho	Se consigna de forma alfanumérica, indicando el dato mediante un dígito	1	Sí	Sí	No
195	A.V/Lejos OI	Agudeza visual de lejos para el ojo izquierdo	Se consigna de forma alfanumérica, indicando el dato mediante un dígito	1	Sí	Sí	No
196	A.V/Cerca OD	Agudeza visual de cerca para el ojo derecho	Se consigna de forma alfanumérica, indicando el dato mediante un dígito	1	Sí	Sí	No
197	A.V/Cerca OI	Agudeza visual de lejos para el ojo izquierdo	Se consigna de forma alfanumérica, indicando el dato mediante un dígito	1	Sí	Sí	No
198	Θ C	Diámetro del cristalino	Se consigna en milímetros, según el formato 0.0mm	9.0 mm	Sí	Sí	No
199	Θ P	Diámetro de la pupila	Se consigna en milímetros, según el formato 0.0mm	4.0 mm	Sí	Sí	No
200	Pruebas previas	Pruebas médicas previas que se le practicaron al paciente	Se consigna de forma alfabética, a partir de una lista predefinida	ORL	Sí	Sí	No
201	Fecha de la cirugía	Fecha exacta en que se realizó la cirugía	Se consigna de forma numérica, siguiendo el formato AAAA-MM-DD	2019-06-15	Sí	Sí	Sí
202	Dr.	Nombre del doctor que realiza la cirugía	Se completa indicando primer apellido, segundo apellido y nombre; a partir de una lista predefinida	Jiménez Obando, Gerardo	Sí	Sí	No
203	Ojo	Se indica en cual ojo se realizó la cirugía	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando si es el ojo izquierdo o derecho	Derecho	Sí	Sí	No
204	Paciente	Se consigna el nombre y la firma del paciente	Se completa indicando primer apellido, segundo apellido y nombre	Pérez Arce, María	Sí	Sí	No

205	Acompañante	Se consigna el nombre y la firma del acompañante	Se completa indicando primer apellido, segundo apellido y nombre	Pérez Villalobos, Irma	Sí	Sí	No
206	Cirugía	Se indica el tipo de cirugía al que se someterá el paciente	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida	Catarata	Sí	Sí	No
207	Saturación de O2	Saturación de oxígeno que posee el paciente en las etapas preoperatorias, transoperatorias y post operatorias	Se consigna de manera porcentual, indicando una numeración de dos o tres dígitos seguidos del signo %	92%	Sí	Sí	No
208	Glicemia	Se indica el nivel de glucosa que posee el paciente en las etapas preoperatorias, transoperatorias y post operatorias	Se consigna de manera alfanumérica, expresando el dato mediante tres dígitos, seguidos de las siglas mg/dl	118mg/dl	Sí	Sí	No
209	Conocido (a)	Padecimientos crónicos que posee el paciente.	Se consigna de manera alfabética, a partir de siglas predefinidas	DM	Sí	Sí	No
210	Diagnóstico prequirúrgico	Diagnóstico por el cual el paciente es sometido a cirugía	Se consigna de manera alfabética	Catarata	Sí	Sí	No
211	Sala de cirugías	Sala de cirugía en la que se atiende al paciente	Se consigna de manera alfanumérica	Sala 1	Sí	Sí	No
212	Técnica cirugía	Se indica la técnica que se utilizará para realizar la cirugía	Se consigna de manera alfabética	Faco	Sí	Sí	No
213	Anestesia	Se indica si al paciente se le aplica anestesia local para la cirugía	Se consigna de manera alfabética, indicando sí o no	Sí	Sí	Sí	No

214	Sedación	Se indica si el paciente requiere sedación o no durante la cirugía	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando sí o no	Sí	Sí	Sí	No
215	Conclusión cirugía	Se indica si durante la cirugía hubo alguna complicación o no	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida, indicando “sin” o “con”	Sin	Sí	Sí	No
216	Complicaciones	Se indican las complicaciones que se presentaron durante la cirugía	Se consigna de manera alfabética	Ninguna	Sí	Sí	No
217	Protección ocular	Se indica que tipo de protección se coloca en el ojo operado	Se consigna de manera alfabética, a partir de una lista predefinida	Apósito limpio	Sí	Sí	No
218	Enfermero	Nombre del enfermero que asistió la cirugía	Se completa indicando primer apellido, segundo apellido y nombre; a partir de una lista predefinida	Rodríguez Rodríguez, Jorge	Sí	Sí	No
<b>DESCRIPCIÓN</b>							
219	Código de referencia	Código que identifica de forma unívoca a la serie documental	Se consigna de forma alfabética, indicando las siglas de los elementos correspondientes a país, institución, archivo, la serie documental y la unidad documental	CR-ASEMBIS-AC-EC-AUC	Sí	Sí	Sí
220	Título del documento	Denominación otorgada al documento	Se consigna de forma alfabética, indicando de una lista predefinida la tipología documental correspondiente	Audiometría clínica	Sí	Sí	Sí
221	Fechas	Año en que fue producido el documento	Se consigna de forma numérica,	2019	Sí	Sí	Sí

222	Nivel de descripción	Nivel del objeto de descripción	Se consigna de forma alfabética, indicando si se está describiendo un fondo, subfondo, serie, tipo o unidad documental	Unidad documental	Sí	Sí	Sí
223	Nombre del productor	Denominación oficial de la entidad que produce los documentos	Se consigna de forma alfabética	Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social	Sí	Sí	Sí
224	Forma de ingreso	Forma en que la unidad documental llega al archivo clínico	Se consigna de forma alfabética, indicando si fue adquisición o transferencia	Transferencia	Sí	Sí	No
225	Alcance y contenido	Resumen del contenido de la serie documental	Se consigna de forma alfabética, indicando brevemente lo que contiene el documento	Estudio clínico que determina el grado de audición de un paciente	Sí	Sí	Sí
226	Lengua o escritura	Idioma en el que se encuentran los documentos	Se consigna de forma alfabética, indicando el idioma de una lista predefinida	Español	Sí	Sí	Sí
<b>ACCESO Y SEGURIDAD</b>							
227	Acceso	Nivel de acceso asignado a los actores involucrados en la gestión del expediente	Se consigna de forma alfabética, indicando de una lista predefinida la categoría de acceso correspondiente	Restringido	Sí	Sí	Sí
<b>Siglas</b>		<b>D:</b> Disponible <b>R:</b> Requerido <b>A:</b> Automático					

## b) Metadatos del expediente

Orden	Nombre del Metadato	Descripción	Regla	Ejemplo	Condición		
					D	R	A
<b>CLASIFICACIÓN</b>							
1	Nivel de clasificación	Nivel en que se encuentra el proceso que genera la serie documental	Se consigna de forma alfanumérica, indicando este dato según lo establecido en el cuadro de clasificación	Nivel 0	Sí	Sí	Sí
2	Código de clasificación	Identificador único del proceso que genera la serie documental	Se consigna de forma alfanumérica, indicando este dato según lo establecido en el cuadro de clasificación	A310	Sí	Sí	Sí
3	Nombre del proceso	Denominación dada al proceso en el que se encuentra la serie documental	Se consigna de forma alfabética, indicando este dato según lo establecido en el cuadro de clasificación	Atención médica integral	Sí	Sí	Sí
4	Serie documental	Nombre de la serie documental de acuerdo al cuadro de clasificación	Se consigna de acuerdo a la denominación establecida en el cuadro de clasificación	Expediente clínico	Sí	Sí	Sí
<b>DESCRIPCIÓN</b>							
5	Código de referencia	Código que identifica de forma unívoca a la serie documental	Se consigna de forma alfabética, indicando las siglas de los elementos correspondientes a país, institución, archivo y serie documental	CR-ASEMBIS-AC-EC	Sí	Sí	Sí
6	Título de la serie documental	Denominación otorgada la serie documental	Se consigna de forma alfabética, indicando de una lista predefinida la serie documental correspondiente	Expediente clínico	Sí	Sí	Sí

7	Fechas	Rango de fechas que establecen desde cuando se crea la serie documental	Se consigna de forma alfanumérica, indicando los años correspondientes	1991 a la fecha	Sí	Sí	Sí
8	Nivel de descripción	Nivel del objeto de descripción	Se consigna de forma alfabética, indicando si se está describiendo un fondo, subfondo, serie, tipo o unidad documental	Serie documental	Sí	Sí	Sí
9	Nombre autorizado del productor	Denominación oficial de la entidad que produce los documentos	Se consigna de forma alfabética	Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social	Sí	Sí	Sí
10	Forma de ingreso	Forma en que la serie documental llega al archivo clínico	Se consigna de forma alfabética, indicando si fue adquisición o transferencia	Transferencia	Sí	Sí	No
11	Alcance y contenido	Resumen del contenido de la serie documental	Se consigna de forma alfabética, indicando que documentos contiene la serie, a partir de una lista predefinida	Audiometría Clínica	Sí	Sí	Sí
12	Nuevos ingresos	Posibilidad de que a la serie se le incluyan documentos nuevos	Se consigna de forma alfabética, indicando sí o no, de una lista predefinida	Sí	Sí	Sí	Sí
13	Lengua o escritura	Idioma en el que se encuentran los documentos que componen la serie documental	Se consigna de forma alfabética, indicando el idioma de una lista predefinida	Español	Sí	Sí	Sí
<b>ACCESO Y SEGURIDAD</b>							
14	Acceso	Nivel de acceso asignado a los actores involucrados en la gestión del expediente	Se consigna de forma alfabética, indicando de una lista predefinida la categoría de acceso correspondiente	Restringido	Sí	Sí	Sí

DISPOSICIÓN							
16	Vigencia de conservación	Plazo de conservación de los documentos, según la etapa de disposición establecida	Se consigna de forma alfabética según lo establecido en la tabla de plazos	Permanente	Sí	Sí	Sí
TRAZABILIDAD							
19	Fecha y hora de la acción	Fecha y hora exacta en la que se realiza una acción específica con un expediente clínico específico	La fecha se consigna según el formato AAAA-MM-DD; la hora en HH-MM	2019-09-23 03:00pm	Sí	Sí	Sí
20	Autor de la acción	Nombre del colaborador que realiza una acción específica con un expediente clínico específico	Se completa indicando primer apellido, segundo apellido y nombre	Ulate Vargas, Melanie	Sí	Sí	Sí
21	Acción realizada	Acción que el colaborador realiza con un expediente clínico específico	Se completa indicando, a partir de una lista predefinida, la acción ejecutada	Eliminación de expediente clínico	Sí	Sí	Sí
<b>Siglas</b>		<b>D:</b> Disponible <b>R:</b> Requerido <b>A:</b> Automático					

*Fuente: Elaboración propia.*

## CONCLUSIONES

La Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis), es una organización privada que brinda servicios para ayudar especialmente a personas de escasos recursos, a través de precios accesibles y variedad de especialidades médicas. Esto es muy valorado por la población que se atiende en esta institución, ya que muchas veces requieren realizarse procedimientos con un costo muy alto, como las cirugías, y al darles la facilidad de patrocinarlos por medio de ayudas económicas, es posible satisfacer esas necesidades, lo cual en muchas ocasiones no se logra en instituciones públicas o incluso otras privadas.

Ahora bien, se debe tomar en cuenta el contexto en el que se desenvuelve la atención médica, y en este caso específico, principalmente en lo que tiene que ver con el expediente clínico, ya que en él se encuentra información de vital importancia para médicos y pacientes, porque se refleja el historial clínico de las dolencias, padecimientos, diagnósticos y tratamientos de este último; no obstante, la información no siempre se encuentra completa, ordenada y organizada de manera que, se pueda dar un seguimiento adecuado a las necesidades que se tienen, por esta razón, se deberá poseer una estructura específica dentro del expediente clínico, que permita visualizar toda la información que el médico requiere conocer de su paciente para asegurarle una atención que satisfaga las necesidades de salud que este tiene.

Como se pudo observar, en Clínicas Asembis la gestión del expediente clínico se ve afectada por duplicidad, extravío, falta de estandarización del proceso de gestión, necesidad de aplicación de medidas de conservación mínimas para el resguardo de los expedientes, desconocimiento de normativa, ausencia de profesionales como encargados de los archivos, falta de capacitación al personal, así como de compromiso para realizar los procesos de manera adecuada.

Por ello, al analizar el ámbito en el que se desenvuelve la gestión de expedientes clínicos en Asembis, la cantidad de expedientes duplicados, así como de sucursales que posee la institución, se opta por brindar una solución enfocada en la creación de expedientes clínicos electrónicos, siendo este un cambio drástico pero importante para mejorar considerablemente el servicio que se ofrece, generando así una serie de productos que

garantizaran una gestión adecuada del expediente clínico y más importante aún, un beneficio directo en la salud de los pacientes que eligen atenderse en la institución.

Para lograr esto, la definición de requisitos de tipo técnico, administrativo, tecnológico y legal, da una guía que permite que el proceso de implementación del expediente clínico electrónico de Asembis sea exitoso, al contar con elementos mínimos, relacionados con parámetros archivísticos para la gestión de documentos, aspectos logísticos que ayudan a dicha gestión, pautas informáticas y apego a la normativa nacional para garantizar un proceso transparente y a su vez, que se pueda dar el seguimiento y la evaluación que se requiere para detectar aquellas mejoras que se pueden agregar al sistema de gestión de documentos electrónicos.

Por otro lado, durante la gestión del expediente clínico, existen varios actores involucrados con roles y acciones específicas que deben cumplir, siguiendo la aplicación de procesos archivísticos que ayudan a que la gestión se realice de manera controlada, garantizando que la información se encuentre siempre usable.

