

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA



TRABAJO DE GRADO:

“DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE ARCHIVOS MÉDICOS FÍSICOS
PARA LA UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS DEL INSTITUTO
SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL REGIONAL DE SANTA
ANA, EL SALVADOR”

PARA OPTAR AL GRADO DE:

INGENIERO INDUSTRIAL

PRESENTADO POR:

AVILÉS MELENDEZ, JOSÉ ENRIQUE
CARRILLO ROSALES, GUILLERMO RENÉ
HERNÁNDEZ SANDOVAL, ERIC ALEXANDER

DOCENTE ASESOR:

ING. MERLING ARELI CORTEZ HERNÁNDEZ

MAYO, 2019

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES CENTRALES



M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO
VICE- RECTOR ACADÉMICO

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS ALVARADO.
VICE- RECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
SECRETARIO GENERAL

M.Sc. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES



DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ
DECANO

M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS
VICE - DECANO

M.Sc. DAVID ALFONSO MATA ALDANA
SECRETARIO

ING. DOUGLAS GARCÍA RODEZNO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA

Agradecimientos

Gracias a Dios y a mi familia, especialmente a mi madre María Rosa Meléndez y mi padre Manuel Avilés, por el trabajo incansable, esfuerzo y el apoyo en mi vida y carrera.

Gracias a mis hermanos Marta, Manuel, Iris, Claudia por su confianza y apoyo en cada momento de mi vida.

José Enrique Avilés Meléndez

Agradecimientos

Agradezco a Dios y a María Santísima por todas las bendiciones dadas y que todavía aun me dan, por el entendimiento, por la fortaleza, por la paciencia, por la familia que me ha regalado, por los amigos que me han permitido conocer y permitirme finalizar una pequeña etapa de mi vida que es completar mi carrera universitaria.

A mis padres, Claudia y René (Dios en gloria te tenga y este triunfo es tuyo también, y podemos decir ¡Lo Logramos!), por siempre apoyarme, por su cariño, por su paciencia, por sus consejos y por todo el sacrificio que realizaron para permitirme culminar mis estudios. ¡Ustedes son y serán mis modelos a seguir!

A mis hermanas, Erika y María de los Ángeles, gracias por el apoyo y el cariño que me han brindado y por las enseñanzas que me han dado en los momentos más difíciles.

A mi abuela Yolanda, quien una segunda madre para mí, por todo su cariño y por qué estuvo y está siempre pendiente de mí y siempre regalarme su bendición.

Al Ing. Lisandro Magaña, por todo el apoyo brindado hacia mi persona y mi familia, por sus consejos y palabras de aliento.

A todos mis compañeros, con quienes compartí muchos momentos buenos y malos, los cuales nos ayudaron a tener mayor madurez en nuestras vidas.

A mis compañeros, Eric Hernández y José Avilés, por toda la paciencia, el esfuerzo y la dedicación a nuestro trabajo de grado, y puedo decir nos llevó tiempo pero ¡Lo logramos!

A la Ing. Merling Arellano Cortez, por el tiempo, la dedicación, la paciencia, la amistad y por sus consejos; con los cuales nos ayudaron durante este camino para la realización de nuestro trabajo de grado. A cada uno de los docentes que compartieron sus conocimientos con mi persona durante esta etapa, por sus consejos, por sus llamadas de atención y su amistad.

A mis hermanos de grupo, que con sus oraciones y consejos me fortalecieron para seguir adelante, y a cada una de las personas que de una u otra forma me apoyaron para que este proyecto pudiera concretarse, ¡Gracias totales!

Guillermo René Carrillo Rosales

Agradecimientos

El presente trabajo agradezco a Dios por ser mi guía y darme sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

Dicen que la mejor herencia que nos pueden dejar los padres son los estudios, pero este no es el único legado del cual yo particularmente me siento muy agradecido, mis padres me han permitido trazar mi camino y caminar con mis propios pies.

A mis abuelas por apoyarme constantemente en mi crecimiento personal y profesional, le agradezco a Doña Therese Larkin por el apoyo y ayuda brindada en todo el proceso de convertirme en un profesional.

A mis compañeros Guillermo, Oscar, Hugo, Marlon y William por hacer más ameno este proceso de aprendizaje.

Dedico este trabajo de grado a mi abuelo Vicente Hernández.

Eric Alexander Hernández Sandoval

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO 1: GENERALIDADES	16
1.1. Antecedentes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.....	17
1.1.1. Antecedentes del ISSS en Santa Ana.....	19
1.1.2. Misión, visión y políticas del Instituto Salvadoreño del Seguro Social	19
1.1.2.1. Misión	19
1.1.2.2. Visión	19
1.1.2.3. Políticas.....	20
1.1.2.4. Organigrama del Instituto Salvadoreño del Seguro Social Hospital Regional de Santa Ana.....	20
1.2. Unidad de admisión y registros médicos	21
1.2.1. Norma para el expediente clínico en el ISSS.....	22
1.2.2. Manejo de los expedientes clínicos en archivo.....	22
1.3. Planteamiento del problema.....	25
1.4. Objetivos.....	26
1.4.1. Objetivo general.....	26
1.4.2. Objetivos específicos	26
1.5. Justificación	27
1.6. Alcances globales.....	28
1.7. Limitaciones.....	28
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	29
2.1 Enfoque de sistemas.....	30
CAPÍTULO 3: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	46
3.1 Metodología del diagnóstico de la situación actual de la UARM	47
3.2 Expediente.....	48
3.2.1 Descripción del expediente médico	49
3.2.2 Generalidades del expediente clínico.....	54
3.2.2.1 Expediente clínico en áreas de emergencia	55
3.3 Procesos de la unidad de admisión y registros médicos	56
3.3.1 Identificación de los procesos interrelacionados con la unidad de admisión y registros médicos.....	56
3.3.2. Descripción de los procesos actuales de la unidad de admisión y registros médicos.....	60
3.3.3. Medición de los procesos de la unidad de admisión y registros médicos.....	90
3.4. Puestos de trabajo de la unidad de admisión y registros médicos	100
3.4.1. Descripción de puestos en la UARM.....	100
3.4.1.1. Puesto de trabajo recepcionista.....	100
3.4.1.2 Puesto de trabajo archivista	104
3.4.2. Análisis de la carga laboral en las áreas de recepción y archivo	107
3.4.2.1. Análisis de carga laboral en recepción.....	108
3.4.2.2. Análisis carga de trabajo archivo.....	109
3.5. Instalaciones y condiciones físicas	110

3.5.1 Distribución actual de las instalaciones de la unidad de admisión y registros médicos	111
3.5.2 Descripción del área física	115
3.5.3 Capacidad de las instalaciones	116
3.5.4 Diagrama de recorrido	119
3.5.5 Análisis de riesgos de higiene y seguridad ocupacional en la UARM	121
3.5.5.1 Determinación de condiciones inseguras	122
3.5.5.2 Check list de riesgos	125
3.5.5.3 Tabla peligros detectados.....	125
3.5.5.4 Evaluación de riesgos	128
3.5.5.5 Mapa de riesgos	132
3.6. Generalidades del servicio médico	133
3.6.1. Grado de satisfacción de los usuarios del servicio médico	134
3.6.1.1. Resultado de la encuesta dirigida a los usuarios.	134
3.6.2. Análisis de datos cruzados de la encuesta.....	142
3.6.3. Grado de satisfacción de los empleados de la unidad de admisión y registros médicos ..	145
3.6.3.1. Resultados de la entrevista realizada a los empleados de la UARM	145
3.7. Análisis de contexto de la unidad de admisión y registros médicos.....	148
3.8. Conclusiones del diagnóstico de la situación actual	149
CAPÍTULO 4: DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE ARCHIVOS	152
4.1. Introducción al sistema de gestión archivos médicos	153
4.2. Esquema del sistema de gestión de archivos médicos	154
4.3. Planificación del sistema de gestión para la UARM	155
4.3.1. Objetivos	155
4.3.2. Misión	155
4.3.3. Visión	155
4.3.4. Alcance..	156
4.3.5. La política del sistema de gestión	156
4.3.6. Estructura organizativa.	157
4.4. Diseño del sistema de gestión para la UARM	161
4.4.1. Caracterización de los procesos en la UARM	161
4.4.2. Evaluación de factores de riesgo en la UARM.....	188
4.4.3. Identificación de requisitos legales	195
4.4.4. Propuesta distribución de archivos.	198
4.4.5. Matriz de comunicación.....	201
4.5. Verificación del sistema de gestión de archivos en la UARM	202
4.5.1. Seguimiento y medición	202
4.5.2. Revisión por la dirección	204
4.5.3. Auditoría interna	204
4.6. Mejoramiento del sistema de gestión de archivos de la UARM.....	206
4.6.1. Revisión por la dirección	206
4.6.2. Elementos de entrada	206
4.6.3. Elementos de salida.....	207
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	208
GLOSARIO Y ABREVIATURAS.....	212
BIBLIOGRAFÍA	215
ANEXOS	216

Anexo 1: Carta solicitud institucional al ISSS.....	217
Anexo 2: Respuesta de solicitud.....	218
Anexo 3: Imágenes del hospital regional-unidad de admisión y registros médicos.....	219
Anexo 4: Cuestionario para la encuesta a pacientes del hospital del ISSS.....	222
Anexo 5: Cuestionario para la entrevista a los empleados de la unidad de admisión y registros médicos.....	224
Anexo 6: Cuadro resumen de actividades desarrolladas del 05/11 al 09/11/18.....	225
Anexo 7: Evaluación general de riesgos recepción y archivo.....	226
Anexo 8: Evaluación general de riesgos unidad de expedientes.....	233
Anexo 9: Análisis de riesgos.....	242
Anexo 10: Matriz de riesgos.....	244
Anexo 11: Matriz de requisitos legales.....	245
Anexo 12: Matriz de comunicación.....	246
Anexo 13: Formatos hojas de control.....	247
Anexo 14: Formato reunión.....	250

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Evolución histórica del ISSS	17
Ilustración 2 Organigrama Hospital regional del ISSS Santa Ana	20
Ilustración 3 Organigrama de la unidad.....	21
Ilustración 4: Representación esquemática de los elementos de un proceso	37
Ilustración 5 Elaboración Propia.....	38
Ilustración 6 Elaboración Propia.....	39
Ilustración 7 Elaboración propia: Características del sistema de Gestión de documentos	41
Ilustración 8 Esquema diagnóstico de situación actual.....	47
Ilustración 9 Frente y reverso de la carátula del expediente	49
Ilustración 10 Hoja de identificación del paciente.....	50
Ilustración 11 hoja clínica.....	51
Ilustración 12 Evolución del caso	52
Ilustración 13 Exámenes de laboratorio.....	53
Ilustración 14 Registro de certificaciones de incapacidad temporal.....	54
Ilustración 15 Entorno de los procesos	57
Ilustración 16 Procesos de la Unidad: elaboración propia.....	57
Ilustración 17 Descripción de los procesos.....	60
Ilustración 18 Diagrama de flujo Confirmar asistencia a cita.....	62
Ilustración 19 Diagrama de flujo Asistencia a cita por condición	64
Ilustración 20 Creación de nuevos expedientes	66
Ilustración 21 Asignación de cita por condición.....	68
Ilustración 22 Diagrama de flujo de recepción de boletines.....	70
Ilustración 23 Cambio de carátula	72
Ilustración 24 Impresión agenda médica	74
Ilustración 25 Agenda médica programada	76
Ilustración 26 Recepción, clasificación y archivo de expedientes.....	78
Ilustración 27 Recepción y archivo de hojas pediátricas	80
Ilustración 28 Recepción y archivo de hojas de alta.....	82
Ilustración 29 Recepción y archivo de hojas de fisioterapia	84
Ilustración 30 Recepción y archivo de exámenes de laboratorio.....	86
Ilustración 31 Buscar y entregar expedientes clínicos.....	88
Ilustración 32 Registro y reporte de movimiento de expediente	89
Ilustración 33 Mapa ubicación Hospital Regional de Santa Ana	110
Ilustración 34 Ubicación de UARM	110
Ilustración 35 Distribución actual de Archivos	111
Ilustración 36 Distribución de planta Recepción	114
Ilustración 37 Distribución física recepción	115
Ilustración 38 Distribución del espacio en archivos	115
Ilustración 39 Diagrama de recorrido planta baja.....	120
Ilustración 40 Diagrama de recorrido planta alta.....	121
Ilustración 41 Imagen pasillos archivo	122
Ilustración 42 Pasillos archivo	123
Ilustración 43 Cafetera en archivo	123

Ilustración 44 Cielo falso archivo	124
Ilustración 45 Expedientes apilados sobre estantes	124
Ilustración 46 Mapa de riesgos archivos.....	132
Ilustración 47 Análisis FODA	148
Ilustración 48 Esquema de sistema de gestión de archivos médicos. Elaboración propia	154
Ilustración 49 Propuesta de estructura organizativa de la UAMR.....	157
Ilustración 50 Diagrama de Proceso de asignación de cita.....	162
Ilustración 51 Diagrama de procedimiento de asignación de cita	163
Ilustración 52 Diagrama de proceso de cita por condición.....	164
Ilustración 53 Diagrama de asignación de citas por condición.....	165
Ilustración 54 Diagrama de procesos crear expediente nuevo.....	166
Ilustración 55 Diagrama de creación de expedientes nuevos	167
Ilustración 56 Diagrama de proceso de recibir documentos.....	168
Ilustración 57 Diagrama de recepción de documentos	169
Ilustración 58 Diagrama de proceso de Impresión de agenda medica.....	170
Ilustración 59 Diagrama de impresión de agenda medica	171
Ilustración 60 Diagrama de procesos preparar agenda médica.....	172
Ilustración 61 Diagrama de preparación de agenda medica	173
Ilustración 62 Diagrama de proceso de Recibir y archivar expedientes médicos.....	174
Ilustración 63 Diagrama de recepción, clasificación y archivo de expedientes clínicos	175
Ilustración 64 Diagrama de proceso Buscar y entregar expedientes	176
Ilustración 65 Diagrama de búsqueda de expedientes médicos.....	177
Ilustración 66 Diagrama de proceso de recepción, Clasificación y archivo de hojas de pediatría	178
Ilustración 67 Diagrama de recepcion,clasificacion y archivo de hojas de pediatria	179
Ilustración 68 Diagrama de proceso de recepción, clasificación de hojas de alta y emergencia	180
Ilustración 69 Diagrama de recepcion,clasificacion y archivo de hojas de alta	181
Ilustración 70 Diagrama de proceso de recepción, clasificación y archivo de hojas de fisiatría	182
Ilustración 71 Diagrama de recepcion,clasificacion y archivo de hojas de fisiatria.....	183
Ilustración 72 Diagrama de proceso Recepción, clasificación y archivo de exámenes de laboratorio	184
Ilustración 73 Diagrama de recepcion,clasificacion y archivo de examanes medicos	185
Ilustración 74 Diagrama de proceso de registro y reporte de movimiento de expedientes y documentos	186
Ilustración 75 Diagrama de registro y movimiento de expedientes.....	187
Ilustración 76 Propuesta de distribución área de archivos.....	199
Ilustración 77 Solicitud institucional para elaborar el trabajo de grado	217
Ilustración 78 Respuesta solicitud ISSS	218
Ilustración 79 Entrada Hospital Regional ISSS Santa Ana	219
Ilustración 80 Expedientes cuarto #1	219
Ilustración 81 Expedientes pasillo principal	220
Ilustración 82 Expedientes final de pasillo	220
Ilustración 83 Expedientes cuarto #2.....	221
Ilustración 84 Nivel de riesgo.....	242
Ilustración 85 Tipo de riesgo	243

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Confirmar asistencia a cita.....	61
Tabla 2 Confirmación de asistencia a cita por condición	63
Tabla 3 Creación nuevos expedientes.....	65
Tabla 4 asignación de cita y cita por condición	67
Tabla 5 Recepción de boletines y expedientes provenientes de otra Unidades	69
Tabla 6 Cambio de carátula de expedientes.....	71
Tabla 7 Impresión de agenda médica.....	73
Tabla 8 Preparar agenda médica programada.....	75
Tabla 9 Recepción, clasificación y archivo de expedientes.....	77
Tabla 10 Recepción, clasificación y archivo de hojas de pediatría	79
Tabla 11 Recepción, clasificación y archivo de hojas de alta y emergencia	81
Tabla 12 Recepción, clasificación y archivo de hojas de fisiatría	83
Tabla 13 Recepción, Clasificación Y Archivo De Exámenes De Laboratorio.....	85
Tabla 14 Buscar y entregar expedientes clínicos	87
Tabla 15 Registro y reporte de movimientos de expedientes y documentos	89
Tabla 16 Elementos que componen la ficha de los procesos.....	91
Tabla 17 ficha confirmación de cita.....	91
Tabla 18 confirmar cita por condición.....	92
Tabla 19 ficha creación de nuevo cuadro	92
Tabla 20 ficha asignación de cita.....	93
Tabla 21 Ficha de recepción de boletines y expedientes de otras unidades	93
Tabla 22 ficha cambio de carátula	94
Tabla 23 ficha impresión de agenda médica.....	94
Tabla 24 ficha preparación de agenda médica	95
Tabla 25 ficha de recepción de expediente clínicos.....	95
Tabla 26 ficha de recepción y archivo de hojas pediaticas.....	96
Tabla 27 ficha de recepción y archivo de hojas de alta y emergencia.....	96
Tabla 28 ficha de recepción de hojas de fisiatría.....	97
Tabla 29 ficha de recepción y archivo de hojas de fisiatría.....	97
Tabla 30 ficha de recepción y archivo de búsqueda expediente solicitados por recepción y clínicas	98
Tabla 31 Ficha de control de movimientos diarios en archivo	98
Tabla 32 Tiempo promedio por actividad en recepción	99
Tabla 33 Tiempo promedio por actividad en archivo.....	100
Tabla 34 Actividades ejecutadas en recepción	107
Tabla 35 Actividades ejecutadas en archivo.....	107
Tabla 36 Carga de trabajo recepción	108
Tabla 37 Recepcionista necesarios	108
Tabla 38 Carga de trabajo archivo.....	109
Tabla 39 Archivistas necesarios.....	109
Tabla 40 Mobiliario de apoyo del área de archivos.....	112
Tabla 41 Estantes con expedientes clínicos de consultas	112
Tabla 42 Estantes con Hojas de altas y de emergencias	113

Tabla 43	Tabla de medidas de estantes	116
Tabla 44	Expedientes por cada 10 cm	117
Tabla 45	Uso de estantes por expedientes clínicos	118
Tabla 46	hojas de altas vestidas por estantes	119
Tabla 47	Distancia recorrida desde recepción	119
Tabla 48	Distancia recorrida desde archivo	120
Tabla 49	Peligro detectados en recepción.....	126
Tabla 50	Peligros detectados en archivo.....	128
Tabla 51	Evaluación de riesgos recepción.....	130
Tabla 52	Evaluación de riesgo archivo.....	131
Tabla 53	Cruce de variables edad, género y tipo de afiliación	142
Tabla 54	Cruce de variables género, afiliación y frecuencia de uso.....	143
Tabla 55	Frecuencia de uso y problemas en el expediente	143
Tabla 56	Especialidades y problema con expediente	144
Tabla 57	Calificación según edad de los afiliados.....	144
Tabla 58	Frecuencia de problemas con el expediente según edad.....	144
Tabla 59	Acciones de peligro	191
Tabla 60	Ejemplo de fuentes.....	191
Tabla 61	Ejemplo de situación.....	191
Tabla 62	Probabilidad de ocurrencia	192
Tabla 63	Severidad	193
Tabla 64	Tipo de riesgo	193
Tabla 65	Control de peligros.....	194
Tabla 66	Descripción de bloques de propuesta de distribución.....	200
Tabla 67	Conformación y capacidad de expedientes por bloque	200
Tabla 68	Resumen de actividades desarrolladas del 05-09/11	225
Tabla 69	Evaluación general de riesgos recepción	226
Tabla 70	Evaluación general de riesgos unidad de expedientes	233
Tabla 71	Matriz de riesgos laborales.....	244
Tabla 72	Matriz de riesgos legales.....	245
Tabla 73	Matriz de comunicación.....	246
Tabla 74	Hoja de control recepción	247
Tabla 75	Hoja de control expedientes, coordinador de la unidad.....	248
Tabla 76	Hoja de control expedientes, archivista	249
Tabla 77	Formato de revisiones	252

INTRODUCCIÓN

Las personas que son cotizantes de algún servicio médico, esperan que este servicio sea el adecuado, ya que al momento de llegar a utilizarlo, esperan que les proporcionen la mejor atención y a su vez les proporcione calidad en su servicio, pero cuando esto no ocurre; se generan retrasos y molestias a los cotizantes debido a fallas de las unidades de apoyo.

Es por ello que el propósito de este trabajo, es el Diseño de un Sistema de Gestión de archivos médicos en la Unidad de Admisión y Registros Médicos en el Hospital Regional del ISSS Santa Ana, que permita llevar un orden y una fácil ejecución del trabajo de los empleados de la institución, con lo que beneficiará a su vez, la prestación de un mejor servicio a los cotizantes de la institución.

El diseño del sistema de gestión pretende aportar una mejor visión a los problemas que están presentes en el sistema de atención y registros médicos, y así poder solucionar la problemática que tanto adolece a la institución. Es por ello que este proyecto se divide en 5 capítulos, dentro de los cuales se describen: las generalidades de la Unidad en estudio, incluyendo en esta parte: los antecedentes del ente objeto de estudio, la Unidad de Archivo y Registros Médicos con lo cual se describe como esta se compone, las funciones y tareas que se desarrollan en dicha unidad; incluye, el planteamiento del problema que tienen los usuarios por el mal funcionamiento de la unidad, además se presentan los objetivos de manera que rijan el correcto desarrollo del sistema de gestión, también incluye la justificación al problema que se pretende solucionar.

Se presenta un apartado en el cual se presenta un conocimiento teórico, sobre lo es un sistema de gestión de modo que permita generar una mejor visión al cual irá enfocado este sistema y la metodología que servirá de base para su puesta en marcha.

En el capítulo 3 se desarrolla la parte de diagnóstico de la situacional, con el fin de obtener el conocimiento de cómo funciona actualmente la UARM; entre estos como se conforma el expediente clínico, puestos de trabajo, distribución de dicha Unidad, opiniones de los empleados destacados en la Unidad, así como también la de los usuarios, lo cual permite conocer fortalezas y

debilidades de la Unidad, lo cual ayudará a la elaboración del diseño del sistema de gestión, ya que en base a ese resultado obtenido se obtienen posibles soluciones a la problemática existente.

Por último se presenta el diseño del sistema de gestión basado en el ciclo PDCA; así con lo planteado en este documento, se beneficiará la obtención del historial clínico de forma rápida y precisa, lo que puede salvar vidas ya que estas contienen el cuadro médico, prescripciones de medicina realizadas y datos generales de la persona, debido a esto es de suma importancia contar con una Unidad de Admisión y Registros de Médicos eficiente, en la cual se cuente con el personal necesario, un sistema o métodos de archivos adecuado y una correcta distribución del espacio físico asignado.

CAPÍTULO 1: GENERALIDADES

1.1. Antecedentes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

La creación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social se origina en la llamada “Época Oro de El Salvador”, cuando el desarrollo urbano y económico hacía florecer a la “pequeña gran ciudad” que ahora conocemos como San Salvador.

En el año de 1923 se realiza una reunión con representantes de varios países de Latinoamérica, en uno de los puntos de dicha reunión se habla sobre la creación de instituciones de seguridad social que se debe realizar al más corto plazo, El Salvador se muestra a favor de la iniciativa, pero no es hasta el año de 1945 mediante reformas a la Constitución de 1886, el Legislativo introdujera una norma en el artículo 57 que rezaba: “Una ley establecerá el seguro social con el concurso del estado, de los patronos y de los trabajadores”.



Ilustración 1 Evolución histórica del ISSS

Antes de poner en marcha la asistencia médica a la población salvadoreña se realizaron una serie de acciones para contar con la infraestructura necesaria para montar una red de hospitales del ISSS.

En esa época don Orlando De Sola p., quien era propietario del hospital “La Merced” situado fuera de la zona hospitalaria (25 Avenida Norte y Calle Arce) donó al Seguro Social casi todo el material médico quirúrgico, mobiliario y hasta una ambulancia que facilitó el traslado de los primeros pacientes que

recibieron atención en el Consultorio No.1 del Instituto, que estuvo ubicado sobre la Alameda Roosevelt, donde hoy se encuentra “Almacenes SURISSA”.

En la inauguración del primer centro de atención médica del ISSS el Coronel Oscar Osorio dijo: “Este primer consultorio externo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social constituye, por decirlo así, la primera expresión material de un nuevo Estado de Justicia que conducirá a un nuevo “contrato social”, que marcará una nueva vida de relación entre la clase patronal, la clase asalariada y el Estado. Esta expresión se llama, en sus aspectos generales, “Justicia Social” y en el aspecto específico, al que debo referirme en este instante, “Asistencia Social”. En nombre del Gobierno de la República doy por inaugurado el primer consultorio externo del Seguro Social Salvadoreño. Gracias”.

Así sucesivamente se fue acrecentando la Institución con Unidades localizadas en el interior del país.

Al momento de comenzar a afiliar empresas y trabajadores hubo en la institución preocupación de cómo hacerlo con mayor efectividad y exactitud. Fue así como el Instituto adquirió un equipo de máquinas que, por medio de tarjetas perforadas, facilitó ese proceso inicial calculando que ya existían más de 17 mil empleados y operarios en la ciudad de San Salvador. Se priorizó pues la afiliación de los empleados de las grandes fábricas de café y jabón que se hallaban en Santa Tecla.

Indudablemente, los servicios médicos demandaban cada vez mejores instalaciones, más personal y mayores especialidades. Es indudable que el Seguro Social se ha convertido en una institución indispensable en nuestra sociedad, no sólo porque conlleva una filosofía de protección al trabajador en el ámbito de salud y laboral, sino porque en el mismo hay tres principios fundamentales que respetar: Universalidad, Solidaridad y Equidad.

Asimismo, el Seguro Social cobra gran importancia en un país como El Salvador, donde se da un acelerado crecimiento de la población y, por ende, se requiere de nuevos programas encaminados a garantizar la salud del ciudadano, como una mejor y ágil atención, gente profesional con especialización en sus respectivas áreas y sobre todo, que reconozcan su deber para con los derechohabientes.

Además, el Instituto brinda un valioso aporte a sus asegurados a través de su Programa de Inmunizaciones, dotando de esquemas completos de inmunización a adultos y niños beneficiarios de los derechohabientes.¹

¹ Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sitio Web de la institución destinado a ofrecer información acerca de los servicios médicos y administrativos disponible en: <http://www.iss.gov.sv>, consultado en marzo 2018.

1.1.1. Antecedentes del ISSS en Santa Ana

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social en Santa Ana cuenta con un Hospital Regional ubicado en colonia El Palmar en el local que anteriormente fue la Escuela Nacional de Agricultura (E.N.A.), el Hospital se inauguró el primero de Julio de 1970, con el fin primordial de dar atención a la población asegurada de la localidad.

En Consulta Externa se cuenta con 31 consultorios para la atención de las diferentes especialidades, tales como: Cardiología, Cirugía general, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Ginecología. Ginecobstetricia, planificación familiar y prenatal, Fisiatría (medicina física y rehabilitación), Medicina general, Medicina interna, Medicina ocupacional (medicina del trabajo), Pediatría, Psiquiatría, Traumatología y ortopedia, Nefrología, Neumología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Nutrición, Odontología y Cirugía Oral, Neurología, Neurocirugía, Curaciones e Inyectables y Toma de Electrocardiogramas.

Los demás servicios de consulta externa y farmacia se brindan en la unidad médica ubicada en las instalaciones del ex colegio San José, dicha unidad se apertura en el año 2012, este traslado de los servicios se realiza para agilizar y mejorar el servicio, “El derecho habiente va a tener en un solo local todos los servicios, los cuales han sido integrados, en un mismo lugar va a tener la consulta externa, se le va a poder dar su cita de laboratorio desde la Unidad Médica para que solo venga a hacerse los exámenes al hospital” explicó el Dr. Miguel Hernández, sub director del hospital.

1.1.2. Misión, visión y políticas del Instituto Salvadoreño del Seguro Social

1.1.2.1.Misión

Brindar de manera integral atención a la salud y prestaciones económicas a los derechohabientes, con calidad, eficiencia, ética profesional, basados en una vocación de solidaridad social, transparencia y sustentabilidad financiera.

1.1.2.2.Visión

Ser modelo de atención en salud, con excelencia en el servicio, en el que se promueven procesos ágiles y descentralizados, con financiamiento solidario y oportuno, dirigido hacia la universalidad de la protección social.

1.1.2.3. Políticas

1. Adoptar el Sistema de Calidad que garantice la atención en salud y prestaciones económicas integrales a los derechohabientes.

2. Ampliar la cobertura de Protección Social a la población económicamente activa.

1.1.2.4. Organigrama del Instituto Salvadoreño del Seguro Social Hospital Regional de Santa Ana

Ana

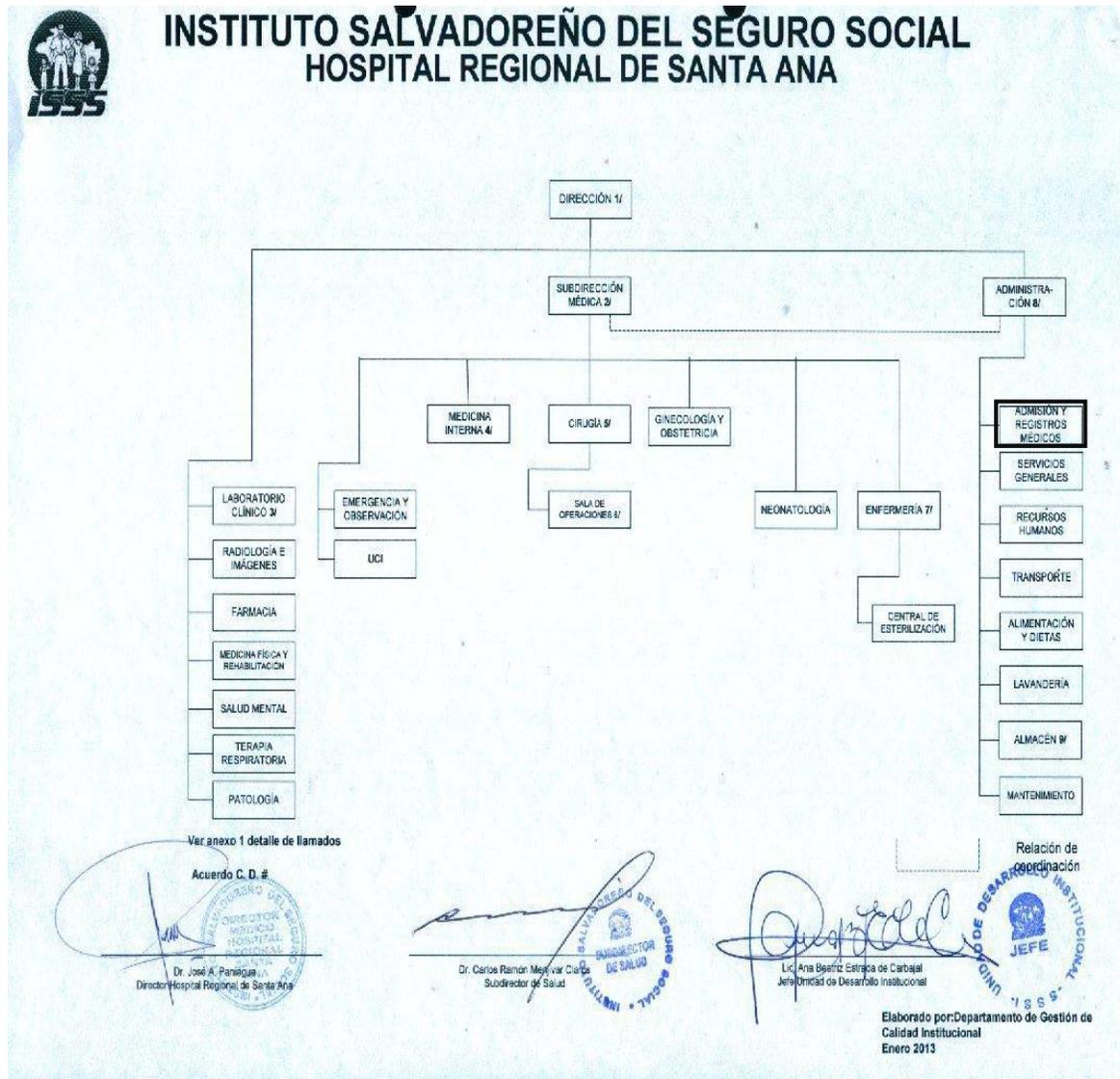


Ilustración 2 Organigrama Hospital regional del ISSS Santa Ana

1.2.Unidad de admisión y registros médicos

Esta unidad se encarga de llevar el control de los servicios de consulta brindados en las especialidades de fisiatría, oftalmología, otorrinolaringología, hospital y emergencias.

Esta a su vez, depende dentro del hospital directamente de la Administración, como puede verse en la ilustración 3; y está conformada por un total de 7 personas las que trabajando dentro de la unidad:

- Jefe de Admisión y Registros Médicos (1)
- Archivista (5)
- Recepcionista (1)



Ilustración 3 Organigrama de la unidad

Los cuales deben de ejecutar ciertas funciones para el debido funcionamiento de la unidad de admisión y registros médicos las cuales son:

1. Ofrecer servicio oportuno y eficaz de apoyo administrativo en los ingresos, traslados y egreso de los pacientes.
2. Coordinar con las áreas responsables los sistemas y formas de registro y captación de información.
3. Atender oportunamente las órdenes de Hospitalización de pacientes al Hospital.
4. Llenar las formas de ingreso Hospitalario.
5. Adjuntar los resultados de exámenes en sus respectivos expedientes clínicos.
6. Elaborar los informes mensuales requeridos y remitirlos a la Subdirección Administrativa.
7. Velar por la claridad y exactitud de las historias clínicas y por la precisión de los datos en todos los formularios que las componen, específicamente en lo que atañe a información imprescindible.
8. Registrar y controlar a los pacientes atendidos mediante convenios, respetando la documentación estipulada por los mismos.²

² Manual de organización hospital regional de Santa Ana, marzo 2013

Al tener consultas de 3 especialidades en el Hospital Regional se hace necesario tener expedientes de las personas atendidas llegando a manejar dos tipo de expedientes: expediente de color amarillo que representa a la persona asegurado/pensionada y el expediente de color celeste que viene a representar al conyugue de la persona que está asegurado y que también goza del servicio de atención hospitalaria; es debido a esto que surge la necesidad de llevar un control de los expedientes y se instala la unidad de admisión y registros médicos.

Estos a su vez se clasifican de 2 formas:

1. Por fecha: si la persona que goza del servicio hospitalario de manera seguida, su expediente se encuentra a la mano para poder ser utilizado durante las citas con los médicos.
2. Por año

1.2.1. Norma para el expediente clínico en el ISSS

El expediente clínico es un documento muy importante que permite mantener los registros médicos organizados adecuadamente, este documento sirve como apoyo en el área médica, legal, administrativa y académica; la correcta administración y gestión del expediente clínico como un sistema integrado de gestión de archivos clínicos permite mejorar la atención de los pacientes, optimizar los tiempos de ejecución de tareas de los empleados, y la obtención de la información con fines médicos en el momento oportuno, también funciona como una fuente de información valiosa con fines académicos.

Es por ello, que el expediente clínico constituye un elemento muy valioso en los procesos de atención de los pacientes. Por este motivo, es necesario asegurar que exista un sistema de gestión de archivos clínicos que optimice el manejo de los expedientes desde la apertura de los mismos hasta el manejo rutinario de cada uno, el manejo de los expedientes debe responder con criterios de calidad, entrega oportuna e integra de cada expediente clínico.

1.2.2. Manejo de los expedientes clínicos en archivo.

Para un manejo adecuado del expediente clínico es necesario cumplir con las siguientes normas definidas por la Dirección Técnica Normativa del ISSS.

- 1 El personal de archivo del ISSS, debe conocer, cumplir y hacer cumplir todos los documentos regulatorios vigentes, que le son aplicables por el ejercicio de las funciones directas e indirectas que le corresponden a su cargo.

- 2 La función propia del archivo clínico es la constitución, manejo y custodia de los expedientes clínicos de los pacientes del centro de atención así como proveer insumos para la elaboración de la Estadística y la Bioestadística que se deriva de los mismos, debiendo dar cumplimiento a los procedimientos que forman el Proceso de Archivo Clínico Vigente.
- 3 El personal de Archivo clínico debe utilizar el uniforme correspondiente para la atención directa de los derechohabientes, portando en todo momento y en lugar visible el Carné de Identificación Institucional.
- 4 La ubicación del archivo clínico debe adecuarse en la medida que las posibilidades de infraestructura así lo permitan a los diferentes procesos con los cuales se relaciona, según nivel de complejidad del Centro de Atención.
- 5 El local del archivo clínico virtualmente se divide en dos áreas: una destinada a las labores de formación de expedientes, para lo cual se necesita de escritorios o mesas de trabajo dependiendo del número de personas que lo integran y otra área ocupada por los anaqueles que guardan los expedientes clínicos. Debe contar en la medida de lo posible con buena iluminación y ventilación.
- 6 Para las diferentes actividades del expediente clínico se hará uso de archivadores metálicos, tipo anaquel de 106 cm. de frente, 30 cm. de fondo y de 190 cm. de alto con 4 entrepaños de manera que en cada unidad quepan en promedio más o menos 1400 expedientes.
- 7 Los archivadores se dispondrán en filas dobles con circulación intermedia que no sea menor a setenta centímetros (70 cm.), debiendo ser fijados entre ellos mismos y hacia la infraestructura del edificio, en no menos de tres puntos.
- 8 Los expedientes clínicos deben ser archivados secuencialmente por años y número de afiliación, de forma tal que facilite su extracción o futuras depuraciones y descartes.
- 9 Los expedientes clínicos son propiedad de la Institución y del Paciente, sin embargo y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deben ser conservados por un periodo de 2 años como activos partiendo de la fecha del último acto médico registrado y posteriormente por un periodo de tres años como pasivos hasta completar cinco años de conservación requeridos para su descarte. Se exceptúa a lo anterior los expedientes de los Centros de Chequeo los cuales se registrarán por los lineamientos en vigencia establecidos para el funcionamiento de los mismos.
- 10 Los expedientes Clínicos activos y pasivos, deberán ser conservados preferentemente en la misma Área pero separados unos de otros, de forma tal que si un expediente esta pasivo y se presenta nuevamente el usuario, pueda ser extraído y pasan a formar parte nuevamente de los activos. Los

Expedientes de fallecidos y los niños mayores de la edad que el ISSS establezca como tope para prestación a este grupo, formarán parte de los pasivos.

- 11 Cuando el número de expedientes de un Centro de Atención sobrepase la capacidad de almacenamiento del archivo clínico, se podrá disponer de una bodega para depósito de la papelería o expedientes pasivos, la cual estará bajo la responsabilidad del personal de Archivo clínico.
- 12 Para los Pacientes que se inscriben en los diferentes Programas Médicos Preventivos, el Archivista deberá integrar a sus Expedientes Clínicos la papelería correspondiente a cada Programa verificando que todas las hojas estén rotuladas.
- 13 Los expedientes clínicos activos, voluminosos, (mayores de 10 centímetros de grosor) deberán ser seleccionados por el personal de archivo clínico, remitiéndolos a la Dirección local o a la Jefatura del servicio clínico para la elaboración de una epicrisis o resumen clínico de evolución de caso por especialidad.
- 14 Las hojas que fueron objeto de epicrisis o resumen clínico de los expedientes clínicos activos voluminosos, deben almacenarse como expediente pasivo, por el periodo de años necesarios a partir de su depuración para proceder a su descarte final; lo cual debe hacerse siempre que sea necesario. Excepcionalmente; algunos expedientes clínicos pueden ser resguardados perdurablemente por su valor epidemiológico, de estudio o histórico.
- 15 Para la realización de epicrisis o resúmenes de los expedientes clínicos voluminosos, los Directores de los Centros de atención deberán dar cumplimiento a las regulaciones contenidas en el numeral 6 de la "Norma para la depuración y descarte de expedientes clínicos y otros Documentos de Servicios clínicos auxiliares"
- 16 El personal de archivo Clínico en el ejercicio de sus funciones es el único apto para la custodia del Expediente clínico sin perjuicio del personal de las dependencias institucionales de salud, que por brindar Atención a pacientes, deban hacer uso de estos documentos, siendo responsables de su buena conservación, mientras se está atendiendo al paciente.

1.3.Planteamiento del problema

Todas las instituciones de salud deben llevar un expediente clínico, en donde se registren cronológicamente las condiciones de salud y las acciones que realizan los equipos médicos para mejorar salud de los usuarios. El Hospital Regional de Santa Ana no es la excepción, éste debe asegurar la gestión eficaz del documento, porque es un elemento vital en el proceso de atención de los usuarios.

El área encargada de gestionar el historial clínico de los pacientes en el Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana, es la unidad de **ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS**, esta unidad administra el historial de las especialidades de oftalmología, otorrinolaringología y fisioterapia, es responsable de la organización, custodia, utilización, archivo y conservación de los expedientes clínicos.

Actualmente, el proceso de atención de los pacientes está siendo afectado por diferentes problemas que evitan el desarrollo normal y efectivo de las actividades diarias de la unidad, algunos de estos son:

- Daños de los expedientes clínicos (*Ilustración 80 Expedientes cuarto #1* pág.219),
- Deficiente identificación de los estantes (*Ilustración 81 Expedientes pasillo principal* pág.220),
- Extravió de expedientes clínicos,
- Desorden en las instalaciones (*Ilustración 82 Expedientes final de pasillo* pág.220),
- Manejo inadecuado de los expedientes,
- Incumplimiento de normas de seguridad e higiene ocupacional (*Ilustración 83 Expedientes cuarto #2* pág.221)
- Sobrecarga de trabajo por ineficientes procesos de gestión de archivos clínicos.

La obtención del historial clínico de forma rápida y precisa es vital para salvar vidas, ya que este contiene los datos generales de los pacientes, prescripciones médicas, exámenes realizados anteriormente. Por esta razón, es un grave problema mantener un sistema de gestión de archivos médicos deficiente en la unidad de admisión y registros médicos.

Por tal motivo, se pretende con esta investigación ofrecer una propuesta clara, que brinde una solución a los principales problemas que actualmente se encuentran en la Unidad de Admisión y Registros Médicos en Hospital Regional de Santa Ana, y con esto se mejore la calidad de los servicios ofrecidos; beneficiando a los principales interesados en este servicio los **USUARIOS** que regularmente requieren de atención médica, así como también: los colaboradores de la unidad, médicos y enfermeras.

1.4.Objetivos

1.4.1. Objetivo general

- Diseñar un sistema de gestión de archivos médicos físicos en la Unidad de Admisión y Registros Médicos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social Hospital Regional de Santa Ana, El Salvador.

1.4.2. Objetivos específicos

- Definir una metodología para el diagnóstico de la situación actual y del diseño de un sistema de gestión de archivos físicos en la unidad de admisión y registros médicos.
- Identificar los elementos actuales de UARM.
- Realizar un diagnóstico y análisis de la situación actual de los procesos de manejo de los archivos médicos físicos en la unidad de admisión y registros médicos en el Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana.
- Determinar los documentos que constituyen el sistema documental de la unidad.
- Describir los puestos de la actual estructura organizacional de la Unidad.
- Identificar normativas vigentes que se relacionan con los procesos y procedimientos de la unidad de archivos médicos.
- Proponer un Sistema de Gestión de Archivos Médicos Físicos para la UARM.

1.5. Justificación

Las instituciones de salud son las encargadas de promover la salud y el bienestar de las personas, el Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana, es uno de los responsables para cumplir este objetivo de desarrollo sostenible en la región, es importante que este tipo de instituciones garanticen un servicio rápido, oportuno y con un alto grado de seguridad a los pacientes en cada uno de los procesos involucrados en la atención médica.

El servicio de archivo clínico, es uno de los eslabones fundamentales en el proceso de atención médica en esta institución de salud, esta unidad permite registrar los datos generales, historial clínico, exámenes y otros datos importantes de los pacientes, también sirve como medio de comunicación entre los profesionales para mantener la información actualizada de cada uno de los pacientes.

En la actualidad una gran cantidad de problemas están afectando la gestión adecuada de los expedientes, los retrasos en la atención de los pacientes se han convertido en algo cotidiano, algunas veces por dificultad para encontrar el expediente o por extravió del mismo, estos eventos pueden ser perjudiciales para la seguridad de los pacientes, por lo tanto se debe hacer un esfuerzo para mejorar el desempeño del procesos en general.

Por estos motivos es necesario proponer el diseño de un sistema de gestión de archivos médicos físicos en Unidad de Admisión y Registros Médicos, para asegurar que el servicio se ejecute eficientemente y en consecuencia mejorar la calidad en todo el proceso de atención médica a los usuarios del Instituto Salvadoreño del Seguro Social Hospital Regional de Santa Ana.

1.6. Alcances globales

- Propuesta de mejora de los principales procesos de gestión de archivos clínicos
- Propuesta de redistribución en planta de la unidad de admisión y registros médicos cumpliendo con las normas técnicas establecidas
- Análisis de carga de trabajo
- Propuesta de normas de higiene y seguridad industrial aplicadas a la unidad de admisión y registros médicos según la ley general de prevención de riesgos en los lugares de trabajo

1.7. Limitaciones

Existían diferentes limitaciones que retrasaron la correcta finalización de cada una de las propuestas descritas, pero con la organización adecuada y la disposición necesaria para realizar las acciones pertinentes se pudieron superar obstáculos:

- Poco tiempo disponible para ofrecer información por parte de los empleados debido al poco tiempo que tenían disponible.
- Ausencia de un control de expedientes físicos movilizados.
- Desactualizado registro de expedientes existentes.
- Las dimensiones del área utilizada para almacenar los expedientes.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 ENFOQUE DE SISTEMAS

La teoría general de sistemas afirma que las propiedades de los sistemas no pueden describirse significativamente en términos de sus elementos separados. La comprensión de los sistemas sólo ocurre cuando se estudian globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus partes.

A su vez, un sistema es un conjunto o combinación de cosas, o partes o elementos que interactúan entre sí y forman un todo complejo.

Estos elementos tratan siempre de alcanzar un objetivo, y reaccionarán globalmente ante cualquier estímulo producido en cualquiera de sus partes o unidades (Calidad y Gestión-Escuchamos problemas y devolvemos soluciones, 2008-2011).

2.1.1. PARÁMETROS DE LOS SISTEMAS

Entre los parámetros que permiten definir a los sistemas se encuentran los siguientes:

- Entrada o insumo. (Datos, energía, entre otros) Es la fuerza de impulso o de arranque del sistema, suministrado por el material, información o la energía necesarios para la operación de éste.
- Salida o producto. (Información, energía, materia) Es la finalidad para la cual se reunieron elementos y relaciones del sistema.
- Procesamiento. Es el mecanismo de conversión de entradas en salidas.
- Retroalimentación. Es la función del sistema que busca comparar la salida con un criterio estándar previamente establecido.
- Ambiente. Es el medio que rodea externamente al sistema. Existe una constante interacción entre ambos (Calidad y Gestión-Escuchamos problemas y devolvemos soluciones, 2008-2011).

Un grupo de elementos no constituye un sistema si no hay una relación e interacción que dé la idea de un “todo” con un propósito.

2.1.2. LA ORGANIZACIÓN COMO SISTEMA

Una empresa es un sistema creado por personas, que mantiene una interacción dinámica con su ambiente, influye sobre él y recibe influencias de éste.

En las organizaciones el comportamiento humano nunca es totalmente previsible, las personas son complejas, responden a muchas variables que no son totalmente comprensibles. Por ello, la administración no puede esperar que consumidores, proveedores, agencias reguladoras y otros tengan un comportamiento previsible.

Ante tal situación, la organización necesita conciliar dos procesos opuestos pero imprescindibles para su supervivencia:

La tendencia del sistema a permanecer estático o en equilibrio, manteniendo su "statu quo" interno.

La necesidad de cambio en la organización del sistema, debida a su interacción con el ambiente externo, que altera su statu quo interno (Calidad y Gestión-Escuchamos problemas y devolvemos soluciones, 2008-2011).

La Unidad de Admisión y Registros Médicos se puede conceptualizar como un sistema abierto, puesto que sus fronteras son relativamente difusas y son frecuentes las interacciones entre el entorno y los diversos elementos del sistema.

Los dos subsistemas principales que integran el sistema son: a) el tecnológico, formado por los elementos que transforman las entradas del entorno en servicios, y b) el administrativo, compuesto por los elementos que ayudan a coordinar y dirigir las actividades de la Unidad.

2.1.3. SISTEMA DE GESTIÓN

Un Sistema de Gestión (SG) es una serie de procesos, acciones y tareas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos (personas, procedimientos, estrategias, planes, recursos, productos, etc.) para lograr el éxito sostenido de una organización, es decir, disponer de capacidad para satisfacer las necesidades y las expectativas de sus clientes o beneficiarios, trabajadores y de otras partes interesadas a largo plazo y de un modo equilibrado y sostenible (Integra, 2017).

Un **sistema de gestión** es una herramienta que permitirá optimizar recursos, reducir costes y mejorar la productividad en una empresa. Este instrumento de gestión reportará datos en tiempo real que permitirán tomar decisiones para corregir fallos y prevenir la aparición de gastos innecesarios.

Los **sistemas de gestión** están basados en normas internacionales que permiten controlar distintas facetas en una empresa, como la calidad de su producto o servicio, los impactos ambientales que pueda ocasionar, la seguridad y salud de los trabajadores, la responsabilidad social o la innovación.

Un **sistema de gestión** está especialmente recomendado a cualquier tipo de organización o actividad orientada a la producción de bienes o servicios, que necesiten de la **gestión de sistemas** una herramienta útil para mejorar la empresa (Naranjo, 2015).

Existen un gran número de organizaciones que aprovecharon las ayudas públicas, y/o por requerimiento de clientes y/o proveedores, que afrontaron la implantación de sistemas de gestión unidos siempre a certificaciones en normas de referencia como:

- ISO 9001: Sistemas de Gestión de Calidad
- ISO 14001: Sistemas de Gestión Ambiental

- ISO 45001: Sistemas de Gestión de Seguridad e Higiene Ocupacional
- ISO 20000: Sistemas de Gestión de Servicios de TI
- UNE 166002: Sistemas de Gestión de I+D+i
- Etc.

Dirigir y operar una organización con éxito requiere gestionarla de una manera sistemática.

El sistema de gestión debe mejorar continuamente la eficacia y eficiencia del desempeño de la organización, de modo que gestionar una organización incluye gestionar la calidad entre otras disciplinas de gestión.

El éxito de una organización debería ser el resultado de implantar y mantener un sistema de gestión orientado al cliente, a partir de la definición de sistemas y procesos que resulten:

- Claramente comprensibles,
- Gestionables, y
- Mejorables con la finalidad de asegurar la eficaz y eficiente operación y control de los procesos.

Con el objeto de establecer una organización orientada al cliente, pueden emprenderse actividades que favorezcan este enfoque, tales como:

- Definir y promover procesos que lleven a mejorar el desempeño de la organización
- Adquirir y utilizar información del proceso en forma continua
- Dirigir el progreso de la organización hacia la mejora continua.
- Utilizar métodos adecuados para evaluar la mejora del proceso

(Calidad y gestión-Escuchamos problemas y devolvemos soluciones, 2008-2011).

Dicho Sistema es dinámico y actúa de manera lógica y coordinada para que sus productos y servicios logren la satisfacción de sus clientes o usuarios; como las expectativas o necesidades de los clientes son cambiantes el sistema se debe renovar continuamente para responder a estos cambios; en esta etapa es de gran ayuda el ciclo PHVA. Esto implica para la organización preparar una serie de documentos que le sirvan para establecer el qué hacer, cómo hacerlo, cómo medirlo y cómo lograr su mejora.

Para las etapas de planeación, implementación, verificación y mejora es necesario contar con la documentación que describen las normas que conforman el sistema.

2.1.3.1. Un sistema de gestión para la mejora continua

Las organizaciones desarrollan unos procesos y unos estándares para medir y cumplir con esos estándares; integran los principios de su negocio en los sistemas de gestión. Algunas empresas tienen un enfoque holístico, conjugando en un solo sistema la calidad, la seguridad, el medioambiente y la salud.

En cualquier caso, muchas empresas no sacan el máximo provecho de sus sistemas de gestión, porque en general son percibidos como un instrumento para mantener el status y no como medio para gestionar el cambio y la mejora.

Sin embargo, un sistema de gestión eficaz debe proporcionar valor añadido a la empresa, esencialmente permitiendo hacer las cosas mejor, de forma más barata o más rápida, a medida que el sistema se desarrolla. Los principales estándares de sistemas de gestión ponen énfasis en la mejora continua.

Implantar un sistema de gestión da la oportunidad de centrarse en optimizar las áreas que más importan a la empresa y a su entorno (DNV.GL, 2015).

2.1.3.2. ¿Por qué implantar un sistema de gestión?

Cada vez más, las organizaciones se enfrentan a demandas de rentabilidad, calidad y tecnología que contribuyan al desarrollo sostenible. Un sistema de gestión eficiente puede ayudar a convertir esas presiones en una ventaja competitiva.

La sociedad y los consumidores se dirigen cada vez más a la tolerancia cero con relación al riesgo. Los reguladores e instituciones están respondiendo con regulaciones más estrictas y completas, y requisitos de informe más detallados. Como resultado, las empresas se ven obligadas a adaptarse a la nueva realidad, donde el cumplimiento legal y normativo se ha convertido en el estándar mínimo.

Las mejores empresas van más allá el cumplimiento como parte de una estrategia competitiva. La gestión del riesgo se está convirtiendo en el núcleo del negocio y los procesos de gestión como una manera de mantenerse a la vanguardia del juego (DNV.GL, 2015).

El trabajo de Karapetrovic y Willborn (1998) : "Integration of quality and environmental management systems", aclara las principales ventajas y mejoras que se obtienen de la integración de los sistemas, que son: mejora del desarrollo y la transferencia tecnológica, mejora de la ejecución operativa, mejora en los métodos internos de gestión y en los equipos multifuncionales, mayor motivación del personal y menor número de conflictos interfuncionales, reducción y mayor coordinación de las múltiples auditorías, aumento de la confianza de los clientes e imagen positiva en la comunidad y el mercado, reducción de costes y una reingeniería más eficiente.

Aunque el proceso de confección del SIG se facilita gracias a la gran capacidad combinatoria normativa y los enlaces previstos entre ISO 9001 y la ISO 45001, pueden surgir dificultades operativas en la integración del primero con los demás, dado que los dos últimos mantienen una fuerte orientación a procesos y al ciclo de mejora continua de Deming: "Planificar-Hacer-Verificar-Actuar" (PHVA-PDCA). (REYERO, 2000)

La documentación es el eje central a través del cual giran las comunicaciones entre todas las personas que intervienen en el sistema; convirtiéndose en la base para administrar el sistema, logrando, de esta manera, llevar a la organización a alcanzar niveles competitivos de eficacia y eficiencia. Para las etapas de planeación, implementación, verificación y mejora es necesario contar con la documentación que describen las normas que conforman el sistema.

2.2.NORMAS ISO

Las normas ISO tienen como origen la Segunda Guerra Mundial (1940), cuando los soldados de diversos países tuvieron problemas al ayudarse, ya que no contaban con un mismo sistema de medida sus tuercas eran diferentes a los tornillos, las armas no coincidían con el calibre de las municiones.

Es hasta en 1946 que delegados de 25 países se reúnen en Londres, Inglaterra, en dicha reunión se acordó crear una nueva organización con el objetivo de “facilitar la coordinación internacional y la unificación de estándares industriales”³. Esta organización recibe el nombre de Organización Internacional de Normalización con sus siglas ISO que se deriva de un prefijo griego que significa “igual”.

Actualmente ISO es una organización internacional no gubernamental que cuenta con miembros de 161 países que conforman los 780 comités técnicos los cuales son grupos de expertos en temas específicos y desarrollan la normalización de este.

“ISO ha publicado 22188 Normas Internacionales y documentos relacionados, que cubren casi todas las industrias, desde la tecnología hasta la seguridad alimentaria, la agricultura y la sanidad. Las Normas Internacionales ISO impactan a todos, en todas partes.”⁴

2.2.1. BENEFICIOS DEL USO DE NORMAS ISO

³ Pulido, Humberto. CALIDAD TOTAL Y PRODUCTIVIDAD, tercera edición, Mc Graw Hill, México 2010 (pag 58)

⁴ Página oficial ISO: <https://www.iso.org/about-us.html>

Los beneficios de contar con un sistema estandarizado son notorios en medidas como el peso, distancias, pero en el paso de los años se han desarrollado estándares para todas las cosas de uso diario como zapatos, ropa, etc. Así también surgen nuevas tecnologías que requieren tener métricas estándar necesarios para la conectividad entre dispositivos como lo son las señales de Wi-Fi.

Dentro de los beneficios que se obtienen al usar las normas ISO se encuentran:

- No distingue entre tamaño de la organización, es funcional en empresas multinacionales como en micro y pequeñas empresas.
- El uso de procedimientos de aplicación y registros en las normas ISO permiten aplicar técnicas de nivel empresarial actuales que mejoran la gestión de cualquier sistema.

2.2.2. NORMA ISO-9001:2015

Dentro de las normas publicadas se destaca la familia de normas ISO-9000 a diferencia de las otras normas que son específicas para un producto, material o proceso particular, la ISO-9000 se enfoca como un estándar para los sistemas de gestión de calidad (SGC). La norma ISO-9001:2015 en su quinta edición anula y sustituye la cuarta edición (ISO-9001:2008).

La ISO-9001 ayuda a las organizaciones con las necesidades y expectativas generadas en los clientes además de los siguientes beneficios:

- a. Capacidad para proporcionar productos y servicios que cumplan con los requisitos del cliente así como los legales.
- b. Aumenta la posibilidad de satisfacer al cliente.
- c. Abordar los riesgos y oportunidades asociadas a los objetivos.

2.2.2.1.PRINCIPIOS DE LA NORMA ISO-9001:2015

Esta norma internacional se basa en 7 principios de la calidad que son utilizados por las Altas Gerencias como guía para la mejora continua de la calidad, estos principios son:

1. Enfoque al cliente

El éxito de una organización se alcanza cuando el cliente siente sus necesidades actuales y futuras satisfechas, cada aspecto con la interacción que se da con el cliente genera oportunidades para aumentar el valor para el cliente, así atraer y conservar la confianza de los clientes.

2. Liderazgo.

Crear y tener líderes en los diversos niveles establecidos dentro de la organización para mantener el propósito, dirección y gestión de las personas y así alcanzar las metas y objetivos comunes de la organización alineando sus estrategias, políticas, procesos y recursos.

3. Compromiso de las personas.

Cada una de las personas que componen a estructura organizativa debe estar comprometidos con el fin común de la organización, aumentando la capacidad para generar y proporcionar valor.

4. Enfoque a procesos.

Los sistemas de gestión se conforman de procesos estrechamente relacionados para alcanzar resultados coherentes y posibles de forma eficiente y eficaz, conociendo las capacidades de la organización.

5. Mejora.

Toda organización que pretende alcanzar el éxito se debe a un constante de mejoras que reaccione a los cambios en sus condiciones tanto internas como externas para crear nuevas oportunidades.

6. Toma de decisiones basada en la evidencia.

Las mejores decisiones se basan en el análisis y evaluación de los datos e información que se tienen para minimizar el grado de incertidumbre que se puede generar al tomar decisiones.

7. Gestión de relaciones.

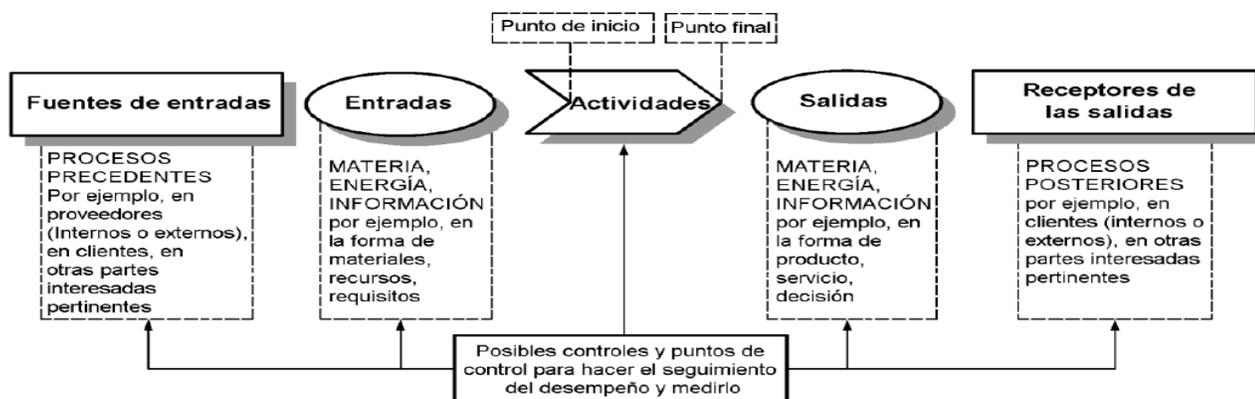
Todas las partes interesadas influyen en el éxito de la organización mediante la gestión de las relaciones para optimizar el desempeño.

2.2.2.2.ENFOQUE ISO-9001:2015

Esta norma promueve el enfoque basado en procesos en el cual se desarrolla, implementa y mejora el sistema de gestión y con ello la satisfacción del cliente. Este enfoque a procesos implica la definición y gestión sistemática de los procesos y sus interacciones para alcanzar los resultados deseados basados en las políticas de calidad y la dirección estratégica de la organización.

La norma tiene un enfoque a procesos basado en el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA o PDCA por sus siglas en ingles), también conocido como el círculo de Deming el cual plantea una estrategia de mejora continua basado en cuatro pasos.

El ciclo PHVA permite a las organizaciones asegurarse de que cada uno de sus procesos cuente con los recursos y la gestión adecuada de manera que permite la oportunidad de realizar mejoras.



Los cuatro pasos del ciclo PHVA son:

- **PLANIFICAR:** Se deben establecer los objetivos y recursos del sistema y los procesos para generar y proporcionar los resultados que los clientes requieren e identificar y abordar los riesgos y las oportunidades.
 - **HACER:** Implementar lo planificado, determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, la implementación, el mantenimiento y la mejora continua del Sistema de
- Ilustración 4: Representación esquemática de los elementos de un proceso*
- **VERIFICAR:** Realizar un seguimiento y medición de los procesos, servicios, productos y resultados evaluando el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.
 - **ACTUAR:** Tomar las acciones para la mejora del desempeño cuando sea necesario.

La norma además de tener un enfoque en la mejora continua tienen un pensamiento basado en riesgos el cual es necesario para realizar un sistema de gestión de calidad exitoso ya que permite identificar posibles riesgos y generar medidas preventivas y correctivas para prevenir su ocurrencia y evitar efectos negativos.

2.3.GESTIÓN DE ARCHIVOS.

La archivística es la ciencia que se encargada de integrar un conjunto de conocimientos y métodos para el manejo de los archivos y documentos. Básicamente es el estudio de los procedimientos, principios y problemas generados de la función archivística desde un enfoque teórico y práctico. (Cruz Mundet , 2011)

Es necesario destacar que lo procedimientos o la práctica es el elemento más importante y más desarrollado en este momento, es la encargada de ofrecer soluciones a los problemas cotidianos que presenta la archivística. Por esta razón, es de especial importancia el estudio de los procedimientos y la aplicación efectiva de los principios archivísticos en cualquier unidad que tenga como finalidad mantener información y hacerla recuperable para su uso en cualquier momento.



Ilustración 5 Elaboración Propia

Fundamentalmente la gestión de documentos se encarga de definir normas, técnicas y procedimientos desde el diseño del manejo de los documentos hasta la conservación de los mismos. Comprende actividades de clasificación, ordenación de la instalación, identificación, transferencia y la depuración de los documentos.

2.3.1. Características de los documentos de archivo.

Según la norma ISO 1489-1 Gestión de documentos, Los documentos deben reflejar específicamente y correctamente toda la información requerida y satisfacer las necesidades de la

organización y de sus usuarios directos. Para obtener documentos de archivos fidedignos es necesario cumplir con las siguientes características:

Autenticidad: Las organizaciones deben crear políticas y procedimientos que garanticen que la creación, recepción y manipulación de los documentos especifiquen las personas autorizadas para llevar a cabo cada una de estas actividades con el fin de proteger los documentos ante la edición, modificación, sustracción o utilización no autorizada.

Fiabilidad: Un documento fiable contiene la información precisa y completa de todos los hechos, operaciones y actividades y al cual se puede recurrir posteriormente con plena confianza.

