

**Universidad Nacional Experimental
de los Llanos Occidentales
“EZEQUIEL ZAMORA”**



LA UNIVERSIDAD QUE SIEMBRA

**VICERRECTORADO DE PRODUCCIÓN AGRÍCOLA
PROGRAMA CIENCIAS DE LA SALUD
ESTELLER – ESTADO PORTUGUESA**

**REGISTRO DIGITAL DE HISTORIAS CLINICAS PARA EL
DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA PARA LA SALUD EN EL HOSPITAL
DR. OSWALDO BARRIOS DEL MUNICIPIO ESTELLER ESTADO
PORTUGUESA**

Autores:	Ocdalys Méndez Egaimar Peraza
Tutor:	MSc. Oscar Torrealba
Tutor Metodológico	MSc. María Camacho

Esteller, 2023

Universidad Nacional Experimental
de los Llanos Occidentales
"EZEQUIEL ZAMORA"



LA UNIVERSIDAD QUE SIEMBRA

**VICERRECTORADO DE PRODUCCIÓN AGRÍCOLA
PROGRAMA CIENCIAS DE LA SALUD
ESTELLER – ESTADO PORTUGUESA**

**REGISTRO DIGITAL DE HISTORIAS CLINICAS PARA EL
DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA PARA LA SALUD EN EL HOSPITAL
DR. OSWALDO BARRIOS DEL MUNICIPIO ESTELLER ESTADO
PORTUGUESA**

Trabajo de Aplicación para optar al Título de Licenciado en Estadística para
la Salud

Autores:	Ocdalys Méndez CI 28.503.963 Egaimar Peraza CI 24.022658
Tutor:	MSc. Oscar Torrealba
Tutor Metodológico	MSc. María Camacho

Esteller, 2023



**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
“EZEQUIEL ZAMORA”
VICE-RECTORADO DE PRODUCCIÓN AGRÍCOLA
PROGRAMA CIENCIAS DE LA SALUD**

APROBACION DEL TUTOR

Yo, Oscar Raúl Torrealba Rodríguez, Cedula de Identidad N° V-: 8.661.203; en mi carácter de Tutor del Trabajo Especial de Aplicación titulado: **REGISTRO DIGITAL DE HISTORIAS CLINICAS PARA EL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA PARA LA SALUD EN EL HOSPITAL DR. OSWALDO BARRIOS DEL MUNICIPIO ESTELLER ESTADO PORTUGUESA** Presentado por las Bachilleres: Ocdalys Ismeidy Méndez Veloz y Egaimar Beatriz Peraza Rodríguez, Cedula de Identidad N° V: 28.503.963 y 24.022.658 respectivamente. Por medio de la presente certifico que he leído el Trabajo de Aplicación y considero que reúne las condiciones, requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En el Municipio Esteller, a los 20 Días del Mes de marzo de 2023.

Atentamente

Prof. Oscar Raúl Torrealba Rodríguez

C.I:8.661.203

TUTOR

Acta N° SSP/

ACTA FINAL

Hoy 27 de Abril de 2023, siendo las 10.37 reunidos en Aldea Universitaria
José Leonardo Chirinos

Los Profesores: Oscar Torrealba C.I. 8.661.203 Tutor(a),
Mercedes Rodríguez C.I. 11.079.304 y Rosa
Infante C.I. 7.599.060 Jurados Principales, para evaluar la presentación del

Trabajo de Aplicación titulado:

Registro digital de historias clínicas para el departamento
de estadística para la salud del Hospital Dr. Osvaldo Berríos
del Municipio Esteller estado Portuguesa

Presentada como requisito final para optar al Título de Licenciado (a) en ESTADISTICA PARA LA SALUD,

Por el (los) Bachiller (es):

- 1.- Mendez Oedaly C.I. 28.503.963
- 2.- Peraza Eyaímar C.I. 24.022.658
- 3.- _____ C.I. _____

El Tutor (a) dio la apertura al acto refiriéndose a las "Normas para la presentación del Trabajo de Aplicación de los estudiantes de la Carrera Estadística para la Salud". Seguidamente la (las) Bachiller (es) realizaron la exposición en un tiempo de _____ MINUTOS. Puntualizaron el Problema, los Objetivos, el Marco Teórico, el Marco Metodológico, la Propuesta, Aplicación de la Propuesta, Análisis de los Resultados, Conclusiones y Recomendaciones. Culminada la Exposición se dio inicio al ciclo de preguntas y observaciones por parte del JURADO y las respuestas por parte del (los) Bachiller (es). La calificación correspondiente al 30% de la nota final es de _____ que le fue asignado por el Profesor del sub-proyecto Proyecto Socio Integrador IV-B: Aplicabilidad De Los Sistemas de Información Al Servicio de La Estadística de Salud. Por tanto, hecha la revisión del informe final y concluida la defensa, el Jurado Evaluados decidió otorgar una calificación de:

Autores	Nota 30%	Nota 45%	Nota 25%	Total 100%	Escala 1 – 5 (Nota Definitiva)
1	28	33	23,13	84,13	4,36
2	28	33	19,08	80,08	4,20
3					

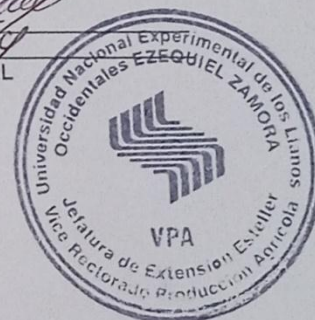
En fe de lo expuesto, firma los integrantes del Jurado.

Observaciones _____

PROF. (A) _____
 C.I. N° 7599060
 JURADO PRINCIPAL

PROF. (A) _____
 C.I. N° 11079304
 JURADO PRINCIPAL

PROF. (A) _____
 C.I. N° 8661203
 TUTOR (A)



DEDICATORIA

Gracias Dios, por todo lo que nos ha dado y entregado. Gracias por un día más de vida, por los sueños realizados. Gracias por mi familia para que nos sigan ayudando y mis seres queridos. Gracias por la salud y por tus bendiciones, que nos permiten vivir con ellos en armonía y amor.

Ocdalys y Egaimar

RECONOCIMIENTO

A Dios todopoderoso y soberano del universo, sin el nada fuera sido posible.

A la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora, por la formación como profesional en Estadísticas de Salud.

A la TSU de registros y estadísticas de salud Deyadira Sánchez por la formación desde mi inicio, en el campo laboral.

A nuestros familiares, que de alguna manera hicieron presente su apoyo para el progreso de esta carrera.

Gracias....



**VICE-RECTORADO DE PRODUCCIÓN AGRÍCOLA
PROGRAMA CIENCIAS DE LA SALUD
ESTELLER – ESTADO - PORTUGUESA**

**REGISTRO DIGITAL DE HISTORIAS CLINICAS PARA EL
DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA PARA LA SALUD EN EL HOSPITAL
DR. OSWALDO BARRIOS DEL MUNICIPIO ESTELLER ESTADO
PORTUGUESA**

Autores: Ocdalys Méndez
Egaimar Peraza
Tutor: MSc. Oscar Torrealba
Año: 2023

RESUMEN

La presente investigación tiene por finalidad Implementar un registro digital de historias clínicas para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa. Dentro del marco metodológico la investigación que se desarrollo es de tipo descriptiva dentro de la modalidad de proyecto de aplicación, con un diseño no experimental de campo, para recolectar la información se aplicó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario de diez (10) ítems diseñado en escala dicotómica lo que permitió concluir que es indispensable implementar la historia clínica digital para brindar un mayor control y gestión de las mismas por los profesionales de la medicina, configurando y administrando informes, récipes médicos y gestión de citas. Teniendo como conclusiones: en la generación las historias clínicas, van a mejorar, así como se mejorara que los datos ingresados se encuentren legibles en el formato de hoja de consulta al paciente y el control de las historias clínicas. Otra conclusión en cuanto al tiempo de atención a los pacientes, se va a reformar y en cuanto a la calidad de atención se va a mejorar en 4.04%. Es por ello que se propone un modelo de historias clínicas digital para el departamento de estadística para la salud del Hospital Dr. Oswaldo Barrios del Municipio Esteller estado Portuguesa, ya que las mismas van a contener información de vital importancia para brindar un adecuado servicio a los pacientes y facilitar procesos que permitan garantizar la calidad y seguridad del mismo.

Descriptores: Registro digital, historias, clínicas, Estadística.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	pp. iii
RECONOCIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ÍNDICE GENERAL.....	vi
LISTA DE CUADROS.....	viii
LISTA DE GRÁFICOS.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPITULOS

I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Problematización.....	4
Objetivos de la Investigación.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
Justificación de la Investigación.....	8
Alcances de la Investigación.....	10

II MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación.....	12
Bases Teóricas.....	15
Bases Legales.....	31
Sistema de variables.....	34
Operacionalización de las Variables.....	35

III MARCO METODOLÓGICO

Postura Ontoepistemológica.....	36
Tipo de investigación.....	37
Diseño de investigación.....	38
Población y Muestra.....	38
Técnica e instrumento de Recolección de Datos.....	39
Validez y Confiabilidad de los Instrumentos.....	41
Descripción del Procedimiento de Recolección de Información.....	43
Análisis de datos.....	44
Conclusión del Diagnóstico.....	49

IV PROPUESTA

Presentación de la Propuesta.....	50
Objetivos de la Propuesta.....	51
Fundamentación.....	51
Desarrollo de la Propuesta.....	54
Conclusión de la Propuesta.....	55
 V APLICACIÓN Y ANALISIS DEL IMPACTO DE LA PROPUESTA	
Relatoría de la Ejecución de la Propuesta.....	58
Análisis del Impacto de la Propuesta.....	69
 VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	71
Recomendaciones.....	72
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 74
ANEXOS	
1. Instrumento.....	78
2. Validación.....	79
3. Matriz de Datos Instrumento de confiabilidad Kuder y Richardson...	84
4. Propuesta de trabajo de aplicación.....	85
5. Compromiso de Tutoría Académica.....	86
6. Registro de asistencia a las asesorías.....	87
7. Compromiso de los investigadores.....	88
8. Evidencias Fotográficas.....	89
	90

LISTA DE CUADROS

CUADRO		pp.
1	Operacionalización de las Variables.....	35
2	Variable. Registro Digital, Dimensión: Automatización.....	45
3	Variable. Historia Clínica, Dimensión: Documento.....	47
4	Plan de Acción a Desarrollar.....	56
5	Determinación Básica de recursos de Hardware.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO

pp.

1	Frecuencia y porcentajes de las respuestas emitidas por los empleados en la Variable. Registro Digital, Dimensión: Automatización.....	45
2	Frecuencia y porcentajes de las respuestas emitidas por los empleados en la Variable. Historia Clínica, Dimensión: Documento.....	47
3	Arquitectura de la propuesta a implementar.....	62
4	Diagrama de Flujo del Servidor de Aplicación	63
5	Diagrama de Flujo de servidor de base de datos y terminales	64

INTRODUCCIÓN

En los inicios de la asistencia sanitaria se reconoce la importancia de almacenar la información que se genera durante el proceso de atención del paciente, ya sea como un soporte a la fragilidad de la memoria de quienes son responsables directos de la atención del paciente o como una rica fuente información respecto a una enfermedad o tratamiento. Los registros médicos y asistenciales del equipo de salud toman una importancia cada vez mayor con el pasar del tiempo.

Hoy en día, la asistencia médica es una fuente generadora de información que es registrada en varios documentos que en su conjunto se denominan Historia Clínica. Este documento es el más importante dentro del proceso evolutivo del estado de salud del paciente, permitiendo obtener un diagnóstico y un tratamiento médico enmarcado en parámetros claramente definidos.

Cabe destacar, que la historia clínica es uno de los elementos más importantes de la relación entre médico y paciente ,es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. La profesionalidad se refiere a que solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico, pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de elaborar una buena historia clínica.

Por tal motivo desde febrero del 2003, la Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento del Ministerio del Poder Popular para la Salud, elabora la propuesta de rediseño de los formularios básicos de la Historia Clínica, estableciendo un formato unificado y con una ordenación de documentos que se rige en todos los hospitales del país. La historia clínica única propuesta por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, como

rector del sistema nacional de salud busca la estandarización de la información en todos los hospitales a nivel nacional.

Sin embargo el manejo de los formularios en físico conlleva ciertos problemas tales como: Pérdida de cierta documentación en el momento del almacenamiento de las historias clínicas, información faltante o llenada de forma incorrecta, información no legible debido a la caligrafía de los médicos tratantes, además de los problemas mencionados anteriormente se adiciona el factor tiempo; al haber historias clínicas físicas debe haber constancia en físico de todos los resultados de los exámenes solicitados, lo que implica tiempo para buscar dichos resultados y adjuntarlos.

Otro de los aspectos que se ve afectado por el uso de historias clínicas en físico es el proceso de facturación y cobranza porque para poder procesar el alta de un paciente es necesario tener la historia clínica con el respaldo de todos los exámenes solicitados y la medicación suministrada durante el periodo de hospitalización (de ser este el caso); todos estos documentos deben encontrarse en un orden específico y cumplir con ciertas características (firmas, sellos entre otros). El proceso de preparar una historia clínica toma tiempo y esto a su vez puede retrasar o incluso entorpecer el proceso de facturación y cobranza.

Teniendo en mente las dificultades anteriormente expuestas se plantea la necesidad de implementar un sistema informático que registre los servicios brindados al paciente, junto con el informe y diagnósticos derivados del mismo, con la finalidad de contar con información al concluir el proceso de hospitalización que agilice el proceso de facturación y alta; o en su defecto que dicha información se encuentre disponible para su posterior análisis. De allí la importancia de la presente investigación que tiene por objetivo Implementar un registro digital de historias clínicas para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Dentro de este contexto, la investigación realizada en el Hospital antes mencionado, fue de campo bajo la modalidad de trabajo de aplicación, con diseño no experimental utilizando para la recolección de los datos las técnicas de observación participante y la encuesta de diez (10) ítems en escala dicotómica. La población estudiada fueron trece (13) empleados del departamento de Estadística para la Salud. Por lo tanto el estudio se estructuró de manera sistemática en los capítulos que se describen a continuación;

El Capítulo I denominado; comprende el planteamiento del problema, las interrogantes, los objetivos, la justificación, alcances, limitaciones y líneas de investigación. El Capítulo II: El marco Teórico recoge los antecedentes, bases teóricas, bases legales, sistemas de variables y el cuadro de operacionalización de variables, el Capítulo III: referente al Marco Metodológico presenta la metodología empleada específicamente y señala la postura ontoepistemológica, tipo de investigación, diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de la investigación, validez y confiabilidad, descripción del procedimiento de recolección de información

Asimismo, el Capítulo IV que es propiamente la propuesta, y contiene el título, la presentación los objetivos, fundamentación, desarrollo de la propuesta y la conclusión; el Capítulo V, que recoge la relatoría de la aplicación y análisis de los resultados, o impacto de la propuesta; y el Capítulo VI, que cierra con las Conclusiones y Recomendaciones. Se finaliza con el registro de la bibliografía consultada y los anexos que sustentan el estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Problematización

A nivel mundial, sobre todo en los países desarrollados, el nivel de sistematización con respecto a hospitales y sobre todo en clínicas, en el ámbito de historias clínicas, tiene un avance con respecto a tiempo de atención, gracias a que este proceso está automatizado por un sistema, o de forma electrónica ya como se ha dado en otros países cuyas normas lo apoyan, como por ejemplo las historias clínicas pueden ser visualizadas también por los pacientes, y en el momento que se necesite, puede ir a otro hospital o clínica sin restricción de comenzar con una nueva historia clínica, simplemente mediante un registro ya puede ver su historia clínica en cualquier hospital o clínica que el paciente desee.

De igual manera, las Naciones Unidas presentan ocho áreas de colaboración basadas en recomendaciones de un panel de alto nivel, para poner en práctica la cooperación técnica en la era de la interdependencia digital. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud OPS (2017) ha adoptado dichas áreas y las ha adaptado en ocho principios a fin de que reflejasen los imperativos de la transformación digital del sector de la salud: “1) conectividad universal; 2) bienes digitales; 3) salud digital inclusiva; 4) interoperabilidad; 5) derechos humanos; 6) inteligencia artificial; 7) seguridad de la información, y 8) arquitectura de la salud pública” (p.12).

De allí, los sistemas de información para la salud son un acceso oportuno y abierto a datos correctamente desvinculados, integración de los

sistemas nacionales y locales, en la cual las tecnologías de la información y la comunicación, facilitan la identificación eficaz, la notificación y el análisis de casos y contactos, la búsqueda y detección tempranas de los casos y la definición y el seguimiento de la población de riesgo, de manera segura, interoperable y lo más personalizada posible. El proceso de documentación en el sector de la salud es clave para la gestión y gobernanza de los sistemas de información, la gestión de datos y tecnologías de la información, la difusión del conocimiento y la innovación.