Aunado a ello, el diseño de un esquema de metadatos determina qué aspectos se deben considerar para crear un sistema de gestión de documentos electrónicos, y en este caso específico, cómo deben utilizarse dentro del expediente clínico, para asegurar que cuente con los elementos necesarios para cada etapa de su ciclo de vida, y que la gestión de éste beneficie al paciente al contar con expedientes integros.

A partir de lo dicho, este proyecto de graduación brinda una solución de gestión de expedientes clínicos, en un soporte electrónico, que incluye una serie de productos que vienen no sólo a mejorar la productividad de la entidad, sino a innovar y a orientar a los archivos clínicos a las buenas prácticas archivísticas. Los productos que surgen de este trabajo van desde la identificación de un organigrama de funciones completo para Asembis, hasta instrumentos como las plantillas normalizadas para cada especialidad médica, el cuadro de clasificación por procesos, la tablas de roles y acciones, la tabla de acceso para cada etapa de la gestión, la valoración parcial del ECE ASEMBIS y finalmente un esquema de metadatos que abarca no sólo los procesos técnicos de archivo, sino la información médica que forma el expediente.

Finalmente, en temas de viabilidad de este proyecto, se puede decir que si bien depende de la forma en que se patrocine con los altos mandos de la Clínica y del compromiso que estas tengan con su desarrollo, el porcentaje se acerca bastante al 100%, ya que los beneficios que va a obtener la administración y, más importante aún, los pacientes, son muy evidentes, puntuales y orientados a la misión y visión de la entidad, la prestación de un servicio de calidad a los pacientes, ya que con esta solución se puede resolver el problema identificado casi en su totalidad.

## RECOMENDACIONES

En este proyecto se planteó como objetivo el desarrollo de una propuesta para la gestión de expedientes clínicos electrónicos, aplicado a la Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis), con el fin de incentivar el cambio de documentos físicos a electrónicos, para la mejora en la atención médica que dan a sus pacientes en las distintas sucursales que poseen alrededor del país.

Tomando en cuenta que el proyecto es viable para ser implementado en Clínicas Asembis, se recomienda la aplicación de los productos generados, ya que esto será vital para Clínicas Asembis, debido a que por medio de ellos se busca normalizar los procesos que se realizan en cada una de las sucursales de la institución, con el fin de que haya una misma línea de trabajo seguida por sus colaboradores y a su vez se pueda minimizar los problemas relativos a la gestión de documentos como la duplicidad y el extravío, por mencionar algunas.

Además, dentro de los aporta más importantes se encuentra un esquema de metadatos que refleja los requisitos mínimos necesarios para la creación de un expediente clínico electrónico, es por ello, que, en primera instancia, se recomienda la aplicación de esta propuesta en Clínicas Asembis, abarcando cada aspecto desarrollado, y que aquellos que no fueron considerados, sean incluidos para mejorar o fortalecer el o los resultados que se persigan.

Para ello, al emprender el proyecto, se sugiere que éste se encuentre liderado por un equipo interdisciplinario, el cual brinde sus aportes desde las distintas ramas, para tomar en cuenta todos los ámbitos necesarios; dentro de ellos se pueden incluir las jefaturas, archivistas, profesionales en tecnologías de la información, asesores legales, médicos, entre otros.

Por otro lado, se aconseja crear una plataforma que se torne amigable con el usuario, que, a su vez, posea una amplia capacidad de almacenamiento, tomando en cuenta los aspectos aportados por el equipo interdisciplinario establecido; es decir, desarrollar un sistema de gestión de expedientes clínicos electrónicos, para mejorar la eficiencia en los procesos que se siguen con la atención médica que se brinda en la clínica.

Así mismo, Asembis puede buscar una certificación con la serie de Normas UNE-ISO 30300 referente a Sistemas de gestión para los documentos, para lograr la normalización y documentación de todo el proceso de gestión, así como la calidad del mismo.

Por último, se recomienda mirar hacia el futuro y plantearse cómo desarrollar un repositorio de preservación digital para los expedientes clínicos electrónicos generados dentro del sistema de gestión, con el fin de garantizar que sean usables y accesibles con el paso del tiempo y no se conviertan en documentos obsoletos, de los cuales se pierda la información contenida en ellos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Landaverde, J.E.; Gómez-Rivas, N. G.; Ortiz-Carpio, J.A. y Ramírez-Rochac, J. F. (2005). *Creación de un Almacén de Datos para la explotación y descubrimiento de patrones de enfermedades cancerígenas en el Instituto del Cáncer de El Salvador*. (Tesis para optar por el título de Ingeniero en Sistemas Informáticos). Universidad del Salvador. Recuperado de <http://ri.ues.edu.sv/13293/>. [Consulta: 01 de febrero de 2018].
- Aguilera- Murguía, R. (2012). *La Archivística Integrada*. Escuela Mexicana de Archivos A.C. Recuperado de [http://escuelamexicanadearchivos.com.mx/descargas/publicaciones/archivistica\\_integrada.pdf](http://escuelamexicanadearchivos.com.mx/descargas/publicaciones/archivistica_integrada.pdf). [Consulta: 30 de marzo de 2018].
- Alvarado-Ramos, J. (2011). *Propuesta de un Modelo para un Expediente Clínico Electrónico*. (Tesis de Maestría en Ciencias Computacionales). Universidad de Montemorelos. Recuperado de <http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/jspui/bitstream/handle/20.500.11972/312/Tesis%20Jes%C3%BAs%20Alvarado.pdf?sequence=1>. [Consulta: 31 de julio de 2017].
- Ameneyro-Olaguibel, S. (1987). *Archivo Clínico. Sus procedimientos e instrumentación*. México: Editorial Limusa.
- Arias, F.G. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. 6° ed. Caracas: Editorial Episteme. Recuperado de <http://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/EL-PROYECTO-DE-INVESTIGACION-6ta-Ed.-FIDIAS-G.-ARIAS.pdf>. [Consulta: 05 de noviembre de 2017].
- Archives and Records Management Section. (2006). *Manual for the Design and Implementation of Recordkeeping System (DIRKS)*. United Nations. Recuperado de [https://archives.un.org/sites/archives.un.org/files/files/French%20files/Manual for the Design and Implementation of Recordkeeping Systems.pdf](https://archives.un.org/sites/archives.un.org/files/files/French%20files/Manual%20for%20the%20Design%20and%20Implementation%20of%20Recordkeeping%20Systems.pdf). [Consulta: 30 de marzo de 2018].

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2002). *Ley N°8239 Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados*. Recuperado de [https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/derechos%20humanos/leyes/ley\\_usuario\\_salud.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/leyes/ley_usuario_salud.pdf). [Consulta: 14 de octubre de 2017].

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2005). *Ley N°8454 de certificados, firmas digitales y documentos electrónicos*. Recuperado de <http://www.firmadigital.go.cr/Documentos/ley%208454.pdf>. [Consulta: 22 de octubre de 2017].

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2011). *Ley N°8968 de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales*. Recuperado de <http://www.tse.go.cr/pdf/normativa/leydeprotecciondelapersona.pdf>. [Consulta: 21 de octubre de 2017].

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2013a). *Ley N° 9097 de regulación del derecho de petición*. Recuperado de [https://www.tec.ac.cr/sites/default/files/media/doc/ley\\_n.9097\\_ley\\_de\\_regulacion\\_del\\_derecho\\_de\\_peticion.pdf](https://www.tec.ac.cr/sites/default/files/media/doc/ley_n.9097_ley_de_regulacion_del_derecho_de_peticion.pdf). [Consulta: 21 de octubre de 2017].

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2013b). *Ley N°9162. Expediente Digital Único de Salud*. Recuperado de [http://www.imprentanacional.go.cr/pub/2013/09/23/COMP\\_23\\_09\\_2013.pdf](http://www.imprentanacional.go.cr/pub/2013/09/23/COMP_23_09_2013.pdf). [Consulta: 31 de agosto de 2017].

Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social. (s.f). *Biografía ASEMBIS*.

Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social. (s.f). *Quiénes somos*. Recuperado de <https://www.asembis.org/quienes-somos/>. [Consulta: 12 de marzo de 2018].

Asociación Española de Normalización y Certificación. (2016). *Norma UNE-ISO 15489-2 Información y documentación. Gestión de documentos. Parte 2: Directrices*. Madrid: AENOR.

- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2008a). *Norma UNE-ISO/TR 15801 IN. Imagen electrónica. Información almacenada electrónicamente. Recomendaciones sobre veracidad y fiabilidad*. Madrid: AENOR.
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2008b). *Norma UNE-ISO 23081-1. Información y documentación. Procesos de gestión de documentos. Metadatos para la gestión de documentos. Parte 1: Principios*. Madrid: AENOR.
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2008c). *Norma UNE-ISO/TR 26122 IN. Información y documentación. Análisis de los procesos de trabajo para la gestión de documentos*. Madrid: AENOR.
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2011a). *Norma UNE-ISO/TR 13028 IN Información y documentación. Directrices para la implementación de la digitalización de documentos*. Madrid: AENOR.
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2011b). *Norma UNE-ISO 23081-2. Información y documentación. Procesos de gestión de documentos. Metadatos para la gestión de documentos. Parte 2: Elementos de implementación y conceptuales*. Madrid: AENOR.
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2011c). *Norma UNE-ISO 30300. Información y documentación. Sistemas de gestión para los documentos. Fundamentos y vocabulario*. Madrid: AENOR.
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2011d). *Norma UNE-ISO 30301. Información y documentación. Sistemas de gestión para los documentos. Requisitos*. Madrid: AENOR.
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2012a). *Norma UNE-ISO 16175-1. Información y documentación. Principios y requisitos funcionales para documentos en entornos de oficina electrónica. Parte 1: Generalidades y declaración de principios*. Madrid: AENOR.

- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2012b). *Norma UNE-ISO 16175-2. Información y documentación. Principios y requisitos funcionales para documentos en entornos de oficina electrónica. Parte 2: Directrices y requisitos funcionales para sistemas que gestionan documentos electrónicos*. Madrid: AENOR.
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2012c). *Norma UNE-ISO 16175-3. Información y documentación. Principios y requisitos funcionales para documentos en entornos de oficina electrónica. Parte 3: Directrices y requisitos funcionales para documentos en los sistemas de la organización*. Madrid: AENOR.
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2012d). *Norma UNE-ISO 23081-3. Información y documentación. Procesos de gestión de documentos. Metadatos para la gestión de documentos. Parte 23: Método de auto-evaluación*. Madrid: AENOR.
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2013). *Norma UNE-ISO 13008. Información y documentación. Proceso de migración y conservación de documentos electrónicos*. Madrid: AENOR.
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2015). *Norma UNE-ISO 14641-1. Archivo electrónico. Parte 1: Especificaciones para el diseño y funcionamiento de un sistema de información para la preservación de información digital*. Madrid: AENOR.
- Asociación Española de Normalización y Certificación. (2016). *Norma UNE-ISO 15489-1. Información y documentación. Gestión de documentos. Parte 1: Conceptos y principios*. Madrid: AENOR.
- Barrantes-Echavarría, R. (2013). *Investigación: un camino al conocimiento. Un enfoque cualitativo, cuantitativo y mixto*. 2º ed. San José: EUNED.
- Barreto-Penié, J. (2000). La Historia Clínica: Documento Científico del Médico. *Ateneo*. 1(1), 50-55. Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1\\_1\\_00/ate09100.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate09100.pdf). [Consulta: 20 de julio de 2017].

- Bermúdez-Muñoz, M.T. (2004). *El impacto del expediente médico en la gestión hospitalaria: Estudio de caso: el Archivo Clínico del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia*. (Tesis de Maestría Profesional en Bibliotecología y Estudios de la Información con énfasis en la Gerencia de la Información). Universidad de Costa Rica.
- Borgen-Mena, A.A.; Fernández, R.E.; López-Briceño, M. y Rojas, R. (1976). *Calidad de los expedientes médicos de los hospitales clase "A" de Costa Rica, desde las perspectivas del Técnico en Registros Médicos*. (Tesis para optar por el grado de Técnicos en Registros Médicos). Universidad de Costa Rica.
- Cacao-Ortiz, F.R. y Sagñay Tenelema, F.E. (2017). *Desarrollo de un sistema web para el agendamiento de citas médicas y manejo de historial clínico para consultorios en la nube*. (Tesis para optar por el título de Ingeniería en Sistemas Administrativos Computacionales). Universidad de Guayaquil. Recuperado de <http://repositorio.uq.edu.ec/bitstream/reduq/24346/1/TESIS%20FINAL.pdf>. [Consulta: 01 de febrero de 2018].
- Caja Costarricense de Seguro Social. (s.f.). *Reglamento del Expediente de Salud*. Recuperado de <http://www.cendeiss.sa.cr/etica/reglexpmed.pdf>. [Consulta: 29 de agosto de 2017].
- Calvo-Solano, M. (1996). *Los registros del expediente médico, un enfoque de garantía de calidad. Hospital Max Peralta. Primer Trimestre 1996*. (Tesis de Maestría en Salud Pública). Universidad de Costa Rica.
- Caro-Arias, E. (2014). *Diseño metodológico para una valoración integral de la historia clínica: estudio de caso del Hospital Regional de Chiquinquirá (HRCH)*. (Tesis de grado: para optar el título de magister en "Gestión documental y Administración de Archivos"). Universidad de la Salle. Recuperado de <http://repositorio.lasalle.edu.co/handle/10185/18361>. [Consulta: 01 de febrero de 2018].