Integridad: para que un documento sea confiable debe asegurarse que este no se altere y brinde la información completa. Un documento no debe ser alterado. Si el documento debe ser alterado debe realizarse por la persona autorizada y establecerse explícitamente.

Disponibilidad: la disponibilidad se refiere al documento que puede ser localizado, recuperado e interpretado y represente toda la información requerida para su comprensión, uso y especifique o demuestre la secuencia de las operaciones o actividades.



Ilustración 6 Elaboración Propia

2.3.2. LA GESTIÓN DE DOCUMENTOS Y LAS NORMAS ISO

Para obtener un sistema de gestión de documentos se debe establecer políticas y definir procedimientos para el adecuado manejo, atención y protección de los mismos, esto es necesario para tener acceso a la información eficientemente en el momento que se requiera.

2.3.3. CARACTERÍSTICAS DE UN SISTEMAS DE GESTIÓN DE ARCHIVOS

Las políticas, procedimientos y prácticas, deben conformar una estrategia en cuanto a la gestión de los documentos en una organización y debe satisfacer las necesidades individuales de cada organización.

El sistema de gestión de documentos debe garantizar y servir como guía para que los documentos mantengan las características descritas anteriormente. Así un sistema de gestión de archivos debe presentar las siguientes características:

Fiabilidad: Todo sistema debe mantener procedimientos documentados fiables que guíen la operación rutinaria de la organización.

Integridad: Aplicación de medidas para controlar el acceso, manipulación, modificación, destrucción, seguridad y otras acciones no autorizadas.

Conformidad: el sistema de be cumplir con las normas de la organización y los requerimientos de los usuarios. También debe auditarse periódicamente con el fin de buscar desviación con lo planeado y realizar las modificaciones correspondientes.

Exhaustividad: El sistemas de gestión de documentos debe gestionar los documentos de la organización o del área que le corresponde con detalle.

Carácter sistemático: se debe sistematizar la creación, conservación, manejo, transferencia y conservación de los documentos. Mediante un diseño y funcionamiento del sistemas de gestión más amplios.

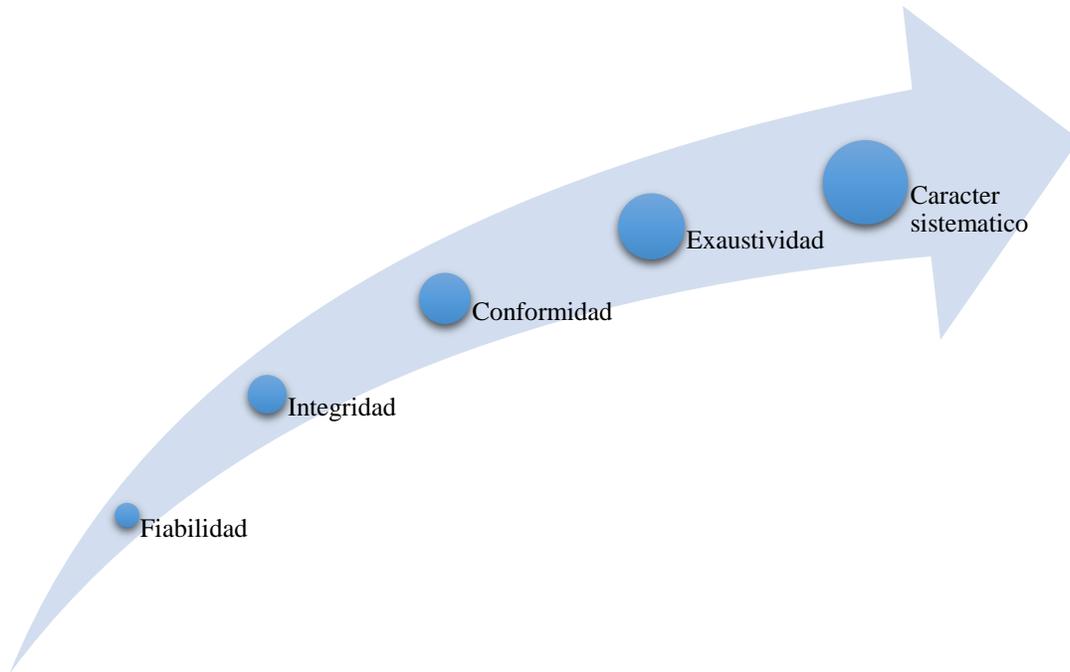


Ilustración 7 Elaboración propia: Características del sistema de Gestión de documentos

2.3.4. FUNCIONES DE LOS ARCHIVOS

El personal encargado de gestionar los archivos realiza diferentes tareas pero básicamente se pueden resumir en tres tareas fundamentales: recoger, conservar y servir documentos.

1. La organización de los archivos es fundamental para garantizar el acceso fácil y rápido para la tomar decisiones con base a la información obtenida.
2. Transferir periódicamente los archivos que no están en uso en un tiempo previamente determinado, aplicando principios y criterios de valoración según el tiempo transcurrido y el valor de los archivos.
3. Clasificar y mantener ordenados los archivos en las distintas etapas según los principios de la archivística.
4. Garantizar el adecuado mantenimiento o conservación de los archivos en cuanto a las instalaciones y condiciones ambientales óptimas.

2.3.5. ARCHIVOS MÉDICOS

Los expedientes médicos son documentos con alto valor para las instituciones médicas, por esto es importante establecer mecanismos desde su apertura hasta su depuración, considerando los principios de la archivística y las normas específicas definidas en este rubro.

Los archivos clínicos representan un gran valor desde el punto de vista médico, gerencial y académico con la administración eficaz de cada uno de los procesos que están involucrados en la gestión de este tipo de archivos se logra valiosas mejoras en la atención de los pacientes o usuarios en general del sistema, con el mantenimiento de un sistema de gestión de archivos que cumpla con los requerimientos.

Entonces los expedientes médicos se definen de la siguiente manera:

Conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención con arreglo a las disposiciones sanitarias e institucionales.

2.4.MARCO LEGAL

Las normas y leyes son los que establece los derechos y deberes que cada persona tiene para evitar conflictos y vivir en armonía, entre los derechos que poseen los salvadoreños se encuentra el derecho constitucional de la salud.

2.4.1. NORMA TÉCNICA PARA LOS DEPARTAMENTOS DE ESTADÍSTICA Y DOCUMENTOS MÉDICOS DE HOSPITALES.

Esta norma tiene por objeto regular las funciones que se realizan en los departamentos de los hospitales dividiéndose en 4 partes básicas; la primera parte son las disposiciones generales en el Capítulo I, La segunda parte formada por los Capítulos II, III y IV enfocados en normar las actividades con mayor importancia en relación con los documentos médicos como lo son los expedientes clínicos, La tercera parte incluye los Capítulos V y VI que contienen las actividades estadísticas que se deben tener y la cuarta parte que no es parte propia de la norma técnica contiene los lineamientos a seguir en el Departamento de Estadística y Documentos Medico incluido para orientar y unificar los criterios de las organizaciones y tener un adecuado ordenamiento y clasificación.

2.4.2. LEGISLACIÓN DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

2.4.2.1."NORMA DE REFERENCIA Y RETORNO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL"

El instituto Salvadoreño del Seguro Social a través de sus políticas de modernización y desarrollo institucional realizo reformas con el fin de mejorar la calidad de la atención de los afiliados a la institución en este sentido se creó la segunda edición de la NORMA DE REFERENCIA Y RETORNO DEL ISSS publicado en octubre del 2009.

Este documento normativo tiene como objetivo guiar a las personas involucradas en la prestación del servicio médico directamente en el proceso de referencia y retorno de los diferentes establecimientos de salud de la red del ISSS.

La red de centros de atención del ISSS de acuerdo al portafolio de servicios y niveles de complejidad se categoriza de la siguiente manera:

A.) CENTROS DE ATENCIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD.

Son los centros de atención que brindan servicios ambulatorios de medicina general, algunas con enfoque de medicina familiar y son la puerta de entrada a la red Institucional. En esta categoría se incluyen:

- Algunas unidades médicas que cuentan únicamente con medicina general.
- Clínicas comunales,
- Clínicas Empresariales, consideradas como consultorios de medicina general que están adscritos a un centro de atención.

B.) CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDIANA COMPLEJIDAD.

a) Centros de atención que brindan atenciones ambulatorias. Por su capacidad de resolución brindan atenciones de medicina general y al menos dos de las cuatro especialidades básicas de la medicina

C.) CENTROS DE ATENCIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD.

b) Centros de atención que por su complejidad cuentan con hospitalización, medicina general, las cuatro especialidades básicas y un número variable de subespecialidades ambulatorias y hospitalarias.

D.) CENTROS DE REFERENCIA NACIONAL.

c) Son los centros de atención con capacidad instalada para resolver problemas de máxima complejidad de acuerdo al portafolio de servicio institucional.

- d) **Especialidades médicas básicas:** comprende las cuatro áreas básicas de la
- e) medicina: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia y pediatría.

2.4.2.2.NORMA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO

El expediente clínico y todos los registros médicos son documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico debido a que de su apropiada administración y gestión se pueden mejorar la calidad de atención a los pacientes y optimizar los procesos administrativos realizados en el proceso del servicio de salud. Esta norma tiene como objetivo normalizar el uso del expediente clínico en la red de establecimientos del ISSS

En ella se establece el manejo adecuado a realizar por parte del personal involucrado, la información que se registra en el expediente, así como las partes que deben poseer cada expediente según el caso:

1. Expediente Ambulatorio.
2. Expediente Hospitalario.
3. Expediente Ambulatorio mujer embarazada.
4. Expediente Hospitalario embarazada.
5. Expediente Pediátrico.
6. Expediente clínico de programas de atención integral al adulto.
7. Paciente por convenios.

2.4.2.3.NORMA PARA LA DEPURACIÓN Y DESCARTE DE EXPEDIENTES CLÍNICOS Y OTRO DOCUMENTOS DE SERVICIOS CLÍNICOS AUXILIARES.

Esta norma establece las disposiciones de los expedientes clínicos los cuales deben encontrarse bajo la custodia de la dirección local y de turno, o de la instancia que para ello se designe por parte del titular encargado.

Esta norma establece la vida útil de los expedientes clínicos según sea conveniente, así como la reducción o eliminación de duplicidad en los expedientes a excepción de los expedientes clínicos en poder del comité multidisciplinario de salud mental.

En esta norma define los criterios de selección para la depuración, descarte y custodia administrativa de documentos clínicos, los expedientes a depurar estarán sometidos a una estricta selección realizada por técnicos de archivo clínico los cuales tomaran como base los siguientes criterios:

1. Extensión de cobertura pediátrica (después de 12 años cumplidos).
2. Pasivos con 5 años o más de inactividad.

3. Pacientes fallecidos.
4. Activos voluminosos (3" o más de espesor).
5. Dañados e ilegibles.

2.4.3. LEGISLACIÓN PARA HIGIENE Y SEGURIDAD OCUPACIONAL

2.4.3.1. CÓDIGO DE TRABAJO DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR.

Es un conjunto de normas que sirven para regular las relaciones entre el trabajador y patrono, las prestaciones laborales, condiciones de trabajo, los contratos individuales y colectivos de trabajo, las formas de terminación de dichos contratos, derechos consagrados del trabajador.

2.4.3.2. DECRETO 86

Es el que establece la obligatoriedad de los empleadores de garantizar que los lugares de trabajo sean seguros y no entrañen riesgos para la salud de los trabajadores; reiterando que la cooperación entre empleadores y trabajadores o sus representantes, debe ser un elemento esencial de las medidas que se adopten en materia de organización de la prevención de riesgos ocupacionales;

El Reglamento establece los lineamientos que desarrollados por la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo, en lo referente a la gestión de este tema, la cual abarca la conformación y funcionamiento de estructuras de gestión, incluyendo los respectivos Comité de Seguridad y Salud Ocupacional y delegados de prevención; la formulación e implementación del Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales y los registros documentales y notificaciones relativos a tales riesgos, conforme lo establece el Título II de la referida Ley.

2.4.3.3. DECRETO 89

El Reglamento tiene por objeto regular la aplicación de la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo, en lo relativo a condiciones de Seguridad e Higiene en que deben desarrollarse las labores, a fin de eliminar o controlar los factores de riesgos en los puestos de trabajo, sean éstos de naturaleza mecánica o estructural, física, química, ergonómica, biológica o psicosocial; todo con el propósito de proteger la vida, salud, integridad física, mental y moral de los trabajadores y trabajadoras.

CAPÍTULO 3: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

3.1 METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA UARM

En este capítulo se recogen las etapas utilizadas para realizar el diagnóstico de la situación de la unidad de admisión y registros médicos. Estas etapas implican información referente a los siguientes elementos interrelacionados e interdependientes en la UARM, y son precisamente los que se desarrollan a lo largo de este capítulo.



Ilustración 8 Esquema diagnóstico de situación actual.

Inicialmente, se plantea una búsqueda documental relacionada con el objeto de trabajo de la investigación, especialmente en el ámbito de los expedientes con el fin de conocer como estos están constituidos, su clasificación y como son manipulados dentro de la Unidad.

Luego, por medio de la técnica de observación se identificaron los procesos, así como su secuencia para poder describirlos y dar a conocer los procesos estratégicos y de apoyo que los complementan. Así también, mediante la observación y la toma de tiempos se conoció que dentro de la unidad hay dos áreas una que es recepción y la otra que es archivo, del cual se detallan las actividades que se realizan en cada una de ellas; se realizaron las cargas de trabajo de cada uno de los empleados destacados en la unidad, al conocer los procesos solo se analizaron las actividades productivas que realizaba cada trabajador y en base al tiempo laboral poder obtener la cantidad de empleados que son requeridos en cada área de dicha Unidad.

Se realizó un estudio sobre las instalaciones y condiciones físicas de la Unidad, conociendo como están distribuidas las instalaciones, así como conocimiento de la capacidad actual de las instalaciones y

los factores de riesgo basado en el análisis de riesgo elaborado por Fundacersso llegando a identificar los riesgos según los peligros que han sido detectados por medio de los Check list de análisis de riesgo, los cuales permiten a su vez proveer una probabilidad de ocurrencia y la severidad de daño que pueden llegar a producir.

Se optó por la realización de unas entrevistas exploratorias, focalizando el conocimiento y la opinión que los empleados poseen del actual sistema de manipulación de los expedientes de los pacientes, eso a través de un cuestionario de preguntas. Para la toma de datos se utilizó una encuesta dirigida a los pacientes diseñada de acuerdo aspectos sobre la movilización de los expedientes y atención recibida de parte de los empleados de la Unidad. La encuesta recoge preguntas cerradas de fácil comprensión.

En total fueron 11 preguntas formuladas sobre aspectos del funcionamiento actual en el manejo del expediente clínico.

Posteriormente, se seleccionó una muestra con los pacientes de manera que fuera lo más representativa en cuanto al objetivo de la encuesta, teniéndose así una muestra de 383 pacientes a encuestar.

Con dichos resultados se realizaron cruces de variables con la ayuda de la herramienta Power Pivot que es un complemento del programa Excel; para poder obtener las relaciones entre las variables.

Para finalizar se volvió necesario realizar un análisis de contexto el cual permitirá relacionar todos los aspectos obtenidos y analizados anteriormente; eso mediante la utilización del FODA; y así poder conocer aspectos como las oportunidades que pueden ser convertidas en fortalezas.

3.2 EXPEDIENTE

El expediente clínico es un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias e institucionales.

3.2.1 DESCRIPCIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO

Todo expediente clínico dentro del ISSS debe estar constituido de la siguiente forma:

1. Carátula con colores diferentes según su clasificación: amarilla para Cotizantes (Trabajador activo o Pensionado), celeste para Beneficiarios (de trabajador activo o pensionados), Verde para niños (as).
2. Logo, siglas y nombre de la institución,
3. Número y nombre según tarjeta de afiliación, el cual debe ser transcrito según lo especifican los espacios impresos en la carátula, con tinta, letras y números legibles (ISSS, 2009, pág. 3).
4. Documentación básica y adicional que sean indicados según compete para la Atención a la salud.

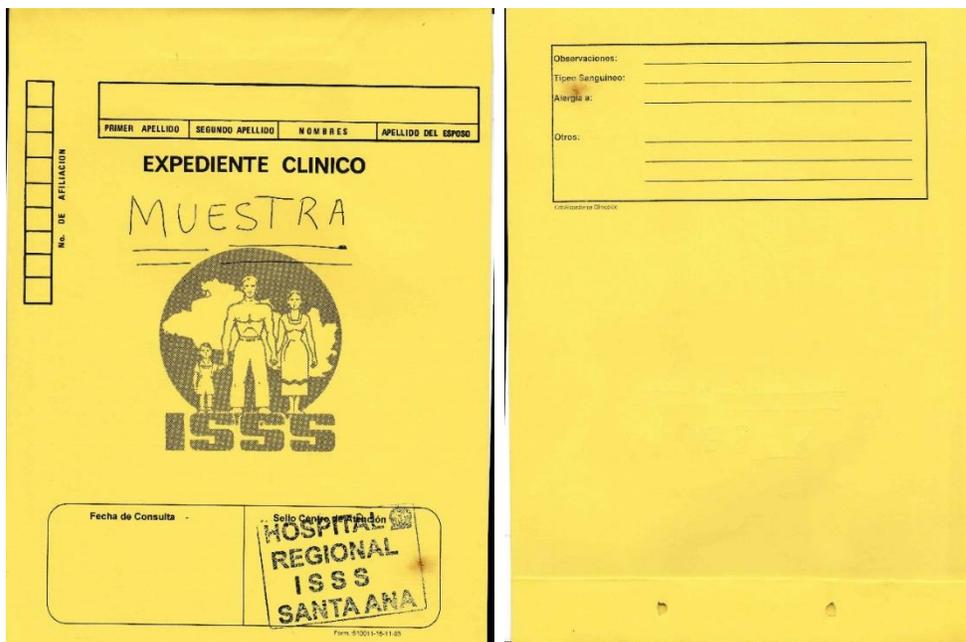


Ilustración 9 Frente y reverso de la carátula del expediente

La siguiente imagen muestra la hoja de identificación del paciente, la cual ayuda a obtener información personal del paciente como tipo de afiliación, estado civil, información sobre patrono y lugar de trabajo, la actividad económica y la información sobre los parentescos.



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION TECNICA NORMATIVA
NORMALIZACION Y ESTANDARIZACION
HOJA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Centro de Atención _____		Fecha _____	
DUI _____	No. de Afiliación _____		
Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	Nombres _____	
A- Del Paciente			
Calidad: Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario(a) <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Edad: _____ Años
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____			
Domicilio Actual: _____ Tel.: _____			
Del trabajo actual: Ocupación: _____			
Patrono Actual del Asegurado: _____			
Domicilio: _____ Tel.: _____			
B- Actividad Económica:			
1- Agricultura, Caza, Silvicultura y Pesca <input type="checkbox"/>	6- Comercio por mayor y menor, Restaurantes y Hotel <input type="checkbox"/>		
2- Explotación de minas y canteras <input type="checkbox"/>	7- Transportes, almacenamiento y comunicaciones <input type="checkbox"/>		
3- Industrias Manufactureras <input type="checkbox"/>	8- Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a empresas <input type="checkbox"/>		
4- Electricidad, Gas y Agua <input type="checkbox"/>	9- Servicios comunales, sociales y personales <input type="checkbox"/>		
5- Construcción <input type="checkbox"/>			
C- De la Familia:			
1- Nombre del Padre: _____			
2- Nombre de la Madre: _____			
3- Nombre del Cónyuge: _____			
4- En caso de emergencia llamar a: _____ Tel.: _____			
5- Proporcionó los datos: _____			
Nombre de Archivista _____		Firma _____	

Form.:510001-16-07-04
NOTA: Anotar con lápiz: Edad, dirección del domicilio, Tel. domicilio, dirección de trabajo, Tel. trabajo.

Ilustración 10 Hoja de identificación del paciente

La imagen siguiente corresponde a la hoja clínica, la cual comprenderá aspectos como los motivos de la consulta, antecedentes de la enfermedad así también antecedentes de enfermedades tanto personales como familiares, esta solamente es llenada por el médico con el cual el paciente pasa consulta.



(Unidad Asistencial)

HOJA CLINICA

EXP. N°

(Apellidos Paterno, Materno y Nombres)

(Edad)

M F
(Sexo)

S C V D A
(Estado Civil)

(Patrono para quien trabaja o trabajó la última vez)

(Ultima Fecha que Trabajó)

Motivo de la consulta:

Historia de la enfermedad actual:

Antecedentes hereditarios y familiares:

Antecedentes personales (enfermedades, hábitos, toxicomanías, dieta)

Historia social y emocional:

Ilustración 11 hoja clínica

En la siguiente imagen se puede observar la hoja de evolución del caso, la cual es aquella donde el médico escribe alguna opinión, diagnóstico instrucción al paciente.

 **INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICO - HOSPITALARIOS
EXAMENES DE LABORATORIO

EXP. No.

(Apellidos Paterno, Materno y Nombres)

(Edad)

M F
Sexo

CCRRGO 104-064 Form No. 10-54029-Rev 58

NOTA: A esta hoja deben adherirse los diferentes informes de Laboratorio Clínico.
El primer informe debe pegarse en la última línea.
Los informes deberán colocarse por orden de fechas.

Ilustración 13 Exámenes de laboratorio

En la siguiente imagen se puede la última hoja que conforma un nuevo expediente que es la hoja de certificaciones de incapacidad temporal, en la cual se lleva el registro de los días de incapacidad, el diagnóstico y el médico el cual concedió la incapacidad.

por la hoja de emergencia y atención domiciliar y los demás documentos que como producto de los servicios prestados se generen y será manejada como tal por archivo clínico.

Las notas en el expediente clínico deben estar escritas en forma legible, no debe tener tachaduras, no se debe escribir sobre lo ya escrito, sin borraduras, no se debe dejar espacios en blanco y ante una equivocación debe escribirse ENMENDADO y aclarar lo que sea necesario, no añadir nada entre renglones.

Cada anotación debe escribirse con tinta, llevar la fecha y hora en la que se realiza, con sello que tenga nombre completo, número de junta de vigilancia, número de empleado ISSS y firma del autor de la misma según la norma para la elaboración, estandarización y uso adecuado de sellos por el personal de salud de la institución vigente.

Las hojas del expediente clínico deberán ser completadas con la información solicitada en el encabezado de cada una de las mismas, estampando en todos los casos el sello del Servicio Clínico/Especialidad, Centro de Atención.

Posterior al acto o atención Médica en toda la red del ISSS, todo expediente clínico debe ser devuelto a archivo clínico según lo establecen las normas vigentes para cada caso.

Cuando se remita un expediente clínico a otro Centro de Atención para que se le realice al paciente un procedimiento quirúrgico, éste se remitirá cinco días hábiles antes del procedimiento, en casos excepcionales el médico tratante coordinará con el Centro Hospitalario enviar el expediente en periodo extraordinario.

Al recibir el expediente del Centro Quirúrgico, el expediente hospitalario se acomodará completo por orden cronológico al final del expediente de consulta externa, de forma tal que quede conformado para las consultas subsecuentes (ISSS, 2009, pág. 3).

3.2.2.1 EXPEDIENTE CLÍNICO EN ÁREAS DE EMERGENCIA

Para el caso de un paciente que consulta sin expediente previo en el Centro de atención que lo atiende:

La Hoja de Emergencia y atención Domiciliaria, como parte constitutiva y como expediente clínico que es en sí misma, debe ser elaborada, almacenada, custodiada y depurada internamente por las instancias correspondientes según las regulaciones establecidas en el marco de esta norma.

La Hoja de Emergencia y atención Domiciliaria, junto al resto de documentos que como producto de una atención de este tipo se generaren en un derechohabiente, o cuando en situaciones de Emergencia Nacional se utiliza para registrar la atención a no Derechohabientes, constituye por sí sola el Expediente Clínico.

En todos los casos, las hojas de Emergencia y atención Domiciliaria, debe permanecer bajo la custodia del Centro de Atención que prestó el servicio, como registro Médico-legal que ampara la prestación de los servicios, sus erogaciones, desembolsos mediatos e inmediatos en forma de prestaciones de salud, en especies y pecuniarias (ISSS S. d., 2009, pág. 19).

3.3 PROCESOS DE LA UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS

El análisis de los procesos de la Unidad de Admisión y Registros Médicos será definido en 3 partes las cuales serán: Identificación de los procesos, la descripción de los procesos y el seguimiento y medición de los procesos.

3.3.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS INTERRELACIONADOS CON LA UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS

Cada uno de los procesos que deben configurar el sistema, deben ser identificados adecuadamente y definir la secuencia que seguirán. En las organizaciones los procesos existen, pero es necesario garantizar los esfuerzos en identificar cada uno de ellos y gestionarlos.

La selección de los procesos en una organización se realiza de manera reflexiva, es decir con criterios fundamentados y con razonamiento lógico, que permita identificar fácilmente aquellos aspectos o actividades que influyan directamente en los objetivos o resultados del mismo.



Ilustración 15 Entorno de los procesos

Los procesos principales en la unidad de admisión y registros médicos son los siguientes:

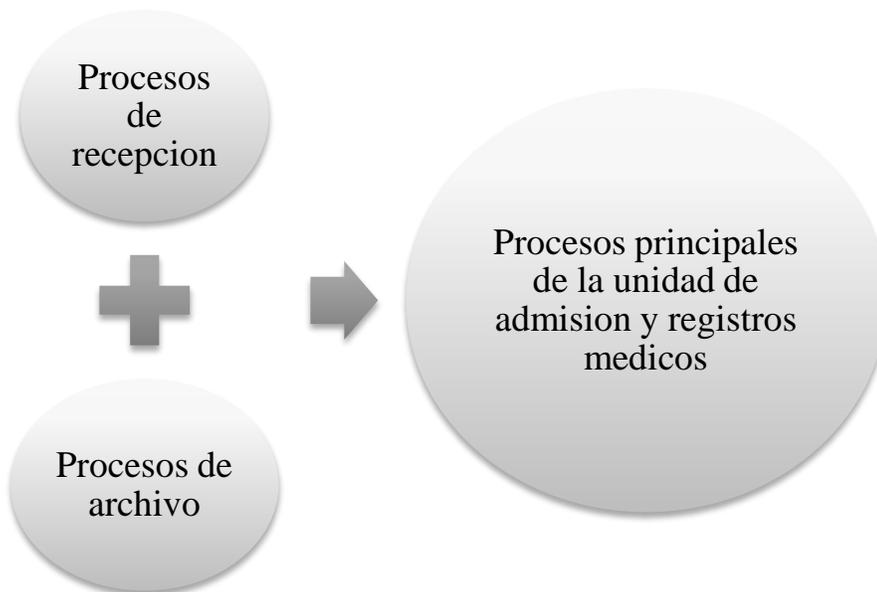


Ilustración 16 Procesos de la Unidad: elaboración propia

3.3.1.1 PROCESOS DE RECEPCIÓN.

Los procesos de recepción están íntimamente relacionados con los procesos de archivo, estos determinan gran parte del flujo de expedientes médicos en la unidad de archivos médicos, de estos procesos podemos dar respuesta a una serie de preguntas como: ¿cantidad de citas diarias a otorgar?, ¿cuáles expedientes médicos serán enviados a cada especialidad?, ¿cuántos expedientes nuevos a almacenar cada jornada?, entre otros aspectos que afectan a la unidad de archivos.

Es por ello que se describen cada uno de los procesos más importantes que componen la unidad de recepción:

3.3.1.1.1. Asignación de citas y citas por condición.

La asignación de citas y citas por condición es el proceso encargado otorgar citas a los pacientes que han sido atendidos en las diferentes especiales, emergencia u hospital.

3.3.1.1.2. Confirmación de asistencia a cita.

El proceso de confirmación de cita se encarga de controlar la asistencia de cada uno de los pacientes citados en un día en particular y también revisar que la boleta de cita corresponda a la persona que lo porta y se intenta hacer efectiva el día correspondiente.

3.3.1.1.3. Creación nuevo expediente y cambio de carátula.

El proceso de creación de nuevos expedientes, se inicia con la elaboración de un expediente médico compuesto por cada una de las partes mencionadas anteriormente, esto se genera cuando un paciente recibirá por primera vez consulta en una de las especialidades que ofrece el ISSS.

3.3.1.1.4. Consulta por condición.

El proceso de consulta por condición sucede cuando la persona afiliada al ISSS solicita en recepción recibir una consulta médica sin previa cita, la cita por condición solamente es asignada si alguna de las personas citas no asiste a tiempo a la cita y este cupo se puede asignar a la persona que ha solicitado recibir consulta por diferentes razones.

3.3.1.1.5. Recepción de boletines y expedientes de otras unidades.

Existen unidad médicas que tienen una relación de dependencia u cooperación con el ISSS, este proceso es el encargado de recibir boletines de solicitud de expedientes médicos que son requeridos en estas unidades médicas externas, es importante validar la solicitud y realizar la gestión para el envío de los expedientes y posteriormente la recepción de los mismos.

3.3.1.1.6. Imprimir agenda médica.

El proceso de impresión de agenda medica se realiza todos los días, esta consiste en imprimir una lista de las personas citadas para el día siguiente con el fin de entregar a la unidad de archivo para los expediente el día siguiente estén en el momento que son requeridos.

3.3.1.2. PROCESOS DE ARCHIVO.

Los procesos de archivo son todos los relacionados con el manejo de los expedientes médicos.

3.3.1.2.1. Preparar expediente clínico según agenda programada

Este proceso comprende la búsqueda de los expedientes médicos incluidos en la agenda médica, es necesario ubicar los expedientes según la fecha de nacimiento de las personas.

3.3.1.2.2. Recepción, clasificación y archivo de expedientes clínicos.

El proceso se encarga de recibir los expedientes médicos que provienen de las diferentes unidades médicas, clasificar los expedientes según fechas de nacimiento y entregar a cada archivista y para finalizar colocar el expediente en su ubicación precisa en los estantes.

3.3.1.2.3. Recepción, clasificación y archivo de hojas de pediatría.

El proceso se encarga de recibir las hojas de pediatría que provienen de las diferentes unidades médicas, clasificar las hojas de pediatría y entregar a cada archivista y para finalizar colocar el expediente en su ubicación precisa en los estantes.

3.3.1.2.4. Recepción, clasificación y archivo de hojas de alta y emergencia.

El proceso se encarga de recibir las hojas de alta y emergencia que provienen de las diferentes unidades médicas, clasificar las hojas de alta y entregar a cada archivista y para finalizar colocar el expediente en su ubicación precisa en los estantes.

3.3.1.2.5. Recepción, clasificación y archivo de hojas de fisiatría.

El proceso se encarga de recibir las hojas de Fisiatría que provienen de las diferentes unidades médicas, clasificar las hojas de fisiatría y entregar a cada archivista y para finalizar colocar el expediente en su ubicación precisa en los estantes.

3.3.1.2.6. Recepción, clasificación y archivo de exámenes de laboratorio.

El proceso se encarga de recibir los exámenes de laboratorio que provienen de las diferentes unidades médicas, clasificarlos y entregarlos a cada archivista y para finalizar colocarlos dentro del expediente y estos a su vez según su ubicación precisa en los estantes.

3.3.1.2.7. Buscar y entregar expedientes solicitados.

El proceso se encarga de recibir boletas provenientes del área de recepción, donde se solicitan los expedientes de pacientes ya sea por citas en condición y/o falso provenientes de las clínicas de manera que el paciente no pierda su cita con el médico de la especialidad a la cual asiste.

3.3.1.2.8. Registro y reporte de los expedientes y documentos recibidos, entregados y actualizados.

El proceso consiste en anotar los movimientos de expedientes y documentos diarios que se dan en el área de archivo, de manera que ayude para llevar un control de las actividades que se realizan durante el mes, elaborando un reporte para la persona encargada de dicha Unidad.

3.3.2. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS ACTUALES DE LA UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS

La descripción de cada uno de los procesos define la finalidad y la necesidad de las actividades que lo componen para llevar a cabo de manera eficaz la ejecución del mismo, también establecer la forma de llevar un control adecuado en las etapas.

Los mapas de procesos, permiten describir los procesos y conocerlos de manera sencilla, así se observa mejor la interacción entre cada una de las actividades y como este proceso transforma las entradas en salidas.

Para los procesos mencionados anteriormente se describirán de la manera siguiente:

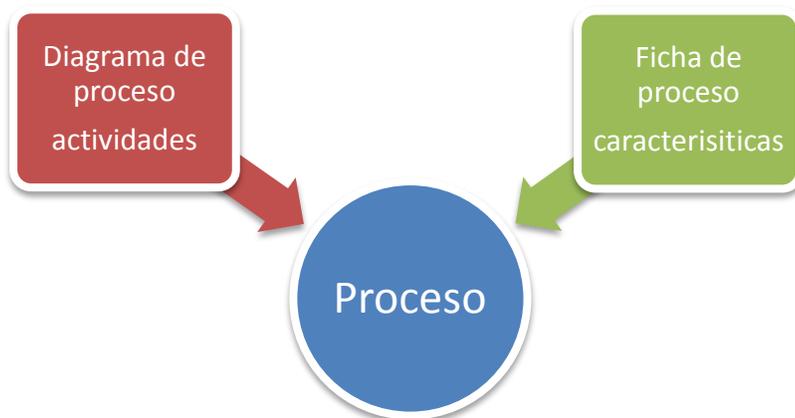


Ilustración 17 Descripción de los procesos

3.3.2.1 Procesos de recepción

Tabla 1 Confirmar asistencia a cita

Paso	Responsable	Actividad	Registro
1	Usuario	Presenta boleta de cita y DUI a recepcionista (15 minutos antes de la hora establecida)	
2	Recepcionista	Confirma validez de cita en sistema	Registro de citas en sistema
3	Recepcionista	¿Anteriormente ha tenido consulta en al menos una de las siguientes especialidades: oftalmología, otorrinolaringología, fisioterapia? Si: ver paso 4 No: ver paso 5	
4	Recepcionista	Entrega boleta a usuario y le indica que pase a la clínica de la especialidad correspondiente.	
5	Recepcionista	Passar a proceso de creación de expediente nuevo	

Fuente: elaboración propia

Diagrama de flujo

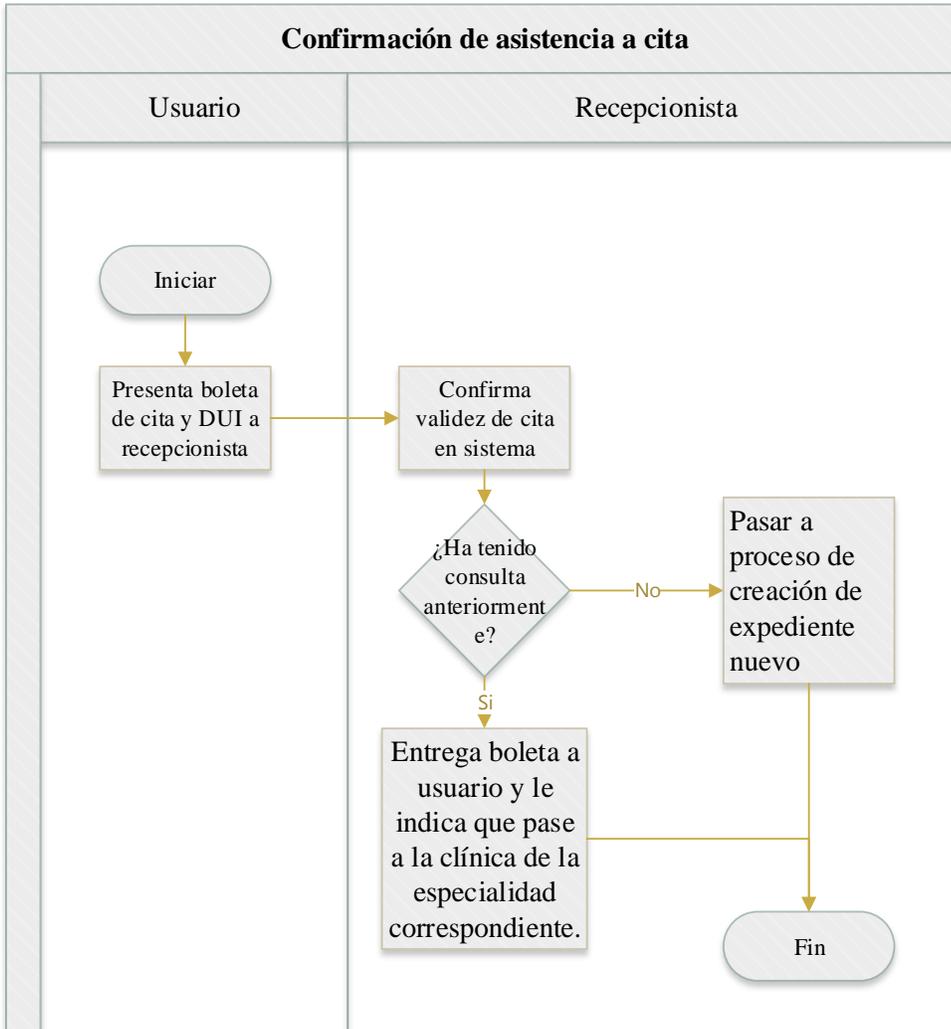


Ilustración 18 Diagrama de flujo Confirmar asistencia a cita

Tabla 2 Confirmación de asistencia a cita por condición

Paso	Responsable	Actividad	Registro
1	Usuario	Presenta DUI y Boleta o referencia al solicitar cita por condición	
2	Recepcionista	Verificar cupos por horarios. No hay: paso 3 Si hay: paso 4	
3	Recepcionista	Toma dato y manda al usuario a sentar mientras se habilita un cupo.	
4	Recepcionista	Revisa en el sistema cada hora para confirmar cupo libre Si hay: paso 5 No hay: paso 9	
5	Recepcionista	Confirma asistencia a consulta en el sistema	
6	Recepcionista	¿Anteriormente ha tenido consulta en al menos una de las siguientes especialidades: oftalmología, otorrinolaringología, fisioterapia? Si: ver paso 7 No: ver paso 8	
7	Recepcionista	Entrega boleta o referencia al usuario y le indica que pase a la clínica de la especialidad correspondiente.	
8	Recepcionista	Pasar a proceso de creación de expediente nuevo	
9	Recepcionista	Asignar cita por condición o consulta por condición para otro día de ser requerido.	

Fuente: Elaboración propia.

Diagrama de flujo

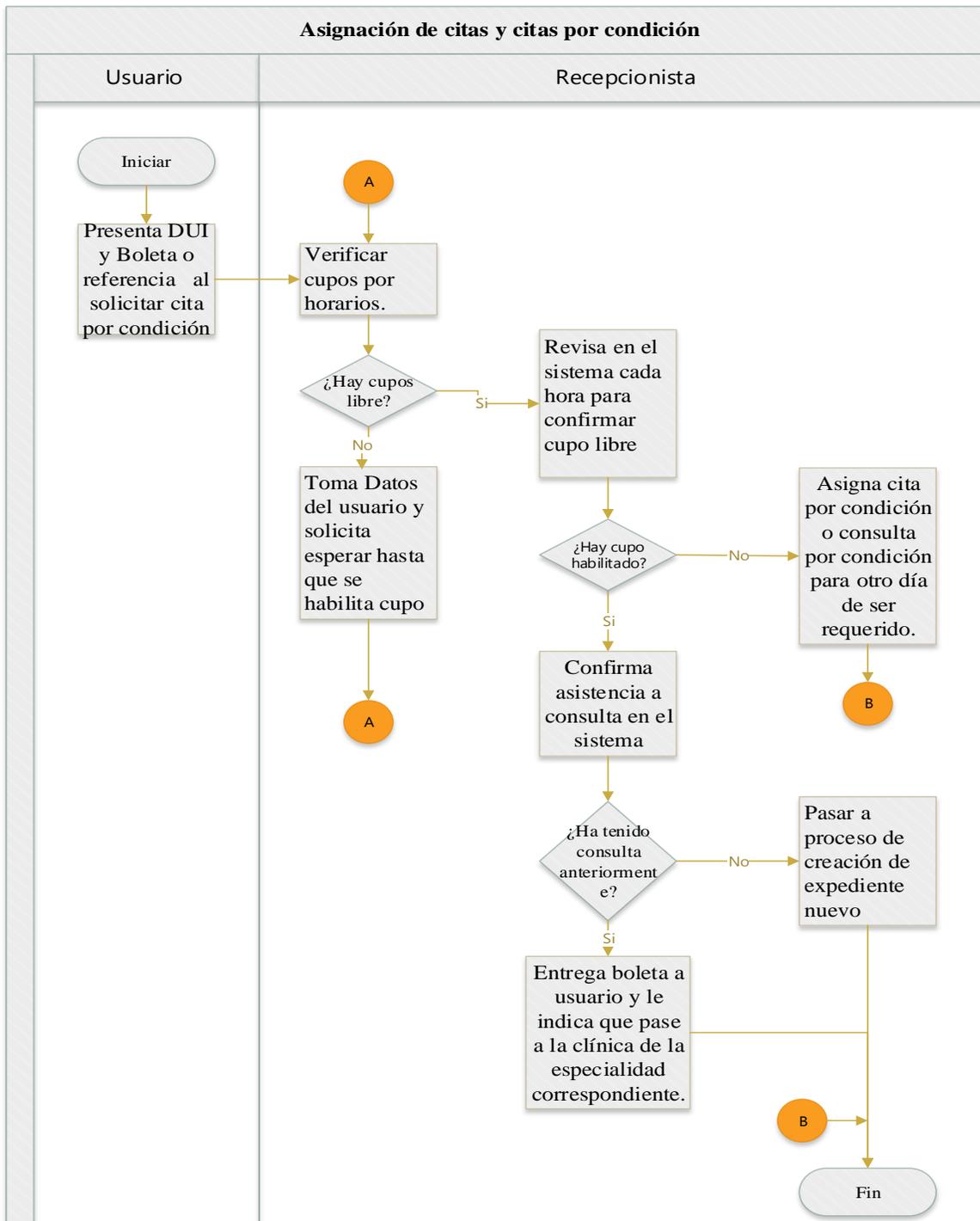


Ilustración 19 Diagrama de flujo Asistencia a cita por condición

Tabla 3 Creación nuevos expedientes

	Responsable	Actividad	Registro
1	Usuario	Presenta DUI a recepcionista	
2	Recepcionista	Toma de datos para el llenado de Expediente clínico.	
3	Recepcionista	Informa al paciente que pase a la clínica de la especialidad correspondiente	
4	Recepcionista	Entrega el nuevo expediente a auxiliar de registro medio para ser transportado	
5	Auxiliar de registro médico	Recibe el nuevo expediente y lo transporta a la clínica de la especialidad correspondiente.	

Fuente: Elaboración propia

Diagrama de flujo

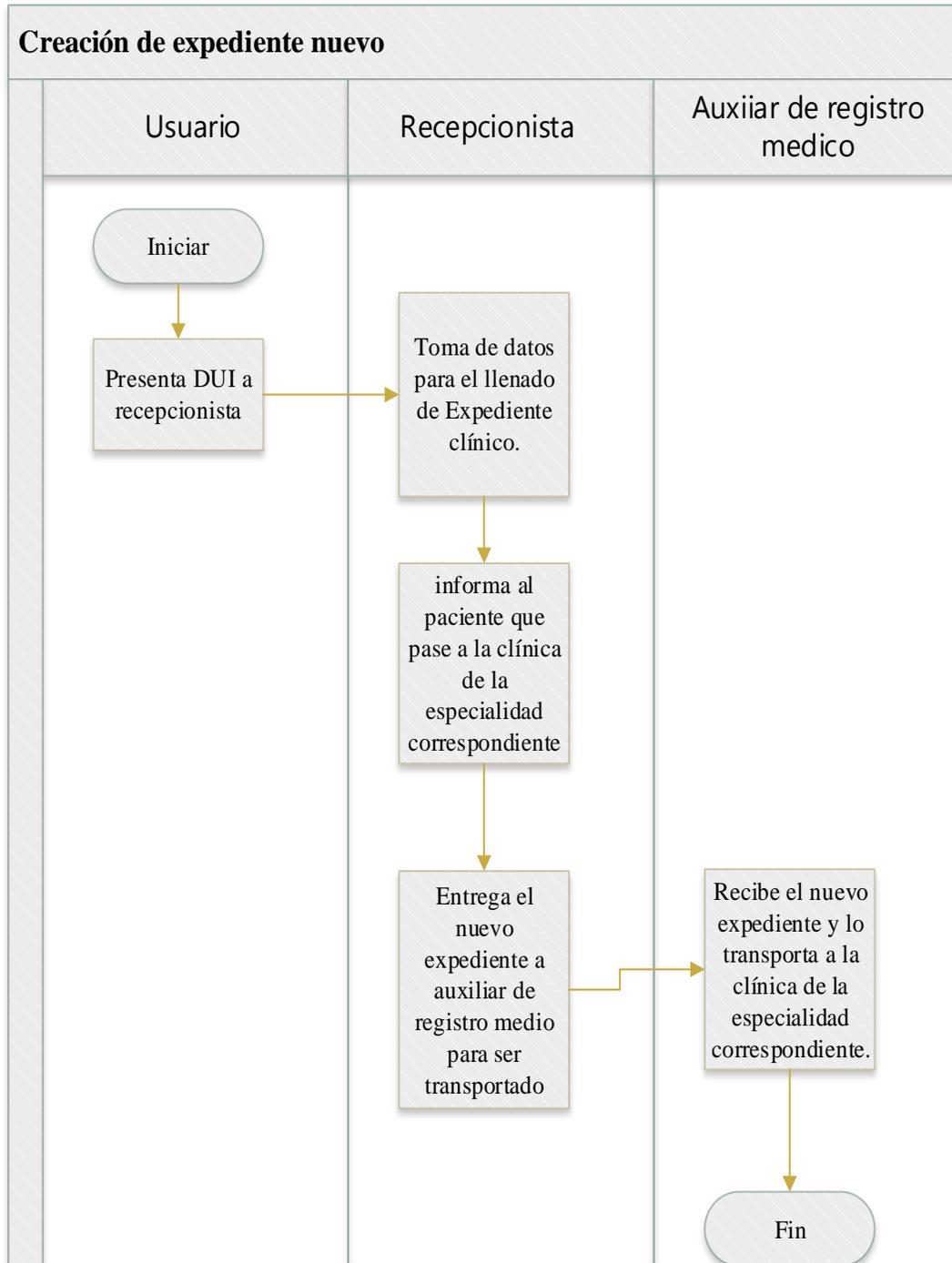


Ilustración 20 Creación de nuevos expedientes

Tabla 4 asignación de cita y cita por condición

Paso	Responsable	Actividad	Registro
1	Usuario	Presenta boleta con fecha aproximada por el médico o referencia de una unidad médica del ISSS y DUI	
2	Recepcionista	Confirma validez de la boleta o referencia.	
3	Recepcionista	Programar la cita según fecha sugerida y disponibilidad de cupos en el sistema. Si hay: paso 4 Si no hay: paso 5	
4	Recepcionista	Imprime y entrega nueva boleta de cita	Boleta de cita
5	Recepcionista	Verifica y anota en el registro de citas por condición los datos del paciente	Registro de citas por condición
6	Recepcionista	Marca boleta de cita y escribe fecha de cita por condición y devuelve la boleta	

Fuente: Elaboración propia

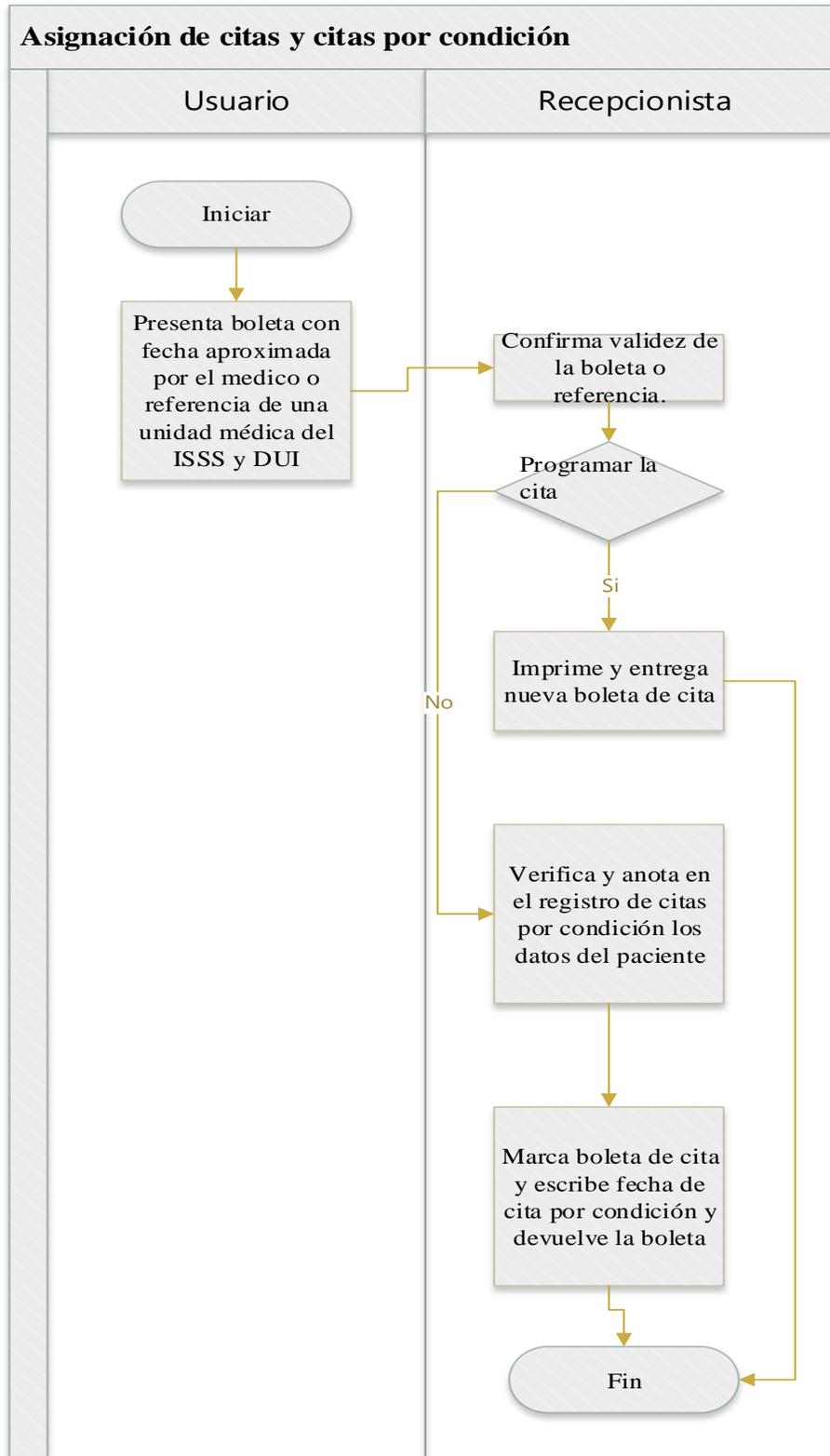


Ilustración 21 Asignación de cita por condición

Tabla 5 Recepción de boletines y expedientes provenientes de otra Unidades

Paso	Responsable	Actividad	Registro
1	Auxiliar de unidades externas	Entrega expedientes y/o boletines de la unidad médica provenientes	
2	Recepcionista	Recibe expedientes y/o boletines.	
3	Recepcionista	Verifica si los expedientes y el boletín son congruente con el registro de la auxiliar externa. Si es congruente: paso 4 Si no es congruente: paso 5	
4	Recepcionista	Firma y sella de recibido en el registro del auxiliar	
5	Recepcionista	Agrega nota según corresponda en el registro del auxiliar, firma y sella.	
6	Recepcionista	Entrega expedientes y/o boletín al auxiliar de registros médicos para transportarlos.	
7	Auxiliar de registros médicos	Transporta los expedientes y/o boletines al área correspondiente	

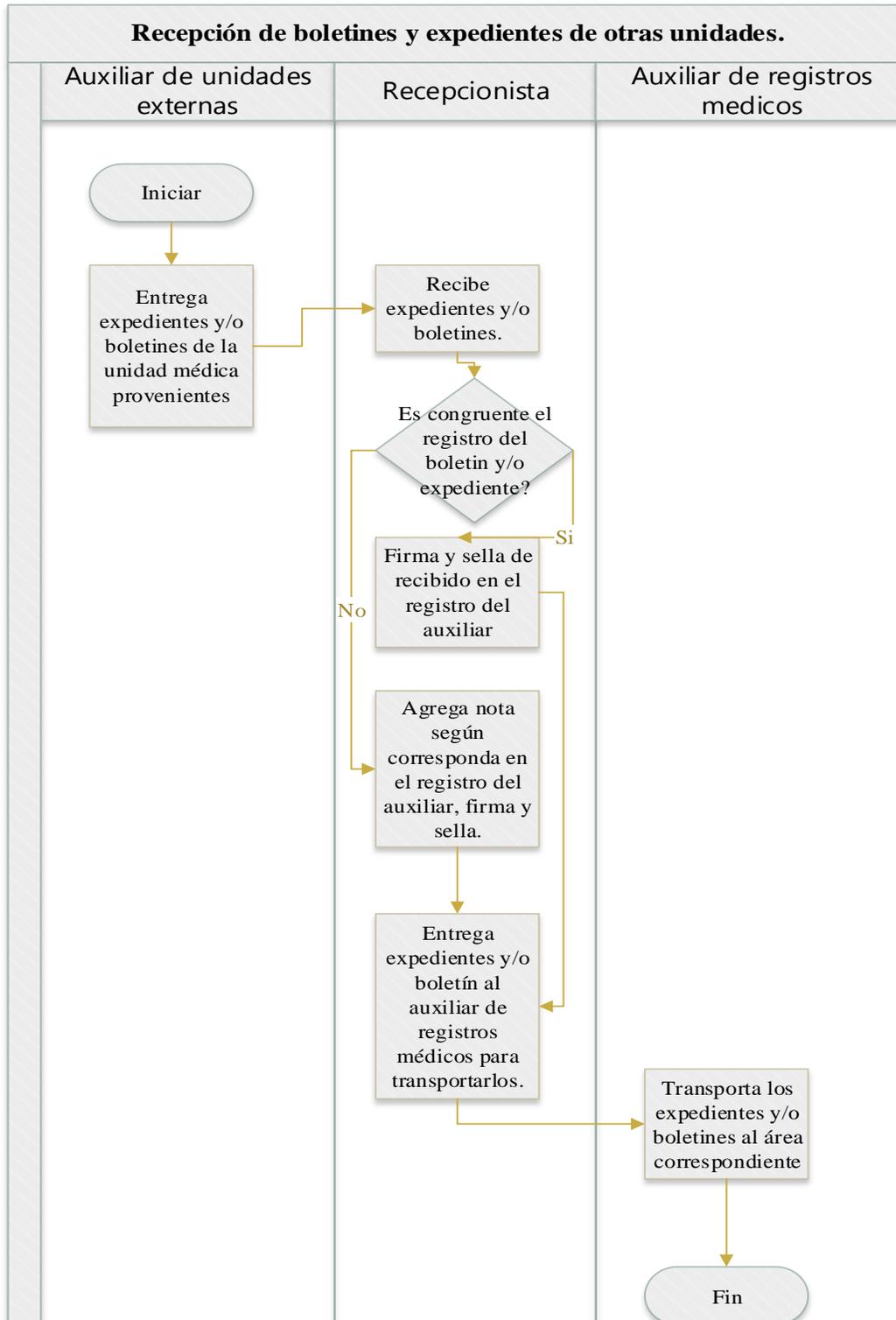


Ilustración 22 Diagrama de flujo de recepción de boletines

Tabla 6 Cambio de carátula de expedientes

Paso	Responsable	Actividad	Registro
1	Enfermera	Informa a recepción del cambio de caratula de cotizante a beneficiario o viceversa.	
2	Auxiliar de enfermería	Transportan el expediente clínico a recepción para hacer el cambio	
3	Recepcionista	Recibe el expediente	
4	Recepcionista	Realiza el cambio de caratula y numero de afiliación según corresponda	
5	Recepcionista	Escribe el número de afiliación de beneficiario y cotizante en ambas caratulas	
6	Recepcionista	Entrega el expediente y caratula removida al auxiliar de registros médicos, para transportar a archivos la caratula removida y a la clínica que solicito el cambio, el expediente.	
7	Auxiliar de registros médicos	Transporta caratula a archivos y el expediente a la clínica correspondientes	

Fuente: Elaboración propia.

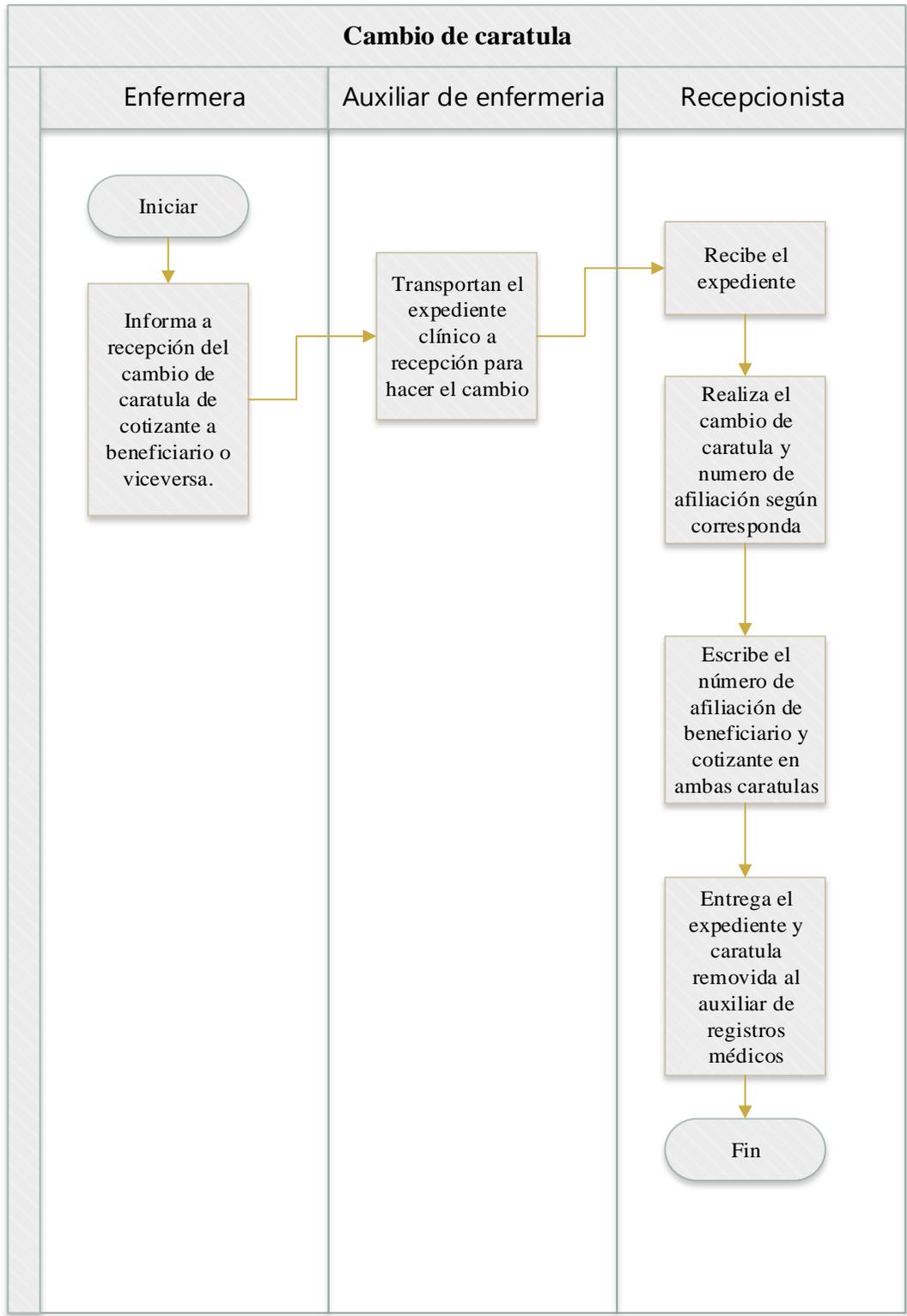


Ilustración 23 Cambio de carátula

Tabla 7 Impresión de agenda médica

Paso	Responsable	Actividad	Registro
1	Recepcionista	Ingresar al sistema y descargar la agenda medica de un día específico.	
2	Recepcionista	Realiza el cambio de papel de boleta de cita a papel para agenda médica	
3	Recepcionista	Imprimir la agenda a médica	
4	Recepcionista	Separar el papel y agrupar por médico y especialidad.	
5	Recepcionista	Cambiar papel de agenda médica por papel de boleta de citas	
6	Recepcionista	Entregar agenda médica a auxiliar de registros médicos para ser transportada a archivos	
7	Auxiliar de registro médicos	Transportar agenda médica a archivos	

Fuente: Elaboración propia

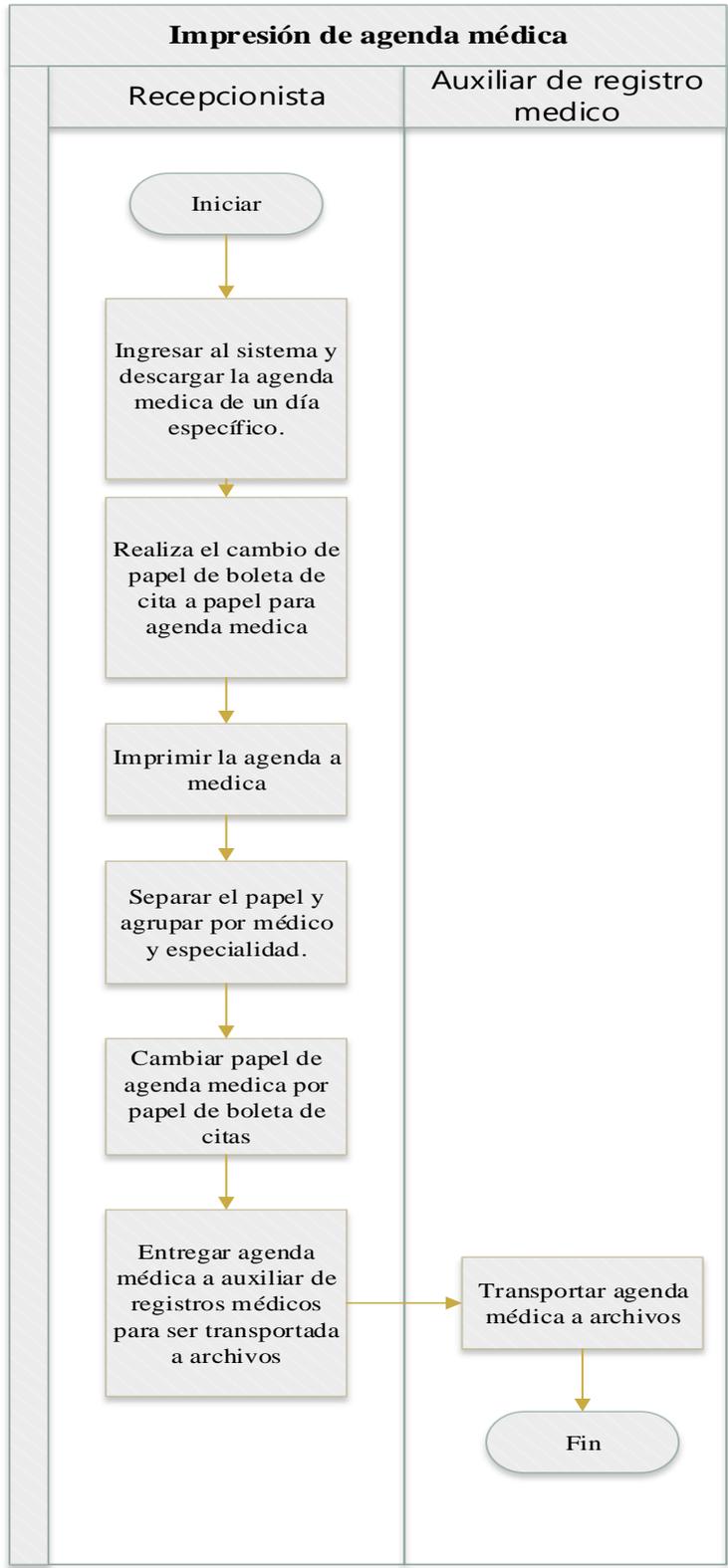


Ilustración 24 Impresión agenda médica

3.3.2.2. PROCESOS DE ARCHIVO

Tabla 8 Preparar agenda médica programada

Paso	Responsable	Actividad	Registro
1	Auxiliar de registro medico	Entrega de agenda medica	
2	Archivista 1	Recibe agenda medica	
3	Archivista 1	Divide la agenda médica en 3 partes para los archivistas 2,3 y 4	
4	Archivista 2,3 y 4.	Buscan y ordenan los expedientes según la agenda médica.	
5	Archivista 2,3 y 4	Entregan los expedientes al archivista 5	
6	Archivista 5	Recibe expedientes y agenda medica	
7	Archivista 5	Hace paquete por especialidad y los entrega al auxiliar de registros médicos	
8	Auxiliar de registro médicos	Transporta los expedientes a las diferentes clínicas.	

