

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PARA LAS
HISTORIAS CLÍNICAS DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ**

Jéssica Paola Castillo Cárdenas

Escuela Superior De Administración Pública “ESAP” Facultad De Pregrado

Programa Administración Pública Territorial

Asesor “ESAP”

Ramiro César Barajas Gómez

Fusagasugá – Cundinamarca

Noviembre 2021

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PARA LAS
HISTORIAS CLÍNICAS DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ**

Jéssica Paola Castillo Cárdenas

Informe de las prácticas administrativas realizadas en cumplimiento del último de
requisito académico para obtener el título de Administrador Público Territorial

Escuela Superior De Administración Pública “ESAP” Facultad De Pregrado

Programa Administración Pública Territorial

Asesor “ESAP”

Ramiro César Barajas Gómez

Asesor entidad

Olga Lucía Sánchez

Líder del Proceso de Archivo

Fusagasugá – Cundinamarca

Noviembre 2021

Contenido

1. Introducción	6
2. Descripción del proceso de evaluación a la gestión documental para las historias clínicas de la E.S.E Hospital San Rafael De Fusagasugá	7
3. Objetivo.....	8
3.1. General	8
3.2. Específicos	8
3.3. Pregunta de investigación	8
4. Marco De Referencia	9
4.1. Marco Teórico.....	9
4.2. Marco Conceptual.....	22
4.3. Marco Geográfico	24
4.3.1. Misión:	27
4.3.2. Visión:	27
4.3.3. Organigrama:.....	28
4.4. Marco Normativo.....	28
5. Metodología	32

5.1. Método de análisis.	32
5.2. Recolección de datos.....	33
6. Análisis Del Proceso De Gestión Documental Dentro Del Hospital.....	33
6.1. Formatos Documentales.....	33
6.2. Políticas Gestión Documental.....	34
6.2.1. Política de Gestión Documental MIPG.....	34
6.2.2. Política De Gestión Documental De La E.S.E. HSRF.....	36
6.3. Tablas De Retención Documental	37
6.4. Rótulos De Marcación Para Carpetas De Archivo	38
6.4.1. Falencias encontradas en la marcación de carpetas:	39
6.5. Condiciones Ambientales	40
6.6. Inventario Documental.....	41
6.6.1. Falencias encontradas en la marcación de cajas:	41
7. Evaluación del proceso de Gestión Documental en manejo de las historias clínicas..	43
7.1. Diagnóstico documental.....	44
7.2. Análisis Matriz DOFA.....	48
8. Propuesta De Mejora Y Fortalecimiento Institucional.....	51

8.1. Plan De Mejoramiento	51
9. Recomendaciones	55
10. Conclusiones	58
11. Bibliografía	59

1. Introducción

La gestión documental ha sido una parte fundamental de la administración pública en las entidades, siendo una herramienta que como su nombre lo indica tiene la función de administrar y organizar la información y el respaldo documental de la institución, el cual debe cumplir unas características de un espacio adecuado de almacenamiento eficiente, organizado y que permita un rápido acceso teniendo en claro su valor y la disposición durante el ciclo vital de los documentos dentro de la entidad.

El anterior propósito se encuentra contemplado en el cumplimiento de la Ley 594 de 2000 (Ley General Archivos), el Acuerdo 042 de 2002 “Por el cual se establecen los criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas” entre otras normas que direccionan el adecuado manejo documental. (Función Pública, 2000)

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) tiene como fin la estandarización de las entidades en sus diferentes niveles para orientar su desempeño en resultados efectivos para solucionar problemas y satisfacer las necesidades de sus clientes. Este está compuesto por siete dimensiones y en la quinta dimensión “información y comunicación” y a su vez abarca una política de gestión documental que contiene pautas necesarias para que exista una mayor eficiencia en la administración y la adecuada organización de soportes producidos (convencional, electrónica, audiovisual, entre otros) tanto de forma interna como externa, con lo que contribuye no solo a la efectiva comunicación entre funcionarios, sino que además facilita en vínculo de comunicación con el cliente.

2. Descripción del proceso de evaluación a la gestión documental para las historias clínicas de la E.S.E Hospital San Rafael De Fusagasugá

De acuerdo con el modelo integrado de planeación y gestión y dentro de la dimensión información y comunicación se ha venido garantizando el debido proceso a los documentos dentro de la entidad, facilitando así el acceso y manejo de los diferentes procesos que se hacen dentro de la E.S.E Hospital San Rafael De Fusagasugá.

