

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE REGISTRO
RUTINARIOS EN SALUD EN LAS ESTRATEGIAS EN
CRECIMIENTO Y DESARROLLO E INMUNIZACIONES
MICRORED LARAQUERI PUNO 2018.**

TESIS

PRESENTADA POR:

FIGURELA GABY RAMOS ARPASI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE REGISTRO RUTINARIOS
EN SALUD EN LAS ESTRATEGIAS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO E
INMUNIZACIONES MICRORED LARAQUERI PUNO 2018.

PRESENTADA POR:

FIGRELA GABY RAMOS ARPASI

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

PRESIDENTE:


Mtro. NELVA ENRIQUETA CHIRINOS GALLEGOS

PRIMER MIEMBRO:


Dra. ANGELA ROSARIO ESTEVES VILLANUEVA

SEGUNDO MIEMBRO:


M.Sc. ELSA GABRIELA MAQUERA BERNEDO

DIRECTOR / ASESOR:


Dra. Enf. ROSENDA AZA TACCA

Área : GERENCIA Y GESTIÓN EN SALUD

Tema : SISTEMAS DE INFORMACIÓN

FECHA DE SUSTENTACIÓN 13 DE SETIEMBRE 2019

DEDICATORIA

A DIOS, por todas sus bendiciones y por darme sabiduría y el valor necesario para cumplir lo que me propongo y darme paz en los momentos difíciles.

A FIORELA RAMOS por mis logros y esfuerzo, por todo lo alcanzado hasta la fecha.

A mi familia, por los buenos y malos momentos vividos y por la gran paciencia y el apoyo brindado.

A mis mascotas PAPACHO Y FIRULAIS, por la gran felicidad que le dan a mis días, y todos los momentos graciosos y frustrantes que vivimos.

A mis amigas por motivarme día con día, a el apoyo íntegro y absoluto que me brindan y los momentos vividos que serán eternos en mi memoria

AGRADECIMIENTOS

A la primera casa de estudios: Universidad Nacional del Altiplano- Puno, por darme la oportunidad de formarme profesionalmente

A la facultad de Enfermería, por cobijarme en sus aulas durante toda mi formación profesional.

A mi director y asesora de investigación Dra.Enf. ROSENDA AZA TACCA, por orientarme y compartir sus conocimientos, por el apoyo moral, ayuda y paciencia incondicional durante el desarrollo y culminación de la presente investigación.

A los miembros del jurado calificador: Presidenta: Mtro. NELVA ENRIQUETA CHIRINOS GALLEGOS, Primer jurado: Dra. ANGELA ROSARIO ESTEVES VILLANUEVA, Segundo jurado: M.Sc. ELSA GABRIELA MAQUERA BERNEDO, por su paciencia, sugerencias y aportes que me brindaron para el desarrollo y culminación de la presente investigación.

Al personal de la Microred Laraqueri, por haberme brindado las facilidades para la ejecución de la presente investigación y principalmente a la Lic. MARIBEL ALEJO MAYTA y a la Ing. CALIXTA, por el apoyo incondicional durante todo el tiempo que estuve en el lugar de estudio, y a todas las licenciadas en enfermería por las disposiciones durante todo el proceso de recolección de datos.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS.....	7
ÍNDICE DE TABLAS.....	8
ACRÓNIMOS	9
RESUMEN.....	10
PALABRAS CLAVE.	10
ABSTRACT	11
CAPÍTULO I.....	12
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
CAPÍTULO II	21
REVISIÓN DE LA LITERATURA	21
2.1. MARCO TEÓRICO.....	21
2.1.1. CALIDAD.	21
2.1.2. CALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.	22
2.1.3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	23
2.1.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN RUTINARIOS	25
2.1.5. REGISTROS EN SALUD	26
2.1.5.1. REGISTROS DE ENFERMERÍA	26
2.1.5.2. CRITERIOS DE REGISTRO	27
2.1.6. REGISTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA(HIS)	28
2.1.7. VARIABLES DEL REGISTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA (HIS) EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO E INMUNIZACIONES.....	30

2.1.8.	INDICADORES DEL REGISTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA (HIS).....	35
2.1.9.	HISTORIA CLÍNICA.....	41
2.1.10.	USO DE LA INFORMACIÓN.....	48
2.1.1.	MARCO CONCEPTUAL.....	51
2.2.	ANTECEDENTES.....	52
CAPÍTULO III.....		58
MATERIALES Y MÉTODOS.....		58
3.1.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	58
3.2.	UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO.	58
3.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA	61
3.4.	VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	65
3.5.	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	67
3.6.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	70
CAPÍTULO IV		73
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....		73
4.1.	RESULTADOS.....	73
4.2.	DISCUSIÓN.....	81
CONCLUSIONES.....		93
RECOMENDACIONES.....		94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		95
ANEXOS		108
EVIDENCIAS		128

ÍNDICE DE FIGURAS

- FIGURA N° 1:** Calidad de registro de los sistemas de información rutinarios en salud en programas en la atención de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones Microred Laraqueri Puno 2018..... 116
- FIGURA N° 2:** Calidad de registro de los sistemas de información (HIS) en términos de omisión del dato, inconsistencia del dato, concordancia de datos, errores en la codificación, concordancia de los datos con la historia clínica y ajustes de la codificación..... 117
- FIGURA N° 3:** Calidad de registro de los sistemas de información (Historia Clínica) según estándares de la atención Microred Laraqueri Puno 2018..... 118
- FIGURA N° 4:** Calidad de registro de los sistemas de información según el uso de la información en términos de reporte de producción de la información rutinaria y presentación de la información 119

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1:	Calidad de registro de los sistemas de información rutinarios en salud en programas en la atención de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones Microred Laraqueri puno 2018	73
TABLA N° 2:	Calidad de registro en los sistemas de información (HIS) en términos de omisión del dato, inconsistencia del dato, concordancia de datos, errores en la codificación, concordancia de los datos con la historia clínica y ajustes de la codificación Microred Laraqueri Puno 2018.....	74
TABLA N° 3:	Cumplimiento de registro del sistema de información (HIS) según estándares de la atención	75
TABLA N° 4:	Calidad de registro del sistema de información (historia clínica).....	77
TABLA N° 5:	Cumplimiento de registro del sistema de información (Historia Clínica) según estándares de la atención.....	78
TABLA N° 6:	Determinar la calidad de registro del sistema de información según el uso de la información en términos de reporte de producción de la información rutinaria en salud y presentación de la información	79

ACRÓNIMOS

RHINO: Routine Health Information Network

MEASURE: Monitoreo y Evaluación para Evaluar y Utilizar Resultados

RHIS: Sistema Rutinario de Información de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

SIS: Sistemas de información en Salud

EE. SS: Establecimientos de Salud.

MINSA: Ministerio de Salud

DTP: La vacuna DPT o triple bacteriana

HCL: Historia Clínica

RHIS: Routine Health Information Systems

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

OBAT: Evaluación de la organización y el comportamiento del Sistema de información en Salud

MAT: Evaluación de la administración de sistema rutinario de información

LIMSIS: Línea de Investigación con Misión en Sistemas de Información en Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

RMS: Red Métrica de Salud

APP: Actividades Preventivo Promocionales

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

CPT: Catálogo Sectorial de Procedimientos de Salud

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de Evaluar la calidad de registro de los Sistemas de Información Rutinarios en Salud en programas en la atención de Crecimiento y Desarrollo e Inmunizaciones Microred Laraqueri Puno 2018. El tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo con diseño descriptivo simple; la población y muestra estuvo constituida por 277 registros contenidos en las hojas HIS y (277 Historias clínicas para el indicador concordancia de datos con la Historia Clínica); 277 Historias Clínicas de los EE. SS. de su jurisdicción (EE.SS. Laraqueri, EE.SS. Huacochullo, EE.SS. Huarijuyo, EE.SS. Jilatamarca, EE.SS. Pichacani, EE.SS. Carucaya, EE.SS. Inchupalla, EE.SS. Collacachi, EE.SS. Aguas Calientes). Para la recolección de datos se empleó como técnicas: análisis documental y encuesta, los instrumentos fueron fichas de revisión documentaria y un cuestionario, para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva porcentual. Los resultados demuestran la calidad de registro de los sistemas de información rutinarios en salud, que en el registro del sistema de información de atención ambulatoria HIS sólo el 10.83% es de buena calidad, el 80.51% de regular calidad y el 8.66% es de mala calidad; en cuanto al cumplimiento del registro en los estándares de la atención el diagnóstico y/o motivo de consulta tuvo un 57.76% de inconsistencia de datos, el código CIE10 tuvo un 40.07% de errores en la codificación, en el laboratorio en cuanto a (Nº de vacunas, controles, actividades de seguimiento) un 45.49% fue ajustado en la codificación; en relación al registro del sistema de información de la Historia Clínica el 8.30% es de buena calidad, el 73.65% es de regular calidad y el 18.05% es de mala calidad, en cuanto al cumplimiento de estándares el 57.04% no registra el examen físico, el 46.57% no registra los factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo; con respecto al sistema de información en cuanto al uso el 100% es de buena calidad.

PALABRAS CLAVE: Calidad de registro, Sistema de Información, Sistema de Información Rutinario.

ABSTRACT

The present study was carried out with the objective of Evaluating the quality of registration of the Routine Health Information Systems in programs in the attention of Growth and Development and Immunizations Microred Laraqueri Puno 2018. The type of study was descriptive, retrospective with simple descriptive design; the population and sample consisted of 277 records contained in the HIS sheets and (277 Medical records for the indicator of data agreement with the Clinical History); 277 US Medical Records H.H. from its jurisdiction (EE.SS Laraqueri, EE.SS Huacochullo, EE.SS Huarijuyo, EE.SS Jilatamarca, EE.SS Pichacani, EE.SS Carucaya, EE.SS Inchupalla, EE.SS. Collacachi, EE.SS Aguas Calientes). Data collection was used as techniques: documentary analysis and survey, the instruments were documentary review sheets and a questionnaire, for the analysis of data the percentage descriptive statistics was used. The results demonstrate the quality of registration of routine health information systems, that in the registration of the HIS ambulatory care information system only 10.83% is of good quality, 80.51% of regular quality and 8.66% is of poor quality. quality; Regarding compliance with the registration in the standards of care, the diagnosis and / or reason for consultation had 57.76% of data inconsistency, the CIE10 code had 40.07% of errors in the coding, in the laboratory regarding (N ° of vaccines, controls, follow-up activities) 45.49% was adjusted in the coding; in relation to the registration of the information system of the Clinical History, 8.30% is of good quality, 73.65% is of regular quality and 18.05% is of poor quality, as regards compliance with standards, 57.04% do not register the physical exam , 46.57% do not record the conditioning factors of health, nutrition and development; With respect to the information system in terms of use, 100% is of good quality.

Keywords: Record quality, Information System, Routine Information System.

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

La obtención de datos y su exactitud representan el problema más grave en la operación de los sistemas de información, y los principales obstáculos a los que se enfrentan los operadores de los sistemas se relacionan con la calidad de las fuentes de datos y la recopilación y el registro de datos oportunos. Los datos habitualmente informados por los servicios de salud se consideran de calidad dudosa, en cuanto a validez y carácter integral, y por consiguiente con frecuencia no se confía en ellos.

Los sistemas de información funcionan a muchos niveles de sofisticación y complejidad: desde un grado alto de especificidad a un grado alto de generalidad. La meta es mejorar la salud de los individuos y las poblaciones mediante la aplicación apropiada del conocimiento generado por sistemas de información organizados.

Los problemas y los procedimientos para ayudar en la evaluación de la repercusión de los servicios de salud en el estado de salud de los individuos y las poblaciones, desarrollándose como tal la calidad de los mismos en base a la existencia de registros confiables en los sistemas de información rutinarios como el HIS y la Historia Clínica.

La presente investigación está organizada de la siguiente forma: Primero, comprende la introducción seguido del problema, formulación del problema, justificación de la investigación, objetivos de la investigación, antecedentes; segundo, describe la revisión de literatura; tercero, trata sobre materiales y métodos; cuarto, abarca resultados y discusión; quinto, presenta las conclusiones; sexto las recomendaciones; séptimo las referencias bibliográficas y finalmente están los anexos.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifico a los Sistemas de Información de Salud (SIS) cruciales para alcanzar la mítica meta de “Salud para todos en el 2000” (1).

La implementación de los Sistemas de Información para la Salud es un esfuerzo integrado y sostenido para contar con datos de buena calidad e información estratégica sin costo y públicamente disponible a fin de mejorar los procesos de formulación de políticas y toma de decisiones en los sistemas de salud pública (2), un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud (3). Los sistemas de información reflejan el funcionamiento de las organizaciones y deben apoyar a la dirección a convertir los datos procedentes del interior y del exterior de la organización, en información para la toma de decisiones (4).

A nivel de políticas, las decisiones basadas en evidencia contribuyen a una asignación de recursos más eficiente y en el nivel de entrega la información sobre la calidad y efectividad de los servicios puede contribuir a mejores resultados (5), que responden a la necesidad de establecer un sistema de evaluación del estado de salud de la población y de las actividades de promoción, prevención y de asistencia sanitaria (6). En la asistencia sanitaria la calidad se determina en gran medida, debe construirse en cada diseño y en todo proceso, porque su control constituye una disciplina que combina el conocimiento con la acción (7).

Los registros en enfermería son los documentos de mayor valor y confiabilidad que la enfermera utiliza para comunicarse con el equipo de salud, es un símbolo de respeto hacia los pacientes, es un medio de garantizar continuidad, representa un medio de defensa ante

posibles procesos disciplinarios, son evidencia de la esencia de la profesión, permite realizar auditorías a fin de evaluar la información (8).

La información parte de un origen, se transmite, se puede almacenar, se puede analizar comparar y archivar (9), debe ir acompañado de una cultura adecuada de generación, procesamiento, análisis y utilización de la información (10) todo esto es en potencia, es decir en capacidad de, no necesariamente implica que se tenga o siempre se cumpla (9).

El doble conteo de las salidas de servicio y / o destinatarios; y la falta de comparabilidad de los resultados informados a lo largo del tiempo (11), ocasionan que los datos producidos por estos sistemas de información a menudo son incompletos, inexactos y tardíos, debido a la capacidad insuficiente en el sistema de salud o al diseño inadecuado del sistema (12).

Los datos de calidad son fundamentales para los sistemas de salud y sus programas generales(13); si bien la información en salud, confiable y oportuna, es el fundamento de toda acción de salud pública, a menudo ésta no está disponible debido a la insuficiente inversión en los sistemas de recolección, análisis, difusión y uso de los datos; la calidad del dato, las discordancias entre la Historia Clínica y el registro de atenciones ambulatorias (HIS) y las omisiones son el principal problema, los datos son recogidos y presentados en bruto, sin ninguna pretensión de llevar a cabo la síntesis o análisis necesarios para la gestión del día a día o la planeación a más largo plazo (14) (15).

Es por eso que los sistemas fuertes y robustos para capturar los datos del programa de salud son esenciales para rastrear el progreso hacia los objetivos de salud, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y serán fundamentales para apoyar decisiones informadas como parte de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (16).

En los últimos años la OMS legitimo un compromiso mundial para mejorar los datos sanitarios ya que la Salud es uno de los componentes del nuevo conjunto de Objetivos de Desarrollo Sostenible, prácticamente la totalidad de los 80 países de ingresos bajos y medianos tienen importantes deficiencias en materia de capacidades, instrumentos y recursos para desarrollar sistemas de información sanitaria de calidad, más de las dos terceras partes de la población mundial vive en países que no elaboran estadísticas fiables, importantes para conocer las prioridades sanitarias de un país (17).

Frente a estas representaciones varias entidades como MEASURE Evaluation realizaron el IV Taller Internacional de Routine Health Information Network sobre "Medición y Mejora del Sistema Rutinario de Información de Salud (RHIS)" (18).

Routine Health Information Network realizó un foro "Mejorando la calidad de los datos de salud de rutina a través del Marco de Revisión de Calidad de Datos (DQR)" (19).

Fue publicado por la OMS un boletín informativo sobre la evaluación, la coherencia y calidad de los sistemas de monitoreo de la inmunización, que son parte de los sistemas de información, la proporción de dosis de DTP-3 verificadas fue inferior al 85% en 16 países, generalmente como resultado de discrepancias entre la información de los puestos de salud y la de sus correspondientes distritos, o porque los puestos de salud no aportaban formularios de registro completos (20).

También se realizaron diagnósticos y análisis de los Sistemas de información en Salud (SIS) en algunos países de la región mesoamericana (Belice, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, México, Panamá y Perú), en donde se evaluó información acerca de fuentes de datos, administración de datos, productos de la información, disseminación y uso de la información en salud; con resultados: Los Sistemas de Información en Salud se percibieron con un desarrollo en promedio de 57% en la región mesoamericana, con

una apreciación mejor en México 75% y menor para el caso de El Salvador 41%, el rubro que resultó con una menor valoración fue el referente a la administración de la información 37%, lo que lo sitúa como presente, pero no adecuado. Por el contrario, los componentes con mejores calificaciones fueron el de indicadores 69% y productos de información 68% (21).

En países de la Región; en el Perú el sector salud cuenta con varios sistemas de información, Health Metrics Network evaluó la fuente de datos de los sistemas de información (22) (23), donde los registros de los centros de salud, registros administrativos se evidencio que están presentes, pero no adecuado 58%, del total de variables transcritas en el registro HIS por el prestador de la atención, el 22,3% no concordaban con los datos consignados en la Historia Clínica del total de variables del registro HIS, que fueron omitidos en su llenado, el 38,4% fueron codificados en el proceso de crítica y codificación, del total de prestaciones de los programas estratégicos evaluados, sólo 77,7% cumplieron con registrar los estándares mínimos normados por el MINSA, el porcentaje de error en la codificación de la clasificación internacional de enfermedades, 10ª edición (CIE X) del HIS es del 14,33%(21).

En la región de San Martín se evaluaron los Sistemas de Información en Salud, en donde la calidad del dato, las discordancias entre la HC y el HIS y las omisiones son el principal problema, la omisión del dato 5,82%, omisión de codificación 4,93%, campos corregidos por crítica y codificación 27,6%, registros con inconsistencias 2,49%, error en la codificación 6,65%, registros con discordancia 14,13%; en cuanto al cumplimiento de estándares técnicos, en la estrategia de Crecimiento y desarrollo el total de estos datos suman un 72,48%(14).

Durante las practicas comunitarias, se ha observado que los sistemas de información en los establecimientos de salud son rutinarios, especialmente la información que se genera por atenciones diarias por distintos programas estratégicos de Salud, que muchas veces, suelen no concordar con la gran cantidad de registros que se forjan por prestaciones de servicios de salud.

Se observó también, que existe una gran cantidad de significantes traspiés principalmente en el Sistema de registro de las atenciones ambulatorias (HIS), en cuanto a su registro, codificación, concordancia con la historia clínica; etc.

Al respecto el personal de salud que se encargaba de digitar el registro de las atenciones ambulatorias (HIS), manifestó que los errores comunes durante el proceso de digitación son, la codificación en general debido a que se ejecutan 14 estrategias y programas en la atención al paciente ambulatorio, lo cual genera información errónea que en nada contribuye en la buena y oportuna toma de decisiones.

Por otro lado, señaló que los mayores errores comunes son cometidos por enfermería en las estrategias de crecimiento y desarrollo del niño sano e inmunizaciones, las significativas prestaciones de Salud también generan información legal e irremisible que ampara las atenciones brindadas por lo que deberían estar escritas en documentos privados de cada paciente.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de registro de los sistemas de información rutinarios en salud en programas en la atención de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones Microred Laraqueri Puno 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio es de sumo valor porque la falta de una apropiada información trae como emanación una variación de los sistemas de información propiamente dichos, puesto que no se podría identificar con veracidad los problemas y falencias que se presentan durante el registro de los mismos.

Un mal registro puede ser una herramienta atenuante de problemas legales originados por errores del personal que atiende al paciente, ya que esta información se vería alterada, estos registros se definen como la recopilación de datos del paciente, relacionados con su salud y con su enfermedad y la alteración de los mismos ocasionarían conflictos que enfrentarían a futuros investigadores que no podrían encontrar datos necesarios, porque se omitieron o extraviaron; como también alterar estadísticas de hechos vitales e información epidemiológica, puesto que se genera y utiliza una gran cantidad de información y los registros son un componente destacado en la toma de decisiones.

Sistemas de información rutinarios con errores no pueden ser confiables, oportunos y mucho menos integradores, ocasionan que el desarrollo de competencias en los niveles locales donde se inicia el proceso de la información falle; la falta de políticas institucionales y de una cultura organizacional muchas veces ocasionan carga laboral y no claridad de roles dentro de la institución y como consecuencia información de dudosa veracidad.

Además, manifiesta la realidad de los registros que realiza la enfermera durante la entrega de información que se hace al término de cada atención ambulatoria, siendo prueba única documental de las actividades, atenciones e información epidemiológica verídica que se realiza diariamente a pacientes, así mismo constituyen también documentos legales que respaldan las acciones y el trabajo de enfermería.

A partir de esta investigación se proyecta proveer información actualizada sobre los sistemas de información de registros rutinarios de salud elaborados por las Enfermeras que laboran en la Microred Laraqueri a fin de que las autoridades de esta institución puedan elaborar programas de adiestramiento y capacitación permanente, dirigido al personal profesional de Enfermería sobre los sistemas de información de registro HIS e Historia Clínica e incentivar el correcto registro en la entrega de información y de esta forma fomentar la buena praxis.

También pretende un aporte científico, una propuesta de mejora de la calidad de registro de datos, homogenizando criterios, incorporando nuevas formas de registro y consolidándolo como única fuente de información, con el propósito de instrumentalizar el soporte para la toma de decisiones; para el personal de salud que trabaja, y que pueda identificar errores comunes y transformarlos en un sistema único, integrador, moderno, flexible, confiable, oportuno, dinámico, que transforma datos en información y en conocimiento, los productores de la información que son los profesionales de la salud en este caso Enfermería a cargo de los pacientes serán conscientes de su rol como tomadores de decisiones frente al paciente y frente a su registro de atención diaria en el sistema de información, que implicara una mejora del servicio de salud.

Finalmente contribuirá en el área de investigación de Enfermería, pues además se observa el vacío de este tipo de investigación que aborde la problemática mencionada.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de registro de los sistemas de información rutinarios en salud en programas en la atención de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones Microred Laraqueri puno 2018

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la calidad de registro del sistema de información (HIS) en términos de omisión del dato, inconsistencia del dato, concordancia de datos, errores en la codificación, concordancia de los datos con la historia clínica y ajustes de la codificación.
- Identificar el cumplimiento de registro del sistema de información (HIS) según estándares de la atención.
- Determinar la calidad de registro del sistema de información (Historia Clínica).
- Identificar el cumplimiento de registro del sistema de información (Historia Clínica) según estándares de la atención.
- Determinar la calidad de registro del sistema de información según el uso de la información en términos de reporte de producción de la información rutinaria en salud y presentación de la información.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. CALIDAD.

Uno de los expertos más reconocidos, Donabedian, considera que la calidad es un atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud, la cual puede obtenerse en diversos grados y se define como el logro de los mayores beneficios posibles a partir de la atención (7). Según su concepto, la calidad consiste en proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas en todas las partes del proceso de atención, sin descartar los valores éticos ni las tradiciones de las distintas profesiones participantes (7) (24).

Evaluar la calidad en cualquier sentido no resulta sencillo, implica entre otras cosas el hecho de considerar que la calidad está determinada de manera muy personal, lo que cada persona usuaria interpreta o entiende por calidad en base a los resultados que de ella obtiene, la calidad de registro depende de procesos manuales que generan datos (25)

Existen diversas propuestas analíticas de la calidad en salud, el MINSA hace referencia a lo estipulado por Donabedian que plantea, que la calidad en la atención a la salud comprende tres dimensiones: la técnico- científica, humana y entorno (7): Dimensión técnico-científica, dimensión humana, dimensión del entorno (26).

Calidad técnica: expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución y cumplimiento de rutinas con destreza (24).

Indicadores de la calidad técnica según el MINSA: Describe la metodología de recolección de los datos (encuestas, registros, etc.) (27).

Calidad de registro: La calidad de registro influye en la efectividad de la práctica profesional, por lo tanto, los registros deben de cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia. Dichos datos registrados deben ser legibles y generar información útil, verdadera y oportuna para apoyar la gestión y la toma de decisiones en el sector salud además los registros de calidad comprueban si una organización cumple procedimientos y normas establecidas evidenciando las actividades efectuadas en los registros.

La calidad de registro estará determinada por la información desde la cual fue construida el registro, por lo cual siempre que se evalué la calidad de un registro determinado, debe tenerse en cuenta la base teórica desde la que fue construido (28).

La calidad de registros bajo un entorno multidisciplinario puede mejorar la práctica profesional, evidenciando un mejor desempeño. Los procesos de auditoría y retroalimentación tienen efectos favorables, sobre todo en el comportamiento; asimismo, su implementación (29).

2.1.2. CALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.

La calidad de los datos se reconoce como un concepto multidimensional en la salud pública y otros sectores, las decisiones de política, la gestión cotidiana del sistema de salud y particularmente la asignación de recursos a los servicios de salud, y por lo tanto las poblaciones, dependen de la calidad de los datos en el RHIS (30) (31).

El Ministerio de Salud verifica la calidad de los datos de RHIS mediante la validación de las bases de datos. La auditoría de calidad de datos aplicada por varios programas específicos es un método de control de calidad basado en la verificación de la consistencia numérica entre los datos de registro y los de los informes resumidos (31).

2.1.3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El Sistema de Información en Salud (SIS), según la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “es un mecanismo de colecta, procesamiento, análisis y transmisión de información necesaria para organizar y operar los servicios de salud y, también, para la investigación y/o planeamiento con visitas y control de dolencias” (32), son también mecanismos para gestionar sistemas interoperables con datos abiertos que provienen de diferentes fuentes, y que se utiliza de forma ética(33).

El sistema integrado de información en salud tiene por objetivo normalizar, integrar y organizar toda la información en salud disponible en sus sistemas de información, en un repositorio accesible y seguro, así como la distribución de la información de la forma más conveniente, para facilitar la toma de decisiones (34).

Sistema nacional de información en salud. La Organización Mundial de la Salud ha descrito al sistema de salud como un conjunto de bloques fundamentales que operan de manera interrelacionada para alcanzar los objetivos de mejorar la salud de la población, disminuir las brechas en salud y alcanzar la protección social en salud (35).