- Castro-Fuentes, R.E.; Mejía-Clímaco, L.L.; Ramos-Márquez, F.N.; y Zepeda-Castañeda, M.A. (2011). Sistema informático para la gestión del expediente clínico de los atletas del Instituto Nacional de los Deportes. (Tesis para optar al título de Ingeniero de Sistemas Informáticos). Universidad de El Salvador. Recuperado de <http://ri.ues.edu.sv/533/1/10137147.pdf>. [Consulta: 12 de octubre de 2017].
- Cedeño-Molina, R.; Granados-Peraza, N.; Guevara-Ocón, G. y Montero-Paniagua, C. (2014). *Propuesta de un modelo de requisitos archivísticos para un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA) en Costa Rica*. (Memoria Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciado en Archivística). Universidad de Costa Rica.
- Chong-Chong, L.M (2003). El Expediente Clínico Electrónico. Por Dr. Carlos Tena Tamayo (Ed.). *Memoria del 8º Simposio Internacional. La Comunicación Humana y el Derecho Sanitario*. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (61-70). Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7439.pdf>. [Consulta: 26 de julio de 2017].
- Cobo-Campo, L.A.; y Pérez-Uribe, R.I. (2016). Proyecto Anamnesis–Desarrollo de una aplicación web y móvil para la gestión de una Historia Clínica Unificada de los colombianos. *Revista Escuela de Administración de Negocios*. (80), 91-104. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20645903007>. [Consulta: 12 de octubre de 2017].
- Congreso de la República. (2013). *Ley N°30024 que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas*. Perú. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/Lev30024.pdf>. [Consulta: 12 de octubre de 2017].
- Consejo Internacional de Archivos. (2000). *Norma Internacional General de Descripción Archivística*. Paris: Consejo Internacional de Archivos. Recuperado de <https://www.ica.org/sites/default/files/isad%20g%20SP.pdf>. [Consulta: 21 de octubre de 2017].

- Consejo Internacional de Archivos. (2004). *Norma Internacional sobre los Registros de Autoridad de Archivos relativos a Instituciones, Personas y Familias ISAAR-CPF*. Paris: Consejo Internacional de Archivos. Recuperado de <https://www.ica.org/sites/default/files/ISAAR2ES.pdf>. [Consulta: 21 de octubre de 2017].
- Consejo Internacional de Archivos. (2007). *Norma Internacional para la Descripción de Funciones ISDF*. Paris: Consejo Internacional de Archivos. Recuperado de [https://www.ica.org/sites/default/files/CBPS\\_2007\\_Guidelines\\_ISDF\\_First-edition\\_SP.pdf](https://www.ica.org/sites/default/files/CBPS_2007_Guidelines_ISDF_First-edition_SP.pdf). [Consulta: 21 de octubre de 2017].
- Criado-Grande, J.I. (2013). Interoperabilidad y política sanitaria en España. El caso de la historia clínica digital desde una perspectiva intergubernamental. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales* (15), 73-94. Recuperado de <https://revistabarataria.es/web/index.php/rb/article/view/84/82>. [Consulta: 12 de octubre de 2017].
- De Dios-Acosta, M.J. (2014). Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's) en los sistemas de gestión documental de las empresas. *Memorias del III Encuentro Nacional de Archivos*. Archivo General de la Nación. Recuperado de [http://agn.gob.do/sites/default/files/libros/pdfs/vol%20212\\_memoial\\_del\\_3er\\_encuentro\\_nacional\\_de\\_archivos\\_0.pdf#page=241](http://agn.gob.do/sites/default/files/libros/pdfs/vol%20212_memoial_del_3er_encuentro_nacional_de_archivos_0.pdf#page=241). [Consulta 23 de set. 2017].
- Díaz-Rodríguez, A. (s.f.). *El concepto de documento electrónico y su validación*. Recuperado de: [http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/56/1/02\\_Concepto\\_doc\\_electr\\_validacion.pdf](http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/56/1/02_Concepto_doc_electr_validacion.pdf). [Consulta 15 de noviembre de 2017].
- Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. (2016a). *Guía de aplicación de la Norma Técnica de Interoperabilidad de Documento electrónico*. Recuperado de [http://www.sefp.minhafb.gob.es/dam/es/web/publicaciones/centro\\_de\\_publicaciones\\_de\\_la\\_sgt/GUIAS\\_NTI\\_DOCUMENTO\\_ELECTRONICO/Guia\\_Aplicacion\\_NTI\\_accesible.pdf](http://www.sefp.minhafb.gob.es/dam/es/web/publicaciones/centro_de_publicaciones_de_la_sgt/GUIAS_NTI_DOCUMENTO_ELECTRONICO/Guia_Aplicacion_NTI_accesible.pdf). [Consulta 15 de noviembre de 2017].

Dirección de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. (2016b). *Guía de aplicación de la Norma Técnica de Interoperabilidad de Política de gestión de documentos electrónicos*. Recuperado de [http://www.sefp.minhafa.gob.es/dam/es/web/publicaciones/centro de publicaciones de la set/GUIAS NTI/POLITICA GESTION/ENI GuiaAplicacion NTI PoliticaGestion DocElect\\_sc.pdf](http://www.sefp.minhafa.gob.es/dam/es/web/publicaciones/centro_de_publicaciones_de_la_set/GUIAS_NTI/POLITICA_GESTION/ENI_GuiaAplicacion_NTI_PoliticaGestion_DocElect_sc.pdf) [Consulta 15 de noviembre de 2017].

Dirección General de Información en Salud. (2011). *Manual del Expediente Clínico Electrónico*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de [http://www.saludzac.gob.mx/home/images/Ensenanza/ssocial/manual\\_ece.pdf](http://www.saludzac.gob.mx/home/images/Ensenanza/ssocial/manual_ece.pdf). [Consulta 22 de julio de 2017].

Fuentes-Penna, A. y Ruiz-Vanoye, J. (2013). Propuesta de una arquitectura informática para integrar la información de los derecho-habientes de un expediente clínico electrónico integral. *MHSalud. Revista de Ciencias del Movimiento Humano y Salud*. 10(1), 1-14. Recuperado de <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/mhsalud/article/view/5199/4958>. [Consulta: 17 de julio de 2017].

Galán-Rodas, E.; 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. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/434/43430087008.pdf>. [Consulta: 14 de octubre de 2017].

García de Benedictis, A.V. (s.f.). Glosario de Terminología Archivística Costarricense. *Revista del Archivo Nacional*. Recuperado de [http://www.archivonacional.go.cr/pdf/articulos\\_ran/ram\\_varios\\_04.pdf](http://www.archivonacional.go.cr/pdf/articulos_ran/ram_varios_04.pdf). [Consulta: 19 de agosto de 2018].

Jaén-García, L.F. (2016). *Fuentes de información para la investigación en Archivística y Bibliotecología*. San José: Editorial UCR.

- Lara-S, J.A. (2015, 27 de mayo). CCSS demora 8 años más el expediente electrónico. *Periódico La Nación*. Recuperado de [http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/CCSS-demora-ano-expediente-electronico\\_0\\_1490051010.html](http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/CCSS-demora-ano-expediente-electronico_0_1490051010.html). [Consulta: 15 de octubre de 2017].
- Lozano-Flores, R. (2014). *Sistema de administración y control de historiales clínicos para los consultorios de la UMSA*. (Tesis para optar al título de Licenciatura en Informática). Universidad Mayor de San Andrés. Recuperado de <http://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/7824/T.2774.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [Consulta: 01 de febrero de 2018].
- Martinelli, R. (2004). La historia de la historia clínica. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. (14), 87-90. Recuperado de <http://www.psicomotricidadum.com/>. [Consulta: 12 de octubre de 2017].
- Mejía-Delgado, A.M.; Dubón-Peniche, M.C.; Carmona-Mejía, B.; y Ponce-Gómez, G. (2011). Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. *Revista CONAMED*. 16(1), 4-10. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com.ezproxv.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=53a18e13-8f0e-485e-a627-da4fbdd24026%40sessionmgr103>. [Consulta: 11 de octubre de 2017].
- Ministerio de Ciencia, Tecnología y Telecomunicaciones. (s.f.). *Firma Digital*. Recuperado de <http://www.firmadigital.go.cr/firma.html>. [Consulta: 21 de enero de 2018].
- Nieves-Rivera, R. (2011). *Modelo expediente médico social electrónico para los profesionales de la salud que ofrecen servicios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento a la población de deambulantes en el área metropolitana de Puerto Rico*. (Tesis presentada como requisito para la obtención del grado de Doctor en Administración de Empresas). Universidad del Turabo. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1022973510/>. [Consulta: 12 de octubre de 2017].

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2016). *Registros Médicos Electrónicos en América Latina y el Caribe*. Recuperado de: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28209/9789275318829\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28209/9789275318829_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y). [Consulta: 12 de octubre de 2017].
- Programa Sociedad de la Información y el Conocimiento. (2011). El desarrollo de la Historia Clínica Electrónica en Costa Rica. *Informe Hacia la Sociedad de la Información y el Conocimiento*. Recuperado de <http://www.prosic.ucr.ac.cr/informe-2011>. [Consulta: 16 de mayo de 2018].
- Ramírez-Ramírez, A. (2003). Confidencialidad de Datos Clínicos. Por Dr. Carlos Tena Tamayo (Ed.). *Memoria del 8º Simposio Internacional. La Comunicación Humana y el Derecho Sanitario*. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (71-77). Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7439.pdf>. [Consulta: 26 de julio de 2017].
- Rivera-Donoso, M.A. (2009). Directrices para la creación de un programa de preservación digital. *Serie Bibliotecología y Gestión de Información No. 43*. Recuperado de [http://eprints.rclis.org/12989/1/Serie\\_N%C2%B043\\_Preservacion\\_digital.pdf](http://eprints.rclis.org/12989/1/Serie_N%C2%B043_Preservacion_digital.pdf). [Consulta: 22 de octubre de 2017].
- Redondo-Herranz, M.H. (2010). El documento electrónico: un enfoque archivístico. *Revista General de Información y Documentación*. 20, 391-408. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/viewFile/RGID1010110391A/9090>. [Consulta: 22 de octubre de 2017].
- Sánchez-Arias, M.A. (2000). El Expediente Médico en la Medicina Privada. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*. 5(2), 25-30. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v5-6n2-1/art5.pdf>. [Consulta: 17 de agosto de 2017].
- Sánchez-González, J.M. (2003). Manejo de la Información Médica. Por Dr. Carlos Tena Tamayo (Ed.). *Memoria del 8º Simposio Internacional. La Comunicación Humana y el Derecho Sanitario*. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (37-41). Recuperado de

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7439.pdf>. [Consulta: 26 de julio de 2017].

Sansores-Sastré, A. (2015). *Decreto por el que se expide la Ley del Expediente Clínico Universal con Firma Electrónica*. Recuperado de [http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2015/04/asun\\_3241005\\_20150429\\_1430240345.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2015/04/asun_3241005_20150429_1430240345.pdf). [Consulta: 12 de octubre de 2017].

Secretaría de Salud. (1998). *Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico*. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>. [Consulta: 09 de octubre de 2017].

Secretaría de Salud. (2010). *Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010*. Recuperado de: [http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/NOM-024-SSA3-2010\\_SistemasECE.pdf](http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/NOM-024-SSA3-2010_SistemasECE.pdf). [Consulta: 12 de octubre de 2017].

Secretaría de Salud. (2012a). *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico*. Recuperado de [http://transparencia.uach.mx/informacion\\_publica\\_de\\_oficio/fraccion\\_i/norma\\_oficial%20expediente%20clinico%202014.pdf](http://transparencia.uach.mx/informacion_publica_de_oficio/fraccion_i/norma_oficial%20expediente%20clinico%202014.pdf). [Consulta: 09 de octubre de 2017].

Secretaría de Salud. (2012b). *Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012*. Recuperado de <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/NOM-024-SSA3-2012.pdf>. [Consulta: 12 de octubre de 2017].

Secretaría de Salud y Bienestar Social. (2012). *Sistema para la Administración del Sistema Clínico Electrónico Colima*. Recuperado de <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/sr-12-70-es>. [Consulta: 12 de octubre de 2017].

Serra, J. (2013). Una interpretación metodológica de la norma ISO 15489 para la implantación de un sistema de gestión de documentos. *Jornadas Ibéricas de Archivos Municipais. Políticas, Sistemas e Instrumentos*. Universidade Lusófona. Recuperado de

- [http://arquivomunicipal.cm-lisboa.pt/fotos/editor2/i\\_serra.pdf](http://arquivomunicipal.cm-lisboa.pt/fotos/editor2/i_serra.pdf). [Consulta: 21 de octubre de 2017].
- Solís Ramírez, M.I. (2016, 29 de enero). *CCSS logra sincronizar expediente electrónico hospitalario con el EDUS*. Recuperado de <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-logra-sincronizar-expediente-electronico-hospitalario-con-el-edus>. [Consulta: 12 de octubre de 2017].
- Sorribas-Vivas, M. (2001). *Organización de archivos clínicos*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Tejero-Álvarez, M. (2004). *Documentación clínica y archivo*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Tena-Tamayo, C. (2003). *Memoria del 8º Simposio Internacional. La Comunicación Humana y el Derecho Sanitario*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7439.pdf>. [Consulta: 26 de julio de 2017].
- Ugalde-Muñoz, J.A. (2008). *La resistencia al cambio y falta de aprovechamiento del sistema de expediente electrónico por parte de los médicos del Primer Nivel de Atención del Área de Salud Tibás-Uruca-Merced, Clínica Clorito Picado*. (Tesis Programa de Postgrado en Gerencia de la Salud). Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP). Recuperado de [http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESINA/2008/Ugalde Mu%C3%B1oz Juan TS SA.pdf](http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESINA/2008/Ugalde%20Mu%C3%B1oz%20Juan%20TS%20SA.pdf). [Consulta: 28 de agosto de 2017].
- Valerio-Monge, C.J. y Ugalde-Lobo, J.G. (1997-1998). El derecho del paciente al uso correcto del expediente clínico. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*. 2(2), 15-21. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v2-3n2-1/art3.pdf>. [Consulta: 18 de julio de 2017].
- Valle de Juan, M. (2011). Las instituciones parlamentarias: Criterios para la evaluación y selección de documentos. *ICA Studies/Études*. Recuperado de:

<https://www.ica.org/es/ica-study-ndeg15-las-instituciones-parlamentarias-criterios-para-la-evaluacion-y-seleccion-de>. [Consulta: 16 de febrero de 2020].