En obediencia a la ley 594 de 2000¹, dentro del Hospital se realiza el respectivo manejo a la documentación, así como los principios generales de archivo, haciendo más fácil su consulta de manera que el personal encargado de la información tenga un fácil acceso de forma digital y física.

Respecto a la conservación y organización de documentos como lo es la Historia Clínica el HSRF tiene aún falencias tanto en la infraestructura como en la falta de una estrategia para tener en orden y cumplir las demás normas que rigen la conservación y el manejo de estas que facilite el acceso a estas tanto el personal interno, como al cliente externo.

¹ Ley General de Archivos

3. Objetivo

3.1. General

- Diseñar una propuesta que de manera clara y sencilla establezca el proceso para la organización, clasificación, depuración, foliación, descripción y semaforización de las 159.782 historias clínicas que se encuentran en el archivo de la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá.

3.2. Específicos

- Identificar los diferentes formatos que se manejan dentro de la Institución con relación a las historias clínicas
- Evaluar el proceso de Gestión Documental en manejo de las historias clínicas y el oportuno acceso a las mismas.
- Presentar propuesta de mejoramiento para el proceso de Gestión Documental en manejo de las historias clínicas.

3.3. Pregunta de investigación

¿De qué manera efectiva y eficaz puede el Hospital realizar el proceso de eliminación de las historias clínicas, que contenga el plan de acción para la organización, clasificación, depuración, foliación, descripción y semaforización de las historias clínicas que se encuentran en el archivo?

4. Marco De Referencia

4.1.Marco Teórico

Históricamente la Archivística se puede clasificar como una ciencia emergente ya que los archivos tienen un campo de acción, tiene un fin, un método y métodos propios lo que además la hacen una disciplina, que se fue desarrollando gracias a los procedimientos prácticos administrativos; está bajo la influencia de la paleografía la diplomacia y la historia, presentando cierta distinción con la biblioteconomía en determinados aspectos. A partir del siglo XIX generan una serie de principios generales, que nacen del fruto de la observación y la experiencia, que buscaban sistematizar y estandarizar los procedimientos en la labor archivística (Quevedo, 2004).

Los documentos de archivo se consideran a partir de su origen como la evidencia de un proceso, son elementos activos de la vida de las personas y entidades y una de las formas para presentar una queja, reclamación o una petición, algunos tienen un valor histórico de una organización o entidad. (Silleras, 1995). El Archivo General de la Nación recalca que los Fondos Documentales son agrupaciones de documentos que conforman una misma serie o tipo de documentos los cuales se clasifican por medio de procesos documentales, como medidas preventivas que buscan garantizar su integridad y valor físico (Archivo General de la Nación, 2019).

Dentro de la función estratégica los procesos Archivísticos comprenden los períodos por los cuales atraviesan los documentos y van desde su producción, recepción, distribución, consulta, organización y disposición final de cada documento (Duque, 2009).

Teniendo como base para realizar esta práctica al MIPG, el cual Suministra un conjunto de conceptos, elementos y criterios para enfrentar y resolver problemas, buscando que la gestión esté enmarcada en valores públicos (honestidad, respeto, compromiso, diligencia y justicia), para consolidar un servicio público eficiente, transparente y centrado en la satisfacción de las necesidades y expectativas de la ciudadanía.

Teniendo como objetivos: fortalecer el liderazgo y el talento humano, Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación, Desarrollar una cultura organizacional sólida, Promover la coordinación interinstitucional, Facilitar y promover la efectiva participación ciudadana. Basado en principios como: orientación a resultados, Excelencia y calidad, Articulación Interinstitucional, Toma de decisiones basada en evidencia, Aprendizaje e innovación, Integridad y confianza.

El MIPG está compuesto por 7 dimensiones cada una de ellas con un campo de aplicación.

- **Primera dimensión: talento humano**

MIPG concibe al talento humano como el activo más importante con el que cuentan las entidades y, por lo tanto, como el gran factor crítico de éxito que les facilita la gestión y el logro de sus objetivos y resultados. El talento humano, es decir, todas las personas que laboran en la administración pública, en el marco de los valores del servicio público, contribuyen con su trabajo, dedicación y esfuerzo al cumplimiento de la misión estatal, a garantizar los derechos y a responder las demandas de los ciudadanos. (Función Pública, 2017)

¿Qué es Gestión Estratégica del Talento Humano GETH?

Conjunto de buenas prácticas y acciones críticas que contribuyen al cumplimiento de metas organizacionales a través de la atracción, desarrollo y retención del mejor talento humano posible, liderado por el nivel estratégico de la organización y articulado con la planeación institucional.