Componentes del sistema nacional de información en Salud. Deben trabajar de forma conjunta e integrada para asegurar el funcionamiento del sistema (36). En el Marco de la Red Métrica en Salud en sus 6 componentes, conforme el marco de la Red Métrica de la Salud se aplique en los países, los sistemas de información también pueden subdividirse en insumos, procesos y resultados (36) (37).

Insumos: Por insumos se entienden los recursos, que son pre-requisitos para el buen funcionamiento de los sistemas de información en Salud (37).

a. Recursos de los sistemas de información en salud. Los recursos son los marcos de referencia legislativo, normativo y de planeación, que son requeridos para el buen

funcionamiento de los sistemas de información en salud (38). Entre otros recursos necesarios podemos citar estadísticos: Logística, computadoras, software, hardware, conexión, ofimática, los recursos disponibles incluyendo los humanos (37).

Procesos: Por procesos se refieren al modo en que los indicadores y las fuentes de información son seleccionados y la forma en que los datos son recolectados y gestionados (37) (38).

b. Indicadores. Un conjunto básico de indicadores y metas relacionados con los determinantes de la salud, el estado de salud y el sistema de salud (39), es la base para establecer un plan y una estrategia para un sistema de información en salud (30).

Fuente: se define un conjunto básico de estándares para cada fuente, así como los elementos estratégicos utilizados para ajustarse a ellos (38).

c. Fuentes de datos. Las fuentes de datos pueden dividirse en dos categorías principales: 1) fuentes poblacionales (censos, estadísticas vitales/registros civiles y encuestas de población); 2) fuentes institucionales (registros individuales o expedientes clínicos, registro de servicios y registro de recursos) (38).

d. Gestión de datos. La gestión de datos engloba todos los aspectos ligados a su manejo de datos, desde la recolección, el almacenamiento y/o administración, el control de calidad y el flujo, hasta el procesado, la compilación y el análisis (37) (38).

Resultados: Los resultados se definen como efecto y consecuencia de un hecho, operación o deliberación se atañen a la producción, la difusión y el uso de información (39).

e. Productos de información. Los datos deben continuar el proceso para que finalmente genere un impacto en la salud (37).

f. Difusión y uso. Finalmente, la información debe ser utilizada para la toma de decisiones y asignación de recursos en salud (37).

2.1.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN RUTINARIOS

Son sistemas de información que registran las actividades básicas que se producen en la organización y suministran información que apoya las decisiones de los mandos de primer nivel. “sistema de información rutinaria en salud” es la recolección continua de datos sobre el estado de salud, comportamientos, intervenciones y recursos de salud. Las tareas están predefinidas con gran detalle y las decisiones son de carácter rutinario (37) (40).

El marco conceptual PRISM se basa en el supuesto de que la calidad de los datos y el uso de la información, un enfoque innovador para diseñar, fortalecer y evaluar los sistemas de información de salud de rutina (RHIS), enfatiza el desempeño de RHIS e incorpora determinantes organizativos, técnicos y de comportamiento del desempeño (31) (39).

a.1. Evaluación de la calidad técnica del sistema de información (calidad del dato):

Se evalúa la calidad del dato en las hojas de registro de atención ambulatoria (HIS), solo los campos que están ligados directamente a la atención de la persona. En estos campos se evalúa la omisión de la data, la inconsistencia de la data, los errores en la codificación, la concordancia de los datos con la historia clínica, los ajustes de la codificación por los estadísticos y el cumplimiento de los estándares básicos de atención en el control de crecimiento y desarrollo, en la planificación. (21) (22).

a.2. Uso de la información en establecimiento de salud: Para evaluar el uso de la información se inicia el proceso mediante la emisión de reportes por los estadísticos, la regularidad de los mismos y la existencia de retroalimentación por parte de los que analizan la información, los indicadores que utilizan para el análisis de la información y los resultados generados por estas evidencias, es decir los planes de acción que se toman en el establecimiento de salud, tanto para la información como para la mejora del estado de salud de la población (21) (22).

2.1.5. REGISTROS EN SALUD

Es la descripción detallada de los datos relativos a la salud de una persona; es la base del sistema de información de la atención del paciente y un medio de comunicación entre médicos y otros profesionales que colaboran con ella. Si está bien estructurado y completo facilita la medición de la calidad y eficiencia de la atención brindada. Sirve además para proteger los aspectos médico - legales tanto del paciente, del dentro de salud o del cuerpo médico y provee datos para la investigación, educación, la administración, la planificación y la evaluación de las acciones en salud.

Como parte de un sistema de servicios de salud, su importancia radica en que constituye la base del sistema de información, para determinar el estado de salud, probar factores asociados con ella, conocer la utilización de recursos humanos y tecnológicos y evaluar la calidad de los servicios y acciones en salud (41).

2.1.5.1. REGISTROS DE ENFERMERÍA

El registro consiste en la comunicación por escrito de los hechos esenciales para conservar una historia continua de sucesos durante un periodo determinado (42).

Son anotaciones diarias que realiza el personal de enfermería en su jornada laboral con el propósito de comunicar los aspectos técnicos y clínicos referidos a la atención del paciente o cuidados de enfermería (43). Avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación y evita errores (44).

Un sistema de documentación que forma parte de todo un registro del paciente y que provee la documentación formal de la interacción entre el enfermero(a) y la persona. Es además la forma en que los profesionales de Enfermería y otros profesionales de salud se comunican (45) (46).

Sistemas de registro de enfermería: Los sistemas de registro de Enfermería son importantes y fundamentales en el quehacer diario, claves al momento de justificar,

responsabilizar y respaldar decisiones y actividades inherentes al rol; sustentan la profesión como disciplina, sobre todo establece un método para realizarlos (47).

2.1.5.2. CRITERIOS DE REGISTRO

Contenido: Es la información que presenta algo que se contiene dentro de una cosa compuesto por distintos datos y temas: Aceptar el registro prospectivo; estar abierto a todos los posibles escritos; capaz de recopilar y mostrar públicamente el conjunto de datos de registro de prueba de la OMS; esforzarse por mantener la información registrada; nunca elimine una prueba una vez que haya sido registrada (48) (49).

Calidad y validez: Herramientas básicas e importantes para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que la misma sea comparada con cualquier otra de su misma especie: Disponer de un mecanismo para garantizar la validez de los datos registrados, los registros deben tener procesos establecidos para maximizar la posibilidad de que los datos registrados estén completos y sean precisos (la persona que registra el juicio existe y es el registrante responsable apropiado, el juicio existe, los datos presentados están completos) (50) (49).

Accesibilidad: se refiere a que es de fácil acceso por cualquier persona, característica que permite que los entornos, los productos, y los servicios sean utilizados sin problemas por todas las personas: Asegurarse de que el conjunto de datos de registro (accesible al público sin costo, búsqueda electrónica, disponible en inglés), permitir que los solicitantes de registro accedan, que el registro se busque en cualquier momento del día, cualquier día de la semana (49) (51).

Identificación inequívoca: Pertenecen a un solo paciente y que serán los que se identifiquen: Disponer de procesos para evitar el registro de un solo ensayo más de una vez en su base de datos, facilite la vinculación retrospectiva (o puente) en el Portal de búsqueda de la OMS (49) (52)

Capacidad técnica: Entregar una descripción y organigrama en donde esté claramente la información que acredite el cumplimiento de los requisitos exigidos: enviar el conjunto de datos de registro para todos los registros de su registro, en inglés, al depósito central, acceso a una base de datos que se utiliza para almacenar y administrar los datos enviados, demostrar que tienen acceso a un soporte adecuado de tecnología de la información, seguridad adecuada y otras disposiciones contra la corrupción y pérdida de datos (53) (49).

Administración y Gobernanza: la administración significa dirigir hacia algunas metas colectivas, la gobernanza es el diseño e implementación de políticas dirigidas a objetivos específicos, políticamente definidos: Tener al menos un mandato nacional y el apoyo del gobierno dentro del país (o región) para actuar como Registro; divulgar públicamente la propiedad, la estructura de gobierno y el estado sin fines de lucro; ser administrado por una agencia sin fines de lucro; en caso de que un registro deje de funcionar, el registro acuerda que al menos el Conjunto de datos de registro de ensayos de la OMS (original y actualizado) sea adecuado; es deseable que tengan una estrategia que aborde la sostenibilidad a medio y largo plazo del registro (54) (49).

2.1.6. REGISTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA(HIS)

Los Sistemas de Información han adquirido un rol fundamental en la generación del conocimiento que pueda satisfacer las necesidades que plantea el Desarrollo Institucional; en este sentido el Sistema de Información en Salud – HIS (en el idioma original, Health Information System), herramienta indispensable que garantiza, el adecuado registro de las actividades de salud, contribuyendo a mejorar la calidad de registro de datos, homogenizando criterios, incorporando nuevas formas de registro y consolidándolo como única fuente de información, con el propósito de instrumentalizar el soporte para la toma de decisiones además de ser un instrumento potente para mejorar la eficiencia y

eficacia del trabajo institucional, la actualización del registro y codificación del sistema de información en salud(55) (56).

Datos que se almacenan, procesan y se interpretan para; llevar un control de los servicios prestados a los usuarios, obtener estadísticas, obtener datos epidemiológicos, elaborar perfiles, establecer los costos de la atención prestada a cada paciente, etc. (55).

Finalidad: Debe servir como fuente de información básica de la atención ambulatoria diaria brindada a las personas que acuden a los establecimientos de salud, de las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud del País (56).

Del control de calidad del registro y codificación: El control de calidad de la información del sistema se realiza en los diferentes niveles y momentos según corresponda, El primer momento del control de calidad es posterior al registro y codificación de la actividad, esta es realizada por el personal de estadística del establecimiento de salud y debe ser rutinario, día a día a fin de evitar sobrecarga en la cantidad de registros a ser evaluados, de identificarse un problema en la calidad, ya sea de registro o codificación debe hacerse de conocimiento del personal responsable de la actividad, (proceso de interacción que a través de la mejora continua permite optimizar la calidad). Segundo momento, al realizar el almacenamiento (digitado) de la información en el aplicativo informático, permite evaluar la calidad de la codificación fundamentalmente, a través de algoritmos establecidos en el aplicativo informático, este proceso es realizado por el personal de estadística encargado de la digitación de la información (punto de digitación) (56).

Fecha de envío de información: Se establece de acuerdo a lo establecido por la Oficina de Estadística e Informática de la región según niveles administrativos (redes, Micro redes, establecimientos puntos de digitación). Al MINSA se remitirá cada 15 del mes siguiente (56).

Monitoreo: Los establecimientos de salud y los diferentes niveles administrativo organizacional deben tener un equipo responsable del monitoreo, análisis y control de calidad del sistema de información HIS (56).

Instrumento de recojo de datos: “Registro diario de atención y otras actividades de salud”, por intermedio de este se traslada la información generada en la consulta al sistema informático. El formulario en su diseño presenta dos partes principales, los Datos Generales y los Datos específicos estos se encuentran distribuidos en casilleros enumerados y descritos respectivamente (56).

Responsabilidad del registro: corresponde a la persona que realiza la atención o desarrolla la actividad y debe hacerse en el momento que se produce la atención o se realiza la actividad de salud correspondiente (56).

Acopio y procesamiento de registros: Es de responsabilidad del personal de salud asistencial la entrega oportuna de los formularios al punto de digitación para su procesamiento y la disponibilidad de la información está en relación a la entrega oportuna de los formularios al punto de digitación. Cada establecimiento de salud es responsable de archivar los formularios en un lugar adecuado, evitando su deterioro y manteniéndolas de acuerdo a las normas de archivo (56).

2.1.7. VARIABLES DEL REGISTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA (HIS) EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO E INMUNIZACIONES

Datos específicos:

Son datos particulares a cada atención y/o actividad de salud, que cambian de acuerdo a las características individuales de cada uno de los pacientes en el caso de las atenciones; o de los grupos de pacientes en las actividades de salud.

1. Día de la Atención: En el casillero que corresponde registre con números arábigos el día en que se realiza la atención.

2. Documento de Identidad, Número de Historia Clínica y Ficha Familiar:

a) Documento de Identidad (DNI/Carné de Extranjería): Registre el Número de Documento de Nacional de Identidad (DNI) del paciente en el caso de que sea PERUANO y Número de Carné de Extranjería etc. en el caso de que sea EXTRANJERO.

b) Número de Historia Clínica/ Ficha Familiar: Registre el dato de acuerdo a la naturaleza de la actividad que se realiza, de tal forma que:

En una Atención: Registre el número de la Historia Clínica o Ficha Familiar de la persona que recibe la atención o actividad; si fuera el caso de Fichas Familiares, al número asignado a la ficha familiar separe con un guion el número correspondiente a cada integrante del hogar. Ejemplo: 142543-01

3. Financiador de Salud: Registre el código que corresponda al tipo de financiador que subvenciona la atención del paciente La prestación de salud puede ser cubierta por uno o más financiadores según la siguiente codificación: 1 Usuario, 2 Seguro Integral (SIS), 3 Es salud, 4 Soat, 5 Sanidad FAP, 6 Sanidad Naval, 7 Sanidad EP, 8 Sanidad PNP, 9 Privados, 10 Otros, 11 Exonerado

4. Pertenencia Étnica: Registre el código que corresponda al tipo de etnia a la que corresponda el paciente (ANEXO 02). Facilitar el registro sistemático de las poblaciones étnicas para conocer su perfil epidemiológico y con ello hacer posible la disminución de indicadores de morbilidad y mortalidad.

5. Distrito de Procedencia del Paciente (residencia los últimos 06 meses): Registre de acuerdo a las siguientes indicaciones.

En una Atención: El distrito del domicilio actual del paciente en el momento de la atención. Se considera a una persona residente de un distrito cuando tenga permanencia estable a partir de los 06 meses.

6. Centro Poblado: Si cuenta con el dato registre el nombre del Centro Poblado de residencia del paciente.

7. Edad: Registre en valores numéricos y enteros, seguido del identificador del tipo de edad (días, meses o años de la persona atendida)

En una Atención: Registre en la edad cumplida del paciente, colocando en números si ésta es referida a días (D), meses (M) o años (A), es decir: D = desde 01 día hasta los 29 días de edad. M = desde 01 mes hasta los 11 meses de edad. A = a partir de 01 año En el caso del recién nacido de horas registre 01 día.

8. Sexo: En una Atención: Marque “X” en el casillero correspondiente a M si la persona atendida es de sexo masculino, F si la persona atendida es de sexo femenino.

9. Perímetro Cefálico y Perímetro Abdominal:

a) Perímetro Cefálico: Es la medida de la cabeza en su parte más ancha, de tal forma que el borde inferior de la cinta métrica pase por el arco superciliar a la altura de las cejas, sobre el pabellón auricular y por la prominencia occipital. Normalmente se expresa en centímetros (cm). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 cm.

b) Perímetro Abdominal: Es la medida de la circunferencia abdominal que se realiza para determinar el riesgo de enfermedades no transmisibles. Normalmente se expresa en centímetros (cm). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 cm.

10. Evaluación Antropométrica Hemoglobina:

a) Peso: Es la medición antropométrica de la fuerza de atracción a la tierra del cuerpo de una persona, que es utilizado para la valoración del estado nutricional. Normalmente se expresa en kilogramos (kg). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 kg.

b) Talla: Es la medición antropométrica de la longitud o estatura de una persona, que es utilizado para la evaluación del crecimiento y valoración del estado nutricional. Normalmente se expresa en centímetros (cm). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 cm.

c) Hemoglobina: Es una proteína compleja, constituida por el grupo hem (que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito) y una porción proteínica (la globina, compuesta por cuatro cadenas polipeptídicas: dos cadenas alfa y dos cadenas beta). Es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo. Normalmente se expresa en gramos por decilitros (g/dL). Se debe leer y registrar el valor de la medida con una aproximación de 0.1 g/dL.

d) Fecha de Hemoglobina: Es la fecha de entrega de resultado de laboratorio de hemoglobina, su utilidad radica en que permite identificar en el tiempo el resultado y evita la duplicidad si es registrado en más de una ocasión por diferente personal de salud.

11. Al Establecimiento

En una Atención: Marque “X” en la letra que define la condición del paciente respecto al establecimiento:

- **Nuevo (N):** Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención de salud en el establecimiento de salud.

- **Continuador (C):** Es aquella persona que acude a atenderse en el establecimiento por segunda o más veces en el año.

- **Reingreso (R):** Es la persona que acude por primera vez en el año al establecimiento, pero ya ha sido atendida anteriormente en el establecimiento de salud en años anteriores.

12. Al Servicio:

En una Atención: Marque “X” en la letra que define la condición del paciente respecto al servicio:

- **Nuevo (N):** Es la persona que por primera vez en su vida acude a solicitar atención de salud en el servicio.
- **Continuador (C):** Es aquella persona que acude a atenderse en el servicio por segunda o más veces en el año.
- **Reingreso (R):** Es la persona que acude por primera vez en el año al servicio, pero ya ha sido atendida anteriormente en el servicio de salud en años anteriores.

13. Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud

En el caso de enfermedades, en el primer casillero debe registrarse el motivo de consulta o atención por el que acude el usuario, teniendo especial cuidado en hacerlo con letra clara y legible. No se deben utilizar abreviaturas ni siglas. En el caso de registro de otras actividades de salud, siga las instrucciones que se dan en el presente Documento Técnico de acuerdo a la actividad desarrollada.

En una Atención: Anote el o los diagnósticos de morbilidad o estado de salud de la persona, la condición de riesgo, daños externos y causas de daños, siendo posible anotar “n” diagnósticos y/o actividades.

14. Tipo de Diagnóstico

Marque con “X” solo una vez en una de las opciones para cada diagnóstico y/o actividad de salud e acuerdo a lo siguiente:

En la Morbilidad:

- **Presuntivo (P):** Se usa cuando no existe una certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.
- **Definitivo (D):** Es el caso en el que existe la certeza de diagnóstico por clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo proceso de la misma morbilidad en un mismo paciente.

• **Repetido (R):** se marca cuando el paciente vuelve a ser atendido por el seguimiento de un mismo proceso o evento en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

15. Laboratorio (Lab): Este casillero debe ser llenado por el personal Asistencial. Su uso está sujeto a las consideraciones específicas de cada estrategia que se detallan en los ejemplos de registro. Este casillero tiene varios usos de acuerdo a las siguientes actividades de salud: el número de dosis de vacunas, controles de tratamiento, gestantes, niños, etc., número de sesiones en actividades profilácticas, insumos de Planificación Familiar, número de participantes en actividades de capacitación, sesiones educativas, sesiones demostrativas, etc., actividades de seguimiento (controles, número de visitas), en actividades en animales, se registra la cantidad de animales. También se registran otras consideraciones especificadas en el desarrollo de las actividades de las diferentes estrategias sanitarias nacionales y etapas de vidas.

16. Código CIE10 y CPT:

Este casillero debe ser llenado por el personal de salud que realizó la actividad:

La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10): ofrece una manera de poder registrar una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, quejas y circunstancias de tipo social que están ocupando el lugar de los diagnósticos en los registros de salud (56).

2.1.8. INDICADORES DEL REGISTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA (HIS)

2.1.8.1. OMISIÓN DEL DATO:

Indicador del Sistema de información rutinaria de atención ambulatoria (HIS) (22); Si no es a propósito, es una falta administrativa, pero si es a propósito, es un delito (57). La omisión de datos sobre algún diagnóstico es un dato trascendental que derivado en la no asunción puede ocasionar pagos por indemnización, todas las circunstancias por él

conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo (58). La omisión por parte el profesional es mala praxis, cuando este no cumple con el deber a que está obligado lo que puede ocasionar daño al paciente: Ej. Examen clínico incompleto; prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión que da como resultado cierto perjuicio a éste; o también cuando el profesional a través de un acto propio de su actividad, y en relación causal y con culpa produce un daño determinado en la salud de un individuo este accionar produce daño no justificable.(59)

Delito de omisión en salud pública

Existe una problemática en el personal asistencial y administrativos de las instituciones públicas del sector salud, debido a que se crea una confusión en que los citados profesionales debe guardar como secreto profesional en caso tengan conocimiento de un hecho que constituye delito. Se admite la posibilidad que los trabajadores y profesional de la salud pueda comunicar sobre la comisión de un delito, para que se pueda dar la investigación respectiva. Los protocolos de atención que ha sido elaborados por el Ministerio de Salud han sido referentes a la atención a los pacientes y a los actos que pueden ser catalogados por negligencia médica. Es así como dicha política es insuficiente para atender a la población vulnerable. Asimismo, se requiere un protocolo para los trabajadores administrativos de las instituciones públicas del sector salud para que puedan poner en conocimiento de las autoridades competentes cualquier hecho que se considere como evento delictuoso. Es necesario otorgar responsabilidad penal en las autoridades de las instituciones públicas del sector salud o los centros de salud. En el presente caso el Bien Jurídico protegido es la Salud Pública (60)

Clases de omisión

Omisión propia o propiamente dicha: así como la acción es un obrar positivo, un hacer, la omisión, en cambio, consiste en un no hacer, en un no actuar, en un abstenerse. En el

fondo se trata de la omisión de auxilio u omisión del deber de socorro: es abstenerse a prestar ayuda a quien se encuentra en una situación de peligro grave y manifiesto (61). La doctrina subraya que la omisión se refiere a deberes legales de actuar y no a deberes puramente morales (62).

Omisión impropia o comisión por omisión: También consiste -como la omisión propia- en un no hacer, pero esta conducta omitida produce un cambio en el mundo exterior, esto es, produce una mutación de la realidad objetiva. En este tipo comisivo se quebranta una ley prohibitiva mediante la infracción de una ley preceptiva (62).

El requisito es que se trate de un delito o falta que «consista» en la producción de un resultado. Este requisito no sólo exige un resultado, sino que precisa que el delito «consista» en él, lo que evidentemente restringe el ámbito de la comisión por omisión (62).

2.1.8.2. INCONSISTENCIA DEL DATO

Una base de datos está inconsistente si dos datos que deberían ser iguales no lo son. Por ejemplo, un empleado aparece en una tabla como activo y en otra como jubilado. Sólo se produce cuando existe redundancia de datos. La inconsistencia consiste en que no todas las copias redundantes contienen la misma información. Así, si existen diferentes modos de obtener la misma información, y esas formas pueden conducir a datos almacenados en distintos sitios (63). El problema surge al modificar esa información, si lo sólo cambiamos esos valores en algunos de los lugares en que se guardan, las consultas que hagamos más tarde podrán dar como resultado respuestas inconsistentes (es decir, diferentes). Puede darse el caso de que dos aplicaciones diferentes proporcionen resultados distintos para el mismo dato (64) (65).

2.1.8.3. CONCORDANCIA DE DATOS:

Consiste en comparar las opiniones, juicios o resultados emitidos u obtenidos por dos personas diferentes o por la misma persona en dos ocasiones diferentes (66).

Consiste en la precisión de un procedimiento que se ve afectada por dos factores fundamentales: la variación propia del instrumento o procedimiento y la variación del examinador: En el análisis de concordancia con datos categóricos la situación más sencilla se tiene cuando son dos los observadores que clasifican a un grupo de individuos en dos o más categorías, coincidencia o armonía entre dos cosas (67). Se llama concordancia a la anuencia, el consentimiento o la correspondencia que existe entre dos elementos. Por lo tanto, según los conceptos anteriores se entiende que discordancia es el desacuerdo, contrariedad o desconformidad de una cosa con otra sobre un mismo resultado.

Suele asociarse a un intercambio privado, donde una persona A le escribe a una persona B y ésta le responde. En algunos casos, sin embargo, la correspondencia se vuelve pública, ya sea por voluntad de los involucrados (con una carta abierta) o por la fama de estos (cuando se publica el intercambio de correspondencia entre personajes célebres) (67).

2.1.8.4. LOS ERRORES EN LA CODIFICACIÓN.

En el proceso de transmisión de la información se puede presentar distorsión sobre las señales que llevan esa información, lo cual da origen a múltiples errores (68). No aplicarlo de forma adecuada provocará la pérdida de información codificada, acto de la codificación es el intento de normalizar y/o protocolizar la codificación desde el punto de vista de la CIE-10 (69) (70).

El decodificador después de la recepción puede realizarse de forma que la palabra codificada recibida se identifique con la palabra permisible que se encuentre con ella. Si

el receptor encuentra que el código que llegó es una palabra prohibida, detecta que hubo un error y pide retransmisión. En un sistema de transmisión de datos la información es muy vulnerable y propensa a errores. Los métodos de detección de errores permiten conocer si hubo o no un error en la cadena de datos recibidos, pero no están en condiciones de subsanar dichos errores. Entonces, cuando se detecta un error por medio de un método de detección de errores, la manera de reparar la información es que el receptor pida una retransmisión de la información.

Por medio del código de corrección de errores de Hamming es posible no solo detectar, sino también enmendar los errores ocurridos sobre la cadena de información en el receptor. La detección y corrección de errores en un sistema de transmisión de información depende de la inclusión de redundancia sobre la cadena de transmisión, es decir, a los datos se les añade información que permite dar una pequeña descripción de los mismos datos. La cantidad de errores a detectar o corregir en un sistema con código de Hamming depende de la distancia de Hamming “d” (70).

2.1.8.5. LA CONCORDANCIA DE LOS DATOS CON LA HISTORIA CLÍNICA.

Una cuestión fundamental es evaluar si estos datos generados con fines asistenciales pueden ser válidos como fuente de información epidemiológica (71); Por definición, la historia clínica es la relación de los eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. Además, se registran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado (72).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera la Historia Clínica como un conjunto de formularios en los cuales se registran en forma detallada y ordenada las observaciones relacionadas con la salud de una persona (71). La historia clínica es una de las formas de registro, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas

en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. El uso de soportes informáticos, ópticos o de cualquier otra naturaleza tecnológica debe garantizar su autenticidad, integridad y conservación en la Historia Clínica.

El análisis cualitativo: Es la revisión de la Historia Clínica para asegurar que ésta contiene datos suficientes para justificar el diagnóstico, tratamiento y el resultado final, que todas las opiniones estén debidamente fundamentadas; que no existan discrepancias ni errores. A si mismo, que el registro sea con letra legible, consignado el nombre, firma y sello del personal de salud que presta la atención. Es de responsabilidad del comité de Historia Clínica (73).

2.1.8.6. LOS AJUSTES DE LA CODIFICACIÓN POR LOS ESTADÍSTICOS

Se utiliza para realizar cambios en las variables seleccionadas del fichero de datos y crear nuevas variables basadas en valores que ya existen. Estos cambios son temporales y se guardan al salvar el fichero de datos, el ajuste acomoda algo a otra cosa, de suerte que no haya discrepancia entre ellas (74) (75). Codificar datos es asignar números a las modalidades observadas o registradas de las variables que constituyen la base de datos, así como asignar código (valor numérico) a los valores faltantes (aquellos que no han sido registrados u observados)

Depuración: Depurar una base de datos consiste en detectar los valores anómalos y tratarlos de manera que no distorsionen los resultados del análisis de datos. El tratamiento puede consistir en eliminarlos o asignarles números de código que los identifiquen.