Zawadzki, S. (2004). *Historia clínica electrónica e Internet. Una experiencia en Uruguay*. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. (14), 91-98. Recuperado de <http://www.psicomotricidadum.com/>. [Consulta: 12 de octubre de 2017].

## ANEXOS

## ANEXO 1

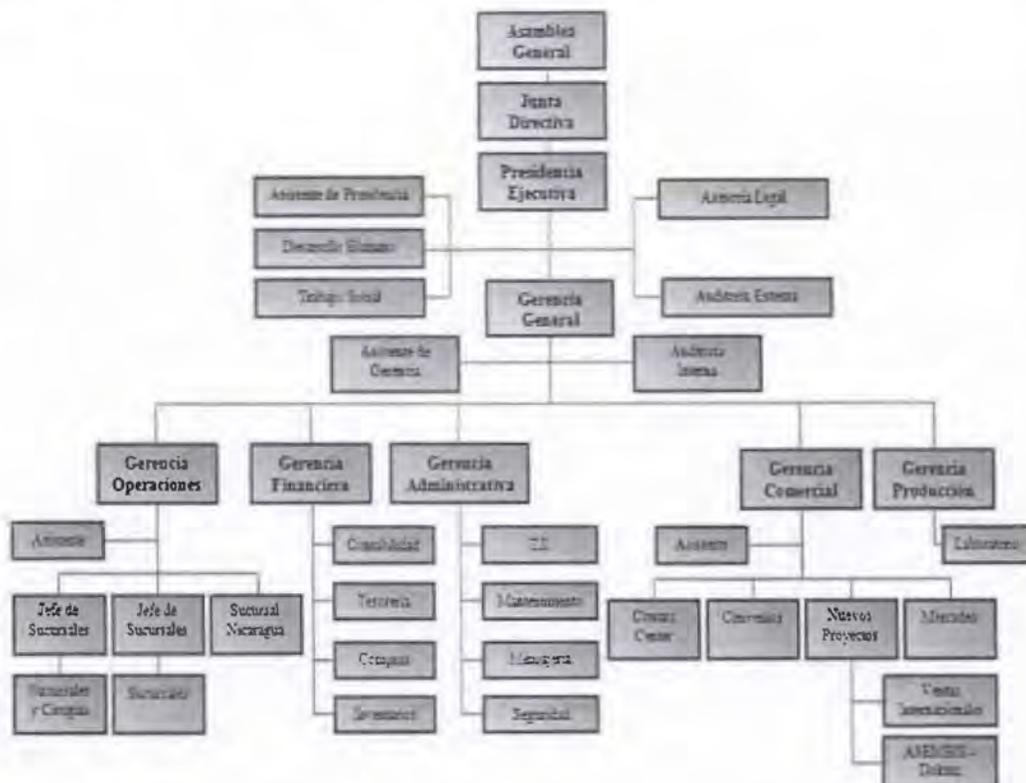
## IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD PRODUCTORA

<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>SUJETO PRODUCTOR:</b> Institución- Fondo
<p>1. <b>Nombre autorizado:</b> Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social</p> <p>2. <b>Denominación:</b> Clínicas Asembis</p>	
<p>3. <b>Legislación</b></p> <p>3.1 <b>Marco General</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución Política de la República de Costa Rica</li> <li>• Ley N° 2 Código de Trabajo</li> <li>• Ley N° 4573 Código Penal</li> <li>• Ley N° 7494 de Contratación Administrativa</li> <li>• Ley N° 7594 Código Procesal Penal</li> <li>• Ley N° 8454 de Certificados, Firmas Digitales y Documentos Electrónicos</li> <li>• Ley N° 8754 contra la Delincuencia Organizada</li> <li>• Ley N° 8968 de Protección a la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales</li> <li>• Ley N° 9097 de Regulación del Derecho de Petición</li> <li>• Legislación tributaria</li> </ul>	
<p>3.2 <b>Marco Sectorial</b></p> <p><b>Leyes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley N° 8239 de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados.</li> </ul> <p><b>Códigos de Ética de Profesionales de la Salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de Ética del Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica.</li> <li>• Código de Ética del Colegio de Profesionales en Nutrición.</li> <li>• Código de Ética Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.</li> <li>• Código de Ética Moral y Profesional del Colegio de Terapeutas de Costa Rica.</li> <li>• Código de Ética Profesional del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica.</li> <li>• Código de Ética y Deontológico del Colegio Profesional de Psicólogos/as de Costa Rica.</li> <li>• Código de Ética y Moral Profesional del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.</li> </ul>	

<p><b>3.3 Marco Específico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 7202 del Sistema Nacional de Archivos y su Reglamento.</li> <li>• MP-041 Procedimiento de Encargado de Archivo.</li> </ul>
<p><b>4. Fechas extremas</b></p> <p>1991 a la fecha (2018)</p>
<p><b>5. Estatus jurídico</b></p> <p>Clínica integral de ámbito privado.</p>
<p><b>6. Historia Administrativa</b></p> <p>Asembis se funda el 09 de setiembre de 1991, iniciando con la sucursal ubicada en Barrio Aranjuez y enfocándose en la atención de problemas visuales; a esta, en el 2001, se suma una sede más en Cartago, con lo que se expanden los servicios a otras especialidades médicas. De ahí en adelante, la Clínica logra abarcar las necesidades de más pacientes al darse la apertura de nuevas sucursales en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heredia (2003)</li> <li>• Alajuela (2004)</li> <li>• San José (2008)</li> <li>• Liberia (2009)</li> <li>• Guápiles (2011)</li> <li>• Desamparados (2012)</li> <li>• Pérez Zeledón (2012)</li> <li>• Ciudad Quesada (2013)</li> <li>• Centro Comercial Shoppers (2017)</li> </ul> <p>Cabe mencionar que en el 2016 se abre una sucursal en Managua, Nicaragua; sin embargo, esta cierra en el año 2018.</p>
<p><b>7. Estructura orgánica</b></p> <p>Clínicas Asembis es un centro de salud con varias sucursales distribuidas a lo largo del país, de ahí que su estructura organizacional sea tan compleja, ya que debe permitir el funcionamiento de cada una de manera óptima, la calidad en el servicio que se brinda y la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes.</p> <p>Los altos mandos están conformados por la Asamblea General, la Junta Directiva, la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia General, asesorados por unidades que les permiten una toma de decisiones fundamentada en argumentos sólidos y críticos. En un segundo</p>

nivel, se encuentran las gerencias específicas, siendo estas: operaciones, financiera, administrativa, comercial y producción; de las cuales se desprenden las unidades subordinadas operativas correspondientes.

Con el fin de visualizar esta estructura de una forma clara, a continuación, se muestra el organigrama de Clínicas Asembis.



## 8. Competencia, funciones y actividades

La Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis), es una institución enfocada en brindar servicios de salud de calidad a los pacientes, para ello, realiza distintas funciones relacionadas con las especialidades médicas que ofrece.

Estas especialidades son: angioplex, audiología, cardiología, cirugías, colonoscopia, dermatología, endocrinología, especialidades oftalmológicas, fisioterapia, gastroenterología, gastroscopia, ginecología, imágenes médicas, laboratorio clínico, mamografía, maxilofacial, medicina general, nutrición, OCT, OCT o GDx, odontología, óptica, optometría, otorrinolaringología, pediatría, prótesis ocular, psicología, psiquiatría, terapia de lenguaje, terapia respiratoria, urología, y vascular periférico.

**9. Series documentales**

Algunas de las series documentales de Clínicas Asembis son:

- Actas de Asamblea General
- Agendas médicas
- Expedientes clínicos
- Estudios Socioeconómicos
- Expedientes de Asesoría Jurídica
- Informes de Auditoria Externa
- Informes de Auditoria Interna
- Informes de Labores
- Expedientes de Personal
- Expedientes de Formulación y Ejecución de Presupuesto
- Expedientes de Activos Fijos

**10. Relaciones**

- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
- Instituto Nacional de Seguros (INS)
- Asociación de Asistencia en Servicios de Salud (ASESA)
- Correos de Costa Rica

*Fuente: Elaboración propia.*

## ANEXO 2

## IDENTIFICACIÓN DE LA SERIE DOCUMENTAL

## I. IDENTIFICACIÓN

1.1	Serie documental	Expedientes clínicos <b>Denominaciones anteriores:</b> No hay
1.2	Definición de la serie	Conjunto de documentos producto de la atención médica que reciben los pacientes en las diversas especialidades que ofrece Asembis y que reflejan el historial clínico de los pacientes.
1.3	Contenido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audiograma Clínico</li> <li>• Certificado de Garantía</li> <li>• Control de Crecimiento Fetal</li> <li>• Ficha de Identificación Ginecológica</li> <li>• Informe de Cardiología</li> <li>• Informe de Dermatología</li> <li>• Informe de Endocrinología</li> <li>• Informe de Fisioterapia</li> <li>• Informe de Medicina General</li> <li>• Informe de Medicina Interna</li> <li>• Informe de Neurología</li> <li>• Informe de Nutrición</li> <li>• Informe de Oftalmología</li> <li>• Informe de Optometría</li> <li>• Informe de Ortopedia</li> <li>• Informe de Otorrinolaringología</li> <li>• Informe de Psicología</li> <li>• Informe de Psiquiatría</li> <li>• Informe de Terapia de lenguaje</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de Terapia respiratoria</li> <li>• Informe de Urología</li> <li>• Informe de Lentes de Contacto</li> <li>• Nota Transoperatoria de Enfermería</li> <li>• Consentimiento Informado</li> </ul>
1.4	Original	Sí
1.5	Copia	Sí
1.6	¿Cuáles otras oficinas o personas tienen original?	Sucursales en las que haya sido atendido el paciente.
1.7	¿Cuáles otras oficinas o personas tienen copia?	Sucursales en las que haya sido atendido el paciente.
1.8	¿El documento o la información está automatizada?	Sí
1.9	Fechas extremas	1991 hasta la fecha (2018)
1.10	Clase documental/Soporte	Textual – Papel (1991 a la fecha)
1.11	Cantidad	Debido a que se cuenta con 11 sucursales, distribuidas a lo largo del territorio nacional, no se ha contabilizado la cantidad de metros lineales correspondientes a esta serie.
1.12	Clasificación	Por procesos
1.13	Ordenación	Alfabética
1.14	Instrumentos descriptivos	Control de envío de expedientes, control de recibido de expedientes, control de préstamo de expedientes.
1.15	Acceso	Restringido

		Se establece este tipo de acceso, porque se trata de una serie documental que posee información relativa a padecimientos médicos de los pacientes, la cual si llega a ser publicada o divulgada podría causar daños a terceros.
1.16	<b>Series documentales relacionadas</b>	No hay

## II. FUNCIONES Y NORMATIVA

2.1	<b>Función</b> Brindar una atención médica de calidad a cada paciente.
2.2	<b>Marco jurídico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constitución Política de la República de Costa Rica</li> <li>- Ley N° 9097 de Regulación del Derecho de Petición</li> <li>- Ley N° 8968 de Protección a la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales</li> <li>- Ley N° 8239 de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados.</li> <li>- Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos y su Reglamento.</li> <li>- MP-041 Procedimiento de Encargado de Archivo. Setiembre, 2016.</li> </ul>

## III. VALORACIÓN

3.1	<b>Vigencia administrativa-legal</b>	Esta serie documental tiene una vigencia administrativa-legal de 5 años, vigencia que se establece tomando en cuenta que este es el período aproximado en el que la los documentos se encuentran en uso activo y/o semiactivo.  Lo anterior se fundamenta conforma a lo establecido en el apartado 2.6, inciso a) el cual indica lo siguiente:  “a) El expediente debe tener una última cita 5 años atrás sin presentar más movimientos”
3.2	<b>Archivo de la Unidad</b>	De acuerdo con el Procedimiento de encargado de archivo, apartado 2.6, inciso a) el expediente debe tener una última cita 5 años atrás sin presentar más movimientos.

3.3	<b>Conservación en el Archivo Central</b>	0 años
3.4	<b>Observaciones</b>	La mayoría de Clínicas Asembis, cuenta con un archivo, en el que se custodian los expedientes, en algunos casos se encuentran en ampos; sin embargo, se aplican los mismos lineamientos respecto a la vigencia administrativa-legal, independientemente de la manera en la que se encuentren almacenados.