Este punto es clave para lograr el acceso a datos y conocimientos fidedignos en el momento oportuno, en el lugar adecuado y con el formato correcto. Es fundamental que los programas de alfabetización digital contemplen el uso de las Historias Clínicas y los procesos de documentación clínica como parte esencial de la transformación digital. Todo desarrollo que aumente la calidad de la documentación favorece sin duda la calidad de la atención y de la gestión, al proporcionar información que mejorará y facilitará la toma de decisiones. Cabe destacar que la historia clínica (HC) según Patitó (2010)

Es un instrumento valioso y primordial en el ejercicio de la medicina. Una metodología adecuada en el registro de los datos permite tomar decisiones atinadas y facilita un seguimiento de los casos en forma pertinente, sin dejar de mencionar la utilidad prestada a la creación de bases de datos para estadísticas, proyectos de investigación, docencia y un mejor control de los recursos hospitalarios en función de las necesidades de los pacientes y del equipo de salud (p.113)

De allí, la Historia Clínica permite la atención continuada de los pacientes, por lo que destacaremos que su principal función es la asistencial, ya que es el instrumento básico por el cual el personal sanitario puede tener una visión completa y global del paciente para prestarle la asistencia sanitaria o para evaluarla si ya la ha recibido y cuáles han sido sus resultados, así mismo dentro de esta función asistencial, cuando el paciente

es atendido por diferentes profesionales sanitarios (personal médico, personal de enfermería, asistentes sociales...entre otros.) la historia clínica digitalizada es el medio que permite la comunicación entre ellos, todo ello con la finalidad de prestar la mejor calidad asistencial al paciente.

Es por ello, que el proceso documental centrado en los registros clínicos electrónicos está contemplado en el área de gestión de datos y tecnología de la información. En esta área, en la sección de fuentes de datos, se hace referencia a los mecanismos y tecnologías de recopilación de información, ya sea con respecto a los datos estructurados, o sea, aquellos que consisten en contenido con una estructura predefinida que normalmente se clasifica y se almacena en una base de datos relacional tradicional, o a los datos no estructurados, que comprenden diferentes tipos de contenido principalmente narrativo y no están clasificados ni codificados de manera estándar.

Pero se evidencia en observaciones realizadas que en algunos hospitales poco se implementan registros digitales en historias clínicas, las mismas se realizan de manera tradicional, luego se almacenan de forma física, algunas veces se extravían resultados, análisis y demás, debido a muchos factores, se ha visto la necesidad de repetir análisis por pérdida de resultados, la ausencia de documentación para un tratamiento prescrito, la no archivación de diagnósticos o por no estar disponible el historial del paciente a la hora de la consulta, o también la falta de seguridad y salvaguarda de la información.

Al respecto, en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa se evidenció según observaciones directas y encuestas realizadas a través de un cuestionario como instrumento que en las historias clínicas: el crecimiento exponencial de la información, mantenimiento de los datos, movilidad de la información de los pacientes, compatibilidad de los archivos y costos a los mismos pacientes que tienen que sacar copias para poder tener una historia clínica en el hospital.

Es de resaltar, que la causa de todo ello es el mal funcionamiento del sistema, hasta el momento para el hospital del municipio como prestadoras del servicio de salud están basadas en diseños cerradas. Cabe destacar, que un sistema automatizado puede utilizarse de tal forma que mejore la calidad de muchas personas y brindar un mejor y ágil servicio para los procesos de la mano del desarrollo tecnológico y los sistemas de control de información. Es por ello que se plantea Implementar el registro digital para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa. Con atención a la situación se formulan las siguientes interrogantes:

¿Cómo es la situación real de historias clínicas en el departamento de estadística para la salud del Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa?

¿Cómo será el diseño del registro digital de historias clínicas para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa?

¿Cómo se ejecutará el registro digital de historias clínicas para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa?

¿De qué manera se puede evaluar el registro digital de historias clínicas para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Implementar el registro digital de historias clínicas para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Objetivos Específicos

Diagnosticar situación real de las historias clínicas en el departamento de estadística para la salud del Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Diseñar el registro digital de historias clínicas en el departamento de estadística para la salud para Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa

Ejecutar el registro digital de historias clínicas en el departamento de estadística para la salud para Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Evaluar el registro digital de historias clínicas en el departamento de estadística para la salud para Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Justificación de la Investigación

La historia clínica representa un instrumento médico-legal, el cual establece una recolecta de datos tanto del paciente como de sus familiares. Gracias a estos datos es posible llevar a cabo un diagnóstico preciso, pronósticos de alguna enfermedad, además de planificaciones para tratamientos específicos. El buen manejo y uso de estos historiales afecta de

manera directa la calidad y seguimiento que se le da a la salud de un paciente, por lo que se considera que debe existir una administración de los historiales que ofrezca respuestas oportunas y mayor información en menos tiempo.

Debido a la importancia de las historias clínicas y al significativo aporte que, según los especialistas médicos entrevistados, implicaría un sistema informático para su gestión en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller del estado Portuguesa, se plantea desarrollar una herramienta basada en tecnologías, la cual provea la administración de las historias clínicas de forma digital.

De igual manera, la investigación es importante en cuanto a la salud porque la digitalización de las historias clínicas van a ampliar el acceso a la salud del colectivo y elevar la calidad de vida de las comunidades atendidas, ha de recordarse que los servicios de salud, en términos generales, aún se encuentran dentro de un modelo tradicional, lo cual le confiere un alto riesgo a la vida y salud de los pacientes y cuestiona la praxis médica por el olvido, descuido y abandono de principios éticos universales como son la dignidad, igualdad e integridad.

Además, la investigación es importante desde el punto de vista social porque la información médica aporta de una manera u otra al bienestar de los habitantes de un sector, con la finalidad de prevenir errores es necesario implementar nuevos sistemas documentales de información y registros que permitan atesorar dichos datos para correcto monitoreo que se realiza durante la práctica clínica de forma oportuna. Esta acción se traducirá en una atención más rápida al contar con la información necesaria en tiempo real y de mejor calidad para los pacientes.

Asimismo, la importancia científica está dada con la puesta en marcha del sistema porque se automatizaran los procesos permitiendo una mejora en el seguimiento de la información del paciente, generando un correcto control e informe de las historias clínicas, una adecuada administración y gestión de

las citas en cada consultorio, por lo tanto, el Hospital Dr. Oswaldo Barrios se logrará mejorar sus indicadores de atención y a la vez reducir tiempos en los diferentes procesos de atención a los pacientes, llevando a ello que el personal administrativo y asistencial desempeñe sus tareas con eficiencia.

Además en lo personal es importante puesto que a través de él las investigadoras verán incrementados sus conocimientos en cuanto a la realización de las historias clínicas, poniendo en práctica los conocimientos ya estudiados durante su vida académica y apoyándose en sucesos reales que le facilitarán el conocimiento en el área de estadística para la salud dentro del Hospital Dr. Oswaldo Barrios de Píritu, municipio Esteller.

Por último es importante desde el punto de vista institucional porque la implementación de la propuesta beneficiaria no solo al hospital en la reducción de sus comentarios que no son realizadas por algún error encontrado en la Historia Clínica del paciente, o por temas operativos en la documentación; sino también beneficia al sistema sanitario en general, teniendo mayor seguridad en la información que se registra en el historial del paciente fortalecerá la relación gubernamental que tienen en beneficio del paciente.

Alcance del Estudio

Esta investigación en su perspectiva temática muestra gran alcance, en vista de que hace referencia a la creación un registro digital de historias clínicas para Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa con la finalidad de facilitar la consulta y la ubicación rápida de la información. De ahí que el archivo está considerado como una de las áreas importantes en la organización a la que sirve, si esta digitaliza el fondo documental permitirá optimizar el servicio, modernizar la gestión documental y atenderá con mayor eficacia a los usuarios.

Asimismo, el alcance social es porque la función principal del archivo es apoyar y contribuir, de manera eficiente y eficaz, en la toma de decisiones de los usuarios y/o clientes, brindando información oportuna, en el menor tiempo posible, para el desarrollo de sus actividades. Además preservar y velar por la conservación de toda documentación que genera el Estudio y de los documentos que ingresan a través de la recepción.

Además, tiene un alcance económico pues permitirá disminuir en gran parte los problemas y mejorar en aspectos como: manejo adecuado de la información por la gran cantidad de información, poco tiempo para dar respuesta a solicitudes, la gestión y controles de forma automatizada, la no pérdida de información producidos por un manejo manual, control del historial de la información sistematizadamente, contar con reportes e historias clínicas de información de manera digital, automatización de procesos de historial médico de los pacientes.

Por otro lado, el alcance en lo cultural es a razón de que actualmente el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información, permiten crear documentos electrónicos mediante el proceso de digitalización, los cuales son almacenados en diferentes soportes de memoria y formatos de archivos. El hecho de contar con estos documentos, facilita brindar servicios de información en forma rápida y oportuna, la información puede llegar a más usuarios e independientemente del lugar donde esté, se puede generar copias en diferentes soportes. Sin duda, los documentos digitales presentan grandes ventajas en relación a los documentos tradicionales.

En lo político tiene un alcance puesto que se conocen beneficios relativos a su uso aunque no pueden ser cuantificados fácilmente, se busca demostrar que su implantación puede mejorar la calidad del llenado y por ende hay más información la cual puede ser usada no solo para mejorar la atención paciente, sino también en la gestión y planificación sanitarias y de salud pública, a la vez de igual forma se pretende concienciar a los usuarios del hospital de la importancia de su implementación total, siendo fundamental

la aceptación por parte de los profesionales sanitarios, ya que serán ellos los que alimentarán este sistema.

En lo académico, se proyecta diagnosticar aquella información recopilada y con esto lograr de alguna manera la prevención de los controles que ya existen con respecto a las historias clínicas, visualizando la rigidez tanto científico como tecnológico para que de esta manera se pueda alcanzar el éxito, recopilando datos importante de los pacientes, de igual forma esta investigación puede servir de antecedentes a futuros investigadores de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora en la carrera de Estadística para la Salud. Con respecto a los beneficiarios directos son trece (13) personas que trabajan en el departamento de estadística de la salud y los beneficiarios indirectos son los pacientes recibidos por admisión y consultas que serían unos mil (1000) pacientes al mes.

Línea de Investigación

Una línea de investigación se entiende como un eje temático mono o interdisciplinario que incluye un conjunto de objetivos, políticas y metodologías científico-técnicas encaminados a la solución de uno o varios problemas identificados en las áreas y que permite generar nuevo conocimiento. Para Barrios (citado por Padrón y Chacín 2014) la línea de investigación es considerada como:

El eje ordenador de la actividad de investigación que posee una base racional y que permite la integración y continuidad de los esfuerzos de una o más personas, equipos, instituciones comprometidas en el desarrollo del conocimiento en un ámbito específico (p.27).

De allí, la Línea de Investigación en la que se enmarca este estudio de acuerdo a la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora” de las ciencias sociales es el de Planificación la cual

representa temas agrupados de estudios científicos que se fundamentan en tradición investigativa, de donde se originan proyectos cuyos resultados guardan afinidades entre sí. Las líneas de investigación están subordinadas al campo o área de acción.

Es de resaltar, que el objetivo de esta área es aportar instrumentos teóricos metodológicos que contribuyan a la construcción, organización, planificación y evaluación de sistemas y servicios de salud. Asimismo, en esta línea será tratada la calidad de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención; dinámica de las organizaciones de salud; análisis de la cultura; modelos y tecnologías de gestión.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El Marco teórico es necesario, para plantear metodologías y sirven de insumo para interpretar los resultados obtenidos Según, Hernández, Fernández, y Baptista, (2016), “el marco teórico implica analizar teorías, investigaciones y antecedentes que se consideren válidos para el encuadre del estudio” (p.64). En él se amplía la descripción del problema, pues permite integrar la teoría con la investigación y establecer sus interrelaciones, representando un sistema coordinado, coherente, de conceptos y propósitos para abordar el problema, por consiguiente, con el marco teórico se busca proporcionar un conocimiento profundo de la teoría que le da significado a la investigación y es a partir de las teorías existentes sobre el objeto de estudio, como pueden generarse nuevos conocimientos.

Antecedentes

En los antecedentes se trata de hacer una síntesis de las investigaciones o trabajos realizados sobre el problema formulado con el fin de determinar el enfoque metodológico de la misma investigación. Según Sabino, (2012), “los antecedentes de la investigación se refieren a los estudios previos relacionados con el tema, es decir investigaciones realizadas anteriormente y que guardan relación con el trabajo objeto de estudio” (p.23). En este sentido es necesario hacer referencia a una serie de trabajos de investigación que tienen una similitud con las variables de estudio, entre ellos se tienen:

Al respecto, Arellano (2018), presentó un trabajo para la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia titulado “Hacia una historia clínica electrónica, entre lo legal y lo ético”. En tal sentido, el presente trabajo tiene como objetivo analizar el paso de la historia clínica manual a la electrónica, considerando las regulaciones pertinentes venezolanas, a los efectos de no transgredir el derecho a la privacidad del paciente, sin perder de vista el valor como bien social de la información clínica y la disyuntiva del profesional de salud frente al juramento hipocrático.

Asimismo, la historia clínica, como fuente de información clínica, epidemiológica y de atención en salud, es utilizada para diversos propósitos pero, no siempre, de forma sistemática. El potencial de la información registrada en la historia, además de contribuir a las decisiones diagnósticas y terapéuticas, también contribuye a la formulación de políticas en el sector salud y al control de los servicios.

Igualmente, el estudio consiste de una revisión documental y algunas referencias empíricas basadas en entrevistas a actores relevantes en el procesamiento y uso de la información en hospitales pertenecientes a dos regiones de Venezuela. Como resultado, se evidencia la necesidad de incluir elementos específicos sobre el uso de la informática en el proyecto de ley de salud, aun cuando la informatización de la historia clínica y el resguardo del secreto médico involucren dilemas éticos que no están.

La investigación planteada tiene relación con el estudio porque la digitalización de las historias clínicas va a permitir evaluar la eficacia de procedimientos médicos y la eficiencia en el uso de recursos al Implementar el registro digital de historias clínicas para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

En igual forma, Atienza (2019), realizó un trabajo titulado “Historia Clínica Informática, una Herramienta en las Mejoras de Procesos en Salud Pública”. El mismo tuvo como objetivo el desarrollo de un sistema de gestión

de historias clínicas informático que pueda mejorar los procesos del sistema de atención de salud público. El nuevo modelo de gestión de información adoptando conceptos nuevos permitió redireccionar el proceso en la administración de la información que condujo a un mejor ordenamiento y control de nuestra gestión.

Dicho documento es la fuente que, además de recoger todo un informe de salud, comunica el pensamiento médico, registra observaciones, diagnósticos e intervenciones que reflejan uno o varios problemas; sin embargo, su formato tradicional enfrenta diversas dificultades, como es su deterioro o pérdida, debido a que la historia convencional, en su formato de papel, sólo puede existir en un lugar y en un momento determinado, en condiciones determinadas, así como la presencia de una escritura pobre, ilegible e incompleta que dificulta la interpretación del mensaje que se pretende enviar.

Este trabajo tiene relación con la actual investigación porque pretende aportar los lineamientos generales para optimizar la gestión de la información en los Servicios de Salud, en orden a conseguir una mejor calidad en la atención como así también un mejor desarrollo profesional, en las distintas dimensiones en las cuales la tarea médica se ve involucrada.

Igualmente, Rutigliano y Pereira (2020), realizaron un trabajo de investigación para la Universidad Central de Venezuela titulado “Desarrollo de una Aplicación Web para la Gestión de Historias Clínicas Digitales”. El objetivo del trabajo consistió en desarrollar una aplicación web para la creación y manipulación de las historias clínicas digitales, en la que se realizó el manejo y diseño de interfaz, brindando un mayor control y gestión de las historias clínicas de los profesionales de la medicina, configuración y administración de informes y récipes médicos y gestión de citas.

Esta aplicación web fue desarrollada utilizando como lenguaje de programación Ruby On Rails, tecnologías del lado del cliente como HTML, HTML5, CSS y JavaScript específicamente la librería JQuery, a través del

método de desarrollo ágil de software Programación Extrema (XP). Para este Trabajo Especial de Grado se realizó una fase de investigación en la cual se efectuó un estudio de las necesidades de mayor importancia con respecto a las historias clínicas manejadas por distintos tipos de médicos especialistas. Luego de una recolección de historias clínicas tradicionales, se logró determinar las características comunes de las mismas en cuanto a formato, proporcionando información relevante para el desarrollo del trabajo. Como producto final se obtuvo una aplicación web que permite registrar al personal médico, crear, configurar y modificar el formato de las historias clínicas, como también de informes y récipes médicos, además de proveer la posibilidad de gestionar citas médicas.

La relación que existe entre las dos investigaciones es que mediante la implementación de la historia clínica digital se pretende mejorar la atención, introduciendo la tecnología a los servicios de la salud donde se permita detectar posibles deficiencias y proponer estrategias que favorezcan la optimización del servicio.

Bases Teóricas

Las bases teóricas permiten explicar y profundizar los diferentes aspectos relacionados con el incumplimiento de los deberes formales, sus sanciones, razones de exigencia por parte del estado en su implementación; para de esta forma respaldar, conceptualizar, analizar y explicar el fundamento base de la investigación. Según Arias, (2016) las bases teóricas están formadas por: “un conjunto de conceptos y proposiciones que constituyen un punto de vista o enfoque determinado, dirigido a explicar el fenómeno o problema planteado” (p.39). Es decir, son aquellas que permiten desarrollar los aspectos conceptuales del tema objeto de estudio. Es evidente entonces, la revisión necesaria de teorías, paradigmas, estudios, entre otros., vinculados al tema para posteriormente construir una posición frente a la

problemática que se pretende abordar. A continuación se presentan las bases teóricas que sustentan la presente investigación.