Transformaciones: Una vez grabados, los datos pueden ser transformados para facilitar su análisis. Algunas de las transformaciones más corrientes consisten en recodificar variables, definir nuevas variables a partir de variables existentes, reemplazar los valores perdidos (76)

2.1.9. HISTORIA CLÍNICA.

La Historia Clínica es el conjunto de documentos relativos al proceso de asistencia y estado de salud de una persona realizado por un profesional sanitario, permite el acceso y el ingreso de información clínica, gestión de resultados, prescripción electrónica, inclusión de sistemas de apoyo en la toma de decisiones, conectividad con otros centros hospitalarios de la red y con Atención Primaria y explotación de los datos clínicos, hablamos de historia clínica como pilar básico de la actividad sanitaria asistencial. La función principal de la historia clínica es la clínico-asistencial y deriva del motivo por el que se genera: la necesidad de tener agrupada toda la información sobre una persona, necesaria para el tratamiento o prevención de la enfermedad (77).

Características generales de la Historia Clínica: En la historia clínica es donde la destreza, los conocimientos y la experiencia del personal médico suelen ser puestas a prueba y con más rigor. La información contenida puede obtenerse por diferentes vías a través del método clínico y trabajo semiológico, a saber: Anamnesis, exploración física o clínica, Juicios de valor tratamiento prescrito (78).

2.1.9.1. ESTÁNDARES DE CONTENIDO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO E INMUNIZACIONES.

Nº de Historia Clínica: Toda Historia Clínica debe ser única, con todos sus documentos tiene carácter confidencial. Por lo tanto, todos los profesionales que tienen acceso a dicha información en su actividad diaria, tienen la obligación de mantener la confidencialidad. En caso de utilización de algunos de los datos de la historia clínica con fines docentes, epidemiológicos, etc., debe hacerse sin revelar ningún dato que pueda identificar al paciente. Normalmente, en la mayoría de hospitales está establecida una normativa de acceso a la documentación clínica para los profesionales que trabajan en el centro. (78)

El propósito de la numeración de historias es facilitar la identificación de los documentos

relativos a una persona, característica importante en el caso de nombres idénticos o similares; agilizar el proceso de archivo; ayudar a conservar el carácter confidencial de las historias.

Apellidos y Nombres: Nos dice de quien se trata, dato de identificación, dato de filiación, el apellido es el nombre antroponímico de la familia con que se distingue a las personas (79).

Fecha de Nacimiento, lugar de Nacimiento: Figura el año y el mes, noción del año en que nació, como del lugar puede hablar de alguna epidemia conocida, fecha de nacimiento, muchas veces se utiliza para identificar al paciente. También la expresión “de nacimiento” para referirse a algo que “se nació con” como, por ejemplo, un lunar de nacimiento, una enfermedad de nacimiento o una característica de nacimiento (79) (80).

Procedencia: Lugar de residencia Actual y anteriores Interesa por algunas patologías ligadas a ciertas zonas, su raza, su situación económica (79).

Dirección: Ciudad, provincia, calle, numero, incluyendo teléfono del paciente o de algún familiar; con fines de localizar al paciente por riesgo de vida, muerte, datos de urgencia, consulta domiciliaria (79).

Datos del Padre/Madre o apoderado: si es menor de edad, dato importante; fundamental como identificar nombres y apellidos, documento de identidad, estado civil, ocupación; para identificar factores de riesgo como antecedentes laborales, etc. Muchas veces para identificar quien se hace cargo del menor de edad (79) (80).

Antecedentes perinatales: se deben consignar todas las enfermedades que tuvo, partiendo desde la gestación; La anamnesis del recién nacido está orientada a buscar todos aquellos factores que la puedan alterar, la mayoría de los embarazos tienen una evolución fisiológica y se trata de un evento normal, existen determinados factores durante el

embarazo que pueden afectar el desarrollo del bebé. Para evaluarlos, se tiene en cuenta diversos tipos de información (79) (80).

Antecedentes Familiares: Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia (81), los miembros de una familia comparten sus genes, así como el medio ambiente, el estilo de vida y sus costumbres. Todos podemos reconocer rasgos como un cabello ondulado, hoyuelos, ser delgado o la destreza física que puede verse en la familia. Los antecedentes de enfermedades familiares son únicos para cada persona. Factores clave en los antecedentes familiares que pueden aumentar el riesgo son: enfermedades que aparecen en más de un familiar cercano, enfermedades que por lo general no afectan a uno de los sexos en particular (por ejemplo, el cáncer de mama en un varón), ciertas combinaciones de enfermedades dentro de una familia (por ejemplo, cáncer de mama y de ovarios o afecciones cardíacas y diabetes) (82).

Fecha, Hora: se consigna en números la fecha en días meses y año, la hora en números enteros (horas) y minutos de la enfermedad actual, de la atención brindada, dado que muchos eventos dependen de la fecha y la hora, tener está desfasada hace que el sistema funcione mal y en algún caso al contrario de lo que se quiere (79).

Edad: en los lactantes (se considera lactante al paciente hasta el año de vida) y en los menores de dos años se registra en meses, si no llega al año, o el año, seguido de los meses si lo supera) edad: 8 meses (si no llega al año); edad: 1 año y 6 meses (si supera el año). La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona (80).

Sexo: características genotípicas y fenotípicas presentes en los sistemas, funciones y procesos del paciente que debe coincidir con lo anotado en el examen físico; prevalencia de enfermedades dependiendo del sexo con. Las personas son clasificadas en referencia a su sexo para asignarlas a su género (79).

Descarte de signos de alarma: Durante el control del crecimiento y desarrollo se identifican los diferentes factores de riesgo que pudieran influir o afectar el óptimo crecimiento y desarrollo infantil; cuando se examina a un niño y se identifican síntomas o signos poco claros y que puedan ser asociados con malignidad, la gran mayoría de los errores en el diagnóstico se deben a la falta de una anamnesis, una historia clínica y un examen físico completos, así como a la equivocación común de no tomar en cuenta o no darle la importancia que merece a algún síntoma que los padres relatan (80)(83).

Antropometría: Es una técnica sistematizada de medir y realizar observaciones en el cuerpo humano, en el esqueleto y demás órganos, utilizando métodos adecuados y científicos (84).

- **Peso:** Mide la masa corporal total de un individuo, es una de las medidas antropométricas más frecuentemente utilizada en la evaluación del estado nutricional, es una medida muy popular en cualquier población

- **Talla:** Mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones). La talla, o medida en centímetros de la altura de cada persona es otra de las mediciones antropométricas que se realizan a la hora de una valoración nutricional, su medición se hace con la ayuda de un tallímetro (85).

Identifica factores de riesgo: los factores de riesgo, sociales y medio-ambientales, que a la luz de la evidencia afectan el desarrollo infantil y que deben tomarse en cuenta durante el control de crecimiento y desarrollo; (niña o niño sin controles, en adopción, cuidador estable, discapacidad, comportamiento alterado del sueño). Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño (80).

Motivo de consulta: Un motivo de consulta es la “razón” del porqué se solicita la intervención de un especialista de la salud; por lo general, son los padres quienes solicitan una evaluación para su hijo porque identifican en él algo que consideran un “síntoma anormal”, o porque alguna otra persona, por ejemplo, una maestra o autoridad en la escuela, les señala que el pequeño tiene problemas. Se debe interrogar al paciente sobre la causa o motivo por el cual concurre, se preguntan una serie de interrogantes que deben ser registradas de la manera más escueta posible. Pueden seguirse métodos: anotar los datos recogidos tal como los dijo el paciente, con sus palabras; anotar los datos con lenguaje técnico (79) (80).

Examen Físico: se realiza en cada control de crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño, utilizando diversas técnicas e instrumentos, una vez finalizado el interrogatorio, en la historia clínica deben ser registrados los datos que se obtienen mediante maniobras semiológicas básicas; así se comenzara a anotar los datos surgidos del examen de cabeza a caudal, observar a la niña o niño en busca de algún signo de alarma y explorar a través de preguntas sencillas al adulto responsable de la niña o niño, sobre aspectos relacionados con la integridad física y emocional de la niña o niño; si el niño o niña ya habla es necesario incentivar su participación en la entrevista; función visual, auditiva, descarte de enfermedades prevalentes, cumplimiento del calendario de vacunación y esquema de suplementación de hierro, evaluación del crecimiento y estado nutricional, evaluación del desarrollo, tamizaje de violencia y maltrato, evaluación bucal, evaluación ortopédica (80).

Diagnostico Nosológico o sindrómico: una vez finalizado el examen físico tendremos que estar en condiciones, en primer lugar, de emitir un diagnostico sindrómico, implica el análisis de los datos recolectados durante la valoración los cuales permitirán identificar problemas reales y/o potenciales. Una identificación correcta del diagnóstico

proporcionara una intervención eficaz; del control de crecimiento y desarrollo considerando tendencia y velocidad del proceso clasificarlo en; adecuado, inadecuado; recién nacido: peso para la edad gestacional (80).

Factores condicionantes de la Salud, nutrición y desarrollo: observaciones con relación a la valoración nutricional, índice nutricional de ganancia de peso y talla por mes y/o día; luego del nacimiento en los siguientes meses, además de los indicadores antropométricos, se realiza el cálculo de la ganancia de peso y talla de la niña y del niño según formulas; peso al nacer; bajo peso o desnutrición global; desnutrición aguda; talla baja o desnutrición crónica, sobrepeso, obesidad (80).

Condiciones del crecimiento y estado nutricional: crecimiento adecuado: condición de la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad; crecimiento inadecuado: condición de la niña o niño que evidencia a no ganancia (aplanamiento de la curva de crecimiento), o ganancia mínima de longitud o talla, en el caso del peso incluye perdida o ganancia mínima o excesiva (80).

Condiciones del desarrollo psicomotor: para cada escala de evaluación del desarrollo psicomotor, se obtiene los diagnósticos por intermedio de procedimientos; por el perfil del desarrollo psicomotor, por el coeficiente de desarrollo en la escala de evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) para la niña y niño de 0 a 24 meses; para el diagnóstico del tamizaje para el desarrollo del test peruano de evaluación del desarrollo del niño (TPED) para el niño de 0 a 30 se obtiene desarrollo normal, adelanto del desarrollo psicomotor, trastorno del desarrollo, riesgo para trastorno del desarrollo; en el test de evaluación del desarrollo psicomotor (TEPSI) para el niño de 2 a 5 años el diagnóstico

de interpretación se clasifica por puntaje T: normal, riesgo, retraso; por perfil del desarrollo psicomotor: coordinación, lenguaje y motora (80) (86).

Tratamiento y/o indicaciones: o intervención involucra actividades y/o acciones a seguir del control del crecimiento y desarrollo que debe ser acompañada por una consejería, entrega de micronutrientes y vitaminas, tratamiento de parasitosis y anemia (80).

Acuerdos y compromisos negociados con la madre Y/O cuidador: Palabra dada, reunión en este caso enfermera-padre y/o apoderado sobre la salud del niño, dar sugerencias, ofrecer ayuda practica; lactancia materna, nutrición, salud bucal; programar sesiones demostrativas, citas programadas (80).

Exámenes auxiliares: Los exámenes complementarios son aquellos que complementan la información, exámenes de laboratorio; hemoglobina, parasitosis, etc (80).

Próxima cita Señalamiento, asignación de día, hora y lugar para verse, seguimiento de las niñas y niños se utiliza un sistema de citas programadas de mutuo acuerdo con la madre, padre o cuidador, misma que se incrementa cuando se identifiquen riesgos o problemas, visitas domiciliarias (80).

Tablas de Crecimiento y desarrollo: El Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) es el control de salud periódico por el que todos los niños y niñas menores de cinco años de edad deben pasar. Estos se brindan en las postas del Ministerio de Salud, de acuerdo a un cronograma establecido según la edad de la niña o el niño. Además, el personal de salud puede identificar alteraciones en el crecimiento, detectar de manera oportuna presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y rápida intervención. (87).

Observaciones: Aclaración escrita que se hace para corregir un error o duda, acción y efecto de observar; programación de citas con intervalos de 7 días, de acuerdo a la necesidad, hasta la recuperación de problemas de crecimiento y nutricionales (80).

Datos del profesional responsable: se consigna la firma sello del profesional responsable de la atención debido a las implicaciones legales que conllevan (80).

2.1.10. USO DE LA INFORMACIÓN.

Esta es la primera unidad de acopio de información, que, además, se convierte en el primer escalón de la administrativa del sistema de salud con capacidad para tomar decisiones, razón por la que aquí, se evalúan el uso de la información y la retroalimentación a los establecimientos de salud, determinar el nivel actual de desempeño de los sistemas de información que se usarán para la revisión continua del desempeño de los sistemas (22).

La información se usa para el desarrollo de las políticas, la planeación, la gerencia del sistema de salud y la abogacía, tanto en los establecimientos de salud como en las Direcciones Regionales, se observan cinco elementos. En los establecimientos de salud los elementos observados son: recolección y reporte de datos, despliegue, análisis, discusión e interacción con la Dirección Regional y en las Direcciones Regionales se analizan casi los mismos elementos, excepto el de interacción, que se reemplaza por el de toma de decisiones (14).

La recolección y generación de datos, su transformación en información y su uso en la toma de decisiones puede ser ejecutada por la misma persona. Utilización de datos para la gerencia de proyectos: Tomar decisiones, hacer preguntas críticas, abrir líneas de comunicación, mejorar servicios

Reporte de producción de la información rutinaria: reportes que se realizan en el establecimiento de salud, la periodicidad en que debe ser emitidos y cuantos en realidad se hacen y si recibe retroalimentación de estos.

- **Consolida datos:** unión de información contenida en hojas de cálculo diferentes para agruparse. De esta forma, la herramienta de consolidación surge con la practicidad en diversos casos, donde se trabaja con varias planillas y se desea obtener informaciones de éstas en una sola hoja.
- **Emite reportes:** los reportes son informes que organizan y exhiben la información contenida en una base de datos. Su función es aplicar un formato determinado a los datos para mostrarlos por medio de un diseño atractivo y que sea fácil de interpretar por los usuarios.
- **Frecuencia y número de reportes:** el número de los reportes que organizan y exhiben la información contenida en una base de datos.
- **Información reportada en el último mes:** la información se remite periódicamente, los reportes que permiten toma de decisiones a nivel local y se preguntó por la demanda de estos por las autoridades y vemos que esto se cumple
- **Reportes de retroalimentación:** la información organizada hacia la retroalimentación es un mecanismo de control de sistemas en el cual los resultados obtenidos de una tarea o actividad son reintroducidos en el sistema con la finalidad de incidir o actuar sobre las decisiones o acciones futuras, bien sea para mantener el equilibrio en el sistema
- **Uso y envío de la información:** el uso de la información se define como “el grado en que cada establecimiento de salud enfatiza y utiliza los datos de los sistemas de información”

Presentación de la información: esencialmente la que está a la vista, el tipo de información, la presentación y su actualización. Además, debemos observar si existen mapas, información demográfica de su área de influencia, el análisis con el que estos datos se presentan.

- **Publicación y muestra de la información:** información que está a la vista, el tipo de información, la presentación y su actualización
- **Indicadores:** los indicadores que utilizan para el análisis de la información y los resultados generados por estas evidencias, es decir los planes de acción que se toman en el establecimiento de salud, tanto para la información como para la mejora del estado de salud de la población.
- **Tipo de presentación:** muchos usuarios de datos potenciales están más atentos a las cifras y las entienden mejor cuando estas se presentan en forma de gráfica o tabla. Es importante incluir toda la información necesaria para interpretar el significado de la gráfica. Estos elementos esenciales incluyen las etiquetas de los ejes, una leyenda, un título descriptivo que transmita los hallazgos primarios, y las metas, cuando aplican.
- **Resumen, población por grupos etarios:** el análisis involucra comparar las metas o logros esperados de un programa con el desempeño actual del mismo. La interpretación es un proceso mediante el cual los actores claves discuten por qué se ha o no se ha logrado la meta y lo que esto implica para su programa (22).

2.1.1. MARCO CONCEPTUAL

CALIDAD: Atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud, la cual puede obtenerse en diversos grados y se define como el logro de los mayores beneficios posibles a partir de la atención.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN: Mecanismo de colecta, procesamiento, análisis y transmisión de información necesaria para organizar y operar los servicios de salud y, también, para la investigación y/o planeamiento con visitas y control de dolencias.

CALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN: La calidad de los datos se reconoce como un concepto multidimensional en la salud pública y otros sectores, las decisiones de política, la gestión cotidiana del sistema de salud y particularmente la asignación de recursos a los servicios de salud, y por lo tanto las poblaciones, dependen de la calidad de los datos en el RHIS.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN RUTINARIOS: Es la recolección continua de datos sobre el estado de salud, comportamientos, intervenciones y recursos de salud. Las tareas están predefinidas con gran detalle y las decisiones son de carácter rutinario.

REGISTROS DE ENFERMERÍA: Son anotaciones diarias que realiza el personal de enfermería en su jornada laboral con el propósito de comunicar los aspectos técnicos y clínicos referidos a la atención del paciente o cuidados de enfermería.

REGISTRO DE ATENCIÓN DIARIA (HIS): Es una herramienta indispensable que garantiza, el adecuado registro de las actividades de salud, la actualización del registro y codificación del sistema de información en salud.

USO DE LA INFORMACIÓN: La información se usa para el desarrollo de las políticas, la planeación, la gerencia del sistema de salud y la abogacía.

2.2. ANTECEDENTES

A NIVEL INTERNACIONAL

El estudio titulado “Análisis de la utilización de sistema de información en atención básica- SIAB para coordinadores de la atención primaria de salud en la toma de decisiones.” tuvo por objetivo analizar la utilización del SIAB por los coordinadores de la Atención Primaria de Salud (APS) en el ayuntamiento de Riberao Preto, para la toma de decisiones. Metodología, estudio de tipo descriptivo, exploratorio con abordaje cualitativo de datos, la muestra estuvo conformada por 08 sujetos, para el análisis e interpretación de datos se utilizó como técnica el análisis de contenido, modalidad temática. Los resultados que revelan los coordinadores muestran que el conocimiento, dominio y utilización de información como proceso inherente al trabajo del equipo, posibilitando aproximación de la realidad sanitaria con planificación de acciones de salud, garantizando que potencialidades y fragilidades puedan ser identificadas por medio de evaluación de la información (88).

El estudio titulado “Satisfacción de los enfermeros en la utilización de sistemas de información en enfermería” tuvo por objetivo identificar dimensiones de la satisfacción de los enfermeros con el SIE en uso; describir el nivel de satisfacción; e identificar la relación entre variables sociodemográficas y la satisfacción. Metodología, estudio transversal, exploratorio y descriptivo, la muestra estuvo conformada por 283 enfermeros, para el análisis e interpretación de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario. Los resultados revelan que la "calidad de la información" y la "calidad del sistema", no menospreciando la "calidad de los servicios", son factores importantes que determinan el nivel de satisfacción de los enfermeros con los Sistemas de Información en Enfermería (SIE) que usan (89).

La investigación titulada “Registro de información en el Sistema de Información en Salud: un estudio de las bases SINASC, SIAB y SIM, en el estado de Alagoas” tuvo por objetivo comprender las discrepancias ocurridas en el flujo de información, las cuestiones de estandarización, el uso de estos sistemas de información y su capacidad para hacer frente a las necesidades informativas demandadas en el ámbito Municipal, Estatal y Federal. Metodología, la investigación integró técnicas cuantitativas y cualitativas, la muestra estuvo conformada por 324 sujetos, para el análisis e interpretación de datos se utilizó como técnica entrevistas, análisis documental, donde se utilizó la documentación indirecta utilizando cuestionarios. Los resultados revelan verificaciones que realmente existen significativas inconsistencias en el proceso de recolección, registro, almacenamiento, puesta a disposición y uso de las informaciones en salud, entre otros obstáculos se destacó la resistencia de los pacientes / clientes en proporcionar la información personal; deficiencia de las fichas / formularios utilizados por los SIS; falta de infraestructura física y tecnológica (equipos y materiales), entrenamiento de recursos humanos y en número suficiente; tratamiento documental inadecuado; mayores investigaciones sobre patrones de vocabulario y comunicación en el área de información e informática en salud (90).

El trabajo de investigación titulado “Sistema de Información para la Calidad en Salud: una realidad por explorar, para conocer y decidir responsablemente” tuvo por objetivo evaluar la consistencia de los indicadores de Monitoreo y de alerta temprana del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, aplicables según los servicios habilitados, en una IPS privada, ambulatoria, para evidenciar si los indicadores apoyaron la toma de decisiones y si la consistencia o inconsistencia de ellos la afectó. Metodología, fue un estudio analítico retrospectivo con enfoque mixto en el que se contemplaron variables cualitativas y cuantitativas y se incorporó el componente descriptivo para el

comportamiento de las variables de persona, proceso y sistemas, que conforman la estructura del sistema de la información, la muestra estuvo constituida por cuatro personas del cuerpo directivo, dos personas de cargos intermedios que asisten regularmente a la junta directiva y una persona de nivel operativo que sirve de enlace entre la dirección y el área de sistemas, para el análisis y recolección de datos la técnica usada fue de entrevista estructurada y el instrumento fueron cuatro guías de entrevista, los resultados obtenidos fueron; Después de realizar el análisis comparativo entre las fichas técnicas de los indicadores construidos por la institución y los definidos por la norma se evidencia que el 56% de los indicadores de monitoreo es consistente y el 44% no lo es. Frente a los de alerta temprana el 67% se ajustan a los requisitos de norma lo que los hace consistentes y el 33% no lo son (91).

El estudio titulado “Aplicación de Las herramientas PRISM: Desempeño de la Administración de Sistemas de Salud en Paraguay” tuvo por objetivo llevar a cabo conjuntamente con los establecimientos del sector de la salud una evaluación diagnóstica del Sistema Nacional de Información en salud utilizando el conjunto de herramientas del PRIMIS con el fin de identificar las áreas de oportunidad para el fortalecimiento del mismo. Metodología, estudio descriptivo, mediante grupos de enfoque, muestra representativa de registros, establecimientos y personas, la muestra estuvo conformada por 101 establecimientos de salud, para el análisis y recolección de datos la técnica, observación y entrevistas directas. y el instrumento fueron las herramientas del PRIMIS, los resultados en general, la calidad de los datos del SIS es baja, el nivel del manejo de los datos del SIS en las Regiones Sanitarias es muy bajo; La administración del SIS en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) es débil. En general, las puntuaciones de todas las dimensiones son bajas (menos del 17%), especialmente en

Finanzas, con un promedio de 1,2%, seguido de la calidad (8,9%) y la capacitación (8,1%) (92).

A NIVEL NACIONAL

La investigación titulada “Evaluación del Sistema de Información Rutinaria de la Dirección de Salud V Lima Ciudad” tuvo por objetivo estimar el nivel de desempeño del sistema de información rutinaria de salud de la Dirección de Salud V Lima Ciudad (DISAV LC). Metodología. fue descriptivo y transversal, la muestra incluyó 22 establecimientos, seis hospitales y 16 centros de salud o centros materno-infantiles, para la recolección de datos la técnica utilizada fue encuesta y el instrumento fue cuestionario. Los resultados fueron que el 68% del personal de estadística de los de los establecimientos de salud de la DISA V LC tienen deficiencias en el análisis de datos; el 57% tienen deficiencias en la utilización de la información; 67% tienen deficiencias para definir problemas y 60% para proponer planes de acción. El 80% de las unidades de estadística de los establecimientos de salud de la DISA V LC no cuenta con financiamiento específico para el sistema de información y al 62% no se les realiza supervisión, el 66% no recibió capacitación en el cumplimiento de sus funciones, el 38% de los registros de las atenciones ambulatorias (HIS) son codificados por el personal de estadística, el 14% de los registros presentan errores en la codificación del diagnóstico y de las actividades preventivas y promocionales y el 22% de los registros presentan discordancias entre los registros del HIS y la historia (93).

El estudio titulado “Evaluación del Sistema de Información en Salud Nivel Regional”, tuvo por objetivo desarrollar una evaluación integral de los sistemas de información estadística, registro de hechos vitales y vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud a nivel de Micro redes en las diferentes Regiones del país, y plantear un conjunto de

estrategias para la mejora de los sistemas de información a nivel local. Metodología, evaluación de campo, la muestra probabilística construida bietápicamente por selección de conglomerados (establecimientos) y sistemática para las unidades finales (registros HIS e HCL), para la recolección de datos las técnicas fueron análisis documental, entrevistas, los instrumentos fueron las herramientas PRISM de evaluación de Sistemas de Información. Los resultados en cuanto a la calidad técnica de dichos sistemas fueron la omisión de los datos con un promedio de 6.59%, con un mínimo de 4.42% en el Cusco y un máximo de 10.74 en Ucayali, en la omisión de codificación teniendo en cuenta que existe aún la indicación que es el profesional de la salud el que debe codificar las prestaciones, en cada una de las regiones se ha tenido que evaluar de acuerdo a las indicaciones dadas y el promedio porcentual es del 4.42% de omisión de la codificación, con un mínimo de 1.55% en Ayacucho y 9.27% en Lima Sur, en cada una de las regiones el trabajo de crítica y codificación que es el realizado por el personal de estadística sólo puede corregir el 25.82% de las omisiones de data y codificación realizada por el prestador de la salud. Otro de los problemas es los registros con inconsistencias se tuvo un 3.46% de registros que no guardaban coherencia interna (4).

A NIVEL LOCAL

El estudio titulado “Cumplimiento de los Registros de la Estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca – 2016”, tuvo por objetivo determinar el cumplimiento de los registros de la Estrategia Prevención y Control de Tuberculosis. Metodología, estudio descriptivo, retrospectivo, para la recolección de datos, la técnica fue análisis documental y el instrumento la guía de registro documental, la muestra estuvo conformada por 43 anotaciones en el libro de registro y seguimiento y 43 formatos. Resultados, respecto a los registros en el libro de registro y seguimiento, el mayor porcentaje si registran; En el HIS no registran el 9.3% en el diagnostico motivo de

consulta y/o actividad y 7.0% en la pertenencia étnica ni el código de clasificación internacional (94).