Fuente: Elaboración propia.

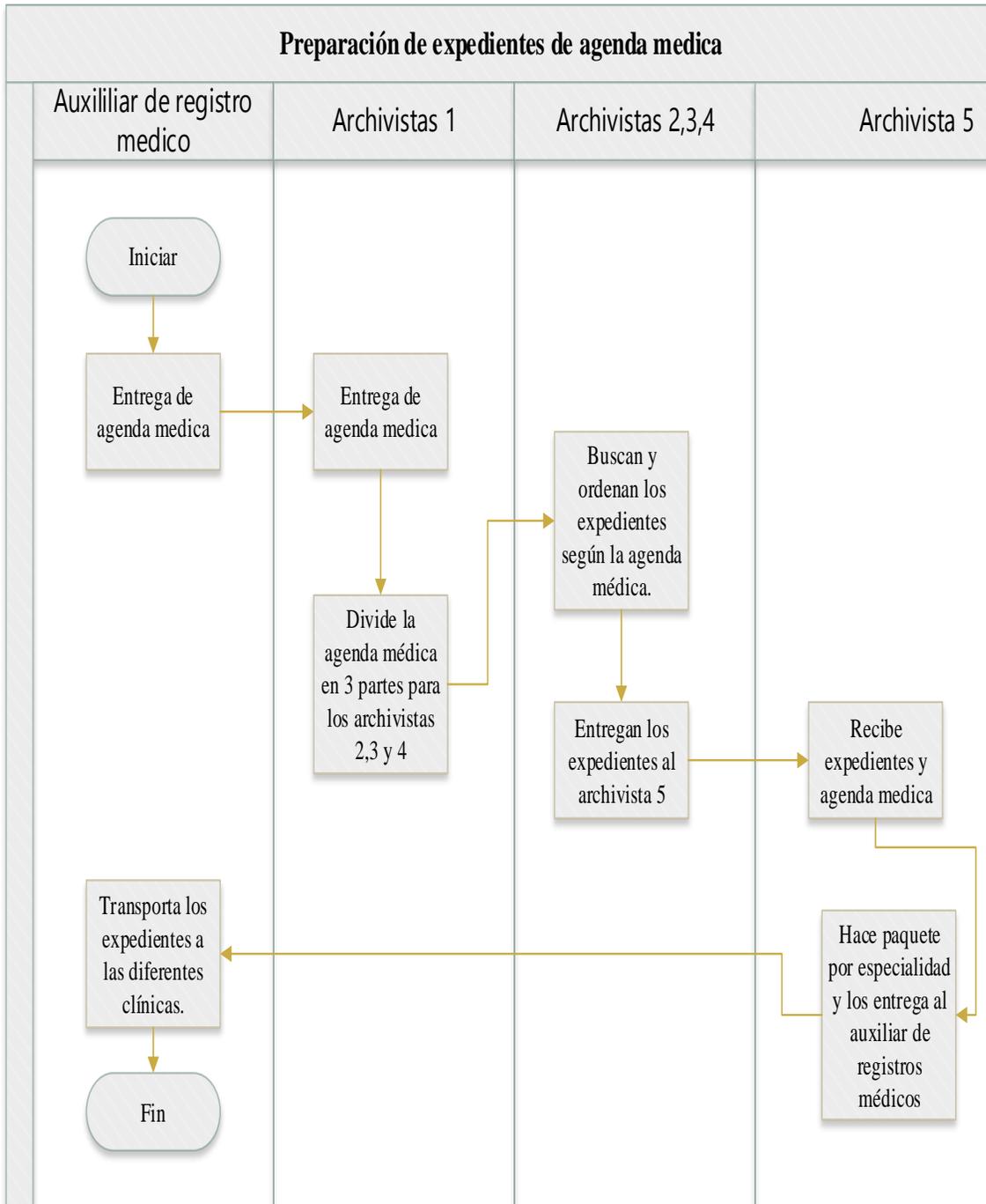


Ilustración 25 Agenda médica programada

✓ *Recepción, clasificación y archivo de expedientes clínicos*

Paso	Responsable	Actividad	Registro
1	Auxiliar de clínicas	Entrega de expedientes clínicos y boletín de remisión	
2	Archivista 1	Recibe expedientes clínicos y boletín de remisión	
3	Archivista 1	Revisa el boletín para corroborar los expedientes recibidos	
4	Archivista 1	Firma y sella el boletín, si tiene errores escribe nota	
5	Archivista 1	Clasificación de los expedientes recibidos según codificación de estantes para archivar.	
6	Archivista 1	Entrega de los expedientes a los archivistas 2,3 y 4 según corresponde	
7	Archivista 2,3 y 4	Colocan los expedientes según corresponden en los estantes	

Tabla 9 Recepción, clasificación y archivo de expedientes

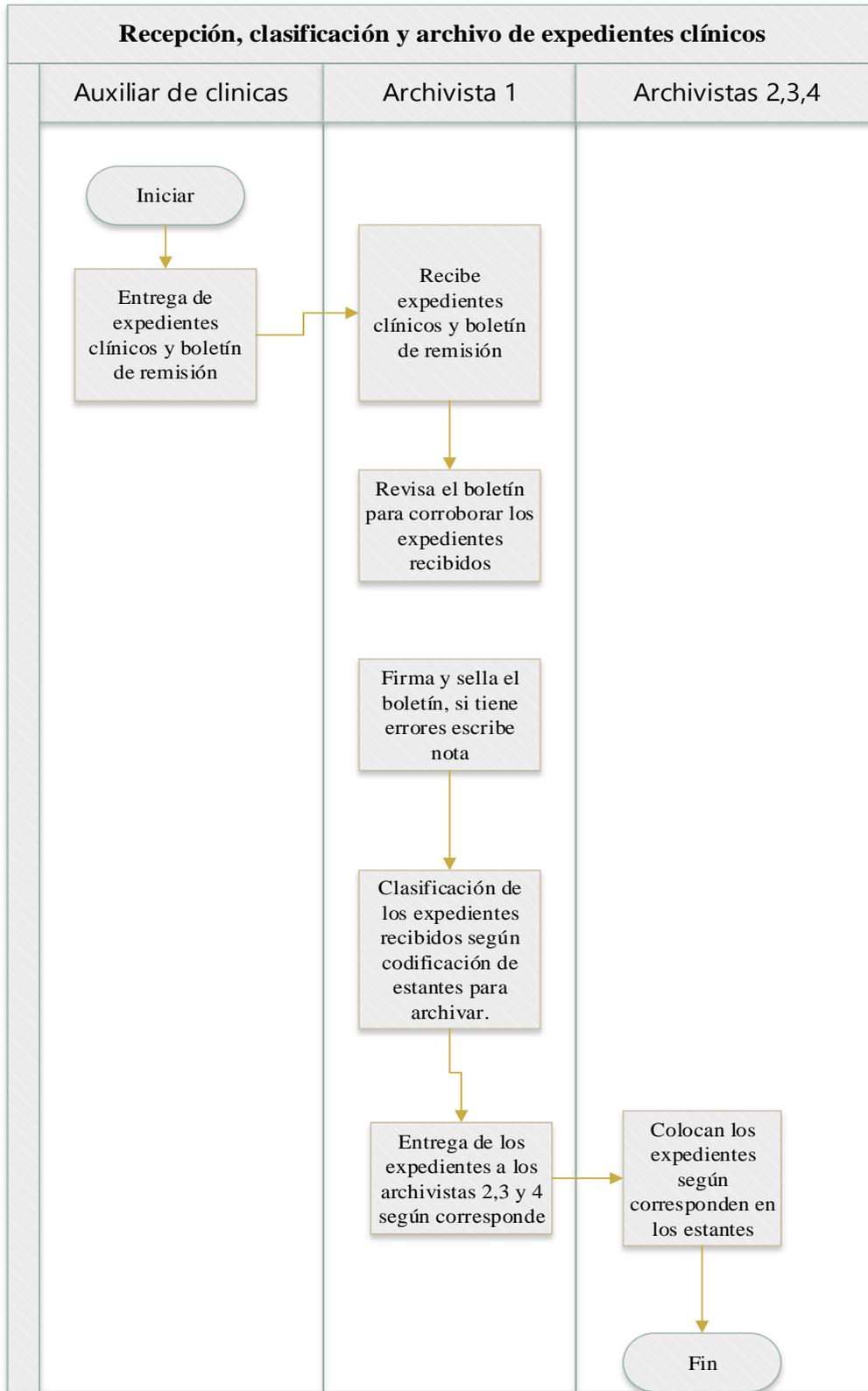


Ilustración 26 Recepción, clasificación y archivo de expedientes

Tabla 10 Recepción, clasificación y archivo de hojas de pediatría

Paso	Responsable	Actividad	Registro
1	Auxiliar de clínicas	Entrega de hojas de pediatría y boletín de remisión	
2	Archivista 1	Recibe hojas de pediatría y boletín de remisión	
3	Archivista 1	Entrega las hojas y boletín de remisión a archivista 2	
4	Archivista 2	Revisa el boletín para corroborar las hojas recibidas	
5	Archivista 2	Firma y sella el boletín, si tiene errores escribe nota	
6	Archivista 2	Clasificación de las hojas de pediatría según codificación de estantes y coteja expediente.	
7	Archivista 2	¿Existe expediente de usuario? Si no existe expediente paso 8 Si existe expediente paso 9	
8	Archivista 2	Viste la hoja de pediatría con caratula según corresponde	
9	Archivista 2	Anexa la hoja de pediatría al expediente clínico	
10	Archivista 2	Archiva el expediente clínico según corresponde la codificación.	

Fuente: Elaboración propia

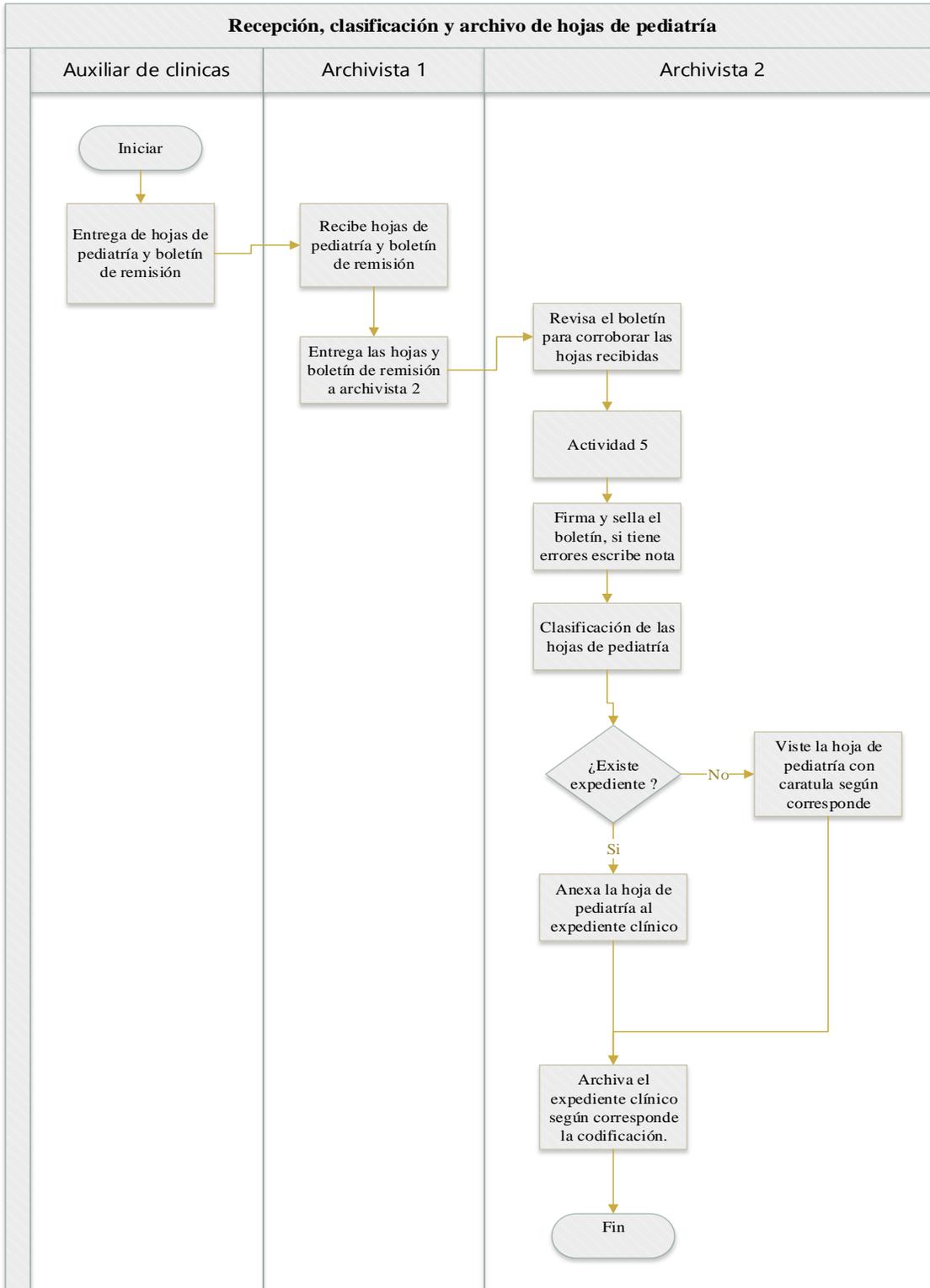


Ilustración 27 Recepción y archivo de hojas pediátricas

Tabla 11 Recepción, clasificación y archivo de hojas de alta y emergencia

Paso	Responsable	Actividad	Registro
1	Auxiliar de clínicas	Entrega de alta y/o emergencias y boletín de remisión	
2	Archivista 1	Recibe hojas alta y/o emergencia y boletín de remisión	
3	Archivista 1	Entrega las hojas y/o boletín de remisión a archivista 4	
4	Archivista 4	Revisa el boletín para corroborar las hojas recibidas	
5	Archivista 4	Firma y sella el boletín, si tiene errores escribe nota	
6	Archivista 4	Clasificación de las hojas de alta y/o emergencia según codificación de estantes y coteja expediente.	
7	Archivista 4	¿Existe expediente? Si no existe expediente paso 8 Si existe expediente paso 9	
8	Archivista 4	Viste la hoja de alta y/o emergencia con caratula según corresponde	
9	Archivista 4	Anexa la hoja de alta y/o emergencia al expediente clínico	
10	Archivista 4	Archiva el expediente clínico según corresponde la codificación.	

Fuente: Elaboración propia

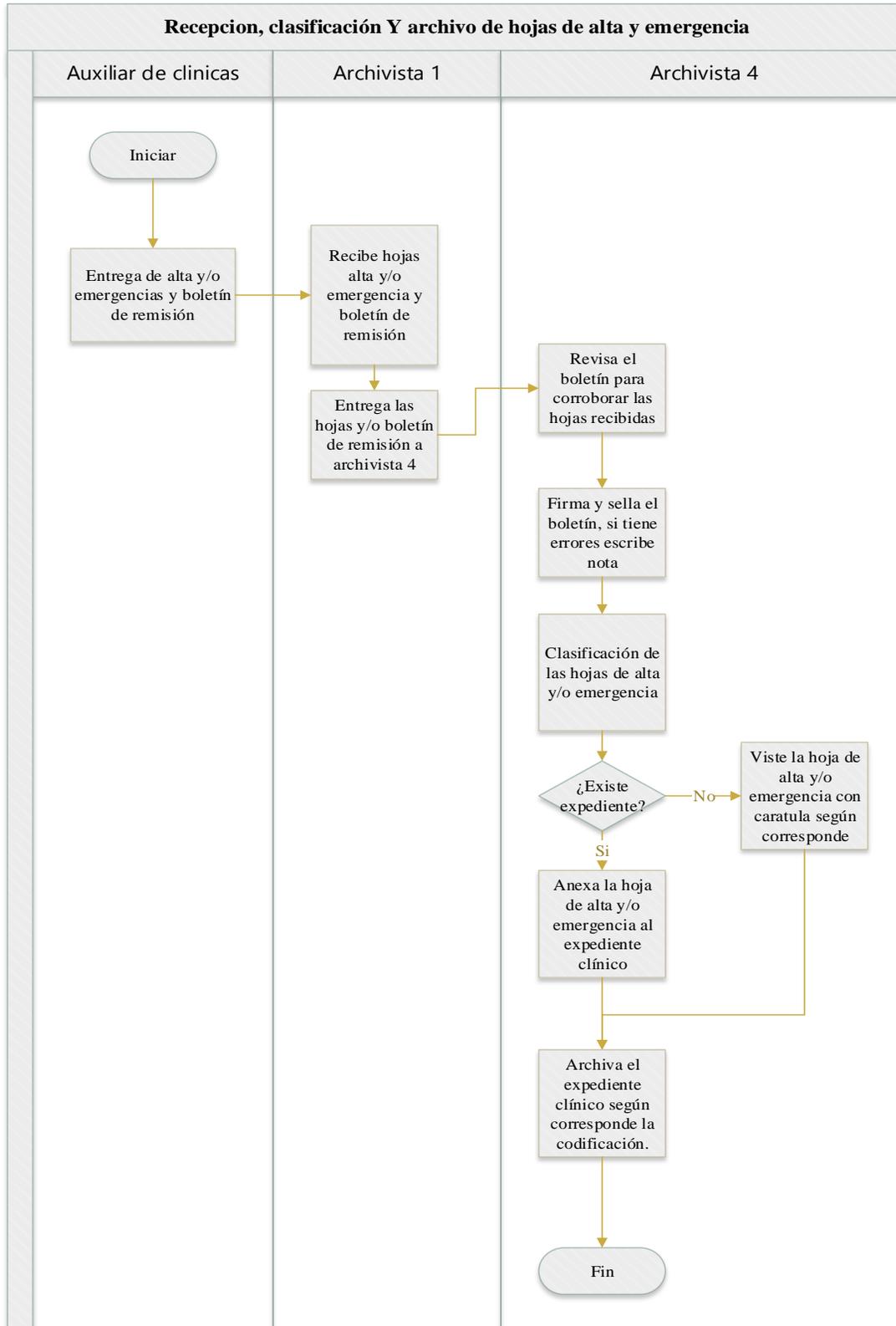


Ilustración 28 Recepción y archivo de hojas de alta

Tabla 12 Recepción, clasificación y archivo de hojas de fisiatría

Paso	Responsable	Actividad	Registro
1	Auxiliar de clínicas	Entrega de hojas de fisiatría y boletín de remisión	
2	Archivista 1	Recibe hojas de fisiatría y boletín de remisión	
3	Archivista 1	Entrega las hojas y boletín de remisión a archivista 3	
4	Archivista 3	Revisa el boletín para corroborar las hojas recibidas	
5	Archivista 3	Firma y sella el boletín, si tiene errores escribe nota	
6	Archivista 3	Clasificación de las hojas de fisiatría según codificación de estantes y coteja expediente.	
7	Archivista 3	Anexa la hoja de fisiatría al expediente clínico	
8	Archivista 3	Archiva el expediente clínico según corresponde la codificación.	

Fuente: Elaboración propia

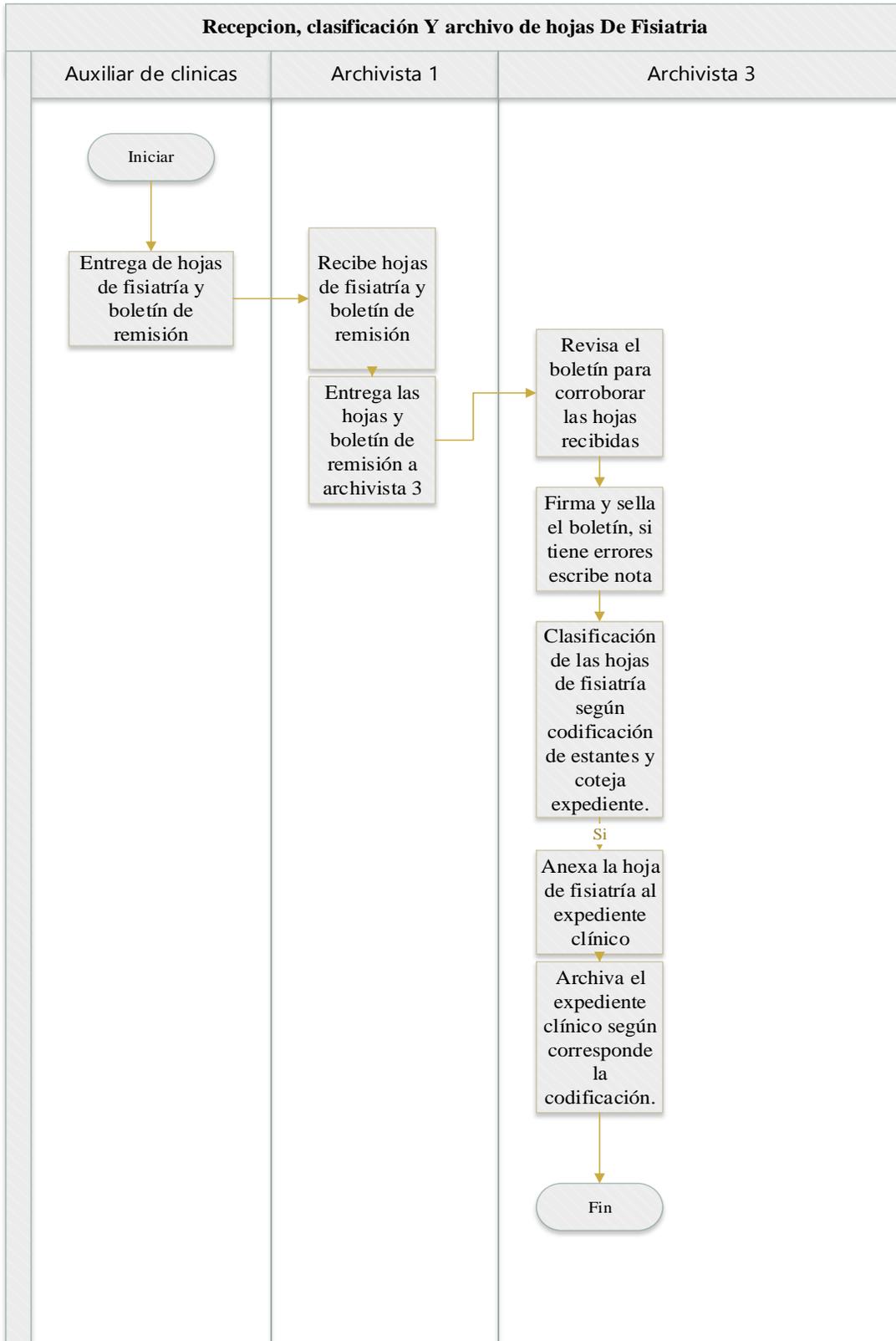


Ilustración 29 Recepción y archivo de hojas de fisiatría

Tabla 13 Recepción, Clasificación Y Archivo De Exámenes De Laboratorio.

Paso	Responsables	Actividades	Registro
1	Auxiliar de clínicas	Entrega de Exámenes de laboratorio y boletín de remisión	
2	Archivista 1	Recibe Exámenes de laboratorio y boletín de remisión	
3	Archivista 1	Entrega las hojas y boletín de remisión a archivista 3	
4	Archivista 1	Revisa el boletín para corroborar las hojas recibidas	
5	Archivista 1	Firma y sella el boletín, si tiene errores escribe nota	
6	Archivista 1	Clasificación de las hojas de exámenes de laboratorio según codificación de estantes y coteja expediente.	
7	Archivista 1	Anexa los exámenes al expediente clínico	
8	Archivista 1	Archiva el expediente clínico según corresponde la codificación.	

Fuente: Elaboración propia

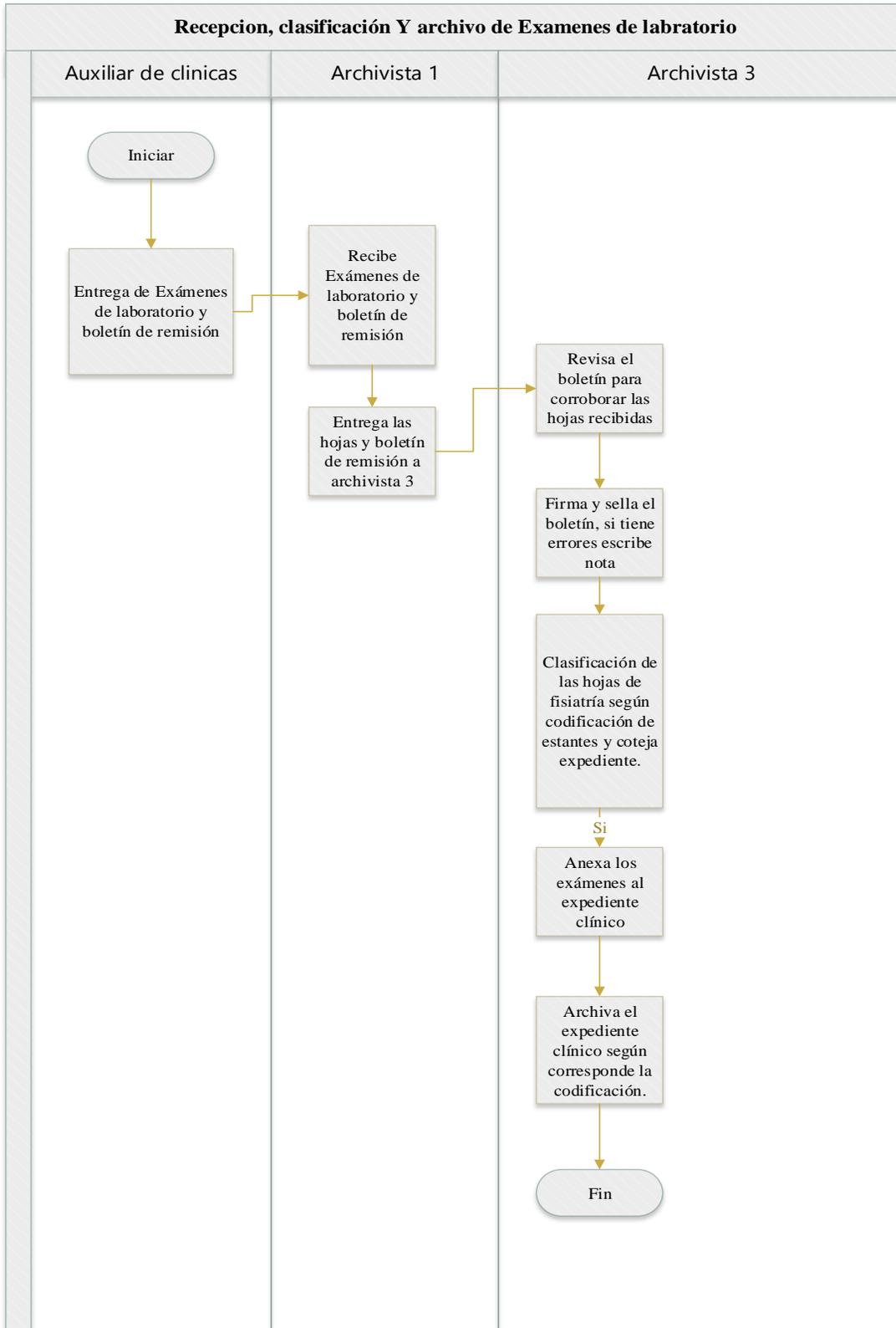


Ilustración 30 Recepción y archivo de exámenes de laboratorio

Tabla 14 Buscar y entregar expedientes clínicos

Paso	Responsable	Actividad	Registro
1	Auxiliar de clínicas o auxiliar de registro médico.	Solicitar expediente clínico mediante boleta de cita o "FALSO"	
2	Archivista 1	Recibe boleta o "FALSO" y Buscar en estante según código de afiliación	
3	Archivista 1	¿Encontró expediente en estante? Lo encontró paso: 4 No lo encontró paso: 5	
4	Archivista 1	Se entrega el expediente al auxiliar de registro médicos Si es con falso entrega el expediente al auxiliar de clínica y se archiva el falso en el lugar del expediente	
5	Archivista 1	Busca en el sistema fecha última de consulta del paciente y Revisa boletín de remisión	Registro de consultas
6	Archivista 1	¿El expediente regreso a archivo? Si regreso paso 7 Si no regreso paso 10	
7	Archivista 1	Se busca el expediente en el estante de la codificación al que pertenece Si no se encuentra 8 Si se encuentra 9	
8	Archivista 1	Se hace un expediente de segunda para que el paciente no pierda cita	
9	Archivista 1	Se entrega expediente al auxiliar.	
10	Archivista 1	Envía nota con el auxiliar, que el expediente se encuentra en la clínica donde tuvo la última consulta.	

Fuente: Elaboración propia

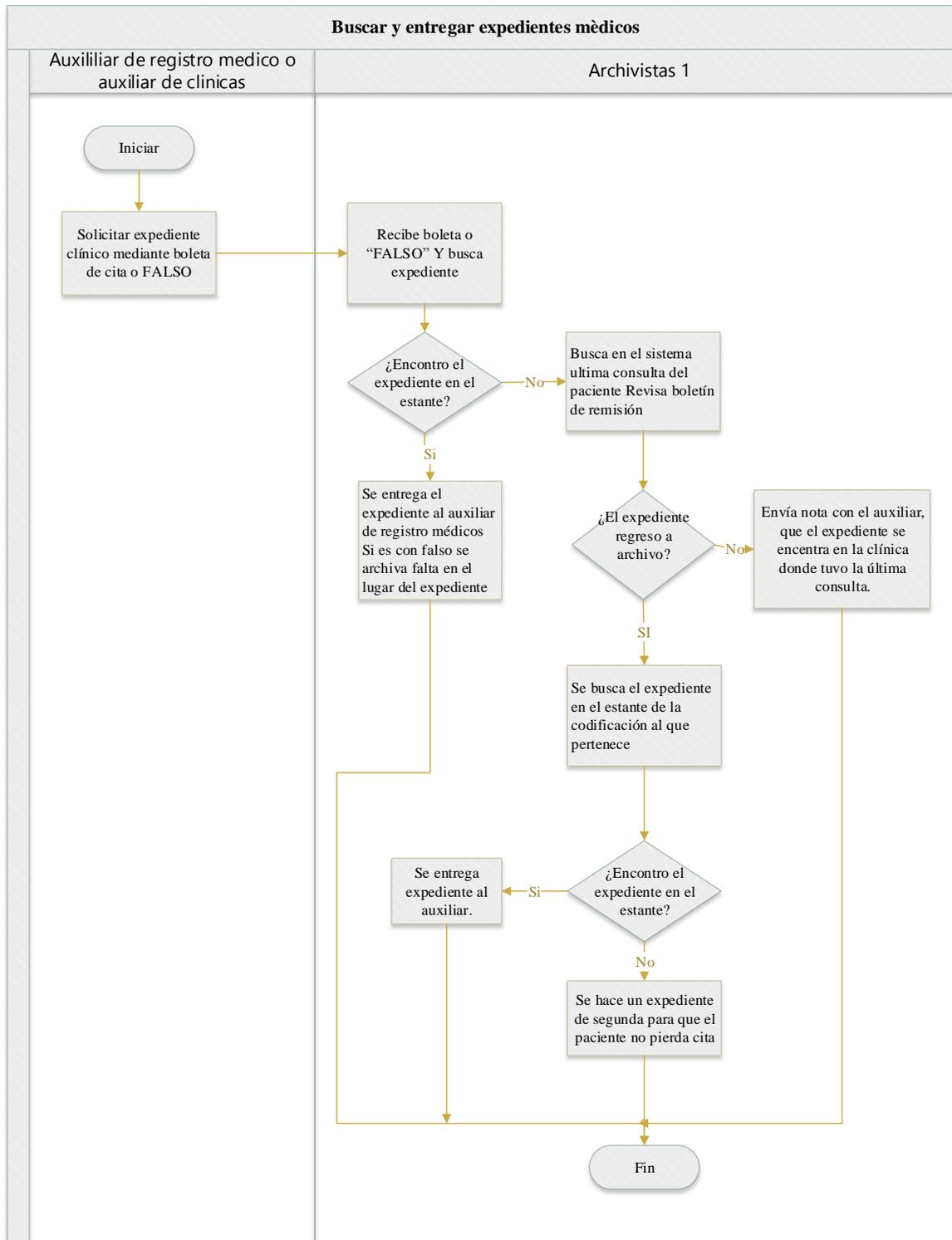


Ilustración 31 Buscar y entregar expedientes clínicos

Tabla 15 Registro y reporte de movimientos de expedientes y documentos

Paso	Responsable	Actividad	Registro
1	Archivista 1,2,3 y 4	Llenado diario de movimientos de expedientes según corresponde a cada archivista	Registro de movimiento de expedientes
2	Archivista 1,2,3 y 4	Entrega mensual del registro de los movimientos de expedientes y documentos al archivista 5	
3	Archivista 5	Realizar reporte para entrega al jefe inmediato	Reporte de flujo de expedientes

Fuente: Elaboración propia

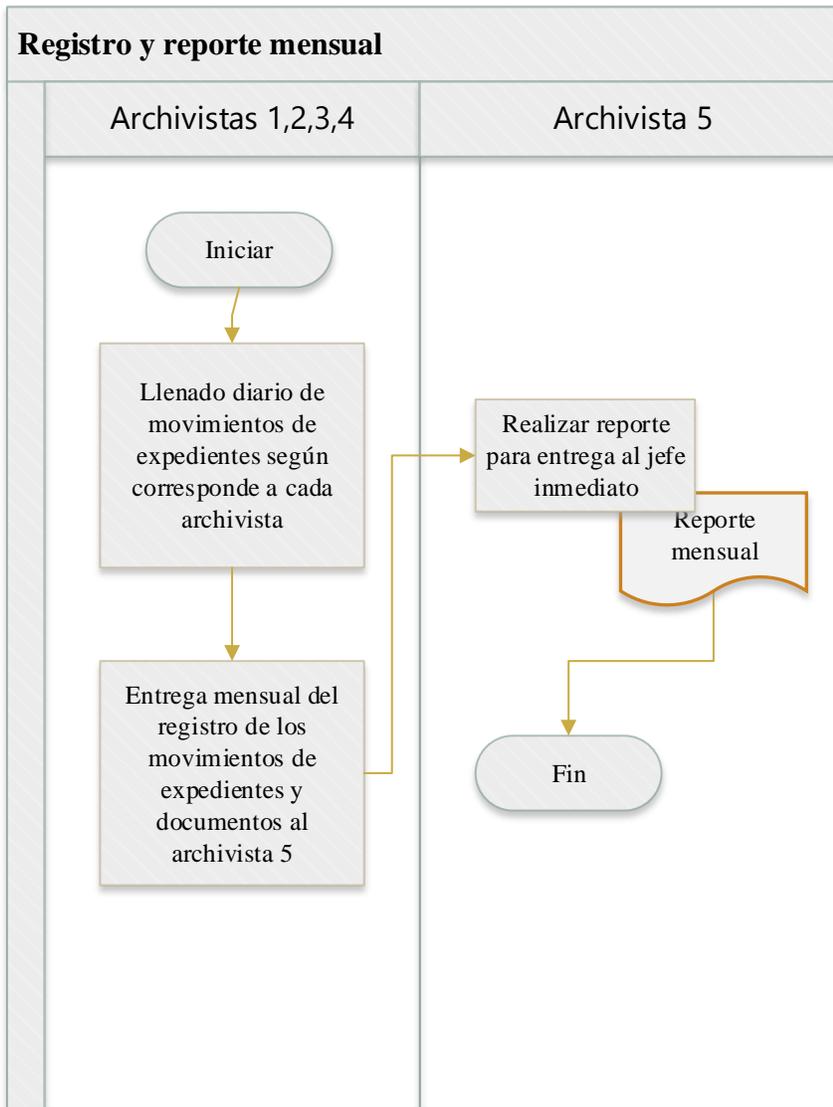


Ilustración 32 Registro y reporte de movimiento de expediente

3.3.3. MEDICIÓN DE LOS PROCESOS DE LA UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS

Luego de identificar y describir los procesos es necesario realizar un seguimiento y medición de los mismos, con el fin de conocer los resultados que se están obteniendo y si los resultados están cumpliendo con los objetivos previstos.

Para implantar un sistema de gestión se debe asegurar que conocemos los resultados que se obtienen de los procesos.

Con esto se conoce el que medida se están obteniendo los resultados previstos y por donde se deben orientar las mejoras.

Con la medición de los indicadores establecidos en cada uno de los procesos, constituyen un marco de referencia para medir la capacidad y la eficacia con la que se están ejecutando las operaciones. Entendemos que la capacidad hace referencia a la aptitud que tiene una organización para cumplir con los requisitos.

3.3.3.1 FICHAS DE LOS PROCESOS DE LA UNIDAD

Estas abarcan diferentes aspectos los cuales están reflejados en la tabla siguiente, donde se explica cada uno de los elementos por los cuales está conformada la ficha.

Título	Descripción
Misión del proceso	En este campo se pretende que se describa cuáles son los objetivos fundamentales y genéricos del proceso que se vaya a definir. Qué es lo que queremos conseguir con la gestión de las actividades incluidas en el proceso.
Alcance del proceso	Debemos definir perfectamente para que no haya equívocos entre los diferentes procesos cuándo empiezan y terminan, es decir, su alcance. Si se definen perfectamente estos límites, vamos a eliminar uno de los problemas que se suelen dar dentro de las organizaciones respecto a quién aplica las diferentes responsabilidades. De esta manera, se evitará la indefinición de tareas, responsabilidades, etc.
Entradas del proceso	Como hemos visto anteriormente en la definición de «proceso», necesitamos unos elementos de entrada que serán los procesados para dar lugar a unos resultados. Se trata de definir cuáles van a ser en concreto estos elementos de entrada de cada uno de los procesos para saber de dónde nos vienen nuestros <i>inputs</i> .
Salidas del proceso	De la misma manera, las anteriores entradas una vez procesadas van a dar a unos elementos de salida, los cuales también definiremos.

Variables de control	Permiten evaluar los distintos centros de responsabilidad. Por medio de las variables se pretende conciliar el ámbito de responsabilidad del centro con los objetivos que se le asignan.
Registros del proceso	Serán las evidencias de que lo que decimos que hacemos lo estamos haciendo. De igual manera, las posteriores sistemáticas de medición de los procesos que estableceremos basarán su análisis en los datos que quedarán plasmados en los registros. Se pretenderá definir qué «papeles» o registros en cualquier tipo de soporte serán los que estén relacionados con cada uno de los procesos.
Indicadores del proceso	Se definirán cuáles serán los datos que tendremos que analizar en cada uno de los procesos para medir la capacidad de los mismos. Antes hemos basado la buena gestión en la medición objetiva de cada una de las actividades que hagamos, pues bien, ésta será la herramienta directa de medición de las actividades, que en su conjunto nos darán la medición de los procesos y del laboratorio en global.

Tabla 16 Elementos que componen la ficha de los procesos

❖ FICHAS DE PROCESOS DESARROLLADOS EN RECEPCIÓN

✓ *Ficha de proceso de confirmación de cita*

Ficha de proceso	
Proceso: Proceso de confirmación a cita.	
Misión: Garantizar la asistencia del paciente en forma oportuna a la consulta médica.	
Alcance:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empieza: Cuando el paciente asiste el día de su cita. ▪ Incluye: Confirmación de cupo, creación de nuevo expediente, solicitar expediente físico del paciente. ▪ Termina: Cuando el paciente confirma cita. 	
Entradas: Boleta de cita del usuario, Dui, base de datos de citas.	
Proveedores: Usuario, recepcionista, médico de especialidad.	
Salidas: Cita confirmada	
Clientes: Pacientes	
Inspecciones:	Registros:
Variables de control:	Indicadores:
❖ Valor máximo de citas diarias	✿ Tiempo de atención al usuario.
❖ Tiempo de llegada	

Tabla 17 ficha confirmación de cita

✓ *Ficha de proceso de confirmación de cita por condición*

Ficha de proceso

Proceso: Proceso de confirmación de cita por condición.

Misión: Asignar citas por condición a pacientes

Alcance:

- **Empieza:** Cuando usuario solicita cupo por condición en recepción.
- **Incluye:** Confirmación de cupo, creación de nuevo expediente, solicitar expediente físico del paciente.
- **Termina:** Cuando existe un cupo disponible y se confirma la cita.

Entradas: Dui, Base de dato de citas, Referencia

Proveedores: Usuario, Recepcionista, Médicos de especialidades

Salidas: Cita confirmada, Asignación de cupo para un día posterior.

Clientes:

Inspecciones:

Variables de control:

- ❖ Cupos por condición diarios.
- ❖

Registros:

Indicadores:

- ✿ Tiempo de atención al usuario.

Tabla 18 confirmar cita por condición

✓ *Ficha de proceso de creación de nuevo expediente*

Ficha de proceso

Proceso: Creación de nuevo expediente

Misión: Crear, integrar y administrar expedientes de nuevo ingreso.

Alcance:

- **Empieza:** Usuario de nuevo ingreso (Nunca ha tenido consulta en las especialidades)
- **Incluye:** Creación de expediente físico.
- **Termina:** Cuando se crea el expediente físico y se permite asistir a la cita

Entradas: Dui, Numero de afiliación.

Proveedores: Usuario, recepcionista

Salidas: Expediente nuevo

Clientes: Clínicas, archivo

Inspecciones:

Variables de control:

- ❖ Cantidad de expedientes nuevos

Registros:

Indicadores:

- ✿ Tiempo de creación del nuevo expediente.

Tabla 19 ficha creación de nuevo cuadro

✓ *Ficha de proceso de asignar citas y citas por condición*

Ficha de proceso

Proceso: Asignar citas y citas por condición

Misión: Asignar y controlar efectivamente las citas de los usuarios.

Alcance:

- Empieza: Cuando el usuario solicita su cita.
- Incluye: Reservar cita en el sistema, entrega de boleta de cita.
- Termina: Cuando se asigna la cita al usuario.

Entradas: Referencia de médico de la especialidad.

Proveedores: Medico, recepcionista

Salidas: Cita agendada.

Clientes: usuario

Inspecciones:

Registros:

Indicadores:

- ✿ Tiempo en asignar cita al usuario.

Variables de control:

- ❖ Valor máximo de citas diarias

Tabla 20 ficha asignación de cita

✓ *Ficha del proceso: Recepción de boletines y expedientes de otras Unidades*

Ficha de proceso

Proceso: Recepción De Boletines Y Expedientes De Otras Unidades

Misión: Recibir y administrar boletines y expediente de unidad de salud afiliadas al ISSS

Alcance:

- Empieza: Cuando reciben botines de unidades de salud
- Incluye: Revisión de boletines, solicitar expedientes a la unidad respectiva, entregar y controlar expedientes entregados.
- Termina: Cuando es entregado el expediente.

Entradas: Boletín

Proveedores: Recepción, archivo

Salidas: Expedientes

Clientes: Unidades médicas de salud externas

Inspecciones:

Registros:

Indicadores:

- ✿ Tiempo de recepción de boletines.

Variables de control:

- ❖ Cantidad de expedientes entregados

Tabla 21 Ficha de recepción de boletines y expedientes de otras unidades

✓ *Ficha de proceso de cambio de carátula*

Ficha de proceso	
Proceso: Cambio de caratula	
Misión: Mantener actualizada el estado actual de afiliación de usuario del servicio medico	
Alcance: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empieza: Cuando usuario cambio de estado de afiliación ▪ Incluye: Cambio de caratula ▪ Termina: Cuando se cambian los datos y la caratula 	
Entradas: Cuando el paciente informa que ha cambiado de estado de afiliación Proveedores: Recepción	
Salidas: Caratula actualizada Clientes: Usuario	
Inspecciones:	Registros:
Variables de control: ❖	Indicadores: ✿ Tiempo para el cambio de carátula.

Tabla 22 ficha cambio de carátula

✓ *Ficha de proceso de impresión de agenda médica*

Ficha de proceso	
Proceso: Impresión de agenda médica	
Misión: Administrar eficazmente la agenda diaria de atención medica mediante la búsqueda oportuna de expedientes médicos.	
Alcance: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empieza: Cuando se imprime la agenda médica del día posterior. ▪ Incluye: agenda medica ▪ Termina: Cuando se entrega agenda médica a archivos 	
Entradas: Citas para el día posterior Proveedores: Recepción Salidas: Agenda medica Clientes: Archivos	
Inspecciones:	Registros:
Variables de control: ❖ Cantidad de citas diarias por agenda medica	Indicadores: ✿ Tiempo de impresión de agenda médica.

Tabla 23 ficha impresión de agenda médica

FICHAS DE PROCESOS DESARROLLADOS EN ARCHIVO

- ✓ *Ficha del proceso de Preparar expedientes clínicos según la agenda médica programada*

Ficha de proceso	
Proceso: Preparar expedientes clínicos según la agenda medica programada	
Misión: Preparar y entregar todos los expedientes clínicos especificados en la agenda medica	
Alcance:	
<ul style="list-style-type: none">▪ Empieza: Cuando se recibe agenda medica▪ Incluye: Buscar y preparar expedientes médicos.▪ Termina: Cuando se entregan los expedientes médicos de la agenda médica.	
Entradas: Agenda medica	
Proveedores:	
Salidas:	
Clientes:	
Inspecciones:	
Registros:	
Indicadores:	
Variables de control:	✿ Tiempo en buscar los expedientes según agenda médica.
❖ Cantidad de expedientes diarias por agenda medica	

Tabla 24 ficha preparación de agenda médica

- ✓ *Ficha de proceso de Recepción, Clasificación Y Archivo De Expedientes Clínicos*

Ficha de proceso	
Proceso: Recepción, Clasificación Y Archivo De Expedientes Clínicos	
Misión: Garantizar el almacenamiento organizado de los expedientes médicos.	
Alcance:	
<ul style="list-style-type: none">▪ Empieza: Cuando la clínica envía los expedientes médicos.▪ Incluye: Recibir, clasificar y almacenar expedientes▪ Termina: Cuando se almacena el expediente en la ubicación correcta	
Entradas: expedientes	
Proveedores: Clínicas de especialidades	
Salidas: Expedientes almacenados	
Clientes: Archivistas	
Inspecciones:	
Registros:	
Indicadores:	
Variables de control:	✿ Tiempo en archivar los expedientes recibidos diariamente de las clínicas.
❖ Expedientes recibidos diariamente de las clínicas	

Tabla 25 ficha de recepción de expediente clínicos

✓ *Ficha de proceso de Recepción, clasificación y archivo de hojas de pediatría*

Ficha de proceso

Proceso: Recepción, clasificación y archivo de hojas de pediatría

Misión: Garantizar el almacenamiento organizado de los expedientes médicos.

Alcance:

- Empieza: Cuando se recibe la hoja de pediatría
- Incluye: recibir, clasificar y archivar hoja de pediatría
- Termina: Cuando se almacena la hoja de pediatría

Entradas: Hoja de pediatría

Proveedores: Hospital

Salidas: Hoja de pediatría almacenada

Clientes: Archivistas, Hospital

Inspecciones:

Variables de control:

- ❖ Cantidad de hojas de pediatría recibidas por día

Registros:

Indicadores:

- ✿ Tiempo de confrontar boletines y vestir hojas pediátricas.

Tabla 26 ficha de recepción y archivo de hojas pediátricas

✓ *Ficha de proceso de Recepción, clasificación y archivo de hojas de alta y emergencia*

Ficha de proceso

Proceso: Recepción, Clasificación Y Archivo De Hojas De Alta Y Emergencia

Misión: Garantizar el almacenamiento organizado de hojas de alta y emergencia

Alcance:

- Empieza: Cuando se recibe la hoja de de alta o de emergencia
- Incluye: recibir, clasificar y archivar hoja de alta o emergencia
- Termina: Cuando se almacena la hoja de alta o emergencia

Entradas: Hoja de alta o emergencia

Proveedores: hospital

Salidas: hoja de alta o emergencia almacenada

Clientes: Archivistas , Hospital

Inspecciones:

Variables de control:

- ❖ Cantidad de hojas de alta o emergencia por día

Registros:

Indicadores:

- ✿ Tiempo de confrontar boletines y vestir hojas de alta y emergencia.

Tabla 27 ficha de recepción y archivo de hojas de alta y emergencia

✓ *Ficha de proceso Recepción, Clasificación Y Archivo De Hojas De Fisiatría.*

Ficha de proceso

Proceso: Recepción, Clasificación Y Archivo De Hojas de fisiatría.

Misión: Garantizar el almacenamiento organizado de fisiatría

Alcance:

- Empieza: Clínica envía hojas de fisiatría
- Incluye: recibir, clasificar y archivar hojas de fisiatría.
- Termina: Cuando se almacena la hoja de fisiatría

Entradas: hoja de fisiatría

Proveedores: Clínicas

Salidas: Hoja almacenada

Clientes: Clínicas, archivistas

Inspecciones:

Variables de control:

- ❖ Cantidad de hojas de fisiatría por día

Registros:

Indicadores:

- ✿ Tiempo de confrontar boletines y vestir hojas de fisiatría.

Tabla 28 ficha de recepción de hojas de fisiatría

✓ *Ficha de proceso de Recepción, clasificación y archivo de exámenes de laboratorio*

Ficha de proceso

Proceso: Recepción, Clasificación Y Archivo de exámenes de laboratorio.

Misión: Garantizar el almacenamiento organizado de los exámenes de laboratorio

Alcance:

- Empieza: Clínica envía exámenes de laboratorio
- Incluye: recibir, clasificar y archivar el examen de laboratorio.
- Termina: Cuando se almacena examen de laboratorio

Entradas: Examen de laboratorio

Proveedores: Clínicas

Salidas: Examen almacenado en el expediente medico

Clientes: Clínicas, archivistas

Inspecciones:

Variables de control:

- ❖ Cantidad de exámenes de laboratorios por día

Registros:

Indicadores:

- ✿ Tiempo de confrontar boletines y vestir exámenes de laboratorio.

Tabla 29 ficha de recepcion y archivo de hojas de fisiatría

✓ *Ficha de proceso Buscar y entregar expedientes solicitados*

Ficha de proceso	
Proceso: Buscar y entregar expedientes solicitados	
Misión: Entregar eficazmente los expedientes solicitados	
Alcance:	
<ul style="list-style-type: none">▪ Empieza: Cuando solicitan expedientes médicos.▪ Incluye: buscar y entregar expedientes médicos, remplazar por falso si corresponde.▪ Termina: Cuando se entrega el expediente.	
Entradas: Boleta o falso.	
Proveedores: Clínicas	
Salidas: Expediente medico	
Clientes: Clínicas, archivistas	
Inspecciones:	
Registros:	
Indicadores:	
✿ Tiempo de búsqueda y entrega del expediente que ha sido solicitado	
Variables de control:	
❖ Expedientes solicitados por clínicas por día.	

Tabla 30 ficha de recepción y archivo de búsqueda expediente solicitados por recepción y clínicas

✓ *Ficha de proceso Registro y reporte de los expedientes y documentos entregados, recibidos y actualizados.*

Ficha de proceso	
Proceso: Registro y reporte de los expedientes y documentos entregados, recibidos y actualizados.	
Misión: Llevar un control de los movimientos de documentos en archivo.	
Alcance:	
<ul style="list-style-type: none">▪ Empieza: Al finalizar cada día de trabajo.▪ Incluye: anotar las entradas, salidas de expediente según agenda médica y según falso, control de nuevos cuadros, entradas de hojas de emergencia y altas, hojas de pediatría, exámenes de laboratorio.▪ Termina: Cuando se entrega el reporte al finalizar el mes en curso.	
Entradas: Documentos (expedientes, hojas sueltas, exámenes clínicos, falsos).	
Proveedores: Clínicas	
Salidas: Reporte mensual	
Clientes: Clínicas, archivistas	
Inspecciones:	
Registros:	
Indicadores:	
✿ Tiempo en anotar los movimientos por día.	
Variables de control:	
❖ Movimiento de documentos por día.	

Tabla 31 Ficha de control de movimientos diarios en archivo

3.3.3.2 MEDICIÓN DE LOS PROCESOS

Mediante la toma de tiempos dentro de las áreas de UARM, se obtiene el tiempo promedio de duración de cada actividad según el área analizada; lo cual ayuda a conocer el tiempo en que se ejecuta una actividad y así también poder realizar un análisis de carga laboral para los empleados de dicha Unidad.

Para el área de recepción se han obtenidos los siguientes datos correspondientes a los procesos que se realizan en dicho lugar:

Tareas	Promedio (min)	Promedio (seg)	Promedio (min:seg)
Asignacion de cita	1.66	99.66	01:40.0
Confirmar asistencia a cita	0.58	34.79	00:34.8
Cita por condicion	0.85	51.23	00:51.2
Informacion al paciente	0.79	47.54	00:47.5
Creacion de expediente	5.29	317.65	05:17.6
Recepcion de documentos	3.90	234.04	03:54.0
Cambio de caratula	6.00	360.00	06:00.0
Otros	7.41	444.58	07:24.6

Tabla 32 Tiempo promedio por actividad en recepción

La obtención de estos promedios se realizó de forma diaria de cada una de las actividades posteriormente se sacó el promedio correspondiente a la sumatoria de los 5 días en que se realizó la recolección de los datos.

En la siguiente tabla se muestra el promedio de tiempo que se utiliza para realizar cada uno de los procesos analizados en el área de archivos, se especifica el proceso con su respectivo promedio en segundos y promedio en minutos con segundos para mejor comprensión de los datos.

Tareas	Promedio (min)	Promedio (seg)	Promedio (min:seg)
Expedientes según agenda	3.75	225.10	03:45.1
Archivo de hojas	3.18	191.05	03:11.1
Buscar y entregar expediente	2.25	135.15	02:15.2
Registro de documentos	3.16	189.50	03:09.5
Expediente archivado	0.91	54.46	00:54.5
Confrontar boletín de remisión	4.48	268.63	04:28.6
Elaborar nuevo cuadro	24.60	1,476.00	24:36.0
Otros	7.00	419.90	06:59.9

Tabla 33 Tiempo promedio por actividad en archivo

3.4. PUESTOS DE TRABAJO DE LA UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS

Al tocar este punto se busca conocer aspectos de la fuerza laboral de la Unidad de Admisión y Registros Médicos; cuyo fin será como primer paso tener el conocimiento de cómo se dividen y funcionan los puestos de trabajo en la unidad; así también por medio de un análisis de carga de trabajo ver si las actividades que desempeñan los empleados/as es el ejecutado según el puesto en que se desenvuelven y ver si existe algún sobre carga en la rutina laboral que desempeñan.

3.4.1. DESCRIPCIÓN DE PUESTOS EN LA UARM

Los puestos de trabajos hacen referencia al espacio específico en el que las personas desarrollan sus actividades. La descripción de puestos de trabajo es aquel procedimiento encargado de establecer las obligaciones, competencias, habilidades y requisitos que requiere un determinado puesto de trabajo, así como el tipo de personas que se deben de contratar para ocupar dicho puesto. La unidad de Admisión y Registros Médicos cuenta actualmente con solo dos puestos de trabajo: el de recepcionista y el de archivistas; los cuales se detallan a continuación.

3.4.1.1. PUESTO DE TRABAJO RECEPCIONISTA

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Título de Puesto: Recepcionista
Dependencia jerárquica: Hospital, Unidad Médica, Consultorio de Especialidades, Clínica Comunal.

Puesto al que se reporta: Director, Administrador, Jefe de Servicio

MISIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

Recibir y atender en forma oportuna a los usuarios que se presentan a los diferentes centros de atención y dependencias del Instituto, a fin de recepcionar información y/ o programar citas, para efectuar trámites administrativos.

FUNCIONES DEL PUESTO

- a) Recibir y organizar los expedientes, información y otros insumos necesarios para atender a los pacientes programados, a fin de brindar un servicio ágil y oportuno a los mismos.
- b) Recibir al paciente citado, revisando que los documentos clínicos y de identificación, estén completos y reúnan los requisitos establecidos para brindar consulta o efectuar estudios de diagnóstico y/ o tratamiento.
- c) Organizar a los pacientes, asignándoles número y ubicándolos en el orden de la consulta, prueba o tratamiento, a fin de que el proceso se realice de forma ordenada.
- d) Tramitar autorización de referencias médicas y/ o aplicación de pruebas diagnósticas y de tratamiento que lo requieran, con el propósito de facilitar y agilizar el proceso de aprobación.
- e) Apoyar en la preparación del expediente clínico según la agenda médica programada, verificando que contenga la papelería requerida, para que el personal médico realice las anotaciones de la consulta y se distribuya oportunamente a las diferentes clínicas o servicios solicitantes.
- f) Programar citas a pacientes, evaluando la referencia u orden médica, verificar y asignar cupos en agenda manual o electrónica; asimismo, de ser necesario, orientar al usuario sobre otros pruebas y tramites complementarios a la cita, a fin generar oportunidad en el otorgamiento del servicio requerido.
- g) Realizar trámites de ingreso a pacientes hospitalizados, mediante el completado de los formatos establecidos, a fin de registrar y controlar la internación de los usuarios.
- h) Recibir a través cie tarjetas de control de ingreso la ropa y pertenencias de pacientes que son hospitalizados, a fin de efectuar el trámite y/ o resguardo temporal de la misma.
- i) Elaborar censo diario de pacientes ingresados con la información de su estado de salud, número de cama y servicio en el que se encuentra y enviarlo al área de información de pacientes.

- j) Descargar del libro de ingreso las altas diarias, remitiéndolas posteriormente al archivo clínico para su incorporación al expediente, a fin de contar con registros que documenten los egresos de pacientes.
- k) Llevar control actualizado de ingresos y altas de pacientes, con el fin contar con registros que permitan la generación de reportes estadísticos.
- l) Completar los formularios requeridos para los trámites de defunción y entregarlo a la familia del usuario fallecido, a fin de proporcionar la documentación que respalda el retiro del cadáver y que a su vez sirva para las gestiones correspondientes en otras instituciones.
- m) Aplicar los procedimientos, políticas y normativa institucional vigente; así como otras afines a los procesos, con el objetivo de cumplir con las regulaciones correspondientes.
- n) Colaborar con el ingreso de resultados del proceso, al sistema de información específico del área, a fin de mantener actualizados los registros.
- o) Atender consultas, brindando información oportuna, para solventar las inquietudes de los usuarios.
- p) Dar seguimiento a las actividades asignadas, a través de la aplicación de los procedimientos establecidos, con el fin de cumplir con las metas del área.
- q) Dar a conocer al jefe los resultados de sus actividades ya sea periódicamente o atendiendo requerimientos de éste, a fin de que sirvan de insumo para la generación de reportes.
- r) Colaborar con la inducción de personal nuevo, dando a conocer los procesos y/ o funciones, con el fin de que se involucre en el trabajo del área.
- s) Apoyar al área de trabajo, cuando sea necesario, realizando actividades para suplir ausencias de personal o situaciones de urgencia.
- t) Realizar otras actividades, encomendadas por la jefatura inmediata.

PUESTOS QUE SUPERVISA

Ninguno.

CONTEXTO DEL PUESTO DE TRABAJO

- a) Resultados Principales:
 - Recepción y atención efectiva a los usuarios que se presentan a los diferentes servicios de los Centros de Atención.
 - Efectividad en la realización de labores administrativas.

- b) Marco de Referencia para la Actuación:
- Ley de Ética Gubernamental.
 - Ley y Reglamentos del ISSS.
 - Manual de Normas y Procedimientos del área.

RESPONSABILIDADES DEL CARGO

- a) Por custodia de maquinaria y equipo: Ninguna.
- b) Por custodia de valores: Ninguna.
- c) Por custodia de información o registros: Ninguna.
- d) Seguridad de otros: Ninguna.
- e) Otros: Ninguna.

PERFIL DE CONTRATACIÓN

- a) Grado Académico: Bachiller.

Especialidad Deseable: En cualquier opción.

- b) Formación o Conocimientos Adicionales: Indispensable:

- Conocimientos de computación.

Deseable: Ninguno.

- c) Documentación exigible: Ninguna.

- d) Experiencia Previa: No requiere.

- e) Competencias:

- Orientación al Servicio.
- Integridad.
- Responsabilidad.
- Capacidad para Aprender.
- Trabajo en Equipo y Colaboración.
- Minuciosidad.
- Habilidad de Comunicación.
- Iniciativa.

OTROS ASPECTOS

Ninguno. (División de Recursos Humanos, 2014)

3.4.1.2 PUESTO DE TRABAJO ARCHIVISTA

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Título de Puesto: Archivista
Dependencia jerárquica: Hospital, Unidad Médica, Clínica Comunal.
Puesto al que se reporta: Director, Administrador, Jefe de Admisión y Registros Médicos, Jefe de Registros Médicos, Encargado de Archivo.

MISIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

Buscar y extraer los expedientes o documentos requeridos en el área; así como, incorporar información de archivo y efectuar la depuración necesaria.

FUNCIONES DEL PUESTO

Área de Salud:

- a) Elaborar expediente para pacientes, completando toda la documentación inicial correspondiente, a fin de conformar el historial clínico del mismo.
- b) Identificar fólder o bolsa con carátula, antes de incorporar documentos, a fin de que contengan la información completa y actualizada.
- c) Recibir y anexar al historial clínico, los resultados de exámenes indicados a los pacientes, a fin de que al presentarse a la consulta, el personal médico cuente con los elementos necesarios para la emisión del diagnóstico y /o la aplicación de tratamientos o procedimientos.
- d) Preparar expediente clínico según la agenda médica programada, verificando que contenga la papelería requerida para que el personal médico, pueda realizar las anotaciones de la consulta y se distribuya oportunamente a las diferentes clínicas o servicios solicitantes.
- e) Archivar los resultados de estudios radiológicos, incorporándolos a las bolsas previamente rotuladas con los datos del paciente, para ser entregados a los solicitantes.
- f) Recibir, revisar, clasificar y ordenar los expedientes utilizados, verificando que estén completos de acuerdo a lo entregado, a fin de que éstos sean archivados en su ubicación respectiva.
- g) Reorganizar y clasificar expedientes o documentos, depurando aquellos que no han tenido movimiento durante los últimos cinco años.
- h) Revisar y cambiar folders, carpetas o bolsas, de acuerdo al tipo de archivo, de aquellos que por su movimiento se deterioren con facilidad, a fin de mantener en buen estado la información.

- i) Registrar el préstamo de expedientes o documentos que los conforman, con el objetivo de evitar su extravío.
- j) Llevar el control de los expedientes o documentos actualizados y entregados, con el fin de informar al jefe inmediato, para que permita generar reportes estadísticos.
- k) Aplicar los procedimientos, políticas y normativa institucional vigente; así como otras afines a los procesos, con el objetivo de cumplir con las regulaciones correspondientes.
- l) Colaborar con el ingreso de resultados del proceso, al sistema de información específico del área, a fin de mantener actualizados los registros.
- m) Llevar registros actualizados de los trámites y/ o casos realizados, como mecanismo para la generación de estadísticas.
- n) Dar seguimiento a las actividades asignadas, a través de la aplicación de los procedimientos establecidos, con el fin de cumplir con las metas del área.
- o) Dar a conocer al jefe los resultados de sus actividades ya sea periódicamente o atendiendo requerimientos de éste, a fin de que sirvan de insumo para la generación de reportes.
- p) Atender consultas, brindando información oportuna, para solventar las inquietudes de los usuarios.
- q) Colaborar con la inducción de personal nuevo, dando a conocer los procesos y/o funciones, con el fin de que se involucre en el trabajo del área.
- r) Apoyar al área de trabajo, cuando sea necesario, realizando actividades para suplir ausencias de personal o situaciones de urgencia.
- s) Realizar otras actividades encomendadas por la jefatura inmediata.

PUESTOS QUE SUPERVISA

Ninguno.

CONTEXTO DEL PUESTO DE TRABAJO

- a) Resultados Principales:
 - Extracción e incorporación efectiva de expedientes, documentos o fichas.
 - Efectividad en el control de documentos prestados.
 - Disponibilidad oportuna de expediente clínicos.
- b) Marco de Referencia para la Actuación:
 - Ley de Ética Gubernamental.

- Ley y Reglamentos del ISSS.
- Manual de Normas y Procedimientos del área.

RESPONSABILIDADES DEL CARGO

- Por custodia de maquinaria y equipo: Ninguna.
- Por custodia de valores: Ninguna.
- Por custodia de información o registros: Expedientes.
- Seguridad de otros: Ninguna.
- Otros: Ninguna.

PERFIL DE CONTRATACIÓN

- Grado Académico: Bachiller.

Especialidad Deseable: En cualquier opción.

- Formación o Conocimientos Adicionales: Indispensable: Ninguno.

Deseable: Ninguno.

- Documentación exigible: Ninguna.

- Experiencia Previa: No requiere.

- Competencias:

- Orientación al Servicio.
- Integridad.
- Responsabilidad.
- Capacidad para Aprender.
- Trabajo en Equipo y Colaboración.
- Minuciosidad.
- Habilidad de Comunicación.
- Iniciativa.