Atributos de calidad:

- TH vinculado mediante el mérito, que responde a los perfiles y competencias definidos para atender las prioridades estratégicas y satisfacer las necesidades de los grupos de valor
- TH gestionado de acuerdo con las prioridades fijadas en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación
- TH vinculado de acuerdo con la naturaleza de los empleos, la normatividad que los regula y que responde a la estructura óptima de la entidad
- TH conocedor de las políticas institucionales, del direccionamiento estratégico y la planeación, de los procesos de operación y de su rol fundamental dentro de la entidad
- TH fortalecido en sus conocimientos y competencias, de acuerdo con las necesidades institucionales
- TH comprometido a llevar a cabo sus funciones bajo atributos de calidad en busca de la mejora y la excelencia
- TH comprometido y ejerciendo en su actuación los valores del servicio público
- TH con condiciones de salud y seguridad en el trabajo que preservan su bienestar y con mínimos niveles de riesgos materializados
- TH con altos índices de productividad y cumplimiento de resultados.

- TH preparado física y emocionalmente para el retiro de la entidad por la culminación de su ciclo laboral
- TH del Equipo Directivo: enfocado tanto en el logro de resultados como en el desarrollo de las personas a su cargo, Ejemplificando los valores del servicio público con su actuación diaria en ejercicio de sus funciones, Que con su liderazgo lleva a la entidad al cumplimiento del propósito fundamental. (Función Pública, 2017)
- **Segunda dimensión: direccionamiento estratégico y planeación**

En esta sección se abordará la segunda dimensión de MIPG -Direccionamiento Estratégico y Planeación cuyo propósito es permitirle a una entidad pública, un sector administrativo, una gobernación o una alcaldía definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios, así como fortalecer la confianza ciudadana y la legitimidad. (Función Pública, 2017)

Atributos de calidad para tener en cuenta para la dimensión Direccionamiento estratégico y planeación:

- Direccionamiento estratégico orientado al propósito fundamental para el cual fue creada la entidad y la generación de valor público.
- Direccionamiento estratégico que responde al análisis del contexto externo e interno para su propósito y que afectan a su capacidad para lograr los resultados
- Direccionamiento y planeación estratégica comunicada e interiorizada a todos los servidores y contratista.

- Meta estratégica de gran alcance coherente con el propósito y las necesidades de los grupos de valor.
- Gestión basada en procesos soportada en identificación de riesgos y definición de controles que asegure el cumplimiento de gestión institucional.
- Planes de acción o planes operativos articulados con los planes de desarrollo nacional o territorial según sea el caso y el direccionamiento estratégico.
- Planes de acción o planes operativos orientados a resultados y a satisfacer las necesidades de sus grupos de valor, con los recursos necesarios que aseguren su cumplimiento.
- Direccionamiento estratégico que permite la articulación interinstitucional y alianzas estratégicas, así como la inclusión de mejores prácticas. (Función Pública, 2017)

- **Tercera dimensión: gestión con valores para el resultado**

En esta sección se abordará la tercera Dimensión de MIPG, Gestión con valores para resultados, la cual agrupa un conjunto de políticas, o prácticas e instrumentos que tienen como propósito permitirle a la organización realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público. (Función Pública, 2017)

Atributos de calidad para tener en cuenta en la gestión operativa de una entidad y para una adecuada relación Estado Ciudadano:

- La operación de la entidad se soporta en la gestión por procesos, la cual es dinámica y se ajusta a las necesidades de la entidad y a los cambios del entorno.

- La gestión por procesos para el desarrollo de los productos o servicios tiene en cuenta los requisitos legales, las necesidades del grupo de valor y las políticas internas de la entidad, para brindar resultados con valor.
- Los productos y servicios entregados a los grupos de valor responden al proceso de diseño, planificación, control y desarrollo de estos.
- Los usos de los recursos disponibles atienden las políticas de transparencia, integridad y racionalización gasto público.
- Los procesos judiciales en los que tenga que intervenir la entidad cumplen parámetros de pertinencia y oportunidad dentro del ámbito de la legalidad.
- La entidad simplifica y hace más eficiente los trámites de cara al ciudadano para mejorar el servicio y satisfacer las necesidades de los grupos de valor.
- La Entidad ofrece a los grupos de valor, información oportuna, clara, completa, imparcial y consistente frente a la prestación de los servicios.
- La entidad promueve espacios de participación ciudadana, los evalúa y genera acciones de mejora en los mismos. (Función Pública, 2017)