La investigación titulada “Calidad de los registros de la estrategia de Crecimiento y desarrollo en niños menores de un año en los establecimientos de salud Puno- 2010”, tuvo por objetivo determinar la Calidad de los registros de la estrategia, control de crecimiento y desarrollo en niños menores de un año en los Establecimientos de Salud. Metodología, fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. Los resultados fueron: en el Establecimiento de Salud 4 de noviembre el 57% es de buena calidad; en Simón Bolívar el 73% es de regular calidad y e vallecito el 7% es llenado con mala calidad. Con respecto al Healt Information system (HIS), solo el 61% es llenado con buena calidad y el 39% es de regular calidad. En el establecimiento José Antonio Encimas el 46% es llenado con buena calidad y en Cetona el 70% es de buena calidad y solo el 46% es llenado con buena calidad (95).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es:

- Descriptivo: Según el alcance de los resultados, porque permitió describir el registro de los sistemas de información de estudio (96).
- Retrospectivo: Los datos se obtuvieron de los registros de atención ambulatoria HIS, e historia clínica de pacientes atendidos durante el año 2018.

El diseño de la investigación es:

El diseño de investigación que se utilizó fue descriptivo simple, para recabar datos sobre los indicadores que contienen los registros de atención ambulatoria e Historia Clínica

El diagrama que corresponde a este estudio es el siguiente:



Dónde:

M: Representa la población de registros de los sistemas de información rutinarios en salud.

O: Representa la calidad de los sistemas de información de registros.

3.2. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO.

El estudio se realizó en la ciudad de Puno, en el Distrito de Pichacani Laraqueri, es uno de los 12 distritos que tiene el cercado de Puno está ubicado en la meseta del Collao o del Titicaca abarca el ramal occidental de la cordillera de los andes.

La Microred Laraqueri categorizado en centro de salud I-3 ubicado en la meseta del Collao o del Titicaca abarca el ramal occidental de la cordillera de los andes, se encuentra a tres cuadras de la plaza de armas del distrito, en la avenida principal; es accesible a la población, se encuentra cerca a los centros educativos del distrito, los demás puestos de salud que pertenecen a la MICRORED son de geografía accidentada, pero son accesibles a la población.

EE.SS DE ORIGEN	DISTRITO	EE.SS.DESTINO	DISTANCIA KM ENTRE EE.SS	TIEMPO EN MINUTOS ENTRE EE.SS	ALTITUD m.s.n.m
EE.SS LARAQUERI	PICHACANI	C.S LARAQUERI	40	40'	3951
EE.SS CARUCAYA	PLATERIA	C.S LARAQUERI	35	55'	3894
EE.SS COLLACACHI	ACORA	C.S LARAQUERI	25	35'	3911
EE.SS HUACOCULLO	PICHACANI	C.S LARAQUERI	30	60'	4497
EE.SS INCHUPALLA	CHUCUITO	C.S LARAQUERI	30	30'	3949
EE.SS PICHACANI	PICHACANI	C.S LARAQUERI	20	30'	4076
EE.SS HUARIJUYO	PICHACANI	C.S LARAQUERI	15	30'	4022
EE.SS JILATAMARCA	PICHACANI	C.S LARAQUERI	39	60'	4731
EE.SS AGUAS CALIENTES	ACORA	C.S LARAQUERI	48	75'	4243

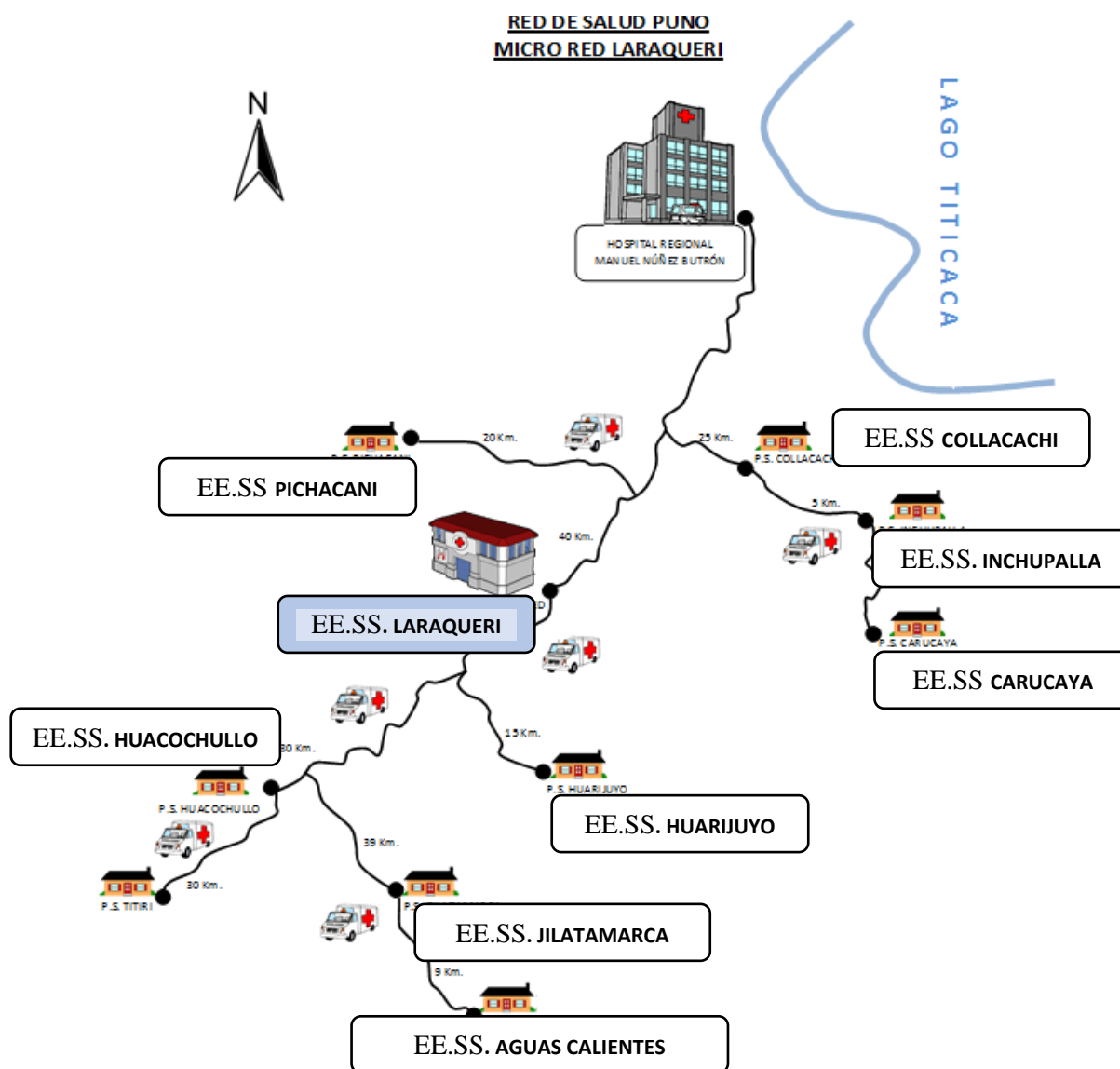
Fuente: Microred Laraqueri Puno.

CENTRO DE SALUD LARAQUERI (MICRORED)



Fuente: Google Maps

ESTABLECIMIENTOS PERTENECIENTES A LA MICRORED LARAQUERI



Fuente: Microred Laraqueri Puno

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN:

La población estuvo constituida con 1000 atenciones ambulatorias contenidas en los registros de las atenciones diarias (HIS), Historias Clínicas y de la misma manera el Uso de la información en Niños menores de 5 años y se realizó en los Establecimientos de salud pertenecientes a la Microred Laraqueri 2018.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MICRORED	REGISTRO DE ATENCIONES	
	LARAQUERI	
	AMBULATORIAS (HIS)	HISTORIAS CLÍNICAS
EE.SS. LARAQUERI	329	329
EE.SS. HUACOCULLO	72	72
EE.SS. HUARIJUYO	94	94
EE.SS. JILATAMARCA	87	87
EE.SS. PICHACANI	151	151
EE.SS. CARUCAYA	40	40
EE.SS. INCHUPALLA	50	50
EE.SS. COLLACACHI	101	101
EE.SS. AGUAS CALIENTES	76	76
TOTAL	1000	1000

LA MUESTRA:

Para el presente estudio se utilizó el muestreo probabilístico, ya que se basa en el principio de equiprobabilidad, esto quiere decir que todos los registros de la muestra seleccionada, tendrán las mismas probabilidades de ser elegidos. Lo anterior nos asegura que la muestra extraída contará con representatividad. (97).

El tamaño; la muestra está calculada con la siguiente fórmula:

La fórmula para calcular el tamaño de muestra cuando se conoce el tamaño de la población es la siguiente (98):

$$n = \frac{N * z^2 p * q}{e^2(N - 1) + z^2 * p * q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra.

z^2 = Valor de la distribución normal estándar asociado al 95% de confianza (1.96).

p = Proporción proporcional de ocurrencia del evento (0.5).

q = Proporción proporcional de no ocurrencia del evento (0.5).

N = Tamaño poblacional.

e^2 = Error muestral (0.05).

Remplazando la formula:

$$n = \frac{1000(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(1000 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 277$$

Para seleccionar la muestra por Establecimientos de Salud se utilizó el muestreo estratificado que aumenta la precisión de la muestra e implica el uso deliberado de diferentes tamaños de muestra para cada estrato, y corresponde a la proporción de ese estrato en la población que asigna un número único a cada elemento (97) (98).

Tamaño de la muestra por estratos.

$$n_i = n \frac{N_i}{N}$$

Donde:

N_n = tamaño de muestra por establecimientos de salud

n = tamaño de muestra

N_i = población total por establecimientos de salud

N = población total

Remplazando la formula:

- $n_1 = \frac{N_1}{N} n = \frac{329}{1000} * 277 = 91$ - $n_1 = \text{EE.SS. LARAQUERI}$
- $n_2 = \frac{N_2}{N} n = \frac{72}{1000} * 277 = 20$ - $n_2 = \text{EE.SS. HUACOCULLO}$
- $n_3 = \frac{N_3}{N} n = \frac{94}{1000} * 277 = 26$ - $n_3 = \text{EE.SS. HUARIJUYO}$
- $n_4 = \frac{N_4}{N} n = \frac{87}{1000} * 277 = 24$ - $n_4 = \text{EE.SS. JILATAMARCA}$
- $n_5 = \frac{N_5}{N} n = \frac{151}{1000} * 277 = 42$ - $n_5 = \text{EE.SS. PICHACANI}$
- $n_6 = \frac{N_6}{N} n = \frac{40}{1000} * 277 = 11$ - $n_6 = \text{EE.SS. CARUCAYA}$
- $n_7 = \frac{N_7}{N} n = \frac{50}{1000} * 277 = 14$ - $n_7 = \text{EE.SS. INCHUPALLA}$
- $n_8 = \frac{N_8}{N} n = \frac{101}{1000} * 277 = 28$ - $n_8 = \text{EE.SS. COLLACACHI}$
- $n_9 = \frac{N_9}{N} n = \frac{76}{1000} * 277 = 21$ - $n_9 = \text{EE.SS. AGUAS CALIENTES}$

El tamaño de muestra fue de 277 registros de atención ambulatoria HIS, de la misma forma en cuanto a las Historias clínicas:

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MICRORED		
LARAQUERI	POBLACIÓN TOTAL	MUESTRA
EE.SS. LARAQUERI	329	91
EE.SS. HUACOCULLO	72	20
EE.SS. HUARIJUYO	94	26
EE.SS. JILATAMARCA	87	24
EE.SS. PICHACANI	151	42
EE.SS. CARUCAYA	40	11
EE.SS. INCHUPALLA	50	14
EE.SS. COLLACACHI	101	28
EE.SS. AGUAS CALIENTES	76	21
TOTAL	1000	277

Criterios de inclusión

- Registros de las atenciones ambulatorias (HIS) corregidas por el digitador pertenecientes al programa en la atención de Crecimiento y Desarrollo en niños menores de 5 años de la Microred y sus puestos de Salud.
- Registros de las atenciones ambulatorias (HIS) corregidas por el digitador pertenecientes al programa en la atención de Inmunizaciones en niños menores de 5 años de la Microred y sus puestos de Salud.
- Registros de Historias Clínicas (HCL) pertenecientes al programa en la atención de Crecimiento y Desarrollo en niños menores de 5 años de la Microred y sus puestos de Salud.
- Registros de Historias Clínicas (HCL) pertenecientes al programa en la atención de Inmunizaciones en niños menores de 5 años de la Microred y sus puestos de Salud.

Criterios de exclusión

- Registros de las atenciones ambulatorias (HIS) pertenecientes a otros programas la Microred y sus puestos de Salud.
- Registros de las Historias Clínicas (HCL) pertenecientes a otros grupos etarios.

3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ÍNDICE												
Calidad de registro: Atributo de la atención mediante procesos manuales manifestados en el cumplimiento de estándares en la atención.	Sistema de registro de las atenciones ambulatorias (HIS)	<p>Cumplimientos de registro en la atención en estándares en la atención en crecimiento y desarrollo e inmunizaciones.</p> <table border="1"> <tr> <td>Omisión del dato</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Día de la Atención • Documento de Identidad • Número de Historia Clínica y Ficha Familiar </td> </tr> <tr> <td>Inconsistencia del dato</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Financiado de Salud • Pertenencia Étnica • Distrito de Procedencia del Paciente </td> </tr> <tr> <td>Concordancia de datos en la atención.</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Centro Poblado • Edad • Sexo </td> </tr> <tr> <td>Errores en la codificación</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Perímetro Cefálico y Perímetro Abdominal • Evaluación Antropométrica • Hemoglobina </td> </tr> <tr> <td>Concordancia de los datos con la historia clínica</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Al Establecimiento • Al Servicio • Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud </td> </tr> <tr> <td>Ajustes de la codificación por los estadísticos</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Diagnóstico • Laboratorio (Lab) • Código CIE10 y CPT </td> </tr> </table>	Omisión del dato	<ul style="list-style-type: none"> • Día de la Atención • Documento de Identidad • Número de Historia Clínica y Ficha Familiar 	Inconsistencia del dato	<ul style="list-style-type: none"> • Financiado de Salud • Pertenencia Étnica • Distrito de Procedencia del Paciente 	Concordancia de datos en la atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Centro Poblado • Edad • Sexo 	Errores en la codificación	<ul style="list-style-type: none"> • Perímetro Cefálico y Perímetro Abdominal • Evaluación Antropométrica • Hemoglobina 	Concordancia de los datos con la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Al Establecimiento • Al Servicio • Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud 	Ajustes de la codificación por los estadísticos	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Diagnóstico • Laboratorio (Lab) • Código CIE10 y CPT 	SI NO	1 0
	Omisión del dato	<ul style="list-style-type: none"> • Día de la Atención • Documento de Identidad • Número de Historia Clínica y Ficha Familiar 														
Inconsistencia del dato	<ul style="list-style-type: none"> • Financiado de Salud • Pertenencia Étnica • Distrito de Procedencia del Paciente 															
Concordancia de datos en la atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Centro Poblado • Edad • Sexo 															
Errores en la codificación	<ul style="list-style-type: none"> • Perímetro Cefálico y Perímetro Abdominal • Evaluación Antropométrica • Hemoglobina 															
Concordancia de los datos con la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Al Establecimiento • Al Servicio • Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud 															
Ajustes de la codificación por los estadísticos	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Diagnóstico • Laboratorio (Lab) • Código CIE10 y CPT 															
Historia Clínica	<p>Cumplimiento de registros en los estándares de contenido en la atención del niño en crecimiento y desarrollo e inmunizaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fecha, Hora ○ N° de Historia Clínica ○ Apellidos y Nombres ○ Sexo ○ Edad ○ Fecha de Nacimiento ○ Lugar de Nacimiento ○ Procedencia ○ Dirección ○ Datos del Padre/Madre o apoderado 															

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Antecedentes perinatales ○ Antecedentes Familiares ○ Antropometría ○ Descarte de signos de alarma ○ Identifica factores de riesgo ○ Motivo de consulta ○ Examen Físico ○ diagnostico <ul style="list-style-type: none"> ○ Diagnostico Nosológico o sindrómico ○ Factores condicionantes de la Salud, nutrición y desarrollo. ○ Condiciones del crecimiento y estado nutricional ○ Condiciones del desarrollo psicomotor ○ Tratamiento y/o indicaciones ○ Acuerdos y compromisos negociados con la madre Y/O cuidador ○ Exámenes auxiliares ○ Tablas de crecimiento y desarrollo ○ Personal que atiente ○ Observaciones ○ Fecha de Próxima cita ○ Datos del profesional responsable 	<p>SI 1</p> <p>NO 0</p>
	Uso de la información	<p>Reporte de producción de la información rutinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consolida datos ○ Emite reportes ○ Frecuencia y número de reportes ○ Información reportada en el último mes ○ Reportes de retroalimentación ○ Uso y envió de la información <p>Presentación de la información</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Publicación y muestra de la información ● Indicadores ● Tipo de presentación <ul style="list-style-type: none"> ○ Tabla ○ Grafico ○ Mapa ● Actualización ● Mapa del área de jurisdicción ● Resumen, población por grupos etarios 	<p>SI 1</p> <p>NO 0</p>

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA:

Análisis documental: Representa la información de un documento en un registro estructurado, reduce todos los datos descriptivos físicos y de contenido en un esquema inequívoco; a través de la revisión de documentos de registro de atenciones ambulatorias HIS, Historia Clínica (99).

La encuesta: Se define como una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos, precisan identificar a priori a través de serie de preguntas realizadas hacia el uso de la información. (100).

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Ficha de revisión documentaria: El tipo de instrumento que se utilizó para evaluar la calidad de registro de los sistemas de información rutinarios en salud en la presente investigación, fueron fichas de revisión documentaria (Ficha de revisión documentaria N° 1, Ficha de revisión documentaria N° 2); para el registro del sistema de información de atención ambulatoria HIS, consta de 96 ítems; para el registro del sistema de información Historia Clínica consta de 29 ítems; teniendo cada ficha con dos alternativas SI y NO (ANEXO 02).

El cuestionario: El tipo de instrumento que se utilizó, para evaluar la calidad de registro de los sistemas de información en el uso de información consta de 9 Ítems con dos alternativas de respuesta SI, NO, los cuales se obtuvieron en forma directa mediante preguntas.

El análisis documental y la encuesta se utilizaron con la finalidad de obtener datos de los registros de atención ambulatoria HIS, Historia Clínica y el uso de la información en los programas de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones para determinar la calidad de

registro de los sistemas de información rutinarios en salud en la Microred Laraqueri 2018 (ANEXO 01).

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:

Validación:

Las fichas de recolección de datos fueron elaboradas en base a “Normas Técnicas”; establecidas por el MINSA: Ficha de revisión documentaria (N° 1,2,3) fueron elaboradas: la primera, segunda y tercera a partir de “Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años”, “Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa Etapa de Vida Niño 2017” establecidas por el MINSA, y un cuestionario de la calidad sobre el uso de información utilizada para la evaluación de los sistemas de información validado por MEASURE evaluation y John Snow Inc adaptada por la dirección regional de Salud de San Martín auspiciada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), adaptada por el MINSA.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

De la coordinación:

- Se solicitó a la decana de la Facultad de Enfermería de la UNAP un documento de gestión (oficio), dirigido a la Microred Laraqueri, donde se solicita que se me de facilidades del caso para la recolección de datos en los diferentes establecimientos de salud correspondientes a la misma.
- Se obtuvo el permiso para la recolección de datos en la Microred Laraqueri.
- Se obtuvo el permiso para la recolección de datos en los Establecimientos de salud pertenecientes a la Microred.

- Se coordinó con las jefaturas de establecimientos de salud para la aplicación de los instrumentos.

De la aplicación del instrumento:

- Luego de haber obtenido las autorizaciones de las instancias correspondientes, se entrevistó con el jefe de Microred y jefes de establecimientos de salud, y se les indico la finalidad y objetivo de la investigación.
- Se coordinó con cada profesional de enfermería para pactar el momento y lugar de la aplicación de los instrumentos por ser los establecimientos lejanos de la Microred.
- Se requirió las facilidades con respecto a los registros de atención ambulatoria HIS, Historias Clínicas.
- Establecido el lugar (EE.SS. Laraqueri, EE.SS. Huacochullo, EE.SS. Huarijuyo, EE.SS. Jilatamarca, EE.SS. Pichacani, EE.SS. Carucaya, EE.SS. Inchupalla, EE.SS. Collacachi, EE.SS. Aguas Calientes), se procedió con la aplicación de las fichas de registro 1,2 (ANEXO 01).
- Para el proceso de recolección de datos se accedió a los registros de atención ambulatoria HIS, e Historias Clínicas en almacén y admisión.
- El tiempo total para desarrollar las fichas de registro 1 fue de 10 minutos y la ficha 2 fue de 7 minutos.
- Finalizado el proceso de recolección de datos se les agradeció a las licenciadas y jefes de establecimientos de salud por su colaboración de la investigación por el acceso a documentos privados.

En relación al análisis

- Se realizó el conteo de las fichas de registro y el cuestionario.
- Se verifico que todos los ítems del instrumento tengan una respuesta.

- Se codificó con 0,1 cada ítem y se les asignó un valor con la finalidad de facilitar el procesamiento estadístico.
- Se creó una base de datos en MS Excel 2016 (ANEXO N° 06).
- Los datos obtenidos se procesaron utilizando el software estadístico SPSS y la hoja de cálculo MS Excel 2016.
- La presentación de los resultados se hizo en tablas y gráficos diseñados en la hoja de cálculo MS Excel 2016, según objetivos planteados.
- Se realizó la descripción estadística de las tablas y gráficos.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se realizó utilizando la estadística descriptiva porcentual. Las calificaciones se basaron en la calidad de registro.

- **SI (1):** cuando el registro de atención ambulatoria (HIS) cumple los ítems, según las normas establecidas por el Ministerio de Salud.
- **NO (0):** cuando el registro de atención ambulatoria (HIS) no es óptimo o es incorrecto con los ítems establecidos por el Ministerio de Salud.

De la medición del instrumento:

La calificación de los instrumentos se basó en la calidad, y los puntajes se otorgaron de la siguiente manera. En total los ítems a revisar son un total de 134, a cada uno le corresponde una respuesta en una escala de calificación de 2 categorías que manifestó la revisión que se realizó.

Para evaluar la calidad se utilizó la siguiente escala de clasificación: Bueno, Regular, Malo.

Los puntajes obtenidos del registro de los sistemas de información rutinarios en salud de los programas de Crecimiento y desarrollo e inmunizaciones se clasificarán de la siguiente forma:

CUADRO N° 1

CALIDAD SISTEMAS DE INFORMACIÓN	BUENO	REGULAR	MALO
HIS	86-96	67-85	<67
HISTORIA CLINICA	26-29	20-25	<20
USO DE LA INFORMACION	8-9	6-7	<6

Fuente: Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. Estrategias para su aplicación

Existen niveles establecidos y validados en relación a calidad tomando como fundamento lo propuesto por la Gerencia Nacional de Calidad de los Servicios de Salud en Bogotá y la fundación Donabedian, adaptada al sistema de atención de enfermería que se desea evaluar, para lo cual se determinan estos rangos: Buena, si alcanza un estándar de calidad entre 90 y el 100 por ciento, Regular, entre el 70 y 89 por ciento y Mala, si se encuentra por debajo del 70 por ciento (7).

Para la investigación, los rangos entre un nivel y otro se realizó de acuerdo a lo siguiente:

- Buena, si cumple entre un 90 – 100% de los ítems, es decir 86 a 96 puntos para el registro de atención ambulatoria HIS, de 26 a 29 puntos para la Historia Clínica, 8 a 9 puntos para el uso de la información.
- Regular, si cumple entre un 70 – 89% de los ítems, es decir 67 a 85 puntos para el registro de atención ambulatoria HIS, de 20 a 25 puntos para la Historia Clínica, 6 a 7 puntos para el uso de la información.
- Mala, si cumple < 70% de los ítems, es decir menor a 67 puntos para el registro de atención ambulatoria HIS, menor a 20 puntos para la Historia Clínica, menor a 6 puntos para el uso de la información.

CUADRO N° 2

Para la calidad de registro del sistema de información de atención ambulatoria

HIS

REGISTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA HIS	CALIDAD		
	BUENO	REGULAR	MALO
REGISTRO SIN OMISIÓN DE DATOS	14-16	11—13	<11
REGISTRO SIN INCONSISTENCIA DE DATOS	14-16	11—13	<11
REGISTRO CON CONCORDANCIA DE DATOS	14-16	11—13	<11
REGISTRO SIN ERRORES EN LA CODIFICACIÓN	14-16	11—13	<11
REGISTRO CON CONCORDANCIA DE DATOS CON LA HISTORIA CLÍNICA	14-16	11—13	<11
REGISTRO SIN AJUSTES DE LA CODIFICACIÓN POR LOS ESTADÍSTICOS	14-16	11—13	<11

Fuente: Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. Estrategias para su aplicación

- Buena, si cumple entre un 90 – 100% de los ítems, es decir de 14 a 16 puntos para los registros con omisión de datos, inconsistencia de datos, concordancia de datos, errores en la codificación, concordancia de datos con la Historia Clínica, ajustes de la codificación por los estadísticos.
- Regular, si cumple entre un 70 – 89% de los ítems, es decir de 11 a 13 puntos para los registros con omisión de datos, inconsistencia de datos, concordancia de datos, errores en la codificación, concordancia de datos con la Historia Clínica, ajustes de la codificación por los estadísticos.
- Mala, si cumple < 70% de los ítems, es decir menor a 11 puntos para los registros con omisión de datos, inconsistencia de datos, concordancia de datos, errores en la codificación, concordancia de datos con la Historia Clínica, ajustes de la codificación por los estadísticos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1. RESULTADOS.

O.G

TABLA N° 1

**CALIDAD DE REGISTRO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN
RUTINARIOS EN SALUD EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO E INMUNIZACIONES MICRORED
LARAQUERI 2018.**

Fuente: Ficha de revisión documental

REGISTRO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	CALIDAD	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
HIS		30	10.83	223	80.51	24	8.66	277	100.00
HISTORIA CLÍNICA		23	8.30	204	73.65	50	18.05	277	100.00
USO DE INFORMACIÓN		1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00

En la tabla se observa la calidad de registro de los sistemas de información rutinarios en salud en programas de atención de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, el registro del sistema de información en atenciones ambulatorias HIS evidencia que el 80.51% es de regular calidad, en el registro del sistema de información Historia Clínica representa 73.65% con regular calidad, mientras que en el uso de la información representa 100% indicador de buena calidad.