OTROS ASPECTOS

Incluye Consultorio de Especialidades (División de Recursos Humanos, 2014).

3.4.2. ANÁLISIS DE LA CARGA LABORAL EN LAS ÁREAS DE RECEPCIÓN Y ARCHIVO

La medición de carga laboral se desarrolló por medio de la observación y tomas de tiempo a cada uno de los 7 empleados distribuidos entre los dos puestos de trabajo antes detallados, con esto, se pretende conocer el número de trabajadores necesarios en cada una de las áreas en que se divide la unidad.

En las siguientes tablas se detallan las actividades que realiza tanto en el área de recepción como en el área de archivo, las cuales sirvieron de base para el análisis de la carga laboral en la UARM.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL ÁREA DE RECEPCIÓN
<i>Asignación de cita y cita por condición</i>
<i>Confirmar asistencia a cita</i>
<i>Consulta por condición</i>
<i>Creación de nuevo cuadro</i>
<i>Cambio de carátula</i>
<i>Recepción de boletines y expedientes de otras unidades</i>
<i>Impresión de agenda médica</i>

Tabla 34 Actividades ejecutadas en recepción

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL ÁREA DE ARCHIVO
<i>Preparar expedientes clínicos según agenda médica programada</i>
<i>Buscar y entregar expediente solicitado</i>
<i>Recepción, clasificación y archivo de Expedientes clínicos</i>
<i>Recepción, clasificación y archivo de hojas de alta y emergencia</i>
<i>Recepción, clasificación y archivo de hojas de pediatría</i>
<i>Recepción, clasificación y archivo de hojas de fisioterapia</i>
<i>Recepción, clasificación y archivo de exámenes de laboratorio</i>
<i>Registro y reporte de los expedientes y documentos recibidos, entregados y actualizados</i>

Tabla 35 Actividades ejecutadas en archivo

El cuadro de la carga laboral de cada uno de las actividades que se realizaron durante el período de observación en la Unidad se encuentra de manera más detallada en Tabla 68 Resumen de actividades desarrolladas del 05-09/11 página 225.

Se observó que algunos empleados del área de archivo se rotan los cargos, desempeñando actividades que corresponden al área de recepción por un determinado tiempo en el día.

También se compara la cantidad de trabajadores actuales con los teóricos y se hace un breve análisis.

3.4.2.1. ANÁLISIS DE CARGA LABORAL EN RECEPCIÓN

Al analizar la carga laboral de las personas destacadas en el área de recepción, se obtuvo el tiempo productivo de la jornada laboral tomada por una semana; es decir la jornada laboral consta de 8 horas por 5 días a la semana, de los cuales se les resta 30 minutos de la hora de almuerzo, quedando una jornada diaria de 7.5 horas lo que es igual a 450 minutos, lo que da 2250 minutos por semana por trabajador.

Cargo	1/10/2018	2/10/2018	3/10/2018	4/10/2018	5/10/2018	Total minutos productivos por persona	Tiempo productivo + suplemento (10%)
Recepcionista 1	377.89	302.92	390.97	349.73	400.23	1821.74	2003.914
Recepcionista 2	198.1	131.48	198.84	247.14	201.51	977.07	1074.777
Total minutos productivos por día	575.99	434.4	589.81	596.87	601.74	2798.81	3078.691

Tabla 36 Carga de trabajo recepción

Al dividir el tiempo productivo de toda la jornada laboral del área de recepción más el tiempo suplementario (10%) que es igual a 3078.691 minutos sumando el tiempo de los trabajadores y eso lo dividimos entre el tiempo que dura la jornada laboral descrito anteriormente nos da el siguiente resultado:

Número de recepcionistas requeridos	1.36830711	2
--	------------	----------

Tabla 37 Recepcionista necesarios

El resultado anterior indica que para el área de recepción es necesario poseer 2 trabajadores, lo cual evidencia que no existe sobrecarga laboral, solamente es necesario redistribuir actividades para que las dos personas que están actualmente en dicho puesto posean la misma carga y esta pueda ser compartida.

3.4.2.2. ANÁLISIS CARGA DE TRABAJO ARCHIVO

Análisis de las personas destacadas en archivo, del cual se obtiene el tiempo productivo de la jornada laboral tomada por una semana; es decir la jornada laboral consta de 8 horas por 5 días a la semana, de los cuales se les resta 30 minutos de la hora de almuerzo, quedando una jornada diaria de 7.5 horas lo que es igual a 450 minutos, lo que da 2250 minutos por semana por trabajador.

Cargo	1/10/2018	2/10/2018	3/10/2018	4/10/2018	5/10/2018	Total minutos productivos por persona	Tiempo productivo + Suplemento
Archivista 1	177.98	189.32	166	167.4	141.3	842	926.2
Archivista 2	286.22	200.62	342.93	328.07	263.57	1421.41	1563.551
Archivista 3	263.3	179.92	223.87	205.97	218.9	1091.96	1201.156
Archivista 4	245.35	221.92	245.62	245.97	299.67	1258.53	1384.383
Archivista 5	35	33	34	30	31	163	179.3
Total minutos productivos por día	1007.85	824.78	1012.42	977.41	954.44	4776.9	5254.59

Tabla 38 Carga de trabajo archivo

Al dividir el tiempo productivo toda la jornada laboral del área de archivo más el tiempo suplementario (10%) que es igual a 5254.59 minutos sumando el tiempo de los trabajadores y eso lo dividimos entre el tiempo que dura la jornada laboral descrito anteriormente nos da el siguiente resultado:

Número de archivistas requeridos	2.3353733	3
---	-----------	----------

Tabla 39 Archivistas necesarios

El resultado anterior indica que para el área de archivo es necesario poseer 3 trabajadores, lo cual evidencia que no existe sobrecarga laboral, por el contrario hay más trabajadores contratados de los que son necesarios para poder desempeñar las funciones de dicho en puesto de trabajo.

3.5. INSTALACIONES Y CONDICIONES FÍSICAS

El Hospital Regional Santa Ana del ISSS está ubicado en Final 10ª. Av. Sur Col El Palmar, Santa Ana, el cual posee un fácil acceso ya que son varias rutas de buses que circulan en los alrededores de la institución.



Ilustración 33 Mapa ubicación Hospital Regional de Santa Ana

Dentro de las instalaciones se encuentra ubicado la Unidad de Admisión y Registros Médicos, del cual recepción está en la entrada de la primera planta del Hospital Regional de Santa Ana, el área de archivos se encuentra en la zona exterior del parqueo este, en el cual se resguardan los expedientes médicos, hojas de altas, emergencia y hospitalización.



Ilustración 34 Ubicación de UARM

3.5.1 DISTRIBUCIÓN ACTUAL DE LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS

El modelo de distribución que se utiliza en las instalaciones de archivos de la UARM se basa en la mínima distancia recorrida con respecto a los expedientes que pertenecen a las especialidades ya que estos son los que se movilizan con mayor regularidad, al ser los que frecuentemente salen y entran a la unidad.

Estos expedientes están divididos en los estantes según el año de nacimiento el cual es el segundo y tercer elemento del número de afiliación, la distribución utilizada actualmente se representa en la siguiente ilustración:

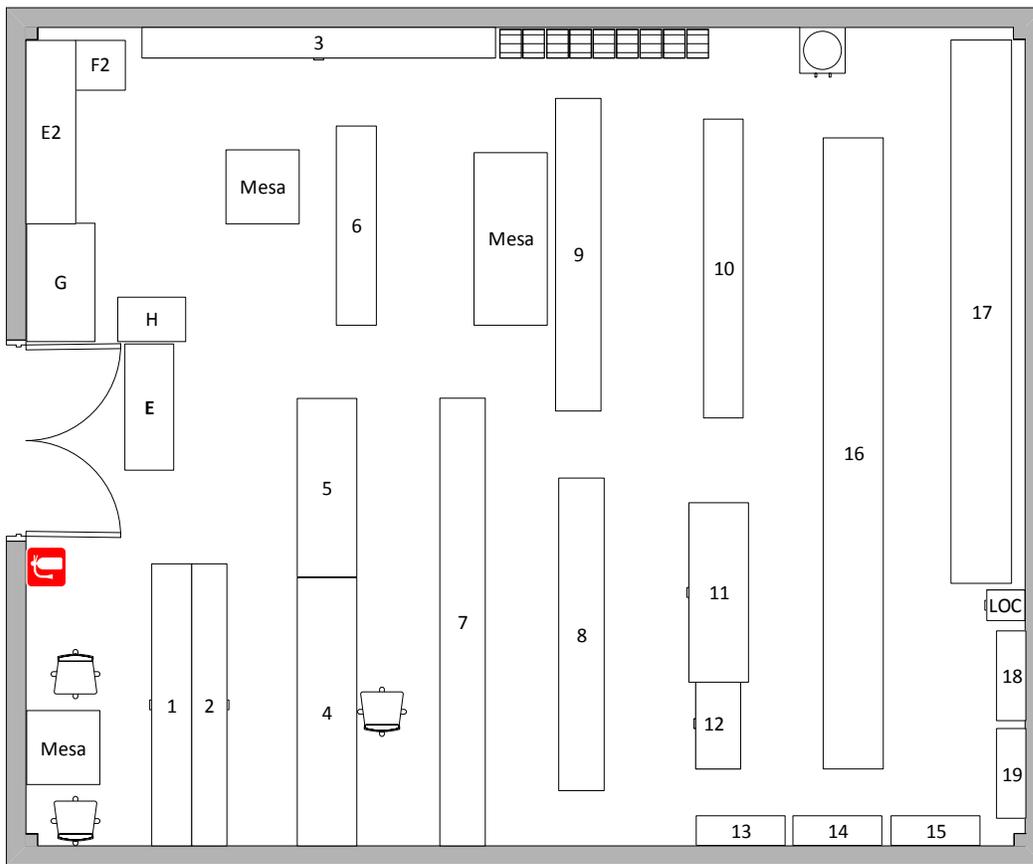


Ilustración 35 Distribución actual de Archivos

Los bloques o rectángulos localizados en la distribución actual con letras y números representan un área adimensional, la cual es utilizada de acuerdo a lo descrito se agruparon bloques según su uso en las siguientes tablas:

MOBILIARIO DE APOYO		
Letra	Nombre del bloque	Descripción sobre el uso
E	Mesa para recepción	Es el mueble utilizado para la interacción con los auxiliares y personal autorizado que solicita y/o lleva expedientes a la unidad.
E1	Escritorio 1	En este escritorio se encuentra ubicada la computadora en la cual se tiene acceso al sistema de citas, se revisan las boletas y expedientes provenientes de las clínicas y otras unidades medicas
E2	Escritorio 2	Este escritorio se utiliza de apoyo para separar los expedientes clínicos por décadas según corresponden en los estantes
C	Carrito	El carrito es un mobiliario de apoyo donde se ubican los paquetes de expedientes recibidos

Tabla 40 Mobiliario de apoyo del área de archivos

ESTANTES CON EXPEDIENTES CLÍNICOS DE CONSULTA		
Numero	Nombre del bloque	Descripción sobre el uso
1	Estante 1	En el estante 1 se encuentran ubicados los expedientes clínicos de consultas correspondiente a los años 54 al 79
2	Estante 2	En el estante 2 se encuentran ubicados los expedientes clínicos de consultas correspondiente a los años 79 al 93
4	Estante 4	En este estante están ubicados los expedientes de pediatría, fallecidos y de personal del ISSS
5	Estante 5	En el estante 5 se encuentran ubicados los expedientes clínicos de consultas correspondiente a los años 93 al 99
7	Estante 7	En el estante 7 se encuentran ubicados los expedientes clínicos de consultas correspondiente a los años 2000 - 2018

Tabla 41 Estantes con expedientes clínicos de consultas

HOJAS DE ALTA Y EMERGENCIA VESTIDAS Y DEPURADAS		
Numero	Nombre del bloque	Descripción sobre el uso
3	Estante 3	En este estante se encuentran las hojas de alta y emergencia que aún no han sido vestidas o depuradas del 2014.
6	Estante 6	Este estante se utiliza de apoyo para tener expedientes que están en proceso de depuración o ya fueron depurados.
8	Estante 8	En este estante se encuentran las hojas de alta y emergencia que aún no han sido vestidas o depuradas del 2015
9	Estante 9	En este estante se encuentran las hojas de alta y emergencia que aún no han sido vestidas o depuradas del 2015 y 2016
10	Estante 10	En este estante se encuentran las hojas de altas vestidas y depuradas de las décadas 60, 70 y 80 del año 2013
11	Estante 11	En este estante se encuentran las hojas de alta y emergencia que aún no han sido vestidas o depuradas del 2016 y 2017
12	Estante 12	Este estante es utilizado para almacenar los materiales utilizados para los expedientes nuevos y los materiales para vestir las hojas de altas.
13	Estante 13	En este estante se encuentran las hojas de alta y emergencia que aún no han sido vestidas o depuradas de los años 2014, 2015, 2016 y 2017
14	Estante 14	Se encuentran la década de los 90 perteneciente al año 2018
15	Estante 15	Se encuentran la década de los 90 perteneciente al año 2018
16	Estante 16	En el estante se encuentras las décadas 90, 2000 y 2010 del año 2013 y hojas de altas vestidas del 2000 en delante correspondiente al año 2018
18	Estante 18	Se encuentran la década de los 70 perteneciente al año 2018
19	Estante 19	Se encuentran la década de los 80 perteneciente al año 2018

Tabla 42 Estantes con Hojas de altas y de emergencias

El área de recepción está diseñada para facilitar el contacto del afiliado con el personal que labora en dicha unidad, se mantiene la distribución de mínima distancia recorrida con los materiales e instrumentos utilizados para llevar a cabo sus funciones.

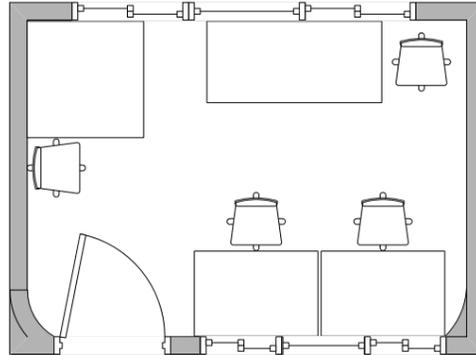


Ilustración 36 Distribución de planta Recepción

En el escritorio 1 se encuentran lo que es la computadora con acceso al sistema de citas, la impresora y la papelería de la impresora (boleta de citas y agenda médica), en este escritorio se encuentra ubicado el recepcionista que atiende a los afiliados para la asignación de citas así como la confirmación de asistencia a ellas.

Dentro de los materiales e instrumentos se encuentran en el escritorio 2 están los libros de citas por condición, boletines de referencia y retorno de expedientes de otras unidades médicas (clínicas externas al Hospital Regional), expedientes en blanco vestidos para nuevos pacientes, los cuales son manipulados por el recepcionista 2.

En la mesa 1 esta los expedientes y hojas clínicas provenientes de las otras unidades médicas, estas se guardan en una caja ya que son transitorias es decir no permanecen mucho tiempo dentro de esta área ni en la Unidad de Admisión y Registros Médicos, además se encuentran los materiales utilizados para vestir los nuevos expedientes, la mesa 2 utilizada para el uso del personal.

3.5.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA FÍSICA

El área de archivos cuenta con 8.7 metros de ancho y 10.63 metros de largo, medidas tomadas desde el exterior de la edificación, la distribución en cuanto a medidas es variada por motivos como el tipo de estantes que poseen ya sea por el largo o ancho de estos.

En esta parte de la unidad se pueden encontrar pasillos con 0.39 metros de ancho debido a que hay expedientes estibados en el suelo específicamente a un lado del estante 3, también se puede observar que los pasillos no cuentan con la medida necesaria para circular entre ellos.

A continuación se detallan las medidas entre los estantes:

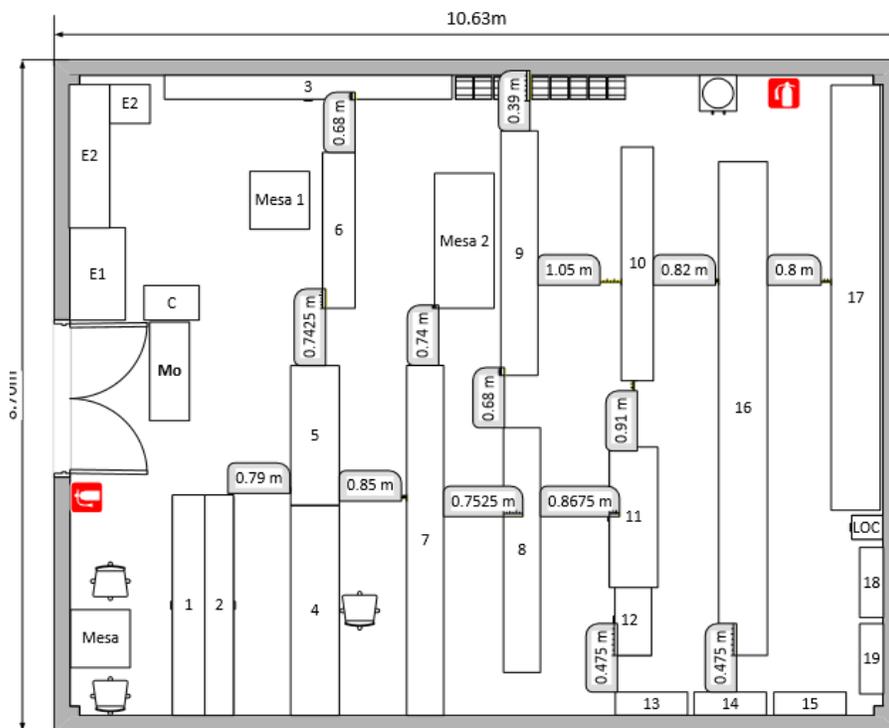


Ilustración 38 Distribución del espacio en archivos

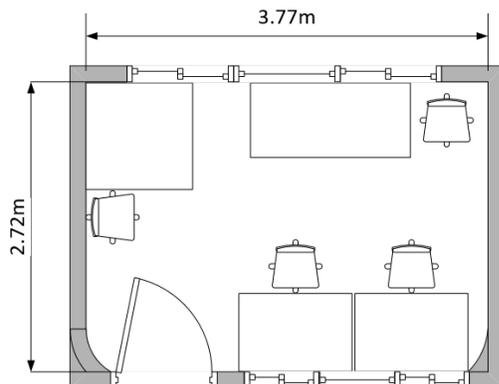


Ilustración 37 Distribución física recepción

El área de recepción cuenta con 10.25 m² en los cuales están instalados 2 escritorios y 2 mesas, se cuenta con un solo computador y una impresora con la cual se le brinda la atención necesaria para que puedan utilizar los servicios que brindan el seguro.

3.5.3 CAPACIDAD DE LAS INSTALACIONES

Actualmente los estantes utilizados son diferentes entre sí por lo cual se midieron cada uno de ellos de esta forma obtener el dato del espacio del que disponen para resguardar los expedientes, las medidas tomadas corresponden a la altura, largo y ancho del estante, así como de las divisiones que posee y cuál es el espacio que proporcionan para los expedientes, siendo estos los únicos que deben estar en dichos estantes.

Tabla de medidas de los estantes								
ESTANTE	ALTO (m)	ANCHO (m)	LARGO (m)	Filas	Columnas	Alto de División	Largo de División	Espacio Disponble (m)
1	2.05	0.41	2.86	5	3	0.405	0.95	14.30
2	1.97	0.36	2.86	5	1	0.34	2.86	14.30
3	2.01	0.31	3.64	5	4	0.38	0.91	18.20
4	1.225	0.61	2.72	4	3	0.36	0.91	10.88
5	2.04	0.615	1.81	12	2	0.31	0.91	21.72
6	2.01	0.41	2.02	6	3	0.635	0.67	12.12
7	1.53	0.465	4.54	8	5	0.305	0.91	36.32
8	2.1	0.465	3.17	6	3	0.66	1.06	19.02
9	2.1	0.465	3.17	6	3	0.66	1.06	19.02
10	2.01	0.405	3.03	6	3	0.635	1.01	18.18
11	2.18	0.61	1.82	5	4	0.44	0.46	9.10
12	2.14	0.46	0.92	4	1	0.495	0.92	3.68
13	2	0.3	0.91	6	2	0.625	0.46	5.46
14	2	0.3	0.91	6	2	0.625	0.46	5.46
15	2	0.3	0.91	6	2	0.625	0.46	5.46
16	2.5	0.62	6.4	12	7	0.385	0.91	76.80
17	2.5	0.62	5.51	5	6	0.46	0.92	27.55
18	2.49	0.3	0.91	6	4	0.28	0.23	5.46
19	2.49	0.3	0.91	6	4	0.28	0.23	5.46
							Total	328.49 m

Tabla 43 Tabla de medidas de estantes

Las mediciones se realizaron en metros, el espacio disponible, en base los estantes actuales del área de archivo es 328.49 metros. Este dato se utilizó para obtener el número de expedientes clínicos que podrían ser archivados en dicha área.

Para realizar el cálculo del número de expedientes se realizó un muestreo en el cual se obtuvo el promedio de expedientes que caben en 10 cm de espacio, de esta forma se tomaron los estantes que contienen expedientes y se tomó una muestra de 10 cm al inicio y al final de una fila teniendo como resultado los siguientes datos:

Expedientes por cada 10 cm		
Estante	Inicio	Final
1	26	26
2	27	15
4	26	41
5	19	33
6	39	46
7	48	56
10	40	43
11	38	33
12	24	43
13	25	28
14	35	29
15	46	49
16	22	26
18	31	27
19	38	32
Promedio	32.27	35.13

Tabla 44 Expedientes por cada 10 cm

Con los datos obtenidos 32.27 y 35.13 de promedio para el inicio y final de cada estante se promedian lo cual nos da 33.70 expedientes por cada 10 cm, al no ser posible tener 0.7 de un expediente este número se aproxima al entero más próximo en este caso será 34 expedientes por cada 10 cm, con este valor se debe convertir a expedientes por metro:

$$\text{Expedientes (m)} = \frac{34 \cdot 100}{1} = 340 \text{ expedientes} \cdot \text{metro}$$

Este número representan la cantidad de expedientes por metro o lo que es igual a que cada expediente tiene un grosor de 0.294 cm de promedio (0.00294 m), con este dato se puede obtener la capacidad actual del área de expedientes el cual es:

$$\text{Expedientes (m)} = 328.49 * 340 = 111,686.6 \text{ expedientes}$$

El total de expedientes que la unidad tiene la capacidad de archivar es de 111,687 expedientes.

Actualmente solo 5 estantes poseen expedientes clínicos de las especialidades que se atienden en el Hospital Regional, lo que representa el 22% del espacio disponible para expedientes, a continuación, se detalla los estantes utilizados:

Expedientes clínicos en estantes.		
Estante	Filas utilizadas	Espacio utilizado metros
1	5	14.3
2	5	14.3
4	2	5.44
5	6	10.86
7	6	27.24
Total	24	72.14

Tabla 45 Uso de estantes por expedientes clínicos

Los otros estantes son utilizados para guardar herramientas, archivar hojas de altas y emergencias vestidas y hojas de altas y emergencias sin archivar los cuales utilizan 256.35 metros en los estantes, de los cuales 112.5 son utilizados para las hojas de altas vestidas como se detalla en la siguiente tabla:

Hojas de alta y emergencia vestidas		
Estante	Filas utilizadas	Espacio utilizado
8	4	12.68
9	6	19.02
10	5	15.15
11	5	9.1
14	5	4.55

15	5	4.55
16	6	38.4
18	5	4.55
19	5	4.55
		112.55

Tabla 46 hojas de altas vestidas por estantes

Los 143.85 metros restantes corresponden a las hojas de emergencia y alta que aún no son vestidas, este valor solo representa el espacio lineal que utilizan a este se le debe tomar en cuenta que son estibadas de forma vertical además de las que se encuentran colocadas en el suelo.

3.5.4 DIAGRAMA DE RECORRIDO

El método utilizado para realizar el diagrama es el diagrama de hilos en el cual se representa los recorridos por medio de líneas en el caso el recorrido que se analizó es el que realiza el auxiliar del área de archivos ya que es este quien transporta los expedientes clínicos para cada una de las clínicas y viceversa factor que influye en el tiempo de espera que los afiliados deben esperar cuando su expediente no se encuentra en la clínica correspondiente

El recorrido que el auxiliar de la unidad realiza depende de la clínica que requiere el expediente clínico, inicialmente el auxiliar se encuentra en la recepción si el expediente es nuevo el auxiliar solo se traslada a la clínica que lo requiere.

Desde	Hasta	Distancia (m)
Recepción	Oftalmología	51.6
Recepción	Otorrinolaringología	60.6
Recepción	Fisiatría	108
Recepción	Hospital y Emergencias	55.8

Tabla 47 Distancia recorrida desde recepción

Cuando el expediente se necesita solicitar en archivo el auxiliar se traslada para dicha área, y desde ese lugar se traslada para la clínica que requiere el expediente clínico.

Desde	Hasta	Distancia (m)
Recepción	Archivo	153
Archivo	Oftalmología	204.6
Archivo	Otorrinolaringología	213.6
Archivo	Fisiatría	120.6
Archivo	Hospital y Emergencias	208.8

Tabla 48 Distancia recorrida desde archivo

A continuación, se muestra el diagrama de recorrido que realiza el auxiliar de la unidad.

Diagrama de Recorrido



Ilustración 39 Diagrama de recorrido planta baja

Diagrama de recorrido planta alta

- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Hospital y Emergencia

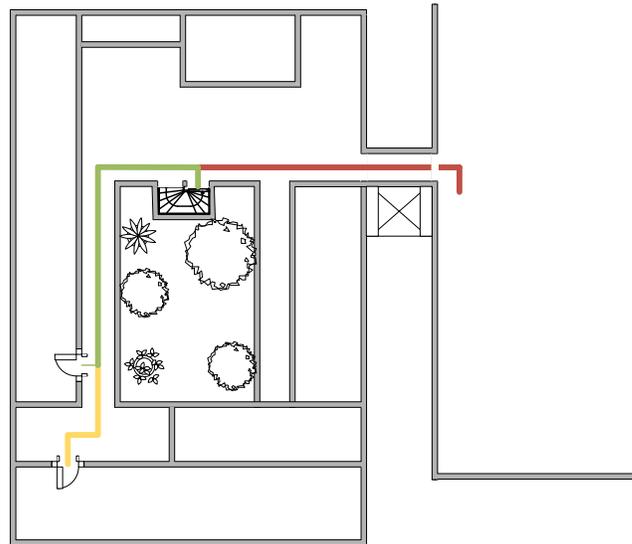


Ilustración 40 Diagrama de recorrido planta alta

3.5.5 ANÁLISIS DE RIESGOS DE HIGIENE Y SEGURIDAD OCUPACIONAL EN LA UARM

Del estudio que se ha realizado en la Unidad de Admisión y registros Médicos del Hospital Regional del ISSS Santa Ana, los factores de riesgo son todas aquellas situaciones que provocan riesgos potenciales dentro de dicha Unidad.

Se entiende como factor de riesgo a todos los elementos, fenómenos, ambientes y acciones humanas que existe y suceden dando lugar a la producción de lesiones y/o daños materiales; en el cual existe una probabilidad de ocurrencia que permita la eliminación o control de dicho factor de riesgo.

Para ello se determinaron las acciones y condiciones inseguras que están presentes en las dos áreas que conforman la Unidad de Admisión y Registros Médicos, en la cuales los trabajadores conviven en diario laboral; todo esto gracias a la observación directa de las diferentes condiciones que en dicho lugar se presentan.

3.5.5.1 DETERMINACIÓN DE CONDICIONES INSEGURAS

Condiciones inseguras: son las instalaciones, equipos de trabajo, maquinaria y herramientas que no están en condiciones de ser usadas y de realizar el trabajo para el cual han sido diseñadas o creadas y que ponen en riesgo de sufrir un accidente a las personas que las ocupan. (Industrial,2008)

Las instalaciones de la Unidad de Admisión y Registros Médicos cuenta con varias condiciones inseguras, de las cuales las personas que laboran en dicha Unidad conviven a diario; estas se han podido detectar a través de la observación directa; las cuales se expondrán en imágenes a continuación:

Pasillos de archivo están desordenados con documentos en el piso, reduciendo el espacio para poder movilizarse.



Ilustración 41 Imagen pasillos archivo



Ilustración 42 Pasillos archivo

Cafetera colocada en el pasillo por no haber lugar adecuado para ella, podría generar caídas y quemaduras a los empleados.



Ilustración 43 Cafetera en archivo

Cielo falso en malas condiciones, el cual su caída podría provocar lesiones al trabajador.

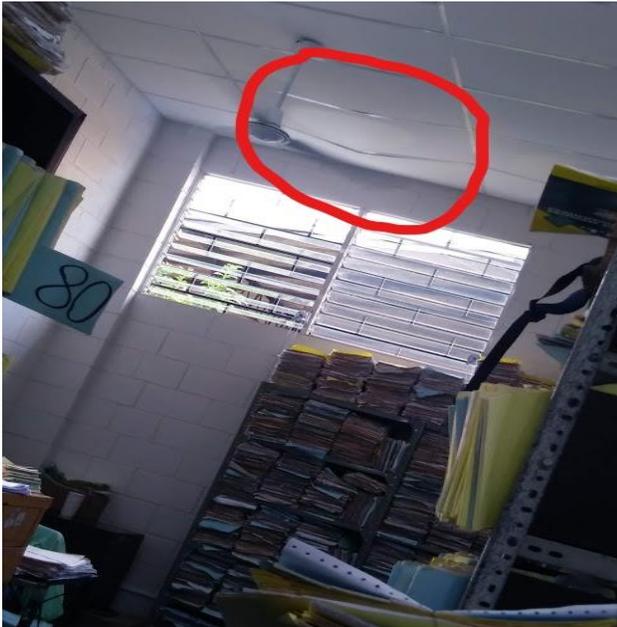


Ilustración 44 Cielo falso archivo

Objetos y documentos apilados uno sobre otro en la cima de los estantes y sin poseer una estructura que le proporcione apoyo, el cual puede provocar lesiones al caer o precipitarse cualquiera de dichos objetos o documentos.



Ilustración 45 Expedientes apilados sobre estantes

3.5.5.2 CHECK LIST DE RIESGOS

Los Check list utilizados para la detección y análisis de riesgos está basado en el que utiliza Fundacereso; las Check List de recepción y archivo pueden revisarse en Tabla 69 EVALUACIÓN GENERAL DE RIESGOS RECEPCIÓN en página 226.

3.5.5.3 TABLA PELIGROS DETECTADOS

Esta tabla de peligros detectados en Recepción describe el nombre del peligro que ha sido detectado, así también una breve descripción y/o consecuencia de dicho peligro y por último la clasificación del tipo de riesgo que este posee.

<i>PELIGROS DETECTADOS</i>	<i>DESCRIPCIÓN/CONSECUENCIA</i>	<i>CLASIFICACIÓN</i>
Los basureros no poseen tapas ni se encuentran rotulados	Basureros sin tapadera generando condiciones antihigiénicas y falta de limpieza.	Riesgo Biológico
No se provee agua fresca y potable para el consumo del trabajador.	No contar con un dispositivo que suministre agua al empleado de la unidad, generando retrasos al desplazarse fuera de su área de trabajo para adquirir agua para su consumo, así también generándole problemas de salud a largo plazo.	Riesgo Administrativo
No se cuenta con un sistema de detección de incendios.	No hay un sistema detector de incendios en caso de que se produzca alguno.	Riesgo Administrativo
Personal no capacitado en el uso de extintores.	No hay personas en el área capacitadas para utilizar un extintor en el caso de un incendio.	Riesgo Administrativo
Incorrecta ubicación, señalización y distribución de los extintores.	Extintores no están libres de obstáculos, no se encuentran señalizados el lugar donde se ubican ni su manera de utilizarlos, ni están de manera visible.	Riesgo Administrativo
No existe tomas de agua para los bomberos.	No se posee con una toma de agua en el caso de incendio, lo que genera dificultades al intentar apagar un incendio que se produzca en dicha área.	Riesgo Administrativo
No cuenta con lámparas a prueba de chispas.	Las lámparas se encuentran cubiertas por una rejilla que no protege en el caso que se produzcan chispas debido a un corto circuito, ocasionando un incendio debido al material (papel) que se manipula en esa área.	Riesgo eléctrico
Los enchufes no poseen conexiones a tierra.	Hace propenso a que una descarga eléctrica se convierta en una fuente de inicio de incendio.	Riesgo eléctrico

No se tienen definidos períodos de revisión del sistema eléctrico	El área de expedientes no ha definido períodos de revisión del sistema eléctrico dejando vulnerable al área a cualquier falla sin que esta pueda ser detectada a tiempo.	Riesgo eléctrico
Las puertas y salidas de emergencia no se encuentran señalizadas.	En situaciones de catástrofe no pueden ser fácilmente identificadas por las personas.	Riesgo Administrativo
No se cuenta con salidas de emergencia debidamente identificadas.	Falta de señalización en las salidas de emergencia.	Riesgo Administrativo
Las puertas no se abren en dirección correcta.	El giro de las puertas es hacia dentro del área, pudiendo generar inconvenientes en una evacuación en el momento de una emergencia.	Riesgo Administrativo
No se cuenta con el control ni equipo de protección ante riesgos biológicos.	No poseer el equipo de protección al momento de atender al paciente, lo que puede producir enfermedades y contaminaciones al personal de dicha área.	Riesgo Biológico
No se posee suficiente luz para la realización de las tareas.	De los todas las lámparas que han sido instaladas en esta área solamente funciona una de seis lámparas, a las cuales no se les dan mantenimiento; lo que genera un sobre-esfuerzo en la vista de los trabajadores destacados en dicha área.	Riesgo Físico
No se cuenta con estudios que permitan reducir esfuerzos y fatigas a los trabajos de dicha área.	No se realizan estudios pertinentes sobre los accesorios que son necesarios para evitar malas posturas y fatigas.	Riesgo Ergonómico

Tabla 49 Peligro detectados en recepción

Esta tabla de peligros detectados en archivo describe el nombre del peligro que ha sido detectado, así también una breve descripción y/o consecuencia de dicho peligro y por último la clasificación del tipo de riesgo que este posee.

<i>PELIGROS DETECTADOS</i>	<i>DESCRIPCIÓN/CONSECUENCIA</i>	<i>CLASIFICACIÓN</i>
Falta de limpieza y orden	Este lugar carece de orden al momento de acomodar las cosas en los estantes lo que puede caídas por objetos mal colocados como también generar accidentes al momento de querer obtener cierto documento de lo más alto de un estante.	Riesgo Biológico
Los basureros no poseen tapas ni se encuentran rotulados	Basureros sin tapadera generando condiciones antihigiénicas y falta de limpieza.	Riesgo Biológico
La superficie libre por trabajador es menor a 2 m ²	El empleado no posee suficiente espacio para su escritorio y mucho menos superficie libre, lo que puede ocasionar golpes y caídas.	Riesgo Ergonómico
No se dispone de servicios sanitarios específico para los trabajadores.	No se poseen sanitario para los trabajadores de expediente médico.	
No se cuenta con sistema de iluminación de emergencia.	no se tiene un sistema de iluminación de emergencia que se active en caso de un suceso fuera de lo normal; lo que podría ocasionar daños a la vista, golpes, etc.	Riesgo Administrativo
No se cuenta con un sistema de detección de incendios.	No hay un sistema detector de incendios en caso de que se produzca alguno.	Riesgo Administrativo
Personal no capacitado en el uso de extintores.	No hay personas en el área capacitadas para utilizar un extintor en el caso de un incendio.	Riesgo Administrativo
Incorrecta ubicación, señalización y distribución de los extintores.	Extintores no están libres de obstáculos, no se encuentran señalizados el lugar donde se ubican ni su manera de utilizarlos, ni están de manera visible	Riesgo Administrativo
Los enchufes no poseen conexiones a tierra.	Hace propenso a que una descarga eléctrica se convierta en una fuente de inicio de incendio,	Riesgo eléctrico
No se tienen definidos períodos de revisión del sistema eléctrico	El área de expedientes no ha definido períodos de revisión del sistema eléctrico dejando vulnerable al área a cualquier falla sin que esta pueda ser detectada a tiempo.	Riesgo eléctrico
Las puertas y salidas de emergencia no se encuentran señalizadas.	En situaciones de catástrofe no pueden ser fácilmente identificadas por las personas	Riesgo Administrativo
Las señales no están situadas en lugares fácilmente observables.	Los rótulos son demasiado pequeños y no son fácilmente legibles desde cualquier punto.	

No se cuenta con salidas de emergencia debidamente identificadas.	Falta de señalización en las salidas de emergencia.	Riesgo Administrativo
Las puertas no se abren en dirección correcta.	El giro de las puertas es hacia dentro del área, pudiendo generar inconvenientes en una evacuación en el momento de una emergencia.	Riesgo Administrativo
Salidas obstaculizadas por objetos.	La salida principal se encuentra obstaculizada por un escritorio interrumpiendo el paso.	Riesgo Administrativo
No se cuenta con el control ni equipo de protección ante riesgos biológicos.	No poseer el equipo de protección para la manipulación de los expedientes al momento que son devueltos al área, lo que puede producir enfermedades y contaminaciones al personal de dicha área.	Riesgo Biológico
No se cuenta con mesas, sillas y estantes inclinados que permitan una labor y esfuerzo menor.	No se poseen los accesorios necesarios para evitar malas posturas y fatigas.	Riesgo Ergonómico
Almacenar cajas apiladas una sobre otra sin contar con estructura donde apoyarse.	Cajas apiladas tanto a nivel del suelo, como en los estantes, de manera que la caída de una puede provocar lesiones al trabajador.	Riesgo Físico
El techo no cuenta la seguridad para soportar un sismo.	La estructura que sostiene el cielo falso posee defecto como dobladuras, lo cual no permite cumplir su función de sostener adecuadamente el cielo falso, pudiendo ocasionar lesiones al momento de ceder uno de ellos durante un sismo.	Riesgo Físico

Tabla 50 Peligros detectados en archivo

3.5.5.4 EVALUACIÓN DE RIESGOS

Para la evaluación y priorización de riesgos se utilizan tablas las cuales pueden verse en Tabla 70 Evaluación general de riesgos unidad de expedientes en la página 226 en donde se evalúa y priorizan los riesgos que han sido identificados, en base a su probabilidad de ocurrencia, las consecuencias que generaría y la estimación del riesgo, determinando así la magnitud que estos poseen y así poder llegar a conocer que riesgos tendrán mayor impacto en los trabajadores.

3.5.5.4.1 EVALUACIÓN DE RIESGOS RECEPCIÓN

EVALUACIÓN DE RIESGOS											
Localización:	Archivo			Evaluación							
Puestos de trabajo:	1			Inicial				Periódica			
N° de Trabajadores:	4			Fecha de Evaluación:							
				Fecha de la última evaluación:							
Peligro Identificado	Probabilidad			Consecuencias			Estimación del riesgo				
	B	M	A	LD	D	ED	T	TO	MO	I	IN
Los basureros no poseen tapas ni se encuentran rotulados		x		x				x			
No se provee agua fresca y potable para el consumo del trabajador.		x		x				x			
No se cuenta con un sistema de detección de incendios.			x		x					x	
Personal no capacitado en el uso de extintores.			x		x					x	
Incorrecta ubicación, señalización y distribución de los extintores.		x			x				x		
No existe tomas de agua para los bomberos.			x		x					x	
No cuenta con lámparas a prueba de chispas.		x			x				x		
Los enchufes no poseen conexiones a tierra.		x		x				x			
No se tienen definidos períodos de revisión del sistema eléctrico.		x		x				x			
Las puertas y salidas de emergencia no se encuentran señalizadas.		x			x					x	
No se cuenta con salidas de emergencia debidamente identificadas.		x			x				x		
Las puertas no se abren en dirección correcta.		x		x				x			
No se cuenta con el control ni equipo de protección ante riesgos biológicos.		x			x				x		

No se posee suficiente luz para la realización de las tareas.		x		x				x			
No se cuenta con estudios que permitan reducir esfuerzos y fatigas a los trabajos de dicha área.		x			x			x			

Tabla 51 Evaluación de riesgos recepción

3.5.5.4.2 EVALUACIÓN DE RIESGOS ARCHIVO

EVALUACIÓN DE RIESGOS											
Localización:	Archivo			Evaluación							
Puestos de trabajo:	1			Inicial				Periódica			
Nº de Trabajadores:	4			Fecha de Evaluación:							
				Fecha de la última evaluación:							
Peligro Identificado	Probabilidad			Consecuencias			Estimación del riesgo				
	B	M	A	LD	D	ED	T	TO	MO	I	IN
Falta de limpieza y orden			x		x						x
Los basureros no poseen tapas ni se encuentran rotulados		x		x				x			
La superficie libre por trabajador es menor a 2 m2		x			x				x		
No se dispone de servicios sanitarios específico para los trabajadores.		x		x				x			
No se cuenta con sistema de iluminación de emergencia.	x			x			x				
No se cuenta con un sistema de detección de incendios.			x		x						x
Personal no capacitado en el uso de extintores.			x		x						x
Incorrecta ubicación, señalización y distribución de los extintores.		x			x				x		
Los enchufes no poseen conexiones a tierra.		x		x				x			
No se tienen definidos períodos de revisión del sistema eléctrico		x			x				x		
Las puertas y salidas de emergencia no se encuentran señalizadas.		x			x				x		

Las señales no están situadas en lugares fácilmente observables.			x		x					x	
No se cuenta con salidas de emergencia debidamente identificadas			x		x					x	
Las puertas no se abren en dirección correcta		x			x				x		
Salidas obstaculizadas por objetos.			x		x					x	
No se cuenta con el control ni equipo de protección ante riesgos biológicos.	x				x			x			
No se cuenta con mesas, sillas y estantes inclinados que permitan una labor y esfuerzo menor.		x		x				x			
Almacenar cajas apiladas una sobre otra sin contar con estructura donde apoyarse.		x			x				x		
El techo no cuenta la seguridad para soportar un sismo.	x				x			x			

Tabla 52 Evaluación de riesgo archivo

3.5.5.5 MAPA DE RIESGOS

Estas imágenes corresponden a las áreas que conforman la Unidad de Admisión y Registros Médicos, lugar en cual laboran 7 empleados y en ellos se ilustran los riesgos eléctricos, riesgos de caídas de objetos y riesgos de quemadura tanto en recepción como en archivo.

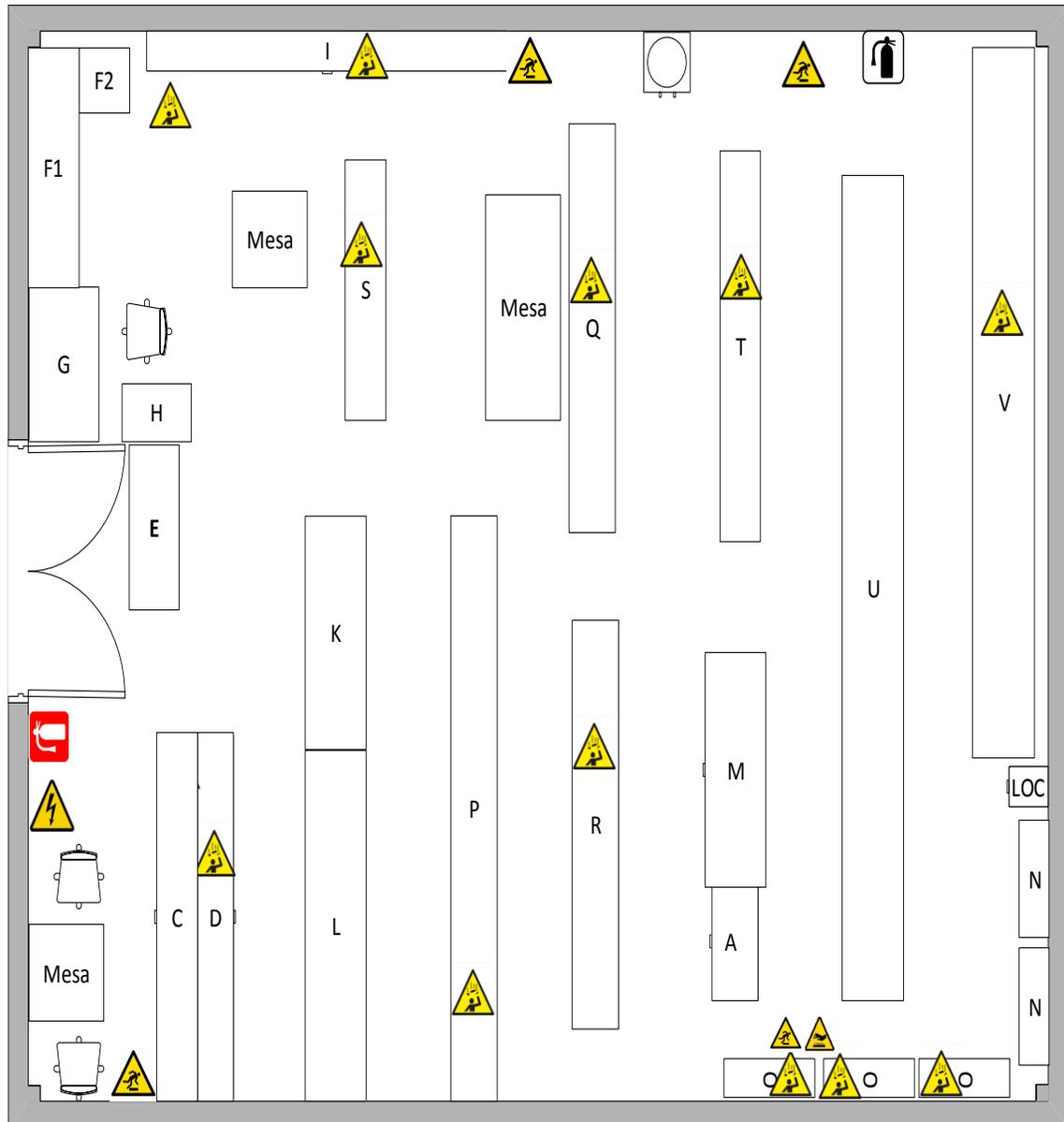
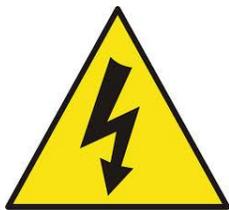


Ilustración 46 Mapa de riesgos archivos

3.5.5.5.1 RIESGOS IMPORTANTES E INTOLERABLES SITUADOS EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS.



Riesgo Eléctrico: En las instalaciones se encuentran las cajas térmicas, así también extensiones que podrían sobrecargarse llegando a producir incendios debido al manejo de expedientes físicos ya que las conexiones no poseen una conexión a tierra.



Riesgo Caída de objetos: En las instalaciones existen estantes en los cuales hay objetos, expedientes y cajas con documentos apilados en el nivel más alto de dichos estantes, los cuales no poseen alguna separación que le proporcionaría firmeza y que en algún movimiento de los estantes podrían caer y provocar lesiones al personal.



Riesgo de Quemadura: En archivo mantienen una cafetera la cual al estar conectada la apoyan en el suelo la cual podría producir caídas, así también quemaduras a las personas ya que se ubica en un pasillo, los cuales son estrechos.

3.6. GENERALIDADES DEL SERVICIO MÉDICO

El objetivo primordial de esta etapa es conocer los aspectos generales que se ven inmersos dentro de la organización y que son necesarios para el diseño del Sistema de Gestión de Archivos Físicos, además conocer como las personas afiliadas consideran el servicio actual de la unidad.

Es importante conocer el sentir de los trabajadores que conforman la unidad, un trabajador que se siente identificado con su trabajo es más eficiente que otro al cual su trabajo le es indiferente, estos factores y los aspectos tomados por medio de observación directa, son los factores internos y externos de la organización, así como de las unidades auxiliares que forman parte del proceso de almacenaje y distribución de los expedientes médicos los cuales fueron utilizados para el análisis FODA.

3.6.1. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO MÉDICO

3.6.1.1. RESULTADO DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LOS USUARIOS.

Para conocer la satisfacción de los usuarios del servicio médico dentro del Hospital Regional de Santa Ana se realizó una encuesta a 383 personas, la forma que se utilizó para facilitar la obtención de datos fue de forma digital por medio de Google Forms utilizando tablets como método de entrada.

Para realizar la encuesta se tomaron en cuenta los horarios de cita que utiliza el sistema del ISSS en cada una de las clínicas (otorrinolaringología, oftalmología y fisiatría), ya que solo los usuarios de consulta con especialidad tienen la experiencia de utilizar los servicios de la UARM a diferencia de las personas que solo han pasado por emergencia o han sido hospitalizados ya que a ellos no se les crea el expediente clínico.

Los resultados obtenidos se muestran a continuación de forma individual:

Pregunta 1: Edad

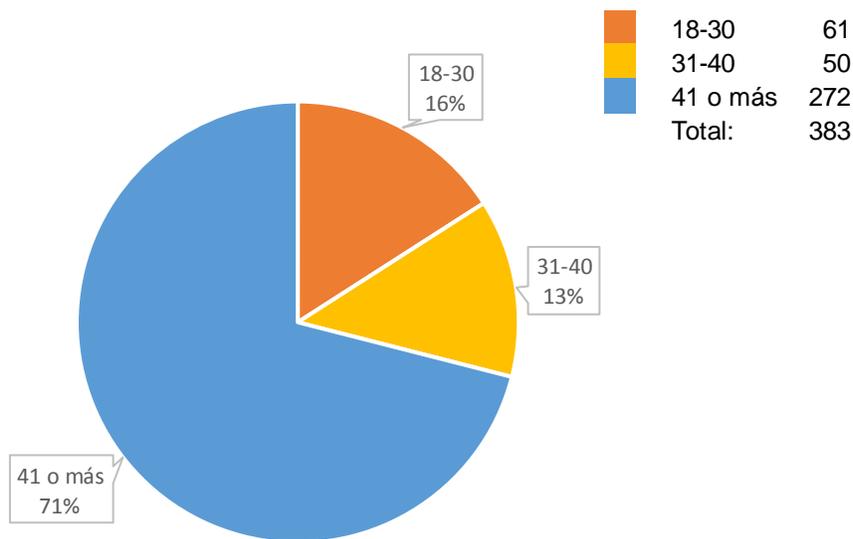


Gráfico 1 Edad

Con esta pregunta se puede identificar que el 71% de los usuarios que hacen uso de las especialidades que brinda el ISSS en su Hospital Regional de Santa Ana tienen 41 o más años.

Pregunta 2: Género

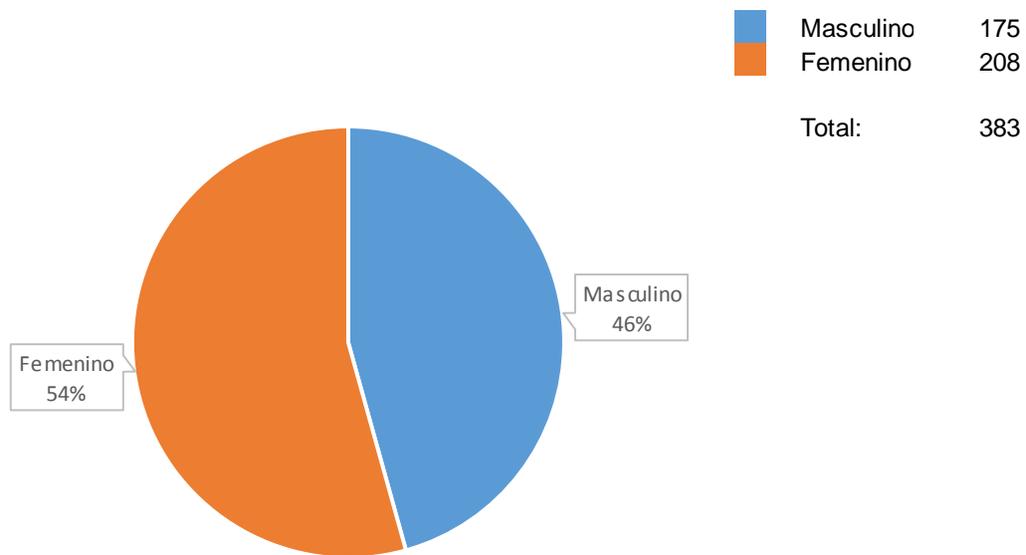


Gráfico 2 Género

En esta pregunta se destaca que las mujeres hacen un mayor uso de los servicios del ISSS en un 8% más que lo hombres.

Pregunta 3: ¿Qué tipo de afiliación posee con el ISSS?

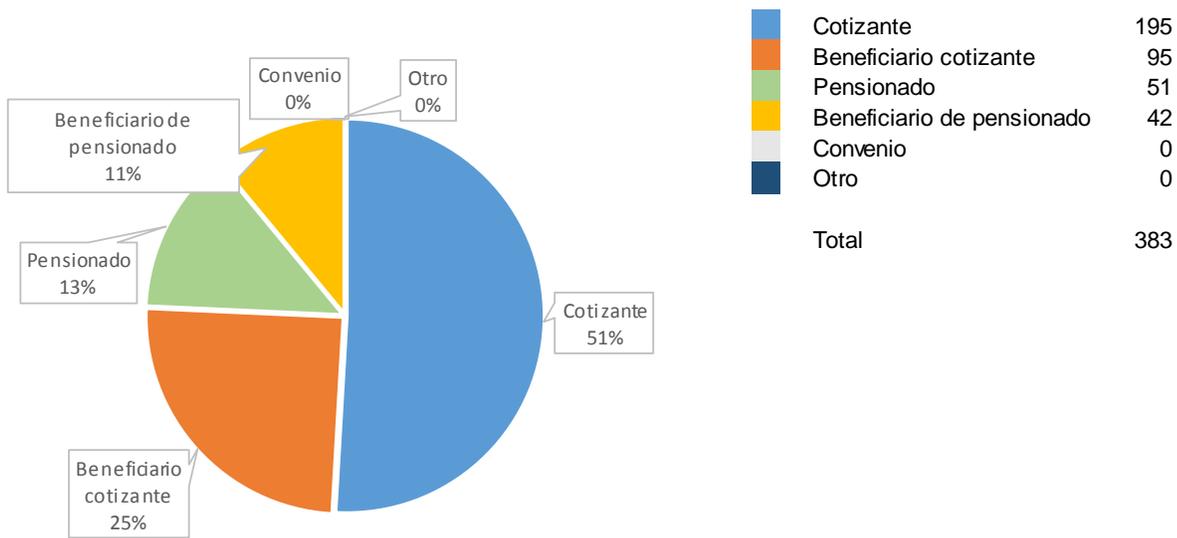


Gráfico 3 Tipo de filiación

Se puede observar que en su mayoría las personas que hacen uso de los servicios médicos son personas cotizantes el cual representan el 51% de las personas encuestadas y con un 25% las personas beneficiarias cotizantes, en menor medida, pero con valores similares se encuentran los pensionados (13%) y los beneficiarios pensionados (11%).

Pregunta 4: ¿Utiliza frecuentemente el servicio de atención médica del Hospital Regional del ISSS?

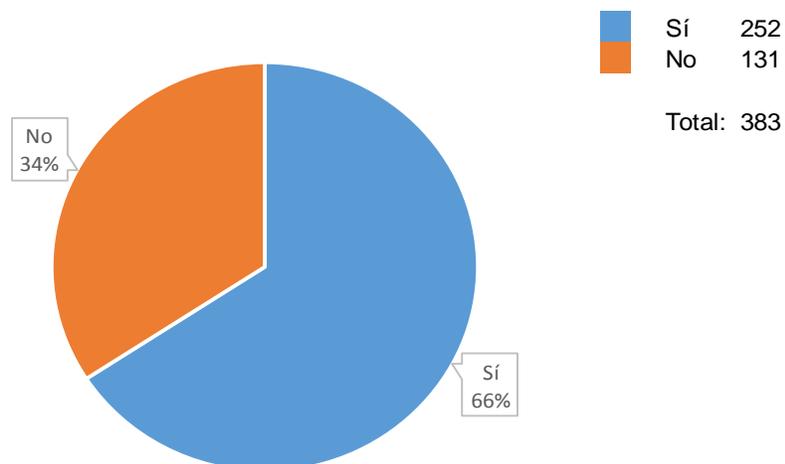


Gráfico 4 Frecuencia de uso del servicio

De las 383 personas encuestadas un 66% dice utilizar frecuentemente los servicios del ISSS

Pregunta 5: ¿Cuántas veces en el año hace uso del servicio médico?

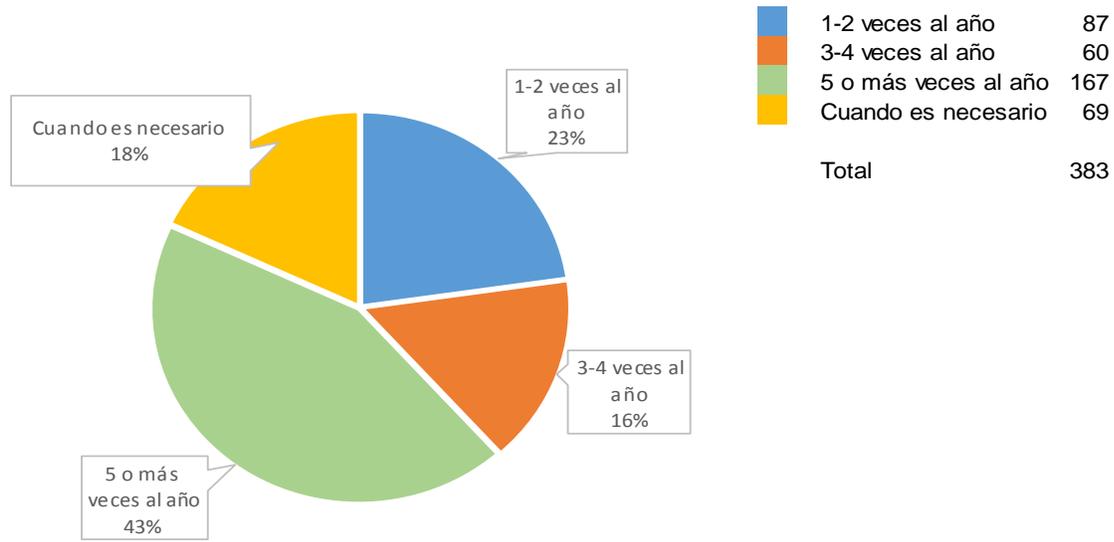


Gráfico 5 Veces al año utiliza el servicio

167 personas hacen uso más de 5 veces al año de los servicios del Seguro Social, en segunda opción se encuentra 1 a 2 veces con 23%, los que van cuando es necesario con 18%, se puede observar que las personas hacen uso del servicio de forma consecutiva son los que tiene un control médico en diferentes especialidades y que el 41% que conforman los que son necesarios y 1-2 veces al años son las personas que han sufrido algún percance o solo tienen un control médico con cierta especialidad.

Pregunta 6: ¿Por qué hace uso del Hospital Regional del ISSS?

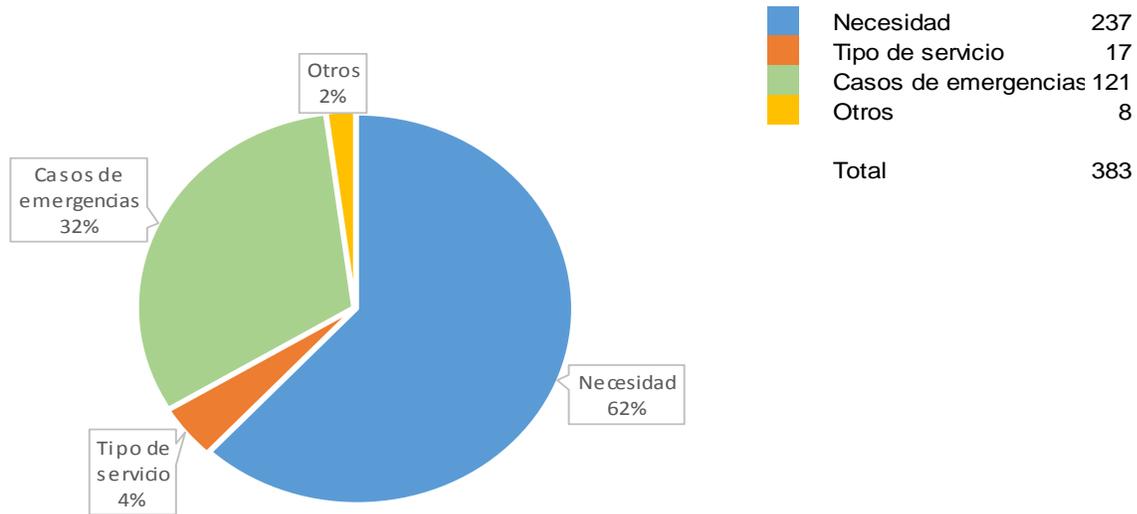


Gráfico 6 Razón por la que utiliza los servicios del ISSS

Las personas que hacen frecuentan el Hospital Regional lo hacen por necesidad 62% de los cuales expresaban que no era por no pagar un médico particular si no por lineamientos de las empresas para tener permisos remunerados o simplemente porque lo están pagando, las personas que pertenecen al 32% que utiliza en casos de emergencia expresaban razones como el descontento con los servicios médicos que brindan el seguro, el tiempo de espera para ser atendidos.

Pregunta 7: ¿A qué tipo de especialidad médica usted recurre?

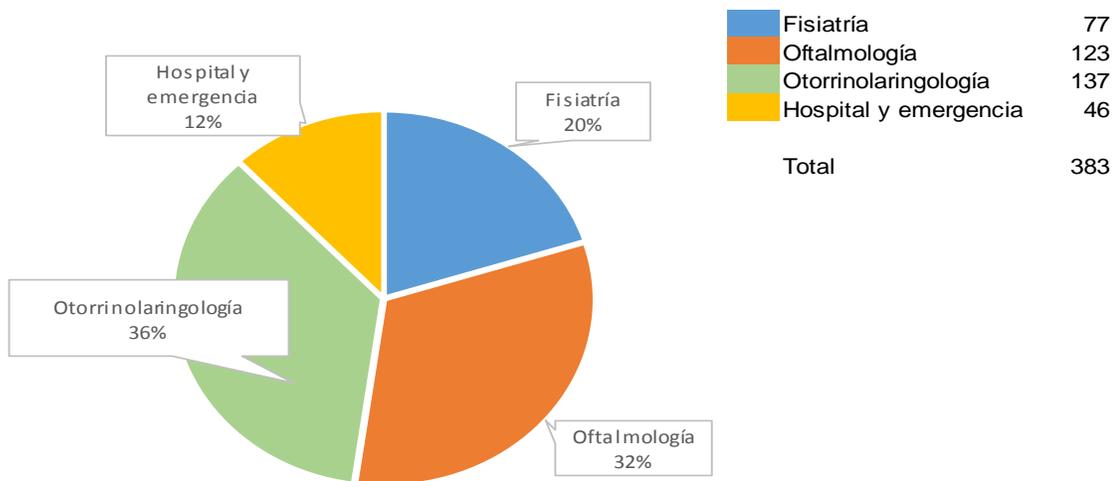


Gráfico 7 Especialidad a la que recurre

De las personas encuestadas se puede ver que las especialidades a las que se recurren tienen un porcentaje similar entre otorrinolaringología y oftalmología sin tomar en cuenta que de oftalmología se encuentra un médico que no está dando consulta, pero si entregando medicina, en menor frecuencia se encuentran los de hospitalización y emergencia que por lo observado no recurren mucho a este servicio y se mantienen en consulta.

Pregunta 8: ¿Cómo calificaría el servicio brindado en la ventanilla de Admisión y Registros Médicos?

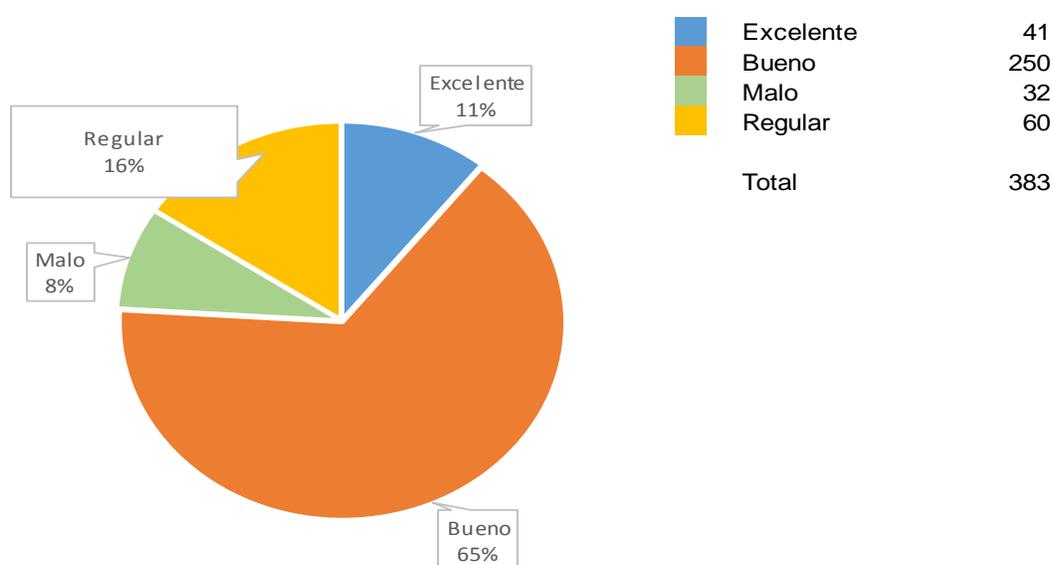


Gráfico 8 Calificación del servicio

El 65% de las personas consideran que el servicio que da la unidad de Admisión y Registro Médico por medio del área de recepción es bueno, expresaban el buen trabajo que realizaban los recepcionistas a pesar de los recursos que tienen, un 24% siente que el servicio es regular o malo lo cual indica la necesidad de mejorar dentro de la organización.