La Historia Clínica

La Historia Clínica puede definirse desde el área de la medicina legal, como el documento médico-legal donde se recoge y queda registrada toda la información relativa a la relación del personal sanitario con el paciente, todas las actividades médico-sanitarias realizadas y todos los datos relativos a la salud del paciente. Se elabora con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. Según Patitó (2010)

La doctrina médica forense ha definido a la historia clínica como el documento o instrumento escrito en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada la narración de todos los sucesos acaecidos y comprobaciones realizadas por el médico o el equipo médico, durante la asistencia de un paciente en un establecimiento público o privado desde su ingreso hasta el momento de su egreso por alta o por muerte (p.114).

De allí, la historia clínica (HC) es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitarias de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen en una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la práctica médica. Modernamente, se procura que ella no sea un mero registro burocrático, sino que constituya una suerte de “patobiografía” del paciente, que permita el seguimiento de la evolución de su salud a lo largo del tiempo. La Historia Clínica debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente. Asimismo, según Barquin (2013), la historia clínica puede definirse como

El documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud; que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia desde su nacimiento hasta su muerte y que puede ser

utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda (p.28).

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

Características Básicas de la Historia Clínica

De acuerdo a Álvarez (2013) estableció las siguientes características en la Historia Clínica:

1- Veracidad. Registro real y comprobado de las decisiones y acciones de los profesionales responsables sobre los problemas de salud del usuario ya que cada usuario del sistema registra la información que le compete.

2- Integralidad. La historia clínica debe reunir la Información completa de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

3- Pertinencia. Aplicación de criterios de racionalidad científica en el registro de los datos, de conformidad con los protocolos de atención y las guías de prácticas clínicas.

4- Secuencialidad. Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.

5- Disponibilidad. Existencia real y completa de los formularios y documentos complementarios para su utilización en el momento requerido.

6- Oportunidad. Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

7- Racionalidad Científica. Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de trabajo.

8- Calidad del registro. Llenado completo con claridad, legibilidad y estética (evitando siglas o símbolos no autorizados), que incluya fecha y hora de atención, nombre y firma del responsable.

9- Seguridad. Debe contar con perfiles de acceso para los usuarios que registren la información, además de respaldos periódicos de la información que ya se ha registrado e incluir seguridades contra virus o cualquier otro tipo de amenaza que afecte el funcionamiento del sistema.

Importancia y repercusiones de la historia clínica

Cabe destacar, que constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano: Por definición, la historia clínica es la relación de los eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. Además, se registran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado.

Intenta encuadrar el problema del paciente: De acuerdo con los conocimientos presentes, la queja del enfermo se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de integrar sus síntomas, signos y documentos paraclínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces.

Orienta el tratamiento: El individuo que acude en busca de consejo y alivio para sus enfermedades se llama paciente. Quien recibe la información, la procesa y la utiliza para entregar una opinión científica y con base en ella disponer un tratamiento, se llama médico. Y una de las partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica, sea de tipo biológico o psicológico. En la historia clínica queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica. De allí, la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas.

Posee un contenido científico de investigación: La investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación únicamente. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad. Ciertamente, en el campo terapéutico, el médico se debe atener a lo dispuesto en las leyes, los códigos de ética y la lex artis. Por lo tanto, debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos, de acuerdo con las normas de excelencia aceptadas en ese momento por la sociedad y la ciencia médica. Investigar no es administrar sustancias no aceptadas por estudios científicos previos. Esto es experimentación humana sin consentimiento y constituye un delito.

El Código de Ética Médica hace referencia a este punto:

[...] 2. El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición. En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión [...], Artículo 2, Ley 23 de 1981.

Adquiere carácter docente: Hoy en día, el trabajo médico, especialmente el de tipo hospitalario, se lleva a cabo en equipo. El ejercicio exclusivamente individual es cada vez más escaso. En las escuelas de medicina y en los hospitales se impone a los docentes la responsabilidad de velar por el correcto desempeño de los practicantes (internos y residentes) y de responder por sus errores culposos.

Asimismo, la estructura de un hospital se mueve alrededor de la jerarquía académica de sus docentes. Allí trabajan los especialistas por varios motivos, entre los que se cuentan: el volumen de casos que pueden ser atendidos, el tipo de enfermedades que presentan los pacientes que acuden a esa institución, la posibilidad de efectuar investigaciones clínicas específicas por la clase de lesiones que allí se observan, el honor de la docencia, la remuneración y el amor al trabajo hospitalario.

Además, en la historia clínica se registran las acciones terapéuticas y de manejo médico de los pacientes. Asimismo, en forma explícita o no, se encuentran elementos de la participación del equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, todas las cuales deben ir respaldadas por la firma del responsable legal del enfermo, según el Código de Ética Médica (1981):

Conforme con la tradición secular, el médico está obligado a transmitir conocimientos al tiempo que ejerce la profesión, con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad. Cuandoquiera que sea llamado a dirigir instituciones para la enseñanza de la medicina o a regentar cátedras en las mismas, se someterá a las normas legales y reglamentarias sobre la materia, así como a los dictados de la ciencia, a los principios pedagógicos y a la ética profesional, (p.37),

Asimismo, en el Decreto 3380 de 1981: en el Artículo 30. Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos

médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual.

Constituye importante elemento administrativo: Por obvias razones de tipo económico y gerencial, la historia clínica es el documento más importante para respaldar los procedimientos practicados, las complicaciones sufridas y los costos monetarios de quienes responden por cada enfermo. Tiene implicaciones médico-legales. Por un lado, es parte del contrato de servicios médicos, cuyo fundamento se basa en varios aspectos, a saber: Capacidad de los sujetos.

Cabe destacar, que se origina en el uso completo de las facultades intelectuales, el criterio suficiente para juzgar los riesgos y alternativas, así como la integridad de las funciones mentales para comunicar esta decisión. Consentimiento. Se basa en la manifestación expresa de voluntades y el acuerdo mutuo. El consentimiento se define como la declaración de voluntad sobre un objeto (Artículo 1517 del Código Civil). Toda declaración de voluntad debe tener por objeto una o más cosas en que se trata de dar, hacer o no hacer.

Objeto lícito. Esto quiere decir, ajustado a la ley. Causa lícita. O sea, aquella permitida por la ley, es decir, de acuerdo con el orden público y las buenas costumbres. Entre el paciente y su médico se establece la típica relación de contrato consensual, por la cual el médico se compromete a colocar todos los medios de su parte para devolver o mantener la salud del enfermo, quien, a su vez, se compromete a pagar unos honorarios al profesional por su trabajo.

Esta forma de relación puede ser de varios tipos:

- A través de entidades hospitalarias de servicio público en donde el médico es un empleado a sueldo;
- A través de instituciones como el seguro social;
- Mediante entidades privadas que contratan su infraestructura con corporaciones, ofreciendo su cuerpo médico como parte del contrato, o

- Por medio de empresas de medicina prepagada.

Aunque en estos casos el paciente no busca voluntariamente al médico, se somete a ser atendido por quien se encuentra de turno o llamada. Esto no descarta la relación contractual entre el médico y el enfermo, sino que, más bien, involucra a un tercero: la institución prestadora de servicios, que le paga al médico por su trabajo y debería garantizarle al enfermo la mejor atención posible. La historia clínica es elemento fundamental en cualquiera de las formas de contratación.

En segundo lugar, es la base de demostración de la diligencia médico-hospitalaria. Diligencia es la cualidad por la cual el médico ejerce su acto profesional utilizando los principios de cuidado, exactitud, ciencia y conocimiento, con el objeto de llegar a un diagnóstico preciso de las condiciones de un enfermo, para orientar su tratamiento. Negligencia, la actitud contraria a la diligencia, es sinónimo de abandono, dejadez, desidia, descuido e incuria. Es un acto mediante el cual se viola un deber de atención, estando en capacidad intelectual y técnica de preverlo.

El acto médico negligente es una transgresión a normas comunes de sensatez a diferentes niveles. Es decir, constituye un descuido u omisión tal, que al comparar la conducta de un médico con la de otro que posea un conocimiento similar y el correspondiente sentido común de responsabilidad que les ha conferido la experiencia y el estudio respectivos, y de quienes se esperaría una conducta lógica, mesurada y acorde con el deber de cuidado y la *lex artis* que rigen el acto determinado que se analiza, se concluye que obró por fuera de los parámetros mínimos de cuidado. La historia clínica es uno de los elementos probatorios de la diligencia, desde su elaboración formal hasta su trasfondo científico.

Principios a los que debe sujetarse el registro de la Historia Clínica

Para Flash (2012) la confección de la historia clínica debe sujetarse a los principios de integridad, unicidad, inviolabilidad y confidencialidad.

Principio de integridad. La historia clínica es un documento de elaboración progresiva y de carácter complejo, integrado por los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las plantillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas o abandonadas, registradas mediante asientos efectuados con un breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

Principio de unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado y debe identificar al paciente por medio de una “clave uniforme”, la que deberá serle comunicada.

Principio de inviolabilidad. La historia clínica es inviolable, los establecimientos asistenciales y los profesionales de la Salud, titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de ella.

Principio de confidencialidad. Estrechamente vinculado con el principio de inviolabilidad, el principio de confidencialidad impone a los centros y profesionales de la Salud adoptar las medidas que pudieran resultar necesarias para evitar que personas no autorizadas accedan al contenido de la historia clínica, al tiempo que impone al personal autorizado el deber de no divulgarlo. Si bien la normativa vigente exige que se obtenga el consentimiento del paciente para que un profesional distinto del que lo trata pueda acceder a la información de su historia clínica, es práctica habitual en los establecimientos sanitarios argentinos que el documento sea consultado por otros médicos del mismo establecimiento que se ocupen del seguimiento o del tratamiento del paciente alcanzados por el deber de confidencialidad.

Rol del Establecimiento Sanitario

El rol del establecimiento sanitario con relación a la historia clínica es el de custodio y titular del soporte material y, eventualmente, del sistema de

base de datos en el que se confecciona. Debe adoptar las medidas necesarias para asegurar su confidencialidad, unicidad, integridad y disponibilidad, así como el acceso a la información en ella contenida por los legitimados a requerirla.

Dado que la historia clínica reúne información relevante sobre el paciente y su custodia, hace a la responsabilidad del centro de Salud en el que fue elaborada, es de buena práctica judicial que, en caso de ser necesario incorporarla como prueba en un proceso iniciado o a iniciarse, el juez ordene que la medida se cumpla por medio de la extracción de una copia –en soporte papel o digital, según la forma de confección–y no del secuestro de los originales.

Contenido de la Historia Clínica

De acuerdo en la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012); por la legislación y por la práctica médica, la historia clínica debe contener:

- 1) la fecha correspondiente a cada uno de los asientos en ella efectuados, en orden cronológico y la identificación de cada uno de los profesionales que los realizan, con indicación de su especialidad;
- 2) los datos identificatorios del paciente y de integrantes de su grupo familiar, representantes legales, apoyos en información social relevante;
- 3) los antecedentes médicos y sanitarios relevantes del paciente – genéticos, fisiológicos y patológicos–;
- 4) el registro claro y preciso de cada acto realizado por los profesionales y auxiliares intervinientes, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas, realizados sobre la base de

nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS);

5) los instrumentos que den cuenta del consentimiento informado del paciente para prácticas que lo requieren o su revocación o de la negativa a recibir determinado tratamiento o a ser informado sobre su estado de salud o su revocación; en el caso de pacientes adolescentes, debe agregarse la información relativa a su información y opinión respecto de las prácticas médicas realizadas;

6) el registro del consentimiento del paciente o de sus representantes legales, así como del profesional interviniente, para la futura divulgación de datos vinculados con la atención del paciente con fines académicos, así como de su eventual revocación;

7) el asiento de las directivas anticipadas del paciente o del otorgamiento de mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad, que el paciente hubiera dispuesto y que hubieran sido comunicadas al centro asistencial. Cada asiento por los profesionales intervinientes importa la certificación del hecho del que da cuenta.

Secciones de la Historia Clínica

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012); la historia clínica debe contener un registro unificado de la atención médica del paciente por las distintas áreas de un centro asistencial, lo habitual es que la historia clínica presente las siguientes secciones:

1) información de identificación y datos personales del paciente, incluyendo los vínculos conocidos;

2) hoja médico legal en la que se asientan los datos de apertura del registro, la información médica obtenida al tiempo de la interacción inicial médico-paciente en el centro asistencial, signos vitales, sintomatología,

lesiones, motivo de consulta, etcétera, y provisión de información a los pacientes adolescentes

3) hoja de guardia, en la que se detalla la información anterior pero en forma específica para los supuestos de ingreso por esa vía;

4) antecedentes médicos, en la que se registran datos relevantes sobre enfermedades o intervenciones quirúrgicas existentes en la biografía del paciente, antecedentes familiares, entre otros;

5) registros de evolución y tratamiento;

6) interconsultas;

7) hoja de enfermería, que debe guardar lógica correspondencia con las indicaciones terapéuticas establecidas en los asientos de evolución por el médico tratante;

8) parte quirúrgico, con el detalle de la evolución del paciente durante la intervención, hasta su estabilización y agregación del consentimiento informado;

9) hoja de epicrisis, confeccionada por el médico tratante cuando ello es necesario;

10) ficha epidemiológica, y

11) otras informaciones relevantes en la atención del paciente, como por ejemplo el resultado de la consulta a un Comité de Ética Hospitalaria.

Funciones de la Información Asentada en la Historias Clínicas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012);

1) función médica: pues posibilita la reunión de datos y registros necesarios para la evaluación de los tratamientos y criterios a desarrollar frente al paciente por los distintos profesionales que pueden intervenir en su atención;

2) función jurídica: pues se trata de un registro de los distintos actos y prácticas desarrolladas por los profesionales médicos y auxiliares de la

Medicina en la atención del paciente, que permite satisfacer su derecho constitucional a la información y resulta de especial relevancia en caso de evaluarse la posible existencia de mala praxis en la atención, tanto en el ámbito penal como en el civil. Desde tal punto de vista, la historia clínica puede ser considerada tanto un elemento central para la defensa de los profesionales que han actuado conforme los requerimientos de su profesión, como de cargo o prueba, para que la víctima directa o los damnificados indirectos puedan acreditar la inobservancia de las reglas de una buena práctica;

3) función estadística: pues el seguimiento de los datos surgidos de las historias clínicas puede aportar información valiosa para la elaboración de políticas sanitarias, y

4) función académica y científica: pues previo consentimiento del paciente, la información en ella contenida puede constituir una valiosa fuente para el estudio y la investigación de determinadas patologías y de la eficacia de determinados tratamientos.

Valor Probatorio de la Historia Clínica

Cabe destacar, que la historia clínica así sea confeccionada en establecimientos públicos; es en esencia un documento particular reglado por disposiciones de orden público sanitario. Por ello, su valor probatorio debe ser apreciado por el juez teniendo en cuenta, entre otras pautas, la congruencia entre lo sucedido y narrado, la precisión y claridad técnica del texto, los usos y prácticas del tráfico, las relaciones precedentes y la confiabilidad de los soportes utilizados y de los procedimientos técnicos que se apliquen.

Enmiendas. Las raspaduras, enmiendas o entrelíneas que afecten partes esenciales del acto instrumentado deberán ser salvadas con la firma

de su autor y, de no hacerse de tal modo, el juez puede determinar en qué medida el defecto excluye o reduce la fuerza probatoria del instrumento.

Consecuencias en materia de responsabilidad civil o penal por anomalías en su confección. La ausencia de la historia clínica o la violación de su integridad pueden ser consideradas como un indicio grave en la elaboración de presunciones judiciales con relación a la determinación de la existencia de supuestos de mala praxis en perjuicio del paciente. La violación del deber de confidencialidad por el personal sanitario puede generar responsabilidad penal para el autor directo y civil para él y para el centro de Salud y sistema prestacional en el que presta servicios.

Asimismo, la falsificación o adulteración de una historia clínica pueden dar lugar a los delitos, cuando aquéllos actos se realizan con tal finalidad. De ello puede derivarse también responsabilidad civil para el autor material, para el centro asistencial o para el sistema prestacional en el que desarrollen su actividad los autores del hecho.

Registro Digital

La digitalización de los registros es el proceso de transformar procesos analógicos y objetos físicos en digitales. Considera cómo el escaneo de documentos de papel o el uso del almacenamiento en la nube para guardar todos tus archivos importantes eliminan la necesidad de archivadores anticuados. Todo aquello que antes hacíamos sin conexión y en papel ahora se volvió completamente digital gracias a la digitalización y tecnologías digitales mucho más eficaces. El término digitalización, a pesar de ser bastante transparente, se usa para describir el proceso general de volverse digital; es decir, mover el plan de marketing empresarial a un futuro más digital.

Según Cleveland (2010), define que la digitalización es la “conversión de cualquier medio fijo o análogo - libros, artículos de revistas, fotos,

pinturas, microformas - en formato electrónico mediante el empleo de un scanner” (p. 113) Entonces, la digitalización es el proceso mediante el cual los documentos impresos se convierten en documentos digitales. Estos documentos se caracterizan por ser muy versátiles, se envían por correo electrónico, se guardan y copian en diferentes formatos de archivo, entre otros. Para llevar a cabo este proceso de conversión, es necesario contar con equipos (hardware) y software apropiados.