O.E.1

TABLA 2
CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN
AMBULATORIA HIS

REGISTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA HIS	CALIDAD	BUENO (14-16 estándares)		REGULAR (11-13 estándares)		MALO (<11 estándares)		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
REGISTRO SIN OMISIÓN DE DATOS		168	60.65	85	30.69	24	8.66	277	100
REGISTRO SIN INCONSISTENCIA DE DATOS		100	36.10	149	53.79	28	10.11	277	100
REGISTRO CON CONCORDANCIA DE DATOS		88	31.77	151	54.51	38	13.72	277	100
REGISTROS SIN ERRORES EN LA CODIFICACIÓN		142	51.26	117	42.24	18	6.50	277	100
REGISTRO CON CONCORDANCIA CON HISTORIA CLÍNICA		126	45.49	112	40.43	39	14.08	277	100
REGISTRO SIN AJUSTES DE LA CODIFICACIÓN POR LOS ESTADÍSTICOS		123	44.40	120	43.32	34	12.27	277	100

Fuente: Ficha de revisión documental

En la tabla, se observa la calidad de registro del sistema de información de atenciones ambulatorias HIS en programas de atención de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones expresado en 16 estándares, donde se evidencian que los registros sin omisión de datos alcanzan al 60.65% lo que significa (14 a 16) y estos registros son de buena calidad. Los registros sin inconsistencia de datos comprenden el 53.79% lo que expresa (11 a 13) y son de regular calidad. De la misma forma los registros con concordancia de datos evidencian el 54.51% que constituyen (11 a 13) y son regular calidad. Mientras que los registros sin errores en la codificación simbolizan el 51.26% expresando que (14 a 16) y son de buena calidad. Los registros con concordancia de datos con la Historia Clínica expresan el 45.49% dando lugar de (14 a 16) son de buena calidad. Los registros sin ajustes de la codificación por los estadísticos representan el 44.40% de buena calidad que expresan de (14 a 16) estándares sin ajustes.

O.E.2

TABLA 3

CUMPLIMIENTO DE REGISTRO DE LOS SISTEMA DE INFORMACIÓN HIS SEGÚN ESTÁNDARES DE ATENCIÓN EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO E INMUNIZACIONES

HIS ESTANDARES	OMISION DE DATOS				INCONSISTENCIA DE DATOS				CONCORDANCIA DE DATOS				ERRORES EN LA CODIFICACION				CONCORDANCIA DE DATOS CON LA HISTORIA CLÍNICA				AJUSTES DE LA CODIFICACIÓN POR LOS ESTADÍSTICOS			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Día de la Atención	24	8.66	253	91.34	22	7.94	255	92.06	259	93.50	18	6.50	37	13.36	240	86.64	185	66.79	92	33.21	32	11.55	245	88.45
Documento de Identidad, Número de Historia Clínica y Ficha Familiar	18	6.50	259	93.50	58	20.94	219	79.06	218	78.70	59	21.30	47	16.97	230	83.03	242	87.36	35	12.64	55	19.86	222	80.14
Financiador de Salud	32	11.55	245	88.45	13	4.69	264	95.31	252	90.97	25	9.03	13	4.69	264	95.31	253	91.34	24	8.66	32	11.55	245	88.45
Pertenencia Étnica	32	11.55	245	88.45	23	8.30	254	91.70	240	86.64	37	13.36	13	4.69	264	95.31	253	91.34	24	8.66	33	11.91	244	88.09
Distrito de Procedencia del Paciente	53	19.13	224	80.87	46	16.61	231	83.39	226	81.59	51	18.41	45	16.25	232	83.75	238	85.92	39	14.08	76	27.44	201	72.56
Centro Poblado	87	31.41	190	68.59	52	18.77	225	81.23	213	76.90	64	23.10	42	15.16	235	84.84	230	83.03	47	16.97	75	27.08	202	72.92
Edad	8	2.89	269	97.11	52	18.77	225	81.23	225	81.23	52	18.77	42	15.16	235	84.84	239	86.28	38	13.72	45	16.25	232	83.75
Sexo	2	0.72	275	99.28	9	3.25	268	96.75	264	95.31	13	4.69	8	2.89	269	97.11	265	95.67	12	4.33	20	7.22	257	92.78
Perímetro Cefálico y Perímetro Abdominal	211	76.17	66	23.83	117	42.24	160	57.76	189	68.23	88	31.77	74	26.71	203	73.29	168	60.65	109	39.35	46	16.61	231	83.39
Evaluación Antropométrica Hemoglobina	68	24.55	209	75.45	57	20.58	220	79.42	218	78.70	59	21.30	37	13.36	240	86.64	230	83.03	47	16.97	37	13.36	240	86.64
Al Establecimiento	12	4.33	265	95.67	12	4.33	265	95.67	266	96.03	11	3.97	18	7.59	219	92.41	266	96.03	11	3.97	12	4.33	265	95.67
Al Servicio	12	4.33	265	95.67	12	4.33	265	95.67	261	94.22	16	5.78	12	4.33	265	95.67	262	94.58	15	5.42	14	5.05	263	94.95
Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud	25	9.03	252	90.97	160	57.76	117	42.24	121	43.68	156	56.32	100	36.10	177	63.90	145	52.35	132	47.65	101	36.46	176	63.54
Tipo de Diagnóstico	14	5.05	263	94.95	85	30.69	192	69.31	196	70.76	81	29.24	56	20.22	221	79.78	205	74.01	72	25.99	70	25.27	207	74.73
Laboratorio (Lab)	32	11.55	245	88.45	110	39.71	167	60.29	150	54.15	127	45.85	125	45.13	152	54.87	173	62.45	104	37.55	126	45.49	151	54.51
Código CIE10 y CPT	50	18.05	227	81.95	88	31.77	189	68.23	168	60.65	109	39.35	111	40.07	166	59.93	203	73.29	74	26.71	118	42.60	159	57.40

Fuente: ficha de revisión documentaria

En la tabla, se evidencia que, los registros del sistema de información rutinarios en salud sobre el cumplimiento de estándares de contenido en la atención en crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, los que omitieron datos importantes fueron en distrito de procedencia del paciente (últimos 06 meses) 19.13%, en el centro poblado 31.41%, en el perímetro cefálico y perímetro abdominal 76.17%, en la evaluación antropométrica, hemoglobina (Talla, Hemoglobina, Fecha de hemoglobina) un 24.55%, en el código CIE10 con un 18.05%; y los registros que no omitieron datos más resaltantes fueron, tipo de diagnóstico (Presuntivo, Definitivo, Repetido) con un 94.95%.

En la inconsistencia de datos los registros fueron: el documento de identidad, en el perímetro cefálico y abdominal 42.24%, en el diagnóstico, motivo de consulta y/o actividad de salud un 57.76%, en el tipo de diagnóstico (Presuntivo, Definitivo, Repetido) un 30.69%, y los datos que no tuvieron inconsistencia de datos, fueron: día de la atención 92.06%, al establecimiento (Nuevo, Continuator, Reingreso) con un 95.67%.

En los registros con concordancia de datos los más resaltantes fueron: al establecimiento (Nuevo, Continuator, Reingreso) un 96.03%, y los registros no concordantes, en el diagnóstico, motivo de consulta con un 56.32%, en el laboratorio (N° de vacunas, controles, actividades de seguimiento) 45.85%, en el código CIE10 39.35%.

Los registros que tuvieron errores en la codificación en los estándares fueron en el diagnóstico, motivo de consulta 36.10%, en el laboratorio (N° de vacunas, controles, actividades de seguimiento) 45.13%, y en el código CIE10 un 40.07%, y los que no tuvieron errores en la codificación fueron en el sexo 97.11%, en el financiador de la salud (tipo de financiador que subvenciona la atención) un 95.31%, al servicio (Nuevo, Continuator, Reingreso) con un 95.67%.

En la concordancia de datos con la historia clínica los estándares más resaltantes son al establecimiento (Nuevo, Continuator, Reingreso) 96.03%, el sexo 95.67%, los registros inversos en concordancia son perímetro cefálico y abdominal un 39.35%, en el diagnóstico, motivo de consulta 47.65%, en el laboratorio un 37.55%.

En los ajustes de la codificación por los estadísticos los estándares ajustados son en el documento de identidad, numero de historia clínica 19.86%, en el centro poblado 27.08%, en el diagnóstico y/o motivo de consulta 36.46%, en el laboratorio (N° de vacunas, controles, actividades de seguimiento) un 45.49% y en el código CIE10 42.60%, y los estándares que no fueron ajustados: el sexo 92.78%, al establecimiento (Nuevo, Continuator, Reingreso) 95.67%, al servicio (Nuevo, Continuator, Reingreso) un 94.95%.

O.E.3.

TABLA 4
CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN (HISTORIA CLÍNICA).

CALIDAD	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
REGISTRO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN (HISTORIA CLÍNICA).	23	8.30	204	73.65	50	18.05	277	100.00

Fuente: Ficha de revisión documental

En la tabla, los resultados demuestran que la calidad de registro del Sistema información (Historia Clínica), en programas de atención de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, que el 73.65% es de regular calidad, el 18.05% de mala calidad, mientras que el 8.30% de buena calidad.

O.E.3.

TABLA 5
REGISTRO DE LOS SISTEMA DE INFORMACIÓN (HISTORIA CLÍNICA)
SEGÚN ESTÁNDARES DE LA ATENCIÓN MICRORED LARAQUERI PUNO
2018

Fuente: Ficha de revisión documentaria

ESTÁNDARES DE ATENCIÓN	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Nº de Historia Clínica	246	88.81	31	11.19	277	100.00
Apellidos y Nombres	236	85.20	41	14.80	277	100.00
Fecha de Nacimiento	241	87.00	36	13.00	277	100.00
Lugar de Nacimiento	238	85.92	39	14.08	277	100.00
Procedencia	259	93.50	18	6.50	277	100.00
Dirección	186	67.15	91	32.85	277	100.00
Datos del Padre/Madre o apoderado	235	84.84	42	15.16	277	100.00
Antecedentes perinatales	211	76.17	66	23.83	277	100.00
Antecedentes Familiares	160	57.76	117	42.24	277	100.00
Fecha, Hora	236	85.20	41	14.80	277	100.00
Edad	271	97.83	6	2.17	277	100.00
Sexo	255	92.06	22	7.94	277	100.00
Descarte de signos de alarma	206	74.37	71	25.63	277	100.00
Antropometría	261	94.22	16	5.78	277	100.00
Identifica factores de riesgo	169	61.01	108	38.99	277	100.00
Motivo de consulta	266	96.03	11	3.97	277	100.00
Examen Físico	119	42.96	158	57.04	277	100.00
Diagnostico Nosológico o sindrómico	272	98.19	5	1.81	277	100.00
Factores condicionantes de la Salud, nutrición y desarrollo.	148	53.43	129	46.57	277	100.00
Condiciones del crecimiento y estado nutricional	197	71.12	80	28.88	277	100.00
Condiciones del desarrollo psicomotor	163	58.84	114	41.16	277	100.00
Tratamiento y/o indicaciones	263	94.95	14	5.05	277	100.00
Acuerdos y compromisos negociados con la madre Y/O cuidador	254	91.70	23	8.30	277	100.00
Exámenes auxiliares	197	71.12	80	28.88	277	100.00
Tablas de Crecimiento y desarrollo	109	39.35	168	60.65	277	100.00
Personal que atiente	272	98.19	5	1.81	277	100.00
Observaciones	135	48.74	142	51.26	277	100.00
Fecha de Próxima cita	245	88.45	32	11.55	277	100.00
Datos del profesional responsable	265	95.67	12	4.33	277	100.00

En la tabla, en el registro del sistema de información Historia Clínica según los estándares de contenido en la atención de los programas de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones,

los estándares registrados fueron en la procedencia representando un 93.50%, la edad con 97.83%, en el sexo por 92.06%, en la antropometría con un 94.22%, en el motivo de consulta un 96.03%, en el Diagnostico Nosológico o sindrómico con 98.19%, en las Condiciones del crecimiento y estado nutricional en 71.12%, en Tratamiento y/o indicaciones con 94.95%, en los Acuerdos y compromisos negociados con la madre Y/O cuidador con un 91.70%, en personal que atiende por 98.19%, en los datos del profesional responsable dando un 95.67%; los estándares que no fueron registrados son en la dirección con un 32.85%, en los antecedentes familiares simbolizando un 42.24%, en el descarte de signos de alarma un 25.63%, identifica factores de riesgo por 38.99%, en el examen físico siendo un 57.04%, en los factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo con un 46.57%, en las condiciones del desarrollo psicomotor 41.16%, en las tablas de crecimiento y desarrollo 60.65%, en las observaciones con un 51.26%, en la fecha y hora por un 14.80%.

O.E.4.**TABLA 6**

CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SEGÚN EL USO DE LA INFORMACIÓN

Fuente: cuestionario.

CALIDAD	REGISTRO DE INFORMACIÓN SEGÚN EL USO DE LA INFORMACIÓN	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
REPORTE DE PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN		1	100	0	0	0	0	1	100
PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN		1	100	0	0	0	0	1	100

En la tabla, los resultados demuestran que la calidad de registro del Sistema información en cuanto al uso en programas de atención de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, el 100% es de buena calidad, en la puntuación se observa que en el reporte de producción un 66.66% es de buena calidad, también en la presentación de la información con un 33.33% es de buena calidad.

TABLA 6.1

**REGISTRO DE REPORTE DE PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN
RUTINARIA EN SALUD Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

REPORTE DE PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN RUTINARIA EN SALUD	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Consolida datos	1	100.00	0	0.00	1	100.00
Emite reportes	1	100.00	0	0.00	1	100.00
Frecuencia y número de reportes en el año	1	100.00	0	0.00	1	100.00
Información reportada en el último mes	1	100.00	0	0.00	1	100.00
Reportes de retroalimentación	1	100.00	0	0.00	1	100.00
Uso de información y envió de datos a la RED/DIRESA	1	100.00	0	0.00	1	100.00

PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Publicación y muestra de la información de indicadores /grafico/tabla/mapa	1	100.00	0	0.00	1	100.00
Mapa del área de jurisdicción	1	100.00	0	0.00	1	100.00
Resumen de información demográfica, población por grupos etarios	1	100.00	0	0.00	1	100.00

Fuente: cuestionario

En la tabla, el reporte de producción de la información rutinaria en salud consolida datos al 100%, emite reportes en un 100%, indica la frecuencia y numero de reportes al año en un 100%, reporta la información en el último mes al 100%, la Microred envía información y reportes de retroalimentación al 100%, usa la información y envía datos a la RED/DIRESA al 100%.

El registro del sistema de información en el uso de la información según la presentación de la información, publica y muestra la información de los indicadores/ grafico/tabla/ mapa al 100%, la Microred tiene mapa del área de jurisdicción al 100%, la Microred tiene un resumen de información demográfica, población por grupos etarios al 100%.

4.2. DISCUSIÓN

El conjunto de datos recopilados regularmente para satisfacer las necesidades se llama sistema de información de salud de rutina (RHIS), que contienen principalmente estadísticas sobre servicios de salud, datos epidemiológicos, datos administrativos, financieros y es la fuente principal de información de salud en un país.

Se puede mencionar que la calidad de registro de atención ambulatoria HIS corresponde al cumplimiento de estándares en la atención correspondiente a los programas de Crecimiento y desarrollo e inmunizaciones; los estándares son 16 que deben ser registrados por el personal de enfermería respecto a la atención de cada paciente, los cuales se expresan en la investigación en términos de registro sin omisión de datos que son de buena calidad, siendo que en este indicador los espacios registrados cumplen de 14 a 16 estándares llenados por el personal, que representa a más de la mitad del porcentaje en registros.

Los registros sin inconsistencia de datos son de regular calidad siendo en este indicador de 11 a 13 estándares registrados, los cuales representan a la mitad de los registros. De la misma forma los registros con concordancia de datos la calidad es regular ya que, en este indicador registrados las concordancias encontradas, que representan también a la mitad del porcentaje, los registros sin errores en la codificación son de buena calidad, ya que fueron encontrados de 14 a 16 estándares sin error por registro que alcanzo la mitad del porcentaje.

Los registros con concordancia de datos con la historia clínica son de buena calidad, siendo la concordancia encontrada en los estándares de 14 a 16 que solo alcanza la mitad de los registros.

Los estándares registrados sin ajustes en la codificación por los estadísticos son de buena calidad siendo menos ajustes encontrados, alcanzando de 14 a 16 que represento el 44.40%.

Esto posiblemente se atribuya a las competencias y desarrollo laboral del trabajador, falta de capacitación focalizada, asunción de responsabilidades, demanda de atención, también se le puede atribuir a que los establecimientos no cuenten con manuales HIS, CIE 10.

Al respecto Vargas, hace hincapié en la calidad de la información en Salud, que está relacionada a la calidad de la prestación (cumplimiento de estándares de atención), al adecuado registro por el prestador de la atención en la hoja HIS, por la adecuada codificación y captura; señala que los productores de la información que son los profesionales de la salud a cargo de los pacientes no son conscientes de su rol como tomadores de decisiones frente al paciente y mucho menos de su trabajo en el sistema de información que implica una mejora del servicio de salud (93).

Se evidencia que la proporción de registros que omiten datos en los ítems evaluados son en el documento de identidad, número de historia clínica, perímetro cefálico, evaluación antropométrica, datos omitidos que generan preocupación esto probablemente se puede atribuir a la falta de actividad de los profesionales de salud en cuanto a sus funciones, falta de identificación de la información clínica ya que genera inquietud sobre la desconfianza y veracidad de la información.

El Ministerio de Salud verifica la calidad de los datos de RHIS mediante la validación de las bases de datos, considerando normas éticas y legales reguladoras de las bases de datos que custodian la protección de la información con el informe mensual transmitido por el centro de salud, la base de datos del distrito y la del nivel intermedio, para una muestra de datos recopilados al azar (31).

La omisión de información se imputa a la omisión propia que consiste en un no hacer, no actuar, en un abstenerse (62); u omisión impropia que consiste en un no hacer, pero con cambios, mutaciones (63), es más, siendo la información la que influye en las estadísticas de

hechos vitales e información epidemiológica(55), siendo como prioridad los programas de atención de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, por lo cual, la información que se genera por prestaciones de salud sirve con fines de elaborar perfiles y establecer costos de la atención prestada a cada paciente(56), es por esto que la omisión de la información por parte del profesional se considera mala praxis(59).

Nebol, define información clínica a la información que permita identificar grupos de riesgos y facilite la toma de decisiones clínicas que requieren algunos documentos básicos como las hojas de consulta. El manejo de información requiere ciertas habilidades, como la de conocer los sistemas de información de salud, y más específicamente el manejo de registros e indicadores ya sea para la toma de decisiones o para investigación (5).

La inconsistencia de datos manifiesta claramente que existen problemas de registro ya que refleja que existen inconsistencias de datos en el número de historia clínica, hemoglobina, diagnóstico, motivo de consulta y tipo de diagnóstico, esto posiblemente se atribuya a la modificación y al cambio de valores solo en algunos puntos de almacén de la información, capacitación inefectiva referente al correcto llenado del HIS, al exceso del trabajo que tiene el profesional de enfermería, que no logra unificar todas las copias redundantes de la misma información.

Los problemas surgen al modificar información en los registros y no unificarlos, que no guarden coherencia y da lugar a que surjan problemas de relación y consistencia de los mismos, a la vez trae como resultado una variación en el sistema de información ya que no se tendrá base para tomar decisiones correctas, se sabe que los errores en la toma de decisiones se originan siempre por la falta de una adecuada información, por lo tanto, no permite identificar los problemas y las necesidades que se presentan, ni mucho menos seguir

el progreso de las actividades, esto es alarmante ya que estos datos deberían guardar relación y ser coherentes (64) (65).

La Dirección General de Salud Pública, señala la importancia que tiene la correcta identificación de los pacientes en los centros sanitarios, así como de asegurar una implantación única en todas las áreas de salud e identifiquen necesidad de explicar de manera precisa y clara (52).

La OMS, en sus criterios de registro menciona el contenido que debe aceptar el registro prospectivo, estar abierto a todos los posibles escritos, también menciona la identificación inequívoca, que facilite la vinculación retrospectiva y disponer registros más de una vez en su base de datos (49).

En la concordancia de datos; se resaltan registros que, en el documento de identidad, centro poblado, diagnóstico, laboratorio son concordantes en menor proporción, esto se puede atribuir a la falta de conciencia de los productores de la información frente al paciente, y mucho menos de su trabajo en el sistema de información, quienes causan la variación propia del instrumento, y en la precisión de los procedimientos que el personal de la salud realiza, puede significar que los registros no son llenados correctamente y alteran la información.

También se puede atribuir en este caso a que Enfermería, en su quehacer rutinario, muchas veces desmotivados y poco empoderados emprendan mejoras en el sistema de información, la discordancia de datos puede generar información falsa que altere el flujo de la información y por ende la mejora de salud de los pacientes atendidos.

Pérez, define que la concordancia de datos consiste en la precisión de un procedimiento que se ve afectada por dos factores fundamentales: la variación propia del instrumento o procedimiento y la variación del registrador (67).

Los errores en la codificación resaltan que una proporción de registros en la edad, diagnóstico, tipo de diagnóstico, laboratorio, código CIE10; son de mayor porcentaje, lo cual se puede atribuir a que los profesionales de la salud encargados del registro tengan gran carga laboral, mayor demanda de pacientes, poco compromiso con el registro de información, se puede decir también que los profesionales responsables de la atención al paciente están sujetos a presión en la entrega de registros rutinarios.

El Ministerio de salud describe que el HIS es una herramienta indispensable que garantiza el adecuado registro de las actividades de salud, contribuyendo a mejorar la calidad de registro de datos, además de mejorar la eficiencia y eficacia del trabajo institucional, la actualización del registro y codificación (56).

Muchas veces las fuentes de datos son poco creíbles y los resultados no son precisos ni confiables que llevan a distorsiones en el proceso de transmisión de la información, lo cual da origen a múltiples errores que generan inconsistencias y discordancia de datos (69).

Garzón habla sobre el primer momento del control de calidad posterior al registro y codificación de la actividad, es realizada por el personal de estadística del establecimiento de salud a fin de identificar problemas de calidad ya sea de registro y codificación que debe hacerse de conocimiento del personal responsable de la actividad (57).

La concordancia del registro de atención ambulatoria HIS con la Historia Clínica, evidencia proporciones significativas de datos registrados en el día de la atención, diagnóstico, motivo de consulta, laboratorio, los cuales resaltan por no ser concordantes según el estudio realizado; esto se puede atribuir a la falta de profesionalismo y compromiso con el paciente, también se puede atribuir a la falta de demanda de profesionales y la cantidad de registros redundantes con la misma información.

El Ministerio de Salud define que la Historia Clínica es la relación de los eventos de la vida de una persona, se registran datos de extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información, así sea mínima puede redundar en su propio perjuicio (72).

Guzmán en su artículo menciona que la Organización Panamericana de la Salud considera la Historia Clínica como un conjunto de formularios en los cuales se registran en forma detallada y ordenada las observaciones relacionadas con la salud de una persona, el uso de soportes informáticos, ópticos o de cualquier otra naturaleza tecnológica debe garantizar su autenticidad, integridad y conservación en la misma (71).

Los ajustes en la codificación evidencian que, la mayor parte de ajustes que realiza el personal de estadística durante el primer momento de control de calidad es en el documento de identidad, distrito de procedencia del paciente, centro poblado, diagnóstico, laboratorio, código CIE10, ante esto se puede atribuir a que el personal de enfermería cumple medianamente con los registros de los estándares de atención, también se puede atribuir a que puede existir que el personal este deficientemente capacitado, se puede decir también que las competencias humanísticas sean deficientes.

Al respecto Vargas, hace referencia a las competencias del personal que genera información, en donde los mismos se perciben con competencias por debajo de ellos, este aspecto está asociado con el alto porcentaje de error en la codificación del diagnóstico y la discordancia existente en el registro HIS, y por tanto una de las principales dificultades a enfrentar es que los sistemas de información rutinarios de salud han caído en el círculo vicioso de pérdida de credibilidad y por lo tanto en un abandono como fuente para tomar decisiones, lo cual finalmente redundará en sus escasas posibilidades de financiamiento (93).

La responsabilidad del registro de las actividades en el formulario de registro de atención ambulatoria HIS corresponde a la persona que realiza la atención o desarrolla la actividad de salud correspondiente (57).

Los resultados que indican la mayoría de las historias clínicas llenadas con regular calidad, esto probablemente se atribuya a que el personal de enfermería no tenga conocimiento de la importancia y funciones de la misma, esto debido a una falta de capacitación, actualización.

Nuestros resultados son similares a los de Canaza; que evidencia que la mayoría de las historias clínicas son llenadas con regular calidad; lo cual atribuyo a una falta de capacitación, falta de formatos o material, desconocimiento del lenguaje adecuado, atribuyendo a la parte legal, ya que la historia clínica es un documento legal (95).

Castro hace alusión a las características de la historia clínica que puede traer consigo como consecuencia problemas legales, es por ello que este documento debe mantener información correctamente elaborada según criterios de los estándares establecidos por el MINSA, consignando los datos de mayor importancia que debe ser preciso, conciso, legible y apropiado de tal forma que avale las acciones del profesional como su estatus como profesión de carácter científico, cabe resaltar que la historia clínica refleja la destreza, conocimientos y experiencia del mismo (78).

Claramente el profesional de Enfermería, en gran mayoría no registra el examen físico en los programas en estudio, ante esto puede atribuirse que la rutina de atenciones diarias y por la suma importante de atenciones, falta de personal, importante cantidad de registros, el manejo del tiempo, le es casi imposible o por falta de capacitación referente al tema, actualización no lo realiza.

Hullin y Potter ambos en sus libros hablan del profesional de Enfermería, que debe llevar a cabo un sistema de documentación que forma parte de todo un registro del paciente y que

debe proveer la documentación formal, que además es una forma de comunicación con los mismos profesionales u otros (45) (46).

MINSA menciona que el examen físico evidencia que la búsqueda de signos de alarma y la exploración de aspectos relacionados con la integridad física del menor (80).

También se evidencia que en gran mayoría no se registran ni grafican las tablas de crecimiento y desarrollo, siendo de suma importancia ya que con esta información se hace seguimiento al crecimiento y desarrollo de los menores, y permite identificar, de forma oportuna situaciones de riesgo en la talla, peso, que desencadenan problemas de desnutrición crónica, alteraciones en el crecimiento, entre otros; facilitando el diagnóstico y la rápida intervención de los profesionales y la identificación de problemas a los padres (87).

Evidencia asimismo la tabla que no se registra en gran porcentaje los antecedentes familiares, esto se puede atribuir a los mismos factores que se mencionaron anteriormente. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU en sus publicaciones mencionan que los antecedentes familiares son características que se muestran en una familia sobre ciertas enfermedades que son de suma importancia identificarlas (81).