*Fuente: Elaboración propia.*

ANEXO 3

FORMULARIOS QUE COMPONEN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE ASEMBIS

1. Audiograma Clínico

Visítenos en  
 Alajuela - Aranjuez - Cartago - Desamparados  
 Guadalupe - Guápiles - Heredia - Liberia  
 Pérez Zeledón - San José Centro - Ciudad Quesada

Consulta de servicios y citas  
**2285-5881**  
[www.asembis.org](http://www.asembis.org)

---

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

CEDULA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CEL.: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**AUDIOGRAMA CLÍNICO**

**Oído Derecho**

125 250 500 1.000 2.000 3.000 4.000 8.000 HZ

dB      Zona del lenguaje

**Oído Izquierdo**

125 250 500 1.000 2.000 3.000 4.000 8.000 HZ

dB      Zona del lenguaje

**Weber**

500 1000 2000 3000

--	--	--	--

**Audiometría Vocal**

Discriminación:

OD: \_\_\_\_\_

OI: \_\_\_\_\_

PTOD: \_\_\_\_\_ PTOI: \_\_\_\_\_

SRTOD: \_\_\_\_\_ SRTOI: \_\_\_\_\_

Otoscopía OD \_\_\_\_\_

OI \_\_\_\_\_

Dx Audiología OD \_\_\_\_\_

OI \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

---

Audiómetro: \_\_\_\_\_

Audiólogo: \_\_\_\_\_

Código # 4003

2. Historia Clínica





**Visítenos en**  
 Alajuela - Aranjuez - Cartago - Desamparados  
 Guadalupe - Guápiles - Heredia - Liberia  
 Perez Zeledón - San José Centro - Ciudad Quesada

Consulta de servicios y citas  
**2285-5881**  
[www.asembis.org](http://www.asembis.org)

**HISTORIA CLÍNICA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Encargado: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS:**

Menarquía: \_\_\_\_\_ R.M.: \_\_\_\_\_ FUR: \_\_\_\_\_

PRS: \_\_\_\_\_ Planificación: \_\_\_\_\_ PAP: \_\_\_\_\_

Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

Cesáreas: \_\_\_\_\_





3. Historia Clínica Lentes de Contacto



## HISTORIA CLÍNICA LENTES DE CONTACTO

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Antecedentes Patológicos Personales: \_\_\_\_\_

( ) DM ( ) Enf. Auto Inmunes ( ) Enf. Inmunosupresivas ( ) Embarazo  
 ( ) Alergias ( ) ¿Está usando algún TX médico? ¿Por que? \_\_\_\_\_

Antecedentes Patológicos Oculares: \_\_\_\_\_

( ) Alergias ( ) Ambliopía / Estrabismo  
 ( ) Infecciones Recurrentes ( ) ¿Ha sido Qx de los ojos? \_\_\_\_\_  
 ( ) ¿Está o usó algún TX en los ojos? \_\_\_\_\_

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

**Rx en uso**

	ESF	CIL	EJE	ADD	PRISMA	CB	Ø
OD:							
OI:							

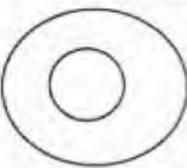
**Refracción Total**

	AVSC	ESF	CIL	EJE	ADD	AVSC
OD:						
OI:						

BUT: \_\_\_\_\_

Schimmer: \_\_\_\_\_

ØH: \_\_\_\_\_



BUT: \_\_\_\_\_

Schimmer: \_\_\_\_\_

ØH: \_\_\_\_\_

K: \_\_\_\_\_

Astig: \_\_\_\_\_ Ave K: \_\_\_\_\_

K: \_\_\_\_\_

Astig: \_\_\_\_\_ Ave K: \_\_\_\_\_

**Receta de Lentes de Contacto**

	CB	ESF	CIL	EJE	Ø	Øzo	CPP	TIPO
OD:								
OI:								

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

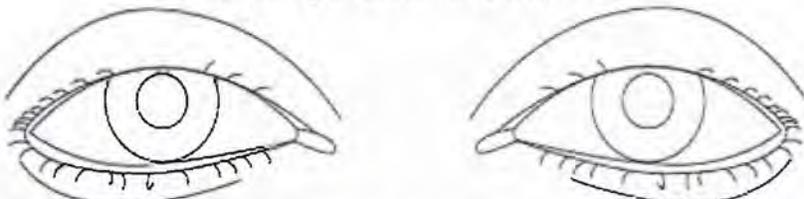
Firma de Optometrista: \_\_\_\_\_ Cód.: \_\_\_\_\_

Adaptación ( ) SI ( ) NO Control en: ( ) 1 Semana ( ) 15 días ( ) 15 días ( ) 15 días ( ) 6 meses

Código 4013

Fecha: \_\_\_\_\_ Control N°: \_\_\_\_\_ Horas de uso: \_\_\_\_\_  
 PX refiere: \_\_\_\_\_

**Posición, Flurograma, Movimiento, Cornea y Anexos**



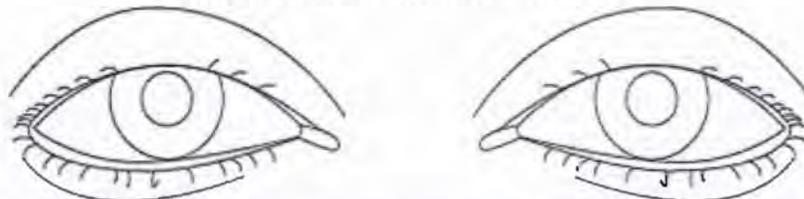
	AVSC	S/RX	ESF	CIL	EJE	ADD	AVSC
OD:							
OI:							

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Plan: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

---

Fecha: \_\_\_\_\_ Control N°: \_\_\_\_\_ Horas de uso: \_\_\_\_\_  
 PX refiere: \_\_\_\_\_

**Posición, Flurograma, Movimiento, Cornea y Anexos**



	AVSC	S/RX	ESF	CIL	EJE	ADD	AVSC
OD:							
OI:							

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Plan: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES PARA EL PACIENTE DE LENTES DE CONTACTO.**

El uso de Lentes de Contacto aumenta las posibilidades de contraer afecciones que pueden dañar la estructura ocular. Los Lentes de Contacto no utilizados de acuerdo a las pautas de instrucción pueden ocasionar severos daños en las estructuras oculares, y en la visión (incluso producir ceguera).

Sus efectos por mal manejo (Horarios de reemplazo y de uso) también pueden comprometer la salud general del paciente. En usuarios de Lentes de Contacto en los cuales por razones laborales, deportivas o cualquier otra índole su seguridad y la de terceros dependen de una buena visión, cuidados y preocupaciones de uso deberán ser muy minuciosos, el usuario deberá por lo tanto adoptar las medidas de precaución adicionales que correspondán.

Firma: \_\_\_\_\_ Céd: \_\_\_\_\_

4. Historia Clínica de Otorrinolaringología



**ASEMBIS**  
Asociación de Especialistas en Medicina



**Visítenos en**  
 Alajuela - Aranjuez - Cartago - Desamparados  
 Guadalupe - Guápiles - Heredia - Liberia  
 Pérez Zeledón - San José Centro - Ciudad Quesada

Consultas de servicios y citas  
**2285-5881**  
[www.asembis.org](http://www.asembis.org)

**HISTORIA CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Cédula No.: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Antecedentes:**

1. Patológicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Quirúrgicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Farmacológicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Tóxicos: \_\_\_\_\_

5. Alérgicos: \_\_\_\_\_

6. Traumáticos: \_\_\_\_\_

7. Familiares: \_\_\_\_\_

**Enfermedad Actual:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Examen Físico:**

Oído Izquierdo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oído Derecho: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nariz: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Boca: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Faringe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuello: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Laringoscopia Indirecta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Neurológico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

código VPM-04028

*Ayudas Diagnósticas:*

Audiometría: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Logo Audiometría: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Impedanciometría: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Radiología: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Diagnóstico:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Tratamiento:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Cita Control:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Firma Médico*

## 5. Expediente Clínico Oftalmológico

Visítenos en  
 Alajuela - Aranjuez - Cartago - Desamparados  
 Guadalupe - Guápiles - Heredia - Liberia  
 Pérez Zeledón - San José Centro - Ciudad Quesada

Consultas de servicios y citas  
**2285-5881**  
[www.asembis.org](http://www.asembis.org)

EXPEDIENTE CLÍNICO OFTALMOLÓGICO

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Fecha nacim.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Hospital o clínica del seguro social que le corresponde: \_\_\_\_\_

**Alguien de su familia sufre de:**

Diabetes ( )	Cáncer ( )
Hipertensión ( )	Enfermedades de los ojos ( )
Enfermedades cardíacas ( )	Calucoma ( )
	Ceguera ( )

**Usted:**

Fuma ( )      ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Toma bebidas alcohólicas ( )      ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**Usted sufre de:**

Diabetes ( )	Enfermedad respiratoria ( )	Alergias ( )
Hipertensión ( )	Enfermedad hematológica ( )	Asma ( )
Enfermedades cardíacas ( )		
Toma medicamentos ( )	¿Qué toma? _____	

**Ha sido usted operado anteriormente:** Sí ( ) ¿De qué?  
 No ( ) A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_

**El paciente ha sido examinado anteriormente de los ojos:** Sí ( ) No ( )

<b>Enfermedades anteriores en los ojos:</b> Cirugías Sí ( ) No ( ) Infecciones Sí ( ) No ( ) Accidentes Sí ( ) No ( )	<b>Este es el primer examen oftalmológico:</b> Sí ( ) No ( ) <b>Fecha aproximada de último examen:</b> 1 mes ( ) 6 meses ( ) 1 año ( ) +1 año ( )
--	---

**Tiene actualmente tratamiento en los ojos:** Sí ( ) No ( )

**Claucoma (presión alta en los ojos):** Sí ( ) No ( )

**Motivo de consulta:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

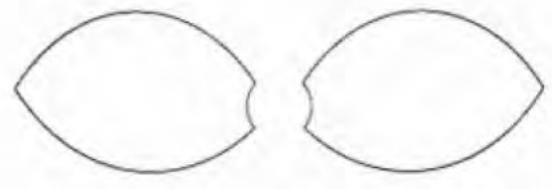
código 199-04023

Exploración Anexos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pupilas:                      Protección de luz                      OD                      OI

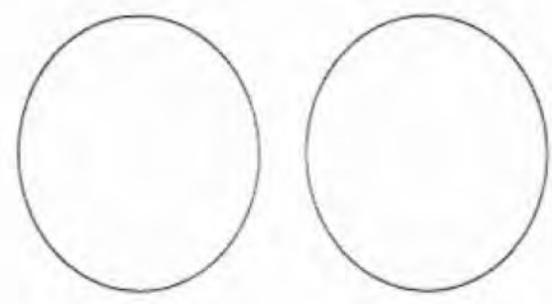


Lámpara de hendidura:



Tensión Ocular: OD:  
OS:

Fondo Ocular:



Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 6. Certificado de Garantía

**ASEMBIS**

Especialidades médicas para mejorar vidas

**CERTIFICADO DE GARANTÍA**

Con el firme propósito de atender las necesidades de las personas con problemas auditivos, nuestro objetivo es ser los mejores, por ello ASEMBIS combina el profesionalismo y atención personalizada al cliente y le otorga una garantía de \_\_\_\_\_ sobre el audífono o (os), dicha garantía empieza a ser efectiva desde la fecha de entrega.

La garantía responde a defectos de fabricación o del material empleado en la construcción. Quedan excluidos el desgaste de pilas, derrames químicos y sus efectos, desgaste por uso y daños mecánicos que responden a una manipulación inapropiada del aparato.

El derecho de garantía queda anulado si usted realiza reparaciones por sí mismo o permite que personas no autorizadas las realicen.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_

Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Sucursal: \_\_\_\_\_

Modelo: \_\_\_\_\_

Serie: \_\_\_\_\_

Pila: \_\_\_\_\_

Fecha de venta y # de Factura: \_\_\_\_\_

Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

Código VFA-4045

cc: Expediente del Cliente, Proveduría, Contabilidad

Alajuela	Ciudad Quesada	Guápiles	Heredia	Perez Zeledón	Guadalupe
Aranjuez	Desamparados	Cartago	Liberia	Shoppers	San José

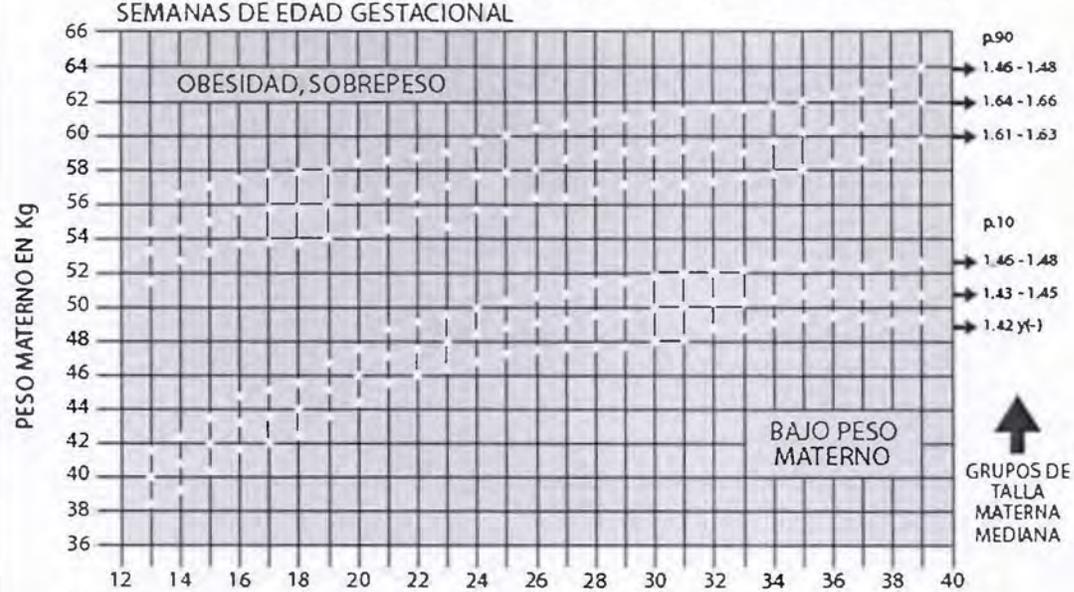
Teléfono: 2285-5881 • www.asembis.org





Visítenos en  
 Alajuela - Aranjuez - Cartago - Desamparados  
 Guadalupe - Guápiles - Heredia - Liberia  
 Pérez Zeledón - San José Centro - Ciudad Quesada  
 Consulta de servicios y citas  
**2285-5881**  
 www.asembis.org