Pregunta 9: ¿Qué aspectos considera más importantes por mejorar al momento de atención al usuario en la ventanilla?

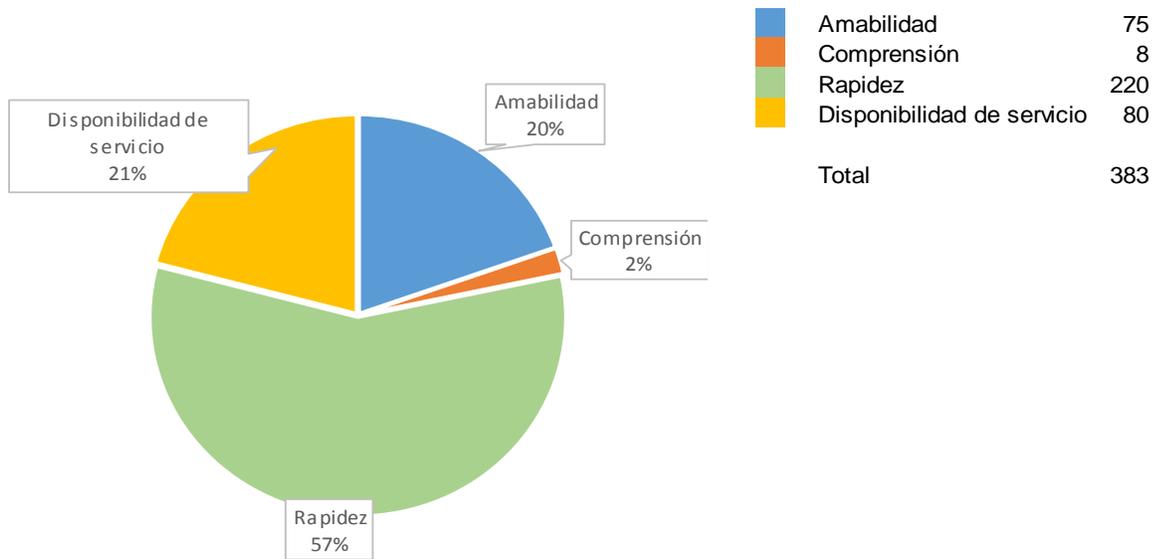


Gráfico 9 Aspectos a mejorar

Sin lugar a duda el aspecto inmediato a mejorar debe ser la rapidez (57%) del cual las personas se quejaban y realizaban la observación de solo tener una computadora en la recepción ya que solo esa persona puede atender, la disponibilidad de servicio debe mejorar debido a que las personas se trasladan al Hospital Regional para tener su cita y se encuentran situaciones como cuando un doctor no dará consulta y deben reprogramar su cita, la cual tendrán que esperar un tiempo similar o mayor al que esperaron para ese día.

Pregunta 10: ¿Ha tenido problemas con su expediente clínico?

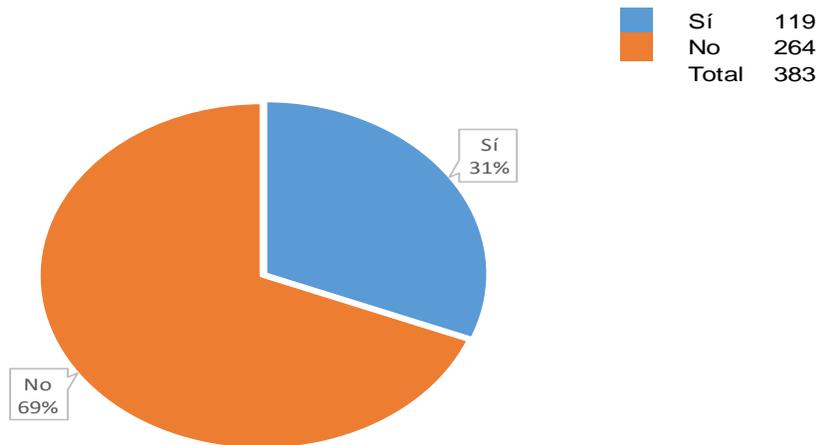
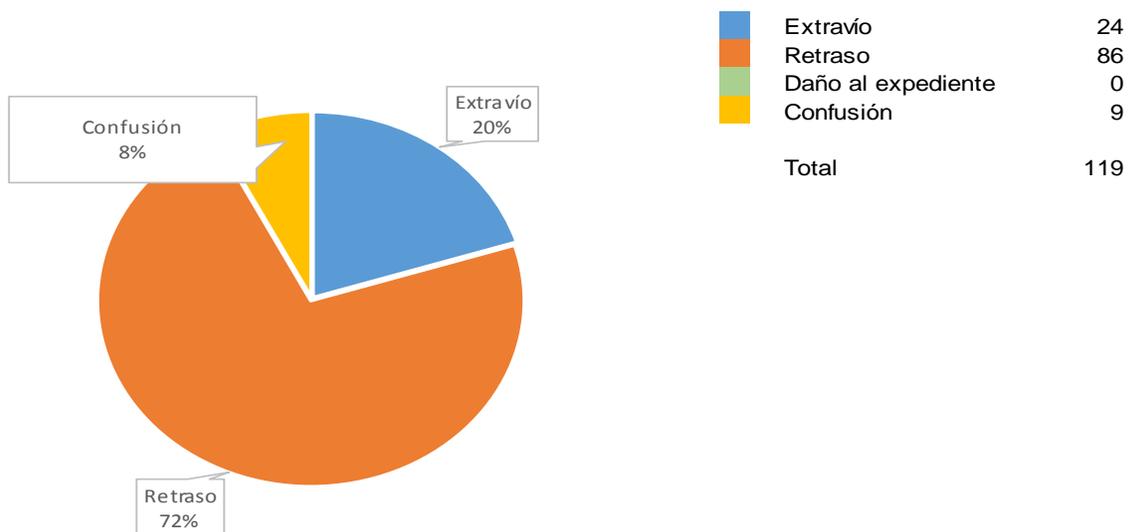


Gráfico 10 Ha tenido problema

Un 31% de las personas expresan que en efecto han tenido problemas con su expediente médico antes de tener su consulta y un 69% de las personas no lo ha tenido nunca.

Pregunta 11: ¿Qué tipo de problema ha tenido con su expediente?



De las 119 personas que expresaban haber tenido problemas con su expediente médico el 72% lo atribuye a retraso es decir, su expediente no está en la clínica cuando lo necesita para su consulta, el 20% le han extraviado su expediente ya sea dentro de archivos o en otras clínicas donde paso consulta y solo un 9% le han confundido su expediente.

3.6.2. ANÁLISIS DE DATOS CRUZADOS DE LA ENCUESTA

El análisis se realiza cruzando los resultados de la encuesta de entre 2 o más variables a considerar con la finalidad de ver tendencias, validar la información obtenida por cada pregunta individual.

Realizando el cruce de los datos obtenidos de edad, género y tipo de afiliación se obtuvo los siguientes datos:

Edad/Afiliación	Femenino	Masculino	Total general
18-30			
Beneficiario cotizante		9	9
Cotizante	8	44	52
31-40			
Beneficiario cotizante	25		25
Cotizante	17	8	25
41 o más			
Beneficiario cotizante	61		61
Beneficiario de pensionado	34	8	42
Cotizante	32	86	118
Pensionado	31	20	51
Total general	208	175	383

Tabla 53 Cruce de variables edad, género y tipo de afiliación

De la tabla anterior se tiene que de las personas que entre las edades de 18-30 se encuentran 61 personas de las cuales 8 mujeres y 44 hombres son cotizantes, 9 hombres son beneficiarios cotizantes. En las edades de 31-40 se encuestaron 50 afiliados de los cuales 42 son mujeres y 25 de ellas son beneficiario cotizante y solo 8 hombres son cotizantes.

Al realizar el análisis de las personas que frecuentan en mayor cantidad los servicios del Hospital Regional de Santa Ana tenemos que las mujeres que son beneficiarias cotizantes representan el 13% de los resultados y que los hombres que cotizan son el 21.21%.

Género/Afiliación	Frecuenta los servicios		Total general
	No	Sí	
Femenino			
Beneficiario cotizante	36	50	86
Beneficiario de pensionado	9	25	34
Cotizante	16	41	57
Pensionado		31	31
Masculino			
Beneficiario cotizante	9		9
Beneficiario de pensionado		8	8

Cotizante	61	77	138
Pensionado		20	20
Total general	131	252	383

Tabla 54 Cruce de variables género, afiliación y frecuencia de uso

De las personas que frecuentan los servicios del Hospital Regional de Santa Ana 85 expresaron haber tenido problemas con su expediente médico cuando ha pasado consulta, 34 personas de las que no suelen usar los servicios tuvieron problemas con su expediente, en la Tabla 55 se muestran los datos obtenidos por frecuencia de uso de los servicios, las veces a año que hace uso y si ha tenido problemas con su expediente.

Frecuenta los servicios Veces al año\ problemas con su expediente	No		Sí		Total general
	No	Sí	No	Sí	
1-2 veces al año	44	17		26	87
3-4 veces al año	9		51		60
5 o más veces al año		3	113	51	167
Cuando es necesario	44	14	3	8	69
Total general	97	34	167	85	383

Tabla 55 Frecuencia de uso y problemas en el expediente

En la Tabla 56 Especialidades y problema con expediente se describen las especialidades y el número de personas que tuvieron problema con su expediente del cual la clínica de oftalmología posee un mayor número de afiliados que han tenido problema con su expediente ellos representan el 13.5% de las personas encuestadas, en el caso de las personas que provienen de Emergencias se pudo observar que a pesar que ellos decían tener problemas con su expediente en realidad era ignorancia del sistema que utiliza la institución con respecto al servicio de hospitalización y emergencias en el cual solo se les hace una hoja de emergencia la cual no es igual a un expediente médico solo es un anexo a este.

En los casos de Hospitalización por cirugía en el cual el afiliado si posee un expediente se generan problemas cuando el tiempo entre el alta y la consulta de seguimiento son fechas cercanas o con diferencia de 2 a 3 días.

Especialidad\problemas con el expediente	No	Sí	Total general
Fisiatría	52	25	77
Hospital y emergencia	38	8	46
Oftalmología	71	52	123
Otorrinolaringología	103	34	137
Total general	264	119	383

Tabla 56 Especialidades y problema con expediente

Al tomar en cuenta las edades de las personas y la imagen que tienen de la recepción podemos identificar que las personas mayores de 41 años que representan el 71% de los usuarios que hacen uso de los servicios del seguro clasifican como bueno en un 60.29% o lo que es igual a un 42.82% del total de encuestados.

Edad\ Calificación	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Total general
18-30		52	9		61
31-40	8	34		8	50
41 o más	33	164	51	24	272
Total general	41	250	60	32	383

Tabla 57 Calificación según edad de los afiliados

Esta relación indica que a pesar que son el porcentaje con mayor frecuencia de problemas como lo indica la Tabla 58 consideran que el trabajo realizado por Recepción es bueno, esto sugiere que las personas relacionan los problemas de sus expedientes directamente con el área de archivos.

Especialidad\problemas con el expediente	No	Sí
18-30	52	9
31-40	25	25
41 o más	187	85
Total general	264	119

Tabla 58 Frecuencia de problemas con el expediente según edad

3.6.3. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS EMPLEADOS DE LA UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS

3.6.3.1. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA REALIZADA A LOS EMPLEADOS DE LA UARM

Para conocer el grado de satisfacción de los empleados se realizó una entrevista con el objetivo de conocer la opinión de los empleados de la unidad sobre el funcionamiento actual de la unidad de admisión y registros médicos del Hospital Regional del ISSS Santa Ana y otros aspectos que faciliten la toma de decisiones para su mejoramiento.

La entrevista se realizó a los 7 empleados que conforman la Unidad de Admisión y Registros Médicos, de los cuales 5 son archivistas y 2 recepcionistas, se obtuvo el siguiente consolidado.

1- ¿Conoce la misión y la visión de la institución?

Desconocen la misión y la visión de la institución, la idea que tienen es que la misión es servirle al paciente y que la misión es que el paciente quede satisfecho con la atención brindada.

Misión

Brindar de manera integral atención a la salud y prestaciones económicas a los derechohabientes, con calidad, eficiencia, ética profesional, basados en una vocación de solidaridad social, transparencia y sustentabilidad financiera.

Visión

Ser modelo de atención en salud, con excelencia en el servicio, en el que se promueven procesos ágiles y descentralizados, con financiamiento solidario y oportuno, dirigido hacia la universalidad de la protección social.

2- ¿Considera que su trabajo contribuye a los objetivos de la institución?

Todos afirman que su trabajo es indispensable para que la institución pueda brindar el servicio a los afiliados ya que sin los expedientes no se puede llevar un registro de las consultas y la evolución que han tenido los pacientes.

3- Las funciones que desarrolla dentro de la unidad ¿Son las que debería de realizar?

Si, dentro de las funciones que realizan mencionan: archivar, sacar agenda, pegar fichas de fisioterapia, hojas de altas estas se cotejan, visten y se archivan, se cotejan para ver si tiene para no duplicar.

4- ¿Tienes acceso a los recursos, equipo, herramientas y materiales necesarios para realizar su trabajo adecuadamente?

Se tiene lo básico y necesario para realizar las tareas de la unidad pero hacen mención de necesidades para mejorar el servicio como lo son la disposición de otro computador para recepción para dividir el trabajo de la asignación de citas con la confirmación, una impresora para archivos para sacar las agendas medicas sin trasladarse, además hacen mención de la escases de materiales en ciertos momentos del año del cual es responsable la jefatura y hacen ver la disposición de un servicio sanitario para la unidad el cual ya está en construcción.

5- ¿Cuáles son los componentes principales del expediente médico?

La caratula, la hoja de identificación, evolución del caso, la hoja de exámenes de laboratorio, hoja e incapacidad temporal y la hoja de enfermería.

6- ¿Se anexan componentes en el expediente provenientes de otras unidades?, si es así ¿cuál es el método para anexar? y ¿estos son trasladados o removidos?

Los exámenes de laboratorio, las hojas de alta, se le anexan referencias de primera vez o de retorno que vienen de las unidades las cuales la anexa enfermería, fichas de fisioterapia. Se anexan según el orden de la hoja que corresponde en el expediente clínico

7- ¿Qué tipo de problemas son muy frecuentes en el manejo del expediente médico?

En recepción el problema que se da es cuando el paciente dice que ya tiene expediente y no tiene, ha pasado en emergencias y cree que tiene expediente, pero en especialidad no tiene, a veces es que el paciente no nos entiende o nosotros no nos dimos a entender.

En archivos se da que pacientes pasan muy frecuente por cita y el expediente no se ha archivado, enfermería retenga los expedientes y por otras razones y no avise, otro es que estén mal archivados, no mandan falsos cuando van a operación cuando envían de la clínica a operación.

8- ¿Cuál tipo de expediente es el que más se moviliza?

De los 3 es iguales, el mismo movimiento hay en las especialidades de consultas, de hospitalización es mayor.

9- ¿Qué acciones se toman al darse un problema (extraviar o dañar) con un expediente clínico?

Se puede dar un provisional si no se encuentra para que el paciente no pierda la consulta, pero debe estar autorizado por el médico. En el caso de los expedientes se arruinan de la caratula y solo se le cambia.

Otros problemas que se dan son con los malos procedimientos cuando los doctores solicitan el expediente y no dejan un falso, las citas continuas es decir cuando el paciente viene a citas seguidas u operaciones donde el expediente pasa de mano en mano, probablemente el cuadro no regresa de la clínica o está en mesa cuando lo solicitan.

10- ¿Qué piensa del actual manejo del expediente médico?

Consideran que esta bien y se refieren a los cambios que se realizaron al inicio del año 2018, el traslado hacia la nueva ubicación de archivos la cual es mejor en espacio, ventilación e iluminación, aumento el número de empleados de la unidad y se cambió las políticas de forma que solo el personal autorizado puede trasladar el expediente.

11- ¿Qué aspectos se deberían mejorar dentro de la unidad de admisión y registros médicos?

Por mejorar hay bastante, el espacio físico, los estantes a los cuales le han puesto cartón para tratar de adaptarlos, no se tiene una persona encargada que conozca lo que se realiza en la unidad ya que en las reuniones de jefatura no hay nadie que vaya y que haga saber que los problemas con el expediente no son exclusivos de archivos si no de las clínicas que comenten errores también.

12- ¿Considera que el personal que labora en la unidad es el suficiente para cumplir con todas las operaciones que se realizan?

Si es el necesario

13- ¿Considera que los expedientes clínicos se encuentran organizados adecuadamente y en un ambiente conveniente?

Se ha tratado de adecuar de una manera que el archivo quede de un solo lado y que alguien nuevo que venga pueda identificar. No está de la mejor forma, pero si mejor que en el edificio donde estaba antes.

14- ¿Hay una época específica donde se movilizan más los expedientes médicos?

En las mañanas es más movido que por la tarde, y generalmente lunes y viernes es más concurrido, si hablamos de meses serían los que vienen de vacaciones Enero, Agosto y después de Semana Santa

3.7. ANÁLISIS DE CONTEXTO DE LA UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS

Para realizar el análisis de contexto fue necesario tomar en cuenta los resultados obtenidos con la encuesta, la entrevista y la observación directa realizada en ambas áreas que conforman la Unidad así como el ambiente donde se labora.

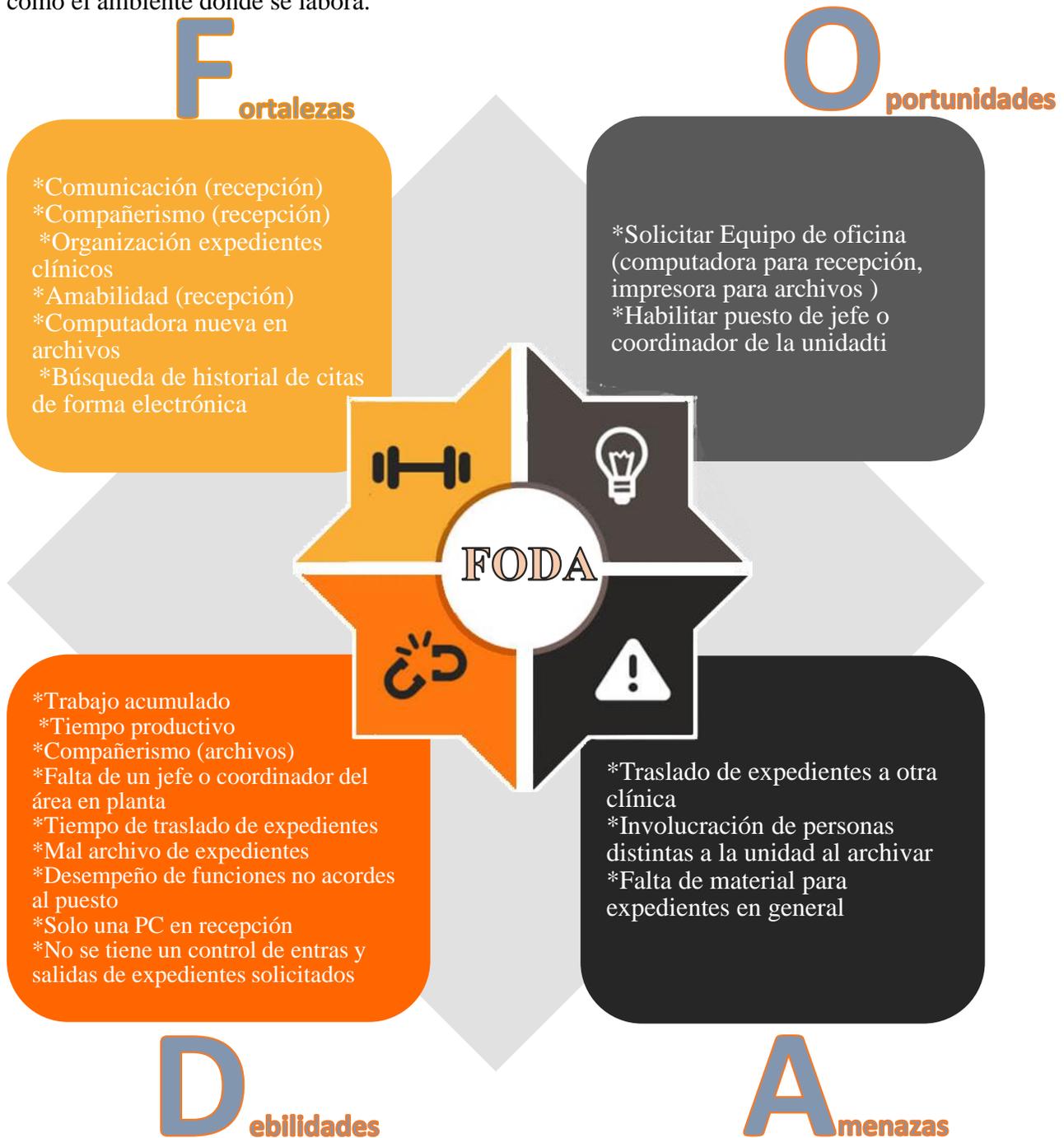


Ilustración 47 Análisis FODA

3.8. CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

- a) En la descripción del expediente clínico se muestra que dentro de la Unidad se manipulan 2 tipos de expediente, el expediente amarillo que es para la persona asegurada cotizante el cual representa 64% según datos obtenidos de la encuesta realizada los usuarios de la UARM y el expediente celeste que normalmente es utilizado para hacer referencia al conyugue o beneficiario el representa el 36%; además estos deben ser almacenados en condiciones adecuadas y seguras, así mismo, deben ser manipulados solamente por personal autorizado de manera que se haga con discreción, que todo expediente utilizado para consulta sea devuelto a la unidad de archivo para su respectivo almacenaje.
- b) La parte de procesos de la UARM detalla en capítulo del diagnóstico de la situación actual, muestra que existen una variedad de procesos tanto para el área de recepción como para el área de archivo, de los cuales los de recepción su mayoría están enfocados en la atención a los usuarios de las distintas especialidades que hay dentro de la Unidad, mientras los de archivo se enfocan en la manipulación de los expedientes clínicos de estos usuarios; así también se obtuvo mediante observación el tiempo de duración promedio de cada proceso, con la finalidad de poder agilizar los procesos mediante la reducción de actividades que podrían obviarse o realizarse al mismo tiempo, a su vez esto permitirá reducción en los tiempos de atención al paciente.
- c) Dentro de la Unidad existen 2 puestos de trabajo los cuales son: *el puesto de recepcionista* el cual se encarga: de atender directamente al paciente confirmando, asignando cita, elaborar nuevos cuadros, orientación al paciente; y *el puesto de archivista* el cual se encarga: en gran medida de archivar expedientes, sacar agenda medica del día, anexar documentos que son necesarios agregar al expediente clínico del paciente; mediante el análisis de carga laboral de los puestos mencionados y el análisis de las actividades que desempeñan los empleados se obtuvo la cantidad mínima requerida de empleados para cada una de las 2 áreas en que se divide la unidad como resultado, se requiere de 5 empleados para toda la Unidad; siendo necesario 2 empleados para recepción y 3 empleados para archivo.
- d) Los expedientes clínicos archivados en estantes según cierta condiciones que es formada de la siguiente manera: año de nacimiento, seguido del número de afiliación; de los cuales 5 estantes

archivan expedientes de las distintas especialidades mientras los demás poseen hojas de alta y emergencia sin vestir; además algunos pasillos en el área de archivo son ocupados por expedientes estibados en el suelo.

- e) La capacidad que posee la Unidad para archivar expedientes clínicos es de 111,687 expedientes; de los 328.49 metros que la Unidad posee para archivar expedientes solamente el 22% del espacio está siendo utilizado para almacenar expedientes, el restante está siendo utilizado por las hojas de alta y emergencia las cuales están sin vestir, las cuales son necesarias vestir las; es decir, colocarlas dentro de un expediente en el caso de que el paciente ya posea uno, caso contrario crear el expediente para dicha hoja.
- f) Para el traslado de los expedientes desde archivo hacia los consultorios de los médicos de las distintas especiales, así como también la solicitud de un expediente desde recepción, se utiliza la ayuda de un auxiliar destacado en recepción el cual forma parte de una empresa subcontrata la cual lleva por nombre Premier; lo mismo sucede al momento de retornar los expedientes hacia archivo estos son devueltos por los auxiliares destacados en cada especialidad, adjuntados siempre con una hoja de remisión donde se especifica los expedientes que están retornando; sin embargo no se cuenta con un registro de expedientes que han sido entregados para consulta, lo cual no permite corroborar los expedientes que entran con los expedientes que salen.
- g) El área dentro de la Unidad donde se encontró la mayor cantidad de condiciones inseguras fue en archivo; de los cuales la mayor parte fue catalogados como riesgos administrativos como fue la señalización de emergencia, manejo de extintores; riesgos de caída de objetos, riesgos de caídas provocadas por objetos colocados en el suelo, los cuales obstruyen el paso entre los pasillos de archivo.
- h) Se realizó una encuesta cuya muestra fue de 383 pacientes, las cuales fueron repartidas en cantidades iguales para poder abarcar cada especialidad, de la cual se obtuvo información sobre el servicio brindado en recepción; donde el 65% opina que el servicio que reciben en recepción es bueno y que según el 57% dice que el aspecto de la rapidez con la que se atiende debe ser mejorada; así también el 69% dijo no haber tenido problema alguna con su expediente, caso contrario a los que han tenido algún problema con su expediente, el cual fue el retraso al momento

en que es solicitado a archivo para poder pasar consultado en alguna de las especialidad siendo este un 72% del 31% que han experimentado algún inconveniente.

- i) Se realizó una entrevista a los 7 empleados que posee la Unidad, en la cual se corrobora que es lo que estos realizan de acuerdo al puesto en que se desenvuelven, se identificaron problemas en el área de recepción como lo es malos entendidos con el usuario en cuanto a la existencia de un expediente clínico perteneciente al paciente dentro de la Unidad, así mismo, problemas de retrasos al devolver expedientes de parte de las especiales o también que estos hayan sido mal archivados, y las acciones que se recurren al extraviar un expediente, entre estas, generar uno nuevo para que el paciente no pierda la cita con el médico.
- j) Se obtuvo diferencias como la de no contar con una persona encargada de dicha Unidad para que esté al tanto de los movimientos de esta, así mismo, la distribución actual no permite que un empleado nuevo pueda identificar algún expediente que sea solicitado.
- k) Con el análisis de contexto mediante el FODA se unificaron todos los aspectos positivos como negativos de la Unidad en base a los análisis de los aspectos desarrollados dentro de dicho capítulo, el cual recalca las deficiencias de atención en recepción al solo poseer una computadora para corroborar los tramites de los pacientes, mal manejo de los expedientes archivo los cuales son mal archivados y no contar con un control de entrada y salida de estos, pero a su vez poseer fortalezas como amabilidad, compañerismo en el área de recepción lo cual es fundamental para el trato con los pacientes, así también utilizar el sistema para poder buscar expedientes o fechas de cita de manera electrónica permitiendo agilizar la consecución de ciertas actividades; permitiendo transformar las oportunidades en fortalezas, eliminar las amenazas y poder mantener las fortalezas y mejorar cada una de las debilidades que se presentan en la Unidad de Admisión y Registros Médicos.

CAPÍTULO 4: DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE ARCHIVOS

4.1. INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DE GESTIÓN ARCHIVOS MÉDICOS

El sistema de gestión permite la integración de todo el personal dentro de la Unidad en análisis; de manera que participen en los distintos procesos que componen a la UARM, dejando de pensar por separado en materia de calidad y salud ocupacional para unificar y poseer un solo pensamiento.

En base a los resultados obtenidos del diagnóstico de la situación actual se diseña el sistema de gestión con el cual se busca generar una solución a los distintos problemas que presenta la unidad y el cual puede llegar a considerarse como una herramienta de mejoramiento continuo.

Este inicia con generalidades en cuanto a la planificación donde se especifica la misión y objetivos que busca el sistema de gestión, así también la propuesta de creación de un nuevo puesto de trabajo el cual se encargue de dirigir la Unidad.

Tomando como base el ciclo PDCA, se plantean mejoras a cada uno de los procesos mediante la caracterización de estos; así también propuestas de una matriz de evaluación de riesgos la cual permitirá un mejor aprovechamiento de las instalaciones, así como la seguridad del personal destacado dentro de la Unidad; se volvió necesario la propuesta de una matriz de comunicación la cual permitirá una unificación dentro de las áreas de la UARM, debido a que esta permitirá insistir en la comunicación, sensibilización y entrenamiento de todo el personal para que los cambios que se presenten sean aceptados por las personas, ayudando poco a poco a la creación de una cultura de mejoramiento continuo, en la cual la satisfacción del paciente esté respaldada por el servicio de calidad; con un lugar de trabajo agradable y seguro, en donde existan condiciones ideales de calidad de vida y unos procesos que brinden todas las medidas necesarias para la protección, facilitando la implementación del sistema de gestión.

4.2. ESQUEMA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE ARCHIVOS MÉDICOS

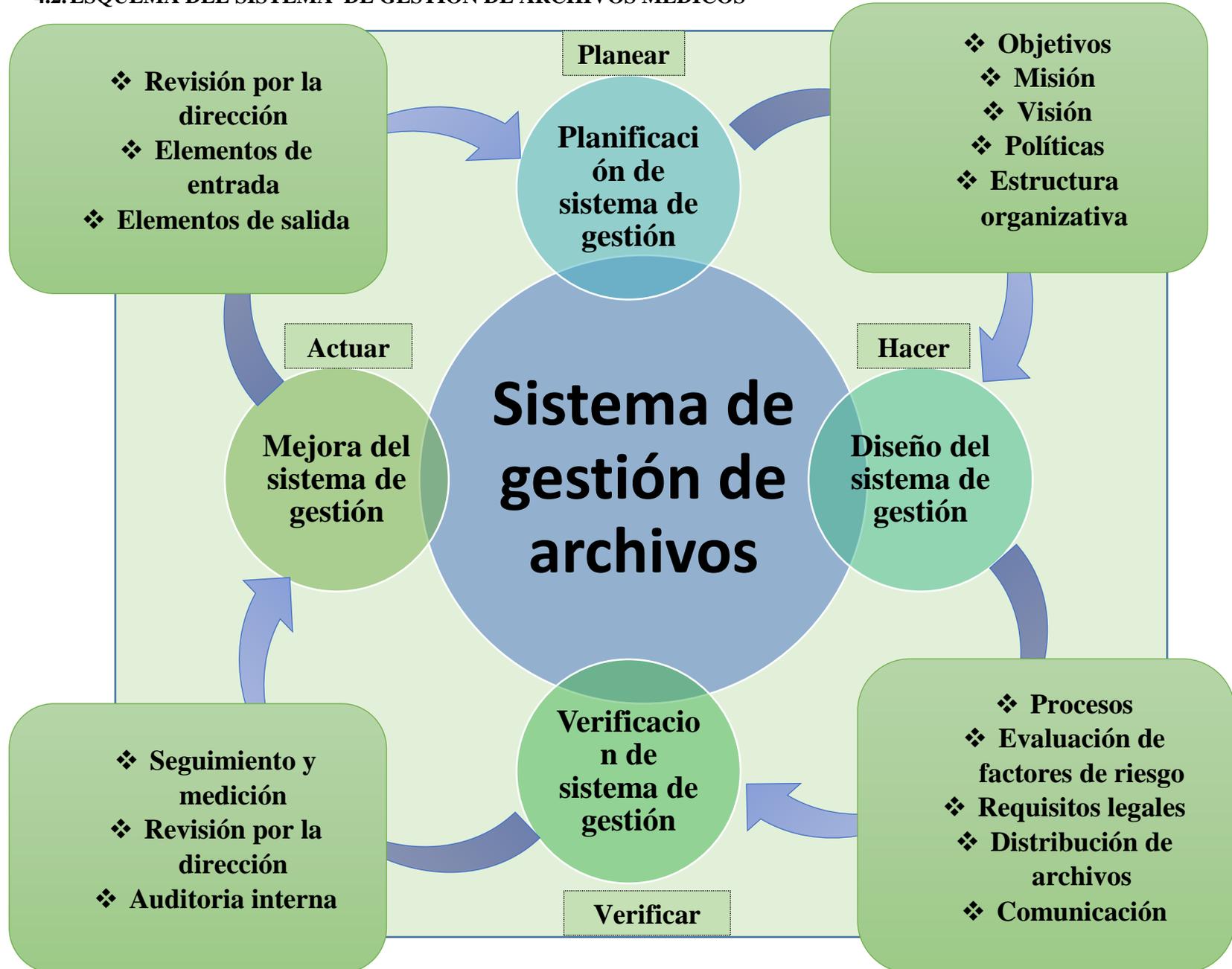


Ilustración 48 Esquema de sistema de gestión de archivos médicos. Elaboración propia

4.3.PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN PARA LA UARM

Los objetivos constituyen los propósitos o fines concretos, con el fin de satisfacer a las partes interesadas. A continuación se procede a describir la misión, visión, los objetivos desarrollados para el Sistema de Gestión de la Unidad de Admisión y Registros Médicos del Hospital Regional del ISSS Santa Ana:

4.3.1. OBJETIVOS

- A. Mejorar continuamente los procesos de manera que se reduzcan tiempos de atención al usuario.
- B. Definir un nuevo puesto de trabajo el cual sea el encargado de los empleados de la UARM.
- C. Distribuir de manera eficaz y eficiente el espacio utilizado para el almacenaje de los expedientes en el área de archivo.
- D. Crear un registro de expedientes solicitados por recepción y las unidades de apoyo, de manera que se conozca la trazabilidad de los expedientes solicitados.
- E. Aplicar las normas de higiene y seguridad ocupacional dentro de la UARM, respetando las dimensiones de las instalaciones que esta posee de manera que ayude al Desarrollo integral del personal.
- F. Satisfacer los requerimientos de los Clientes en cuanto a la atención brindada en la UARM.
- G. Mejorar la comunicación entre la UARM y las unidades de apoyo.

4.3.2. MISIÓN

Brindar de manera integral atención de alta calidad, eficiencia y ética profesional en su servicio, para la satisfacción de los derechohabientes, los empleados y la jefatura de la UARM.

4.3.3. VISIÓN

Ser modelo de atención en salud, con excelencia en el servicio, en el que se promueven procesos ágiles, para el bienestar social del paciente como del personal de la UARM.

4.3.4. ALCANCE

El alcance está determinado fundamentalmente por las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas en los áreas estratégicas de la Unidad, entendiéndose por estas líneas de atención en recepción; Almacenen en archivo; Áreas administrativas; y Salud y Seguridad., a través de la articulación de los subsistemas de Gestión de la Calidad, y Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

4.3.5. LA POLÍTICA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

Se reconoce como el conjunto de principios y procedimientos encaminados a la planificación, manejo, organización, resguardo y acceso a la documentación producida y recibida por las unidades del sistema de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, con el objeto de facilitar la toma de decisiones basado en criterios generales de ejecución.

1. El personal de la Unidad de Admisión y registro médico debe utilizar el uniforme correspondiente y portando en todo momento en un lugar visible el carné de identificación institucional.
2. Los expedientes solicitados se deben transferir debidamente organizados en base al boletín de referencia.
3. Garantizar que los recursos asignados para salvaguardar los expedientes clínicos, se mantengan en óptimas condiciones para minimizar el daño físico a los expedientes.
4. Atender a los afiliados, como al personal interno con amabilidad y respeto.
5. Mantener una comunicación activa y efectiva entre las áreas que conforman la Unidad de Registro y Admisión Médica.
6. Mantener adecuadamente organizados los expedientes clínicos para su fácil acceso y consulta.
7. La documentación del Archivo Institucional, se regirá por las normas que contengan las normas institucionales del ISSS como lo son: NORMA DE REFERENCIA Y RETORNO, NORMA PARA EXPEDIENTES CLÍNICO EN EL ISSS SEGUNDA EDICIÓN Y LA NORMA DE DEPURACIÓN Y DESCARTE.
8. Hacer uso de los formatos establecidos para los expedientes solicitados, recibidos y enviados a las unidades médicas.

9. Realizar el registro de los expedientes clínicos solicitados, recibidos o enviados, que le permita su fácil localización. Con el fin de tener un control eficiente y eficaz de todos los expedientes recibidos y enviados a otras dependencias para garantizar su ingreso, búsqueda y fácil ubicación.
10. Solo se permite el acceso a la unidad al personal autorizado.

4.3.6. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.

En la estructura Organizativa de la unidad se propone, la creación de un nuevo puesto de trabajo, Con el nombre de Coordinador de UARM, el cual conozca y administre los Procesos y procedimientos dentro de la unidad. Debe mantener un buen ambiente laboral, capaz de tomar decisiones, Controlar y mejorar los procesos de la unidad. Actualmente la unidad no cuenta con una persona capaz de coordinar adecuadamente todas las actividades, y que tenga la finalidad de mejorar los procesos y administrarlos eficazmente, al igual que represente a la unidad en las juntas directivas del ISSS. Por este motivo se propone la siguiente estructura organizativa.

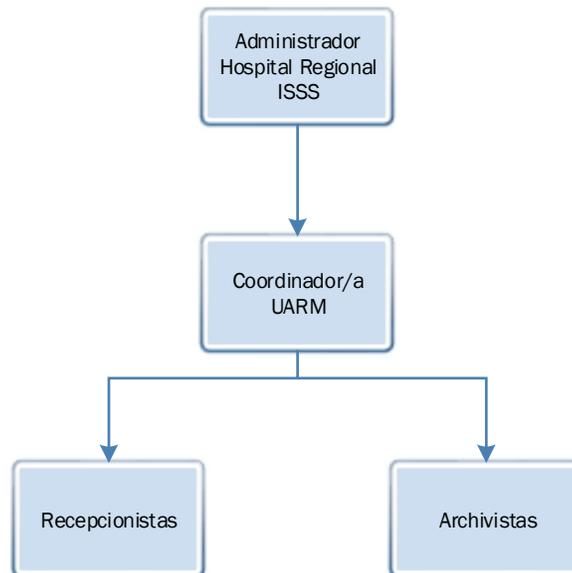


Ilustración 49 Propuesta de estructura organizativa de la UAMR

4.3.6.1. PROPUESTA DE PUESTO DE TRABAJO COORDINADOR DE UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Título de Puesto: Coordinador de Unidad de Admisión y Registros Médicos
Dependencia jerárquica: Hospital, Unidad Médica, Clínica Comunal.
Puesto al que se reporta: Director, Administrador.

MISIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

Coordinar, supervisar y controlar la recepción, registro y custodia de los expedientes enviados y solicitados a las diferentes clínicas como unidades médicas pertenecientes al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, y proveer excelente servicio al afiliado apoyando en consecución de los objetivos de la empresa, a través de buena atención a pacientes externos e internos de conformidad a los procedimientos establecidos, normativa legal vigente y normas institucionales, para mantener actualizado, ordenado los expedientes, brindando un servicio eficiente, oportuno y confiable a los usuarios internos y externos.

FUNCIONES DEL PUESTO

- Coordinar, supervisar, dirigir y controlar de forma sistematizada y manual las actividades orientadas al archivo y custodia de los documentos generados por las diferentes unidades, para asegurar la disponibilidad y fácil localización de la información en forma lógica y cronológica.
- Coordinar, supervisar, dirigir y controlar de forma sistematizada y manual las actividades de recepción.
- Elaborar informes cuando le sean requeridos por las jefaturas inmediatas. para facilitar el proceso de toma de decisiones.
- Presentar mensualmente memoria de labores al Jefe inmediato, para informar sobre el cumplimiento de las actividades ejecutadas.
- Preparar expediente clínico según la agenda médica programada, verificando que contenga la papelería requerida para que el personal médico, pueda realizar las anotaciones de la consulta y se distribuya oportunamente a las diferentes clínicas o servicios solicitantes.

- Llevar el control de los expedientes o documentos actualizados y entregados, con el fin de informar al jefe inmediato, para que permita generar reportes estadísticos.
- Aplicar los procedimientos, políticas y normativa institucional vigente; así como otras afines a los procesos, con el objetivo de cumplir con las regulaciones correspondientes.
- Colaborar con el ingreso de resultados del proceso, al sistema de información específico del área, a fin de mantener actualizados los registros.
- Dar seguimiento a las actividades asignadas, a través de la aplicación de los procedimientos establecidos, con el fin de cumplir con las metas del área.
- Colaborar con la inducción de personal nuevo, dando a conocer los procesos y/o funciones, con el fin de que se involucre en el trabajo del área.
- Apoyar al área de trabajo, cuando sea necesario, realizando actividades para suplir ausencias de personal o situaciones de urgencia.
- Realizar otras actividades encomendadas por la jefatura inmediata.

PUESTOS QUE SUPERVISA

- Archivistas
- Recepcionistas

CONTEXTO DEL PUESTO DE TRABAJO

a) Resultados Principales:

- Extracción e incorporación efectiva de expedientes, documentos o fichas.
- Efectividad en el control de documentos prestados.
- Disponibilidad oportuna de expediente clínicos.
- Elaboración de informes.

b) Marco de Referencia para la Actuación:

- Ley de Ética Gubernamental.
- Ley y Reglamentos del ISSS.
- Manual de Normas y Procedimientos del área.

PERFIL DE CONTRATACIÓN

- a) Grado Académico: Bachillerato Técnico. Indispensable.

Especialidad Deseable: En cual quiere opción.

b) Formación o Conocimientos Adicionales:

- Conocimiento de Archivo: Indispensable
- Elaboración de informes técnicos: Indispensable
- Manejo de equipo de oficina. Deseable
- Manejo de paquetes utilitarios de computación: Microsoft Office. Indispensable

Deseable: Ninguno.

c) Documentación exigible: Ninguna.

d) Experiencia Previa:

- Haberse desempeñado en cargos a fines al puesto en instituciones públicas o empresas privadas.

Deseable.

e) Competencias:

- Orientación al Servicio.
- Integridad.
- Liderazgo
- Responsabilidad.
- Capacidad para Aprender.
- Trabajo en Equipo y Colaboración.
- Minuciosidad.
- Habilidad de Comunicación.
- Iniciativa.

OTROS ASPECTOS

Incluye Consultorio de Especialidades (ISSS D. d., 2014).

4.4.DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN PARA LA UARM

4.4.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS EN LA UARM

La caracterización de los procesos permite la identificación de las condiciones y/o elementos que componen un proceso, aspectos como: ¿Quién lo hace?, ¿Para quién o quienes se hace?, ¿Por qué se hace?, ¿Cómo se hace?, ¿Cuándo se hace?, ¿Qué se requiere para hacerlo?

Esta parte es de gran ayuda debido a que permite la construcción de indicadores los cuales permitirán la medición y el control del desarrollo y cumplimiento de los procesos. Que dentro de esta Unidad la mayoría de los indicadores apuntan al tiempo de ejecución de los procesos.

Los componentes de la caracterización de los procesos descritos son los siguientes:

- **Actividades:** Es el conjunto de elementos secuenciales que conforman un proceso.
- **Entradas:** Una o más actividades o recursos que puede requerir un elemento para dar inicio a una actividad o proceso.
- **Salidas:** Son los elementos transformados resultantes de un proceso. A menudo puede considerarse que la salida de proceso corresponde la entrada del siguiente.
- **Clientes:** Es quien recibe el elemento resultante del proceso.
- **Recursos:** Son los elementos con los cuales se llevan a cabo las actividades del proceso. No se transforman, pero son necesarios en el proceso.
- **Proveedores:** Suministran elementos necesarios para efectuar el proceso.
- **Objetivo:** Es el objetivo a lograr mediante la realización del proceso.
- **Alcance:** Donde inicia y hasta dónde va el proceso.
- **Documentos:** Información con medio de soporte relacionada al proceso.
- **Tiempo Estándar:** Es el tiempo promedio para realizar la operación utilizando el equipo estándar.
- **Parámetros de control:** Control de los atributos para la salida de lo que se va a entregar.

4.4.1.1. CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS DE RECEPCIÓN

a) PROCESO: ASIGNACIÓN DE CITA.

Actividades:

P: Saludar al afiliado, tomar documentos del afiliado, entrar al sistema.

H: Verificación de validez de documentos.

V: Consultar Cupos, Revisar fechas cercanas en el sistema.

A: Asignar cita, entregar documentos, despedirse.

Clientes internos: Afiliados, pensionados y beneficiarios de trabajadores del ISSS

Clientes externos: Afiliados, pensionados y beneficiarios del ISSS

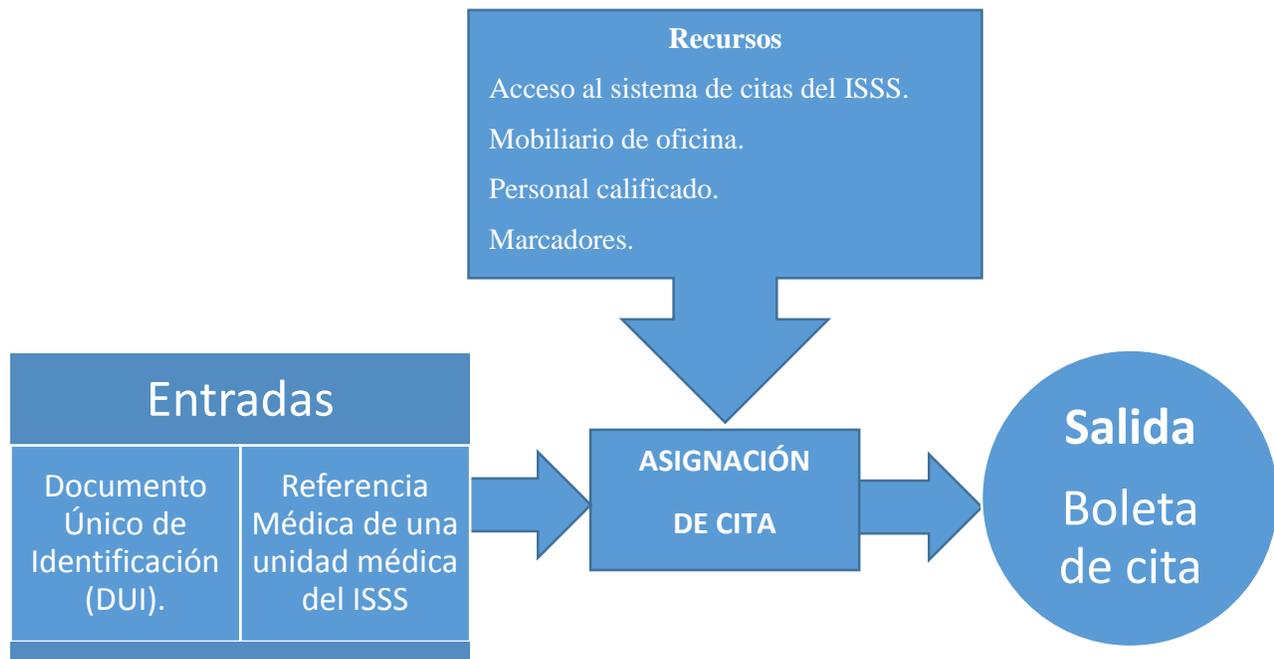


Ilustración 50 Diagrama de Proceso de asignación de cita

Proveedores: Interno, sistema de citas ISSS.

Alcance: Inicia con el saludo y recepción de documentos y termina con la entrega de boleta y despedida.

Documentos: Norma de referencia y Retorno, Norma para el expediente clínico en el ISSS.

Objetivo del proceso: Asignar cita para el afiliado en las fechas sugeridas o inmediatas según disponibilidad.

Tiempo Estándar: 1.66 minutos.

Parámetro de control: Cantidad de citas asignadas por día.

DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ASIGNACIÓN DE CITA.

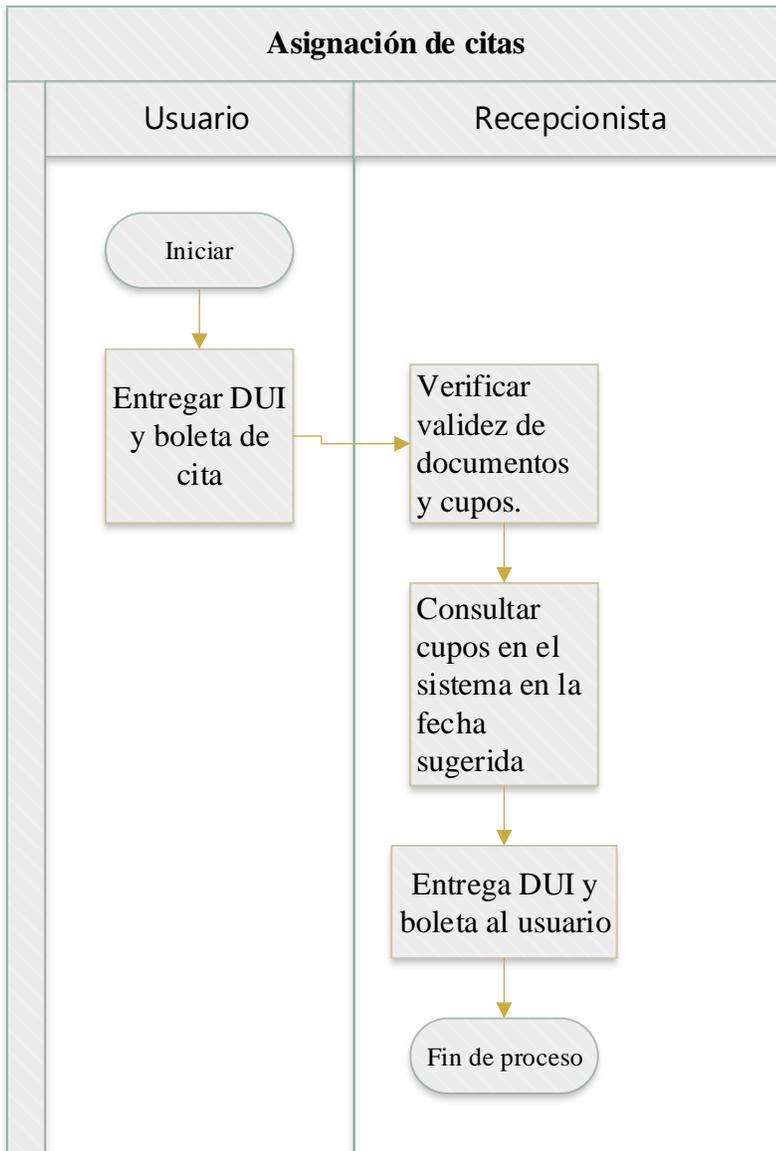


Ilustración 51 Diagrama de procedimiento de asignación de cita

b) PROCESO: ASIGNACIÓN DE CITA POR CONDICIÓN.

Actividades:

P: Saludar al afiliado, tomar documentos del afiliado, entrar al sistema.

H: Verificación de validez de documentos.

V: Consultar Cupos.

A: Asignar cita, entregar documentos, despedirse.

Salidas: Boleta de cita.

Clientes internos: N/A

Clientes externos: Afiliados, pensionados y beneficiarios del sistema del ISSS

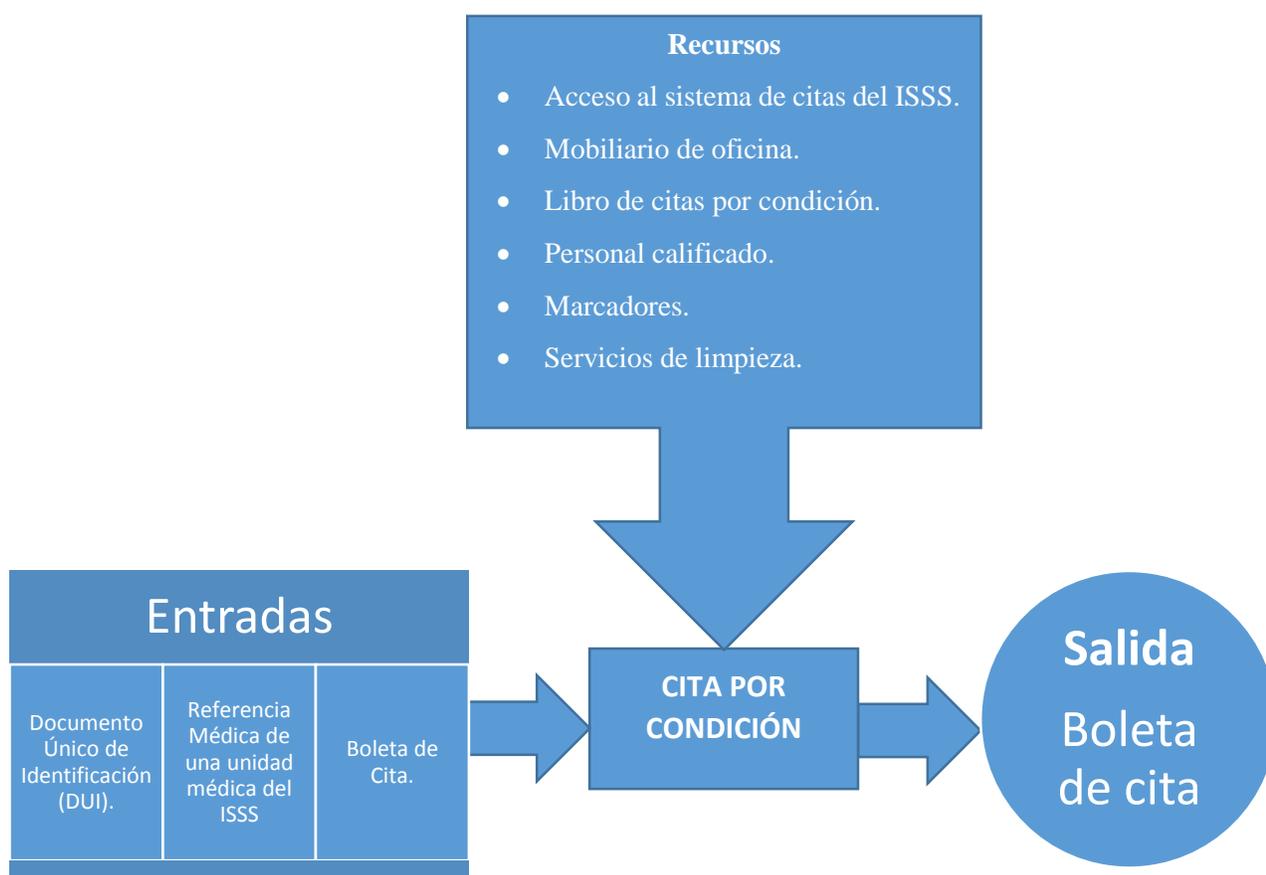


Ilustración 52 Diagrama de proceso de cita por condición

Proveedores: Interno, sistema de citas ISSS.

Alcance: Inicia con el saludo y recepción de documentos y termina con la entrega de boleta y despedida.

Documentos: N/A

Objetivo del proceso: Asignar cita para el afiliado en el día que solicita según disposición de agenda médica.

Tiempo Estándar: 1.66 minutos.

Parámetro de control: Cantidad de citas por condición asignadas por día

DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ASIGNACIÓN DE CITA POR CONDICIÓN.

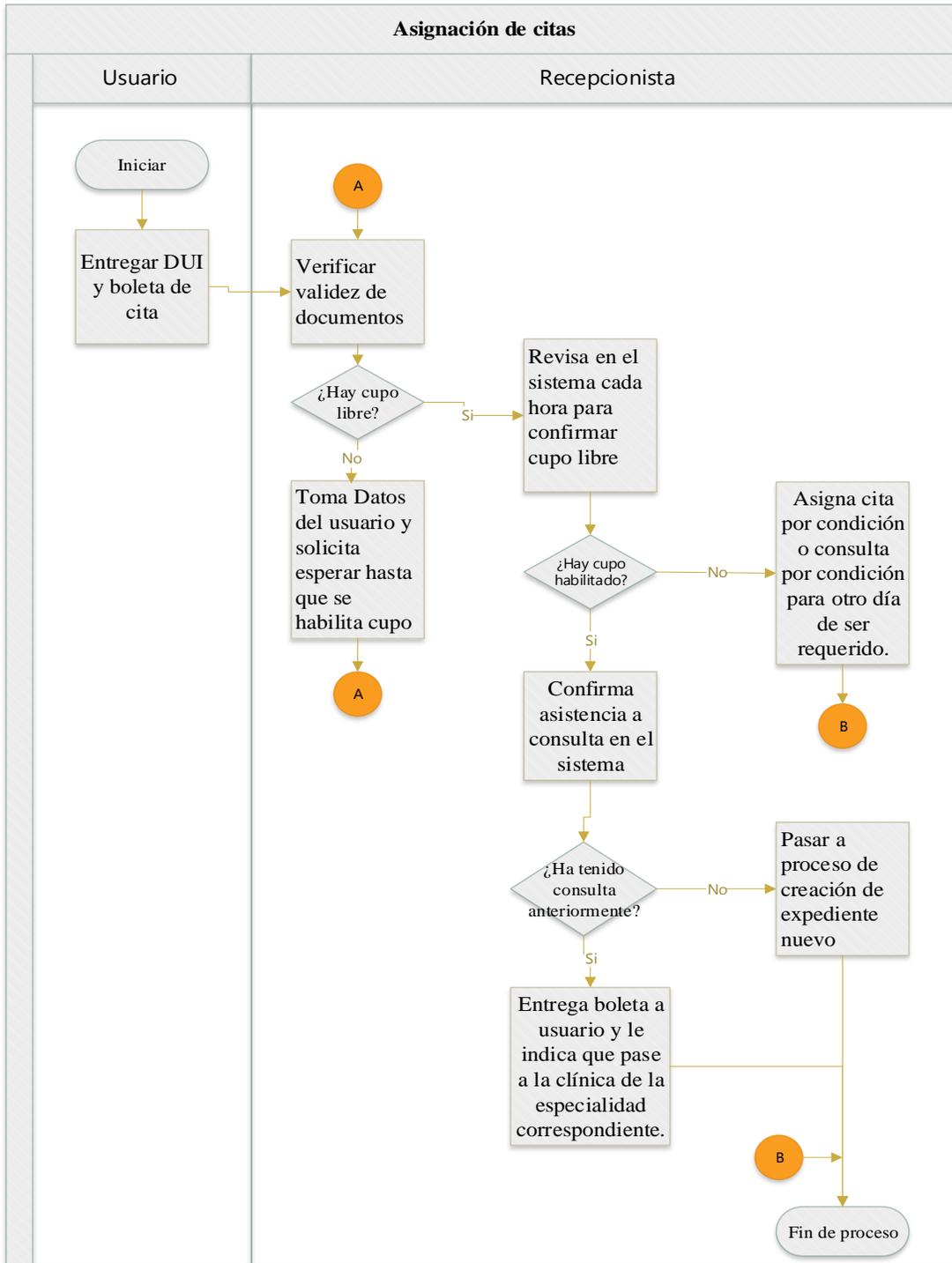


Ilustración 53 Diagrama de asignación de citas por condición

c) PROCESO: CREACIÓN DE EXPEDIENTE NUEVO.

Actividades:

P: Saludar al afiliado, tomar documentos del afiliado.

H: Verificación de validez de documentos.

V: revisar el llenado completo de formulario del expediente nuevo.

A: Llenado de formulario, Indicar al paciente pasar a clínica donde tiene cita, envió de expediente.

Clientes internos: Afiliados, pensionados y beneficiarios de trabajadores del ISSS

Clientes externos: Afiliados, pensionados y beneficiarios del sistema del ISSS

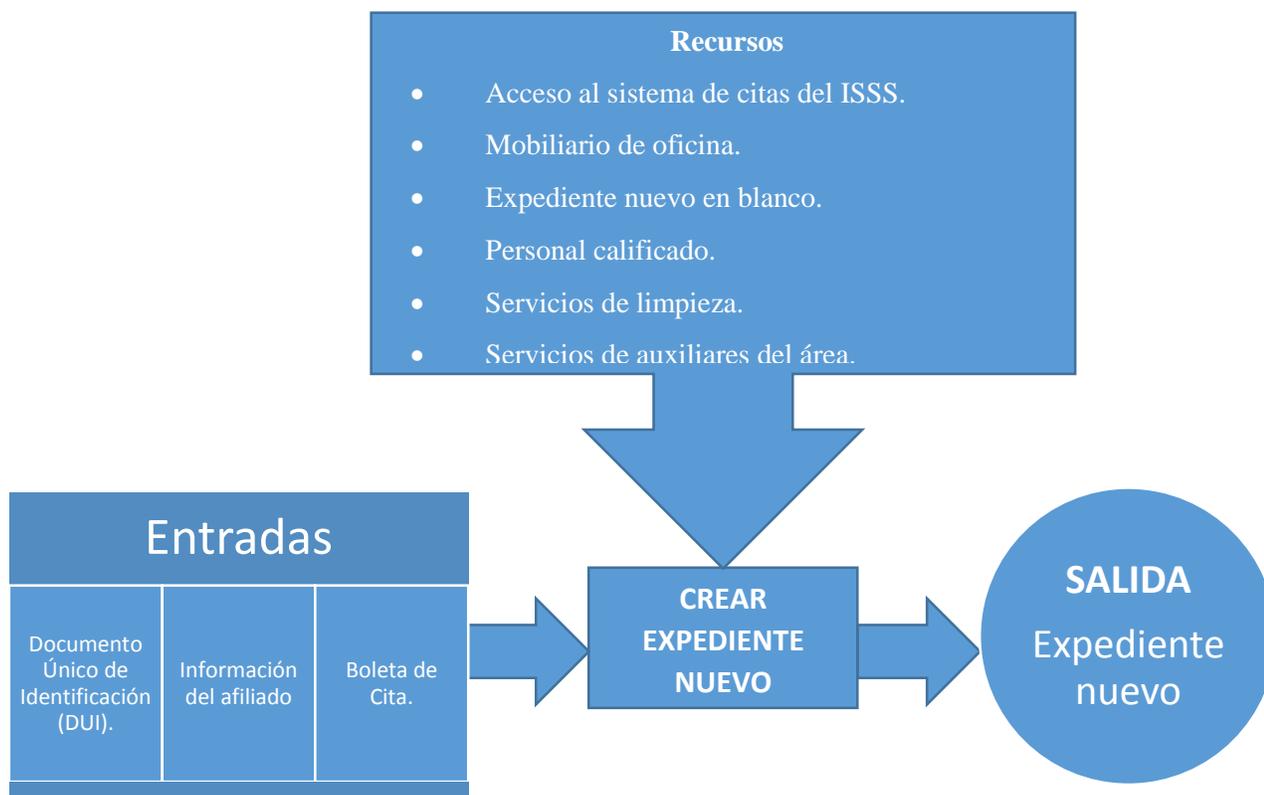


Ilustración 54 Diagrama de procesos crear expediente nuevo

Proveedores: Interno: área de archivos entrega expediente en blanco, Externos: paciente da información personal para llenado de expediente.

Alcance: Inicia con el saludo y recepción de documentos y termina con las indicaciones para ir a la clínica requerida y despedida.

Documentos: Norma de referencia y Retorno, Norma para el expediente clínico en el ISSS.

Objetivo del proceso: Crear el expediente médico para la facilitación del seguimiento médico del paciente.

Tiempo Estándar: 5.3 minutos.

Parámetro de control: Cantidad de expedientes nuevos por día.

DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE CREACIÓN DE EXPEDIENTE NUEVO.