Alliance en su libro describe que reconocer riesgos de desarrollar enfermedades en los antecedentes familiares son únicos de cada persona y existen factores claves que pueden aumentar riesgos como enfermedades que aparecen en más de un familiar cercano, ciertas combinaciones que aparecen dentro de una familia (82).

Las condiciones de desarrollo psicomotor también son estándares registrados en menor proporción, y esto se puede atribuir a que el personal de enfermería considera los datos de rutina redundantes y poco importantes.

La comprobación de estas capacidades forma parte de los controles de seguimiento normales, el niño, en su desarrollo, nunca se saltará una etapa, por tanto, no aprenderá, por

ejemplo, a hablar sin antes haber balbuceado, ni iniciará la deambulaci3n antes de aprender a sentarse, estas etapas se van sucediendo lenta pero continuamente durante los primeros a1os de vida, sin necesidad de un aprendizaje programado, por lo cual deberían estar consideradas dentro del control de rutina del ni1o sano (86)

Toda la informaci3n en cuanto al uso es de buena calidad, a esto se puede atribuir a que existe un alto análisis estadístico y más aún contextual, pero también se puede atribuir a que la calidad de dato no solo puede ser de buena calidad, sin embargo, el análisis y uso de la misma es buena, así mismo se puede atribuir a que las metas o logros esperados de un programa con el desempeño actual del mismo pueden ser óptimos.

La informaci3n generada por las prestaciones de salud en cuanto al reporte de producci3n de la informaci3n y la presentaci3n de la informaci3n son el primer nivel actual de desempeño de los sistemas de informaci3n (22); lo cual se usa para el desarrollo de políticasy planeaci3n, gerencia del sistema de salud, en las instituciones donde se genera y para la toma de decisiones basadas en evidencia (23).

Respecto a los resultados Torres, evidencia que el uso de la informaci3n del Sistema de Informaci3n es importante porque la disponibilidad de la informaci3n parece ser uno de los aspectos más críticos del sistema de informaci3n rutinario (92).

El marco de referencia, propuestas metodol3gicas, afirma en su estudio que el proceso para el uso de la informaci3n inicia en la emisi3n de reportes por los estadísticos, la regularidad de los mismos y la existencia de retroalimentaci3n, por parte de los que analizan la informaci3n, los indicadores que utilizan para el análisis de la informaci3n y los resultados generados por estas evidencias, es decir los planes de acci3n que se toman en el establecimiento de salud, tanto para la informaci3n como para la mejora del estado de salud de la poblaci3n (22).

La calidad de registro de atención ambulatoria HIS e Historias clínicas la mayor parte son regulares; esto posiblemente se atribuya a la falta de capacitación focalizada, la falta de motivación, a la sobrecarga de funciones, demanda de atención, resistencia de parte del paciente al brindar información, también se puede atribuir a que los establecimientos no cuenten con manuales HIS, CIE 10.

En la evaluación de los sistemas de información, la calidad del dato es débil llegando a ser los errores mayores a lo permisible en un sistema de información, que el personal de salud se siente comprometido, pero tiene limitaciones en sus competencias, siendo de mayor deficiencia las de análisis y uso de la información.

Que existen en los prestadores un número importante de subsistemas manuales que hace que el prestador deba copiar la misma información en más de un formulario, que lleva a no sólo la utilización de mayor tiempo en el registro, sino que además le quita tiempo a la prestación en sí, y se cometa más errores.

Así mismo, los registradores no revisan que los datos estén completos, segundo que acumulan un número suficiente para ser llevados luego a los establecimientos de salud, en el camino no necesariamente llegan a estos, tercero que los que llegan a los lugares en que no se puede ingresar el dato, también esperan a tener un número suficiente para que pueda ser remitidos al punto de digitación (22).

Vargas, menciona que los productores de la información que son los profesionales de la salud a cargo de los pacientes no son conscientes de su rol como tomadores de decisiones frente al paciente, menos de su responsabilidad, en el sistema de información (93).

Alves en su estudio evidencia que el conocimiento, dominio y utilización de información se generan como proceso inherente al trabajo del equipo, posibilitando aproximación de la

realidad sanitaria con planificación de acciones de salud, garantizando que potencialidades y fragilidades puedan ser identificadas por medio de evaluación de la información (88).

También Camacho menciona que la "calidad de la información" y la "calidad del sistema", no menospreciando la "calidad de los servicios", son factores importantes que determinan el nivel de satisfacción de los enfermeros con los Sistemas de Información que usan en Enfermería (89)

Leite del sistema de información menciona que realmente existen significativas inconsistencias en el proceso de recolección, registro, almacenamiento, puesta a disposición y uso de las informaciones en salud, entre otros obstáculos; la resistencia de los pacientes en proporcionar la información personal; deficiencia de las fichas utilizados por los Sistemas de Información en Salud (90).

CONCLUSIONES

PRIMERA: En los registros de los sistemas de información rutinarios en salud se identificó que la calidad es regular, en cuanto al registro del sistema de información de atención ambulatoria HIS, Historia clínica; sin embargo, en el uso de la información la calidad es buena.

SEGUNDA: En la dimensión del registro de atención ambulatoria HIS, se identificó que la calidad de datos es regular, ya que la mayor parte de registros de atención ambulatoria bajo responsabilidad del profesional que atiende al paciente, tiene omisiones, discordancias, inconsistencias, en las diferentes variables establecidas por el MINSA, en la codificación de diagnósticos, y las omisiones en datos importantes establecidas por norma.

TERCERA: En la dimensión de Historia Clínica, se identificó que los registros son de regular calidad, las atenciones que se realizan al paciente deben estar registradas en las historias clínicas sin falta de datos, pero se identificó que las historias clínicas carecían de diferentes datos como diagnóstico, observaciones frente a la consulta, la falta de llenado del examen físico, entre otros, datos que no deberían ser pasados por alto, en pro de la salud del paciente.

CUARTA: En la dimensión uso de la información, se identificó que la calidad en cuanto a la Recolección, reporte de los datos y despliegue es de buena calidad, existe retroalimentación entre la Microred y las Redes Puno, y se emplean bien las estadísticas, en gráficos actualizados y la emisión de reportes mensuales y reportes quincenales.

RECOMENDACIONES

AL PERSONAL DE LA MICRORED LARAQUERI

- Socializar en reuniones de análisis y reflexión sobre problemas de registro, para el posterior y adecuado registro de datos de atención ambulatoria HIS e Historia clínica.
- Identificar barreras para la calidad de registro del sistema de información de registro de atención ambulatoria HIS, Historia Clínica.

A LAS LICENCIADAS DE ENFERMERÍA.

- Cumplir estrictamente con las Normas establecidas por el Ministerio de Salud para buenos registros en las historias clínicas y el registro de atención ambulatoria HIS, mediante revisiones mensuales para evitar futuras equivocaciones en pro del paciente atendido y apelando a la no maleficencia.

A LOS EGRESADOS

- Realizar investigaciones de tipo prospectivo en el sistema de información rutinarios de salud, en registros estudiados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Font F. Evaluación del sistema de información de salud en el distrito de Kilombero Tanzania [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad De Barcelona. Facultad De Medicina;2002
2. López J, Vieda J. Apuntes para la formulación de indicadores de calidad en salud. 2012.
3. OMS.OPS. Método de Evaluación Estándar de Sistemas de Información para la Salud [Internet]. 1st ed. Jamaica: Unidad de Sistemas de Información para la salud y Plataformas Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud; 2018 [cited 5 December 2018]. Available from: <https://www.paho.org/ish/docs/madurez.pdf>
4. Muñoz A. sistemas de información en las empresas [Internet]. España ; 2003 [cited 2018 agosto]. Available from: <http://www.hipertext.ne>.
5. Nebol C, Rosales C, Borrell R, Güemes A, Ruales J. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud [Internet]. 1st ed. Washington, D.C: © Organización Panamericana de la Salud 2008; 2008 [cited 10 May 2019]. Available from: https://mooc.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/33/MODULO_3/U1/story_content/external_files/M3O5_OPS_2008.pdf
6. Rodríguez A. Ortega Ó. García Y. Evaluación del uso de los sistemas de información desde el punto de vista de la gestión del conocimiento [Internet]. 1st ed. Mexico: Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI); 2018 [cited 18 October 2018]. Available from: [file:///C:/Users/HP/Downloads/m08p15%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/m08p15%20(3).pdf) - <https://www.oei.es/historico/congresoetsi/presentacion.htm>
7. Ortega C. Suarez M. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. Estrategias para su aplicación. 2da Edición. México: Editorial Medica Panamericana S.A. 2009

8. Domic E. The importance of nursing records. Medwave [Internet]. 2004 [cited 12 August 2019];(4(4):e2793):5. Available from: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/2793>
9. Organización Panamericana de la Salud. Mejoramiento de la estructura y desempeño de los sistemas nacionales de información en salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas. Oficina de Representación OPS/ OMS en Chile; 2009.
10. MEASURE Evaluation [Internet]. USAID: Universidad de Carolina del Norte; 2007[actualizado 2007 enero 19; citado agosto 21]. Herramienta de garantía de calidad de datos para indicadores de nivel de programa. Available from: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-07-19>
11. MEASURE Evaluation [Internet]. USAID: Universidad de Carolina del Norte; 2016 [actualizado 2017 diciembre 14; citado agosto 21]. Calidad de datos. Disponible en: <https://www.measureevaluation.org/our-work/data-quality>
12. MEASURE Evaluation [Internet]. USAID: Universidad de Carolina del Norte; c2008 [actualizado 2017 agosto 14; citado agosto 22]. Demanda y uso de datos. Available from: <https://www.measureevaluation.org/our-work/data-demand-and-use>
13. Marco de referencia y estándares para los sistemas nacionales [Internet]. 2nd ed. suiza: Red de la Métrica en Salud; 2018 [cited 18 October 2018]. Available from: [http://file:///C:/Users/HP/Downloads/D_IP_RB_05_OMS_RMS_Marco_Conceptual%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/HP/Downloads/D_IP_RB_05_OMS_RMS_Marco_Conceptual%20(1).pdf)
14. Castillo M. Evaluación Regional del Sistema de Información en Salud. [Diapositiva]. Perú: Gobierno Regional de San Martín; 2010. 23 diapositivas.
15. Nurse J, Rahman S, Sadie C, Goldsmith M, Lamberts K. Information Quality and Trustworthiness: A Topical State-of-the-Art Review. Lecture presented at; 2011; University of Warwick, Reino Unido.

16. Boerma T. Compromiso mundial para mejorar los datos sanitarios [Internet]. Who.int. 2018 [cited 5 December 2018]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/a-global-commitment-to-improve-health-data?fbclid=IwAR3bu3aJjCjLo0R3bLgDMDXKCqCCQPkkVpH21TP8SxLKHyaActvUzuKBru0M>
17. MEASURE Evaluation [Internet]. USAID: Universidad de Carolina del Norte; 2009 [actualizado 2009 marzo 19; citado agosto 21]. Mejorando el desempeño de RHIS, México, marzo de 2010. Disponible en: <https://www.measureevaluation.org/resources/networks/rhino/improving-rhis-march-2010-mexico>
18. RHINO [Internet]. Boston: Red de Información de Salud de rutina (RHINO); 2017 [actualizado 2017 setiembre 8; citado 2018 agosto 22]. Calidad de datos; [aprox. 1 pantalla]. Available from: <https://www.rhinonet.org/?s=data+quality&submit=Search>
19. Ronveaux O, Rickert D, Hadler S, Groom H, Lloyd J, Bchir A et al. OMS | Auditoría de la calidad de los datos de inmunización: comprobación de la calidad y coherencia de los sistemas de monitoreo de la inmunización [Internet]. Who.int. 2018 [cited 25 August 2018]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/7/ronveauxabstract0705/es/>
20. Palacio L. Hernández J. Villalobos A. Cortés M. Agudelo M. Plaza B. Sistemas de Información en Salud en la región Mesoamericana. SciELO Analytics [Internet]. 2018 [cited 25 August 2018]; (vol.53):3. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000900010
21. MINSA [página en Internet]. Perú: Oficina General de Tecnologías de la Información; 2013 [actualizado 2016 Junio; citado 2018 Agosto]. Propuesta de Integración del Sistema de información en salud; [aprox. 3 pantallas]. disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/upload/uploaded/pdf/eaccmed/reunionestecnicas/ponenc>

- ias/julio_2016/macnor/ponencia_dia1/sistema_integrado_de_informacion_sismed_ogti_20160705.pdf
22. Health Metrics Network; OPS/OMS; MEASURE Evaluation; Paris 21 (OCDE, 1999); United Nations Statistics Division; RHINO. Marco de Referencia, propuesta metodológica y momentos de desarrollo; Perú: lima; 2009.
23. Alves L. Análisis de la utilización de sistema de información en atención básica- SIAB para coordinadores de la atención primaria de salud en la toma de decisiones. [Tesis de titulación de Maestría]. Brazil: departamento de enfermería Materno- Infantil en Salud Publica, Universidad de Sao Pablo; 2009.
24. Otero M, Chávez T, Edward Deming, El padre de la calidad moderna [Internet], 2003. [cited 12 August 2019]. Available from: [http:// www.gerenciasalud.com](http://www.gerenciasalud.com)
25. Donabedian A. La calidad de la atención médica, México, La Prensa Médica Mexicana, 1994.
26. Lourdes M. Más allá de la excelencia y de la calidad total, 2ª ed., México, Trillas, 2002.
27. Edmundo G. Administración de la calidad total: conceptos y enseñanzas de los grandes maestros de la calidad, 5ª ed., México, PAX, 2003.
28. MINSA. Documento técnico [Internet]. Lima: dirección general de salud de las personas; 2007 p.28,29,30. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_SGCALIDAD-1.pdf
29. MINSA. Documento técnico [Internet]. Lima: Oficina General de Estadística e Informática; 2011 p. 3, 4,8,9,10,11,12. Available from: <http://cnp.org.pe/manual-codigos-his-2018-actividades-promocion-del-programa-articulado-nutricional-pan/>
30. Yu P, Wang N, Hailey D, Chen H. Una revisión de los métodos de evaluación de la calidad de los datos para los sistemas de información de salud pública. Int J Environ Res

- Public Health [Internet]. 2014 [cited 7 September 2018];(Volumen 11, Edición 5):3.
Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/11/5/5170>
31. PRISM Gestión en Salud [Internet]. Gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe. 2018 [cited 2 September 2018]. Available from: <http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/?tool=diagnostica-informacion>
32. Lippeveld T, Hozumi D. Marco de PRISM: un cambio de paradigma para diseñar, fortalecer y evaluar los sistemas de información de salud de rutina. Health Policy and Planning [Internet]. 2009 [cited 4 September 2018];(volumen 24, edición 3, 1):217. Available from: <https://academic.oup.com/heapol/article/24/3/217/567261>
33. Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Contraloría General de la Republica, Tribunal Electoral Ministerio de Desarrollo Social. Diagnóstico del Sistema de Información en Salud de Panamá [Internet]. Panamá: OPS/OMS; 2006 p. 11-12. Available:
34. Solera J. Martínezb D. Barcelóc M. Elizondod E. Sistemas de Información en Salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora. ELSEVIER (Barcelona) 2010; 134(S1): 1-66.
35. OMS | Capítulo 7: Sistemas de salud [Internet]. Who.int. 2019 [cited 14 April 2019]. Available from: <https://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index5.html>
36. Sánchez Moreno F. El sistema nacional de salud en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica [Internet]. 2014 [cited 16 April 2019];(vol.31 no.4):1-2. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400021
37. Health Metrics Network; OPS/OMS; MEASURE Evaluation; United Nations Statistics Division; RHINO. Evaluación del Sistema de Información en Salud a nivel Regional en el Perú. Perú: lima; 2009.

38. Red de la Métrica de Salud. Hacia un Marco y Estándares para el Desarrollo del Sistema de Información en Salud del País [monografía en internet]. Versión 1.0. EE. UU: Health Metric Networks; 2005 [cited 01 September 2018]. file:///D:/RMS-marco.pdf
39. Aguilar G. Evaluación Del Desempeño Del Sistema De Información Rutinaria En Salud En La Xi Región Sanitaria, Paraguay 2013 [Maestría en Salud Publica con concentración en Sistema de información y bioestadística]. Instituto nacional de salud de México; 2013.
40. Glèlè Y, Marius Ouendo E, Kpozèhouen A, Levêque A, Dramaix Wilmet M, Makoutodé M. Evaluación de la calidad de los datos en el sistema de información de salud de rutina: una aplicación del muestreo de garantía de la calidad del lote en Benin. Health Policy and Planning [Internet]. 2018 [cited 10 September 2018];(volumen 30, edición 7):2. Available from: <https://academic.oup.com/heapol/article/30/7/837/825427?searchresult=1>
41. Castillo J. Registros de salud: evaluación estadística de su calidad. Rev cienc adm financ segur soc [Internet]. 2015 [cited 18 June 2019];(vol.5 n.2):1-2. Available from: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591997000200003
42. García D. Actualizaciones en enfermería. 3ra Edición. Bogotá, 2003.
43. García S. Meza A. Análisis de los Informes de Enfermería de los Hospitales Públicos de la ciudad de Corrientes. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina, 2003. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2003/comunicaciones/03Medi cas/M-028.pdf>
44. Gonzáles I. Ibarra B. Sabemos los Enfermeros como escribir un parte. 2da Edición. México: Cuadecon; 2004.
45. Hullin C. Registros de enfermería y características de un registro clínico de calidad. Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado. Santiago, Buenos Aires: Editorial Mediterráneo; 2010 (pp. 367-375).

46. Potter, P. Fundamentos de Enfermería: teoría y práctica. 5ta. Edición. Madrid - Barcelona: Editorial Harcourt Brace; 2002; p-66-87,512-535.
47. Gutierrez M. Evaluacion de los sistemas de registros en la atencion de enfermeria unidad de neonatologia Hospital Clinico Regional Valdivia [licenciatura]. Universidad Austral de Chile; 2004.
48. Pérez Porto J, Gardey A. Definicion.de [Internet]. Definición.de. 2013 [cited 19 July 2019]. Available from: <https://definicion.de/contenido/>
49. WHO | WHO ICTRP Registry Criteria [Internet]. Who.int. 2019 [cited 18 June 2019]. Available from: <https://www.who.int/ictrp/network/criteria/en/index5.html>
50. García Riveraa R, Martínez González A. Calidad de los problemas de ABP. Evidencia de validez de un instrumento. About the journal [Internet]. 2018 [cited 19 July 2019];(8):2. Available from: <http://riem.facmed.unam.mx/node/871>
51. López A. ¿Qué es "accesibilidad"?. Libro Verde de la Accesibilidad en España. Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras. Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas; 2015. p. 1.
52. Dirección General de Salud Publica. Protocolo de identificación inequívoca de pacientes del servicio extremeño de salud. Madrid: Servicio Extremeño de Salud; 2017 p. 3,9.
53. Capacidad Técnica [Internet]. Sentry.com.py. 2015 [cited 19 July 2019]. Available from: <http://sentry.com.py/capacidad-tecnica>
54. Treviño Cantú J. Gobernanza en la administración pública. Revisión teórica y propuesta conceptual. Contad Adm [Internet]. 2011 [cited 19 July 2019];(no.233):1,2. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-10422011000100008
55. Ministerio de salud. Norma tecnica de salud para la atencion integral de las personas afectadas por tuberculosis. Resolucion ministerial. Lima: Dirección General de la salud, Estrategia Sanitaria Nacional; 2013. Report No.: 715.

56. MINSA. Guía De Uso y Registro de la Hoja His. Lima, Perú: Oficina general de tecnologías de la información; 2017 p. 7-14
57. Garzón E. La inconstitucionalidad por omisión: una revisión jurídica. Dixi [Internet]. 2015 [cited 15 September 2018];16(20):1. Available from: <https://www.elpatagonico.com/investigacion-si-fue-maliciosa-la-omision-datos-declaraciones-juradas-macri-n1498391>
58. La omisión de datos transcendentales en el cuestionario de salud exime a la aseguradora del pago de indemnización - Asjusa Abogados [Internet]. Asjusa Abogados. 2018 [cited 18 October 2018]. Available from: <http://www.asjusa.com/la-omision-datos-transcendentales-cuestionario-salud-exime-la-aseguradora-del-pago-indemnizacion/>
59. Vera O. Aspectos éticos y legales en el acto médico. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2013 Dic [citado 2019 Jun 05] ; 19(2): 73-82. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200010&lng=es.
60. Suarez J. Análisis de los delitos de omisión contra la salud en un proceso judicial [trabajo de suficiencia profesional]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017.
61. Gómez P. El delito de omisión impropia [licenciatura]. Universidad de Chile; 2019.
62. Significado de Omisión [Internet]. Significados. 2019 [cited 19 April 2019]. Available from: <https://www.significados.com/omision>
63. Delgado E. Inconsistencia de Datos [Internet]. Cidecame.uaeh.edu.mx. 2018 [cited 17 September 2018]. Available from: http://cidecame.uaeh.edu.mx/lcc/mapa/PROYECTO/libro14/412_inconsistencia_de_datos.html
64. Garcia J. Medición de la concordancia. [Diapositiva]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. 21 diapositivas.

65. Problemas de inconsistencia. - seguridad en bases de datos [Internet]. Sites.google.com. 2008 [cited 18 October 2018]. Available from: <https://sites.google.com/site/seguridadenbasesdedatos/home/1-conceptos-de-seguridad-en-bases-de-datos/1-3-problemas-de-inconsistencia>
66. Saúde C. Resultados da busca - Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde [Internet]. Sergas.gal. 2018 [cited 18 October 2018]. Available from: <https://www.sergas.gal/busca?k=concordancia+consistencia>
67. Pérez J, Merino M. Definición de correspondencia — Definicion.de [Internet]. Definición.de. 2019 [cited 20 April 2019]. Available from: <https://definicion.de/correspondencia/>
68. Armenta V. Los errores más comunes de la codificación con la ICD-10 [Internet]. Hablando en Data. 2018 [cited 18 October 2018]. Available from: <https://hablandoendata.wordpress.com/2018/03/12/los-errores-mas-comunes-de-la-codificacion-con-la-icd-10/>
69. Flórez H, Novoa N. Detección Y Corrección De Errores Mediante El Código Hamming. Centro De Investigaciones Y Desarrollo Científico [Internet]. 2012 [cited 20 September 2018] ;(Vol. 9 Num. 2):1. Available from: <https://revistas.udistrital.edu.co/ojs/index.php/vinculos/article/view/4271/8749>
70. Gil E, Ortiz Marrón H, López Gay D, Zorrilla Torrása B, Arrieta Blanco F, Nogales Aguado P. Validez y concordancia de la historia clínica electrónica de atención primaria (AP-Madrid) en la vigilancia epidemiológica de la diabetes mellitus. Estudio PREDIMERC. Elsevier [Internet]. 2013 [cited 22 September 2018] ;(28(5):393–396):395. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000788>

71. Guzmán F, Arias C. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA [Internet]. 2012 [cited 18 October 2018];(27):1. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>
72. MINSA. Norma técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica. Lima: Dirección General de Salud de las personas; 2007 p. 34-35.
73. Gil J. Estadística e informática (SPSS) en la investigación descriptiva e inferencial. 2nd ed. Madrid: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2015.
74. ASALE R. ajustar [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2019 [cited 21 April 2019]. Available from: <https://dle.rae.es/?id=1PKzxcm>
75. Estadística descriptiva [Internet]. Uv.es. 2018 [cited 18 October 2018]. Available from: https://www.uv.es/webgid/Descriptiva/21_codificacin_.html
76. Martínez J. Historia clínica. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal [Internet]. 2006 [cited 12 December 2018];(vol. XVII, núm. 1):59. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87505904>
77. Alcaraz M, Nápoles Y, Chaveco I, Martínez M, Coello J. La historia clínica: un documento básico para el personal médico. MEDISAN [Internet]. 2019 [cited 22 April 2019];(v.14 n.7):4. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700018
78. Castro I, Gámez M. Historia clínica. 1st ed. Barcelona; 2019.p 6-7.
79. MINSA. Guía de Práctica clínica para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de errores reactivos en niñas y niños mayores de 3 años y adolescentes. 2014: Peru.
80. MINSA. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima: Dirección General de Salud de las personas; 2019 p. 8-20.

81. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Antecedentes familiares. EE. UU.: Instituto nacional del cáncer; 2019 p. 1. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/antecedentes-familiares>
82. Alliance G. Los Antecedentes Familiares son importantes para su Salud [Internet]. Bookshelf. 2019 [cited 13 May 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132202/>
83. AIEPI. Diagnóstico temprano de cáncer en la niñez. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.; 2014 p. 7.
84. Sánchez M. Antropometría - EcuRed [Internet]. Ecured.cu. 2014 [cited 17 July 2019]. Available from: <https://www.ecured.cu/Antropometr%C3%ADa>
85. Lopez Y. Procedimientos peso y talla [internet]. studocu. 2016 [cited 21 May 2019]. Available from: <https://www.studocu.com/es/document/universidade-de-vigo/fundamentos-de-enfermeria/otros/peso-y-talla/425679/view>
86. Desarrollo psicomotor [Internet]. Sanitas. 2019 [cited 21 May 2019]. Available from: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/recien-nacido/sin012163wr.html>
87. MIDIS. ¿Sabes qué es el control CRED y por qué es importante para el desarrollo de los niños? [Internet]. 2019. Available from: <https://www.cunamas.gob.pe/?p=10454>
88. Alves L. Análisis de la utilización de sistema de información en atención básica- SIAB para coordinadores de la atención primaria de salud en la toma de decisiones. [Tesis de titulación de Maestría]. Brazil: departamento de enfermería Materno- Infantil en Salud Publica, Universidad de Sao Pablo; 2009.
89. Camacho P. Satisfacción de los enfermeros en la utilización de sistemas de información en enfermería. [tesis de titulación de Maestría]. Brazil: Curso de Maestría en Dirección y Jefatura de Servicios en Enfermería, Escuela Superior De Enfermería Del Puerto; 2016.