**CONTROL DE CRECIMIENTO FETAL**



Código VPA-04002

## 8. Ficha de Identificación Ginecológica





Visítenos en  
 Ajuéa - Aranjuez - Cartago - Desamparados  
 Guadalupe - Guápiles - Heredia - Liberia  
 Pérez Zeledón - San José Centro - Ciudad Quesada

Consulta de servicios y citas  
**2285-5881**  
[www.asembis.org](http://www.asembis.org)

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN GINECOLOGÍA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Alguien de su familia a padecido de:

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cáncer	

Si marca la casilla de cáncer, por favor indique quien y en que parte del cuerpo se le presenó esta enfermedad

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Padece usted de alguna enfermedad como las anteriores o alguna otra y si es así, méndone cual:

\_\_\_\_\_

Fuma	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuántos? _____
Toma licor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cantidad? _____
Toma alguna medicina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____
¿Es alérgica a algún medicamento?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____

Ha tenido:

<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Tosferina
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Rubéola
<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Hepatitis

¿Ha redbido transfusiones sanguíneas? \_\_\_\_\_

¿Ha sido operada alguna vez y si es así de qué, cuándo y donde? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Código VPA-4093

## ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

¿A qué edad fue su primera menstruación? \_\_\_\_\_

¿Cada cuantos días le viene la menstruación? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días le dura la menstruación? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última menstruación? \_\_\_\_\_

¿Le duelen los ovarios o la matriz cuando le viene la menstruación? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido relaciones sexuales? En caso de si ¿Planifica con algún método? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

¿A sufrido abortos? \_\_\_\_\_

¿Le han hecho cesarea? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido partos difíciles? \_\_\_\_\_

¿Padece de flujo vaginal? \_\_\_\_\_

¿Sus primeras relaciones sexuales fueron a qué edad? \_\_\_\_\_

¿Se ha hecho alguna vez el papanicolau? Si  No  Si contesta afirmativamente:

¿Cuál fue su último papanicolay y cuál fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_

Explique brevemente los síntomas por lo que consulta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Examen físico

Presión \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Kg

Talla \_\_\_\_\_ cm

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico presuntivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 9. Expediente Clínico/Optometría Hoja de Vida





**Visítenos en**  
 Alajuela - Aranjuez - Cartago - Desamparados  
 Guadalupe - Guápiles - Heredia - Liberia  
 Perez Zeledón - San José Centro - Ciudad Quesada

Consulta de servicios y citas  
**2285-5881**  
 www.asembis.org

**EXPEDIENTE CLÍNICO / OPTOMETRÍA HOJA DE VIDA**

**DATOS DEL (A) PACIENTE** Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

1<sup>er</sup> Apellido: \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Tels.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Hijos (a): \_\_\_\_\_

**DATOS DEL (A) ENCARGADO (A) DEL PACIENTE:** Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

1<sup>er</sup> Apellido: \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Tels.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Algun de su familia sufre de:**

Diabetes ( )	Cáncer( )
Hipertensión ( )	Enfermedades de los ojos ( )
Enfermedades cardíacas ( )	Glaucoma ( )
	Ceguera ( )

**Usted:**

Fuma ( )	¿Con qué frecuencia? _____
Toma bebidas alcohólicas ( )	¿Con qué frecuencia? _____
Ejercicio ( )	_____

**Usted sufre de:**

Diabetes ( )	Enferm. Respiratoria ( )	Alergia ( )
Hipertensión ( )	Enferm. Hemotolo.( )	Asma ( )
Enfermedades cardíacas ( )		
Toma medicamentos ( )	<b>¿Qué toma?</b> _____	

**¿Ha sido operado usted anteriormente?** **¿De qué?**

Sí ( )	A. _____
No ( )	B. _____



Visítenos en  
 Alajuela - Aranjuez - Cartago - Desamparados  
 Guadalupe - Guápiles - Heredia - Liberia  
 Perez Zeledón - San José Centro - Ciudad Quesada

Consulta de servicios y citas  
**2285-5881**  
 www.asembis.org

SELLO

FICHA

**EXPEDIENTE CLÍNICO / OPTOMETRÍA HOJA DE VIDA**

Fecha: \_\_\_\_\_

1º Apellido: \_\_\_\_\_ 2º Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Tels.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

USA: ANTEOJOS ( ) LC ( ) NO USA ( ) NO TRAE ( ) TIPO: \_\_\_\_\_

	SPH	CL	EJE	ADD	PRISMA	BASE	A.V/LEJOS	A.V/CERCA
D								
I								

A.V. OD \_\_\_\_\_ A.V. OD \_\_\_\_\_ A.V. OD \_\_\_\_\_  
 S.C. \_\_\_\_\_ S.C. \_\_\_\_\_ S.C. \_\_\_\_\_  
 dist. OI \_\_\_\_\_ Cerca OI \_\_\_\_\_ CPH OI \_\_\_\_\_

REF	SPH	CL	EJE	ADD	PRISMA	BASE	A.V/LEJOS	A.V/CERCA
D								
I								

RX	SPH	CL	EJE	ADD	PRISMA	BASE	A.V/LEJOS	A.V/CERCA
D								
I								

K/D \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

K/D \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ⊖ C ⊖ P

- |                                     |                                   |                                      |                                    |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OFT        | <input type="checkbox"/> HTA      | <input type="checkbox"/> Alergias    | <input type="checkbox"/> EMETROPE  |
| <input type="checkbox"/> ORL        | <input type="checkbox"/> DM       | <input type="checkbox"/> Trauma      | <input type="checkbox"/> MIOPÍA    |
| <input type="checkbox"/> Odont      | <input type="checkbox"/> Glauc.   | <input type="checkbox"/> Afaco       | <input type="checkbox"/> HIP.      |
| <input type="checkbox"/> Med. Gral. | <input type="checkbox"/> PT.      | <input type="checkbox"/> Baja Visión | DX <input type="checkbox"/> ASTIG. |
| <input type="checkbox"/> Audio      | <input type="checkbox"/> Ojo Rojo |                                      | <input type="checkbox"/> PRESB.    |
| <input type="checkbox"/> L.C.       | <input type="checkbox"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Otras       | <input type="checkbox"/> AMBLIOP.  |

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

EXAMEN POR COMPUTADORA

## ANEXO 4

**TABLA DE COTEJO PARA EL ANÁLISIS DE LOS FORMULARIOS QUE  
COMPONEN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE ASEMBIS**

NOMBRE DEL TIPO DOCUMENTAL				
CATEGORÍA	ELEMENTO	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
<b>Encabezado</b>	Membrete			
	Fecha			
	Nomenclatura			
	Especialidad médica			
	Tipo documental			
<b>Datos personales del paciente</b>	Nombre completo			
	Número de cédula			
	Nacionalidad			
	Fecha de nacimiento			
	Edad			
	Sexo			
	Estado civil			
	Ocupación			
	Dirección			
	Número de teléfonos			
	Correo electrónico			

<b>Historia clínica</b>	Antecedentes			
	Padecimientos			
<b>Atención médica</b>	Síntomas			
	Diagnóstico			
	Tratamiento			
<b>Autenticidad</b>	Nombre del médico			
	Código de colegiado			
	Firma			

*Fuente: Elaboración propia.*

## ANEXO 5

## CUESTIONARIOS A APLICAR A LOS INVOLUCRADOS EN LA GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

### Cuestionario a aplicar a las Jefaturas Administrativas

Este cuestionario se realiza como parte del desarrollo del Proyecto de Graduación “*Propuesta para la gestión de expedientes clínicos electrónicos. Estudio de caso: La Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis)*”, para optar por el grado de Licenciatura en Archivística, de la Universidad de Costa Rica.

El objetivo es evaluar la gestión que se le da al expediente clínico en la sucursal en la que usted labora y de acuerdo a su área de trabajo, para detectar fortalezas y debilidades y así plantear una propuesta de solución y mejora, aplicada al expediente electrónico. Las respuestas suministradas serán de carácter confidencial, por lo que no se revelará ningún dato personal del colaborador.

Esta guía está compuesta por preguntas abiertas (de respuesta libre), cerradas (de selección múltiple) y mixtas (incluyen ambos tipos).

#### Perfil laboral

1. ¿Cuál es su profesión u ocupación?

---

2. Marque con una X en cuál sucursal de Clínicas Asembis labora.

Aranjuez

Heredia

Cartago

Purral

Desamparados

San José

3. ¿Cuánto tiempo tiene de laborar en Clínicas Asembis?

4. Durante ese tiempo, ¿ha recibido capacitaciones respecto al manejo de los expedientes clínicos?

Sí

No

#### Gestión del expediente clínico

5. Según su criterio ¿qué tan importante es el expediente clínico?

---

---

---

6. Explique el procedimiento que se utiliza para la consulta del expediente clínico desde que sale del archivo.

---

---

---

7. ¿Qué nivel de importancia le da usted a los lineamientos que emite el encargado de archivo?

Muy importantes

Importantes

Moderadamente importantes

De poca importancia

Sin importancia

8. ¿Vela usted porque sus colaboradores acaten a cabalidad los lineamientos del encargado de archivo?

Sí

No

¿Cómo lo hace? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. ¿Aplicaría algún tipo de amonestación a sus colaboradores ante el eventual incumplimiento de la normativa interna, respecto a la gestión del expediente clínico?

Sí

No

¿Cómo uáles? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Marque con una X las situaciones que ha podido observar durante su quehacer diario, respecto a la gestión de los expedientes clínicos. (Puede seleccionar varias opciones)

Expedientes extraviados

Expedientes duplicados

Expedientes incompletos

Expedientes mal identificados (nombre del paciente mal escrito)

Expedientes mal organizados

Expedientes rotos, rayados o sucios

Expedientes sin prensa

Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

11. ¿En qué momento los expedientes clínicos pasan de ser activos a pasivos?

\_\_\_ Después de 2 años de la última consulta del paciente

\_\_\_ Después de 4 años de la última consulta del paciente

\_\_\_ Después de 5 años de la última consulta del paciente

\_\_\_ Después de 7 años de la última consulta del paciente

12. ¿Cuáles son las principales deficiencias que encuentra en la gestión del expediente clínico que afecten tanto a la institución como al paciente?

---

---

---

13. ¿Cuáles acciones podrían mejorar el proceso de gestión del expediente clínico?

---

---

---

### Seguridad

14. En el caso de que un paciente solicite copia de su expediente clínico ¿Cuál es el proceso para dar trámite a esta petición?

### Cuestionario a aplicar a los Médicos

Este cuestionario se realiza como parte del desarrollo del Proyecto de Graduación “Propuesta para la gestión de expedientes clínicos electrónicos. Estudio de caso: La Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis)”, para optar por el grado de Licenciatura en Archivística, de la Universidad de Costa Rica.

El objetivo es evaluar la gestión que se le da al expediente clínico en la sucursal en la que usted labora y de acuerdo a su área de trabajo, para detectar fortalezas y debilidades y así plantear una propuesta de solución y mejora, aplicada a un formato electrónico. Las respuestas suministradas serán de carácter confidencial, por lo que no se revelará ningún dato personal del colaborador.

Esta guía está compuesta por preguntas abiertas (de respuesta libre), cerradas (de selección múltiple) y mixtas (incluyen ambos tipos).

#### Perfil laboral

1. ¿Cuál es su profesión u ocupación?

---

2. Marque con una X en cuál sucursal de Clínicas Asembis labora.

Aranjuez

Heredia

Cartago

Purrál

Desamparados

San José

3. ¿Cuánto tiempo tiene de laborar en Clínicas Asembis?

---

4. Durante ese tiempo, ¿ha recibido capacitaciones respecto al manejo de los expedientes clínicos?

Sí

No

**Gestión del expediente clínico**

5. Explique el procedimiento que se utiliza para la consulta del expediente clínico desde que sale del archivo.

---

---

---

6. ¿Qué aspectos requiere del expediente clínico para la adecuada atención al paciente?

---

---

---

7. Respecto al expediente clínico, ¿cuáles elementos considera que afectan la atención al paciente? (Puede seleccionar varias opciones)

- Que esté duplicado
- Que esté extraviado
- Que no tenga prensa
- Que el nombre del paciente este mal escrito
- Que el folder este roto, rayado o sucio

8. A la hora de atender a un paciente ¿le afecta el hecho de que el expediente clínico este incompleto?

- Sí
- No

¿Por qué? \_\_\_\_\_

9. ¿Qué nivel de importancia le da usted a los lineamientos que emite el encargado de archivo?

- Muy importantes
- Importantes
- Moderadamente importantes
- De poca importancia
- Sin importancia

10. ¿Cuáles son las principales deficiencias que encuentra en la gestión del expediente clínico que afecten tanto a la institución como al paciente?

---

---

---

11. ¿Cuáles acciones podrían mejorar el proceso de gestión del expediente clínico?

---

---

---

### Seguridad

12. ¿De qué manera utiliza el expediente clínico durante la consulta? (Puede seleccionar varias opciones)

- Completa la información mientras atiende al paciente
- Completa la información cuando el paciente se va
- Ingresa la información en el espacio que corresponde
- Ingresa la información en cualquier parte

13. ¿Qué hace usted con el expediente clínico al terminar la consulta?