Igualmente, Ocón (2014) sostiene que la digitalización es “la transformación de una imagen analógica o real en una imagen digital por medio de un escáner o cámara digital” (p. 54). Esto quiere decir, que uno de los componentes esenciales para llevar a cabo la digitalización es el escáner o la cámara digital (la cámara digital se usa generalmente para documentos difíciles de manipular o para evitar el deterioro de los mismos). Equipos que nos permiten obtener una copia del original en formato electrónico.

Avances en la Informatización de Historias Clínicas en Venezuela

En el caso venezolano, cualquier desarrollo de sistemas de información en salud está sujeto a las políticas definidas por el sector, las cuales responden a las directrices de los procesos de reforma en la salud de la región latinoamericana con una alta influencia de organismos multilaterales. Desde principios de los 90's una de las acciones relevante fue la descentralización de competencias hacia las regiones, buscando mayor autonomía para facilitar los cambios hacia un modelo de mercado. La descentralización fue factor determinante para la disparidad presente entre las regiones en cuanto a los avances en sistemas de información, el cual no fue realizado en forma simultánea y cada región desarrolló su proyecto de salud, coherente con el enfoque político del gobierno regional.

Cabe destacar, que esta divergencia entre los enfoques regionales conlleva a recolectar y procesar información de forma sesgada, sea que el

sistema de salud responda a una tendencia curativa o preventiva, lo cual no hace posible una integración coherente de la información; apenas puede ser utilizada para la toma de decisiones institucionales, y resulta restringida para el diseño de políticas nacionales. Frente a esta situación, la instalación y puesta en marcha del Sistema de Información basado en el Modelo de Atención Integral (SISMAI), en aquellos estados que iniciaron el proceso de descentralización, ocasionó, en algunas de ellas, inconvenientes que limitaron la consecución de sus objetivos preliminares.

Asimismo, la automatización de la información clínica implica la posibilidad de participación de actores con mayor diversidad y acceso a esta información; por tanto, el resguardo del secreto médico supondría afrontar una mayor cantidad de dilemas éticos de estos profesionales y de cualquier otro profesional vinculado al manejo de la información, requiriéndose restricciones morales, legales y técnicas especiales, sin negar la importancia de las regulaciones actuales correspondientes.

Una plataforma en red con la perspectiva de un Sistema Nacional de Información de Salud (art. 42, AN, 2004), podría ofrecer algunos beneficios que faciliten: a) el acceso inmediato a la historia; b) el intercambio de experiencias entre médicos e investigadores; c) el control de los servicios de salud; y d) la toma de decisiones clínicas integrales. Sin embargo, el gremio médico lo percibe como un riesgo por el control de la praxis médica, lo cual puede disminuir el interés de este actor en propiciar su aplicación.

Finalmente, aun cuando la informatización de las historias clínicas se plantea en el sector salud con el propósito de ampliar el acceso a la salud del colectivo y elevar la calidad de vida de las comunidades atendidas, ha de recordarse que los servicios de salud, en términos generales, aún se encuentran dentro de un modelo neoliberal, que antepone determinados intereses económicos, científicos y tecnológicos a la condición humana, lo cual le confiere un alto riesgo a la vida y salud de los pacientes y cuestiona la

praxis médica por el olvido, descuido y abandono de principios éticos universales como son la dignidad, igualdad e integridad.

Estadística para la Salud

Las estadísticas de salud son cifras que resumen la información relacionada con la salud. Investigadores y expertos de agencias y organizaciones de gobierno, privadas y sin fines de lucro recopilan estadísticas de salud y las utilizan para aprender sobre salud pública y atención médica, con el propósito de conocer los límites de los valores, la homogeneidad entre ellos, su estructura, su variación, el compararlos con otros valores, establecer la probabilidad de los valores e inferir las características de una población, entre algunos aspectos.

El estadístico se encarga de gestionar y monitorear el proceso de recolección, análisis, difusión y uso de la información en salud, así como, aplicar las tecnologías de la información y comunicación, como instrumentos de soporte en el proceso automatizado de los sistemas de que permitan la generación de la información. Como parte de un sistema de servicios de salud, su importancia radica en que constituye la base del sistema de información, para determinar el estado de salud, probar factores asociados con ella, conocer la utilización de recursos humanos y tecnológicos y evaluar la calidad de los servicios y acciones en salud.

Bases Legales

Con el desarrollo de este título se pretende describir brevemente el marco normativo en que se fundamenta esta investigación, según Hernández, Fernández y Baptista (2016) definen la base legal “como fundamento o apoyo versado, puntual, fiel y recto en el cumplimiento de su cargo prescrito por la ley conforme a ella” (p. 58). La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela constituye la norma suprema del Estado,

dentro de cuyo marco deben ceñirse todos los actos legales, en ella se generan las instituciones, derechos y deberes fundamentales de los ciudadanos que con las normas constitucionales leyes, reglamentos, códigos, acuerdos, decretos y circulares sustentan el caso estudiado, la presente investigación está basada en el ordenamiento jurídico que se mencionan a continuación:

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), promulgada el 15 de Diciembre de 1999, según Gaceta Oficial N° 5.453. Al respecto desde la perspectiva del usuario de los servicios de salud, la informatización de la historia médica involucra derechos civiles que pueden ser transgredidos, entre ellos, protección del honor y privacidad (art. 60 de la CRBV), así como aquellos relacionados con: maltrato por autoridad, inviolabilidad del hogar, secreto de las comunicaciones y derecho a la información (art. 46, 47, 48 y 58, respectivamente), como garantía de los principios de libertad e integridad de las personas. Por ello, la defensa de estos derechos debe estar orientada a la discusión crítica del manejo de la información contenida en la historia clínica.

Dada la posibilidad de vulnerar la integridad de las personas con la informatización de la historia médica, a continuación se analizan algunas disposiciones esenciales establecidas en la CRBV (AN, 2000) que implican restricciones relativas a la práctica médico sanitarias, así como a la información y comunicación en salud en el artículo 46, numeral 3:

Toda persona tiene derecho a que se a) respete su integridad física, psíquica y moral,... Ninguna persona será sometida sin su libre consentimiento a experimentos científicos, o a exámenes médicos o de laboratorio, excepto cuando se encontrare en peligro su vida o por otras circunstancias que determine la ley

Dicho consentimiento debe constar en la respectiva historia médica, exceptuando los casos de emergencia, cuando por estado de inconsciencia o gravedad, el médico inicia la atención sin elaborar la historia médica, sin el consentimiento del paciente o debido a la ausencia de familiares; este

proceso no puede omitirse después de ofrecer el servicio, especialmente, si el paciente debe ser hospitalizado.

Respecto a los derechos de las personas, el Proyecto de Ley de Salud (2004), prevé en su artículo 61: "La apertura de una historia médica personal y confidencial que garantice la continuidad asistencial... recibir y obtener información oportuna, veraz y en términos comúnmente comprensible, acerca de todo su proceso de salud y enfermedad, las distintas modalidades diagnósticas y terapéuticas, y las condiciones peligrosas..., con el propósito de hacer efectiva la autodeterminación y autonomía de su voluntad". Además, incluye: "Respeto de su personalidad, dignidad e intimidad, sin que puedan ser expuestas públicamente ni discriminadas por ninguna razón" y se exige "confidencialidad en relación con la información médica sobre su persona".

Este artículo de la ley es cónsono con lo planteado en el artículo 58 de la CRBV (AN, 2000) sobre el derecho a la información, para respetar el principio de autonomía, y el artículo 60 sobre el respeto y confidencialidad, para garantizar su intimidad. Asimismo, se plantea que toda persona tiene derecho a "emitir consentimiento expreso, informado y entendido en proyectos de investigación experimental en seres humanos, o rehusar su participación", acorde a lo señalado en el artículo 46 en la CRBV. Se evidencia, de esta manera, que existe correspondencia en cuanto a los derechos civiles contemplados en la constitución y en el PLS (AN, 2004). Particularmente, este proyecto adolece de aspectos particulares relacionados con el tratamiento informatizado de datos médicos.

En el caso del Código de Deontología Médica (FMV, 1985) se incluye un capítulo sobre el secreto profesional y del uso de las computadoras en medicina. Específicamente, el artículo 125 señala, explícitamente, los casos no aplicables a violación de secreto médico: en casos de emergencia para salvar vida u honor de las personas; divulgación cuando el paciente autoriza al médico o por mandato de ley, ya sea encargado por una autoridad

competente para dictaminar sobre el estado de salud de una persona, médico forense o médico legista; denuncia de enfermedades de notificación obligatoria, de estadísticas para control sanitario, de expedición de certificados de nacimiento, defunción o cualquier otro; autorización por parte de representantes legales del paciente, y para impedir la condena de un inocente. Excluye, también, la información dada a organismos gremiales médicos de asuntos relacionados con la salud de la comunidad por cuanto atañe al ejercicio de la medicina. De manera similar, se encuentra estipulado en el artículo 47 de la Ley de Ejercicio de la Medicina establecida por el Congreso de la República de Venezuela (CRV, 1982).

Sistemas de Variables

Las variables dentro de la investigación son aspectos que se pueden dimensionar o medir en función de las relaciones causa-efecto. A propósito de ello, Sabino (2012), señala que la variable es “una propiedad, característica o cualidad que es susceptible de asumir diferentes valores cualitativa o cuantitativamente” (p. 45). En el presente estudio se consideran las siguientes variables: Registró digital e Historia Clínica.

De igual manera, Rangel (2010), define las variables independientes “como aquellas que se caracterizan porque su comportamiento no está condicionado a otras variables” (p. 46). Respecto a las variables dependientes, la referida autora, las define como “aquellas que en una determinada relación alteran su comportamiento cuando otra u otras inciden en ellas” (p. 46).

A continuación, se presenta la operacionalización de variables:

Cuadro 1. Operacionalización de las Variables

Objetivo General	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Implementar un registro digital de las historias clínicas para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa	Registro Digital	Es el proceso de transformación de un documento real físico en una imagen digital por medio de la tecnología.	Automatización	Procesos	1
				Transformación	2
				Real	3
				Imagen digital	4
				Tecnología	5
	Historia Clínica	Documento médico-legal donde se recoge y queda registrada toda la información relativa a la relación del personal sanitario con el paciente, todas las actividades médico-sanitarias realizadas y todos los datos relativos a la salud del paciente	Documento	Registro	6
				Información	7
				Personal sanitario	8
				Actividades médico-sanitarias	9
				Datos	10

Fuente: Méndez, Peraza (2022)

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo comprende la descripción de los distintos métodos, técnicas y procedimientos que se seguirán durante el desarrollo del estudio. Esta selección permite tener una visión clara de lo que se pretende estudiar, los alcances y el cómo se realizará el estudio. Al respecto, Méndez (2014) señala que “este aspecto tiene que ver con la planeación de la manera como se va a proceder en la realización de la investigación” (p.134). En este sentido, es importante destacar que los investigadores prestarán especial atención a la selección de un diseño adecuado con el propósito de confrontar la visión general del problema con los datos obtenidos de la realidad.

Postura Ontoepistemológica

La investigación está enmarcada en el paradigma positivista tal como señala Baptista (2014), es un “modelo de interpretación científica que establece criterios básico de análisis, lo cual es cuantificable y medible”. (p.13). En el proceso, se destacó lo positivista del conocimiento, fundamental para la descripción y explicación de los fenómenos sociales en forma objetiva; el autor señalado explica que la investigación cuantitativa se basa en el método hipotético deductivo (de la teoría para datos), así como, posee una perspectiva holística porque admite varias fuentes de referencias.

Del mismo modo la investigación se fundamenta en un enfoque cuantitativo, como lo define Alfonso (2014) “La metodología que analiza y estudia aquellos fenómenos observables que son susceptibles de medición,

análisis matemático y control experimental” (p.70). También, tiene como objetivo principal según McMillan y Schumacher (2015) “Establecer relaciones y explicar las causas de los cambios en los hechos sociales medidos”. (p.19). Cabe destacar, que el enfoque cuantitativo permite examinar los datos numéricamente a través de un análisis estadístico.

Para efecto del presente estudio, la línea de Investigación se establece como la serie coherente de proyectos, actividades o estudios que profundizan en el conocimiento como producto de la investigación básica y aplicada con un conjunto de objetivos y metas de carácter académico, en temas disciplinares o multidisciplinarios. El presente trabajo de aplicación se enmarca en la línea de investigación Planificación, la cual tiene como estrategia evaluar la calidad, eficiencia, calidez para el mejoramiento de la gestión en servicios de salud e impacto de la atención integral a la población.

Tipo de Investigación

Según su naturaleza se ubicó como un trabajo de campo, por cuanto facilitan la obtención de datos directamente de la realidad de donde ocurren los hechos. Balbo (2015) como la investigación en la cual “El investigador recoge la información directa de la realidad, referida en fuentes primarias...” (p.15). En este caso, el estudio requiere del empleo de estrategias que implican la recolección de información del contexto, donde se presenta el problema directamente de los sujetos involucrados en la misma

En cuanto al nivel de investigación se encauzó en el descriptivo que al respecto Arias (2016) afirma que en los estudios de tipo descriptivo está presente “la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento” (p.24). Esto debido a que su propósito principal fue la descripción significativa de la realidad sobre un registro digital de las historias clínicas para el departamento de estadística

para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Además, la investigación se basa en una modalidad de proyecto de aplicación que según la Azocar R. y Fleitas, J. (2013) señala que: “El fundamento de este tipo de trabajo, es la generación de una propuesta, su aplicación real en un tiempo-espacio determinado y su posterior evaluación, en lo que respecta al impacto que tuvo en la organización o institución que ha sido tomada como objeto de estudio” (p.13).

Diseño de la Investigación

En cuanto al diseño, la investigación se fundamentó en un estudio no experimental, teniendo en cuenta que su objetivo se centra en la evaluación del fenómeno de estudio como se mostró en la realidad sin influir de manera controlada en su proceso o en su estado natural, como lo especifican Kerlinger y Lee citado por Hernández R., Fernández, C. y Baptista, P. (2016), “En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o a los tratamientos” (p.205).

De igual forma, el estudio está enmarcado en el nivel de investigación descriptiva que para Arias (2016) consiste en “la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere” (p.24).

En este sentido, la presente investigación está enmarcada bajo la modalidad descriptiva, con el propósito de diagnosticar la situación en el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa, y de esta manera obtener las posibles soluciones a la problemática planteada con la finalidad de implementar un registro digital de las historias clínicas para el departamento

de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Población y Muestra

La población es la totalidad de los sujetos objetos de la investigación y dentro de la misma deben aparecer reflejado claramente las características generales, que le proporcionan singularidad, entre ellos sexo, edad, nivel de educación y puesto de trabajo. Según Balestrini (2012), la población se refiere a “Cualquier conjunto de elementos de la que se quiere conocer o investigar algunas de sus características” (p. 126). El universo de los elementos que componen el sujeto de la investigación, fue representado por los empleados que trabajan en el departamento de estadísticas, los cuales interactúan con el objeto de la investigación, que está representado por trece (13) empleados que laboran en el departamento de estadística para la salud.

A partir de este universo se seleccionará una muestra representativa. Señala Balestrini (2012) que la “muestra estadística es una parte de la población, o sea, un número de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo. No obstante, por tratarse de una población con reducidos elementos y ser accesible para ser encuestado por la investigadora, no fue necesario aplicar técnicas de muestreo. Criterio que encuentra respaldo en lo sustentado por Busot (2014) quien asevera que, en poblaciones finitas, fáciles de encuestar, con menos de cien (100) elementos, se recomienda investigarlos a todos para evitar distorsionar el criterio de representatividad.

Los sujetos de estudio representan el objeto de la investigación y de ellos se extraerá información necesaria para realizar el análisis respectivo. Según Hernández, Fernández y Baptista (2016) el sujeto de estudio total “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p. 174). También es la totalidad del fenómeno a investigar

en donde las unidades poseen características comunes, las cuales se estudian y dan origen de los datos requeridos para el trabajo, por lo que se denomina población muestral.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

De acuerdo con Arias (2016), “las técnicas de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener la información” (p.53).

Técnica

La técnica es la recolección de datos que implica el plan detallado de procedimientos que conduzcan a reunir información de interés para el estudio, en este sentido, para llevar a cabo esta investigación, la técnica utilizada para obtener los datos necesarios fue la observación directa y la encuesta la cual la define Rodríguez y Pineda (2012), como “un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población o instituciones, con el fin de conocer estados de opinión o hechos específicos” (p. 25). Es decir, la encuesta permite llegar a la demostración de los resultados, mediante un análisis de tipo cuantitativo, para así sacar las conclusiones que correspondan según los datos recogidos, por eso esta técnica permite visualizar todos los hechos de interés para el estudio. Asimismo, se utilizó la observación, la cual es definida por Rodríguez (2012), como “la práctica de hacer investigación tomando parte en la vida del grupo social o institución que se está investigando” (p.25).