90. Leite F. Registro de información en el sistema de información en salud: un estudio de las bases SINASC, SIAB y SIM, en el estado de Alagoas. [Tesis Doctoral]. Brazil: Escuela De Ciencia De La Información, Universidad Federal De Minas Gerais; 2009.
91. Restrepo L. López Ríos. M. Sistema de información para la calidad en salud: una realidad por explorar, para conocer y decidir responsablemente. CES Salud Pública. [En línea]. 2015.[fecha de acceso 22 de agosto]; Volumen 6 No.1. Disponible en: [file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-SistemaDeInformacionParaLaCalidadEnSalud-5204432%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-SistemaDeInformacionParaLaCalidadEnSalud-5204432%20(1).pdf)
92. Torres N. Aplicación De Las Herramientas PRISM: Desempeño De La Administración De Sistemas De Salud En Paraguay [Internet]. Paraguay: contrato N° GPO-A-00-03-00003-00; 2007 p. 6. Disponible en: http://file:///C:/Users/HP/Downloads/PARAGUAY_PRISM_Diagnostico.pdf
93. Vargas J, Asca J, Aquino S, Reyes N, Rantes H. Evaluación del Sistema de Información Rutinaria de la Dirección de Salud V Lima Ciudad. Revista Peruana de Epidemiología [Internet]. 2010 [cited 22 August 2018];(Vol. 14 N° 1):1. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/epidemiologia/v14_n1/pdf/a08v14n1.pdf
94. Quispe W. Cumplimiento De Los Registros De La Estrategia De Prevención Y Control De Tuberculosis [tesis de titulación]. Puno. Universidad Nacional Del Altiplano 2017.
95. Canaza M. Calidad de los registros de la estrategia de Crecimiento y desarrollo en niños menores de un año en los establecimientos de salud Puno- 2010 [tesis de titulación]. Puno. Universidad Nacional del Altiplano. 2010
96. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud: principios de la investigación. 6ta ed. México: Editorial McGraw – Hill Interamericana. 2000.
97. Hernández S. y otros. Metodología de la investigación. Tipos de muestreo México; 2009.

98. Cantoni N. Técnicas de muestreo y determinación del tamaño de la muestra en investigación cuantitativa. *Revista Argentina de Humanidades y Ciencias Sociales* [Internet]. 2009 [cited 20 June 2019];(Volumen 7, n° 2):3,4. Available from: https://www.sai.com.ar/metodologia/rahycs/rahycs_v7_n2_06.htm
99. Dulzaides M, Molina A. Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED* [Internet]. 2004 [cited 19 June 2019];(v.12 n.2):2,4. Available from: <http://eprints.rclis.org/5013/1/analisis.pdf>
100. Casas J, Repullo J, Donado J. a encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *ELSEVIER* [Internet]. 2003 [cited 19 June 2019];(Vol. 31. Núm. 8.):1. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>

ANEXOS

ANEXO 01

INSTRUMENTO: FICHA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

FICHA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA N° 1 SOBRE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN RUTINARIOS EN SALUD EN PROGRAMAS EN LA ATENCIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO E INMUNIZACIONES MICRORED LARAQUERI PUNO 2018

DATOS GENERALES:

Fecha:.....
 Establecimiento de salud:.....
 Categoría del establecimiento:.....
 Responsable de la atención:.....

I. FICHA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA:

ACTIVIDADES			
CUMPLIMIENTO EN REGISTRO DE ATENCIÓN DIARIA AMBULATORIA (HIS)		SI	NO
OMISION DE DATOS	Día de la Atención		
	Documento de Identidad, Número de Historia Clínica y Ficha Familiar:		
	Financiador de Salud		
	Pertenencia Étnica		
	Distrito de Procedencia del Paciente		
	Centro Poblado		
	Edad		
	Sexo		
	Perímetro Cefálico y Perímetro Abdominal		
	Evaluación Antropométrica Hemoglobina		
	Al Establecimiento		
	Al Servicio		
	Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud		
	Tipo de Diagnóstico		
	Laboratorio (Lab)		
Código CIE10 y CPT			
INCONSISTENCIA DE DATOS	Día de la Atención		
	Documento de Identidad, Número de Historia Clínica y Ficha Familiar:		
	Financiador de Salud		
	Pertenencia Étnica		
	Distrito de Procedencia del Paciente		
	Centro Poblado		
	Edad		
	Sexo		
	Perímetro Cefálico y Perímetro Abdominal		
	Evaluación Antropométrica Hemoglobina		

	Al Establecimiento		
	Al Servicio		
	Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud		
	Tipo de Diagnóstico		
	Laboratorio (Lab)		
	Código CIE10 y CPT		
CONCORDANCIA DE DATOS	Día de la Atención		
	Documento de Identidad, Número de Historia Clínica y Ficha Familiar:		
	Financiador de Salud		
	Pertenencia Étnica		
	Distrito de Procedencia del Paciente		
	Centro Poblado		
	Edad		
	Sexo		
	Perímetro Cefálico y Perímetro Abdominal		
	Evaluación Antropométrica Hemoglobina		
	Al Establecimiento		
	Al Servicio		
	Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud		
	Tipo de Diagnóstico		
	Laboratorio (Lab)		
	Código CIE10 y CPT		
ERRORES EN LA CODIFICACIÓN	Día de la Atención		
	Documento de Identidad, Número de Historia Clínica y Ficha Familiar:		
	Financiador de Salud		
	Pertenencia Étnica		
	Distrito de Procedencia del Paciente		
	Centro Poblado		
	Edad		
	Sexo		
	Perímetro Cefálico y Perímetro Abdominal		
	Evaluación Antropométrica Hemoglobina		
	Al Establecimiento		
	Al Servicio		
	Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud		
	Tipo de Diagnóstico		
	Laboratorio (Lab)		
	Código CIE10 y CPT		
CONCORDANCIA DE DATOS CON LA HISTORIA CLÍNICA	Día de la Atención		
	Documento de Identidad, Número de Historia Clínica y Ficha Familiar:		
	Financiador de Salud		
	Pertenencia Étnica		
	Distrito de Procedencia del Paciente		
	Centro Poblado		
	Edad		

	Sexo		
	Perímetro Cefálico y Perímetro Abdominal		
	Evaluación Antropométrica Hemoglobina		
	Al Establecimiento		
	Al Servicio		
	Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud		
	Tipo de Diagnóstico		
	Laboratorio (Lab)		
	Código CIE10 y CPT		
AJUSTES DE LA CODIFICACIÓN POR LOS ESTADÍSTICOS	Día de la Atención		
	Documento de Identidad, Número de Historia Clínica y Ficha Familiar:		
	Financiador de Salud		
	Pertenencia Étnica		
	Distrito de Procedencia del Paciente		
	Centro Poblado		
	Edad		
	Sexo		
	Perímetro Cefálico y Perímetro Abdominal		
	Evaluación Antropométrica Hemoglobina		
	Al Establecimiento		
	Al Servicio		
	Diagnóstico, Motivo de la Consulta y/o Actividad de Salud		
	Tipo de Diagnóstico		
	Laboratorio (Lab)		
	Código CIE10 y CPT		

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

FICHA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA N° 2 SOBRE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS MICRORED LARAQUERI 2018

I. DATOS GENERALES:

Fecha:.....
 Establecimiento de salud:.....
 Responsable de la atención:.....
 Estrategia de salud:.....

II. FICHA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA:

HISTORIA CLÍNICA		
CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES EN LA ATENCIÓN	SI	NO
N° de Historia Clínica		
Apellidos y Nombres		
Fecha de Nacimiento		
Lugar de Nacimiento		
Procedencia		
Dirección		
Datos del Padre/Madre o apoderado		
Antecedentes perinatales		
Antecedentes Familiares		
Fecha, Hora		
Edad		
Sexo		
Descarte de signos de alarma		
Signos vitales		
Identifica factores de riesgo		
Motivo de consulta		
Examen Físico		
DIAGNOSTICO		
• Diagnostico Nosológico o sindrómico		
• Factores condicionantes de la Salud, nutrición y desarrollo.		
• Condiciones del crecimiento y estado nutricional		
• Condiciones del desarrollo psicomotor		
Tratamiento y/o indicaciones		
Acuerdos y compromisos negociados con la madre Y/O cuidador		
Exámenes auxiliares		
Tablas CRED.		
Personal que atiente		
Observaciones		
Fecha de Próxima cita		
Datos del profesional responsable		

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE EL USO DE INFORMACIÓN MICRORED LARAQUERI 2018.

I. DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA MICRORED:.....

NOMBRE DEL JEFE DE LA MICRORED:.....

NOMBRE DEL JEFE ENFERMERIA:.....

II. CUESTIONARIO

Marque con un aspa (X) las respuestas convenientes que se adecuen a la realidad de la Microred, llene espacios en blanco con respuestas cortas.

2.1. REPORTE DE PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN RUTINARIA EN SALUD

1. ¿La Microred consolida los datos enviados por los establecimientos de salud?
SI () NO ()
2. ¿Emite la Microred reportes con la información del sistema de información rutinaria de salud?
SI () NO ()
3. Si es Enumere los reportes que contienen datos generados a través del sistema de información rutinaria de salud
 - Indique la frecuencia de los reportes y el número de veces que el reporte fue realmente emitido durante los últimos 12 meses

Reporte	Nº de veces que debe ser emitido	Nº de veces que realmente fue emitido
Crecimiento y desarrollo	-----	-----
Inmunizaciones	-----	-----

4. En el último reporte de datos del sistema de información rutinaria en salud, observe los meses de la información reportada ¿está la información del último mes en dicho reporte?
SI () NO ()
5. ¿Durante los últimos tres meses, la Microred envió reportes de retroalimentación usando los datos del sistema de información rutinaria en salud a los establecimientos de su jurisdicción?
SI () NO ()

6. ¿La Microred uso información del sistema de información rutinario de salud del último mes para el envío de información o datos a la RED/ DIRESA?

SI () NO ()

2.2. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

7. ¿En la Microred se publica o muestra la información de sus indicadores?

Indicadores	tabla / grafico/ mapa actualizada?	¿Está
-----	-----	SI () NO ()
-----	SI () NO ()
-----	-----	SI () NO ()
-----	-----	SI () NO ()

8. ¿La Microred cuenta con un mapa de jurisdicción?

SI () NO ()

9. ¿La Microred tiene un resumen de la información demográfica, población por grupos etarios?

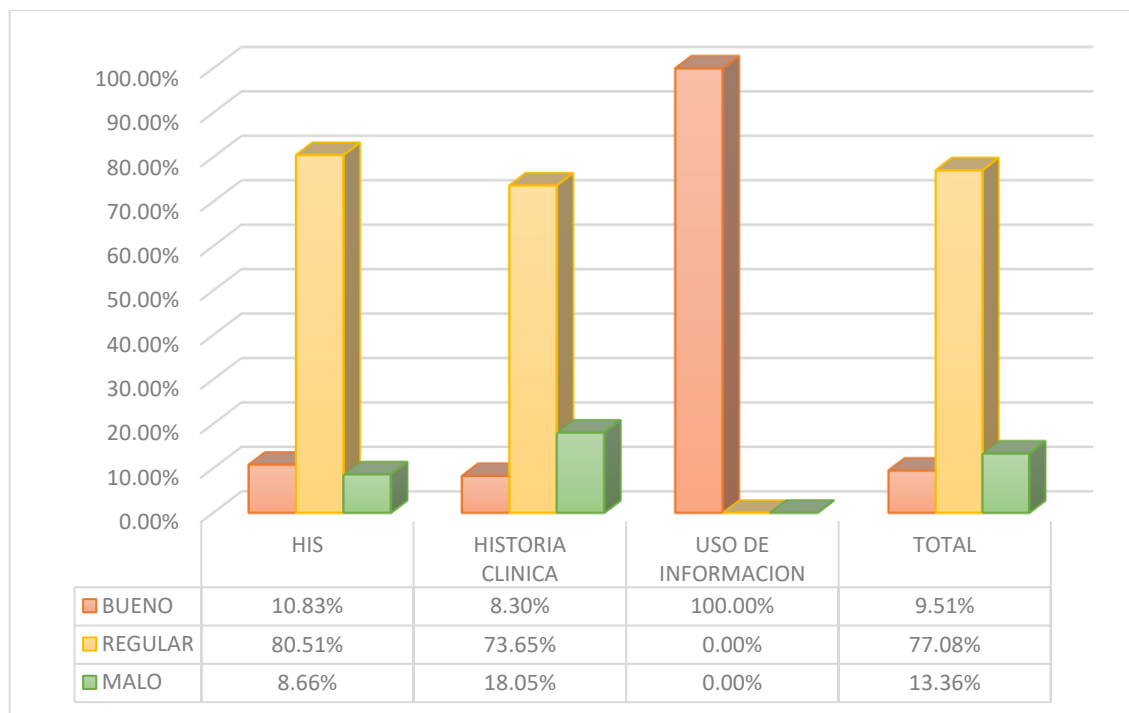
SI () NO ()

ANEXO N° 02
PERTENENCIA ÉTNICA

Cod_Etnia	desetni	Cod_Etnia	desetni
80	MESTIZO	37	IQUITO
81	AFRO DESCENDIENTE	38	ISCONAHUA (ICOBKEBO)
01	AYMARA	39	JEBERO (SHIWILU, SEWÇLO)
02	URO	40	JIBARO
03	JAQARU, KAWI (JAQI, CAUQUI)	41	LAMISTO
04	CHANCAS	42	MACHIGUENGA (MATSIGENKA)
05	CHOPCCAS	43	MASHCO - PIRO ("MASHCO")
06	QEROS	44	MASTANAHUA
07	WANCAS	45	MAYORUNA (MATSÇ)
08	OTROS GRUPOS QUECHUAS DEL AREA ANDINA (II)	46	MURUNAHUA
09	ACHUAR , ACHUAL	47	NANTI
10	AMAHUAÇA	48	NOMATSIGUENGA
11	AMAIWERI - KISAMBAERI	49	OCAINA (IVO TSA)
12	AMARAKAERI	50	OMAGUA
13	ANDOA - SHIMIGAE	51	OREJON (MAI HUNA, MAJUNA)
14	ANDOKE	52	PISABO (MAYO, KANIBO)
15	ARABELLA (CHIRUPINO)	53	PUKIRIERI
16	ARASAIRE	54	QUICHUA - QUICHUA RUNA, KICHWA (I)
17	ASHANINKA	55	RESIGARO
18	ASHENINKA	56	SAPITERI
19	AWAJUN (AGUARUNA, AENTS)	57	SECOYA (AIDO PAI)
20	BORA (MIAMUNA)	58	CHAPRA
21	CACATAIBO (UNI)	59	SHARANAHUA / MARINAHUA (ONIKOINI)
22	CAHUARANA (MOROCANO)	60	SHAWI (CHAYAHUITA, KANPUNAN, KAMPU PIYAWI)
23	CANDOSHI - MURATO	61	SHIPIBO - CONIBO - SHETEBO
24	CAPANAHUA (JUNIKUIN)	62	SHUAR
25	CAQUINTE (POYENISATI)	63	TAUSHIRO (PINCHE)
26	CASHINAHUA (JUNIKUIN)	64	TICUNA (DUAXAGU)
27	CHAMICURO (CHAMEKOLO)	65	TOYOERI
28	CHITONAHUA	66	URARINA (ITUKALE, SHIMACO, KACHT)
29	COCAMA - COCAMILLA	67	WAMPIS (HUAMBISA)
30	CUJAREÑO (IÑAPARI)	68	YAGUA (YAWA, NIHAMWO)
31	CULINA (MADUA)	69	YAMINAHUA
32	ESE'EJA ("HUARAYO")	70	YANESHA ("AMUESHA")
33	HARAKMBUT	71	YINE - YAMI ("PIRO")
34	HUACHIPAIRE	72	YORA ("NAHUA", "PARQUENAHUA")
35	HUAORANI (TAGAERI, TAROMENANE)	73	OTROS GRUPOS INDÍGENAS AMAZONICOS
36	HUITOTO (INCLUYE MURUI, MENECA, MUNAINE)	82	ASIATICO DESCENDIENTE
		83	OTRO

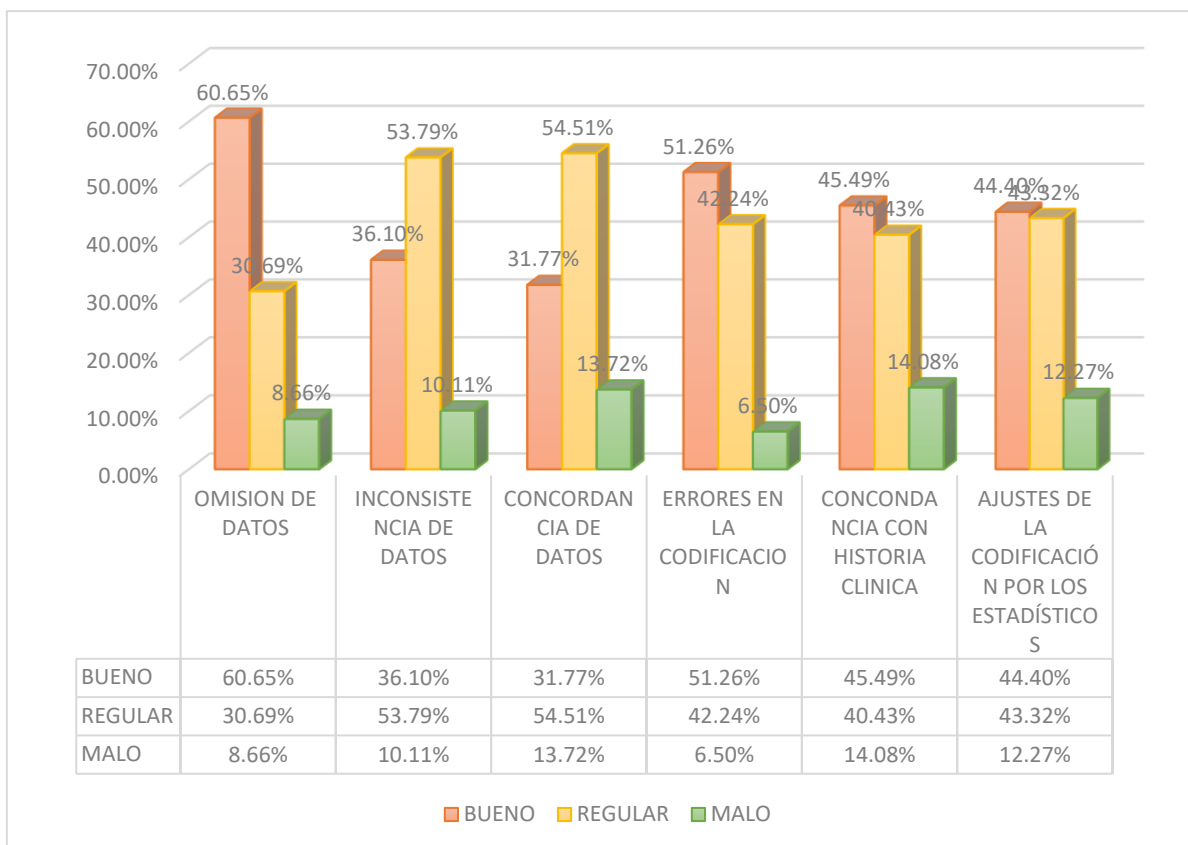
ANEXO N° 03

FIGURA N° 1
CALIDAD DE REGISTRO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN
RUTINARIOS EN SALUD



Los resultados demuestran que la calidad de los sistemas de información de registro rutinarios en salud de las estrategias crecimiento y desarrollo e inmunizaciones Microred Laraqueri puno 2018 es 79.42% son de regular calidad de registro, mientras que el 20.58% es de mala calidad en cuanto a su registro; no contando con ningún porcentaje indicador de buena calidad.

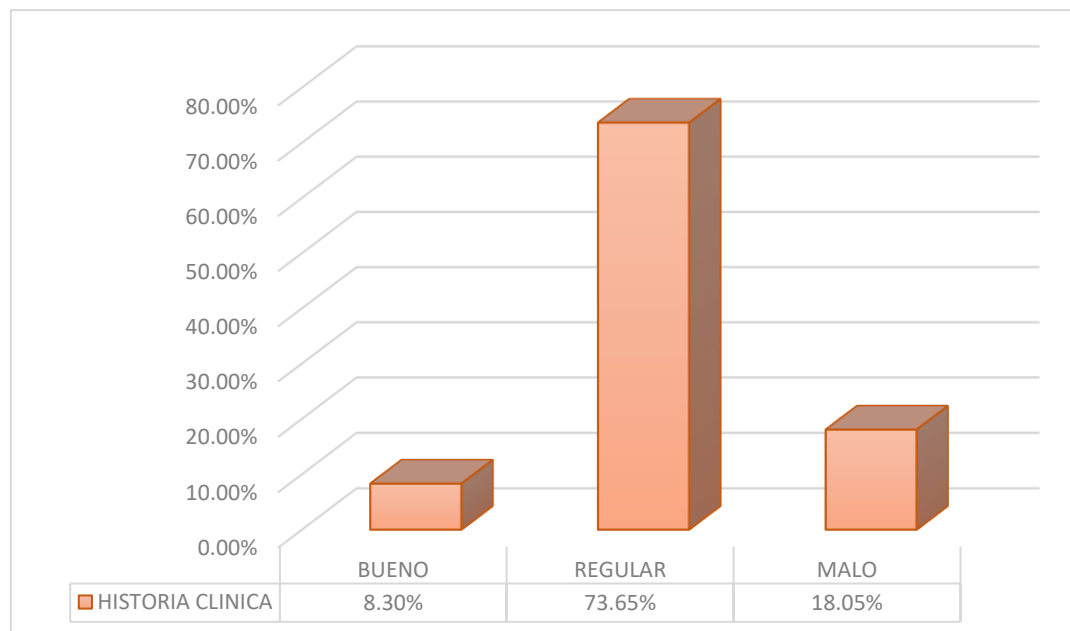
FIGURA N° 2
CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN HIS



Fuente: Ficha de revisión documentaria

Los resultados demuestran que la calidad de Sistema de registro de las atenciones ambulatorias (HIS) de la estrategia de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones Microred Laraqueri 2018, indican que la calidad en omisión de datos el 60.65% es buena; mientras que en la inconsistencia de datos el 53.79% es de regular calidad; en concordancia de datos el 54.51% es de regular calidad; en errores en la codificación el 51.26% es de buena calidad; en concordancia con la Historia Clínica el 45.49% es de buena calidad; en los ajustes de la codificación por los estadísticos el 44.40% es de buena calidad.

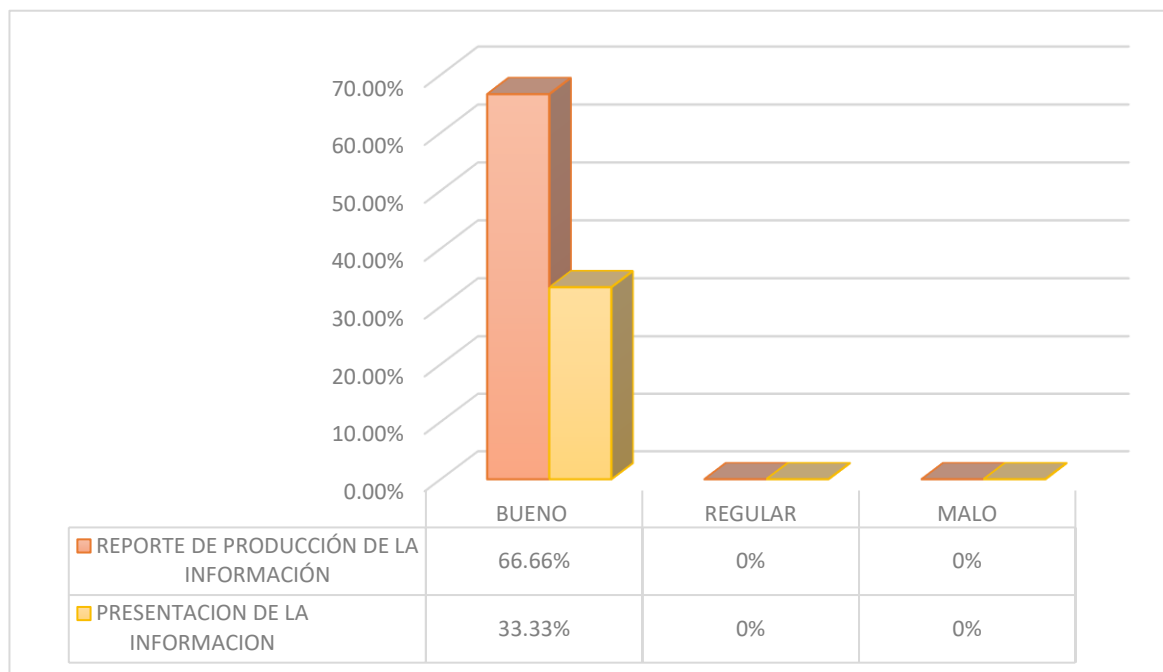
FIGURA N° 3
CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN (HISTORIA CLÍNICA) SEGÚN ESTÁNDARES DE LA ATENCIÓN MICRORED LARAQUERI PUNO 2018.



Fuente: Ficha de revisión documentaria

Los resultados demuestran que la calidad de Sistema información (Historia Clínica) según estándares de la atención de la Microred Laraqueri 2018, el 8.30% indica que se tienen un buen sistema de información mientras que un 73.65% regular sistema de información y el 18.05% mala calidad de sistema de información.

FIGURA N° 4
CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SEGÚN EL USO DE LA INFORMACIÓN



Fuente: Ficha de revisión documentaria

Los resultados del cuestionario de calidad de sistema de información sobre el uso de la información Microred Laraqueri 2018 demuestran que, según el cuestionario aplicado indica que el 100% del sistema se encuentra optimo, en la puntuación se observa que en el reporte de producción de la información un 66.66% es bueno, también en la presentación de la información con un 33.33%, esto significa que la calidad del uso de la información en la Microred Laraqueri es buena.