\_\_\_ Se deja el expediente hasta el final del día

\_\_\_ Se lo entrega a la asistente

\_\_\_ Se lo entrega a la secretaria

\_\_\_ Se lo entrega al enfermero(a)

\_\_\_ Se lo entrega al paciente

### Cuestionario a aplicar a los Encargados de Archivo

Este cuestionario se realiza como parte del desarrollo del Proyecto de Graduación “Propuesta para la gestión de expedientes clínicos electrónicos. Estudio de caso: La Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis)”, para optar por el grado de Licenciatura en Archivística, de la Universidad de Costa Rica.

El objetivo es evaluar la gestión que se le da al expediente clínico en la sucursal en la que usted labora y de acuerdo a su área de trabajo, para detectar fortalezas y debilidades y así plantear una propuesta de solución y mejora, aplicada a un formato electrónico. Las respuestas suministradas serán de carácter confidencial, por lo que no se revelará ningún dato personal del colaborador.

Esta guía está compuesta por preguntas abiertas (de respuesta libre), cerradas (de selección múltiple) y mixtas (incluyen ambos tipos).

#### Perfil laboral

1. ¿Cuál es su profesión u ocupación?

---

2. Marque con una X en cuál sucursal de Clínicas Asembis labora.

Aranjuez

Heredia

Cartago

Purral

Desamparados

San José

3. ¿En qué puesto se desempeña en Clínicas Asembis?

---

4. ¿Cuánto tiempo tiene de laborar en Clínicas Asembis?

5. Durante ese tiempo, ¿ha recibido capacitaciones respecto al manejo de los expedientes clínicos?

\_\_\_ Sí

\_\_\_ No

6. ¿Tiene alguna otra experiencia en el área de archivo además de Clínicas Asembis?

\_\_\_ Sí, ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Qué funciones desempeñaba? \_\_\_\_\_

\_\_\_ No

### Gestión del expediente clínico

7. Según su criterio ¿qué tan importante es el expediente clínico?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Considera que el Archivo Clínico está organizado en un....

\_\_\_ 0% a 25%

\_\_\_ 25% a 50%

\_\_\_ 50% a 75%

\_\_\_ 75% a 100%

Justifique \_\_\_\_\_

9. ¿Cuánto tiempo aproximado dedica a la organización del Archivo Clínico?

\_\_\_ De 0 a 30 minutos al día

\_\_\_ De 30 minutos a 1 hora al día

\_\_\_ De 1 a 2 horas al día

\_\_\_ Más de 2 horas al día

10. Explique el procedimiento que se utiliza para la consulta del expediente clínico desde que sale del archivo.

---

---

---

11. ¿Ha elaborado inventarios de expedientes?

\_\_\_ Sí

\_\_\_ No

¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

---

12. ¿Cuánto tiempo aproximado dedica a la búsqueda de un solo expediente clínico?

\_\_\_ Menos de 1 minuto

\_\_\_ De 1 a 5 minutos

\_\_\_ De 5 a 15 minutos

\_\_\_ Más de 15 minutos

Más de 1 hora

13. ¿Se aplican controles para dar seguimiento a la ubicación del expediente?

Sí, ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

No

14. Marque con una X las situaciones que ha podido observar durante su quehacer diario, respecto a la gestión de los expedientes clínicos. (Puede seleccionar varias opciones)

Expedientes extraviados

Expedientes duplicados

Expedientes incompletos

Expedientes mal identificados (nombre del paciente mal escrito)

Expedientes mal organizados

Expedientes rotos, rayados o sucios

Expedientes sin prensa

Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

15. ¿Los expedientes clínicos cuentan con prensas?

Sí  Metálicas

Plásticas

Ambas

No. ¿Por qué? \_\_\_\_\_

16. ¿En qué momento los expedientes clínicos pasan de ser activos a pasivos?
- Después de 2 años de la última consulta del paciente
  - Después de 4 años de la última consulta del paciente
  - Después de 5 años de la última consulta del paciente
  - Después de 7 años de la última consulta del paciente
17. ¿Con qué frecuencia se trasladan los expedientes activos a pasivos? ¿Cómo se realiza este proceso?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
18. Seleccione la manera en la que se encuentran almacenados los expedientes clínicos. (Puede seleccionar varias opciones)
- Carpetas
  - Ampos
  - Estanterías metálicas
  - Archivadores
  - Cajas
  - Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_
19. ¿Cuáles son las principales deficiencias que encuentra en la gestión del expediente clínico que afecten tanto a la institución como al paciente?

20. ¿Cuáles acciones podrían mejorar el proceso de gestión del expediente clínico?

---

---

---

### Instalaciones

21. ¿Considera que el espacio del Archivo Clínico es suficiente para albergar la cantidad de expedientes que se custodian?

Sí

No

¿Por qué? 

---

---

---

22. Marque el mobiliario y suministros presentes en el Archivo Clínico. (Puede seleccionar varias opciones)

Computadora

Teléfono

Escritorio

Aire acondicionado

Deshumidificador

Entradas de aire natural

Extintor

Alarmas contra incendios

Cámaras de seguridad

Otro, ¿Cuál? 

---

**Seguridad**

23. ¿Quiénes tienen acceso libre al Archivo Clínico?

---

---

24. ¿Quiénes tienen acceso a la información que contiene el expediente clínico? (Puede seleccionar varias opciones)

Médicos

Asistentes de Consultas

Enfermeros

Encargados de archivo

Pacientes

Familiares del paciente

Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Cuestionario a aplicar a las Asistentes de Consultas

Este cuestionario se realiza como parte del desarrollo del Proyecto de Graduación “Propuesta para la gestión de expedientes clínicos electrónicos. Estudio de caso: La Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (Asembis)”, para optar por el grado de Licenciatura en Archivística, de la Universidad de Costa Rica.

El objetivo es evaluar la gestión que se le da al expediente clínico en la sucursal en la que usted labora y de acuerdo a su área de trabajo, para detectar fortalezas y debilidades y así plantear una propuesta de solución y mejora, aplicada a un formato electrónico. Las respuestas suministradas serán de carácter confidencial, por lo que no se revelará ningún dato personal del colaborador.

Esta guía está compuesta por preguntas abiertas (de respuesta libre), cerradas (de selección múltiple) y mixtas (incluyen ambos tipos).

#### Perfil laboral

1. ¿Cuál es su profesión u ocupación?

---

2. Marque con una X en cuál sucursal de Clínicas Asembis labora.

Aranjuez

Heredia

Cartago

Purral

Desamparados

San José

3. ¿En qué puesto se desempeña en Clínicas Asembis?

---

4. ¿Cuánto tiempo tiene de laborar en Clínicas Asembis?

5. Durante ese tiempo, ¿ha recibido capacitaciones respecto al manejo de los expedientes clínicos?

\_\_\_ Sí

\_\_\_ No

### Gestión del expediente clínico

6. Según su criterio ¿qué tan importante es el expediente clínico?

---

---

---

7. ¿Tiene conocimiento sobre lo establecido en el Procedimiento de Encargado de Archivo, respecto a la forma en que se deben identificar y gestionar los expedientes clínicos, desde su área?

\_\_\_ Sí

\_\_\_ No

¿Qué aspectos aplica usted? \_\_\_\_\_

---

---

8. Explique el procedimiento que se utiliza para la consulta del expediente clínico desde que sale del archivo.

9. ¿Aplica usted los lineamientos que establece el encargado de archivo para la gestión del expediente clínico?

\_\_\_ Sí

\_\_\_ No

10. ¿Qué nivel de importancia le da usted a los lineamientos que emite el encargado de archivo?

\_\_\_ Muy importantes

\_\_\_ Importantes

\_\_\_ Moderadamente importantes

\_\_\_ De poca importancia

\_\_\_ Sin importancia

11. Marque con una X las situaciones que ha podido observar durante su quehacer diario, respecto a la gestión de los expedientes clínicos. (Puede seleccionar varias opciones)

\_\_\_ Expedientes extraviados

\_\_\_ Expedientes duplicados

\_\_\_ Expedientes incompletos

\_\_\_ Expedientes mal identificados (nombre del paciente mal escrito)

\_\_\_ Expedientes mal organizados

\_\_\_ Expedientes rotos, rayados o sucios

\_\_\_ Expedientes sin prensa

\_\_\_ Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

12. ¿Aplica controles para respaldar la devolución de los expedientes al Archivo Clínico?

Sí, ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No

13. Considere el siguiente caso: Usted entrega el expediente al médico para atender al paciente, luego de la consulta se lo devuelven sin prensa y desordenado ¿Qué haría al respecto?

Le colocaría la prensa y lo ordenaría como corresponde

Lo deja así y lo devuelve al archivo

Le indicaría al responsable que debe de hacerlo

14. Considere el siguiente caso: Usted encuentra un error en la forma en que se identificó el expediente. ¿Qué haría al respecto?

Lo tacha y lo corrige

Cambia la etiqueta y lo escribe correctamente

Lo omite y lo devuelve al archivo

15. ¿Cuáles son las principales deficiencias que encuentra en la gestión del expediente clínico que afecten tanto a la institución como al paciente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. ¿Cuáles acciones podrían mejorar el proceso de gestión del expediente clínico?

**Seguridad**

17. ¿En su área de trabajo, existen condiciones que garanticen la seguridad de los expedientes clínicos?

\_\_\_ Sí

\_\_\_ No

¿Por qué? \_\_\_\_\_

## ANEXO 6

## REPERTORIO DE FUNCIONES

Funciones estratégicas	Funciones sustantivas	Funciones staff (asesoras)	Funciones facilitativas
<p>Generar espacios de toma de decisiones, en los que se traten temas relativos al aumento de la productividad de la institución, a la mejora continua y a la satisfacción del cliente.</p>	<p>Brindar una atención médica de calidad a cada paciente.</p>	<p>Brindar asesoría jurídica a los altos mandos, así como a las unidades que lo requieran, con el fin de permitir la consecución de los objetivos institucionales.</p>	<p>Gestionar el recurso humano de la institución, con el fin de asegurar la idoneidad de cada uno en el puesto que ejerce.</p>
<p>Dirigir el quehacer de la institución hacia la cumplimentación de las metas e intereses de los clientes en concordancia con lo establecido por la Asamblea General.</p>	<p>Beneficiar a la clase de escasos recursos de Costa Rica, mediante la aplicación de un estudio socioeconómico que permita otorgar exoneraciones parciales o totales en los diferentes servicios que se ofrecen en todas las sucursales.</p>	<p>Brindar criterios de auditoria que permitan supervisar el desarrollo de los procesos institucionales.</p>	<p>Supervisar los procesos financieros que se realizan en la institución, para garantizar un manejo adecuado de los recursos económicos.</p>

<p>Establecer procedimientos orientados a la calidad en la atención que se brinda al paciente, a través del ofrecimiento de una atención médica integral acorde a sus necesidades.</p>	<p>Controlar el proceso de producción de los lentes y los aros que adquieren los pacientes, de acuerdo a las especificaciones establecidas.</p>		<p>Suministrar la infraestructura tecnológica necesaria para la productividad de cada una de las unidades que conforman Clínicas ASEMBIS.</p>
<p>Gestionar las estrategias de comercialización de los servicios que ofrece la institución a la población costarricense.</p>			<p>Garantizar las condiciones adecuadas de las instalaciones físicas, tanto para el colaborador como para los pacientes.</p>
			<p>Brindar servicios de mensajería.</p>
			<p>Garantizar la seguridad del personal y de los pacientes, así como resguardar las instalaciones ante cualquier evento delictivo.</p>

*Fuente: Elaboración propia*

## ANEXO 7

## IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS

Instancia responsable	Funciones	Actores involucrados	Procesos
<b>Asamblea General</b>	Generar espacios de toma de decisiones, en los que se traten temas relativos al aumento de la productividad de la institución, a la mejora continua y a la satisfacción del cliente.	Asociados	Gestión de Órganos Colegiados
<b>Junta Directiva</b>	Dirigir el quehacer de la institución hacia la cumplimentación de las metas e intereses de los clientes en concordancia con lo establecido por la Asamblea General.  Establecer procedimientos orientados a la calidad en la atención que se brinda al paciente, a través del ofrecimiento de una atención médica integral acorde a sus necesidades.	Presidente Vicepresidente Tesorero Secretaria Vocales	Gestión de Procedimientos y Directrices Internas
<b>Gerencia Comercial</b>	Gestionar las estrategias de comercialización de los servicios que ofrece la institución a la población costarricense.	Gerente Comercial Jefe de Mercadeo Asistente de Mercadeo Supervisor de Promotores Supervisor de Contact Center Asistente de Contact Center	Gestión de Estrategias de Comercialización

<p><b>Gerencia Operaciones</b></p>	<p>Brindar una atención médica de calidad a cada paciente.</p>	<p>Gerente de Operaciones  Asistente de Operaciones  Jefe de Sucursales  Agente de Call Center  Administrador de Sucursal  Médicos  Asistente Administrativo  Auxiliar Administrativo  Cajero  Misceláneos  Supervisor de Consultas  Asistente de Consultas  Encargado de Archivo  Anfitrión  Supervisor de Óptica  Asesor Visual  Encargado de Entregas  Enfermeros  Jefe de Cirugías  Secretario de Cirugías  Farmacéutico</p>	<p>Gestión Consultas Médicas  Gestión de Cirugías</p>
<p><b>Trabajo Social</b></p>	<p>Beneficiar a la clase de escasos recursos de Costa Rica, mediante la aplicación de un estudio socioeconómico que permita otorgar exoneraciones parciales o totales en los diferentes servicios que se ofrecen en todas las sucursales.</p>	<p>Trabajador Social</p>	<p>Gestión de Acción Social</p>