Instrumento

Hernández, Fernández y Baptista (2016), indican que el instrumento más utilizado para recolectar los datos es el cuestionario. “Un cuestionario

consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir”. (p.285). Se empleó un cuestionario dicotómico que se elaboró en función de los indicadores que miden cada una de las variables intervinientes en el estudio sobre un registro digital de las historias clínicas para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Validez y Confiabilidad del Instrumento

Validez

La validez del instrumento de recolección de datos para Hernández, Fernández y Baptista (2016), se refiere “al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir”. (p.243). Por lo tanto, se requiere validar el instrumento con la finalidad de medir las variables de estudio. Sabino (2012), reafirma que la validez “indica la capacidad de la escala para medir las cualidades para las cuales ha sido construida (...)...Una escala tiene validez cuando verdaderamente mide lo que afirma medir”. (p.131).

Para medir la validez de instrumento se utilizó el procedimiento conocido con el nombre de Juicio de Expertos, el cual se aplicará de la siguiente manera: Se seleccionaron tres (03) expertos, uno en metodología de la investigación y dos especialistas en la temática para que evalúen de manera independiente los ítems o preguntas del instrumento en términos de relevancia o congruencia, claridad en la redacción y la tendenciosidad o sesgo en su información.

1. Cada experto recibe información escrita acerca de: a) Propósito del instrumento; b) Objetivo general; c) Objetivos específicos; y d) Sistema de variables e indicadores.

2. Cada experto recibe una planilla de validación de datos en donde se recogió la información suministrada por él. Dicha planilla contiene los

siguientes aspectos por ítems o pregunta: Congruencia, claridad, tendenciosidad y observación.

4. Se recogió y se analizó las planillas de validación y se toma las siguientes decisiones: a) En los ítems o preguntas donde exista un 100% de coincidencia favorable entre los expertos quedaron incluidos en el instrumento; b) Los ítems o preguntas donde exista un 100% de coincidencia desfavorable entre los expertos quedaron excluidas del instrumento; c) Los ítems o preguntas donde exista coincidencia parcial entre los expertos se revisa, reformula y es nuevamente validados.

El instrumento de recolección de datos estuvo conformado por: a) Portada del instrumento; b) Carta de presentación del instrumento; c) Instrucciones; d) Preguntas cerradas que conforman el instrumento; e) Planilla de evaluación del instrumento; f) Carta de Validación del instrumento debidamente firmada por cada uno de los expertos.

Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento se obtuvo a través de la aplicación de la prueba piloto a un pequeño grupo de sujetos con características similares a los sujetos investigados, que pertenecen a la población de estudio, la misma permitirá mejorar la redacción de algunos ítems. Desde esta perspectiva, Hernández, Fernández y Baptista (2016), señala que “refiere al grado en que su aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados” (p. 56). Conduciendo así a señalar si el instrumento es confiable o no. Se determina mediante varias técnicas con las cuales se calcula la confiabilidad del instrumento de medición utilizando fórmulas que producen coeficiente de confiabilidad. Se puede aplicar el método de Kuder Richardson, ajustable a instrumentos dicotómicos, donde existen respuestas correctas o incorrectas el cual está representado por una escala que va del 0 al 1, mientras más cercano a 1 es el coeficiente altamente confiable, cuya fórmula es:

$$r_{KK} = \frac{k}{k-1} \left[\frac{S_T^2 - \sum p_i q_i}{S_T^2} \right]$$

Donde:

- r_{KK} : Coeficiente Kuder Richardson
- k : Es el número de ítems
- p_i : Proporción de personas que responden correctamente el ítem.
- q_i : Proporción de personas que no responden correctamente el ítem.
- S_T^2 : Varianza de la suma de los ítems

Descripción del Procedimiento de Recolección de Información

Las técnicas de recolección de datos según Balestrini, (2012), plantea el procedimiento para “cumplir con los objetivos del estudio y el diagnóstico de la situación actual, el establecimiento de los procesos, operaciones y tareas para captar las causas que originan los problemas y plantear los correctivos para cada situación” (p.147). Como se puede apreciar, la información se analizó a través de la estadística descriptiva, donde los datos que se obtuvieron se procesaron en tablas estadísticas y se muestran en gráficos de barras para su mejor visualización y entendimiento del proceder de las respuestas considerando que se fundamentó en los resultados extraídos de la muestra.

Dentro de toda investigación, la metodología constituye los datos más relevantes desde que convergen la manipulación de los datos con la información obtenida, a través de la aplicación de estrategias debidamente seleccionadas para tal fin, al igual que los aspectos que conforman su operatividad, entre ellas: Naturaleza del estudio, Población y Muestra, Técnicas e instrumentos de la investigación, Validez y Confiabilidad y la Descripción de los procedimientos de recolección de información.

Análisis de Datos

En esta fase se presentan el análisis e interpretación de los resultados obtenidos luego de la aplicación de los instrumentos, teniendo como finalidad, pruebas que se comprobaran en cuadros y gráficos. Según Balestrini (Ob. Cit.), “El análisis comprende además de la incorporación de algunos lineamientos generales, para el análisis e interpretación de los datos, su codificación y tabulación, sus técnicas de presentación; y el análisis estadísticos que se introducirán a los mismos”. (p. 169)

Después de recolectar los datos se procedió a realizar la tabulación en una matriz diseñada para cada indicador. Sometida a cuantificación y posteriormente se ejecutará el análisis porcentual, de acuerdo con la estadística descriptiva, se presentan en cuadros y gráficos de barra con su respectiva interpretación. Estos resultados se muestran a continuación organizados en tablas de distribución de frecuencia de acuerdo a los indicadores. El análisis e interpretación se realizó bajo la técnica porcentual, tomándose el promedio de las más frecuentes y los indicadores con su respectivas interpretación y sustentación.

A continuación se presenta el análisis de los Resultados del Cuestionario aplicado a los empleados del departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Cuadro 2.

Variable. Registro Digital, Dimensión: Automatización

Ítems	SI	%	NO	%	No de personas encuestadas
1	10	77	3	23	13
2	13	100	0	0	13
3	12	92	1	8	13
4	13	100	0	0	13
5	11	85	2	15	13

Fuente: Méndez, Peraza (2023)

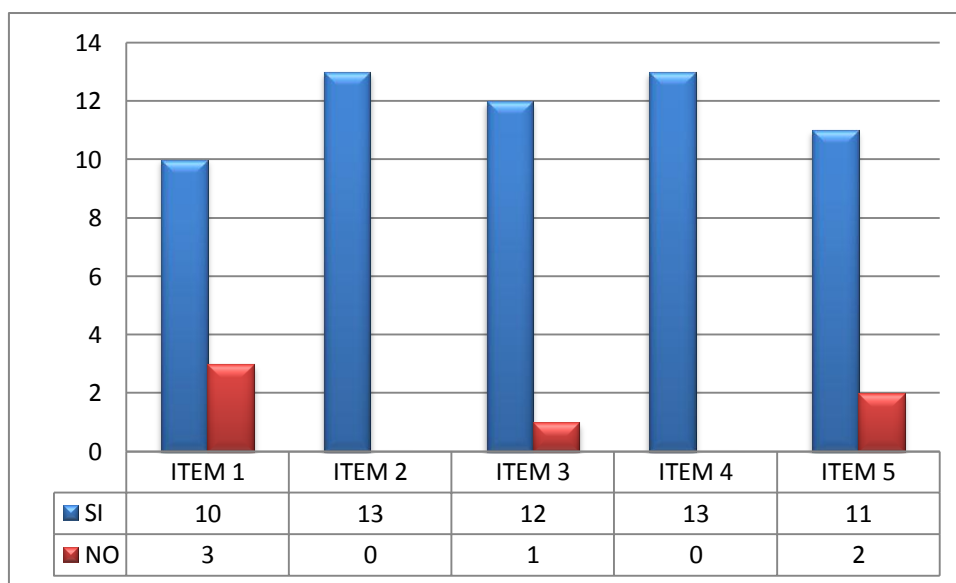


Gráfico 1. Frecuencia y porcentajes de las respuestas emitidas por los empleados en la Variable. Registro Digital, Dimensión: Automatización

Análisis: En el cuadro 2 y el gráfico 1 se observan los resultados que hacen referencia a la variable registro digital, en la dimensión automatización donde se evidencia en el ítem 1 que el 77% de los empleados manifestaron que si se adaptaría a un proceso de cambio en cuanto al trabajo que se realiza a diario y solo el 23% manifestaron que no, con respecto al ítem 2 el 100% de los empleados manifestaron que si es necesario la transformación del registro tradicional a uno digital, por otro lado en el ítem 3 el 92% de los

encuestados manifestó que actualidad le sigue pareciendo seguro trabajar el documento real en físico, igualmente en el ítem 4 el 100% de los empleados contestó que si cree usted que las historias clínicas sería más fácil manejarla en imagen digital y por último en el ítem 5 el 85% de los encuestados contestaron que si creen que la tecnología de hoy le permitirá realizar las actividades del departamento con más facilidad. Lo que se evidencia la necesidad de implementar un registro de historias clínicas de manera digital porque permite darle sentido a los datos del paciente y organizarlos para obtener información relevante que ayude a la toma de decisiones en salud, además la atención continua del paciente, nuevas fuentes de información y aprendizaje y camino hacia una medicina de precisión. Según Luna y otros (2014)

Una Historia Clínica Digital es un software que permite crear, guardar, organizar y editar la información clínica de un paciente en una computadora. Pero es mucho más que el equivalente electrónico del papel. Están dedicadas a mejorar la eficiencia, calidad y seguridad en el cuidado de la salud. La adopción a nivel mundial de las Historias Clínicas Digitales han demostrado beneficios que incluyen la disminución de errores en medicina, mejoras a nivel de costo-efectividad, aumento de la eficiencia y posibilidad de brindar un rol activo a los pacientes en la toma de decisiones clínicas. Son el centro de cualquier sistema de información en salud (p.25).

De allí que dentro de las principales ventajas de la Historia Clínica digital destacan la mejora en la interconectividad e interoperabilidad, accesibilidad, seguridad y claridad de la información, reducción del tiempo de atención al paciente sin disminuir la calidad del servicio, incorporación de la firma electrónica, obtención de estadísticas.

Cuadro 3.

Variable. Historia Clínica, Dimensión: Documento

Ítems	SI	%	NO	%	No de personas encuestadas
6	9	69	4	31	13
7	3	23	10	77	13
8	13	100	0	0	13
9	11	85	2	15	13
10	9	69	4	31	13

Fuente: Méndez, Peraza (2022)

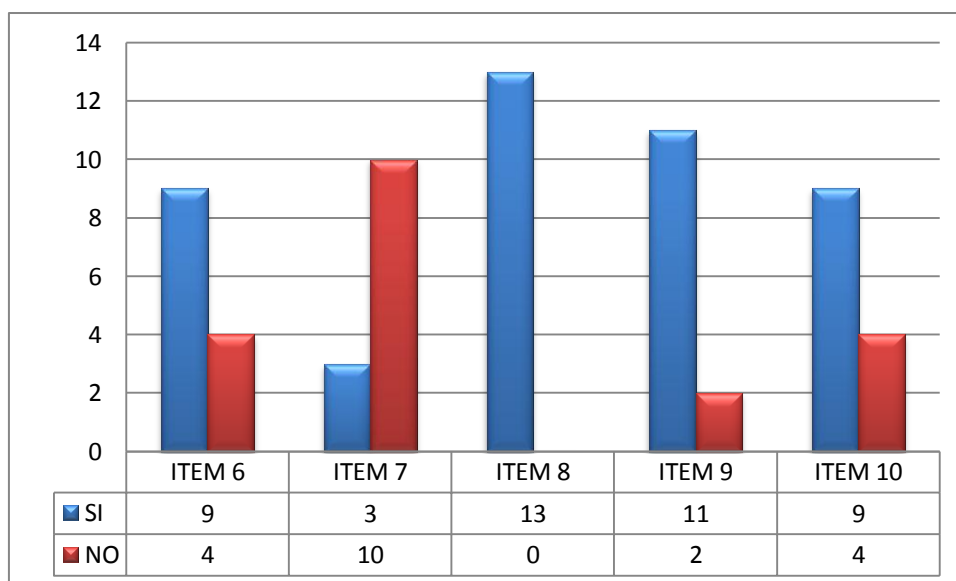


Gráfico 2. Frecuencia y porcentajes de las respuestas emitidas por los empleados en la Variable. Historia Clínica, Dimensión: Documento

Análisis: En el cuadro 3 y el gráfico 2 se evidencia los resultados de la variable historia clínica en su dimensión documento, en referencia al ítem 6, el 69% de los encuestados manifestaron que si creen si es necesario sustituir el tarjetero tradicional si se implementa un registro digital, mientras que un 31% que no, en cuanto al ítem 7 el 77% manifestaron que no cree que la información recopilada en el registro tradicional puede ser visualizada por el paciente, asimismo en el ítem 8 el 100% de los empleados contestaron

que sería más seguro para el personal autorizado administrar la información en digital, con respecto al ítem 9, el 85% manifestaron que un registro digital haría más eficiente la actividad médico-sanitario y por último en el ítem 10, el 69% respondieron que si creen que un registro digital garantizaría la confiabilidad de los datos de los pacientes, mientras que un 31% no lo cree. De allí que se debe implementar las historia clínicas porque representa varias ventajas para los hospitales según Luna y otros (2014) para:

Reducción del peligro de pérdida de imágenes, diagnósticos y tratamientos más rápidos y precisos, mejor y más rápida comunicación entre distintos servicios, eliminar el duplicado de información, más eficacia de los equipos y servicios, mayor economía en los gastos derivados del transporte, mejor utilización y aprovechamiento de los recursos, análisis científicos y estadísticos más fáciles, mejor gestión de la salud pública y recursos adicionales para la enseñanza (p. 28).

Asimismo tiene sus ventajas para los pacientes según el mismo autor porque: “se realizan diagnósticos y tratamientos más rápidos, reducción del número de exámenes complementarios, atención Integral desde el primer momento y se evitan la incomodidad de desplazamientos para pacientes y familiares” (p.28). También existen ventajas para los médicos de atención primaria, entre las cuales se tienen;

Nuevas posibilidades de efectuar consultas con especialistas, posibilidad de evitar inconvenientes en desplazamientos, más elementos de juicio a la hora de adoptar decisiones, mejora la calidad de las imágenes para poder diagnosticar y mejora de los circuitos de transmisión de información, evitando la pérdida de informes (p.28).

Es por ello la necesidad de implementar un registro de Historia clínicas digital porque permite dar acceso inmediato a datos e información de salud de los pacientes contenidas en su registro médico, además posibilita la administración de resultados de exámenes complementarios, y también brindando la posibilidad de notificarlos automáticamente por diferentes medios a diferentes usuarios, entre otros.

Conclusiones del Diagnóstico

Luego de analizados e interpretados los resultados obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos aplicado a los empleados; se presentan las conclusiones derivadas del estudio, los datos obtenidos fueron procesados, y tabulados, se presentaron en cuadros y gráficos de distribución de frecuencias la misma se organizó por variables y dimensiones conforme a los objetivos planteados en la investigación.

Se evidenció de acuerdo a las respuestas de los empleados que se pueden adaptar a un proceso de cambio en cuanto al trabajo que se realiza a diario asimismo creen que es necesario la transformación de un registro tradicional a uno digital, de igual manera, en la actualidad les sigue pareciendo seguro trabajar el documento real en físico, además creen que las historias clínicas sería más fácil manejarla en imagen digital.

Por otro lado, creen que la tecnología de hoy le permitirá realizar las actividades del departamento con más facilidad y la mayoría de los empleados creen que es necesario sustituir el tarjetero tradicional si se implementa un registro digital, además creen que la información recopilada en el registro tradicional no puede ser visualizada por el paciente, manifestaron que sería más seguro para el personal autorizado administrar la información en digital además que un registro digital haría más eficiente la actividad de los médicos y por último creen que un registro digital garantizaría la confiabilidad de los datos de los pacientes.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA

MODELO DE HISTORIAS CLÍNICAS DIGITAL PARA EL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA PARA LA SALUD DEL HOSPITAL DR. OSWALDO BARRIOS DEL MUNICIPIO ESTELLER ESTADO PORTUGUESA

Presentación

La historia clínica del paciente, además de ser un documento obligatorio, por su carácter técnico y legal, es el documento más importante que el paciente posee dentro de una organización sanitaria, debido a que en él se registra todo el proceso evolutivo de la atención médica y/o tratamiento que recibe en un centro de salud; comprometiendo en todo momento a la calidad en la atención, puesto que un error médico puede tener consecuencias que comprometen la vida del paciente.

Es por ello que la organización debe facilitar procesos que permitan garantizar calidad y seguridad al paciente. Este trabajo inicia con un marco teórico de la disposiciones y normativas locales, nacionales e internacionales que regulan la historia clínica, para luego medir el proceso de llenado de la historia clínica tradicional por medio de una encuesta como instrumento de medición de la investigación, permitiendo conocer las debilidades del proceso actual que pueden comprometer la calidad y seguridad del paciente. Esta propuesta propone una nueva herramienta de trabajo para el médico, basada en la normativa legislativa vigente y acogiendo los estándares internacionales que garanticen el manejo de la comunicación y la información del paciente.