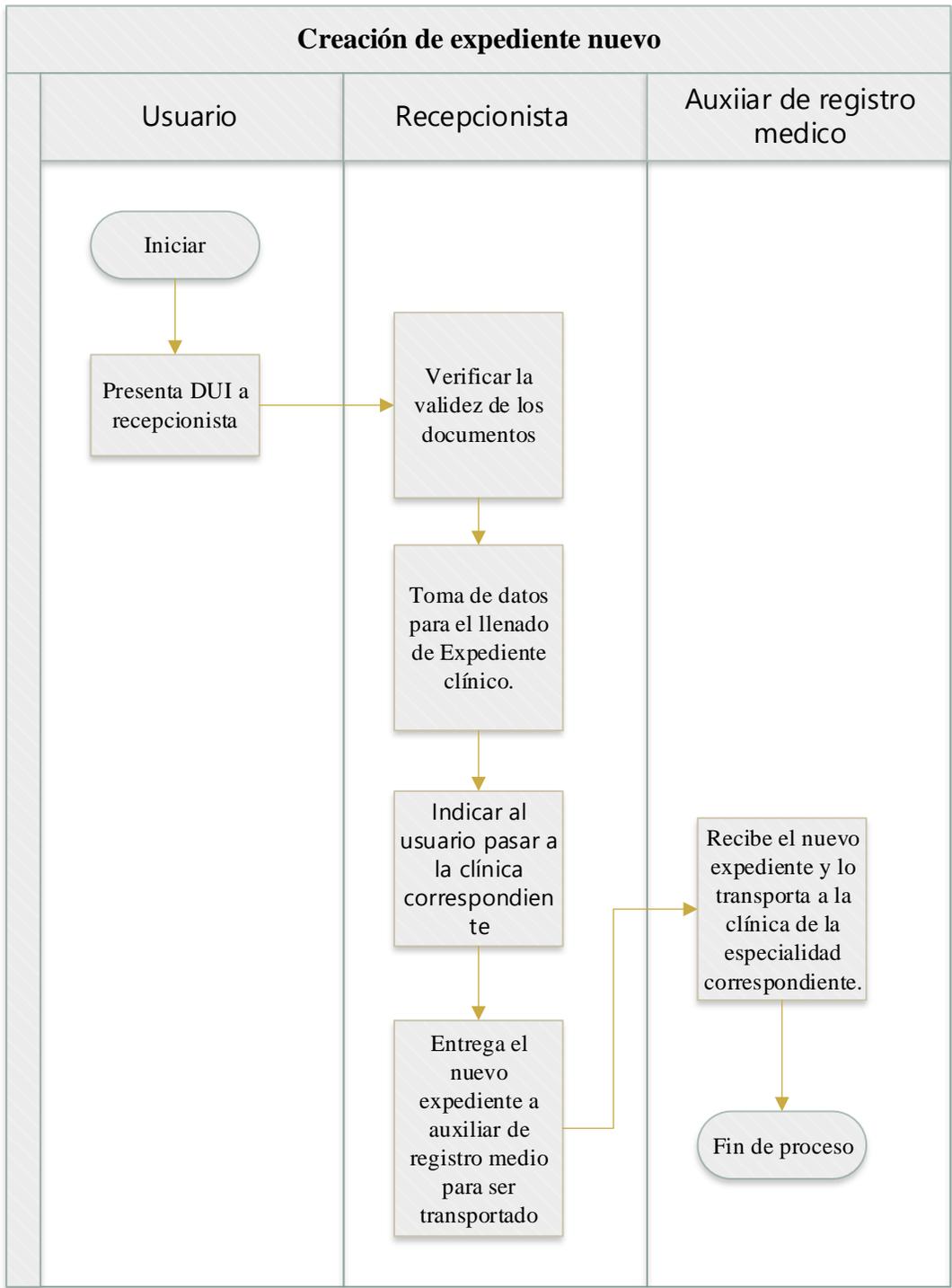


Ilustración 55 Diagrama de creación de expedientes nuevos

d) PROCESO: RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Actividades:

- P:** Saludar al compañero enviado, tomar documentos.
- H:** Verificación de validez de documentos con el boletín de envío.
- V:** Llenado de libros de recepción de documentos.
- A:** Firma y sello de referencias, despedida.

Salidas: Nota de recepción de documentos.

Clientes internos: Clínicas médicas del ISSS.

Clientes externos: N/A

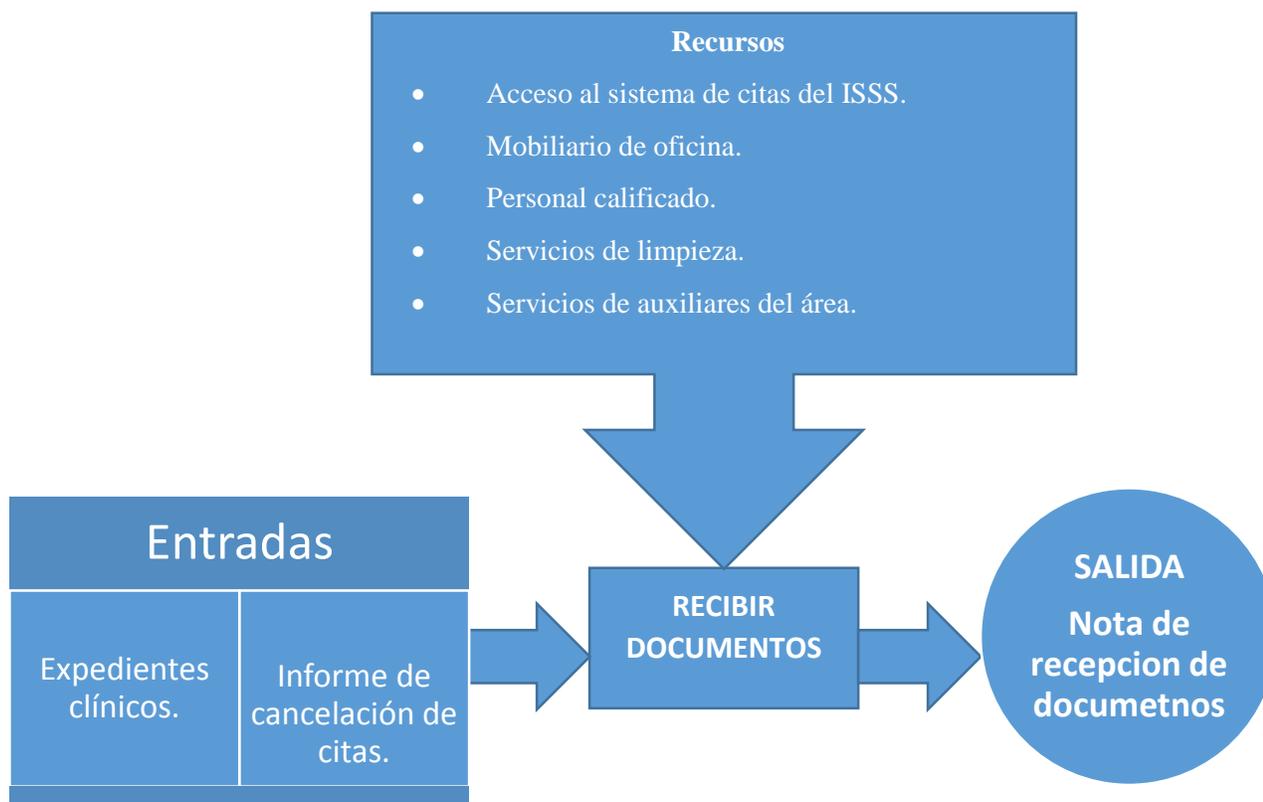


Ilustración 56 Diagrama de proceso de recibir documentos

Proveedores: Interno: Clínicas médicas pertenecientes al ISSS

Alcance: Inicia con el saludo y recepción de documentos y termina con la firma y sello de recibido y despedida.

Documentos: Norma de referencia y Retorno, Norma para el expediente clínico en el ISSS.

Objetivo del proceso: Recibir los documentos pertenecientes a otras unidades médicas de los pacientes referidos a la institución.

Tiempo Estándar: 4.48 minutos.

Parámetro de control: Cantidad de documentos recibidos y boletas de remisión por día.

DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS.

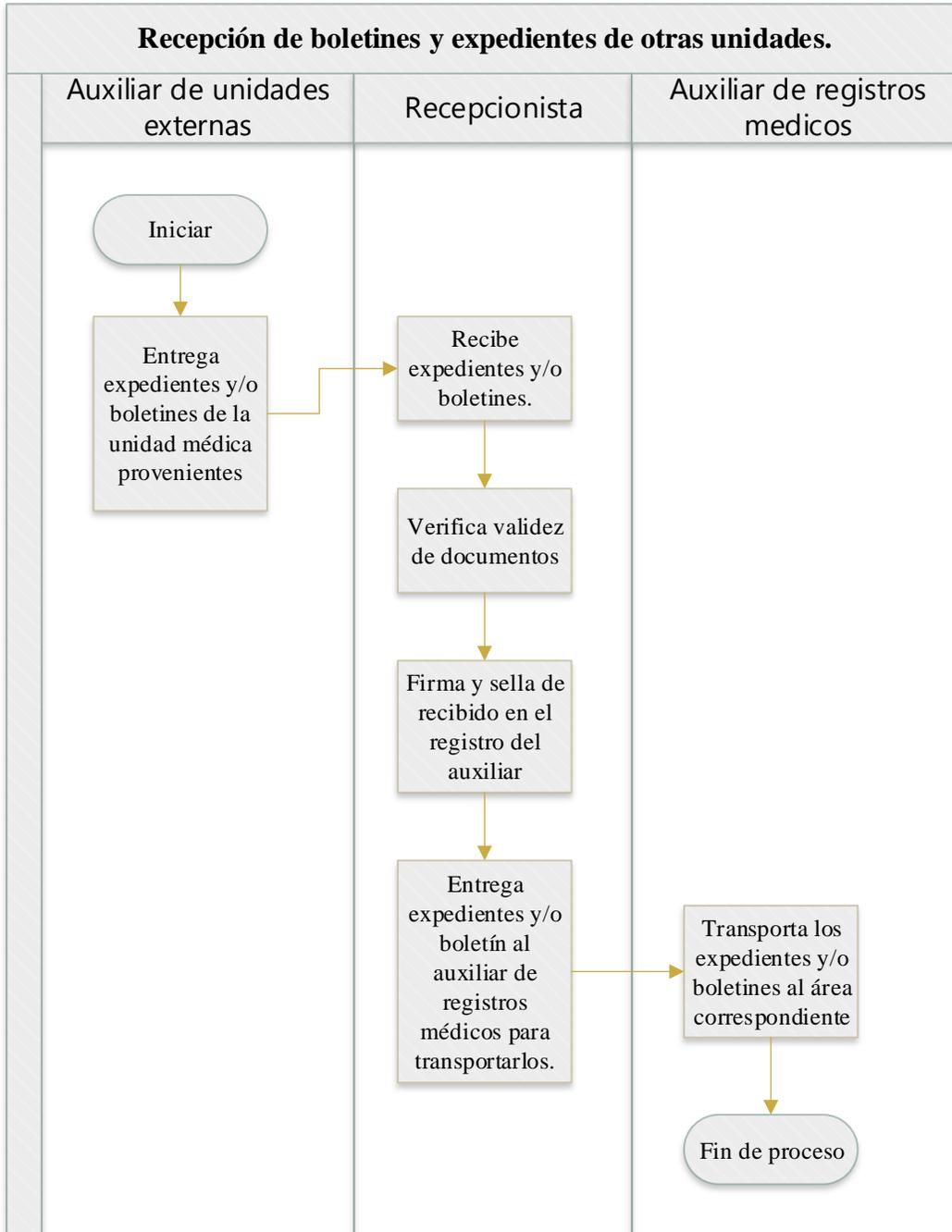


Ilustración 57 Diagrama de recepción de documentos

e) PROCESO IMPRESIÓN DE AGENDA MÉDICA.

Actividades:

P: Preparar documento de impresión, cambiar tipo de papel en el impresor.

H: Imprimir agenda, agrupar y engrapar agenda por día y hora.

V: Fecha de agenda a imprimir.

A: Ordenar documento impreso, enviar documento a archivos.

Salidas: Agenda médica impresa.

Clientes internos: área de archivos de la UARM.

Clientes externos: N/A

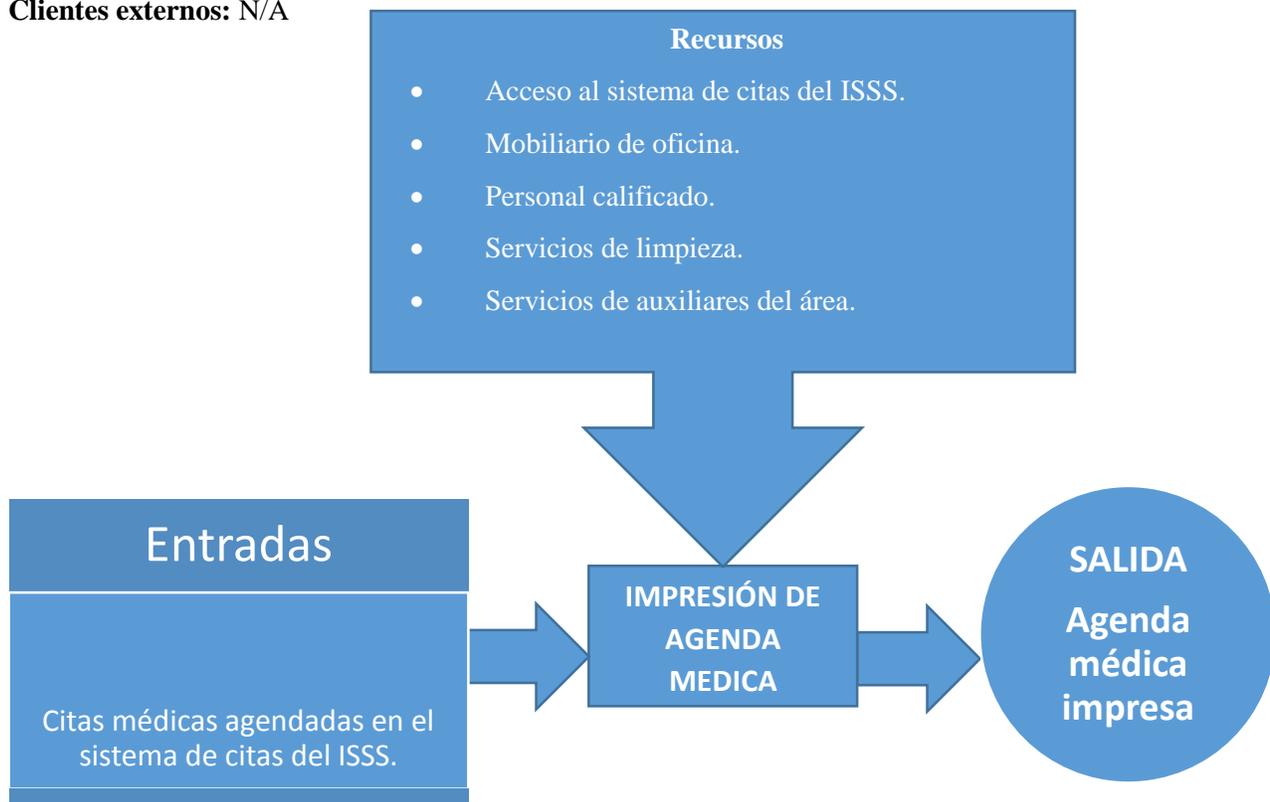


Ilustración 58 Diagrama de proceso de Impresión de agenda medica

Proveedores: Interno: sistema de citas del ISSS.

Alcance: Inicia con la preparación del documento en el sistema para ser impreso y termina al ser enviado al área de archivos de la UARM.

Documentos: Norma para el expediente clínico en el ISSS.

Objetivo del proceso: Imprimir agenda médica de los días posteriores a la fecha para preparar los expedientes clínicos de los afiliados que tendrán cita médica.

Tiempo Estándar: 20.66 minutos

Parámetro de control: Fecha de impresión de agenda médica

DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE IMPRESIÓN DE AGENDA MÉDICA.

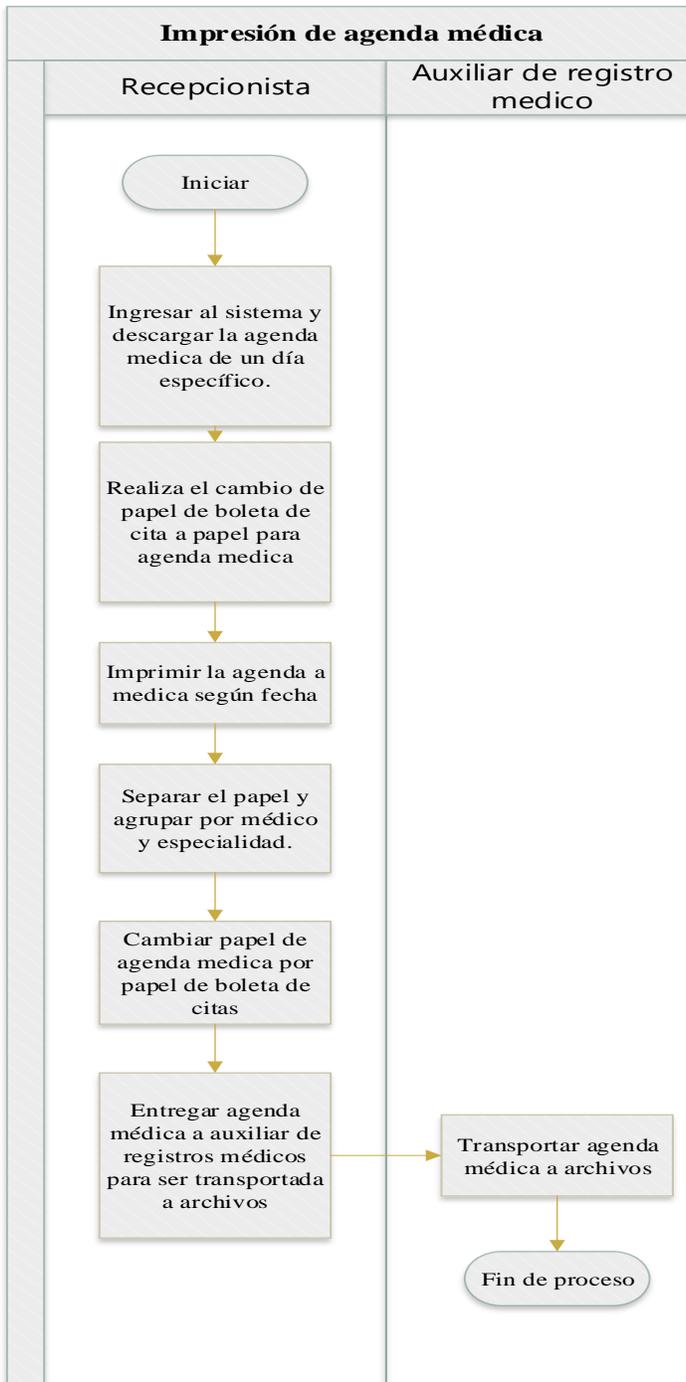


Ilustración 59 Diagrama de impresión de agenda medica

4.4.1.2. CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS DE ARCHIVO

a) PROCESO: PREPARACIÓN DE AGENDA MÉDICA.

Actividades:

- P:** Solicitar expediente programadas en la agenda médica a recepción.
- H:** Organizar expedientes de agenda medica según especialidades
- V:** Verificar que todos los expedientes solicitados se entreguen según la agenda médica.
- A:** Entregar expedientes en bloque.

Salidas: Expediente programados en agenda medica

Cientes internos: Clínicas médicas del ISSS.

Cientes externos: Pacientes

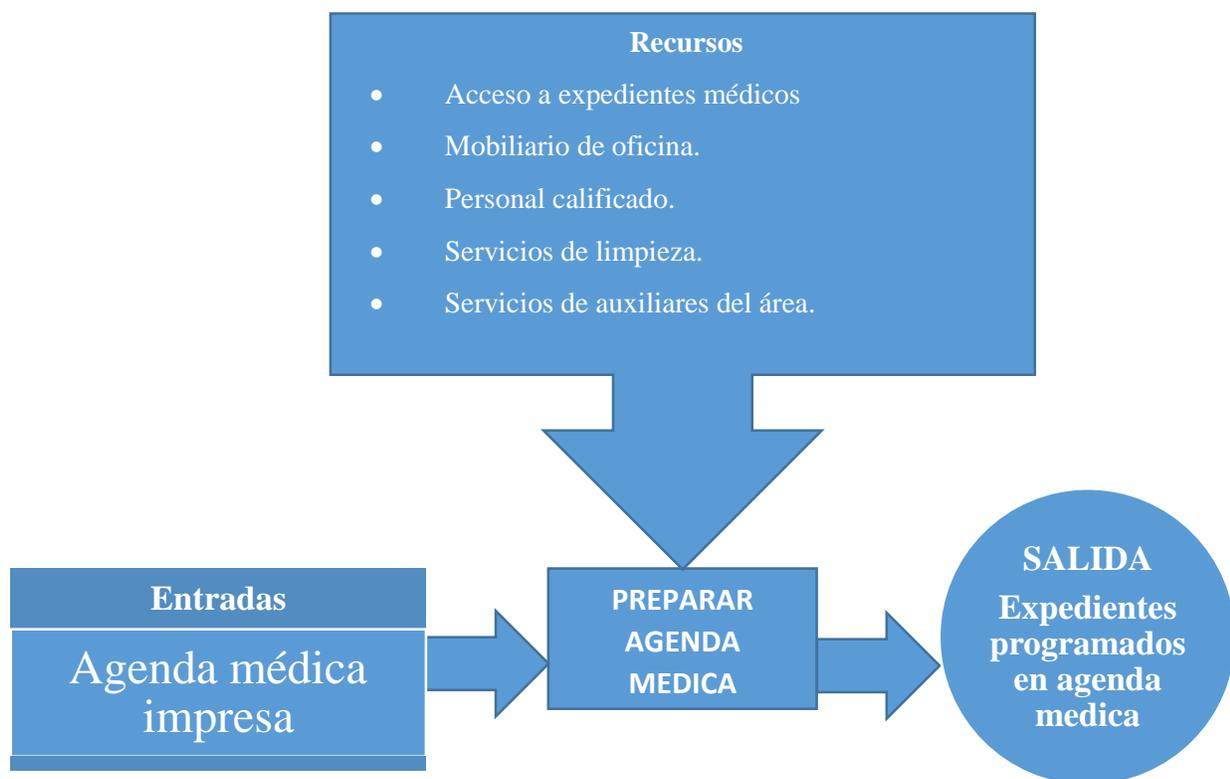


Ilustración 60 Diagrama de procesos preparar agenda médica

Proveedores: Interno: Recepción

Alcance: Inicia con recepción de agenda médica y finaliza con la entrega de los expedientes médicos a las clínicas del ISSS.

Documentos: Norma de referencia y Retorno, Norma para el expediente clínico en el ISSS.

Objetivo del proceso: Buscar y entregar rápidamente los expedientes solicitados en la agenda médica.

Tiempo Estándar: 1.22 minutos

Parámetro de control: Cantidad de expedientes recolectados por agenda médica en el día.

PROCEDIMIENTO DE PREPARACIÓN DE AGENDA MÉDICA.

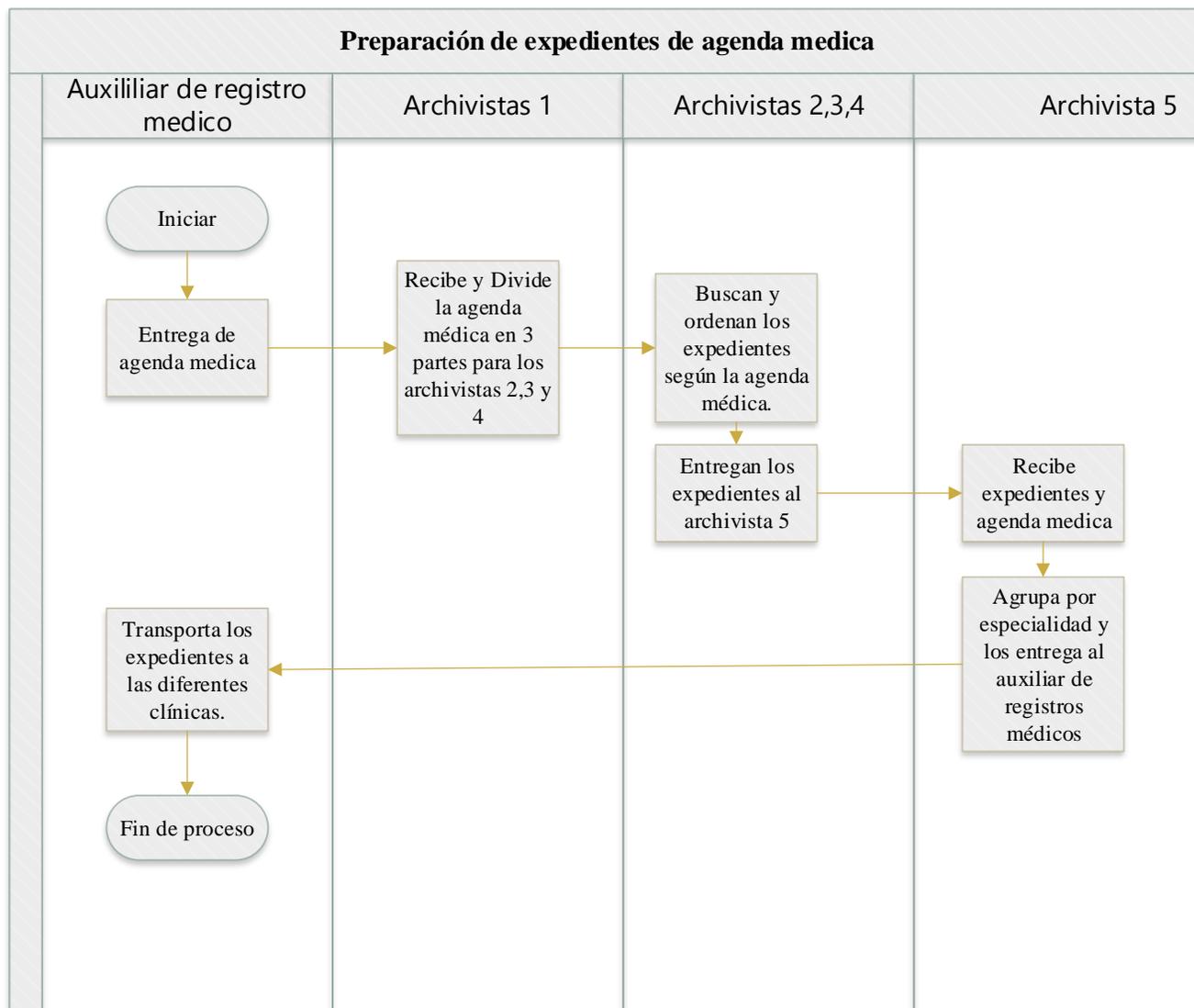


Ilustración 61 Diagrama de preparación de agenda medica

b) PROCESO: RECEPCIÓN, CLASIFICACIÓN Y ARCHIVO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.

Actividades:

P: Recibir expedientes médicos provenientes de las clínicas y boletín de remisión.

H: Revisión, clasificación y verificación de expedientes recibidos.

V: Verificar el adecuado almacenamiento de los expedientes en los estantes.

A: Archivar expedientes según clasificación en los estantes.

Salidas: Expedientes archivados

Clientes internos: Clínicas médicas del ISSS.

Clientes externos: N/A

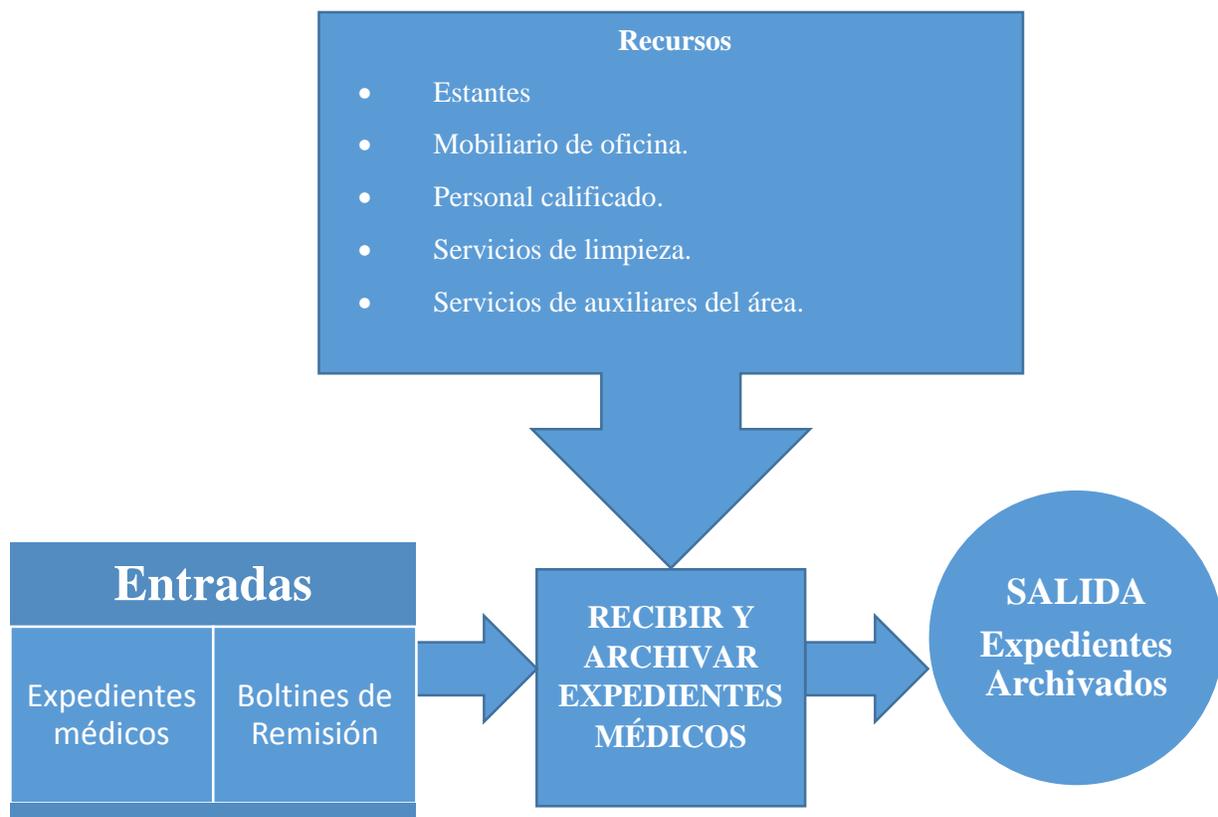


Ilustración 62 Diagrama de proceso de Recibir y archivar expedientes médicos

Proveedores: Interno: Clínicas del ISSS.

Alcance: Inicia con la recepción de los expedientes de las clínicas y finaliza con el almacenamiento de los expedientes en los estantes.

Documentos: Norma de referencia y Retorno, Norma para el expediente clínico en el ISSS.

Objetivo del proceso: Recibir y resguardar correctamente los expedientes médicos en las instalaciones de la UARM.

Tiempo Estándar: 4.48 minutos

Parámetro de control: Cantidad de expedientes archivados por día, cantidad de expedientes no encontrados por día.

PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN, CLASIFICACIÓN Y ARCHIVO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.

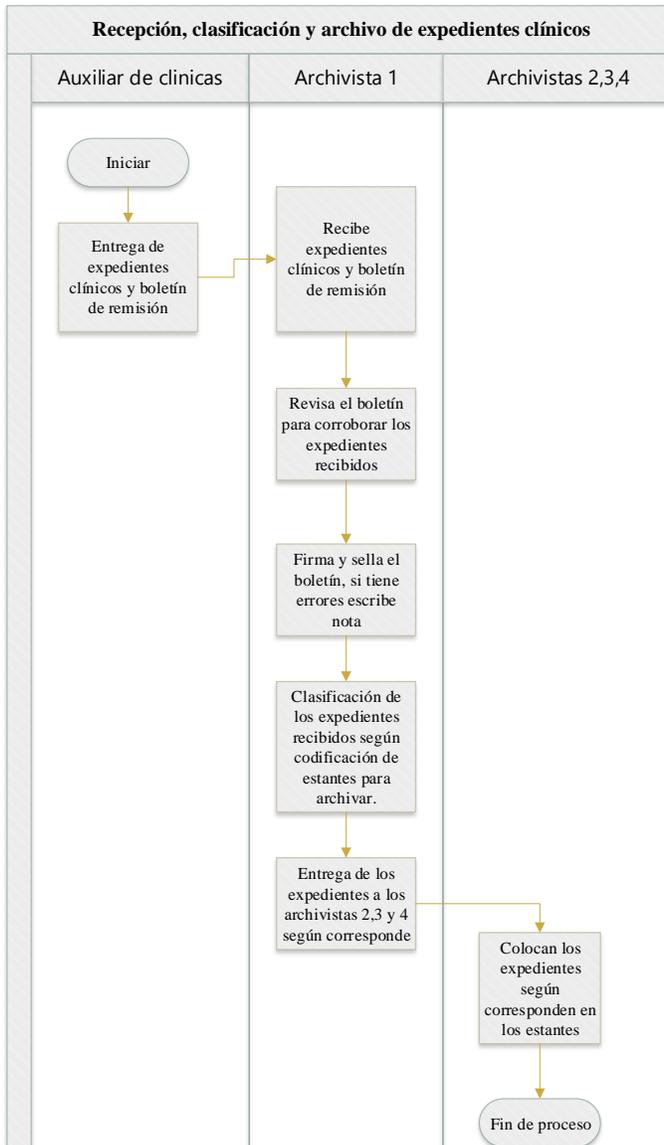


Ilustración 63 Diagrama de recepción, clasificación y archivo de expedientes clínicos

c) PROCESO: BUSCAR Y ENTREGAR EXPEDIENTES SOLICITADOS

Actividades:

P:

H: Recepción de hoja falso o boleta de cita con el número de expediente del afiliado, c

V: Verificar la validez de la solicitud, revisar en sistema cuando fue última cita y en que especialidad, revisar en las boletas de remisión si expediente entro a la unidad para ser archivada.

A: Colocar falso en el lugar que corresponde al expediente, entregar expediente a quien lo solicito.

Salidas: Expediente clínico.

Clientes internos: Clínicas del ISSS.

Clientes externos: N/A

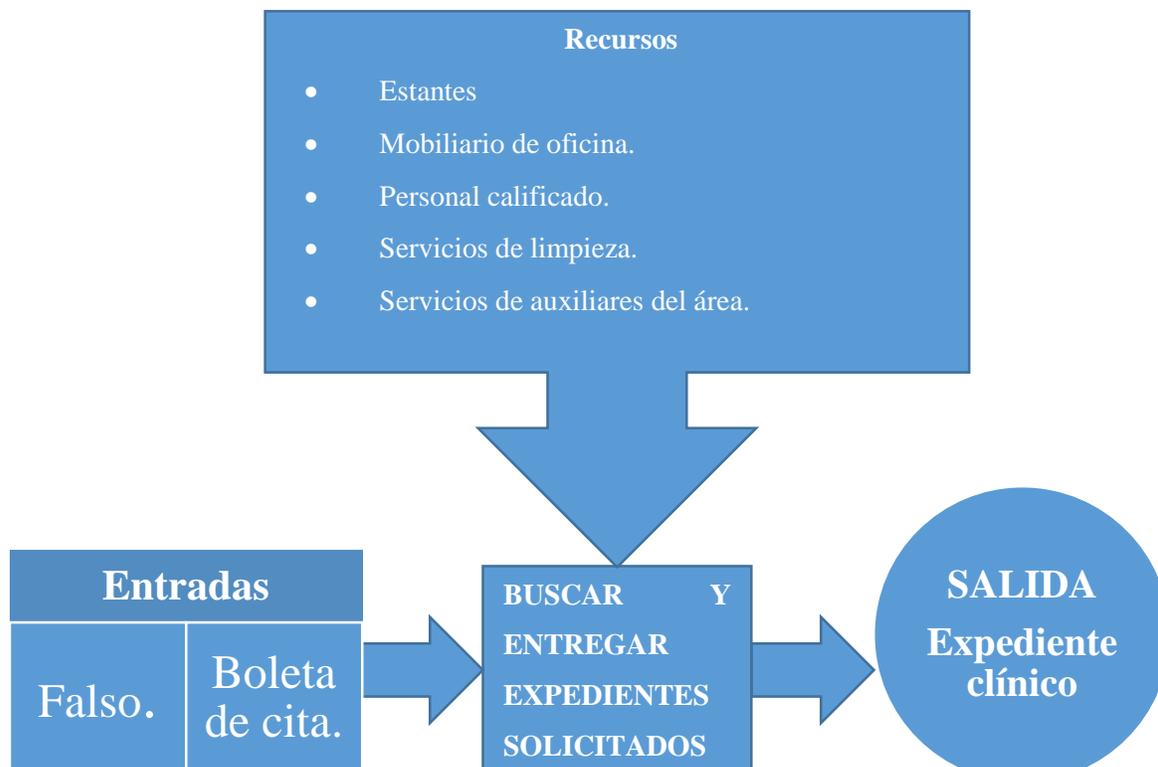


Ilustración 64 Diagrama de proceso Buscar y entregar expedientes

Proveedores: Area de archivos UARM.

Alcance: Inicia con la recepción de la solicitud del expediente clínico y finaliza con la entrega del expediente.

Documentos: Norma de referencia y Retorno, Norma para el expediente clínico en el ISSS.

Objetivo del proceso: Entregar de forma rápida y eficiente los expedientes clínicos que se soliciten.

Tiempo Estándar: 1.86

Parámetro de control: Cantidad de expedientes solicitados por día, cantidad de expedientes no encontrados por día.

PROCEDIMIENTO BUSCAR Y ENTREGAR EXPEDIENTES SOLICITADOS

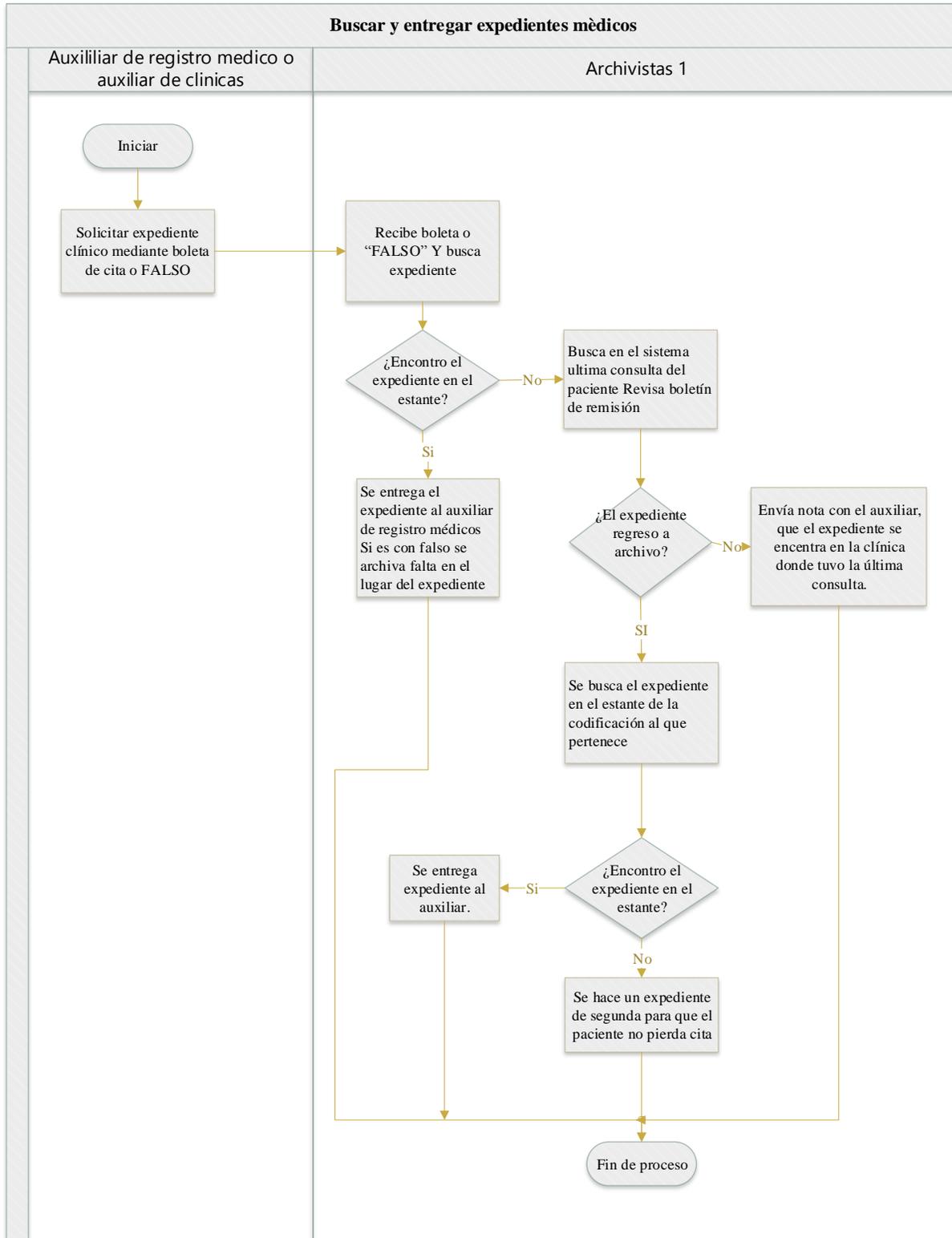


Ilustración 65 Diagrama de búsqueda de expedientes médicos

d) PROCESO: RECEPCIÓN, CLASIFICACIÓN Y ARCHIVO DE HOJAS DE PEDIATRÍA

Actividades:

P: Recibir hojas de pediatría y boletín de remisión

H: Revisión de hojas de pediatría recibidas.

V: Verificar las hojas de pediatría recibidas y el adecuado almacenamiento de las hojas en los estantes.

A: Archivar hojas de pediatría

Salidas: Hojas de pediatría archivadas

Clientes internos: Hospital.

Clientes externos:

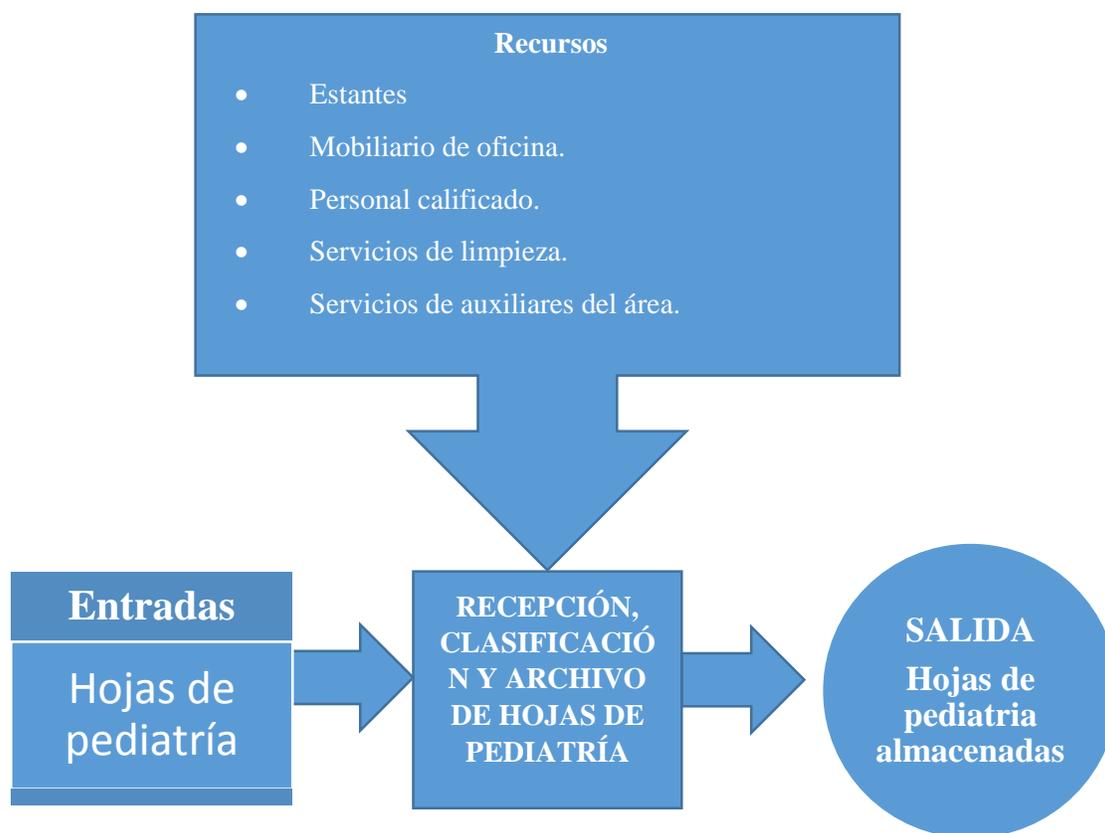


Ilustración 66 Diagrama de proceso de recepción, Clasificación y archivo de hojas de pediatría

Proveedores: Hospital.

Alcance: Inicia con la recepción de hojas de pediatría y finaliza con el almacenamiento de las hojas en los estantes.

Documentos: Norma de referencia y Retorno, Norma para el expediente clínico en el ISSS.

Objetivo del proceso: Recibir y almacenar correctamente las hojas de pediatría.

Tiempo Estándar: 4.02 minutos

Parámetro de control: Cantidad de hojas de pediatría foliados

PROCEDIMIENTO RECEPCIÓN, CLASIFICACIÓN Y ARCHIVO DE HOJAS DE PEDIATRÍA

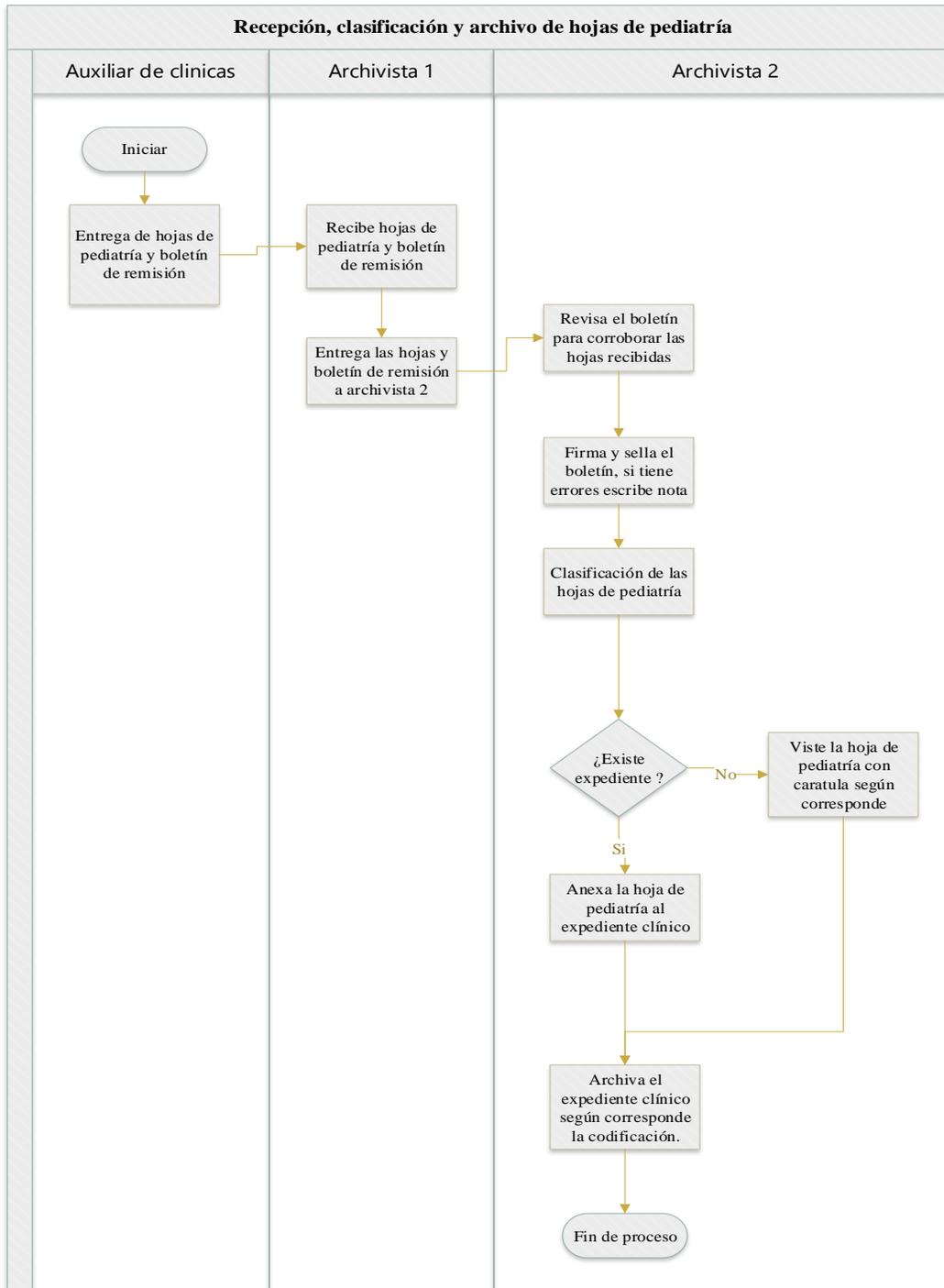


Ilustración 67 Diagrama de recepción, clasificación y archivo de hojas de pediatría

e) PROCESO: RECEPCIÓN, CLASIFICACIÓN Y ARCHIVO DE HOJAS DE ALTA Y EMERGENCIA

Actividades:

P: Recibir hojas de alta y emergencia.

H: Revisión de hoja de alta y emergencia.

V: Verificar las hojas de alta y emergencia recibidas y el adecuado almacenamiento de las hojas en los estantes.

A:

Salidas: Hojas de alta y emergencia archivadas

Clientes internos: Hospital.



Ilustración 68 Diagrama de proceso de recepción, clasificación de hojas de alta y emergencia

Proveedores: Hospital.

Alcance: Inicia con la recepción de hojas de alta y emergencia, finaliza con el almacenamiento de las hojas en los estantes.

Documentos: Norma de referencia y Retorno, Norma para el expediente clínico en el ISSS.

Objetivo del proceso: Recibir y almacenar correctamente las hojas de alta y emergencia.

Tiempo Estándar: 4.15 minutos

Parámetro de control: Cantidad de hojas de alta y emergencia foliadas

PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN, CLASIFICACIÓN Y ARCHIVO DE HOJAS DE ALTA Y EMERGENCIAS.

Recepción, clasificación y archivo de hojas de Alta y emergencia

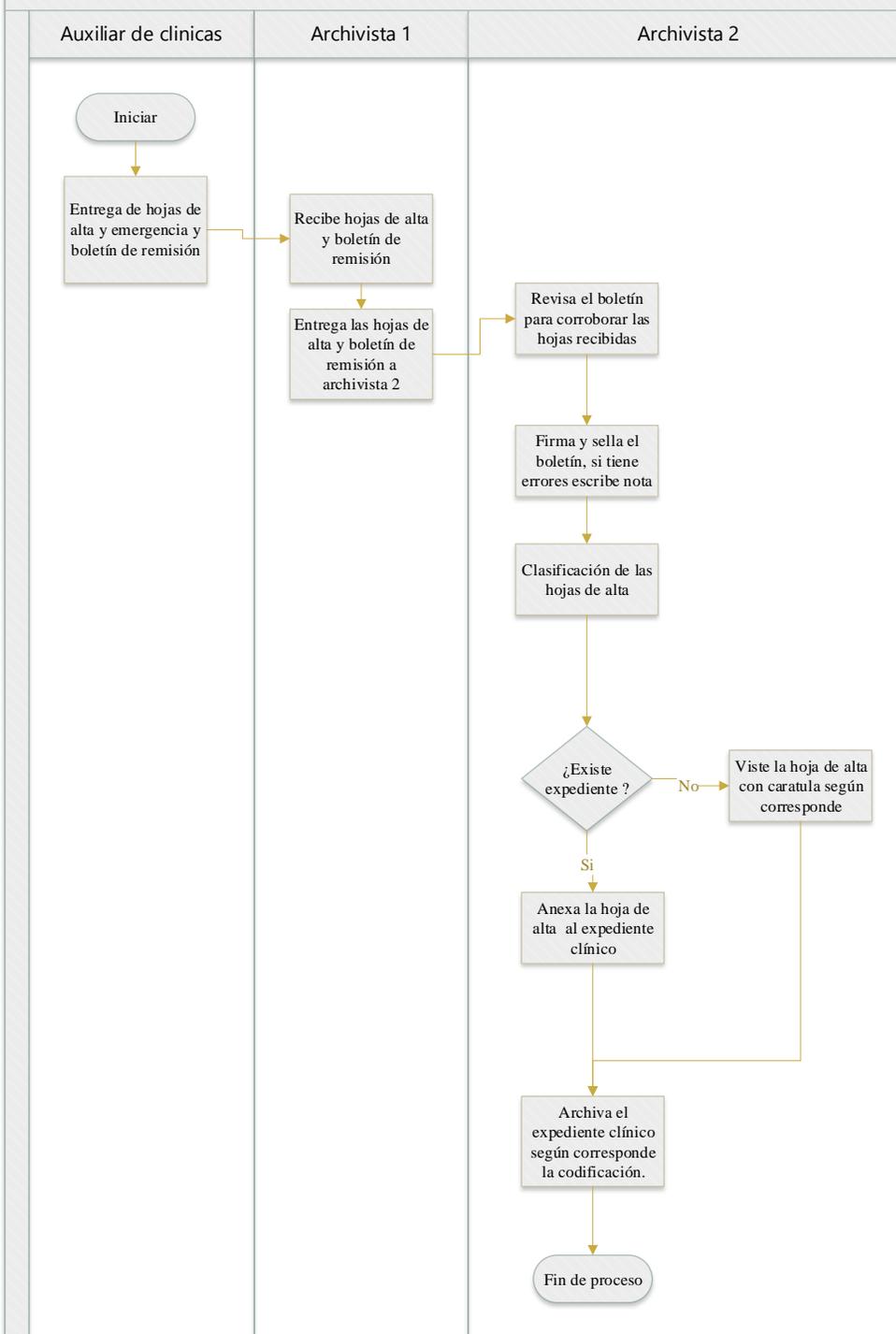


Ilustración 69 Diagrama de recepcion,clasificacion y archivo de hojas de alta

f) PROCESO: RECEPCIÓN, CLASIFICACIÓN Y ARCHIVO DE HOJAS DE FISIATRÍA

Actividades:

P: Recibir hojas de fisioterapia.

H: Revisión de hojas de fisioterapia recibidas.

V: Verificar las hojas de fisioterapia recibidas y el adecuado almacenamiento de las hojas en los estantes.

A:

Salidas: Hojas de fisioterapia archivadas

Cientes internos: Hospital.

Cientes externos:



Ilustración 70 Diagrama de proceso de recepción, clasificación y archivo de hojas de fisioterapia

Proveedores: Hospital.

Alcance: Inicia con la recepción de hojas de fisioterapia y finaliza con el almacenamiento de las hojas en los estantes.

Documentos: Hojas de fisioterapia.

Objetivo del proceso: Recibir y almacenar correctamente las hojas de fisioterapia.

Tiempo Estándar: 4.02 minutos

Parámetro de control: Cantidad de hojas de fisioterapia foliados

PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN, CLASIFICACIÓN Y ARCHIVO DE HOJAS DE FISIATRÍA

Recepción, clasificación y archivo de hojas de Fisiatria

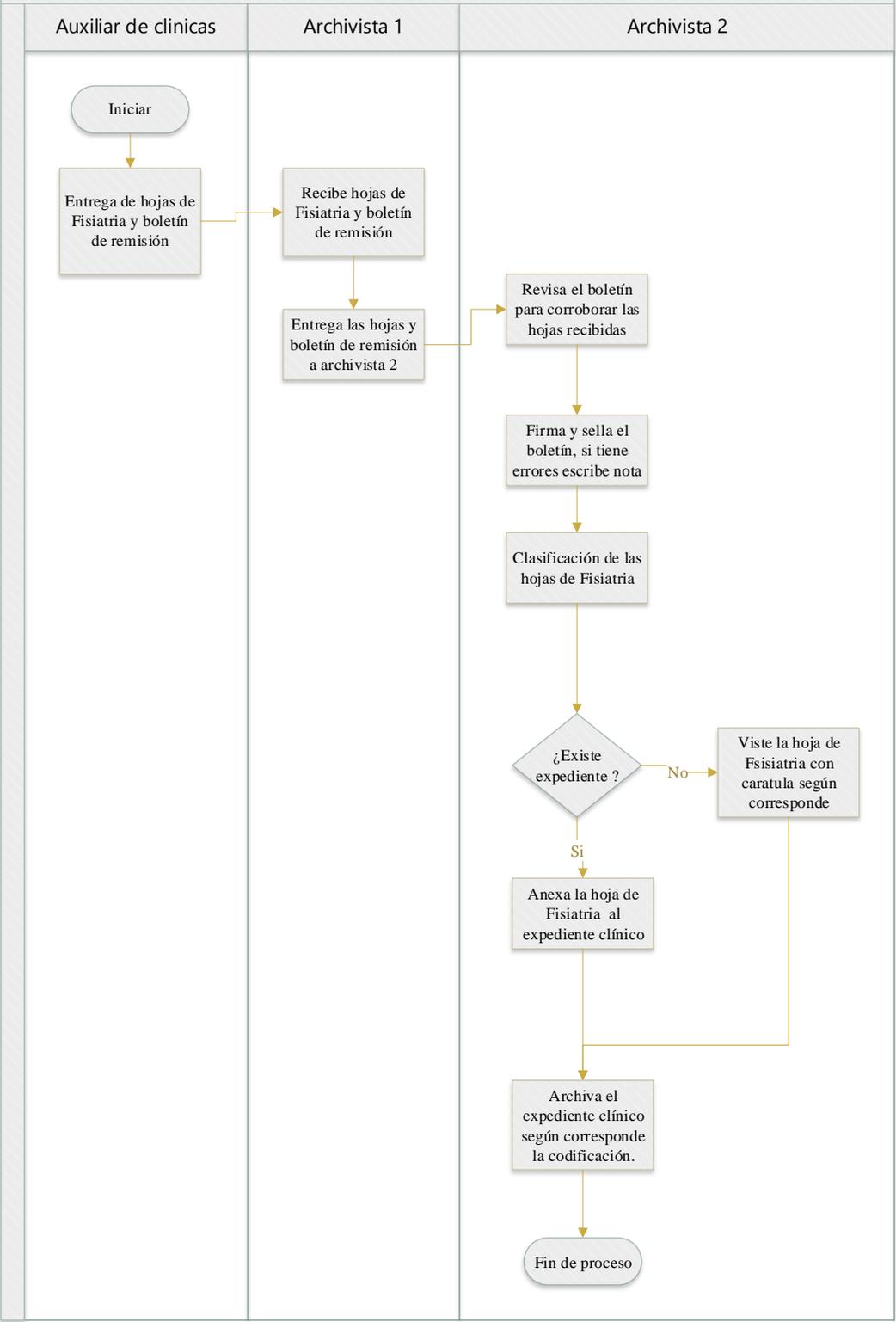


Ilustración 71 Diagrama de recepcion,clasificacion y archivo de hojas de fisiatria

g) PROCESO: RECEPCIÓN, CLASIFICACIÓN Y ARCHIVO DE EXÁMENES DE LABORATORIO.

Actividades:

P: Recibir exámenes de laboratorio

H: Revisión de validez de exámenes de laboratorio

V: Verificar los exámenes de laboratorio se agreguen al expediente médico correspondiente

A:

Salidas: Exámenes de laboratorio archivadas.

Clientes internos: Clínicas del ISSS.

Clientes externos:



Ilustración 72 Diagrama de proceso Recepción, clasificación y archivo de exámenes de laboratorio

Proveedores: Clínica del ISSS.

Alcance: Inicia con la recepción de los exámenes de laboratorio y finaliza con almacenamiento del respectivo examen en el expediente médico que corresponde.

Documentos: Norma de referencia y Retorno, Norma para el expediente clínico en el ISSS.

Objetivo del proceso: Almacenar el examen de laboratorio en el expediente médico correcto.

Tiempo Estándar: 3.99 minutos

Parámetro de control: Cantidad de exámenes anexados por día.

PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN, CLASIFICACIÓN Y ARCHIVO DE EXÁMENES DE LABORATORIO.

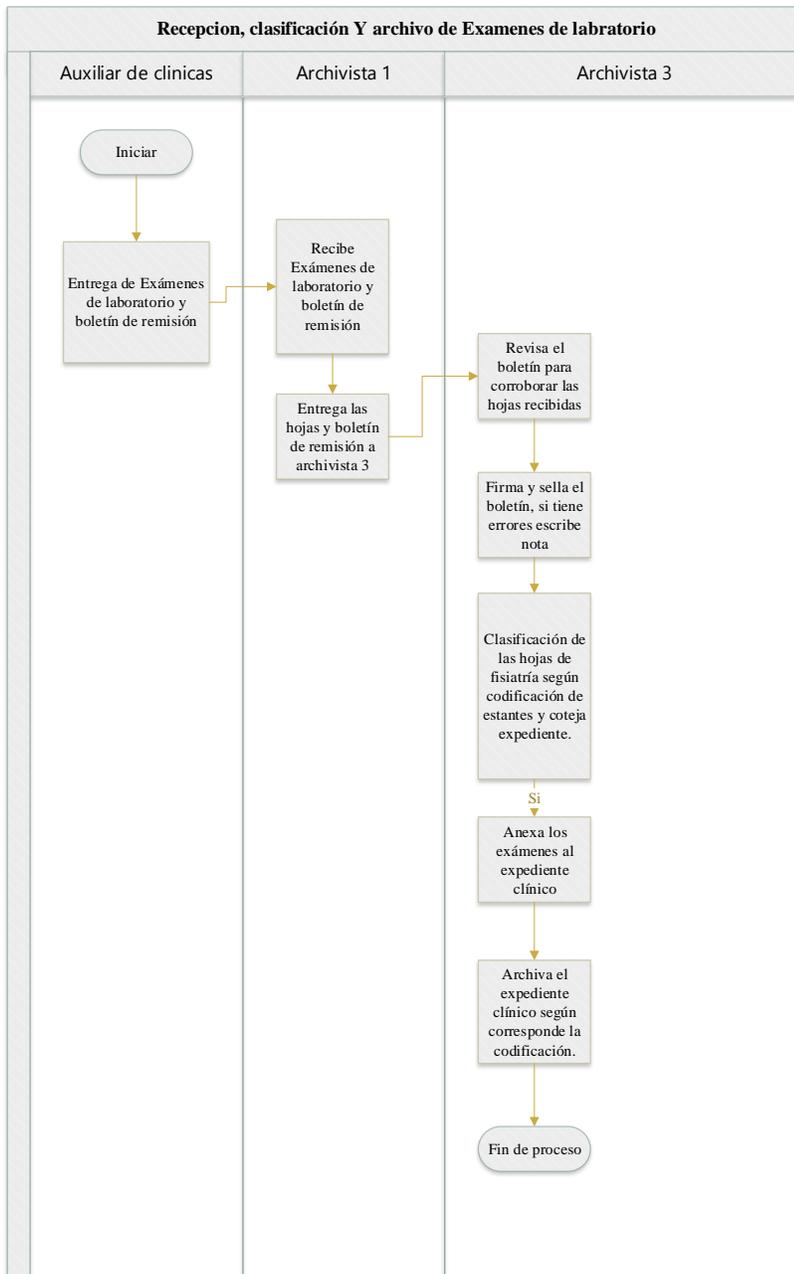


Ilustración 73 Diagrama de recepción, clasificación y archivo de exámenes médicos

h) PROCESO: REGISTRO Y REPORTE DE MOVIMIENTOS DE EXPEDIENTES Y DOCUMENTOS.

Actividades:

P: Clasificar, ordenar y analizar la información de movimiento de los expedientes y documentos en la unidad.

H: redactar reporte de movimientos de expedientes.

V: Verificar la adecuada presentación y validez de los datos presentados en el reporte.

A:

Salidas: Reporte de movimientos de expedientes y documentos.

Clientes internos: Jefe interino de la unidad.

Clientes externos:



Ilustración 74 Diagrama de proceso de registro y reporte de movimiento de expedientes y documentos

Proveedores: UARM

Alcance: Inicia al principio del mes con la recolección diaria de movimientos y finaliza cuando se entrega el reporte al final de mes.

Documentos: Norma para el expediente clínico en el ISSS.

Objetivo del proceso: Informar los movimientos de los expedientes médicos y otros documentos de la unidad.

Tiempo Estándar: 3.14 minutos

Parámetro de control: Consolidado de registros diarios de todo el mes.

PROCEDIMIENTO DE REGISTRO Y REPORTE DE MOVIMIENTOS DE EXPEDIENTES Y DOCUMENTOS.