<b>Gerencia de Producción</b>	Controlar el proceso de producción de los lentes y los aros que adquieren los pacientes, de acuerdo a las especificaciones establecidas.	Gerente de Producción Jefe de Producción Control de Calidad Operarios	Gestión de Producción de Lentes y Aros
<b>Asesoría Jurídica</b>	Brindar asesoría jurídica a los altos mandos, así como a las unidades que lo requieran, con el fin de permitir la consecución de los objetivos institucionales.	Asesor Jurídico	Gestión de Asesoría Jurídica
<b>Auditoría Externa</b>	Brindar criterios de auditoria que permitan supervisar el desarrollo de los procesos institucionales.	Auditor Externo	Gestión de Auditoría Externa
<b>Auditoria Interna</b>	Brindar criterios de auditoria que permitan supervisar el desarrollo de los procesos institucionales.	Jefe de Auditoría Asistente de Auditoría	Gestión de Auditoría Interna
<b>Desarrollo Humano</b>	Gestionar el recurso humano de la institución, con el fin de asegurar la idoneidad de cada uno en el puesto que ejerce.	Coordinador de Desarrollo Humano Auxiliar de Desarrollo Humano Encargada de Planillas Encargado de Reclutamiento Encargado de Capacitaciones	Gestión de Desarrollo Humano

<p><b>Gerencia Financiera</b></p>	<p>Supervisar los procesos financieros que se realizan en la institución, para garantizar un manejo adecuado de los recursos económicos.</p>	<p>Gerente Financiero  Jefe de Contabilidad  Auxiliar Contable  Encargado de Cuentas por Cobrar  Jefe de Inventarios  Asistente de Inventarios  Encargado de Control de Activos Fijos  Encargado de Tesorería  Auxiliar de Tesorería  Encargado de Compras Nacionales  Encargado de Compras Internacionales</p>	<p>Gestión Financiera</p>
<p><b>TI</b></p>	<p>Suministrar la infraestructura tecnológica necesaria para la productividad de cada una de las unidades que conforman Clínicas ASEMBIS.</p>	<p>Gerente Administrativo  Supervisor de TI  Soporte Técnico  Infraestructura  Analista de Sistemas</p>	<p>Gestión Tecnológica</p>

<b>Mantenimiento</b>	Garantizar las condiciones adecuadas de las instalaciones físicas, tanto para el colaborador como para los pacientes.	Gerente Administrativo	Gestión Administrativa
<b>Mensajería</b>	Brindar servicios de mensajería.	Gerente Administrativo Supervisor de Seguridad y Mensajería Mensajero	
<b>Seguridad</b>	Garantizar la protección del personal y de los pacientes, así como resguardar las instalaciones ante cualquier evento delictivo.	Gerente Administrativo Supervisor de Seguridad y Mensajería Oficial de Seguridad	

*Fuente: Elaboración propia*

## ANEXO 8

## CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

Clínicas ASEMBIS	DESCRIPCIÓN / CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO
<b>PROCESO:</b> ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL	

<b>OBJETIVO DEL PROCESO:</b> Gestionar las actividades enfocadas al servicio al cliente, con el fin de brindar una atención médica de calidad a cada paciente.	<b>RESPONSABLE DEL PROCESO:</b> Gerencia de Operaciones
<b>ALCANCE:</b> Desde la solicitud de la cita médica hasta que el paciente se retira de la clínica.	

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES PRINCIPALES	SALIDAS	CLIENTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrador de Sucursal</li> <li>- Médicos</li> <li>- Asistente Administrativo</li> <li>- Auxiliar Administrativo</li> <li>- Cajero</li> <li>- Supervisor de Consultas</li> <li>- Agente de Call Center</li> <li>- Asistente de Consultas</li> <li>- Encargado de Archivo</li> <li>- Supervisor de Óptica</li> <li>- Asesor Visual</li> <li>- Encargado de Entregas</li> <li>- Enfermeros</li> <li>- Jefe de Cirugías</li> <li>- Secretario de Cirugías</li> <li>- Farmacéutico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agenda Médica</li> <li>- Consulta facturada</li> <li>- Consentimiento informado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agendar cita médica</li> <li>- Pagar la cita médica</li> <li>- Disponer el expediente clínico</li> <li>- Revisar al paciente en el consultorio médico</li> <li>- Emitir diagnóstico y tratamiento</li> <li>- Realizar cirugía</li> <li>- Realizar los controles post-operatorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Audiograma Clínico</li> <li>- Certificado de Garantía</li> <li>- Control de Crecimiento Fetal</li> <li>- Ficha de Identificación Ginecológica</li> <li>- Informe de Cardiología</li> <li>- Informe de Dermatología</li> <li>- Informe de Endocrinología</li> <li>- Informe de Fisioterapia</li> <li>- Informe de Medicina General</li> <li>- Informe de Medicina Interna</li> <li>- Informe de Neurología</li> <li>- Informe de Nutrición</li> <li>- Informe de Oftalmología</li> <li>- Informe de Optometría</li> <li>- Informe de Ortopedia</li> <li>- Informe de Otorrinolaringología</li> <li>- Informe de Psicología</li> <li>- Informe de Psiquiatría</li> <li>- Informe de Terapia de lenguaje</li> <li>- Informe de Terapia respiratoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes</li> <li>- Médicos</li> <li>- Enfermeros</li> <li>- Farmacéutico</li> <li>- Agente de Call Center</li> <li>- Asistente de Consultas</li> <li>- Secretario de Cirugías</li> <li>- Cajero</li> <li>- Sucursales</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe de Urología</li> <li>- Informe de Lentes de Contacto</li> </ul>	
--	--	--	--	--

<p><b>Procesos con los que tiene relación:</b> (Como se indica en el Mapa de Procesos)</p>	<p><b>Recursos:</b> (Equipos, software, cargos involucrados o infraestructura, requerida para la ejecución del proceso)</p>	<p><b>Indicadores de gestión:</b> (Lo que se debe medir para conocer la eficacia y/o eficiencia del proceso)</p>
<p>Gestión de Procedimientos y Directrices  Gestión de Estrategias de Comercialización  Gestión de Producción de Lentes y Aros  Gestión de Subsidios  Gestión de Desarrollo Humano  Gestión Financiera  Gestión Tecnológica  Gestión de Documentos</p>	<p>Médico  Enfermeros  Farmacéutico  Asistente de Consultas  Agente de Call Center  Secretario de Cirugías  Cajero  Encargado de Archivo  Hardware  Software</p>	<p>Pacientes atendidos  Pacientes satisfechos  Pacientes operados  Ingresos obtenidos</p>

<b>Información documentada:</b>	
<b>Código</b>	<b>Título</b>
<b>Ley N° 8239</b>	Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados
<b>Ley N° 8968</b>	Ley de protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales
<b>Ley N° 9097</b>	Ley de regulación del derecho de petición
<b>MP-004</b>	Procedimiento de Atención General de la Persona Adulto Mayor
<b>MP-041</b>	Procedimiento de Encargado de Archivo
	Política de Servicio al Cliente
	Programa para la defensa en procesos por mala práctica médica

## ANEXO 9

## Aplicación de la Norma ISDF al Proceso de Atención Médica Integral

1. ÁREA DE IDENTIFICACIÓN	
1.1 Tipo	Proceso
1.2 Forma(s) autorizada(s) del nombre	Atención Médica Integral
1.3 Forma(s) paralela(s) del nombre	AMI
1.4 Otra(s) forma(s) del nombre	No hay.
1.5 Clasificación	A300
2. ÁREA DE CONTEXTO	
2.1 Fechas	1991 a la fecha (2018)
2.2 Descripción	<p>Proceso sustantivo de nivel 0 compuesto por los procesos de nivel 1: gestión de consultas médicas y gestión de cirugías.</p> <p>El objetivo principal de este proceso es brindar una atención médica de calidad a sus pacientes, en cada una de las especialidades que se ofrecen.</p>
3. ÁREA DE RELACIONES	
<i>Primera relación</i>	
3.1 Forma(s) autorizada(s) del nombre	Gestión de Consultas Médicas
3.2 Tipo	Subproceso
3.3 Categoría de la relación	Jerárquica
3.4 Descripción de la relación	La gestión de consultas médicas es un proceso de nivel 1 del proceso Atención Médica Integral.
3.5 Fechas de la relación	1991 a la fecha (2018)

<i>Segunda relación</i>	
<b>3.1 Forma(s) autorizada(s) del nombre</b>	Gestión de Cirugías
<b>3.2 Tipo</b>	Subproceso
<b>3.3 Categoría de la relación</b>	Jerárquica
<b>3.4 Descripción de la relación</b>	La gestión de cirugías es un proceso de nivel 1 del proceso Atención Médica Integral.
<b>3.5 Fechas de la relación</b>	1991 a la fecha (2018)
<b>4 ÁREA DE CONTROL</b>	
<b>4.1 Identificador de la descripción de función</b>	CR-ASEMBIS- A300
<b>4.2 Identificador(es) de la institución</b>	CR-ASEMBIS
<b>4.3 Reglas y/o convenciones utilizadas</b>	ISDF – Norma internacional para la descripción de funciones
<b>4.4 Estado de elaboración</b>	Finalizada
<b>4.5 Nivel de detalle</b>	Completo
<b>4.6 Fechas de creación, revisión o eliminación</b>	2018-09-28
<b>4.7 Lengua(s) y escritura(s)</b>	Español
<b>4.8 Fuentes</b>	Ninguna
<b>4.9 Notas de mantenimiento</b>	Descripción elaborada por Jéssica Camacho Benavides y María de los Ángeles Herrera Artavia

*Fuente: Elaboración propia.*

## ANEXO 10

## Aplicación de la Norma ISAD-G al Expediente Clínico

<b>1. ÁREA DE IDENTIFICACIÓN</b>	
<b>1.1 Código de referencia</b>	CR-ASEMBIS-AC-EC
<b>1.2 Título</b>	Expedientes Clínicos
<b>1.3 Fecha(s)</b>	1991 a la fecha (2018)
<b>1.4 Nivel de descripción</b>	Serie documental
<b>1.5 Volumen y soporte</b>	Debido a que se cuenta con 11 sucursales, distribuidas a lo largo del territorio nacional, no se ha contabilizado la cantidad de metros lineales correspondientes a esta serie. Los expedientes se encuentran en soporte papel.
<b>2. ÁREA DE CONTEXTO</b>	
<b>2.1 Nombre del productor</b>	Asociación de Servicios Médicos para el Bien Social (ASEMBIS)
<b>2.2 Forma de ingreso</b>	Transferencia
<b>3. ÁREA DE CONTENIDO Y ESTRUCTURA</b>	
<b>3.1 Alcance y contenido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audiograma Clínico</li> <li>• Certificado de Garantía</li> <li>• Control de Crecimiento Fetal</li> <li>• Ficha de Identificación Ginecológica</li> <li>• Informe de Cardiología</li> <li>• Informe de Dermatología</li> <li>• Informe de Endocrinología</li> <li>• Informe de Fisioterapia</li> <li>• Informe de Medicina General</li> <li>• Informe de Medicina Interna</li> <li>• Informe de Neurología</li> <li>• Informe de Nutrición</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de Oftalmología</li> <li>• Informe de Optometría</li> <li>• Informe de Ortopedia</li> <li>• Informe de Otorrinolaringología</li> <li>• Informe de Psicología</li> <li>• Informe de Psiquiatría</li> <li>• Informe de Terapia de lenguaje</li> <li>• Informe de Terapia respiratoria</li> <li>• Informe de Urología</li> <li>• Informe de Lentes de Contacto</li> <li>• Consentimiento Informado</li> <li>• Nota Transoperatoria de Enfermería</li> </ul>
<b>3.2 Valoración, selección y eliminación</b>	Esta serie documental tiene una vigencia administrativa-legal de 5 años, vigencia que se establece tomando en cuenta que este es el período aproximado en el que la los documentos se encuentran en uso activo y/o semiactivo.
<b>3.3 Nuevos ingresos</b>	Sí.
<b>3.4 Organización</b>	Alfabética
<b>4. ÁREA DE CONDICIONES DE ACCESO Y UTILIZACIÓN</b>	
<b>4.1 Condiciones de acceso</b>	Restringido. Se establece este tipo de acceso, porque se trata de una serie documental que posee información relativa a padecimientos médicos de los pacientes, la cual si llega a ser publicada o divulgada podría causar daños a terceros.
<b>4.2 Condiciones de reproducción</b>	Los pacientes pueden solicitar la reproducción del expediente clínico, de acuerdo al procedimiento establecido.
<b>4.3 Lengua/escritura(s) de los documentos</b>	Español
<b>4.4 Características físicas y requisitos técnicos</b>	Buen estado de conservación

4.5 Instrumentos de descripción	Control de envío de expedientes, control de recibido de expedientes, control de préstamo de expedientes.
<b>5. ÁREA DE DOCUMENTACIÓN ASOCIADA</b>	
5.1 Existencia y localización de los documentos originales	Sucursales en las que haya sido atendido el paciente.
5.2 Existencia y localización de copias	Sucursales en las que haya sido atendido el paciente.
5.3 Unidades de descripción asociadas	No hay.
5.4 Nota de publicaciones	No hay.
<b>6. ÁREA DE NOTAS</b>	
6.1 Notas	No hay.
<b>7. ÁREA DE CONTROL DE LA DESCRIPCIÓN</b>	
7.1 Nota del archivista	Descripción elaborada por Jéssica Camacho Benavides y María de los Ángeles Herrera Artavia
7.2 Reglas o normas	Norma ISAD G
7.3 Fecha de la descripción	2018-10-21

*Fuente: Elaboración propia.*