ANEXO N° 03

CUADRO 1

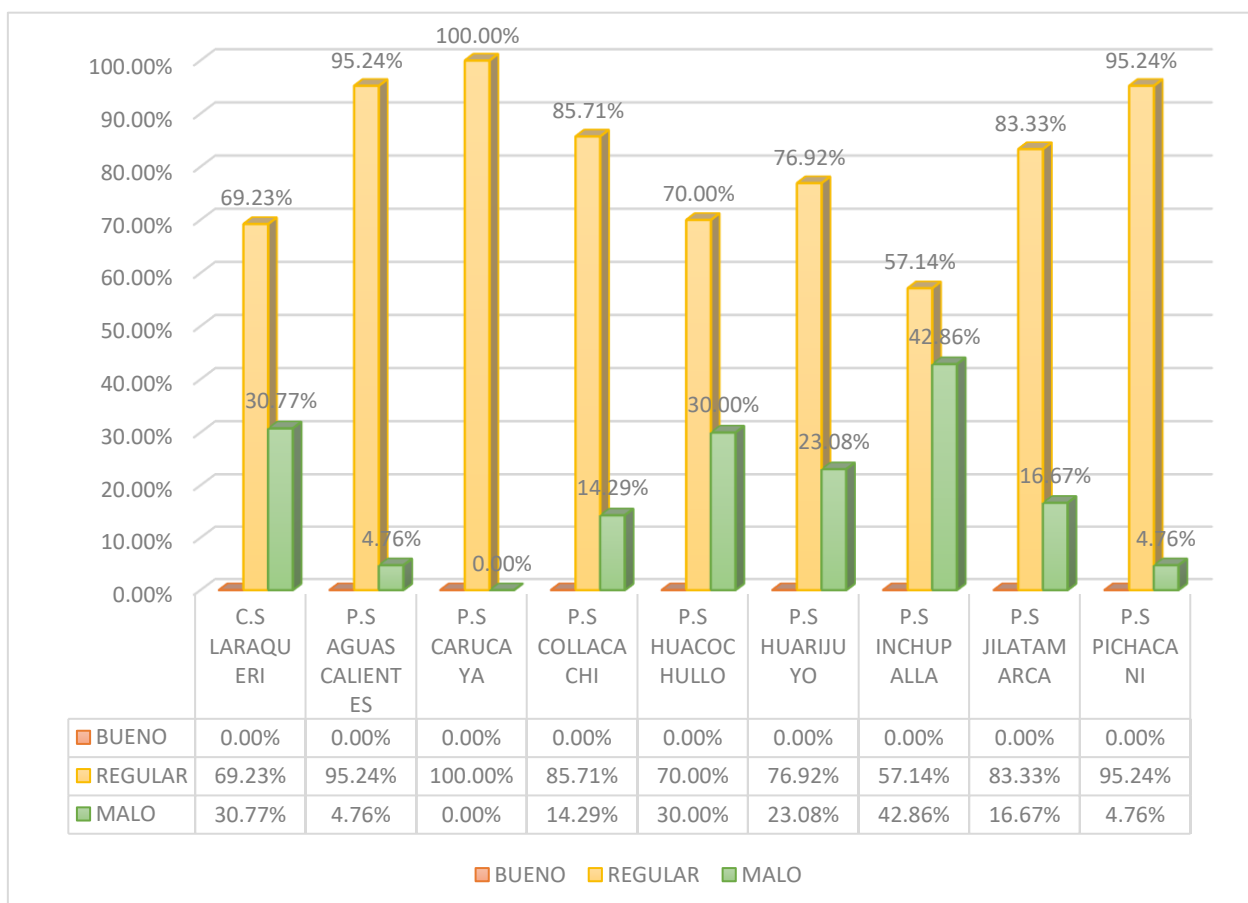
**CALIDAD DE REGISTRO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN
RUTINARIOS EN SALUD POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

ESTABLECIMIENTO S DE SALUD	SISTEMAS DE INFORMACIÓN RUTINARIOS DE REGISTRO DE SALUD							
	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
C.S LARAQUERI	0	0.00%	63	69.23%	28	30.77%	91	100.00
P.S AGUAS CALIENTES	0	0.00%	20	95.24%	1	4.76%	21	100.00
P.S CARUCAYA	0	0.00%	11	100.00%	0	0.00%	11	100.00
P.S COLLACACHI	0	0.00%	24	85.71%	4	14.29%	28	100.00
P.S HUACOCULLO	0	0.00%	14	70.00%	6	30.00%	20	100.00
P.S HUARIJUYO	0	0.00%	20	76.92%	6	23.08%	26	100.00
P.S INCHUPALLA	0	0.00%	8	57.14%	6	42.86%	14	100.00
P.S JILATAMARCA	0	0.00%	20	83.33%	4	16.67%	24	100.00
P.S PICHACANI	0	0.00%	40	95.24%	2	4.76%	42	100.00
TOTAL	0	0.00%	220	732.82%	57	167.18%	277	100.00

Los resultados demuestran que la calidad de los sistemas de información de registro rutinarios de salud por establecimientos de salud en el C.S LARAQUERI el 69.23% es de regular calidad, en el P.S AGUAS CALIENTES el 95.24% es de regular calidad, en el P.S CARUCAYA el 100% es de regular calidad, en el P.S COLLACACHI el 85.71% es de regular calidad, en el P.S HUACOCULLO el 70% es de regular calidad, en el P.S HUARIJUYO el 76.92% es de regular calidad, en el P.S INCHUPALLA el 57.14% es de regular calidad, en el P.S JILATAMARCA el 83.33% es de regular calidad, en el P.S PICHACANI el 95.24% es de regular calidad.

FIGURA 1

CALIDAD DE REGISTRO SISTEMAS DE INFORMACIÓN RUTINARIOS EN SALUD POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD

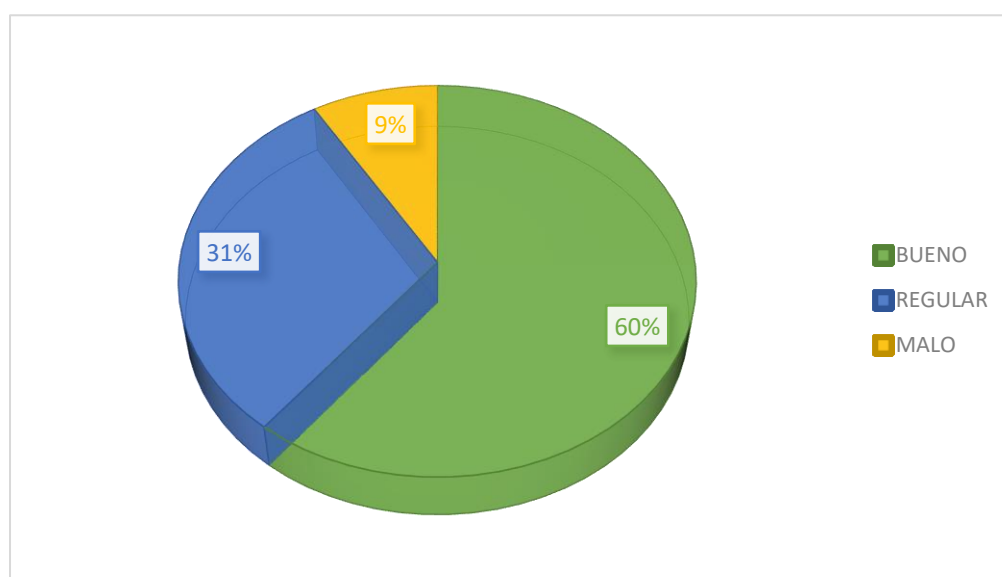


Fuente: Ficha de revisión documentaria

Los resultados demuestran que la calidad de los sistemas de información de registro rutinarios de salud por establecimientos de salud en el C.S LARAQUERI el 69.23% es de regular calidad, en el P.S AGUAS CALIENTES el 95.24% es de regular calidad, en el P.S CARUCAYA el 100% es de regular calidad, en el P.S COLLACACHI el 85.71% es de regular calidad, en el P.S HUACOC HULLO el 70% es de regular calidad, en el P.S HUARIJU YO el 76.92% es de regular calidad, en el P.S INCHUPALLA el 57.14% es de regular calidad, en el P.S JILATAMARCA el 83.33% es de regular calidad, en el P.S PICHACANI el 95.24% es de regular calidad.

ANEXO N° 04

FIGURA N° 1

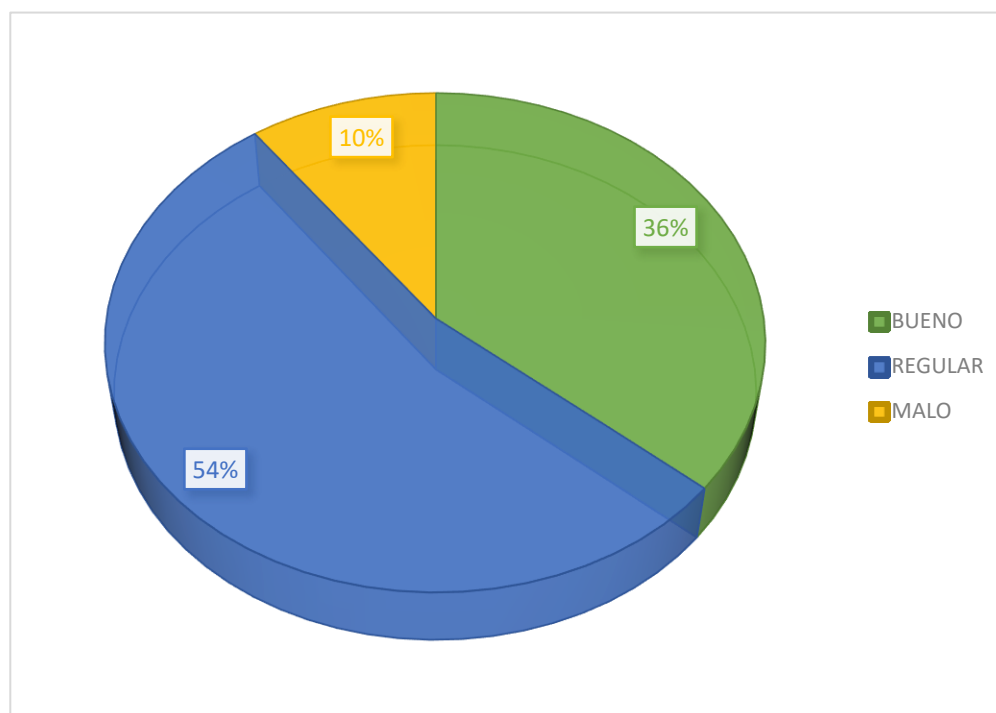
**CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA DE LAS ATENCIONES
AMBULATORIAS EN TÉRMINOS DE OMISION DE DATO.**

Fuente: Ficha de revisión documentaria

En la presente tabla se observa el número y porcentaje de los resultados de la calidad de sistema de registro de las atenciones ambulatorias (HIS) de la estrategia de crecimiento y desarrollo de Microred Laraqueri 2018 en términos de omisión de dato, el 30.69% indica que se tienen un regular sistema de registro mientras que un 8.66% mal sistema de registro, el 60.65% indica que tienen un buen sistema de registro.

FIGURA 2:

**CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA RUTINARIO DE LAS ATENCIONES
AMBULATORIAS EN TÉRMINOS DE INCONSISTENCIA DE DATO.**

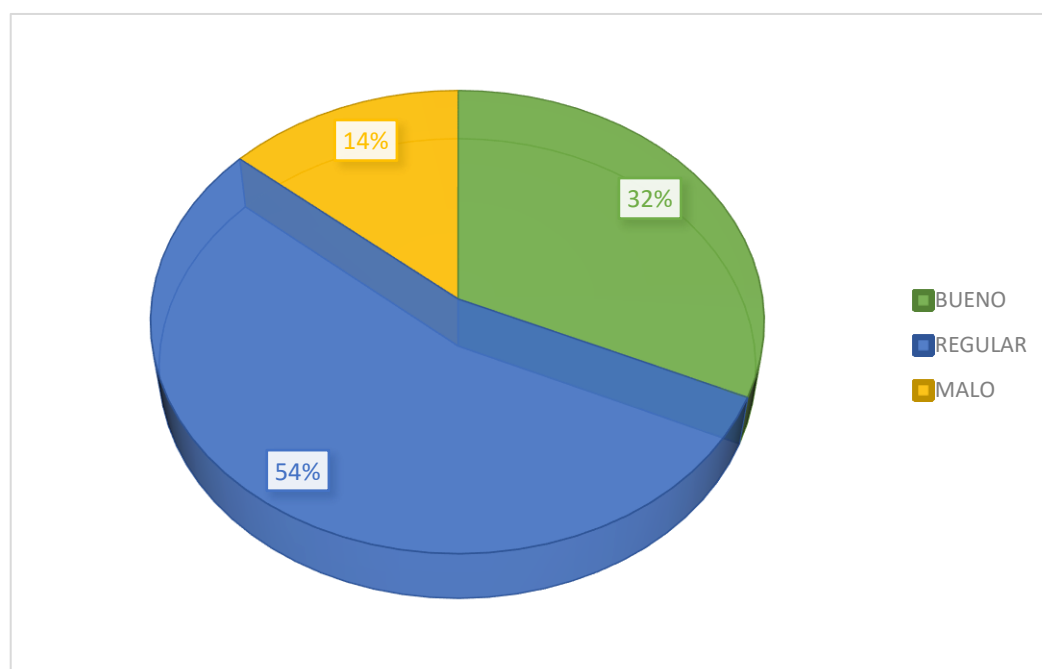


Fuente: Ficha de revisión documentaria

En la presente tabla se observa el número y porcentaje de los resultados de la calidad de sistema de registro de las atenciones ambulatorias (HIS) de la estrategia de crecimiento y desarrollo de Microred Laraqueri 2018 en términos de inconsistencia de dato, el 36.10 indica que se tiene un buen sistema, el 53.79% indica que se tienen un regular sistema de registro mientras que un 10.11% mal sistema de registro.

FIGURA 3:

**CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA RUTINARIO DE LAS ATENCIONES
AMBULATORIAS EN TÉRMINOS DE CONCORDANCIA DE DATO**

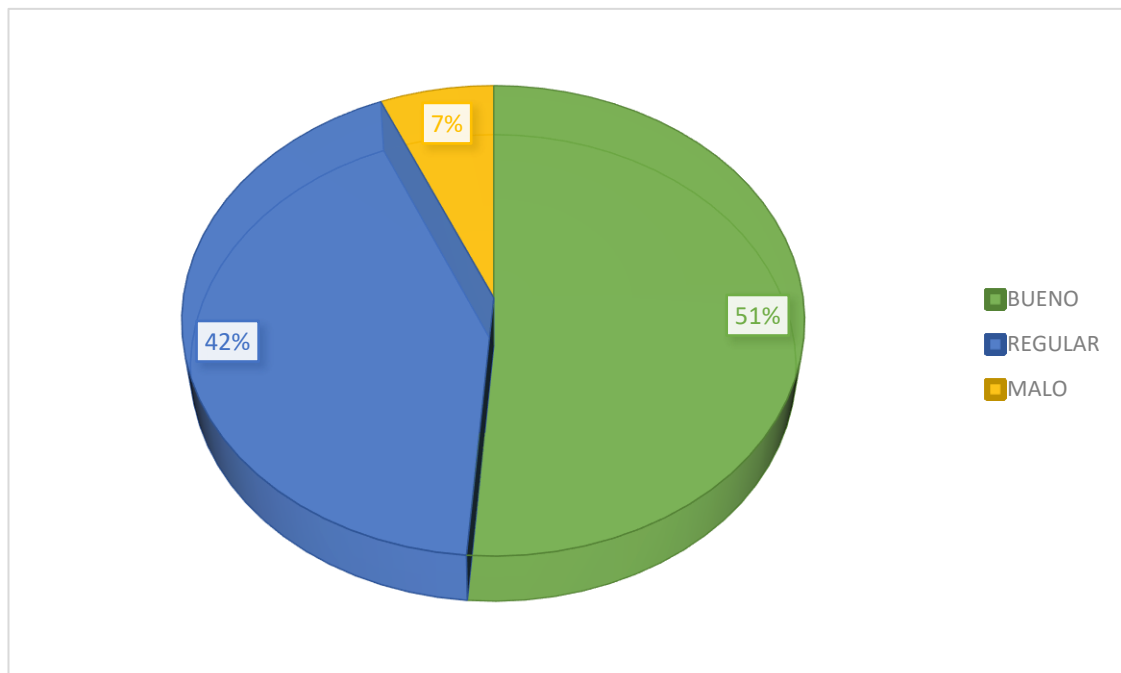


Fuente: Ficha de revisión documentaria

En la presente tabla se observa el número y porcentaje de los resultados de la calidad de sistema de registro de las atenciones ambulatorias (HIS) de la estrategia de crecimiento y desarrollo de Microred Laraqueri 2018 en términos de concordancia de dato, el 31.77% indica que se tiene un buen sistema, el 54.51% indica que se tienen un regular sistema de registro mientras que un 13.72% mal sistema de registro.

FIGURA 4:

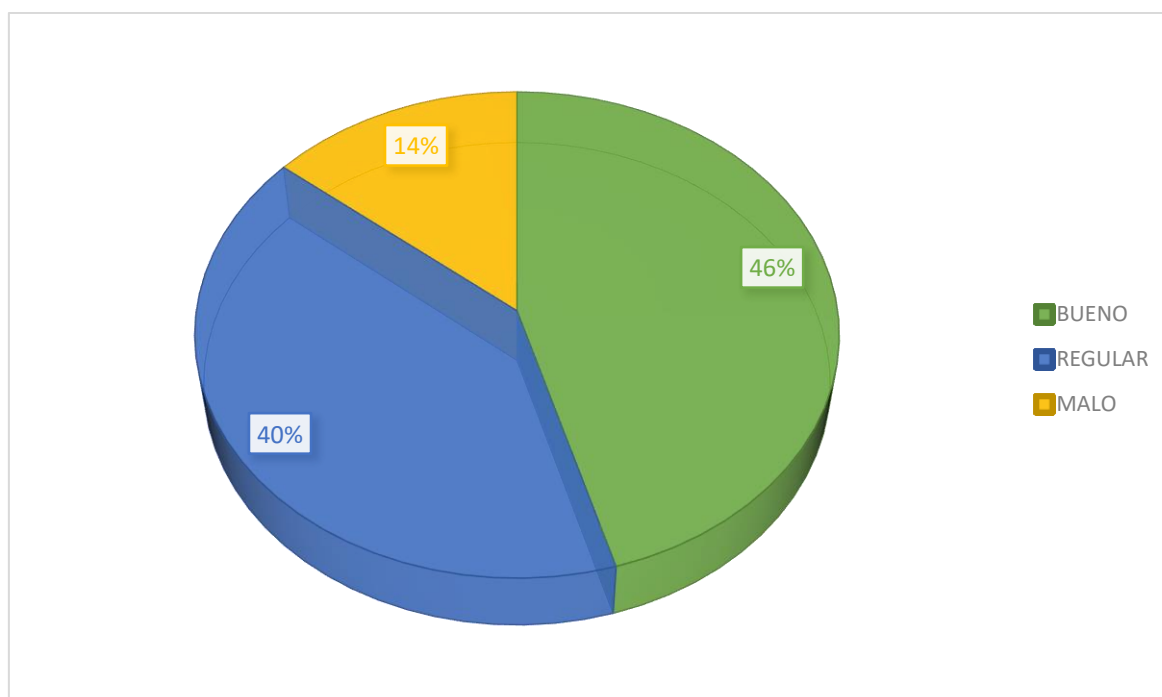
**CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA RUTINARIO DE LAS ATENCIONES
AMBULATORIAS EN TÉRMINOS DE ERRORES EN LA CODIFICACIÓN.**



En la presente tabla se observa el número y porcentaje de los resultados de la calidad de sistema de registro de las atenciones ambulatorias (HIS) de la estrategia de crecimiento y desarrollo de Microred Laraqueri 2018 en términos de errores en la codificación, el 51.26% indica que se tiene un buen sistema, el 42.24% indica que se tienen un regular sistema de registro mientras que un 6.50% mal sistema de registro.

FIGURA 5:

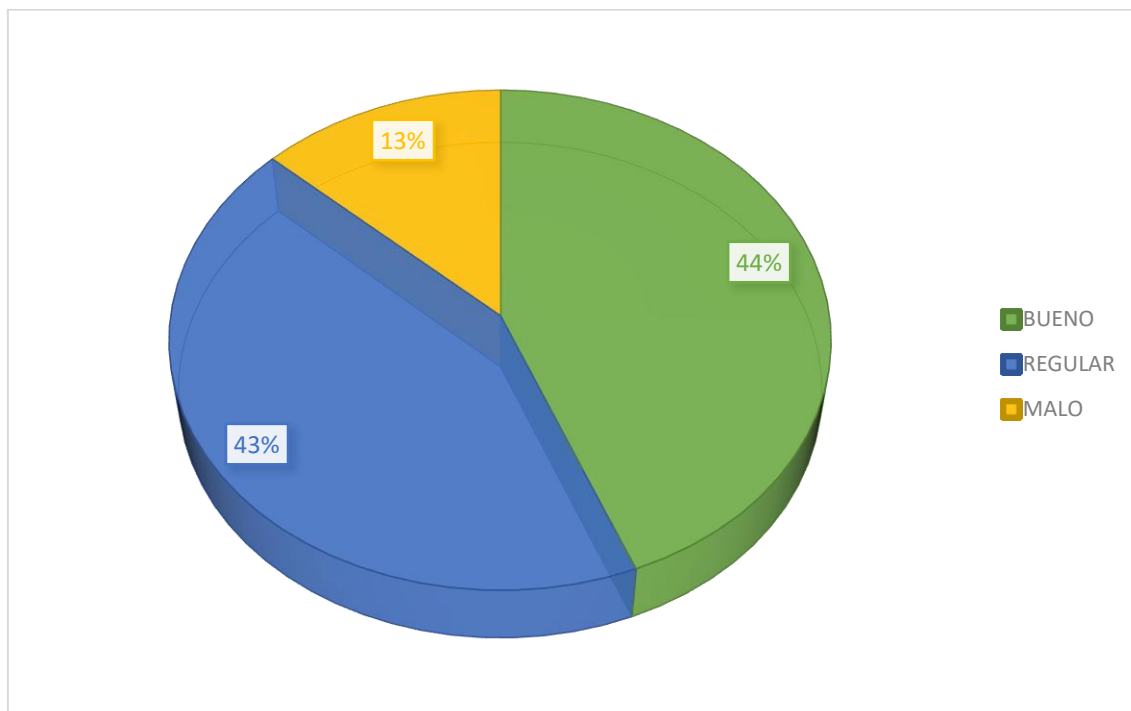
**CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA RUTINARIO DE LAS ATENCIONES
AMBULATORIAS EN TÉRMINOS DE CONCORDANCIA DE LOS DATOS CON
LA HISTORIA CLÍNICA.**



En la presente tabla se observa el número y porcentaje de los resultados de la calidad de sistema de registro de las atenciones ambulatorias (HIS) de la estrategia de crecimiento y desarrollo de Microred Laraqueri 2018 en términos de concordancia de los datos con la historia clínica, el 80.51% indica que se tiene un buen sistema, el 17.33% indica que se tienen un regular sistema de registro mientras que un 2.17% mal sistema de registro. Asimismo, en promedio se obtuvo el valor de 12.84

FIGURA 6:

**CALIDAD DE REGISTRO DEL SISTEMA RUTINARIO DE LAS ATENCIONES
AMBULATORIAS EN TÉRMINOS DE CODIFICACIÓN POR LOS
ESTADÍSTICOS.**



Fuente: Ficha de revisión documentaria

En la presente tabla se observa el número y porcentaje de los resultados de la calidad de sistema de registro de las atenciones ambulatorias (HIS) de la estrategia de crecimiento y desarrollo de Microred Laraqueri 2018 en términos de ajustes de codificación por los estadísticos, el 44.40% indica que se tiene un buen sistema, el 43.32% indica que se tienen un regular sistema de registro mientras que un 13.36% mal sistema de registro.

EVIDENCIAS

Fotografía N° 1; evidencia del frontis EE.SS PICHACANI de la Microred Laraqueri Puno 2018



Fotografía N° 2; evidencia la aplicación del instrumento en admisión del EE.SS PICHACANI, de la Microred Laraqueri Puno 2018.



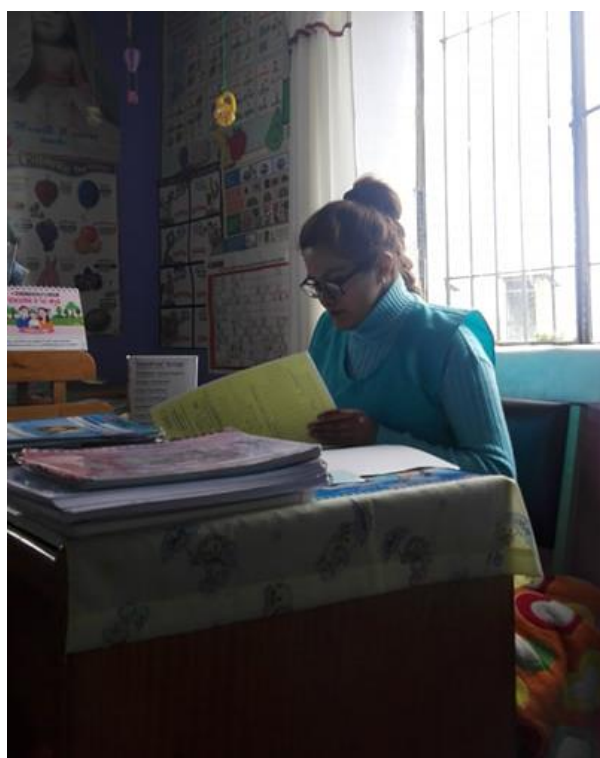
*Fotografía N° 3; evidencia del frontis EE.SS HUACOCULLO de la
Microred Laraqueri Puno 2018*



*Fotografía N° 4; evidencia la aplicación del instrumento en admisión del
EE.SS PICHACANI, de la Microred Laraqueri Puno 2018.*



Fotografía N° 5; evidencia del frontis EE.SS CARUCAYA de la Microred Laraqueri Puno 2018.



Fotografía N° 6; evidencia la aplicación del instrumento en admisión del EE.SS CARUCAYA, de la Microred Laraqueri Puno 2018.



Fotografía N° 7; evidencia del interior EE.SS COLLACACHI de la Microred Laraqueri Puno 2018.



Fotografía N° 8; evidencia la aplicación del instrumento en admisión del EE.SS COLLACACHI de la Microred Laraqueri Puno 2018.



Fotografía N° 9; evidencia del frontis EE.SS INCHUPALLA de la Microred Laraqueri Puno 2018.



Fotografía N° 10; evidencia la aplicación del instrumento en admisión del EE.SS INCHUPALLA, de la Microred Laraqueri Puno 2018.



Fotografía N° 11; evidencia del frontis EE.SS HUARIJUYO de la Microred Laraqueri Puno 2018.



Fotografía N° 12; evidencia la aplicación del instrumento en admisión del EE.SS HUARIJUYO de la Microred Laraqueri Puno 2018.



Fotografía N° 13; evidencia del frontis EE.SS JILATAMARCA de la Microred Laraqueri Puno 2018.



Fotografía N° 14; evidencia la aplicación del instrumento en admisión del EE.SS JILATAMARCA, de la Microred Laraqueri Puno 2018.



Fotografía N° 15; evidencia del frontis EE.SS AGUAS CALIENTES de la Microred Laraqueri Puno 2018.



Fotografía N° 16; evidencia la aplicación del instrumento en admisión del EE.SS AGUAS CALIENTES, de la Microred Laraqueri Puno 2018.