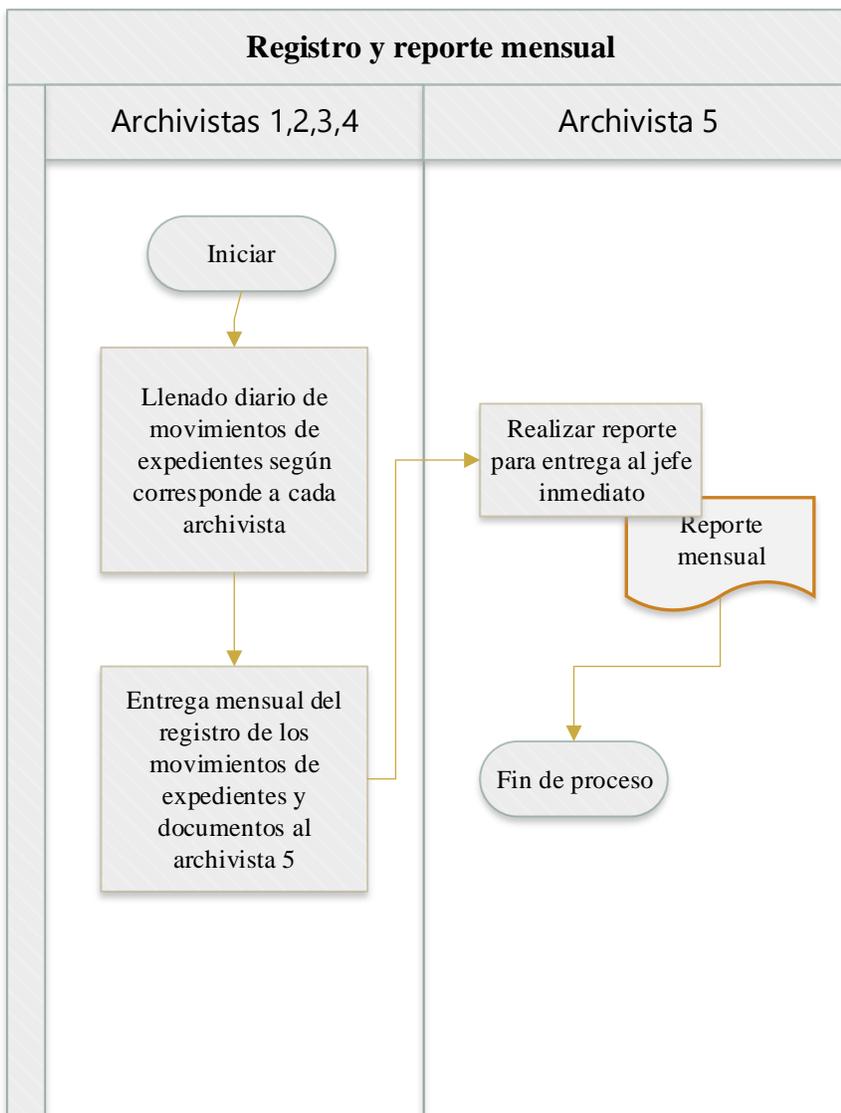


Ilustración 75 Diagrama de registro y movimiento de expedientes

4.4.1.3. REGISTRO DE PARÁMETROS DE CONTROL.

El registro de parámetros consiste en la recopilación de datos durante la ejecución de los procesos durante la jornada diaria, este control facilita la visión de los procedimientos y el funcionamiento de la unidad conforme a la demanda y la respuesta que esta ofrece, cada uno de los parámetros descritos en la caracterización son de suma importancia para poder detectar los puntos estratégicos en el cual los procesos están fallando o se ven afectados por elementos externos que entorpecen el trabajo.

Para facilitar el registro de los parámetros de control de cada uno de los procesos descrito anteriormente se propone tres formatos de consolidados diarios uno para el área de recepción y dos para expedientes los cuales forman la UARM, en el formato de parámetros de control #1 Tabla 74 Hoja de control recepción página 247 se presenta un formato en el cual se encuentran cada uno los parámetros de control y las respectivas casillas para su llenado por día y su totalización al final del mes, especialmente el dato de citas confirmadas como el de citas asignadas muestran el flujo de afiliados que posee la institución y da un indicio del nivel de saturación que tiene el área de expedientes, estos datos son facilitados por el sistema de citas con el acceso que solo se posee en recepción.

Los datos de documentos entregados y recibidos se obtiene del libro de registros al igual que el número de expedientes nuevos, es decir la recolección de la información no entorpece en ningún momento el trabajo de la unidad ya que los datos existen pero en otro formato.

En el formato de parámetro de Control #2 (Tabla 75 Hoja de control expedientes, coordinador de la unidad *página 248*) están descritas cada uno de los elementos que deben ser registrados con sus parámetros de control y se especifica el tipo de expediente u hoja foliada o entregada con la cual se trabajan en el área de expedientes perteneciente a la unidad.

El formato #3 (Tabla 76 Hoja de control expedientes, archivista *página 249*) al igual que el formato #2 tiene los mismos parámetros con la diferencia que este es personal para cada miembro de la unidad ya que cada uno tiene asignado un tipo de expediente u hoja (Alta, pediatría, fisiatría y/o exámenes) del cual tiene que llevar el control además debe anexar el nombre del encargado de dicha página.

4.4.2. EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN LA UARM

La matriz de riesgo constituye una herramienta de control y de gestión para la identificación de las actividades, asociándolas a riesgos diferenciados por tipo y nivel y a los factores exógenos y endógenos relacionados con estos riesgos.

La realización de una evaluación eficiente de riesgo determina el nivel de este mismo, llegando a ser trivial, tolerable, moderado, importante o intolerable. Con la elaboración de la matriz de riesgos, se busca la identificación de todos los riesgos que puedan estar involucradas dentro de las actividades de la UARM, determinando la frecuencia y el tiempo que se encuentran expuestos los trabajadores a dichos riesgos.

La metodología a utilizar para priorizar los riesgos dentro de las zonas que componen la unidad de Admisión y Registros Médicos busca identificar cada riesgo basándose en los distintos peligros que se detecten.

Pudiéndose determinar en cada uno de los casos que estén presentes la severidad del daño que estos poseen; es decir, las consecuencias que podrían llegar a darse debido a un accidente de trabajo por el riesgo que ha sido detectado.

Matriz de riesgos

La verdadera utilidad de la matriz de riesgos radica en que actualice el panorama de factores de riesgos laborales de las personas que participan en las actividades de los procesos principales dentro de dicha Unidad y la posibilidad de que ocurran con tan solo echarle un vistazo.

Por este motivo, Tabla 71 Matriz de riesgos laborales en la página 244 se representa la matriz de riesgos, en la cual se pueden anotar los riesgos, su probabilidad de ocurrencia, la gravedad de los mismos y, las posibles acciones para poder solucionarlos y mitigarlos.

La persona encargada de realizar esta evaluación de factores de riesgos será el jefe de la UARM.

Explicación de las partes de la matriz de riesgo para la UARM y su llenado

Paso 1: Tipo de evaluación

En este apartado se coloca si la evaluación que se llevará a cabo será de carácter cualitativo o cuantitativo en el cual se asigna un valor numérico al riesgo.

Paso 2: Proceso o actividad

Se detalla la tarea que se realiza o se está analizando.

Paso 3: Puesto de trabajo

Se identifica el área que está en estudio si es el área de recepción o de archivos médicos.

Paso 4: Peligros o Identificación de riesgos

Consiste en la identificación de las actividades principales dentro de la UARM y de los riesgos que imposibiliten el cumplimiento de los objetivos de esta.

Mediante la identificación de todas las actividades, ya es posible prever los posibles riesgos y los motivos o factores que intervienen en su manifestación y grado, distinguiéndose en riesgos intrínsecos, que serían aquellos que provienen directamente de la propia Unidad, y extrínsecos, factores de incertidumbre provocados por eventos externos que pueden tener un impacto sobre la actividad de la Unidad.

Las siguientes tablas muestran ejemplos de actividades que son o pueden ser un peligro para los empleados, así también ejemplos de fuente y situación de manera que el peligro pueda ser definido con mucha mayor claridad.

Acto (o acción de peligro)

Acción de terceros
Actuar sin autorización
Conducta / comportamiento inadecuado
Desviarse de los Métodos /normativas aceptadas
Mal manejo de materiales, equipos e insumos
No advertir /señalizar
Presentarse al trabajo en condiciones de salud anormales
Uso de vestuario o elementos extraños
Uso inadecuado de datos /información
Almacenamiento defectuoso.
Orientación inadecuada
Instrucciones mal interpretadas
Falta de conocimiento / Otras
Práctica inadecuada
Desempeño inestable
Rango de movimiento corporal restringido
Deficiencia visual / deficiencia auditiva
Otras deficiencias corporales (tacto, gusto, olfato, equilibrio)
Otras deficiencias físicas permanentes / temporales
Capacidad Física, Fisiológica / Otra
Desequilibrio emocional
Enfermedad mental
Tiempo de reacción lenta
Capacidad Mental, psicológica inadecuada /Otra
El desempeño inadecuado es más gratificante
El desempeño correcto se convierte en castigo
Lesión o enfermedad
Fatiga debido a carga o duración laboral
Fatiga debido a falta de reposo
Fatiga debido a sobrecarga sensorial

Limitaciones de movimiento
Insuficiencia de azúcar en la sangre
Estrés físico o fisiológico
Sobrecarga emocional
Fatiga por carga o velocidad de tarea mental
Preocupaciones con problemas / Frustración

Tabla 59 Acciones de peligro

Ejemplos de Fuente o Situación

Fuente	Equipos:	Inexistencia de manuales de operación
		Equipos sin mantenciones o revisiones de funcionamiento
		Falta de manual de instrucciones (original)
	Materiales:	Falta de rotulación
		Falta de la Hoja de Datos de Seguridad
		Almacenamiento incorrecto
	Ambiente	Iluminación insuficiente
		Presencia de agentes peligrosos
		Piso fuera de norma o especificaciones
		Espacio reducido
		Espacio confinado
		Falta de orden y aseo
		Falta de delimitación de pisos
		Falta de señalización
		HIGIENE OCUPACIONAL:
		Manejo manual de carga - Agente Ergonómico
		Movimiento repetitivo -Agente Ergonómico
		Ruido
		Polvo - Agentes Químicos
Calor		
Frío		
Agentes Biológicos (Virus, Bacterias, hongos, etc.)		

Tabla 60 Ejemplo de fuentes

SITUACIÓN	Administrativas de oficina
	Administrativas de Terreno
	Labores de vigilancia y protección industrial
	Manipulación de herramientas manuales
	Labores en espacios confinados

Tabla 61 Ejemplo de situación

Paso 5: Medida de control

En esta parte se coloca la posible medida control para contrarrestar el peligro antes identificado.

Paso 6: Evaluación de riesgos

El paso siguiente consiste en determinar la probabilidad de que, efectivamente, el riesgo ocurra, así como un cálculo de los efectos potenciales del mismo. Se trata, por lo tanto, de una valorización del riesgo, lo cual implica un análisis conjunto e interrelacionado de la probabilidad de ocurrencia y del efecto en los resultados globales que puedan darse dentro de la Unidad.

Estos riesgos pueden ser valorados tanto en términos cualitativos o cuantitativos, utilizando valores numéricos o estadísticos, lo cual permite tener una base sólida para que la dirección o el responsable de la UARM pueda tomar las decisiones pertinentes. En la siguiente tabla se muestra la clasificación y la probabilidad de ocurrencia de que ocurra un riesgo, así también el valor numérico que corresponde a cada uno de ellos.

PROBABILIDAD DE QUE OCURRA LOS INCIDENTES

Clasificación	Probabilidad de ocurrencia	Puntaje
<i>BAJA</i>	El incidente potencial se ha presentado una vez o nunca en el área, en el período de un año.	3
<i>MEDIA</i>	El incidente potencial se ha presentado 2 a 11 veces en el área, en el período de un año.	5
<i>ALTA</i>	El incidente potencial se ha presentado 12 o más veces en el área, en el período de un año.	9

Tabla 62 Probabilidad de ocurrencia

En la tabla siguiente se muestra como se debe evaluar la *gravedad o severidad del riesgo* que se tiene en estudio.

Clasificación	Severidad o Gravedad	Puntaje
<i>LIGERAMENTE DAÑINO</i>	Primeros Auxilios Menores, Rasguños, Contusiones, Polvo en los Ojos, Erosiones Leves.	4
<i>DAÑINO</i>	Lesiones que requieren tratamiento médico, esguinces, torceduras, quemaduras, Fracturas, Dislocación, Laceración que requiere suturas, erosiones profundas.	6

EXTREMADAMENTE DAÑINO	Fatalidad – Para / Cuadriplejia – Ceguera. Incapacidad permanente, amputación, mutilación,	8
------------------------------	--	---

Tabla 63 Severidad

En base al puntaje, el cual se obtiene al *evaluar la probabilidad y la severidad del peligro* detectado, se puede clasificar y evaluar el riesgo que representa el peligro que se ha detectado; y estos pueden clasificarse en:

- Riesgo Bajo
- Riesgo Moderado
- Riesgo Importante
- Riesgo Crítico

Los cuales son ilustrados en la siguiente tabla.

Severidad Probabilidad	Ligeramente dañino (4)	Dañino (6)	Extremadamente dañino (8)
Baja (3)	12 a 20 <i>Riesgo bajo</i>	12 a 20 <i>Riesgo bajo</i>	24 a 36 <i>Riesgo moderado</i>
Media (5)	12 a 20 <i>Riesgo bajo</i>	24 a 36 <i>Riesgo moderado</i>	40 a 54 <i>Riesgo importante</i>
Alta (9)	24 a 36 <i>Riesgo moderado</i>	40 a 54 <i>Riesgo importante</i>	60 a 72 <i>Riesgo crítico</i>

Tabla 64 Tipo de riesgo

Luego de ser evaluado el riesgo se es necesario poner en marcha un plan de acción, el cual se basa en los siguientes criterios de control de peligros, ayudando a dar prioridades a los riesgos según la clasificación que estos posean, así también la recomendación de la frecuencia de control con la que estos son controlados.

CRITERIOS DE CONTROL DE PELIGROS

		Nivel de Riesgo "SEGURIDAD e HIGIENE OCUPACIONAL"	Control del Peligro "SEGURIDAD e HIGIENE OCUPACIONAL"
Inaceptable		Crítico	<p>SEGURIDAD: No se debe continuar con la actividad, hasta que se hayan realizado acciones inmediatas para el control del peligro. Posteriormente, las medidas de control y otras específicas complementarias, deben ser puestas en marcha para la seguridad y salud ocupacional de los miembros de la Unidad. Se establecerán objetivos y metas a alcanzar. El control de las acciones incluidas debe ser realizado en forma mensual.</p> <p>HIGIENE OCUPACIONAL: Se dará prioridad al control de los casos con Nivel de Riesgo Crítico, desarrollándose acuerdos de control dentro de la Unidad, para la posterior verificación de su cumplimiento y actualización.</p>
		Importante	<p>SEGURIDAD: Se establecerá acciones específicas de control de peligro, las cuales deben ser puestas en marcha para la seguridad y salud ocupacional de los miembros de la Unidad. El control de las acciones, debe ser realizado en forma trimestral.</p> <p>HIGIENE OCUPACIONAL: Se efectuarán acuerdos de control en la Unidad, para la posterior verificación de su cumplimiento y actualización.</p>
		Moderado	<p>SEGURIDAD: Se establecerá acciones específicas de control de peligro, las cuales deben ser puestas en marcha para la seguridad y salud ocupacional de los miembros de la Unidad. El control de estas acciones, debe ser realizado en forma anual.</p> <p>HIGIENE OCUPACIONAL: Se efectuarán acuerdos de control en la Unidad, para la posterior verificación de su cumplimiento y actualización.</p>
Aceptable		Bajo	<p>SEGURIDAD: No se requiere acción específica, se debe reevaluar el riesgo en un período posterior.</p> <p>HIGIENE OCUPACIONAL: Se efectuarán acuerdos de control en la Unidad, para la posterior verificación de su cumplimiento y actualización.</p>

Tabla 65 Control de peligros

Paso 7: Plan de acción

Luego de la evaluación de los riesgos, esta parte es de gran importancia debido que permitirá colocar información sobre la medida de control con la cual se espera se pueda mitigar el riesgo detectado, así también ayudará también para ir modificando la medida de control en caso de falle la propuesta anteriormente.

Esta tendrá la información del responsable de aplicar la medida de control que en el caso de UARM será la persona encargada de dicha Unidad; la fecha o plazo, es decir el período dentro del cual se espera ejecutar esa medida de control, la frecuencia de control; es decir, la periodicidad con la cual se estará revisando el avance de la medida de control y al final un campo para la observaciones donde se podrá colocar información sobre ciertos sucesos o circunstancias que se presenten en el trayecto en que se ejecute la medida de control.

4.4.3. IDENTIFICACIÓN DE REQUISITOS LEGALES

Para identificación de los requisitos legales y otros requisitos aplicables se es necesaria una matriz de requisitos legales, la cual debe estar orientada específicamente hacia las actividades que realiza la UARM. Estos procesos tienen como objetivo verificar y evidenciar las mejoras que la Unidad debe realizar para certificar que cumple con las normas, leyes, resoluciones, decretos y demás obligaciones.

***Matriz legal:** Es la compilación de los requisitos normativos exigibles a la institución acorde con las actividades propias e inherentes de su actividad productiva, los cuales dan los lineamientos normativos y técnicos para desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), el cual deberá actualizarse en la medida que sean emitidas nuevas disposiciones aplicables”.*

Por lo tanto, según esta definición, la matriz de requisitos legales debe actualizarse continuamente de acuerdo a las nuevas disposiciones que puedan hacerse a las normatividades utilizadas.

A continuación, se muestra las normas, leyes, resoluciones, decretos mediante los cuales se debe basar el llenado de la matriz de requisitos legales de la UARM, en base a la seguridad y salud ocupacional.

A. LEYES Y CODIGOS

Las Leyes y códigos son normas jurídicas de la misma jerarquía. Después de la Constitución de la República, por debajo de ella están las leyes y los Códigos en el mismo pie de jerarquía de igualdad.

- ***Código de Trabajo:*** En el Libro Tercero denominado Previsión y Seguridad Social se destacan aspectos de SySO de interés: Título II - Seguridad e Higiene del Trabajo. Capítulo I - Obligaciones del Patrono, Art. 314. Capítulo II – Obligaciones de los Trabajadores, Art. 315. Título III – Riesgos Profesionales. Capítulo I – Disposiciones Generales, Art. 316 al 319. Capítulo II – Consecuencias de los Riesgos Profesionales, Art. 324 al 332.
- ***Código para la Salud:*** Instrumento que hace referencia a las competencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en materia de SySO. Se destacan los títulos siguientes: Título II - Del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Capítulo I – De las Acciones para la Salud, Art. 107 al 110.
- ***LGPRLT Decreto N° 254 Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo:*** Presenta un enfoque más participativo tanto para los empleadores como para los trabajadores. Entre sus principales aportes están: La obligatoriedad de conformar un Comité de SySO y la designación de delegados de prevención para las empresas; la implementación de un Programas de Gestión de SySO; y, la responsabilidad por parte del patrono de notificar y registrar todos los accidentes de trabajo ocurridos en la empresa.
- ***Constitución de la República:*** En el Art. 2 establece Toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión, y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos En este sentido, es obligación del Estado asegurar a sus habitantes, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social. Así mismo en la Sección Segunda, Art. 189, se aborda el Tema de Trabajo y Seguridad Social que es de interés para la SySO.
- ***Ley del Seguro Social:*** Es de aplicación único y exclusivo para las personas que pertenecen a este régimen. En el Art. 1 y 2 contempla lo considerado en el Art. 189 de la Constitución de la Republica.

B. REGLAMENTOS DE LEYES Y TÉCNICOS

Entre los reglamentos de apoyo a algunas leyes antes descritas se listan a continuación:

- ***Decreto N° 86 Abril 2012- Reglamento de la Gestión Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo:*** Establece los lineamientos que desarrollan lo preceptuado por la

LGPRLT, en lo referente a la Gestión de Riesgos, la cual abarca la conformación y funcionamiento de estructuras de gestión, incluyendo los respectivos Comité de SySO y delegados de prevención; la formulación e implementación del Programa de Prevención de Riesgos Ocupacionales y los registros documentales y notificaciones relativos a tales riesgos.

- ***Decreto N° 89 Abril 2012- Reglamento General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo:*** Tiene como objeto: Regular la aplicación de la LGPRLT, en lo relativo a condiciones de Seguridad e Higiene en que deban desarrollarse las labores, a fin de eliminar o controlar los factores de riesgos en los puestos de trabajo, sean estos de naturaleza mecánica o estructural, física, química, ergonómica, biológica o psicosocial; todo con el propósito de proteger la vida, salud, integridad física, mental y moral de los trabajadores y trabajadoras. Y persigue en las áreas que regula, que trabajadores y trabajadoras tengan igualdad de derechos, a efectos que gocen un ambiente de trabajo seguro y Saludable.
- ***Reglamento Interno de la institución:*** Este debe contemplar con claridad las reglas obligatorias de orden técnico o administrativo que sean necesarias para el buen funcionamiento de la Unidad; e incluir las indicaciones indispensables para obtener la mayor Higiene, Seguridad y regularidad en el desarrollo de las actividades.

C. CONVENIOS RATIFICADOS

En El Salvador el convenio, de la OIT, número 155 denominado “Convenio Sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo”, es el que regula de forma exclusiva todos los aspectos relacionados en dicha materia. Fue ratificado mediante Decreto Legislativo número 30 el 15 de junio de 2000, y en cual se establece la obligatoriedad de los empleadores de garantizar que los lugares de trabajo sean seguros y no entrañen riesgos para la salud de los trabajadores; reiterando que la cooperación entre empleadores y trabajadores o sus representantes, debe ser un elemento esencial de las medidas que se adopten en materia de organización de la prevención de riesgos ocupacionales.

- ***Convenio 155 de OIT sobre Seguridad y Salud de los trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo:*** Este convenio fue ratificado por El Salvador mediante Decreto Legislativo número 30 de fecha 15 de junio de 2000; y por lo tanto es Ley de la República. De los veinticinco convenios ratificados por El Salvador ante la OIT, el número 155 “Sobre

Seguridad y Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo”, es el que regula de forma exclusiva todos los aspectos relacionados en esta materia.

En la Tabla 72 Matriz de riesgos legales página 245245 se presenta la matriz de requisitos legales de seguridad y salud ocupacional para la Unidad de Admisión y Registros Médicos

A continuación se detalla cada uno de los elementos que componen la matriz de requisitos legales de seguridad y salud ocupacional de la UARM:

- 1) *Factor de riesgo*: en esta parte se coloca aquellas situaciones o circunstancias que provocan o pueden provocar algún daño a la integridad de los trabajadores de la UARM.
- 2) *Tipo de norma*: se define la norma que se encarga de ver los casos que han sido identificados como factor de riesgo.
- 3) *Identificación*: en esta parte debe colocarse los datos específicos de la norma antes mencionada como lo es el año de publicación de la última versión en que fue modificada la norma y si esta posee algún tipo de numeración en específico, entre otras especificaciones que esta posea.
- 4) *Artículos aplicables*: se escribe el número de los artículos que estén inmersos dentro del documento base (normas, constitución de la república, etc); en los se puede basar para dar solución al factor de riesgo.
- 5) *Autoridad competente*: se debe colocar el nombre del área o persona encargada de realizar este control.
- 6) *Metodología de evaluación*: se define la manera en la cual es evaluado el plan de acción para contrarrestar el riesgo presente.
- 7) *Cumplimiento*: se coloca información específica sobre si en el plan de acción se han abarcado las exigencias presente dentro de las normas, decretos, leyes, entre otras más.
- 8) *Responsable*: se coloca el nombre del área o persona responsable de poner control y hacer posible que todo marche acorde a lo descrito anteriormente.
- 9) durante el control del plan de acción y en caso de ser necesario reemplazarlo nuevamente.

4.4.4. PROPUESTA DISTRIBUCIÓN DE ARCHIVOS.

En la presente propuesta de distribución se tomaron en cuenta las limitantes de estructura y mobiliario designado a la UARM, La distribución propuesta corresponde del modelo usado en bibliotecas

con el cual se facilita el acceso a los expedientes entre pasillos facilitando la identificación de los pasillos por año y en los estantes las divisiones por décadas.

La distribución de los archivos se mantiene la entrada con el mostrador en forma de recepción el cual limita el acceso al personal autorizado y facilita la interacción entre los que solicitan expedientes y el personal de la unidad, de esta manera se controla la entrada y salida de expedientes clínicos, al lado izquierdo de la entrada se mantiene la posición de la computadora y escritorios que sirven para la revisión, clasificación y distribución de los expedientes.

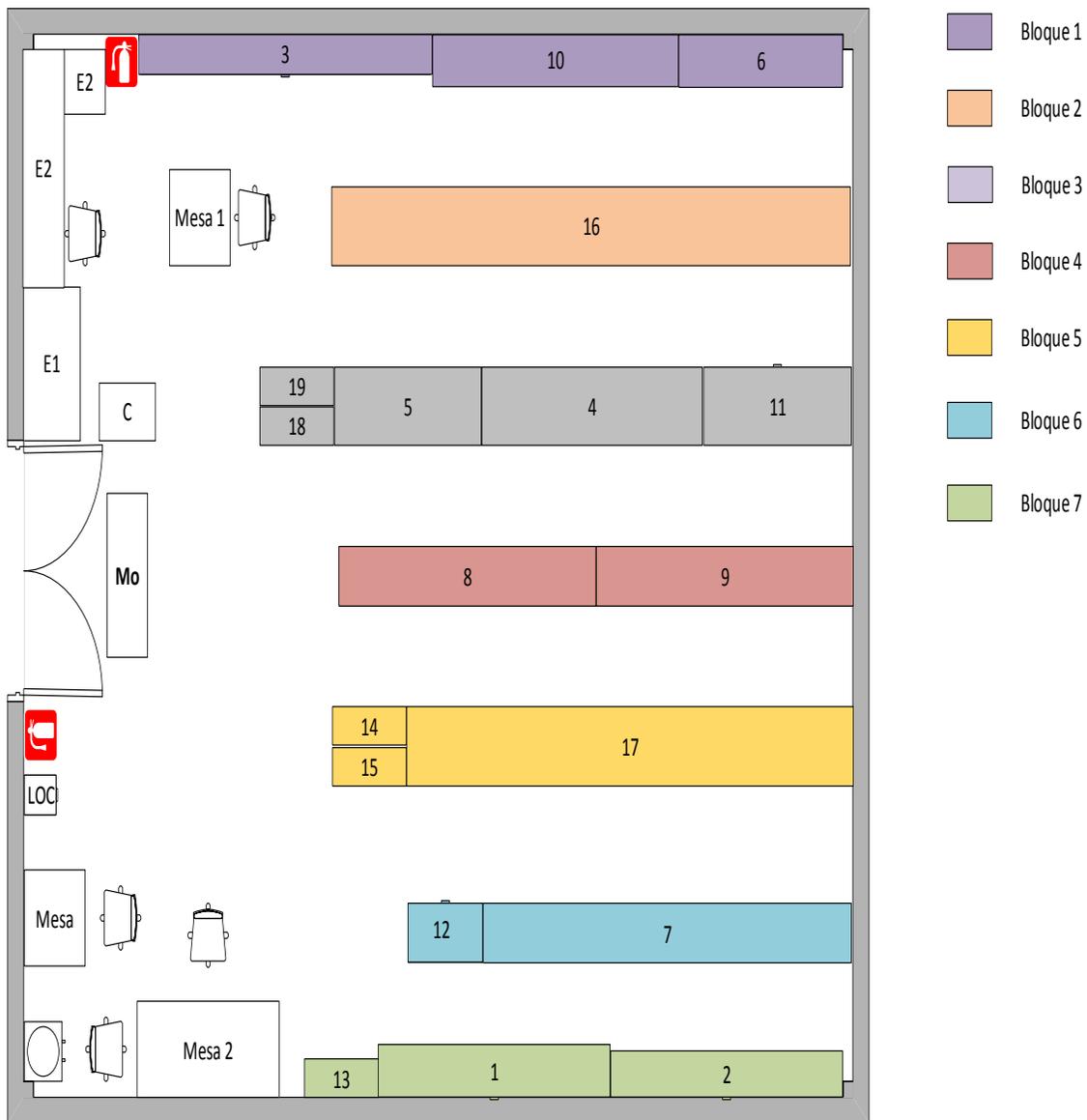


Ilustración 76 Propuesta de distribución área de archivos

Para la disposición de los estantes o archivadores se propone ubicar en 7 bloques los cuales se clasificarían por tipo: Expediente clínico u Hoja de alta, por año de consulta 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 o 2019 y por año de afiliación del paciente el cual forma parte del número de afiliación y expediente clínico, en la siguiente tabla se muestra la propuesta de las configuraciones respectivas para cada bloque.

Bloque	Tipo de expediente	Año de consulta	Fecha de Afiliación
1	Expediente clínico	2012-2019	54-2019
2	Expediente clínico y Hojas de alta	2018-2019	54-2019
3	Hojas de alta	2017-2018	54-2018
4	Hojas de alta	2016-2017	54-2017
5	Hojas de alta	2015-2016	54-2016
6	Hojas de alta	2014-2015	54-2015
7	Hojas de alta	2012-2013	54-2013

Tabla 66 Descripción de bloques de propuesta de distribución

Al tener en consideración la distribución actual y la forma en que están distribuidos los estantes por tipo de expediente se asociaron los estantes en base a su capacidad, con la cual se puede realizar la clasificación de bloques por el número aproximado de expedientes por cada año que aún no han sido depurados y la capacidad del bloque la cual se describe en la siguiente tabla:

Bloque	Estantes	Capacidad expedientes
1	3,6 y 10	16,490
2	16	26112
3	4, 5, 11, 18 y 19	17,891
4	8 y 9	12,934
5	14, 15 y 17	13,080
6	7 y 12	13,600
7	1, 2 y 13	11,580

Tabla 67 Conformación y capacidad de expedientes por bloque

Basándose en el número de encuestados según su edad se sugiere que los inicios de pasillos sean para las décadas más antiguas de afiliación debido a que estos son los que recurren frecuentemente los servicios del Hospital regional del ISSS de esta forma se reduce la distancia recorrida al buscar los expedientes o archivarlos.

4.4.5. MATRIZ DE COMUNICACIÓN

Este tipo de matriz llega hacer una herramienta que permite evaluar y determinar de una manera más exacta en que forma se comunican los individuos dentro de la Unidad.

Es por ello que es necesario el poder establecer tanto la información como el medio de comunicación los cuales permitan y aseguren la correcta comunicación interna, y garanticen la comunicación externa entre la Unidad y demás partes interesadas (Pacientes, Unidades externas, etc.).

En la Tabla 73 Matriz de comunicación página 246 se representa el formato de la matriz de comunicaciones propuesto para la UARM, con el objetivo de fortalecer la comunicación institucional de dicha Unidad.

Las partes que componen la matriz de comunicaciones de la Unidad se detallan a continuación:

- a) Aspecto a comunicar: en esta parte debe colocarse aquellas actividades, movimientos, información que la Unidad desea comunicar
- b) Responsable: en esta parte se especifica el nombre de la persona que está encargada de realizar la comunicación
- c) Destinatario: en esta parte se especifica el nombre de la persona o del área a quien se desea comunicárselo.
- d) Comunicación interna/externa: en esta parte se debe diferenciar si la información que se comunica proviene internamente o es externa a lo que engloba solamente la Unidad.
- e) Estrategia y medio: en ella se coloca el medio cómo realizar la comunicación, es decir; internet, circulares físicas, cuadros o falsos, boletas entre otros.
- f) Momento de aplicación: en esta parte debe colocarse cuándo es necesario comunicarlo o cuando se comunica de modo que ayude también en aspectos como la trazabilidad de los expedientes clínicos cuando estos son solicitados, así también con aspectos que sean necesarios comunicarlos ya sean modificaciones a los reglamentos, leyes entre otros.
- g) Registro: en esta parte se debe colocar ya sea el documento, archivo, listado; el cual proporcionaba la información que se necesitaba comunicar.

- h) Resultado esperado: en esta parte se detalla el objetivo, el fin que se busca con la información transmitida.

4.5. VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE ARCHIVOS EN LA UARM

4.5.1. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

En el momento de realizar parte de planeación del sistema de gestión se establecieron objetivos los cuales representan los resultados que se esperan en la puesta en marcha del sistema de gestión. Es por eso que se vuelve necesario y factible el evaluar si se están cumpliendo los objetivos, planteados inicialmente; además se hace necesario determinar cómo realizar el seguimiento para el cumplimiento de los controles operacionales, y los requisitos legales aplicados al sistema.

Para mantener la validez del sistema y proseguir con la mejora continua se deberán evaluar mensualmente los resultados obtenidos en los Check list, los cuales serán llenados de manera semanal por el coordinador de la UARM, con los cuales se detectan los puntos en los que se fallan y lograr identificar posibles soluciones como equipo de trabajo, reportar errores en los procedimientos realizados dentro y fuera de la Unidad y que estos se puedan evaluar en la reunión de jefes que se tiene a nivel institucional.

Estas reuniones de evaluación las debe convocar el coordinador de la UARM, quien es el encargado de planificar y convocar a reunión a los empleados que conforman dicha Unidad, una vez al mes en horarios convenientes de forma que el personal pueda asistir sin entorpecer las actividades del ISSS.

La forma de convocar puede ser mediante una nota o correo en la cual se pide la convocatoria del personal perteneciente a la UARM y al encargado de recursos humanos que esta al cargo de la unidad con el permiso de la Jefa administrativa de la institución.

Existen varios métodos para efectuar el seguimiento y medición de los procesos, entre ellos.

A. Indicadores de Gestión

Los indicadores de gestión son razones matemáticas que permiten la evaluación cuantitativa del resultado del objetivo del proceso que incluyen diferentes características de una gestión integral. Los indicadores constan de los siguientes elementos:

- Variable a medir: característica o parámetro a controlar que se desprende del objetivo del sistema de gestión.

- Unidad de medición: sistema en el que se expresan los resultados de la medición.
- Procedimiento de cálculo: razón matemática para determinar el resultado del indicador.
- Meta: hace referencia al valor que se aspira alcanzar en un plazo de tiempo establecido.
- Límite de control: es importante definir el valor máximo o mínimo para la variable que establezca criterios para el control de desviaciones y situaciones anómalas.
- Frecuencia: período de tiempo definido para calcular el indicador y analizar sus resultados.

Los indicadores o factores de control que maneja la Unidad de Admisión y Registros Médicos fueron detallados en el apartado anterior en la parte de la caracterización de los procesos, indicadores como: la cantidad de Asignación de citas, Citas por condición, número de expedientes solicitados y entregados, entre otros.

B. Listas de verificación (check list)

Estan compuestas por una serie de preguntas las cuales son sencillas para que la persona encargada de realizar la evaluación, puede determinar si el control o el requisito se implemente de manera adecuada, este tipo de verificación será realizada de manera semanal, evaluando los aspectos como lo son los procesos de la Unidad, la salud ocupacional; estas son de gran importancia para el sistema de gestión debido a que permiten evaluar los requisitos legales y los controles operacionales de salud ocupacional y de seguridad. Su frecuencia de evaluación debe tomar en cuenta tanto las actividades rutinarias y como no rutinarias, controles que sean exigidos por la ley y la capacidad que posea la UARM para su aplicación y la persona encargada de realizarla será el coordinador de la UARM.

C. Revisiones

Estas son las observaciones formales por parte de la persona encargada para realizar el seguimiento de la puesta en marcha del sistema de gestión, y determinación de la eficacia, adecuación y conveniencia de este. Se efectúan de manera similar a una revisión por la alta dirección, pero limitando su alcance y teniendo en cuenta aspectos como: indicadores, adecuación de procedimientos y documentación, cambios en la legislación, análisis de problemas, mejoras y la conveniencia del proceso para ajustarse a la estrategia de la empresa.(Lopez, 2008)

4.5.2. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

La revisión es una de las principales responsabilidades de la dirección y se realiza la finalidad de asegurar que el sistema:

- Suministre la información y los datos que permitan la mejora.
- Debe ser el apropiado en relación a la política y los objetivos de la UARM.

Las normas no consideran requerimientos para definir el procedimiento del desarrollo de la revisión. La Unidad puede desarrollar un procedimiento para asegurar la metodología, la cual permita la continuidad y coherencia en la ejecución y documentación de la revisión.

La revisión se realizará mediante una reunión con todos los empleados de la Unidad la cual será más eficaz mientras abarque contenidos que sean claros y precisos.

4.5.3. AUDITORÍA INTERNA

Esta es el conjunto de elementos de control que permite garantizar un examen objetivo del SG. Se debe establecer y mantener una programación de auditorías internas para realización de las auditorías periódicas del SG dentro de la UARM, con el fin de poder determinar:

- a) Si el SG está en conformidad con lo que ha planificado.
- b) Si se ha puesto en práctica, si se mantiene adecuadamente y si se está cumpliendo según todos los aspectos y acuerdos que se han tomado en cuenta para su correcto funcionamiento.

Para ello se propone un esquema en el cual se presentan los puntos a tratar en cada una de las reuniones de la UARM y en Tabla 77 Formato de revisiones Página 252 se encuentra el formato que se propone para el desarrollo de la reunión. A continuación se explican los elementos que componen dicho esquema.

a. Firma de asistencia

Todos los asistentes a esta reunión plasman su firma, de manera que sirva de base para demostrar y conocer quienes fueron las personas que estuvieron en reuniones pasadas; las cuales están conocedoras de los puntos tratados en dicha reunión.

b. Acciones de seguimiento de Revisión por la Dirección previas.

Revisar el seguimiento de los puntos tratados en la reunión anterior; así también los resultados que produjeron cada una de las decisiones tomadas y si es necesario su corrección o cambio en la forma de proceder.

c. Cambios en las cuestiones externas e internas.

Informar o aclarar puntos sobre los procedimientos o cambios que se generan de forma institucional que son fuera de la decisión de la Unidad y que repercuten en dicha.

d. Resultados del seguimiento y la medición.

Identificar los resultados que se han generado en el último mes y los cambios que han acontecido por efecto de las decisiones tomadas.

e. Resultados de las auditorías.

Hablar del resultado obtenido sobre la auditoría o revisión del sistema por parte del coordinador de la UARM con el fin de dar nuevas indicaciones, reforzar decisiones anteriores e invitar a seguir mejorando en el trabajo a los miembros de dicha unidad.

f. Desempeño de los proveedores externos y otras partes interesadas pertinentes.

Conocer la opinión de los miembros de la Unidad con respecto al trabajo que se realiza con las unidades externas, identificar posibles problemas y mejoras que se pueden aplicar con el objetivo de reforzar y obtener mejores resultados en conjunto con dichas unidades.

g. Recursos.

Identificar si los recursos están siendo utilizados de forma óptima; así como su obtención y abastecimiento a tiempo, las cantidades necesarias y el tiempo que se tarda en recibirse en las áreas de dicha Unidad.

h. La eficacia de las medidas adoptadas para abordar los riesgos y las oportunidades.

Saber si son eficaces las medidas tomadas en tema de riesgos laborales y como mejorarles.

4.6.MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE ARCHIVOS DE LA UARM

En esta parte se busca poder establecer el proceso para el mejoramiento continuo de las actividades dentro del sistema; la persona encargada de aplicarlos será el coordinar de la Unidad junto con el apoyo de los empleados perteneciente a dicha Unidad según posibles acuerdos que se tomen dentro de la reuniones. Mediante la ejecución de las siguientes actividades:

- Definición e implementación de acciones correctivas y preventivas, en caso de ser necesarias; con el objetivo de garantizar el mantenimiento del Sistema de Gestión dentro de la Unidad.
- Realización de los respectivos ajustes a los distintos documentos y procesos presentes en el Sistema de Gestión de la UARM, a partir de las verificaciones que sean efectuadas a este sistema con el fin de lograr el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión
- Desarrollo de los proyectos de mejora del sistema.

4.6.1 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

La alta administración revisar de manera periódica el SG. Con el objetivo de poder realizar cambios en las distintas actividades ha futuro en el Sistema de Gestión de forma que se asegure la eficacia y la mejora continua. Para ellos es necesario realizar las siguientes actividades:

- Análisis de los resultados de las auditorías internas realizadas dentro de la Unidad.
- Poseer una calendarización para la realización de la revisión de estás.
- Ejecutar la revisión de la auditoría interna.
- Realizar el análisis de las no conformidades encontradas durante la revisión.
- Definir cada una de las acciones correctivas y/o preventivas que se aplicarán a cada una de las no conformidades encontradas.
- Realizar la revisión de los elementos de entrada como los de salida.

4.6.2. ELEMENTOS DE ENTRADA

En la evaluación de estos elementos de entrada que se dan dentro de la revisión por parte de la persona encargada, se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- a. Los resultados de las auditorías internas.
- b. Retroalimentación de las partes interesadas.
- c. Estado de las acciones preventivas y/o correctivas.

- d. Cambios circunstanciales, incluyendo novedades en los requisitos legales y de otro tipo, relacionados con los aspectos de la organización y los riesgos asociados.
- e. Recomendaciones para la mejora.
- f. Datos e información sobre el desempeño de la Unidad.
- g. Resultados de la evaluación de la conformidad con los requisitos legales o de otro tipo.

4.6.3. ELEMENTOS DE SALIDA

En la evaluación de estos elementos de entrada que se dan dentro de la revisión por parte de la persona encargada, se deben incluir todas las decisiones y acciones que se relacionan con:

- a. El mejoramiento de la eficacia del SG de la Unidad.
- b. El mejoramiento con respecto a los requisitos de las partes interesadas.
- c. Los recursos necesarios que permitan la mejora del SG y de sus procesos.

Para ello se propone una continuación al esquema en el cual se presentan los puntos a tratar en cada una de las reuniones de la UARM, específicamente para este apartado:

i. Oportunidades de mejora.

Saber si los miembros de la UARM tienen nuevas ideas que se pueden implementar para mejorar el sistema actual; así como cada uno de sus procedimientos, distribuciones y formas de transmitir la información.

j. Cambios del Sistema de Gestión

Basados en el punto anterior acordar cambios para el bien del sistema y la Unidad especificando las mejoras a realizar, para posteriormente ser revisadas en la siguiente reunión.

El resumen se debe firmar por parte del coordinador de la unidad y con el aval del jefe administrativo para ser archivada y revisada en la siguiente reunión y seguir mejorando el sistema.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA UARM

- a) Tomando como base el resultado obtenido a través del diagnóstico de la situación actual de la UARM se realizó un análisis mediante el apoyo de la metodología del ciclo de mejora continua, el cual se enfoca en 4 aspectos importantes; los cuales son Planificar, Hacer, Verificar y Actuar (ciclo de Deming) los cuales se aplican en todas las actividades y procesos para el cumplimiento de los objetivos y el mejoramiento del nivel de eficiencia de la Unidad.
- b) En la parte de Planificación en el capítulo 4 se desarrollaron los objetivos, misión, visión y alcance de los aspectos que se buscan mejorar con la aplicación del sistema de gestión, así también como la Política que engloba las actividades y procesos que se manejan dentro de la Unidad.
- c) Para la parte de los procesos inmersos dentro de la Unidad, se realizó una caracterización de procesos la cual mediante la elaboración de mapa de procesos se puede evidenciar las actividades de importancia para la Unidad, de las cuales algunas sufrieron modificaciones, de manera que ayuden a mejorar la satisfacción a los pacientes y a los trabajadores que pertenecen a dicha Unidad.
- d) A los procesos actuales de la UARM se proponen cambios menores en el orden de las actividades que lo conforman en cuanto al proceso de entrega de expedientes solicitados en el cual es uno de los que se tienen más tiempo perdido por no realizar las actividades en el orden adecuado.
- e) La necesidad de tener una forma de identificar la ubicación exacta de donde está el expediente o en su defecto saber en qué lugar fue su última ubicación constituye el mayor problema que se aqueja sobre la UARM y el manejo que hace sobre los expedientes; es por ello que se propuso una redistribución del área de archivos médicos bajo el modelo de una distribución para supermercado lo cual permitirá obtener un mayor provecho del espacio destinado para los archivos, así también un mejor orden para el almacenamiento e identificación de los expedientes.
- f) Es importante considerar que los procesos descritos son efectivos al tener un orden en la ubicación de cada uno de los expedientes y respetar la ubicación que les corresponde en los estantes.

- g) El cambio sobre la búsqueda de expedientes constituye una reducción del tiempo al saber si un expediente entró o no la unidad para ser almacenados, la eficiencia de este proceso se basa en mantener el registro con las boletas de remisión de los expedientes de la unidad que se han movido dentro o fuera de la unidad, sin tener que revisar físicamente la ubicación del expediente.
- h) Si se busca un expediente sin consultar cuando fue la última cita y si esta fue en tiempo reducido probablemente el expediente no está en la unidad sino en la clínica de la última consulta y la forma de identificar su ubicación es por medio de las herramientas como el sistema de citas del ISSS y el registro de boletas de remisión de la unidad
- i) Al realizar el análisis de riesgos se pudo apreciar de mejor manera los distintos riesgos que están presentes en la Unidad, lo cual hizo necesario brindar un plan prevención, a través de la propuesta de una matriz de riesgos, la cual permitirá la identificación y el análisis de la salud y seguridad dentro de la Unidad.
- j) También se propuso la creación de un nuevo puesto de trabajo, el cual tendrá a cargo la supervisión de la Unidad, ya que se carecía de un jefe que coordinara las actividades dentro de las áreas que pertenecen a la UARM.
- k) Se presentó una matriz de comunicación de manera que permita mejorar la comunicación tanto interna como externa en la Unidad, ayudando a que las áreas posean mejor comunicación entre ellas, así también ayudando a una mejor trazabilidad en el movimiento de los distintos documentos que posee a su cargo la Unidad
- l) Se puede apreciar la necesidad de un persona que cumpla el perfil de coordinador de la UARM para realizar revisiones periódicas del sistema de gestión, de manera que apoye el proceso de mejora continua, lo cual permitirá cumplir con las metas y los objetivos planteados, manteniendo en control los estándares de los procesos como las medidas de atención necesarias dentro de la unidad y con las unidades externas.

RECOMENDACIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA UARM

- a) Realizar una evaluación periódicamente de los riesgos presentes dentro de la UARM debido a que estos pueden llegar a variar de manera ocasional, realizando un control adecuado en cada una de las áreas que componen la Unidad; así como también realizar una adecuada capacitación del personal perteneciente a dicha Unidad con objetivo de poder incrementar el compromiso y la responsabilidad en estos para cumplir con objetivos establecidos y en base a los requerimientos que se identifiquen en la matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos.
- b) En cuanto a los documentos utilizados de base (las matrices y caracterización) deben ser de fácil comprensión para la realización de las actividades, con lo cual se evitaría posibles confusiones debido a excesos de documentación o de documentos poco entendibles por parte del personal.
- c) Es de vital importancia que el personal de la Unidad se comprometa con el sistema de gestión, debido a que ellos ofrecerían mejores puntos de vista, ya que son conocedores de los procesos y sus puntos de vista ayudarían a una mejor adaptación a los cambios que se requieran realizar.
- d) Establecer y documentar los procesos y procedimientos de manera que se pueda mejorar la eficacia de estos; los cuales están identificados en el mapa de procesos y las fichas de procesos.
- e) Realizar las auditorías internas debido a que estas permiten realizar una autoevaluación de los cambios que se están ejecutando en el proceso de mejora continua que se da especificación en la parte de verificación.
- f) Brindar todo el apoyo por parte de la Alta Dirección o la persona encargada de la UARM para la aplicación y mantenimiento del sistema de gestión, tomando en consideración aspectos presentados en este estudio.

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

Archivista: Es una persona con titulación superior o media dedicada a la organización y mantenimiento de un archivo.

Caracterización de procesos: herramienta usada para describir cómo funciona un proceso y así dar cumplimiento a los requisitos de la norma ISO 9001.

Ciclo PDCA o espiral de mejora continua: es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos, basada en un concepto ideado por Walter A. Shewhart. Es muy utilizado por los sistemas de gestión de la calidad (SGC) y los sistemas de gestión de la seguridad de la información (SGSI).

Check list: los listados de control, listados de chequeo, checklist u hojas de verificación, siendo formatos generados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de un listado de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de manera sistemática. Se utilizan para hacer comprobaciones sistemáticas de actividades o productos asegurándose de que el trabajador o inspector no se olvida de nada importante.

Derechohabiente: Se refiere a aquella persona cuyos derechos derivan de otra. Habitualmente, se emplea este término para hacer referencia al heredero de una persona y, en consecuencia, beneficiario de los derechos de indemnización establecidos en una póliza.

Diseño: Realización de un plan detallado para la ejecución de una acción o una idea.

Expediente Clínico: Es el conjunto único de información y Datos Personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

FODA: es una herramienta de estudio de la situación de una empresa, institución, proyecto o persona, analizando sus características internas (Debilidades y Fortalezas) y su situación externa (Amenazas y Oportunidades) en una matriz cuadrada.

Gestión: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

Gestión de la calidad: Gestión con respecto a la calidad. Incluye el establecimiento de una política de calidad y unos objetivos de calidad.

Implantar: Establecer o instaurar una cosa, especialmente una costumbre, una reforma o una moda.

Infraestructura: Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Matriz de Comunicación: es una herramienta de evaluación diseñada para determinar con exactitud cómo se comunica un individuo y para proporcionar un marco conceptual para determinar objetivos de comunicación lógicos.

Mejora: Actividad para aumentar el desempeño.

Mejora continua: Actividad recurrente para mejorar el rendimiento.

Normas ISO: son documentos que especifican requerimientos que pueden ser empleados en organizaciones para garantizar que los productos y/o servicios ofrecidos por dichas organizaciones cumplen con su objetivo.

SG: Sistema de Gestión.

Sistema de Gestión: Conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas y procesos para lograr estos objetivos.

Objetivo: Resultado que deba conseguirse.

Política: Intenciones y dirección de una organización expresadas formalmente por la alta dirección.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Recepcionista: es un profesional que atiende a los clientes o usuarios de un edificio en una zona particular conocida como recepción. Su función consiste en proporcionar todo tipo de información y asistencia, por lo que usualmente suelen poseer conocimientos administrativos o secretariales.

Riesgo: Efecto de la incertidumbre.

Servicio: Elemento de salida intangible que es el resultado de llevar a cabo necesariamente al menos una actividad en la interfaz entre el proveedor y el cliente. Un servicio, generalmente, lo experimenta el cliente.

Sistema: Conjunto de elementos interrelacionados o que interactúan entre sí para lograr un fin común.

Sobrecarga de trabajo: surge cuando una persona se ve obligada a realizar una serie de actividades o resolver más problemas de los que está acostumbrada. En un sentido estricto sería el caso de aquel que se ve incapaz de satisfacer todas sus exigencias laborales.

Trazabilidad: Capacidad para seguir el histórico, la aplicación o la localización de un objeto.

UARM: Unidad de Admisión y Registros Médicos

Verificación: Confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos especificados.

Referencia: procedimiento utilizado para canalizar la atención médica del paciente de un centro de atención a otro que cuenta con la capacidad resolutive requerida para el caso individual.

Retorno: procedimiento mediante el cual, una vez estabilizado el caso clínico individual, el paciente se envía al centro de atención que lo refirió o a otro con la capacidad de resolución necesaria para que se lleve a cabo el seguimiento de la atención del paciente.

Sistema de redes de centros de atención del ISSS: Conjunto de redes de centros de atención distribuidos a nivel nacional que por medio de una articulación funcional administrativa y asistencial, proveen atenciones de salud en forma coordinada, de acuerdo a su portafolio de servicios.

Especialidades médicas básicas: comprende las cuatro áreas básicas de la medicina: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia y pediatría.

BIBLIOGRAFÍA

- Criollo, R. G. (2005). Estudio del trabajo: Ingeniería de métodos y medición del trabajo. México.D.F: Mc Graw Hill.
- Muther, R. (1981). Distribución en planta. España: Hispano Europea S.A.
- OMS. 2018. Seguridad Del Paciente. Recuperado De http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
- ONU.2018. Salud y Bienestar. Recuperado <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- OMS. 2018. Seguridad Del Paciente. Recuperado De http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
- ONU.2018. Salud y Bienestar. Recuperado <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Palomo, Gil. (1999) Manual de organización de archivos de gestión en las oficinas municipales. España. Ediciones Adhara, S.L.
- ISSS, División de Recursos Humanos (2014). Descripción de puestos de trabajo.
- ISSS, Subdivisión de Salud (2009). Norma para el expediente clínico en el ISSS.
- Pulido, Humberto. CALIDAD TOTAL Y PRODUCTIVIDAD, tercera edición, Mc Graw Hill, México 2010 (pág. 58)
- Página oficial ISO: <https://www.iso.org/about-us.html>
- Calidad y gestión-Escuchamos problemas y devolvemos soluciones. (2008-2011). Obtenido de El sistema de gestión: http://calidad-gestion.com.ar/boletin/63_sistema_de_gestion.html
- Cruz Mundet, J. R. (2011). Administración de documentos y archivos: Textos fundamentales. Madrid: Coordinadora de asociaciones de archiveros.
- DNV.GL. (2015). Obtenido de <https://www.dnvgl.es/assurance/Management-Systems/why-management-system-certification.html>
- http://calidad-gestion.com.ar/boletin/63_sistema_de_gestion.html. (s.f).
- Integra. (marzo de 2017). Obtenido de Sistemas de Gestión: <https://www.consultoresdesistemasdegestion.es/sistemas-de-gestion/>
- Naranjo, F. J. (15 de ENERO de 2015). Sistemas de Gestión: Valor Estratégico de las Organizaciones. Obtenido de Siedor BLOG: <http://blog.seidor.com/infraestructura/sistemas-de-gestion-valor-estrategico-de-las-organizaciones/>
- REYERO, J. (2000). Sistemas de gestión integrado: ¿Mito o realidad? Fórum Calidad.

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA SOLICITUD INSTITUCIONAL AL ISSS



**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA**

Final Avenida Fray Felipe de Jesús Moraga Sur, Santa Ana, C. A.
Tel. Oficina 2484-0811, Apartado Postal 105

Santa Ana, 20 de marzo de 2018

Licda. Delmy de Reyes
Administradora Hospital Regional
Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Presente

Respetable Licenciada de Reyes :

Me es grato saludarla y desearle el mayor de los éxitos en sus proyectos laborales y personales.

Por este hago de su conocimiento que los portadores de la presente bachilleres :

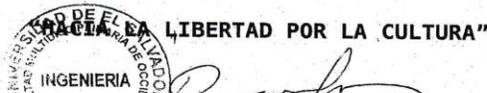
AVILÉS MELENDEZ JOSÉ ENRIQUE	AM13003
CARRILLO ROSALES GUILLERMO RENÉ	CR11010
HERNÁNDEZ SANDOVAL ERIC ALEXANDER	HS11002

Son estudiante egresados de la carrera de Ingeniería Industrial e inscritos en el Proceso de Grado que inició el Departamento de Ingeniería y Arquitectura de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente, Universidad de El Salvador, en el mes de febrero del presente año.

Por lo que le solicito de la manera mas respetuosa, su valiosa colaboración y apoyo y se les brinde la información necesaria para que los alumnos inicien su proceso de investigación. El trabajo de grado lo titularon : "PROPUESTA DE REDISTRIBUCIÓN EN PLANTA, PROCESOS, ANÁLISIS DE CARGAS DE TRABAJO Y NORMAS DE SEGURIDAD E HIGIENE OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL DE SANTA ANA, EL SALVADOR", docente asesor Ing. Merling Areli Cortez Hernández.

Cualquier consulta a la presente, pueden comunicarse al teléfono 2484 0811.

Anticipándole mi agradecimiento, me suscribo atentamente.



Ing. Douglas García Rodezno
Jefe Departamento de Ingeniería y Arquitectura



Ilustración 77 Solicitud institucional para elaborar el trabajo de grado

ANEXO 2: RESPUESTA DE SOLICITUD.



HOSPITAL REGIONAL DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

SANTA ANA

Santa Ana, 23 de Marzo del 2018

Sres.

Facultad Multidisciplinaria de Occidente, Universidad de El Salvador.

Departamento de Ingeniería y Arquitectura

P R E S E N T E

Ante todo reciben un cordial saludo y por medio de la presente les notificamos que los bachilleres:

AVILÉS MELÉNDEZ JOSÉ ENRIQUE	AM13003
CARRILLO ROSALES GUILLERMO RENÉ	CR11010
HERNÁNDEZ SANDOVAL ERIC ALEXANDER	HS11002

Estudiantes del Departamento de Ingeniería y Arquitectura, han sido aceptados para que realicen su trabajo de grado por título: PROPUESTA DE REDISTRIBUCIÓN EN PLANTA, PROCESOS, ANÁLISIS DE CARGAS DE TRABAJO Y NORMAS DE SEGURIDAD E HIGIENE OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL DE SANTA, EL SALVADOR; durante el año en curso, brindándoles el apoyo y la información necesaria durante su proceso de investigación.

Sin más a que hacer referencia.

Atentamente




Lic. Delmy Cruz de Reyes
Administración
Hospital Regional del ISSS Santa Ana

ANEXO 3: IMÁGENES DEL HOSPITAL REGIONAL-UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS



Ilustración 79 Entrada Hospital Regional ISSS Santa Ana



Ilustración 80 Expedientes cuarto #1



Ilustración 81 Expedientes pasillo principal



Ilustración 82 Expedientes final de pasillo



Ilustración 83 Expedientes cuarto #2



ANEXO 4: CUESTIONARIO PARA LA ENCUESTA A PACIENTES DEL HOSPITAL DEL ISSS

Reciba un cordial saludo, nosotros somos estudiantes egresados de la carrera de Ingeniería Industrial de la Universidad de El Salvador, el presente cuestionario forma parte de nuestro trabajo de graduación en la unidad de admisión y registro de archivos.

Objetivo: Recolectar información acerca de la satisfacción en el servicio de expedientes.

Indicaciones: Lea con atención las siguientes preguntas y marque con una "X" la casilla según su opinión.

Edad:

18-30 31-40 41 o más

Objetivo: Identificar el rango de edad de las personas que hacen uso del servicio, con ello además tener un año de afiliación que ayude en el ordenamiento de los estantes de expedientes en la unidad.

Género:

Masculino Femenino

1. ¿Qué tipo de afiliación posee con el ISSS?

Cotizante Beneficiario Cotizante Pensionado
Beneficiario de Pensionado Convenio Otro

Objetivo: Identificar el tipo de afiliación posee para tener los servicios del ISSS lo que en la unidad se traduce al color del expediente que posee.

2. ¿Utiliza frecuentemente el servicio de atención médica del Hospital Regional del ISSS?

Si No

Objetivo: Conocer si es un usuario que frecuenta varias veces el servicio médico o es un usuario ocasional.

3. ¿Cuántas veces en el año hace uso del servicio?

1-2 vez al año 3-4 veces al año
5 o más veces al año Cuando es necesario

Objetivo: Conocer un aproximado de las veces que asiste al seguro lo cual representa el número de veces que el expediente es movido.

4. ¿Por qué hace uso del Hospital Regional del ISSS?

Necesidad Tipo de servicio Otros

Objetivo: Conocer el motivo por el cual los usuarios hacen uso de las instalaciones y especiales del Hospital Regional del ISSS Santa Ana

5. ¿A qué tipo de especialidad médica usted recurre?

Oftalmología Fisiatría
Otorrinolaringología Hospital y emergencia

Objetivo: Identificar en que especialidad se tiene mayor recurrencia y así conocer a que especialidad se lleva mayor número de expedientes

6. ¿Cómo calificaría el servicio brindado en la ventanilla de admisión y registros médicos (recepción)?

Excelente Bueno Regular Malo

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción que el afiliado percibe sobre el servicio de la ventanilla de recepción que pertenece a la unidad de admisión y registro médicos.

7. ¿Qué aspectos considera más importantes por mejorar al momento de atención al usuario en la ventanilla?

Amabilidad Eficiencia Buen Trato Disponibilidad de servicio

Objetivo: Conocer cuales aspectos son necesario mejorar dentro de la unidad para satisfacer las necesidades del afiliado.

8. ¿Ha tenido problemas con su expediente clínico?

Si No

Objetivo: Conocer que cantidad de problemas se están generando con el expediente clínico a la hora de ir a una consulta por parte de los afiliados

9. Si la respuesta a la pregunta anterior es Si ¿Qué tipo de problema ha tenido con su expediente?

Extravío Retraso Daño expediente Confusión

Objetivo: Identificar el tipo de problemas que se generan a la hora de entregar el expediente médico de las personas que requieren la consulta médica.

ANEXO 5: CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA A LOS EMPLEADOS DE LA UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS

Universidad de El salvador

Facultad Multidisciplinaria de occidente

Investigación: Sistema de Gestión en la Unidad de Admisión y Registros Médicos Hospital Regional del ISSS Santa Ana

Investigador: _____

Cuestionario para empleados de la unidad de admisión y registros médicos

Nombre y cargo del entrevistado:

Fecha: _____

Objetivo: Conocer la opinión de los empleados de la unidad sobre el funcionamiento actual de la unidad de admisión y registros médicos del Hospital Regional del ISSS Santa Ana y otros aspectos que faciliten la toma de decisiones para su mejoramiento.

1. ¿Qué piensa del actual manejo del expediente médico?
2. Las funciones que desarrolla dentro de la unidad ¿Son las que debería de realizar?
3. ¿Qué tipo de problemas son muy frecuentes en el manejo del expediente médico?
4. ¿Cuál tipo de expediente es el que más se moviliza?
5. ¿Qué acciones se toman al darse un problema (extraviar o dañar) con un expediente clínico?
6. ¿Qué aspectos se deberían mejorar dentro de la unidad de admisión y registros médicos?
7. ¿Hay una época específica donde se movilizan más los expedientes médicos?
8. ¿Considera que los expedientes clínicos se encuentran organizados adecuadamente y en un ambiente conveniente?