Además permite identificar las necesidades y bondades que debe poseer la historia clínica electrónica y atendiendo la opinión del personal médico y de las autoridades del hospital, se consigue realizar una propuesta para mejorar el proceso de llenado de la historia clínica por medio del uso del Sistema Informático Hospitalario.

Objetivos de la Propuesta

General

Implementar un modelo de historia clínica digital en el departamento de estadística de la salud del hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Específicos

Concienciar al personal en lo referente a la historia clínica digital en el departamento de estadística de la salud del hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Promocionar al personal las ventajas de la historia clínica digital en el departamento de estadística de la salud del hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Desarrollar el sistema con el modelo de la historia clínica digital en el departamento de estadística de la salud del hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Fundamentación

Llamaremos modelo de historia clínica digitalizada a toda aquella información sistematizada en una base de datos digital con acceso

inmediato, diseñada con la intención de hacerla disponible para quienes se interesen por su consulta, realizada con fines científicos y académicos disponibles a través de la Web. En este trabajo se refiere a una base de datos como un programa de registros contenidos en tablas con un orden establecido para guardar, ordenar, mantener y procesar datos para luego presentar, recuperar y generar información. Un modelo para una biblioteca digital comprende según Liswiki, (2010) “las colecciones digitales, servicios e infraestructura para apoyar el aprendizaje permanente, la investigación, la comunicación académica, así como la preservación y conservación de nuestros conocimientos registrados y su democratización” (p.10), así las historias clínicas digitales contendrá los datos clínicos de los pacientes en formato digital para su aplicabilidad a problemas en el área de la salud desde múltiples niveles médicos.

Además, el paciente necesita tener una historia clínica digital única, en formato, que le sirva de soporte al momento de una consulta o emergencia médica. Esta historia debería agrupar los sucesivos eventos médicos ocurridos durante la vida del ciudadano. La historia clínica comenzaría en la primera visita a un centro de salud y, en posteriores visitas, la historia se va actualizando. El paciente asiste a centros de salud cercanos a su domicilio o lugar de trabajo.

Por otro lado, cada centro de salud debe generar una historia clínica, la cual tiene que responder a los lineamientos del médico tratante y que esté disponible fuera del entorno de acción del centro. Cuando el ciudadano precisa de una visita médica fuera de su entorno habitual, su historia médica debería estar al alcance del centro de salud visitado, donde se trataría con el mismo diagnóstico y tratamiento para no tener equivocaciones e incluso no poner en riesgo la vida de dicho ciudadano..

Por otro lado, un paciente según sea el caso, visitará a especialistas en cirugía, radiología, cardiología, anatomía patológica, dermatología, oftalmología, neurología, neurocirugía, cirugía plástica, traumatología,

ortopedia, psiquiatría, otorrinolaringología, medicina nuclear, ginecología, endoscopia, pediatría, neonatología y otras. Cada especialista hace su propia historia clínica, que muchas veces no está asociada a otras ni buscará antecedentes que podrían estar ubicados en las primeras historias. Estas historias son elementos aislados, inoperantes, divergentes.

Se propone un modelo de historias clínicas digital, donde los centros de salud del país obtengan los formatos estándar para los hospitales por especialidad y una vez llenada dicha historia, sea almacenada en formato digital. Además, a esa historia se agregan las imágenes médicas (electrocardiogramas, ecosonogramas, radiografías, entre otros) y los análisis clínicos del paciente. La ventaja de esto es que cuando el paciente requiera de visitar un centro de salud su historia única estaría disponible para el personal médico que lo atienda, suministrado los datos más recientes y relevantes.

En este momento, la tecnología y los costos han puesto al alcance de los paciente celulares inteligentes, laptop, ipad, tableta, computadoras personales, la petición que haga el profesional médico será resuelta en un formato que cualquiera de los dispositivos mencionados la pueda interpretar y presentar en pantalla, e incluso desde esos mismos dispositivos, si lo permiten, actualizar la historia clínica del paciente. Otra ventaja, quizá la mayor, es que con un clic se generarían las estadísticas médicas en el país.

Este es un proyecto factible ya que se cuenta con la plataforma tecnológica, internet, satélite “simón bolívar”, la experiencia en sistemas de información y en programación, así como talento humano para desarrollar el proyecto. Un proyecto de esta naturaleza es complejo, requiere de una plataforma sobre la cual residirá la historia clínica digital y se ejecutará la aplicación informática, seguridad interna y externa de los datos, encriptación de claves, diseño de la base de datos, interfaz para el usuario, aspectos legales de los datos del paciente, acceso a los datos sólo

por el personal médico autorizado, capacitar técnicamente los recursos humanos, normalizar y estandarizar los procedimientos técnicos, mejorar las metodologías y establecer la gestión de calidad, estandarizar las bases de datos, generar módulos para el registro y aplicaciones para el análisis de los datos, fortalecer la cultura institucional del uso de la información, toma de decisiones basadas en evidencias y evaluación de resultados de salud pública.

Es necesario redefinir las características genéricas de información del hospital e incorporarlas en modelos de información y modelos de mensajes que provean una interfaz estándar entre sistemas hospitalarios, facilitando que sistemas diversos intercambien la totalidad o partes de la historia clínica de un paciente de forma estandarizada, tal que puedan representar de forma rigurosa y genérica los valores de los datos y la organización contextual de la información del sistema que la origine. Un objetivo agregado es la naturaleza evolutiva del conocimiento médico y la diversidad inherente a la práctica clínica.

Desarrollo de la Propuesta

En vista que el departamento de estadística del Hospital Dr. Oswaldo Barrios ésta abre al público a las 7: 00 am, la propuesta fue trabajada durante el horario solicitado a la administradora del departamento es decir un día en la tarde, cuando las responsables (autoras de la investigación) se encontraron con los empleados, para desarrollar el tema, primero en forma grupal, haciendo referencia a los conceptos, a las experiencias vividas y abriendo el espacio para que los involucrados compartieran de cierta forma aspectos importantes de su trabajo diario. Seguidamente se trasladó al plano individual para posibilitar un conocimiento más centrado del trabajo propio, lo que se hace y lo que se debe hacer, durante la dinámica de la capacitación, complementando con información impresa. Se comenzó la capacitación,

Terminada cada sesión, se procede a poner ejercicios de tres niveles: sencillos, intermedios y avanzados. Terminado este proceso se entrevistó a los sujetos clave del estudio, para conocer el impacto que esto generó en ellos. Es decir, si aprendieron o no.

Conclusiones de la Propuesta

Luego de comparar las respuestas de los trece encuestados, en relación a sus conocimientos sobre la digitalización de las historias clínicas, se puede apreciar que a todos los empleados les gustaría que las historias clínicas del hospital se llevaran de manera digital porque va a permitir reducir costos hospitalarios en la parte administrativa (utilización innecesaria de papel y su utilización de recursos humanos), agilizar procesos de facturación, agilizar el proceso de alta de pacientes, reducir el tiempo de visualización de información y resultados de laboratorio e imágenes y agilizar la toma de decisiones en tratamientos médicos.

Entre los temas que surgieron en ocasión de las conversaciones posteriores a cada encuentro, se pudo conocer que esperan poder leer en profundidad y comprender los aspectos y las bases para el manejo de las historias clínicas de manera digital, además las personas que laboran en el área, necesitan contar con un esquema organizativo en cuanto al trabajo con las mismas.

Para alcanzar el éxito en la propuesta se establece:

Conocer el software de la historia clínica digital.

A tal fin se diseñó el siguiente Plan de Acción.

Cuadro 4. Plan de Acción a Desarrollar

Objetivos Específicos	Acciones	Descripción de la actividad	Temporalidad	Recursos necesarios	Responsables
Concienciar al personal en lo referente a la historia clínica digital en el departamento de estadística para la salud del hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.	Charlas	Bienvenida al personal Indicaciones de la actividad a desarrollar Realizar charla socializada con los empleados del departamento de estadística sobre las historias clínicas digitalizadas Ciclo de preguntas y respuestas sobre la temática	4 horas	Humano: Investigadoras, y empleados Tecnológico: computadoras o laptop, pendrive hojas, carpetas, bolígrafos, lápices, entre otros	Personal de la oficina; investigadoras y experto invitado
Promocionar al personal las ventajas de la historia clínica digital en el departamento de estadística para la salud del hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.	Conversaciones	indicaciones de la actividad Las investigadoras proyectan laminas sobre el Software con el modelo de las historias clínicas digital Explicación de las	4 horas	Humano: Investigadoras, experto invitado y empleados Tecnológico: computadoras o laptop, pendrive, hojas, carpetas, bolígrafos, grapadora, lápices,	Personal de la oficina; investigadoras y experto invitado

		ventajas de usar Software		entre otros	
		Ciclo de preguntas y respuestas sobre la temática			
Desarrollar el sistema con el modelo de la historia clínica digital en el departamento de estadística para la salud del hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa	Taller	Explicación de la arquitectura del software a implementar Diagrama de Flujo del Servidor de Aplicación Elementos de la Historia Clínica Digital. Supervisión de Control de Datos. Fases de la Ejecución	4 horas	Humano: Investigadoras, experto invitado y empleados Tecnológico: computadoras o laptop, pendrive, hojas, carpetas, bolígrafos, grapadora, lápices, entre otros	Personal de la oficina; investigadoras y experto invitado

CAPÍTULO V

APLICACIÓN Y ANALISIS DEL IMPACTO DE LA PROPUESTA

Relatoría de la Ejecución de la Propuesta

A continuación se presenta la relatoría de cada actividad de trabajo planificada en el plan de acción para Implementar un modelo de historia clínica digital en el departamento de estadística de la salud del hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa. Como primer paso se realizó una reunión previamente acordada con el administrador del departamento para presentarles la propuesta de la investigación que se está realizando, se procedió a explicarles la problemática que arrojó el diagnóstico realizado en el departamento, allí le contestaron que está de acuerdo con el diagnóstico y procedieron a revisar las acciones propuestas por las investigadoras, se hicieron algunos ajustes y estos manifestaron que necesitan implementar el software para digitalizar las historias clínicas y las investigadoras manifestaron que las acciones que se van a implementar contribuirán significativamente en mejorar el proceso administrativo del hospital, por lo que se espera contribuir para el logro de ese objetivos.

Como siguiente actividad, luego de llegar a un acuerdo con el administrador, y con el acompañamiento del empleado asignado por parte de del hospital como responsable de apoyar la jornada, se realizó una reunión con el personal, para realizar una charla socializada sobre las historias clínicas, allí se les manifestó, que es el documento de mayor importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector. Es un documento privado, obligatorio,

sometido a reserva, para el registro cronológico de las condiciones de salud del paciente y todo lo realizado por el equipo de salud que interviene en su atención. Debe cumplir con unas características básicas, que están definidas en la ley, como son Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica, Disponibilidad y Oportunidad.

Asimismo se les dijo a los empleados del departamento de estadística que la historia clínica digital tiene ventajas sobre la manual como por ejemplo la legibilidad, fácil accesibilidad, orden y unicidad y mayor seguridad. Facilita la docencia e investigación, mejora la administración de recursos y la evaluación de la calidad asistencial. El registro de la atención médica tiene datos que no se pueden colocar en el formato corriente de historia clínica y no existe en la actualidad, en Venezuela, un formato que permita el registro de estos datos y el aprovechamiento de los mismos. Esta la razón de la presente propuesta con el objeto de lograr una herramienta con suficiente plasticidad que se adecúe a las necesidades de la actividad, tratando de unificar su lenguaje y uso.

Para darle continuidad a la siguiente actividad se les dio la bienvenida con las indicaciones de la actividad, allí las investigadas solicitaron la ayuda de un experto para dar a conocer todo lo referente al Software con el modelo de las historias clínicas digital y sus ventajas, allí se les explicó que el software cuenta con sistemas de respaldo y mantenimiento preventivo y correctivo, lo que hace que la data se recupere en el caso que el hardware quede inutilizable.

Consideraciones en la implementación del software:

- Para obtener información relevante, los usuarios no requieren conocer la ubicación de los datos.

- Los nombres de tablas no debiesen ser extraños ni llevar a la confusión.

- Las actualizaciones en datos no debiesen acceder a más de una tabla.

-La implementación de una capa de semántica para crear vistas que sean comprensibles y que almacene las reglas de uniones y los controles de los recursos.

-Son acumulativos y perpetuos.

- Son abiertos e interactivos.

Hardware: El desempeño de un equipo de cómputo, considerado como la capacidad de realizar efectivamente la tarea que se le ha asignado, depende de la combinación de dos variables principales, por un lado el hardware (la velocidad y tipo del procesador, la cantidad de memoria RAM disponible, la velocidad de acceso al disco duro, etcétera) y por otro lado, el sistema operativo y las aplicaciones que se instalen en el mismo.

Cuadro 5. Determinación Básica de recursos de Hardware

Equipos	Servicios y Aplicación	Observaciones
Servidor de bases de datos	Se encarga de almacenar en formato digital las Historias clínicas	Almacena, preserva y controla las Historias clínicas
Internet	Se encarga de la comunicaciones entre los equipos informáticos y dispositivos	Identifica y gestiona la comunicación
Pc, Laptop, Ipad, Tableta	Se encarga de gestionar las Historias clínicas hacia y desde el servidores	Identifica y gestiona las Historias clínicas
Teléfono inteligente	se encarga de consultar las historias clínicas desde el servidor	Identifica y recupera Historias clínicas

Software: Para la creación de un repositorio es necesario que se examinen el software disponible para elegir aquel que se adapte a las

necesidades de la comunidad, existe software de propiedad y software de código abierto, en donde el código fuente está abierto a cambios y mejoras por parte de la comunidad. Se sabe que más del 80% de las historias institucionales en los hospitales que existen utilizan software de acceso libre, esto se debe a la conveniencia económica, a que permiten su modificación, mejora constante y personalización, lo que repercute en una mayor adaptación a las necesidades precisas de cada proyecto. El software para nuestro repositorio debe tener:

- Interfaz para añadir contenido al sistema Interfaz para buscar/ comprobar/ recuperar contenido.
- Base de datos para almacenar contenido.
- . Interfaz administrativa para apoyar la gestión de las HCE y las actuaciones de conservación.

Producto: La Historia Clínicas digitales y sus anexos pueden ser considerados como un producto que bajo el enfoque de cadena productiva, debe examinar una plataforma de software y tomar en cuenta las siguientes características:

- Apoyo a formatos de archivo: textos, imágenes, conjuntos de datos, vídeo, audio, entre otros..
- Estándares de metadatos (descriptivo, técnico, de conservación, derechos).
- Interoperabilidad.
- . Dirección o localizador permanente de la HCE (persistente URL).
- Búsqueda/vista de metadatos.
- Búsqueda de texto completo.
- Volumen de trabajo, aportación para la aprobación del contenido.
- Autenticación y autorización del Administrador:
 - ✓ proveedor de contenido, editor, administrador, editor de metadatos.
 - ✓ Usuario: acceso al contenido.

- Personalización: API (interfaz de aplicación de la programación) para personalizar el software, aumentar las características según sea necesario.

Para finalizar con la última actividad se les da la bienvenida con las indicaciones de lo que se va a realizar ese día, que es el funcionamiento arquitectura del software a implementar, diagrama de Flujo del Servidor de Aplicación, elementos de la Historia Clínica Digital, supervisión de Control de Datos y las fases de la Ejecución. De allí se inicia explicando:



Gráfico 3. Arquitectura de la propuesta a implementar

Para el desarrollo de la aplicación y de las pantallas utilizadas para el ingreso de información se utilizará Visual Studio .Net. El motor de base de datos utilizado será Microsoft SQL 2008. Con respecto al hardware que se propone adquirir para implementar esta solución se presenta:

Servidor de Aplicación que es el equipo en donde se ejecutará las aplicaciones del sistema

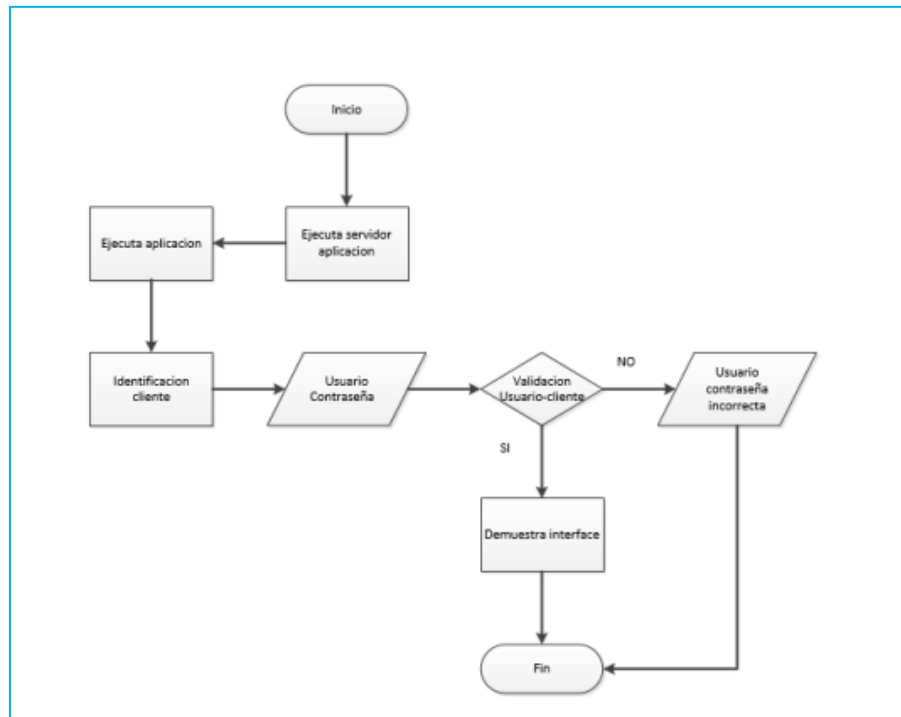


Gráfico 4. Diagrama de Flujo del Servidor de Aplicación

Servidor de bases de datos, equipo en el que se tendrá instalada y funcionando la base de datos del sistema, para este caso se utilizará SQL 2008 para su respectivo respaldo.