ANEXO 6: CUADRO RESUMEN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DEL 05/11 AL 09/11/18

Día	Expedientes archivados			Expedientes solicitados en ventanilla	Hojas de alta vestida y archivadas	Fichas fisioterapia archivadas	Exámenes de laboratorio	Hojas pediátricas vestidas y archivadas	Agenda Médica			Confirmar asistencia a citas	Asignación de citas	Nuevos cuadros	Confrontar remisión de documentos
	Fisiatría	Oftalmología	Otorrinolaringología						Fisiatría	Oftalmología	Otorrinolaringología				
1/10/2018	38	64	69	28	13	10	10	245	44	65	34	143	191	16	18
2/10/2018	44	36	58	26	13	6	13	104	21	29	30	80	119	13	18
3/10/2018	21	64	29	31	13	0	10	395	40	46	45	131	179	19	18
4/10/2018	40	45	76	26	13	10	10	394	25	60	32	117	153	27	18
5/10/2018	25	32	54	26	13	0	10	276	42	62	50	154	197	17	17

Tabla 68 Resumen de actividades desarrolladas del 05-09/11

ANEXO 7: EVALUACIÓN GENERAL DE RIESGOS RECEPCIÓN Y ARCHIVO

EVALUACION GENERAL DE RIESGOS EN RECEPCION

Nombre de la Empresa: Instituto Salvadoreño del Seguro Social Hospital Regional Santa Ana			
Dirección:			
Actividad:			
Área o etapa del proceso: RECEPCIÓN			
SÍ: respuesta afirmativa NO: respuesta negativa NA: no se aplica la pregunta			
1. Lugares de trabajo	SÍ	NO	NA
1.1. ¿Los locales de trabajo son adecuados para las tareas que se realizan en ellos?	x		
1.2. ¿Cumplen con los requisitos mínimos de:			
a) superficie y	x		
b) ubicación	x		
1.3. ¿Los lugares de trabajo están en condiciones de orden y limpieza en general?	x		
1.4. ¿La limpieza o barrido de los pisos se hace con aspiradora o escoba?	x		
1.5. ¿En caso de acumulación de polvo en los pisos se humedecen antes de su recolección?	x		
1.6. ¿Se tiene definido un horario para las labores de limpieza en las áreas de trabajo?	x		
1.7. ¿La cantidad de basureros en la zona de trabajo es la adecuada a las necesidades de la empresa, tienen sus tapas y están rotulados?		x	
1.8. ¿Se encuentran los basureros distribuidos adecuadamente?	x		
1.9. ¿Se mantiene el piso libre de objetos, en todo momento?	x		
1.10. ¿Es la superficie del piso resbaladiza o tiene desnivel?		x	
1.11. ¿Los pisos disponen de sistemas de drenaje con rejillas, coladeras, o cualquier otro medio seguro que evite el estancamiento de líquidos y permita su mantenimiento?			x
1.12. ¿Se clasifican continuamente los materiales presentes en el área de trabajos (necesarios e innecesarios)?	x		
1.13. ¿Se encuentran apilados adecuadamente todos los objetos en el área de trabajo?	x		
1.14. ¿Las áreas de trabajo y de almacenamiento son adecuados y están debidamente delimitadas?	x		
1.15. ¿Los pasillos se encuentran libres de objetos y materiales y están demarcados?	x		
1.16. ¿Existe espacio suficiente entre los equipos, máquinas e instalaciones?	x		
1.17. ¿Se tiene demarcado el piso con franjas de color amarillo de 10 a 15 cm de ancho?			x
1.18. ¿Existen desniveles en las superficies del área de trabajo?			x
1.19. ¿Se cuenta en el patio con protecciones, señalizaciones o avisos de seguridad e higiene, donde existen zanjas, pozos, aberturas o desniveles?			x
1.20. ¿Las escaleras fijas y portátiles y plataformas cumplen con los requisitos mínimos de diseño y construcción?			x
1.21. ¿Las escaleras de mano, rectas o de abrir, se utilizan adecuadamente y presentan buenas condiciones?			x
1.22. ¿Las plataformas están construidas con materiales adecuados y cuentan con barandillas y plintos?			x
1.23. ¿Las aberturas en los pisos cuentan con barandillas de protección?			x
1.24. ¿Se mantiene la altura mínima de 2.5 m del piso al techo?	x		
1.25. ¿La superficie libre mínima por trabajador es de 2 m ² ?	x		
1.26. ¿Los techos y paredes cuentan con las características de seguridad para soportar			

Tabla 69 EVALUACIÓN GENERAL DE RIESGOS RECEPCIÓN

la acción de fenómenos naturales (tormentas y sismos)?	x		
1.27. ¿El material del techo y paredes es impermeable, no tóxico y resistente?	x		
1.28. ¿Cuentan el techo y paredes con recubrimiento o aislamiento térmico que disminuya el calor?	x		
1.29. ¿Los techos y paredes producen deslumbramientos a los trabajadores?		x	
1.30. ¿En las paredes se utilizan colores y tonos mate, que no produzcan alteración en el comportamiento de los trabajadores?	x		
1.31. ¿Los techos y paredes cuentan con recubrimiento o aislamiento contra el ruido?		x	
2. Servicios e instalaciones auxiliares DE FÁCIL ALCANCE	SÍ	NO	NA
2.1. ¿Se provee agua fresca y potable en cantidad suficiente para el consumo de los trabajadores/as?		x	
2.2. ¿Se disponen de cuartos de vestuarios adecuados y en cantidad suficiente?			x
2.3. ¿Los vestidores usados por el personal se mantienen:			
a) aseados			x
b) bien lavados , y			x
c) desinfectados			x
2.4. ¿Los vestidores tienen iluminación apropiada?			x
2.5. ¿Los vestidores tienen pisos antideslizantes e impermeables?			x
2.6. ¿Los vestidores tienen suficiente espacio para el número de usuarios en el momento de su uso?			x
2.7. ¿Se proveen servicios higiénicos (duchas y lavabos) adecuados, en cantidad suficiente y accesibles a los trabajadores?			x
2.8. ¿Se cumple con lo establecido en la normativa específica respecto al número de servicios sanitarios, según la cantidad de trabajadores/as?	x		
2.9. ¿Se lavan los inodoros como mínimo 1 vez al día?	x		
2.10. ¿Los inodoros cuentan con la adecuada iluminación y ventilación?	x		
2.11. ¿Se cuenta con vestidores y servicios higiénicos separados según sexo?			x
2.12. ¿Se disponen de comedores para ingerir los alimentos y descansar?	x		
2.13. ¿Se dispone de lugares adecuados que permitan el descanso del personal?		x	
2.14. ¿Las instalaciones cuentan con un sistema de iluminación de emergencia?	x		
3. Prevención y extinción de incendios	SÍ	NO	NA
3.1. ¿Las zonas con riesgo de incendio están aisladas de las restantes áreas de trabajo?	x		
3.2. ¿Los locales en los que se utilizan sustancias inflamables o combustibles, están contruidos con materiales resistentes al fuego?			x
Los residuos de materiales combustibles se depositan en recipientes con las siguientes características:			
a) herméticamente cerrados			x
b) de material incombustible			x
c) rotulados de forma visible			x
3.3. ¿Se cuenta con algún sistema de detección de principio de incendios?			
a) Manual		x	
b) Automáticos		x	
3.4. ¿Se encuentran con sistemas de extinción de conatos o inicios de incendios?			
a) Manual	x		
b) Automáticos		x	
3.5. ¿Se tienen extintores adecuados según la clasificación establecida en la norma nacional o internacional?	x		
3.6. ¿Es suficiente la cantidad de extintores en relación con el riesgo de la empresa, según las Normas?	x		

3.7. ¿El personal está capacitado en el uso del equipo de combate de incendios?		x	
3.8. ¿El equipo para combatir incendios está ubicado y distribuido de manera correcta en relación con la fuente de riesgos?		x	
3.10. ¿Están ubicados de manera visible y se les encuentran bien señalados?		x	
3.11. ¿Los extintores de incendios se encuentran libres de obstáculos, de tal manera que se permita un libre acceso a ellos?	x		
3.12. ¿Cuándo se usan, se recargan inmediatamente?	x		
3.13. ¿Cuándo se usan se reemplazan inmediatamente?	x		
3.14. ¿Se tiene establecido un ente externo encargado de realizar la inspección a los extintores de la empresa? Nombre de la empresa o persona y fecha de revisión.	x		
3.15. ¿Se tiene designada una persona de la empresa encargada de realizar la revisión a los extintores?	x		
3.16. ¿Cuenta la persona encargada con la debida capacitación para realizar esta labor?	x		
3.17. ¿Se inspeccionan los extintores en forma: semana O quincenal O mensual O trimestral O semestra O anua O			
3.18. ¿Las instrucciones de manejo del extintor son legibles y están a la vista?	x		
3.19. ¿Se mantiene un registro documentado de las inspecciones realizadas a los extintores?	x		
3.20. ¿Existen tomas de agua para los bomberos?		x	
3.21. ¿Están los extintores debidamente cargados, compresionados y libres de suciedad?	x		
3.22. ¿Existen rótulos que indiquen la prevención y peligro de incendio?		x	
3.23. ¿Cada extintor posee su debida rotulación de ubicación?	x		
4. Sistema eléctrico	SÍ	NO	NA
4.1. ¿Existe un mantenimiento preventivo que evite el recalentamiento de la maquinaria?			x
4.2. ¿Tienen los motores y equipos eléctricos conexiones en la tierra?			x
4.3. ¿El sistema eléctrico se encuentra en óptimas condiciones, con lo que se evita la producción de cortos circuitos?	x		
4.4. ¿Están las instalaciones eléctricas en buenas condiciones, incluyendo las cajas de distribución?	x		
4.5. ¿Se tienen instalaciones temporales o imprevistas?		x	
4.6. ¿Los tomacorriente, caja break o uniones de cables están en buen estado?	x		
4.7. ¿Están los motores, tableros eléctricos y cajas de interruptores libres de suciedad?	x		
4.8. ¿Las cajas de sistemas eléctricos están descubiertas?		x	
4.9. ¿Los cables en contacto con materiales inflamables se encuentran debidamente cubiertos?	x		
4.10. ¿Se cuenta con lámparas a prueba de chispas?		x	
4.11. ¿Se tiene definidos los períodos de revisión del sistema eléctrico?		x	
4.12. ¿Se encuentran las líneas conductoras de energía eléctrica perfectamente protegidas y aisladas?	x		
4.13. ¿Las líneas conductoras de energía están colocadas, en la medida posible, fuera del alcance o contacto inmediato del personal?	x		
4.14. ¿Las celdas o compartimentos donde se instalen transformadores, interruptores, cuadros de distribución, se encuentran debidamente colocadas, señalizadas, codificadas y protegidas, con el objeto de evitar todo contacto peligroso.			x
4.15. ¿Se toman las medidas necesarias cuando se realizan revisiones o reparaciones al sistema (se desconecta la corriente, y se vela por que nadie la conecte)?	x		
4.16. ¿Todos los enchufes tienen su correspondiente valor a tierra?		x	
4.17. ¿Todos los interruptores utilizados son de tipo cerrado y a prueba de chispa o explosión?		x	

5. Señalización	S	NC	NA
5.1. ¿Se colocan letreros o tarjetas de aviso en la maquinaria y equipo fuera de servicio por reparación y mantenimiento?			x
5.2. ¿Se encuentran señalizadas las puertas y salidas de emergencia, en aquellos lugares donde se requiera, según las Normas?		x	
5.3. ¿Las tuberías, recipientes y tanques con sustancias peligrosas cuentan con señalización según las Normas?			x
5.4. ¿Hay letreros y/o otros medios de aviso para restringir el acceso de personal ajeno a la empresa, a determinadas áreas de trabajo, que son peligrosas?	x		
5.5. ¿Hay letreros de aviso en los que se indiquen los riesgos presentes en las áreas de trabajo?		x	
5.6. ¿Las instalaciones especiales y servicios auxiliares (extintores, duchas de emergencia, etc.) son indicados mediante letreros u otras señales?			x
5.7. ¿Están situadas las señales en lugares fácilmente observables, desde diferentes puntos del lugar de trabajo?	x		
6. Salidas de emergencia	SÍ	NO	NA
6.1. ¿Cuenta la planta con salidas de emergencia debidamente identificadas?		x	
6.2. ¿Es adecuada la cantidad de salidas de emergencia, según las Normas?	x		
6.3. ¿Las salidas de emergencia se encuentran iluminadas, con un valor mínimo de 50 luxes?	x		
6.4. ¿Se abren y giran fácilmente en dirección correcta hacia afuera?		x	
6.5. ¿Las salidas están libres de obstáculos?	x		
6.6. ¿Las salidas son debidamente anchas como para que permitan el paso de evacuación?	x		
6.7. ¿Existen escaleras de emergencia?			x
7. Almacenamiento, manipulación y transporte de materiales	SÍ	NO	NA
7.1. ¿La base y lugar de almacenamiento de los materiales y herramientas son firmes en su anclaje?	x		
7.2. ¿Se encuentran los pasillos libres de objetos?	x		
7.3. ¿Las salidas están libres de obstáculos o materiales apilados?	x		
7.4. ¿Se deja espacio libre a ras del suelo para tener ventilación, hacer limpieza y controlar los roedores?	x		
7.5. ¿Se tienen lugares específicos para el almacenamiento de materiales?	x		
7.6. ¿Se tienen registros de todos los materiales utilizados?	x		
7.7. ¿Se tienen clasificadas las sustancias químicas de acuerdo con el grado de peligrosidad de las mismas, según las Normas?			x
7.8. ¿Se tienen identificados y etiquetados todos los envases y recipientes que contienen sustancias químicas, según las Normas?			x
7.9. ¿Las etiquetas de los envases contienen toda la información relacionada a las formas de uso de las sustancias que contiene, los riesgos que representa, primeros auxilios en caso de emergencia, etc., según las Normas?			x
7.10. ¿Cuándo se trasiega un producto, el nuevo recipiente es etiquetado?			x
7.11. ¿Son los envases y embalajes adecuados para la carga y descarga, manipulación, transporte y almacenamiento?			x
7.12. ¿Los locales utilizados como depósitos para el almacenamiento de sustancias químicas, cumplen con los requisitos según las Normas?			x
7.13. ¿Los depósitos de sustancias químicas peligrosas están situados en lugares seguros, según las Normas?			x
7.14. ¿Se tiene el equipo y el procedimiento a seguir en caso de derrames de sustancias peligrosas?			x
7.15. ¿Los lugares de almacenamiento están bien ventilados, señalizados y con sistemas de detección y control de incendios?		x	

7.16. ¿Los locales cuentan con sistemas de contención o diques en caso de derrame de sustancias?			x
7.17. ¿En los locales hay sistemas de señalización en donde se advierten sobre los peligros y prohibiciones?	x		
7.18. ¿Se siguen los procedimientos e instrucciones para la preparación y mezcla de las sustancias químicas?			x
7.19. ¿Se emplea el equipo y la vestimenta de protección adecuada para el uso y manejo de las sustancias químicas?			x
7.20. ¿Se cumplen con las normas relativas al transporte de sustancias peligrosas?			x
7.21. ¿Se encuentra el personal capacitado y adiestrado para la manipulación y transporte de sustancias peligrosas?			x
8 Maquinarias y equipos	SÍ	NO	NA
8.1 ¿Los equipos y maquinaria están diseñados y construidos de manera adecuada para evitar el vuelco lateral y hacia atrás?			x
8.2 ¿Se le da mantenimiento preventivo periódico a los equipos y máquinas?			x
8.3 ¿Se entrena y adiestra a los operadores de máquinas y equipos?			x
8.4 ¿Se cuenta con normas sobre la operación de la maquinaria y equipo y sobre las técnicas de prevención de vuelcos?			x
8.5 ¿Cuentan las máquinas y equipos con cabinas y pórticos de seguridad, diseñados y construidos adecuadamente?			x
8.6 ¿Están dotados de estribos para subir y bajar?			x
8.7 ¿Están diseñadas y construidas las cabinas de manera que protejan contra el polvo, ruido y que sean confortables?			x
8.8 ¿Los equipos y maquinarias cuentan con asientos diseñados de tal manera que se puedan ajustar de acuerdo a las características antropométricas (es decir, de medidas y proporciones de la persona que opera la máquina) para amortiguar las vibraciones?			x
8.9 ¿Cuándo los aperos son pesados se lastra la parte delantera del tractor?			x
8.10 ¿Las partes en movimiento, y los implementos cuentan con guardas de protección adecuadas?			x
8.11 ¿Las plataformas de los equipos cuentan con escaleras de acceso y barandillas adecuadas?			x
8.12 ¿Cuentan las máquinas y equipos con señales acústicas o visuales o indicadores para su manejo?			x
8.13 ¿Las señales e indicadores proporcionan información clara, segura y rápida?			x
8.14 ¿Cuentan las máquinas y equipos con controles de seguridad diseñados y dispuestos antropométricamente (con la anatomía del cuerpo) con la cual se operan?			x
8.15 ¿Las funciones de los controles son fácilmente identificables?			x
8.16 ¿Están diseñados los controles contra operaciones accidentales?			x
9. Herramientas de mano	SÍ	NO	NA
9.1. ¿Se seleccionan las herramientas adecuadas para la tarea en las que se van a emplear?	x		
9.2. ¿Las condiciones de las herramientas son adecuadas, de manera que no represente peligro para el usuario o usuaria?	x		
9.3. ¿Las herramientas son objeto de una revisión y control periódico, como parte de un programa de mantenimiento preventivo y correctivo?		x	
9.4. ¿Las herramientas se almacenan en lugares destinados especialmente para guardarlas de manera segura?	x		
9.5. ¿Se utilizan medios o portaherramientas especiales para transportar las herramientas de manera segura?			x
9.6. ¿Se emplean los procedimientos adecuados para el transporte y uso de las herramientas?			x

9.7. ¿Tienen regulada la presión del aire las herramientas que usan?			x
10. Maquinaria industrial	SÍ	NO	NA
10.1. ¿Se consideran las medidas de prevención y protección en la fase de diseño e instalación de la maquinaria?			x
10.2. ¿Los elementos punzo cortantes y de transmisión de fuerza están debidamente resguardados, con sus guardas y dispositivos de protección, diseñados y construidos según la reglamentación nacional o Norma Internacional?			x
10.3. ¿Las máquinas y equipos están anclados a los pisos e instalaciones de tal forma que se amortigüen las vibraciones y se mitigue el ruido?			x
10.4. ¿Se tiene un programa de mantenimiento preventivo de las máquinas?			x
10.5. ¿Las máquinas cuentan con sistema de paro de emergencia al alcance de los trabajadores?			x
10.6. ¿Se cuentan con sistemas de señalización en aquellas máquinas que entrañan peligros?			x
11. Riesgos químicos	SÍ	NO	NA
11.1. ¿Se manejan y usan sustancias químicas peligrosas, tanto manual como mecánicamente?			x
11.2. ¿Se han identificado los riesgos relacionados con dichas sustancias?			x
11.3. ¿Se evalúan periódicamente los niveles de concentración de dichas sustancias en el ambiente?			x
11.4. ¿Se aplican los procedimientos técnicos de control de los contaminantes tanto en el foco, en el medio, como en el receptor?			x
11.5. ¿Existe algún riesgo para la salud del trabajador a través de la inhalación, contacto o ingesta de las sustancias químicas?			x
11.6. ¿Se informa a los trabajadores (as) sobre los riesgos que representa el uso de las sustancias químicas y sus medidas de prevención y protección?			x
11.7. ¿Se suministran equipos y vestimenta de protección personal a los trabajadores que lo requieran?			x
11.8. ¿El equipo y la vestimenta de protección personal es seleccionada por personal debidamente capacitado?			x
12. Ruido y vibraciones	SÍ	NO	NA
12.1. ¿Se utilizan máquinas y herramientas que generan ruido y vibraciones?			x
12.2. ¿Se tienen identificadas las causas que originan el ruido y vibraciones?			x
12.3. ¿Se miden periódicamente los niveles de ruido a los que se exponen los trabajadores (as)?			x
12.4. ¿Se aplican los procedimientos técnicos de control de ruido en la fuente, en el medio y en el receptor?			x
12.5. ¿Se suministra equipo de protección auditiva, según las Normas?			x
12.6. ¿Se presentan casos de irritabilidad, dolor de cabeza, insomnio, etc., a causa del ruido y las vibraciones que se presentan en la empresa?			x
12.7. ¿Se utilizan técnicas de control de las vibraciones en los pisos y plataformas de trabajo?			x
12.8. ¿Se emplean sustancias o artefactos especiales para el control de la exposición a las vibraciones de la maquinaria y herramientas?			x
12.9. ¿Se informa a los trabajadores de los efectos en la salud, por exposición al ruido y vibraciones y sus medidas de prevención y protección?			x
13. Ambientes térmicos	SÍ	NO	NA
13.1. ¿Hay exposición a fuentes de calor radiante?			x
13.2. ¿Hay fuentes radiantes, conductivas y convectivas interiores de calor?			x
13.3. ¿Se cuenta con medios de control del calor en la fuente (extracción localizada, aislamiento, etc.)?			x
13.4. ¿Hay sistemas de ventilación general y localizada para el control del calor de fuentes convectivas?			x

13.5. ¿Se evalúa periódicamente la exposición a ambientes térmicos?			x
13.6. ¿Se utilizan equipos y vestimentas de protección contra el calor?			x
13.7. ¿Se emplean vestimentas de protección contra el frío?			x
13.8. ¿Se regulan los tiempos de exposición y de descanso en los ambientes térmicos?			x
13.9. ¿Se estudian los métodos y carga física de trabajo?			x
13.10. ¿Se suministra agua potable, fresca y de fácil alcance a los trabajadores expuestos a calor?			x
13.11. ¿Se tiene un procedimiento de adaptación a la influencia del calor en los trabajadores expuestos?			x
13.12. ¿Cuentan con exámenes médico preventivos los trabajadores expuestos a calor?			x
14. Riesgos biológicos	SÍ	NO	NA
14.1. ¿Se trabaja con animales o vegetales que representan un riesgo biológico para los trabajadores?			x
14.2. ¿Se manipulan productos que puedan dar lugar a contaminación biológica?		x	
14.3. ¿Se trabaja en lugares con hacinamiento, suciedad orgánica o entre personas y locales con higiene precaria?		x	
14.4. ¿Hay presencia de vectores biológicos y mecánicos en los lugares de trabajo?	x		
14.5. ¿Se tiene un control de los riesgos biológicos?		x	
14.6. ¿Se cuenta con el equipo de protección personal adecuado?		x	
14.7. ¿Se informa y supervisa a los trabajadores de la importancia de los hábitos higiénicos personales en sus labores?		x	
15. Iluminación y ventilación	SI	NO	NA
15.1. ¿Las actividades desarrolladas requieren de iluminación artificial?	x		
15.2. ¿Se requiere de agudeza visual para desarrollar las labores?		x	
15.3. ¿Se tiene suficiente luz para la realización de las tareas?		x	
15.4. ¿Se miden los niveles de iluminación?		x	
15.5. ¿Se produce algún tipo de reflejo por superficies que brillan?	x		
15.6. ¿El tono de la luz es confortable desde el punto de vista de la visión?		x	
15.7. ¿Se cuenta con un programa de mantenimiento de las luminarias?		x	
15.8. ¿Es el sistema de color y contraste es adecuado?	x		
15.9. ¿La planta cuenta con la debida ventilación?	x		
15.10. ¿Existen focos o fuentes de calor o elementos que ejerzan influencia sobre la temperatura ambiente o la humedad?		x	
16. Radiaciones	SÍ	NO	NA
16.1. ¿Se exponen los trabajadores a radiaciones infrarrojas, ultravioletas, microondas, radiofrecuencias, etc.?			x
16.2. ¿Hay métodos de control de las radiaciones?			x
16.3. ¿Los trabajadores (as) utilizan equipos y prendas de protección personal?			x
16.4. ¿Los trabajadores (as) tienen conocimiento de los riesgos que suponen la exposición a las radiaciones?			x
17. Residuos	SÍ	NO	NA
17.1. ¿Se generan residuos sólidos y líquidos en los procesos productivos?	x		
17.2. ¿Se controlan los residuos que se generan sin que afecten en su disposición al medio ambiente (agua, suelos y aire)?	x		
17.3. ¿Los trabajadores (as) utilizan equipos de protección cuando manipulan los residuos?			x
17.4. ¿Los trabajadores (as) conocen los riesgos que representan los residuos?			x
18. Ergonomía	SI	NO	NA
18.1. ¿Se mantienen los productos, las piezas y herramientas a una distancia que permi-			

ta el alcance cercano?	x		
18.2. ¿El trabajo con cajas se adecua a la altura del operario y la operaria?	x		
18.3. ¿Se tienen mesas, estantes inclinados, que permitan una labor y esfuerzo menor?	x		
18.4. ¿El trabajo se realiza de acuerdo a la altura del codo de la persona operaria?		x	
18.5. ¿Se han realizado estudios para minimizar el esfuerzo requerido en una tarea?		x	
18.6. ¿Se han realizado estudios para buscar la posición correcta para cada labor?		x	
18.7. ¿Se han realizado estudios para reducir las repeticiones sucesivas?		x	
18.8. ¿Se han realizado estudios para minimizar la fatiga?		x	
18.9. ¿Se han realizado estudios que minimicen la presión directa (palma de la mano, muslos y antebrazos)?		x	
18.10. ¿Se cuenta con sillas y mesas de trabajo ajustables de acuerdo al tamaño del operario y la operaria?	x		
18.11. ¿Se realizan labores en las que el trabajador (a) utiliza o mantiene la misma postura?	x		
18.12. ¿Se cuenta con el espacio suficiente para cada elemento y con fácil acceso a cualquier cosa que necesite?	x		
18.13. ¿Se mantiene un ambiente confortable en la planta (limpieza, iluminación y ventilación)?		x	
18.14. ¿Se presentan deficiencias de luz o sombras en sus puestos de trabajo?	x		
18.15. ¿Los contrastes de luz y color entre el fondo y el puesto de trabajo son deficientes?		x	
18.16. ¿Se permite a los trabajadores utilizar posiciones mixtas, de pie y sentado, en sus puestos de trabajo?		x	
18.17. ¿Se les suministra alfombra antifatiga, a los trabajadores que realizan labores en posición de pie?		x	
19. Protección personal	SÍ	NO	NA
19.1. ¿Se realiza capacitación sobre la importancia del uso y cuidado de los equipos de protección?			x
19.2. ¿Se cuenta y se utiliza equipo de protección para la cabeza?			x
19.3. ¿Los cascos utilizados son resistentes a impactos?			x
19.4. ¿Los cascos utilizados son resistentes al fuego?			x
19.5. ¿Los cascos utilizados son de peso ligero?			x
19.6. ¿Cuándo se trabaja con equipos de alta tensión, los cascos utilizados tienen aislamiento eléctrico?			x
19.7. ¿Los cascos utilizados son resistentes a salpicaduras químicas agresivas?			x
19.8. ¿Son cómodos los cascos utilizados para trabajar en las diferentes operaciones?			x
19.9. ¿Los cascos utilizados interfieren en la actividad del trabajo?			x
19.10. ¿Los visitantes a la planta utilizan el equipo de protección para la cabeza?			x
19.11. ¿Se utiliza equipo de protección contra el ruido en aquellas áreas donde se alcance una intensidad superior a los 85 decibelios (A) tanto en planta como oficinas?			x
19.12. ¿Los visitantes a la planta utilizan el equipo de protección para los oídos?			x
19.13. ¿El equipo de protección es confortable?			x
19.14. ¿El equipo utilizado provoca efectos adversos en la piel o en el oído?			x
19.15. ¿Los equipos de protección atenúan adecuadamente el ruido?			x
19.16. ¿Se tiene establecida la vida útil del equipo de protección del ruido?			x
19.17. ¿Se revisa periódicamente el estado del equipo de protección contra el ruido?			x
19.18. ¿Se utiliza equipo para proteger los ojos de la proyección de partículas?			x
19.19. ¿Se utiliza equipo de protección para los ojos en las operaciones donde se manipulan sustancias tóxicas?			x
19.20. ¿Los lentes protectores son resistentes a impactos?			x

19.21. ¿El lente de seguridad cuenta con la cobertura de vidrio plástico, con el propósito de evitar arañazos que son muy frecuentes, debido a las partículas desprendidas en algunas operaciones?			x
19.22. ¿Se utilizan lentes con filtro en las operaciones de soldadura, para lograr la protección contra el resplandor y la energía radiante?			x
19.23. ¿En el área de soldadura se le indica al personal que visita la planta que no observen la chispa o el resplandor de las operaciones de soldadura?			x
19.24. ¿Se utiliza el equipo de protección para la cara dependiendo de la necesidad de la operación?			x
19.25. ¿Se revisa periódicamente el estado de las máscaras protectoras?			x
19.26. ¿Se tiene definida la persona encargada de realizar las revisiones del equipo?			x
19.27. ¿Se tiene establecida la vida útil del equipo de protección de la cara?			x
19.28. ¿Se utilizan mascarillas en las operaciones donde hay fuente de olores?			x
19.29. ¿En las operaciones de pintura se utilizan mascarillas con filtros?			x
19.30. ¿Se tiene definida la vida útil de los filtros de las mascarillas?			x
19.31. ¿Es adecuada la reposición de los carbones?			x
19.32. ¿Se utilizan delantales en las operaciones que lo requieren?	x		
19.33. ¿Son adecuados los delantales en las operaciones en las que se utilizan?	x		
19.34. ¿Son confortables los delantales?	x		
19.35. ¿Se utilizan guantes en las actividades que lo requieren?			x
19.36. ¿Son adecuados los guantes según las actividades realizadas?			x
19.37. ¿Se adecua el tamaño del guante a la operaria u (o) que lo utilice?			x
20. Soldadura eléctrica	SÍ	NO	NA
20.1. ¿Se tiene el piso limpio y libre de aceite, grasa, pintura y de cualquier otro material combustible?			x
20.2. ¿Se cuida que el área de trabajo no se encuentre mojada o húmeda?			x
20.3. ¿Se inspecciona el área de trabajo después de haber terminado la jornada?			x
20.4. ¿Se corta la alimentación de energía de la máquina antes de realizar cualquier trabajo?			x
20.5. ¿Se evita utilizar cañerías de gases o líquidos inflamables para conectar el equipo a tierra?			x
20.6. ¿Se utilizan cañerías que lleven conductores eléctricos para conectar el equipo a tierra?			x
20.7. ¿Se utiliza corriente que sobrepase la capacidad del cable?			x
20.8. ¿Se sueldan tubos con gas comprimido?			x
20.9. ¿Se utilizan pantallas o biombo para evitar reflejos a otros trabajadores en las áreas de soldadura?			x
21. Soldadura de Oxígeno y Acetileno	SÍ	NO	NA
21.1. ¿Conocen los trabajadores los colores de cada recipiente o botella de soldadura, según las Normas?			x
21.2. ¿Se tienen los recipientes en posición vertical, firmes y protegidos del sol u otra fuente de calor?			x
21.3. Los recipientes de oxígeno y acetileno se almacenan en un lugar señalizado y bien ventilado?			x
21.4. ¿El almacenamiento de los recipientes están alejados de fuentes de calor y en áreas delimitadas, respetando las distancias de seguridad establecidas por las Normas?			x
21.5. ¿Los recipientes están sujetos y en posición vertical y son transportados en carretillas diseñadas para tal propósito?			x
21.6. ¿Los recipientes almacenados, incluso los vacíos están provistos de caperuza y tienen la válvula cerrada?			x

EVALUACION GENERAL DE RIESGOS UNIDAD DE EXPEDIENTES

Nombre de la Empresa: Instituto Salvadoreño del Seguro Social Hospital Regional Santa Ana			
Dirección:			
Actividad:			
Área o etapa del proceso: UNIDAD DE EXPEDIENTES ARCHIVO			
SÍ: respuesta afirmativa NO: respuesta negativa NA: no se aplica la pregunta			
1. Lugares de trabajo	SÍ	NO	NA
1.1. ¿Los locales de trabajo son adecuados para las tareas que se realizan en ellos?		x	
1.2. ¿Cumplen con los requisitos mínimos de:			
a) superficie y	x		
b) ubicación	x		
1.3. ¿Los lugares de trabajo están en condiciones de orden y limpieza en general?	x		
1.4. ¿La limpieza o barrido de los pisos se hace con aspiradora o escoba?	x		
1.5. ¿En caso de acumulación de polvo en los pisos se humedecen antes de su recolección?	x		
1.6. ¿Se tiene definido un horario para las labores de limpieza en las áreas de trabajo?	x		
1.7. ¿La cantidad de basureros en la zona de trabajo es la adecuada a las necesidades de la empresa, tienen sus tapas y están rotulados?		x	
1.8. ¿Se encuentran los basureros distribuidos adecuadamente?	x		
1.9. ¿Se mantiene el piso libre de objetos, en todo momento?		x	
1.10. ¿Es la superficie del piso resbaladiza o tiene desnivel?		x	
1.11. ¿Los pisos disponen de sistemas de drenaje con rejillas, coladeras, o cualquier otro medio seguro que evite el estancamiento de líquidos y permita su mantenimiento?			x
1.12. ¿Se clasifican continuamente los materiales presentes en el área de trabajos (necesarios e innecesarios)?	x		
1.13. ¿Se encuentran apilados adecuadamente todos los objetos en el área de trabajo?		x	
1.14. ¿Las áreas de trabajo y de almacenamiento son adecuados y están debidamente delimitadas?		x	
1.15. ¿Los pasillos se encuentran libres de objetos y materiales y están demarcados?			
1.16. ¿Existe espacio suficiente entre los equipos, máquinas e instalaciones?		x	
1.17. ¿Se tiene demarcado el piso con franjas de color amarillo de 10 a 15 cm de ancho?			x
1.18. ¿Existen desniveles en las superficies del área de trabajo?		x	
1.19. ¿Se cuenta en el patio con protecciones, señalizaciones o avisos de seguridad e higiene, donde existen zanjas, pozos, aberturas o desniveles?	x		
1.20. ¿Las escaleras fijas y portátiles y plataformas cumplen con los requisitos mínimos de diseño y construcción?		x	
1.21. ¿Las escaleras de mano, rectas o de abrir, se utilizan adecuadamente y presentan buenas condiciones?	x		
1.22. ¿Las plataformas están construidas con materiales adecuados y cuentan con barandillas y plintos?			x
1.23. ¿Las aberturas en los pisos cuentan con barandillas de protección?			x
1.24. ¿Se mantiene la altura mínima de 2.5 m del piso al techo?	x		
1.25. ¿La superficie libre mínima por trabajador es de 2 m ² ?		x	
1.26. ¿Los techos y paredes cuentan con las características de seguridad para soportar			

Tabla 70 Evaluación general de riesgos unidad de expedientes

la acción de fenómenos naturales (tormentas y sismos)?		x	
1.27. ¿El material del techo y paredes es impermeable, no tóxico y resistente?		x	
1.28. ¿Cuentan el techo y paredes con recubrimiento o aislamiento térmico que disminuya el calor?		x	
1.29. ¿Los techos y paredes producen deslumbramientos a los trabajadores?		x	
1.30. ¿En las paredes se utilizan colores y tonos mate, que no produzcan alteración en el comportamiento de los trabajadores?	x		
1.31. ¿Los techos y paredes cuentan con recubrimiento o aislamiento contra el ruido?		x	
2. Servicios e instalaciones auxiliares DE FÁCIL ALCANCE	SÍ	NO	NA
2.1. ¿Se provee agua fresca y potable en cantidad suficiente para el consumo de los trabajadores/as?	x		
2.2. ¿Se disponen de cuartos de vestuarios adecuados y en cantidad suficiente?			x
2.3. ¿Los vestidores usados por el personal se mantienen:			
a) aseados			x
b) bien lavados , y			x
c) desinfectados			x
2.4. ¿Los vestidores tienen iluminación apropiada?			x
2.5. ¿Los vestidores tienen pisos antideslizantes e impermeables?			x
2.6. ¿Los vestidores tienen suficiente espacio para el número de usuarios en el momento de su uso?			x
2.7. ¿Se proveen servicios higiénicos (duchas y lavabos) adecuados, en cantidad suficiente y accesibles a los trabajadores?			x
2.8. ¿Se cumple con lo establecido en la normativa específica respecto al número de servicios sanitarios, según la cantidad de trabajadores/as?			x
2.9. ¿Se lavan los inodoros como mínimo 1 vez al día?			x
2.10. ¿Los inodoros cuentan con la adecuada iluminación y ventilación?			x
2.11. ¿Se cuenta con vestidores y servicios higiénicos separados según sexo?	x		
2.12. ¿Se disponen de comedores para ingerir los alimentos y descansar?	x		
2.13. ¿Se dispone de lugares adecuados que permitan el descanso del personal?		x	
2.14. ¿Las instalaciones cuentan con un sistema de iluminación de emergencia?		x	
3. Prevención y extinción de incendios	SÍ	NO	NA
3.1. ¿Las zonas con riesgo de incendio están aisladas de las restantes áreas de trabajo?		x	
3.2. ¿Los locales en los que se utilizan sustancias inflamables o combustibles, están construidos con materiales resistentes al fuego?			x
Los residuos de materiales combustibles se depositan en recipientes con las siguientes características:			
a) herméticamente cerrados			x
b) de material incombustible			x
c) rotulados de forma visible			x
3.3. ¿Se cuenta con algún sistema de detección de principio de incendios?			
a) Manual		x	
b) Automáticos		x	
3.4. ¿Se encuentran con sistemas de extinción de conatos o inicios de incendios?			
a) Manual	x		
b) Automáticos		x	
3.5. ¿Se tienen extintores adecuados según la clasificación establecida en la norma nacional o internacional?	x		
3.6. ¿Es suficiente la cantidad de extintores en relación con el riesgo de la empresa, según las Normas?	x		

3.7. ¿El personal está capacitado en el uso del equipo de combate de incendios?		x	
3.8. ¿El equipo para combatir incendios está ubicado y distribuido de manera correcta en relación con la fuente de riesgos?		x	
3.10. ¿Están ubicados de manera visible y se les encuentran bien señalados?		x	
3.11. ¿Los extintores de incendios se encuentran libres de obstáculos, de tal manera que se permita un libre acceso a ellos?		x	
3.12. ¿Cuándo se usan, se recargan inmediatamente?		x	
3.13. ¿Cuándo se usan se reemplazan inmediatamente?		x	
3.14. ¿Se tiene establecido un ente externo encargado de realizar la inspección a los extintores de la empresa? Nombre de la empresa o persona y fecha de revisión.		x	
3.15. ¿Se tiene designada una persona de la empresa encargada de realizar la revisión a los extintores?	x		
3.16. ¿Cuenta la persona encargada con la debida capacitación para realizar esta labor?	x		
3.17. ¿Se inspeccionan los extintores en forma: semanal <input type="radio"/> quincenal <input checked="" type="radio"/> mensual <input type="radio"/> trimestral <input type="radio"/> semestral <input type="radio"/> anual <input type="radio"/>			
3.18. ¿Las instrucciones de manejo del extintor son legibles y están a la vista?		x	
3.19. ¿Se mantiene un registro documentado de las inspecciones realizadas a los extintores?	x		
3.20. ¿Existen tomas de agua para los bomberos?	x		
3.21. ¿Están los extintores debidamente cargados, compresionados y libres de suciedad?	x		
3.22. ¿Existen rótulos que indiquen la prevención y peligro de incendio?		x	
3.23. ¿Cada extintor posee su debida rotulación de ubicación?		x	
4. Sistema eléctrico	SÍ	NO	NA
4.1. ¿Existe un mantenimiento preventivo que evite el recalentamiento de la maquinaria?			x
4.2. ¿Tienen los motores y equipos eléctricos conexiones en la tierra?			x
4.3. ¿El sistema eléctrico se encuentra en óptimas condiciones, con lo que se evita la producción de cortos circuitos?	x		
4.4. ¿Están las instalaciones eléctricas en buenas condiciones, incluyendo las cajas de distribución?	x		
4.5. ¿Se tienen instalaciones temporales o imprevistas?		x	
4.6. ¿Los tomacorriente, caja break o uniones de cables están en buen estado?	x		
4.7. ¿Están los motores, tableros eléctricos y cajas de interruptores libres de suciedad?	x		
4.8. ¿Las cajas de sistemas eléctricos están descubiertas?		x	
4.9. ¿Los cables en contacto con materiales inflamables se encuentran debidamente cubiertos?			x
4.10. ¿Se cuenta con lámparas a prueba de chispas?	x		
4.11. ¿Se tiene definidos los períodos de revisión del sistema eléctrico?		x	
4.12. ¿Se encuentran las líneas conductoras de energía eléctrica perfectamente protegidas y aisladas?	x		
4.13. ¿Las líneas conductoras de energía están colocadas, en la medida posible, fuera del alcance o contacto inmediato del personal?	x		
4.14. ¿Las celdas o compartimentos donde se instalen transformadores, interruptores, cuadros de distribución, se encuentran debidamente colocadas, señalizadas, codificadas y protegidas, con el objeto de evitar todo contacto peligroso.			x
4.15. ¿Se toman las medidas necesarias cuando se realizan revisiones o reparaciones al sistema (se desconecta la corriente, y se vela por que nadie la conecte)?	x		
4.16. ¿Todos los enchufes tienen su correspondiente valor a tierra?		x	
4.17. ¿Todos los interruptores utilizados son de tipo cerrado y a prueba de chispa o explosión?		x	

5. Señalización	S	NC	NA
5.1. ¿Se colocan letreros o tarjetas de aviso en la maquinaria y equipo fuera de servicio por reparación y mantenimiento?			x
5.2. ¿Se encuentran señalizadas las puertas y salidas de emergencia, en aquellos lugares donde se requiera, según las Normas?		x	
5.3. ¿Las tuberías, recipientes y tanques con sustancias peligrosas cuentan con señalización según las Normas?			x
5.4. ¿Hay letreros y/o otros medios de aviso para restringir el acceso de personal ajeno a la empresa, a determinadas áreas de trabajo, que son peligrosas?	x		
5.5. ¿Hay letreros de aviso en los que se indiquen los riesgos presentes en las áreas de trabajo?		x	
5.6. ¿Las instalaciones especiales y servicios auxiliares (extintores, duchas de emergencia, etc.) son indicados mediante letreros u otras señales?			x
5.7. ¿Están situadas las señales en lugares fácilmente observables, desde diferentes puntos del lugar de trabajo?		x	
6. Salidas de emergencia	SÍ	NO	NA
6.1. ¿Cuenta la planta con salidas de emergencia debidamente identificadas?		x	
6.2. ¿Es adecuada la cantidad de salidas de emergencia, según las Normas?	x		
6.3. ¿Las salidas de emergencia se encuentran iluminadas, con un valor mínimo de 50 luxes?	x		
6.4. ¿Se abren y giran fácilmente en dirección correcta hacia afuera?		x	
6.5. ¿Las salidas están libres de obstáculos?		x	
6.6. ¿Las salidas son debidamente anchas como para que permitan el paso de evacuación?	x		
6.7. ¿Existen escaleras de emergencia?			x
7. Almacenamiento, manipulación y transporte de materiales	SÍ	NO	NA
7.1. ¿La base y lugar de almacenamiento de los materiales y herramientas son firmes en su anclaje?	x		
7.2. ¿Se encuentran los pasillos libres de objetos?		x	
7.3. ¿Las salidas están libres de obstáculos o materiales apilados?	x		
7.4. ¿Se deja espacio libre a ras del suelo para tener ventilación, hacer limpieza y controlar los roedores?	x		
7.5. ¿Se tienen lugares específicos para el almacenamiento de materiales?	x		
7.6. ¿Se tienen registros de todos los materiales utilizados?	x		
7.7. ¿Se tienen clasificadas las sustancias químicas de acuerdo con el grado de peligrosidad de las mismas, según las Normas?			x
7.8. ¿Se tienen identificados y etiquetados todos los envases y recipientes que contienen sustancias químicas, según las Normas?			x
7.9. ¿Las etiquetas de los envases contienen toda la información relacionada a las formas de uso de las sustancias que contiene, los riesgos que representa, primeros auxilios en caso de emergencia, etc., según las Normas?			x
7.10. ¿Cuándo se trasiega un producto, el nuevo recipiente es etiquetado?			x
7.11. ¿Son los envases y embalajes adecuados para la carga y descarga, manipulación, transporte y almacenamiento?			x
7.12. ¿Los locales utilizados como depósitos para el almacenamiento de sustancias químicas, cumplen con los requisitos según las Normas?			x
7.13. ¿Los depósitos de sustancias químicas peligrosas están situados en lugares seguros, según las Normas?			x
7.14. ¿Se tiene el equipo y el procedimiento a seguir en caso de derrames de sustancias peligrosas?			x
7.15. ¿Los lugares de almacenamiento están bien ventilados, señalizados y con sistemas de detección y control de incendios?		x	

7.16. ¿Los locales cuentan con sistemas de contención o diques en caso de derrame de sustancias?			x
7.17. ¿En los locales hay sistemas de señalización en donde se advierten sobre los peligros y prohibiciones?	x		
7.18. ¿Se siguen los procedimientos e instrucciones para la preparación y mezcla de las sustancias químicas?			x
7.19. ¿Se emplea el equipo y la vestimenta de protección adecuada para el uso y manejo de las sustancias químicas?			x
7.20. ¿Se cumplen con las normas relativas al transporte de sustancias peligrosas?			x
7.21. ¿Se encuentra el personal capacitado y adiestrado para la manipulación y transporte de sustancias peligrosas?			x
8 Maquinarias y equipos	SÍ	NO	NA
8.1 ¿Los equipos y maquinaria están diseñados y construidos de manera adecuada para evitar el vuelco lateral y hacia atrás?	x		
8.2 ¿Se le da mantenimiento preventivo periódico a los equipos y máquinas?	x		
8.3 ¿Se entrena y adiestra a los operadores de máquinas y equipos?			x
8.4 ¿Se cuenta con normas sobre la operación de la maquinaria y equipo y sobre las técnicas de prevención de vuelcos?			x
8.5 ¿Cuentan las máquinas y equipos con cabinas y pórticos de seguridad, diseñados y construidos adecuadamente?			x
8.6 ¿Están dotados de estribos para subir y bajar?		x	
8.7 ¿Están diseñadas y construidas las cabinas de manera que protejan contra el polvo, ruido y que sean confortables?			x
8.8 ¿Los equipos y maquinarias cuentan con asientos diseñados de tal manera que se puedan ajustar de acuerdo a las características antropométricas (es decir, de medidas y proporciones de la persona que opera la máquina) para amortiguar las vibraciones?			x
8.9 ¿Cuándo los aperos son pesados se lastra la parte delantera del tractor?			x
8.10 ¿Las partes en movimiento, y los implementos cuentan con guardas de protección adecuadas?			x
8.11 ¿Las plataformas de los equipos cuentan con escaleras de acceso y barandillas adecuadas?			x
8.12 ¿Cuentan las máquinas y equipos con señales acústicas o visuales o indicadores para su manejo?			x
8.13 ¿Las señales e indicadores proporcionan información clara, segura y rápida?			x
8.14 ¿Cuentan las máquinas y equipos con controles de seguridad diseñados y dispuestos antropométricamente (con la anatomía del cuerpo) con la cual se operan?			x
8.15 ¿Las funciones de los controles son fácilmente identificables?			x
8.16 ¿Están diseñados los controles contra operaciones accidentales?			x
9. Herramientas de mano	SÍ	NO	NA
9.1. ¿Se seleccionan las herramientas adecuadas para la tarea en las que se van a emplear?	x		
9.2. ¿Las condiciones de las herramientas son adecuadas, de manera que no represente peligro para el usuario o usuaria?	x		
9.3. ¿Las herramientas son objeto de una revisión y control periódico, como parte de un programa de mantenimiento preventivo y correctivo?			x
9.4. ¿Las herramientas se almacenan en lugares destinados especialmente para guardarlas de manera segura?		x	
9.5. ¿Se utilizan medios o portaherramientas especiales para transportar las herramientas de manera segura?			x
9.6. ¿Se emplean los procedimientos adecuados para el transporte y uso de las herramientas?			x

9.7. ¿Tienen regulada la presión del aire las herramientas que usan?			x
10. Maquinaria industrial	SÍ	NO	NA
10.1. ¿Se consideran las medidas de prevención y protección en la fase de diseño e instalación de la maquinaria?			x
10.2. ¿Los elementos punzo cortantes y de transmisión de fuerza están debidamente resguardados, con sus guardas y dispositivos de protección, diseñados y construidos según la reglamentación nacional o Norma Internacional?			x
10.3. ¿Las máquinas y equipos están anclados a los pisos e instalaciones de tal forma que se amortigüen las vibraciones y se mitigue el ruido?			x
10.4. ¿Se tiene un programa de mantenimiento preventivo de las máquinas?			x
10.5. ¿Las máquinas cuentan con sistema de paro de emergencia al alcance de los trabajadores?			x
10.6. ¿Se cuentan con sistemas de señalización en aquellas máquinas que entrañan peligros?			x
11. Riesgos químicos	SÍ	NO	NA
11.1. ¿Se manejan y usan sustancias químicas peligrosas, tanto manual como mecánicamente?			x
11.2. ¿Se han identificado los riesgos relacionados con dichas sustancias?			x
11.3. ¿Se evalúan periódicamente los niveles de concentración de dichas sustancias en el ambiente?			x
11.4. ¿Se aplican los procedimientos técnicos de control de los contaminantes tanto en el foco, en el medio, como en el receptor?			x
11.5. ¿Existe algún riesgo para la salud del trabajador a través de la inhalación, contacto o ingesta de las sustancias químicas?			x
11.6. ¿Se informa a los trabajadores (as) sobre los riesgos que representa el uso de las sustancias químicas y sus medidas de prevención y protección?			x
11.7. ¿Se suministran equipos y vestimenta de protección personal a los trabajadores que lo requieran?			x
11.8. ¿El equipo y la vestimenta de protección personal es seleccionada por personal debidamente capacitado?			x
12. Ruido y vibraciones	SÍ	NO	NA
12.1. ¿Se utilizan máquinas y herramientas que generan ruido y vibraciones?			x
12.2. ¿Se tienen identificadas las causas que originan el ruido y vibraciones?			x
12.3. ¿Se miden periódicamente los niveles de ruido a los que se exponen los trabajadores (as)?			x
12.4. ¿Se aplican los procedimientos técnicos de control de ruido en la fuente, en el medio y en el receptor?			x
12.5. ¿Se suministra equipo de protección auditiva, según las Normas?			x
12.6. ¿Se presentan casos de irritabilidad, dolor de cabeza, insomnio, etc., a causa del ruido y las vibraciones que se presentan en la empresa?			x
12.7. ¿Se utilizan técnicas de control de las vibraciones en los pisos y plataformas de trabajo?			x
12.8. ¿Se emplean sustancias o artefactos especiales para el control de la exposición a las vibraciones de la maquinaria y herramientas?			x
12.9. ¿Se informa a los trabajadores de los efectos en la salud, por exposición al ruido y vibraciones y sus medidas de prevención y protección?			x
13. Ambientes térmicos	SÍ	NO	NA
13.1. ¿Hay exposición a fuentes de calor radiante?			x
13.2. ¿Hay fuentes radiantes, conductivas y convectivas interiores de calor?			x
13.3. ¿Se cuenta con medios de control del calor en la fuente (extracción localizada, aislamiento, etc.)?			x
13.4. ¿Hay sistemas de ventilación general y localizada para el control del calor de fuentes convectivas?			x

13.5. ¿Se evalúa periódicamente la exposición a ambientes térmicos?			x
13.6. ¿Se utilizan equipos y vestimentas de protección contra el calor?			x
13.7. ¿Se emplean vestimentas de protección contra el frío?			x
13.8. ¿Se regulan los tiempos de exposición y de descanso en los ambientes térmicos?			x
13.9. ¿Se estudian los métodos y carga física de trabajo?			x
13.10. ¿Se suministra agua potable, fresca y de fácil alcance a los trabajadores expuestos a calor?			x
13.11. ¿Se tiene un procedimiento de adaptación a la influencia del calor en los trabajadores expuestos?			x
13.12. ¿Cuentan con exámenes médico preventivos los trabajadores expuestos a calor?			x
14. Riesgos biológicos	SÍ	NO	NA
14.1. ¿Se trabaja con animales o vegetales que representan un riesgo biológico para los trabajadores?			x
14.2. ¿Se manipulan productos que puedan dar lugar a contaminación biológica?	x		
14.3. ¿Se trabaja en lugares con hacinamiento, suciedad orgánica o entre personas y locales con higiene precaria?		x	
14.4. ¿Hay presencia de vectores biológicos y mecánicos en los lugares de trabajo?	x		
14.5. ¿Se tiene un control de los riesgos biológicos?		x	
14.6. ¿Se cuenta con el equipo de protección personal adecuado?		x	
14.7. ¿Se informa y supervisa a los trabajadores de la importancia de los hábitos higiénicos personales en sus labores?	x		
15. Iluminación y ventilación	SI	NO	NA
15.1. ¿Las actividades desarrolladas requieren de iluminación artificial?	x		
15.2. ¿Se requiere de agudeza visual para desarrollar las labores?		x	
15.3. ¿Se tiene suficiente luz para la realización de las tareas?	x		
15.4. ¿Se miden los niveles de iluminación?		x	
15.5. ¿Se produce algún tipo de reflejo por superficies que brillan?		x	
15.6. ¿El tono de la luz es confortable desde el punto de vista de la visión?	x		
15.7. ¿Se cuenta con un programa de mantenimiento de las luminarias?	x		
15.8. ¿Es el sistema de color y contraste es adecuado?	x		
15.9. ¿La planta cuenta con la debida ventilación?	x		
15.10. ¿Existen focos o fuentes de calor o elementos que ejerzan influencia sobre la temperatura ambiente o la humedad?		x	
16. Radiaciones	SÍ	NO	NA
16.1. ¿Se exponen los trabajadores a radiaciones infrarrojas, ultravioletas, microondas, radiofrecuencias, etc.?			x
16.2. ¿Hay métodos de control de las radiaciones?			x
16.3. ¿Los trabajadores (as) utilizan equipos y prendas de protección personal?			x
16.4. ¿Los trabajadores (as) tienen conocimiento de los riesgos que suponen la exposición a las radiaciones?			x
17. Residuos	SÍ	NO	NA
17.1. ¿Se generan residuos sólidos y líquidos en los procesos productivos?	x		
17.2. ¿Se controlan los residuos que se generan sin que afecten en su disposición al medio ambiente (agua, suelos y aire)?	x		
17.3. ¿Los trabajadores (as) utilizan equipos de protección cuando manipulan los residuos?			x
17.4. ¿Los trabajadores (as) conocen los riesgos que representan los residuos?			x
18. Ergonomía	SI	NO	NA
18.1. ¿Se mantienen los productos, las piezas y herramientas a una distancia que permi-			

ta el alcance cercano?	x		
18.2. ¿El trabajo con cajas se adecua a la altura del operario y la operaria?		x	
18.3. ¿Se tienen mesas, estantes inclinados, que permitan una labor y esfuerzo menor?		x	
18.4. ¿El trabajo se realiza de acuerdo a la altura del codo de la persona operaria?		x	
18.5. ¿Se han realizado estudios para minimizar el esfuerzo requerido en una tarea?		x	
18.6. ¿Se han realizado estudios para buscar la posición correcta para cada labor?		x	
18.7. ¿Se han realizado estudios para reducir las repeticiones sucesivas?		x	
18.8. ¿Se han realizado estudios para minimizar la fatiga?		x	
18.9. ¿Se han realizado estudios que minimicen la presión directa (palma de la mano, muslos y antebrazos)?		x	
18.10. ¿Se cuenta con sillas y mesas de trabajo ajustables de acuerdo al tamaño del operario y la operaria?		x	
18.11. ¿Se realizan labores en las que el trabajador (a) utiliza o mantiene la misma postura?	x		
18.12. ¿Se cuenta con el espacio suficiente para cada elemento y con fácil acceso a cualquier cosa que necesite?		x	
18.13. ¿Se mantiene un ambiente confortable en la planta (limpieza, iluminación y ventilación)?	x		
18.14. ¿Se presentan deficiencias de luz o sombras en sus puestos de trabajo?		x	
18.15. ¿Los contrastes de luz y color entre el fondo y el puesto de trabajo son deficientes?		x	
18.16. ¿Se permite a los trabajadores utilizar posiciones mixtas, de pie y sentado, en sus puestos de trabajo?	x		
18.17. ¿Se les suministra alfombra antifatiga, a los trabajadores que realizan labores en posición de pie?		x	
19. Protección personal	SÍ	NO	NA
19.1. ¿Se realiza capacitación sobre la importancia del uso y cuidado de los equipos de protección?			x
19.2. ¿Se cuenta y se utiliza equipo de protección para la cabeza?			x
19.3. ¿Los cascos utilizados son resistentes a impactos?			x
19.4. ¿Los cascos utilizados son resistentes al fuego?			x
19.5. ¿Los cascos utilizados son de peso ligero?			x
19.6. ¿Cuándo se trabaja con equipos de alta tensión, los cascos utilizados tienen aislamiento eléctrico?			x
19.7. ¿Los cascos utilizados son resistentes a salpicaduras químicas agresivas?			x
19.8. ¿Son cómodos los cascos utilizados para trabajar en las diferentes operaciones?			x
19.9. ¿Los cascos utilizados interfieren en la actividad del trabajo?			x
19.10. ¿Los visitantes a la planta utilizan el equipo de protección para la cabeza?			x
19.11. ¿Se utiliza equipo de protección contra el ruido en aquellas áreas donde se alcance una intensidad superior a los 85 decibelios (A) tanto en planta como oficinas?			x
19.12. ¿Los visitantes a la planta utilizan el equipo de protección para los oídos?			x
19.13. ¿El equipo de protección es confortable?			x
19.14. ¿El equipo utilizado provoca efectos adversos en la piel o en el oído?			x
19.15. ¿Los equipos de protección atenúan adecuadamente el ruido?			x
19.16. ¿Se tiene establecida la vida útil del equipo de protección del ruido?			x
19.17. ¿Se revisa periódicamente el estado del equipo de protección contra el ruido?			x
19.18. ¿Se utiliza equipo para proteger los ojos de la proyección de partículas?			x
19.19. ¿Se utiliza equipo de protección para los ojos en las operaciones donde se manipulan sustancias tóxicas?			x
19.20. ¿Los lentes protectores son resistentes a impactos?			x

19.21. ¿El lente de seguridad cuenta con la cobertura de vidrio plástico, con el propósito de evitar arañazos que son muy frecuentes, debido a las partículas desprendidas en algunas operaciones?			x
19.22. ¿Se utilizan lentes con filtro en las operaciones de soldadura, para lograr la protección contra el resplandor y la energía radiante?			x
19.23. ¿En el área de soldadura se le indica al personal que visita la planta que no observen la chispa o el resplandor de las operaciones de soldadura?			x
19.24. ¿Se utiliza el equipo de protección para la cara dependiendo de la necesidad de la operación?			x
19.25. ¿Se revisa periódicamente el estado de las máscaras protectoras?			x
19.26. ¿Se tiene definida la persona encargada de realizar las revisiones del equipo?			x
19.27. ¿Se tiene establecida la vida útil del equipo de protección de la cara?			x
19.28. ¿Se utilizan mascarillas en las operaciones donde hay fuente de olores?			x
19.29. ¿En las operaciones de pintura se utilizan mascarillas con filtros?			x
19.30. ¿Se tiene definida la vida útil de los filtros de las mascarillas?			x
19.31. ¿Es adecuada la reposición de los carbones?			x
19.32. ¿Se utilizan delantales en las operaciones que lo requieren?			x
19.33. ¿Son adecuados los delantales en las operaciones en las que se utilizan?	x		
19.34. ¿Son confortables los delantales?	x		
19.35. ¿Se utilizan guantes en las actividades que lo requieren?			x
19.36. ¿Son adecuados los guantes según las actividades realizadas?			x
19.37. ¿Se adecua el tamaño del guante a la operaria u (o) que lo utilice?			x
20. Soldadura eléctrica	SÍ	NO	NA
20.1. ¿Se tiene el piso limpio y libre de aceite, grasa, pintura y de cualquier otro material combustible?			x
20.2. ¿Se cuida que el área de trabajo no se encuentre mojada o húmeda?			x
20.3. ¿Se inspecciona el área de trabajo después de haber terminado la jornada?			x
20.4. ¿Se corta la alimentación de energía de la máquina antes de realizar cualquier trabajo?			x
20.5. ¿Se evita utilizar cañerías de gases o líquidos inflamables para conectar el equipo a tierra?			x
20.6. ¿Se utilizan cañerías que lleven conductores eléctricos para conectar el equipo a tierra?			x
20.7. ¿Se utiliza corriente que sobrepase la capacidad del cable?			x
20.8. ¿Se sueldan tubos con gas comprimido?			x
20.9. ¿Se utilizan pantallas o biombos para evitar reflejos a otros trabajadores en las áreas de soldadura?			x
21. Soldadura de Oxígeno y Acetileno	SÍ	NO	NA
21.1. ¿Conocen los trabajadores los colores de cada recipiente o botella de soldadura, según las Normas?			x
21.2. ¿Se tienen los recipientes en posición vertical, firmes y protegidos del sol u otra fuente de calor?			x
21.3. Los recipientes de oxígeno y acetileno se almacenan en un lugar señalizado y bien ventilado?			x
21.4. ¿El almacenamiento de los recipientes están alejados de fuentes de calor y en áreas delimitadas, respetando las distancias de seguridad establecidas por las Normas?			x
21.5. ¿Los recipientes están sujetos y en posición vertical y son transportados en carretillas diseñadas para tal propósito?			x
21.6. ¿Los recipientes almacenados, incluso los vacíos están provistos de caperuza y tienen la válvula cerrada?			x

ANEXO 9: ANÁLISIS DE RIESGOS

El cuadro siguiente permite estimar los niveles de riesgo de acuerdo a su probabilidad estimada y a sus consecuencias esperadas.

		Niveles de riesgo		
		Consecuencias		
		Ligeramente Dañino LD	Dañino D	Extremadamente Dañino ED
Probabilidad	Baja B	Riesgo trivial T	Riesgo tolerable TO	Riesgo moderado MO
	Media M	Riesgo tolerable TO	Riesgo moderado MO	Riesgo importante I
	Alta A	Riesgo moderado MO	Riesgo importante I	Riesgo intolerable IN

Ilustración 84 Nivel de riesgo

Los niveles de riesgos indicados en el cuadro anterior, forman la base para decidir si se requiere mejorar los controles existentes o implantar unos nuevos, así como la temporización de las acciones.

En la siguiente tabla se muestra un criterio sugerido de los aspectos mencionados en el cuadro anterior de modo que sean punto de partida para la toma de decisión. La tabla también indica que los esfuerzos precisos para el control de los riesgos y la urgencia con la que deben adoptarse las medidas de control, deben ser proporcional al riesgo.

Riesgo	Acción y temporización
Trivial (T)	No se requiere acción específica
Tolerable (TO)	No se necesita mejorar la acción preventiva. Sin embargo se deben considerar soluciones más rentables o mejoras que no supongan una carga económica importante. Se requieren comprobaciones periódicas para asegurar que se mantiene la eficacia de las medidas de control.
Moderado (M)	Se deben hacer esfuerzos para reducir el riesgo, determinando las inversiones precisas. Las medidas para reducir el riesgo deben implantarse en un periodo determinado. Cuando el riesgo moderado esta asociado con consecuencias extremadamente dañinas, se precisará una acción posterior para establecer, con más precisión, la probabilidad de daño como base para determinar la necesidad de mejora de las medidas de control.
Importante (I)	No debe comenzarse el trabajo hasta que se haya reducido el riesgo. Puede que se precisen recursos considerables para controlar el riesgo. Cuando el riesgo corresponda a un trabajo que se está realizando, debe remediarse el problema en un tiempo inferior al de los riesgos moderados.
Intolerable (IN)	No debe comenzar ni continuar el trabajo hasta que se reduzca el riesgo. Si no es posible reducir el riesgo, incluso con recursos limitados, debe prohibirse el trabajo.

Ilustración 85 Tipo de riesgo

ANEXO 10 MATRIZ DE RIESGOS

		UNIDAD DE ADMISION Y REGISTROS MEDICOS ISSS										Version:				
												Codigo:				
												Fecha:				
MATRIZ DE EVALUACION DE RIESGOS LABORALES																
TIPO DE EVALUACIÓN	PROCESO	PUESTO DE TRABAJO (ocupación)	PELIGROS		MEDIDA DE CONTROL	EVALUACIÓN DE RIESGOS						PLAN DE ACCIÓN				
			FUENTE, SITUACIÓN	ACTO		SEGURIDAD			HIGIENE			NUEVAS MEDIDAS DE CONTROL	Responsable	Fecha, plazo	Frecuencia de control	Observaciones
						Probabilidad (P)	Severidad (S)	Evaluación del Riesgo	Nivel de Riesgo	Existe Evaluación de Riesgo	Nivel de Riesgo					

Tabla 71 Matriz de riegos laborales

ANEXO 11 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES

		UNIDAD DE ADMISION Y REGISTROS MEDICOS ISSS						Version:	
								Codigo:	
								Fecha:	
MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES									
Factor de riesgo	Tipo de Norma	Identificación (número/año)	Artículos aplicables	Autoridad competente	Tema	Metodología de evaluación	Cumplimiento (si/no)	Responsable	Observaciones / Plan de acción

Tabla 72 Matriz de riesgos legales

ANEXO 12 MATRIZ DE COMUNICACIÓN

	UNIDAD DE ADMISIÓN Y REGISTROS MÉDICOS						VERSIÓN:
							CÓDIGO:
							FECHA:
MATRIZ DE COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS							
ASPECTO A COMUNICAR	RESPONSABLE	DESTINATARIO	ESTRATEGIA Y MEDIOS	COMUNICACIÓN INTERNA/EXTERNA	MOMENTO DE APLICACIÓN	REGISTRO	RESULTADO ESPERADO

Tabla 73 Matriz de comunicación

ANEXO 13 FORMATOS HOJAS DE CONTROL

Instituto Salvadoreño del Seguro Social Hospital Regional Santa Ana
 Unidad de Admisión y Registros Médicos, Área de Recepción



Día	Citas Asignadas	Citas por condición	Citas Confirmadas	Expedientes Nuevos	Boletas de remisión	Documentos recibidos
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Total:						

Tabla 74 Hoja de control recepción

Instituto Salvadoreño del Seguro Social Hospital Regional Santa Ana
 Unidad de Admision y Registros Medicos, Area de Expedientes



Dia	Agenda Medica	Expedientes solicitados	Hojas de altas Vestidas	fichas de Fisiatria	Exámenes de laboratorio	Expedientes archivados	Total	No encontrado
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Total								

Tabla 75 Hoja de control expedientes, coordinador de la unidad

Instituto Salvadoreño del Seguro Social Hospital Regional Santa Ana
 Unidad de Admisión y Registros Médicos, Área de Expedientes
 Archivista.



Día	Agenda Medica	Expedientes solicitados	Expedientes archivados	Hojas de: _____	Total	No encontrados
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Total:						

Tabla 76 Hoja de control expedientes, archivista

	REPORTE DE REVISIÓN Y MEJORAS	INSTITUTO SALVADOREO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL REGIONAL SANTA ANA.
		UNIDAD DE ADMISION Y REGISTRO MEDICOS

<p>A continuación, se presentan los temas considerados en la Reunión de Revisión y mejoras del sistema de gestión de la unidad de admisión y registros médicos correspondiente a cada área que la conforman, así como las decisiones y acciones tomadas durante la misma.</p>	Fecha de Realización: __ de __ de 20__
---	--

Participantes:

No.	Agenda	Tema tratado	Decisiones y Acuerdos	Responsable de la acción	Fecha compromiso
1	Acciones de seguimiento de Revisión por la Dirección previas.				

2	Cambios en las cuestiones externas e internas.				
Información sobre el desempeño y la eficacia del sistema					
3	La satisfacción de los pacientes.				
4	Desempeño de los procesos y la conformidad de los servicios.				
5	No conformidades y acciones correctivas.				
6	Resultados del seguimiento y la medición.				
7	Resultados de las auditorías.				

8	Desempeño de los proveedores externos y otras partes interesadas pertinentes.				
9	Recursos.				
10	La eficacia de las medidas adoptadas para abordar los riesgos y las oportunidades.				
11	Oportunidades de mejora.				
12	Cambios del Sistema de Gestión				
<hr/> Jefa Administración ISSS		<hr/> Coordinador Unidad de Admisión y Registros Médicos			

Tabla 77 Formato de revisiones