Terminales, equipos que permitan el acceso a la aplicación desde los diferentes puntos de la clínica.

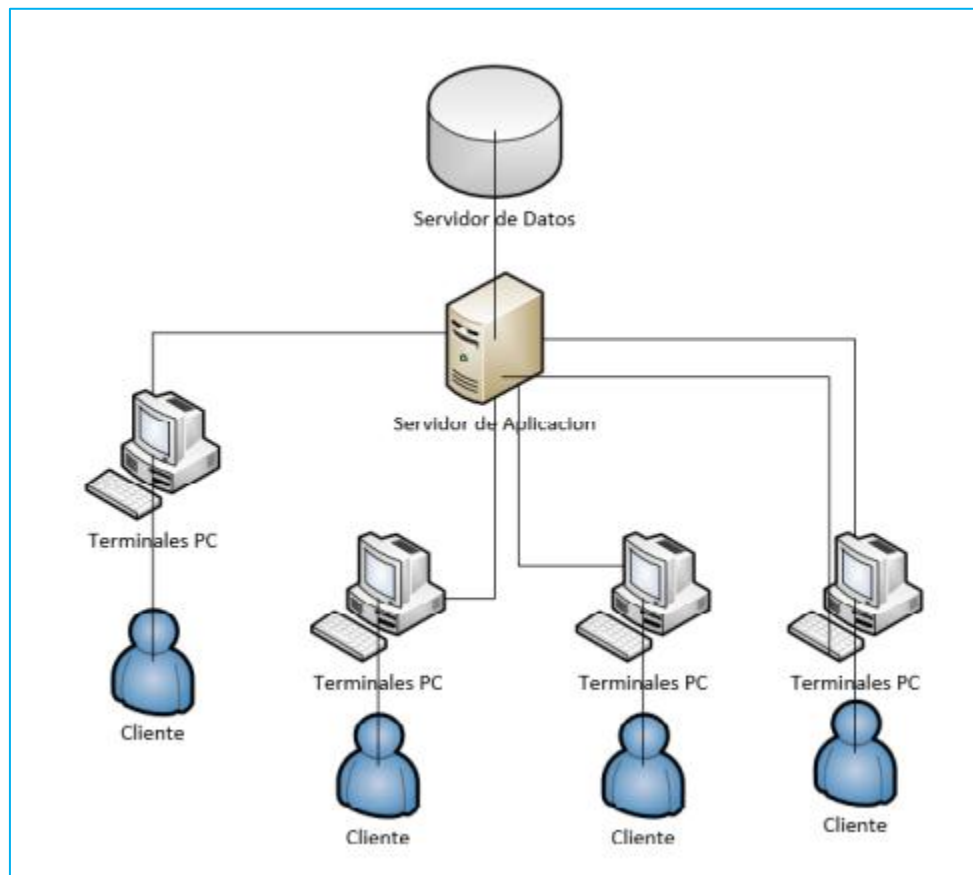


Gráfico 5. DIAGRAMA DE FLUJO DE SERVIDOR DE BASE DE DATOS Y TERMINALES

Módulos de aplicación: Este sistema médico consta de un conjunto de módulos, que son los siguientes:

- **Consultas de historia clínica (antecedentes y tratamiento):** Se muestra de manera virtual información de historial de paciente en la institución.
- **Escritura de datos de la historia clínica:** En el caso que amerite ingresar nueva información médica se lo realizará mediante plantilla virtual objetiva.
- **Admisión de pacientes:** Servirá para la inclusión del paciente a la institución mediante el sistema este rol lo tendrá personal administrativo encargado.

- **Gestión de pacientes:** Permitirá gestionar de manera óptima ubicación y datos del paciente

- **Agendamientos:** Interfaz que permitirá ingresar a paciente en agendas virtuales utilizadas por médicos en cada consultorio donde sea designada

- **Reportes** Contendrá toda la información ingresada en el sistema de manera virtual, se podrá consultar e imprimir si este lo requiriera; se evitaría el gasto masivo de hojas de papel

Usuarios Los cuatro tipos usuarios que pueden tener acceso al sistema son:

- **Administrador del sistema:** Será el encargado de realizar modificaciones y mejoras en el sistema, mediante herramientas que constaran en el mismo sistema informático, esto será tanto en la rama administrativa como en la parte médica.

Elementos de la HC electrónica

- Datos del paciente: Nombre y apellido, C.I., dirección, lugar fecha nacimiento, entre otros.

- Datos médicos del paciente: Antecedentes personales y familiares, motivo de consulta, examen físico, medicación, etc.

- Informes de exámenes complementarios

- Otros datos.

- Datos del responsable

- Signos vitales

Supervisión y control de datos: Dentro de la curva de aprendizaje durante la implementación se deberá contar con un personal del área técnica como apoyo al proceso del llenado correcto de la historia clínica. La cual realizará auditorias en línea para poder responder a tiempo a cualquier eventualidad que se presente.

El sistema permitirá una interface servicios de diagnóstico por imágenes y laboratorio clínico, que actualmente se encuentran

implementados en el hospital. Para esto se ha dispuesto interface con los distintos proveedores de servicios en la que se disponga de una interface con el sistema que permita migrar datos del su aplicativo al sistema en línea para su visualización en el tablero clínico virtual esto evitaría consumo masivo de hojas de papel, a continuación se mostrara el proceso de flujo las integraciones con el sistema.

Para la ejecución tecnológica de esta propuesta, se recomienda que sea ejecutado por fases:

Fase I. Inicio y Planificación Para la ejecución de esta fase, el Hospital Dr. Oswaldo Barrios designará un administrador del contrato para coordinar todas las actividades de ejecución del proyecto.

Fase II. Levantamiento de requerimientos y Análisis del Flujo. Para la ejecución de esta fase, el proveedor de servicio procederá a realizar el levantamiento de requerimientos y el análisis del flujo de procesos.

Fase III. Instalación del Sistema Administración de Historias clínicas. En esta fase, el administrador del contrato en conjunto con el administrador del departamento de estadística del hospital coordinara las actividades de instalación del sistema para lo cual el hospital dará las facilidades para el despliegue así como la coordinación de la disponibilidad de equipos.

Fase IV. Implementación del proceso en el sistema En esta fase se implementará el proceso del hospital definido en la Fase II en conjunto con el del departamento de estadística del hospital el cual coordinará con los usuarios funcionales.

Fase V. Capacitación Para la ejecución de esta fase, el proveedor de servicio capacitará a los usuarios que participan en el proceso y que son los que utilizarán el sistema en la parte funcional de la aplicación, en temas como:

- Historias Clínica
- Enfermedades y Tratamientos
- Consulta Médica

- Registro de Exámenes.
- Impresión de Recetas.
- Control de Ingresos
- Control de Citas.
- Diagnósticos
- Generación de Reportes.

Fase VI. Cierre Para la ejecución de esta fase, se procederá a revisar entre el administrador del contrato y el administrador del departamento de estadística del hospital el informe final de la propuesta para la entrega al director del hospital.

Para el manejo de la historia electrónica, se requiere que el personal adquiera conocimientos básicos de utilitarios, manejo de Windows y del uso de computadoras. Por lo que se propone realizar un conjunto de capacitaciones, agrupando al personal de acuerdo a su perfil, esto es:

- Médicos que deben revisar lo registrado en las historias clínicas perennemente de manera que no contenga información que invalide la atención brindada.
- Todo esto conllevará a que el personal conozca el nuevo software y disminuya el impacto o stress que adquiere el personal con un cambio de esta magnitud. Adicional al conocimiento del software, todo el personal deberá conocer los formularios del Ministerio del Poder Popular para la Salud, ya que son obligatorios y únicos a nivel nacional.

En resumen, se capacitará en el uso del software, manejo de formularios de la historia clínica única y curso básico de computación. Estos cursos deben ser dados por personal interno del hospital, de manera que no se eleve el presupuesto para la implementación del nuevo sistema.

Para finalizar la jornada cierra con un mensaje alusivo a lo valioso que es el software para el hospital y se exhorta a implementarlo en el Departamento de estadística para la salud del Hospital Dr. Oswaldo Barrios, del municipio Esteller Estado Portuguesa como medio eficaz para la entrega

inmediata de facturas de los clientes. De igual manera se resalta que con este proyecto se resaltan los conocimientos adquiridos durante la carrera de licenciado de estadística de la salud contribuyendo con la solución de alguna problemática detectada en organización gubernamental o privadas, dando su aporte significativo para el desarrollo social y económico del país.

Análisis del Impacto de la Propuesta

La propuesta causó gran impacto en el hospital porque la fragmentación de las historias clínicas normales, la proliferación de aplicaciones incompatibles, los costos de desarrollo de soluciones particulares, su corto ciclo de vida, los problemas de mantenimiento, y las barreras para conseguir la integración operativa de sistemas diferentes y aislados impulsan la implementación de un software para historias clínicas electrónicas. Los beneficios de la creación de este software son múltiples para todos los agentes implicados; entre los más importantes, destacan los siguientes:

- Incrementa la visibilidad de los pacientes y de los diagnósticos y tratamientos.
- En consecuencia, se aumenta el acceso, la utilización y el impacto de los resultados de dichos diagnósticos y tratamientos y la investigación.
- Se acelera y aumenta la eficiencia de la gestión Historias clínicas digital.
- Se mejora la evaluación y la administración de la actividad médica.
- Se eliminan las barreras por elevados costos de traslados, visitas o llamadas telefónicas a colegas médicos, riesgos en diagnósticos errados cuando profesionales médicos vive en poblaciones rurales.

Otros beneficios de este tipo de repositorio son:

- Potencia la investigación, la transferencia del conocimiento y de las experiencias dentro del propio sistema de salud.

- Acorta los plazos de divulgación de resultados.

- Se cuenta con un punto centralizado de toda la producción científica e intelectual generada por los profesionales de salud, Historias clínicas en formato digital, garantizando su conservación, disponibilidad y visibilidad.

- Recupera parte de la inversión en financiación de investigación al disponer de toda la producción científica de la Historias clínicas digital publicada en gran diversidad de recursos. Se mide el impacto de la producción científica en acceso abierto a través del análisis de citas.

- Cumple con los objetivos estratégicos trazados de una manera eficiente y efectiva.

- Se tiene acceso a la producción científica de cada centro de salud

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusión

En este trabajo se pudo evidenciar que la historia clínica manuscrita si bien cumple con la parte legal, está sujeta a errores o pérdida de información, como la pérdida de documentación o la falta de firma que imposibilite el pago de una atención por parte del seguro o algún otro financiador.

La historia clínica manuscrita no facilita la obtención de información por parte del médico que desea realizar investigación o generar conocimiento mediante la prudencia del hospital.

- La forma cómo es llenada la historia clínica manuscrita dificulta la interacción entre los profesionales de la salud debido a la ilegibilidad de los documentos que la componen.

- Las autoridades del Hospital Dr. Oswaldo Barrios, del municipio Esteller Estado Portuguesa están conscientes de las dificultades que presenta la historia clínica manuscrita y está comprometidos a generar el cambio necesario para que se implemente la historia clínica electrónica en este hospital.

- Se evidenció que el grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la historia clínica manuscrita es bajo y que adolece de problemas como la pérdida de documentación que podrían ocasionar problemas legales a la institución.
- Se evidencia un alto grado de aceptación hacia la historia clínica digital por parte de los médicos.
- La historia clínica digital facilitará el manejo integral del paciente y su información.
- La historia clínica electrónica facilitará la obtención de la información por parte del paciente y del médico. En el caso del paciente, este podrá contar con su historial al momento del egreso, mientras que para el médico existirá la facilidad de interactuar con toda la información del paciente, sean resultados de exámenes, entre otros en cualquier momento que lo requiera.
- El sistema facilitará la obtención de información para la realización o preparación de diferentes estudios médicos orientado en la medicina basada en la evidencia.
- Permitirá la estandarización de códigos diagnósticos para homogenizar la información estadística, administrativa, generando indicadores para mejorar los procesos.

Recomendaciones

- Se debe crear la cultura de revisión y control constante en el sistema informático a adquirir.
- El sistema de historia clínica electrónica debe ser dinámico y amigable orientado a los requerimientos.
- La capacitación de los usuarios debe ser constante y permanente, ya que forma parte importante en cualquier implementación.

- Se deben definir y establecer niveles de seguridad para los distintos usuarios en aras de precautelar la confidencialidad de la información del paciente.
- Se deben optimizar los procesos operativos de acuerdo a los cambios que conlleva el nuevo sistema.
- Con la implementación de un sistema de historia clínica electrónica se debe implementar paralelamente un mecanismo de respaldo que preserve la información ante cualquier eventualidad.
- Definir procesos de contingencia en caso de fallas eléctricas o corte del sistema ya sea por eventos preventivos o emergentes.
- Se debe mantener sistemas de seguridad informática de punta para preservar la integridad de la información contra ataques como virus informáticos o hackers.

REFERENCIAS

- Alfonso, M. (2014). Metodología. Caracas Universidad Central de Venezuela.
- Álvarez, F. (2013). Calidad y Auditoría en Salud (pp.51-59). Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Atienza, O. (2019). Historia Clínica Informática Única una Herramienta en la Mejora de Procesos en Salud Pública. Trabajo de grado. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. España.
- Arellano, M. (2018). Hacia una historia clínica electrónica, entre lo legal y lo ético. Trabajo de Ascenso. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia.
- Arias, F. (2016). El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 5ta edición. Editorial Episteme C.A., Caracas – Venezuela.
- Azócar, R. y Fleitas, J. (2013). Epistemología del trabajo de aplicación Parte I y II. UNELLEZ
- Balestrini, M. (2012). Cómo se elabora el proyecto de investigación (7a. e.). Caracas, Venezuela: Consultores Asociados
- Balbo, J. (2015). Guía Práctica para la Investigación sin Traumas. Fondo Editorial UNET. Táchira, Venezuela.
- Barquín, M. (2013). Dirección de Hospitales (7ma. ed.) (pp. 695-714). México, D.F.: McGraw Hill
- Baustista (2014). Bases cuantitativas de la economía venezolana 1830-1995. Fundación Polar. Caracas
- Busot, A. (2014). Investigación educativa. Ediluz, Maracaibo. Venezuela
- Cleveland, G. (2010). Bibliotecas Digitales: definiciones, aspectos por considerar y retos. Biblioteca Universitaria, N° 4.
- Código de Ética Médica (1981).
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Extraordinaria No. 5.453. Venezuela

- Flah, L. (2012). Confidencialidad, uso y abuso de la historia clínica. En VV.AA., Sorokin, Patricia (Coordinadora). Bioética: entre utopías y desarraigos. Buenos Aires: Ad-Hoc.
- Hernández R., Fernández, C. y Baptista, P. (2016). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill Interamericana, 5a ed.
- Ley de Ejercicio de la Medicina (1982). Gaceta Oficial No 3002 de fecha: 23-Ago-1982.
- Liswiki, J. (2010). Evaluación del software de repositorio digital en la biblioteca nacional de medicina. Revista D-Lib
- Luna D, Almerares A, Mayan JC, González Bernaldo de Quirós F, Otero C. (2014). Informática de la salud en los países en desarrollo: ir más allá de las prácticas piloto a implementaciones sostenibles: una revisión de los desafíos actuales. Informe de Salud Res.
- MacMillan, J. y Schumacher, S. (2015). Investigación Educativa. (5° ed.). Ed. Pearson Educación. Madrid. España.
- Méndez L. (2014). Metodología de la investigación, Valencia - Venezuela Editorial Adarme
- Ocón. A. (2014). Hacia una biblioteca digital del fondo antiguo de la Universidad de Granada. El proyecto Ilíberis. Boletín de la Asociación Andaluza de Bibliotecario.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Historias Clínicas.
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2017). Registros Médicos Electrónicos en América Latina y el Caribe. Análisis sobre la situación actual y recomendaciones para la Región.
- Padrón, J. y Chacín, M. (2014): Oferta Doctoral en torno a un Programa de Investigación en el Área de Investigación y Docencia. Documento interno. Caracas: LINEA-I, LIN-FUNDO
- Patitó, J. (2010). Medicina Legal. Buenos Aires, Centro Norte.
- Proyecto Ley de Salud, aprobado en primera discusión (2004). Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela
- Rangel, M. (2012). Investigación Metodológica. UNELLEZ. Autor.

Rodríguez, N. (2012). Investigación-acción: una vía para la rutina escolar. Caracas: U.C.V.

Rodríguez, Y. y Pineda, M. (2012). La Experiencia de Investigar. Recomendaciones precisas para realizar una investigación y no morir en el intento. Venezuela: Editorial Predios.

Rutigliano, J., & Pereira, J. (2010). Desarrollo de una Aplicación Web para la Gestión de Historias Clínicas Digitales. Trabajo de grado no publicado. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Sabino, C. (2012). El Proceso de Investigación. Buenos Aires: 3era Edición. Editorial El Cid.

ANEXOS

ANEXO A. CUESTIONARIO



**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
“EZEQUIEL ZAMORA”
VICE-RECTORADO DE PRODUCCIÓN AGRÍCOLA
PROGRAMA CIENCIAS DE LA SALUD**

**REGISTRO DIGITAL DE HISTORIA CLINICAS PARA EL
DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA PARA LA SALUD EN EL HOSPITAL
DR. OSWALDO BARRIOS DEL MUNICIPIO ESTELLER ESTADO
PORTUGUESA**

1. -Lea detenidamente todos los ítems antes de seleccionarlos.
- 2.- Siga el orden establecido.
- 3.- No deje algunos ítems sin responder.
- 4.-Marca con una X la respuesta que consideras correcta.

Nº	ÍTEMS	SI	NO
1	¿Se adaptaría a un proceso de cambio en cuanto al trabajo que se realiza a diario?		
2	¿Es necesaria(o) la transformación del registro tradicional a uno digital?		
3	¿En la actualidad le sigue pareciendo seguro trabajar el documento real en físico?		
4	¿Cree usted que las historias clínicas sería más fácil manejarla en imagen digital?		
5	¿La tecnología de hoy le permitirá realizar las actividades del departamento con más facilidad?		
6	¿Sera necesario sustituir el tarjetero tradicional si se implementa un registro digital?		
7	La información recopilada en el registro tradicional puede ser visualizada por el paciente?		
8	¿Sería más seguro para el personal autorizado administrar la información en digital?		
9	¿Un registro digital haría más eficiente la actividad médico-sanitario?		
10	Cree Ud. que un registro digital garantizaría la confiabilidad de los datos de los pacientes?		

ANEXO B VALIDACIÓN



**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
“EZEQUIEL ZAMORA”
VICE-RECTORADO DE PRODUCCIÓN AGRÍCOLA
PROGRAMA CIENCIAS DE LA SALUD**

Mensaje al Experto:

Me dirijo a usted, en la oportunidad de solicitar su valiosa colaboración a fin de hacerle las observaciones pertinentes al presente instrumento que tiene como propósito Implementar un registro digital de historias clínicas para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa, dirigido al personal del departamento de Estadística de la Salud

Se requiere que realice la comparación entre los objetivos, las variables, indicadores y los ítems con la finalidad de verificar su congruencia.

A tal efecto se le está anexando

- Título del trabajo.
- Objetivos de la Investigación.
- Instrumento a utilizar para la recolección de datos.
- Formato de Evaluación para que Ud. Emita su juicio, luego de analizar cada aspecto.
- Constancia de Validación.

Agradeciendo su opinión con respecto a los componentes que se someten a consideración, con la seguridad de que sus valiosas observaciones serán tomadas para mejorar el instrumento y por ende el trabajo de investigación propiamente dicho.

Seguro estoy de contar con su apoyo, se suscriben de Ud.

Atentamente

Ocdalys Méndez y Egaimar Peraza

Título del Trabajo

REGISTRO DIGITAL DE HISTORIA CLINICAS PARA EL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA PARA LA SALUD EN EL HOSPITAL DR. OSWALDO BARRIOS DEL MUNICIPIO ESTELLER ESTADO PORTUGUESA

Objetivos

Objetivo General

Implementar el registro digital de historias clínicas para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Objetivos Específicos

Diagnosticar situación real de las historias clínicas en el departamento de estadística para la salud del Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Diseñar el registro digital de historias clínicas en el departamento de estadística para la salud para Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa

Ejecutar el registro digital de historias clínicas en el departamento de estadística para la salud para Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

Evaluar el registro digital de historias clínicas en el departamento de estadística para la salud para Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.

HOJA DE VALIDACIÓN/DATOS DEL ESPECIALISTA

Apellidos y Nombres: Castello Yndee

C.I.V.: 12 964389

Título de Pre-Grado: T.S.U. Enfermería

Título de Post-Grado: Licenciatura en Enfermería

Fecha: 12-04-2023 Firma: [Firma]

Marque con una (x) debajo de las características que cumplan cada ítem

Ítems	Coherencia			Pertinencia			Calidad de Redacción			Ubicación		
	A	R	I	A	R	I	A	R	I	A	R	I
1	X			X			X			X		
2	X			X			X			X		
3	X			X			X			X		
4	X			X			X			X		
5	X			X			X			X		
6	X			X			X			X		
7	X			X			X			X		
8	X			X			X			X		
9	X			X			X			X		
10	X			X			X			X		

Aprobado; R: Revisado con observaciones; e I: Inadecuado.

A: Aprobado; R: Revisado con observaciones; e I: Inadecuado.

Se le agradece escribir cualquier comentario en torno a las totalidades o algunaparte específica del instrumento, forma o contenido que requiere ser mejorada, porfavor hacerlo en las observaciones.

Observaciones: _____

Aprobado X Aprobado con correcciones _____ No aprobado _____

HOJA DE VALIDACIÓN/DATOS DEL ESPECIALISTA

Apellidos y Nombres: Peraza Herrería Dora Josefina
 C.I.v.: 9.569.159
 Título de Pre-Grado: Medicina General
 Título de Post-Grado: Medicina Especialista en Salud Pública
 Fecha: 12/04/2023 Firma: [Firma] Dra. Dora J. Peraza M.
 Marque con una (x) debajo de las características que cumplan cada ítem

Medico Cirujano - UCLF
 C.I. 9.569.159 Rd. - V. 03569159
 MPPS: 62223 CMP- 264

Ítems	Coherencia			Pertinencia			Calidad de Redacción			Ubicación		
	A	R	I	A	R	I	A	R	I	A	R	I
1	X			X			X			X		
2	X			X			X			X		
3	X			X			X			X		
4	X			X			X			X		
5	X			X			X			X		
6	X			X			X			X		
7	X			X			X			X		
8	X			X			X			X		
9	X			X			X			X		
10	X			X			X			X		

Aprobado; R: Revisado con observaciones; e I: Inadecuado.

A: Aprobado; R: Revisado con observaciones; e I: Inadecuado.

Se le agradece escribir cualquier comentario en torno a las totalidades o algunaparte específica del instrumento, forma o contenido que requiere ser mejorada, porfavor hacerlo en las observaciones.

Observaciones: _____

Aprobado X Aprobado con correcciones _____ No aprobado _____

HOJA DE VALIDACIÓN DATOS DEL ESPECIALISTA

Apellidos y Nombres: Pérez, Juan Carlos Guzmán
 C.I.V.: 18691753
 Título de Pre-Grado: Psico Integral Comunitario
 Título de Post-Grado: Psico Especialista Psico General
 Fecha: 12/01/2023 Firma: [Firma]
 Marque con una (x) debajo de las características que cumplan cada ítem

Ítems	Coherencia			Pertinencia			Calidad de Redacción			Ubicación		
	A	R	I	A	R	I	A	R	I	A	R	I
1	X			X			X			X		
2	X			X			X			X		
3	X			X			X			X		
4	X			X			X			X		
5	X			X			X			X		
6	X			X			X			X		
7	X			X			X			X		
8	X			X			X			X		
9	X			X			X			X		
10	X			X			X			X		

Aprobado; R: Revisado con observaciones; e I: Inadecuado.

A: Aprobado; R: Revisado con observaciones; e I: Inadecuado.

Se le agradece escribir cualquier comentario en torno a las totalidades o algunaparte específica del instrumento, forma o contenido que requiere ser mejorada, porfavor hacerlo en las observaciones.

Observaciones: _____

Aprobado X Aprobado con correcciones _____ No aprobado _____

ANEXO C. MATRIZ DE DATOS INSTRUMENTO DE CONFIABILIDAD KUDER RICHARDSON

S I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X _T	X _T ²
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
6	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	7	49
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
RC	13	14	14	13	14	14	14	14	14	14	124	1102
RINC _I	0,09	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,778
p	1,00	1,11	1,11	1,00	1,11	1,11	1,11	1,11	1,11	1,11		
q	0,10	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
p*q	0,10	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,200

σ = variación de las cuentas de la prueba.

N = a un número total de ítems en la prueba

p_i = es la proporción de respuestas correctas al ítem I.

RC = total de las respuestas correctas para cada pregunta.

RINC_I = total de las respuestas incorrectas para cada pregunta.

pI = proporción de éxito para cada pregunta.

QI = proporción de incidente para cada pregunta.

pIQI = variación de cada pregunta.

$$r_{tt} = (K - R_{20}) = \frac{n}{n - 1} \frac{\sigma_t^2 - \sum p_i q_i}{\sigma_t^2}$$

$$r_{tt} = \frac{9}{8} \frac{0,78 - 0,20}{0,78}$$

$$r_{tt} = \frac{9}{8} \frac{0,58}{0,78}$$

$$r_{tt} = 1,125 \frac{0,58}{0,78} = 0,7429$$

$$r_{tt} = 0,94$$

ANEXO D. PROPUESTA DE TRABAJO DE APLICACIÓN

FECHA:	17	03	2023
---------------	-----------	-----------	-------------

Nombre y Apellido del autor o los autores	Egaimar Beatriz Peraza Rodriguez	C.I	24.022.658
	OcdalyslmeidyMendez Veloz	C.I	28.503.963
Carrera	Lic. Estadística de la Salud		
Sección			
Tutor metodológico	MSc. Maria Camacho		
Tutor académico	MSc. Oscar Torrealba		
Título propuesto	Registro Digital de Historia Clínicas para el Departamento de Estadística para la Salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del Municipio Esteller Estado Portuguesa.		
Objetivos de la investigación	General:		
	Implementar el registro digital de historias clínicas para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.		
	Específicos:		
	Diagnosticar situación real de historias clínicas en el departamento de estadística para la salud del Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.		
	Diseñar el registro digital de historias clínicas en el departamento de estadística para la salud para Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.		
	Ejecutar el registro digital de historias clínicas en el departamento de estadística para la salud para Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.		
	Evaluar el registro digital de historias clínicas en el departamento de estadística para la salud para Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.		
Aproximación al objeto de estudio			
Implementar el registro digital de historias clínicas para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.			
Formulación del problema			
Cabe destacar, que un sistema automatizado puede utilizarse de tal forma que mejore la calidad de muchas personas y brindar un mejor y ágil servicio para los procesos de la mano del desarrollo tecnológico y los sistemas de control de información. Es por ello que se plantea Implementar un registro digital para el departamento de estadística para la salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del municipio Esteller estado Portuguesa.			

Firmas

Ocdalys Mendez

Egaimar Peraza

Teléfono

0414-3517394

0426-3203364

Correo

mendezocdalys@gmail.com

deieqa922@gmail.com

ANEXO E. COMPROMISO DE TUTORÍA ACADÉMICA

FECHA:	17	03	2023
--------	----	----	------

Compromiso de Tutoría Académica

DATOS PERSONALES DEL (DE LA) TUTOR(A)			
Yo, (Nombre y Apellido del Tutor)	Oscar R. Torrealba	C.I	8.661.203
Grado(s) Académico(s) de Pregrado	Profesor: Educación Integral		
Grado(s) Académico(s) de Postgrado	Magister: Educación Técnica		
ME COMPROMETO A ORIENTAR EN CALIDAD DE TUTOR(A) AL (A LA) ESTUDIANTE O ESTUDIANTES			
Nombre y Apellido del (de la) Estudiante	Egaimar Beatriz Peraza Rodríguez	C.I	24.022.658
Nombre y Apellido del (de la) Estudiante	Ocdalys Ismeidy Méndez Veloz	C.I	28.503.963
Perteneciente al Programa	Ciencias de la Salud.		
EN LA ELABORACIÓN, DESARROLLO, CONCLUSIÓN Y DEFENSA DE SU TRABAJO DE APLICACIÓN, TITULADO(A)			
REGISTRO DIGITAL DE HISTORIA CLINICAS PARA EL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA PARA LA SALUD EN EL HOSPITAL DR. OSWALDO BARRIOS DEL MUNICIPIO ESTELLER ESTADO PORTUGUESA.			
EN CONSECUENCIA QUEDO OBLIGADO(A)			
1. Prestar asesoría académica en calidad de tutor(a) al (a la) estudiante. 2. Asistir a las reuniones convocadas por la Jefatura del programa respectivo y a los diferentes momentos del proceso de evaluación del trabajo de aplicación (ta). 3. Planificar conjuntamente con el estudiante el desarrollo del trabajo hasta la culminación y defensa del mismo en la fecha y hora que se establezca. 4. Revisar que los informes de discusión y defensa, así como la versión final del proyecto, cumplan con las formalidades establecidas en la Normativa Interna para la Elaboración y Presentación del Proyecto Final los Trabajos de Seminario de Trabajo de Aplicación y Trabajo de Aplicación de Contaduría Pública y Administración, del Programa Ciencias Sociales. 5. En caso de renuncia, comunicar por escrito al Jefe de Programa respectivo, la decisión tomada			
FIRMA DEL(DE LA) TUTOR(A)			

ANEXO F. REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS ASESORÍAS



ANEXO 3
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
"EZEQUIEL ZAMORA" – UNELLEZ

REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS ASESORÍAS

Título del trabajo: Registro Digital de Historia Clínicas Para el
Departamento de Estadística Para la Salud en el Hospital Dr. Oswaldo
Barrios del Municipio Esteller Estado Portuguesa.

Tutor Académico: MSc. Oscar Torrealba

Tutor metodológico: MSc. Maria Camacho

Datos de los tutorados:
Nombre: Ocdalys Méndez
Nombre: Egaimar Peraza

C.I: 28.503.963
C.I: 24.022.658

FECHA	HORA	AVANCES	FIRMAS
25/01/2023	10.am	Revisión Cap. I	Ocdalys
15/02/2023	11.am	Revision Cap. II	Ocdalys
10/03/2023	8. am	Revisión Cap. III y IV	Ocdalys
30/03/2023	11.am	Revisión Cap. V	Ocdalys
03/04/2023	9. am	Revisión Cap. VI Y páginas preliminares	Ocdalys

Firma Tutor académico

ANEXO G. CARTA DE REVISIÓN DEL TUTOR ACADÉMICO

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
"EZEQUIEL ZAMORA" - UNELLEZ

CARTA DE REVISION DEL TUTOR ACADÉMICO

Esteller, 25 de Enero de 2023

Quien suscribe Profesor, **Oscar Torrealba** Profesión, **Educación Integral, Magister Educación Técnica** Titular de la **C.I. Nº 8.661.203** Por medio de la presente hago constar que revise el (proyecto o trabajo de aplicación Titulado: **Registro Digital de Historia Clínicas Para el Departamento de Estadística Para la Salud en el Hospital Dr. Oswaldo Barrios del Municipio Esteller Estado Portuguesa** , presentado Por **Ocdaly Méndez** , titular de la cédula de identidad **No. 28.503.963**, por **Egaimar Peraza**, titular de la cédula de identidad **No. 24.022.658**, para optar al título de **Licenciatura en Estadística de Salud**. Por lo que considero está apto para ser sometido a la evaluación correspondiente.

Sin otro particular, me despido de usted,

Atentamente,

Oscar Torrealba

CI: 8.661.203

ANEXO H. COMPROMISO DE LAS INVESTIGADORAS

Esteller, 13/04/2023

Sres.
Comisión Asesora Ampliada
Programa Ciencias de la Salud
UNELLEZ – VPA

Estimados Profesores:

Por la presente nos comprometemos a no hacer uso de medios fraudulentos para la elaboración de nuestro Trabajo de Aplicación titulado "Registro Digital de Historias Clínicas para el Departamento de Estadística de Salud", el cual será considerado para el otorgamiento del título de Licenciado en Estadística de Salud en la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales "Ezequiel Zamora".

El trabajo corresponde a una contribución original, inédita y trata de Implementar el Registro Digital de Historias Clínicas para el Departamento de Estadística de Salud

Los autores firmantes del trabajo los mismos que han contribuido a su concepción, realización y desarrollo, así como a la obtención de los datos, la interpretación de los resultados, su redacción y revisión. Así mismo, los autores del trabajo se adhieren a las condiciones establecidas por la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales "Ezequiel Zamora" en lo relativo a Derechos de Autor y Compromiso Ético, esto es:

Los autores de este trabajo garantizan que la contribución no ha sido tomada de ningún lugar totalmente y que los insertos parciales han sido debidamente referidos de acuerdo a la normativa vigente en la Universidad y en el país. Por lo tanto la versión presentada para ser sometida al proceso respectivo de evaluación pública por un jurado, cumple con lo estipulado por la UNELLEZ.

Atentamente,

Egaimar Peraza
Autor
C.I.
24.022.658
Sección:
Ciencias de la Salud

Ocdaly Méndez
Autor
C.I.
28.503.963
Sección:
Ciencias de la Salud

ANEXO I. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Realizar charla socializada con los empleados del departamento de estadística sobre las historias clínicas digitalizadas



Muestra del sistema de las historias clínicas digitalizadas



Revisión de los archivos manuales de las historias clínicas



Revisión de los archivos manuales de las historias clínicas