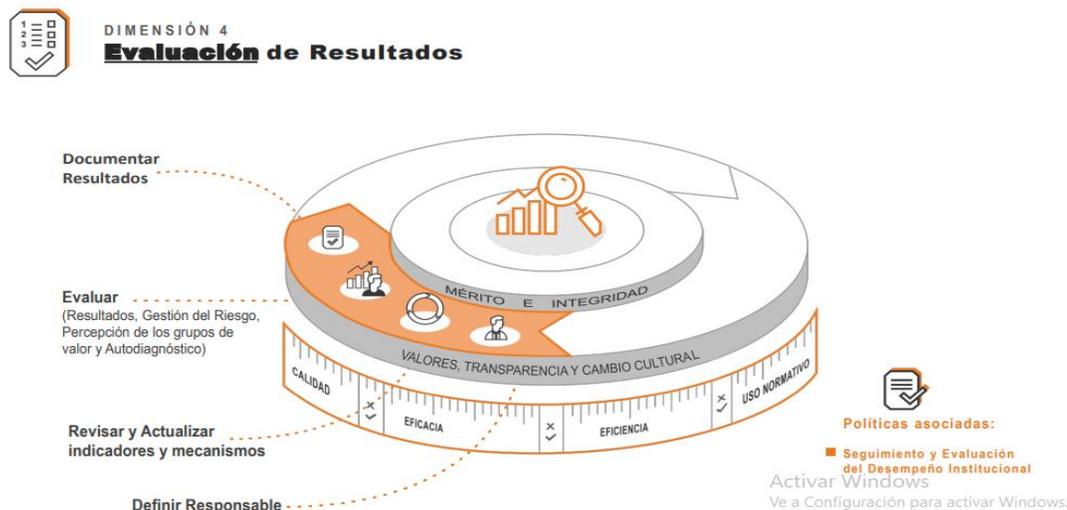
- **Cuarta dimensión: evaluación de resultados**

Tiene como propósito promover en la entidad el seguimiento a la gestión y su desempeño, a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico. Tener un conocimiento certero de cómo se comportan los factores más importantes en la ejecución de lo planeado, le permite a la entidad (i) saber permanentemente el estado de avance de su gestión, (ii) plantear las acciones para mitigar posibles riesgos que la puedan desviar del cumplimiento de sus metas, y (iii) al final del periodo,

determinar si logró sus objetivos y metas en los tiempos previstos, en las condiciones de cantidad y calidad esperadas y con un uso óptimo de recursos. (Función Pública, 207)

Figura 1.

Cuarta Dimensión. Evaluación de resultados



Fuente: MIPG

Atributos de calidad para tener en cuenta para una adecuada evaluación de resultados:

- Proceso de evaluación y seguimiento diseñado y planificado que establece lo que se va a medir, cómo se va a medir y en qué momento se hace la medición, para garantizar la calidad de este.
- Evaluaciones del desempeño y la eficacia de los procesos frente a las necesidades de los grupos de valor.
- Evaluaciones que permiten a la entidad saber si logró sus objetivos y metas en los tiempos previstos, con las condiciones de cantidad y calidad esperadas y con el uso óptimo de recursos.

- Evaluaciones que determinen los efectos de la gestión institucional en la satisfacción de las necesidades y problemas de los grupos de valor.
- Seguimiento y evaluación efectuados por los servidores que tienen a su cargo cada proyecto, plan, programa, proceso o estrategia, en sus diferentes etapas de desarrollo, que permiten garantizar el logro de los resultados previstos y determinar las acciones oportunas de corrección o prevención de manera oportuna.
- Indicadores validados que brindan la información suficiente y pertinente para establecer el grado de avance o el logro de los objetivos y resultados esperados.
- Seguimiento al comportamiento de los factores críticos en la ejecución de sus planes, programas, proyectos y procesos, frente a criterios objetivos previamente establecidos, que le permiten dar cuenta de los avances periódicos y del logro final de sus objetivos y metas.
- Medición de la percepción y satisfacción ciudadana, como un ejercicio constante que permite identificar puntos críticos de trabajo, oportunidades de mejora, y necesidades de los grupos de valor.
- Toma de decisiones basada en el análisis de los resultados de los seguimientos y evaluaciones, para lograr los resultados, gestionar más eficiente y eficazmente los recursos y facilitar la rendición de cuentas a los ciudadanos y organismos de control.
(Función Pública, 2017)

- **Quinta dimensión: información y comunicación**

Es la dimensión sobre la cual se basó la investigación y el trabajo a desarrollar en la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá.

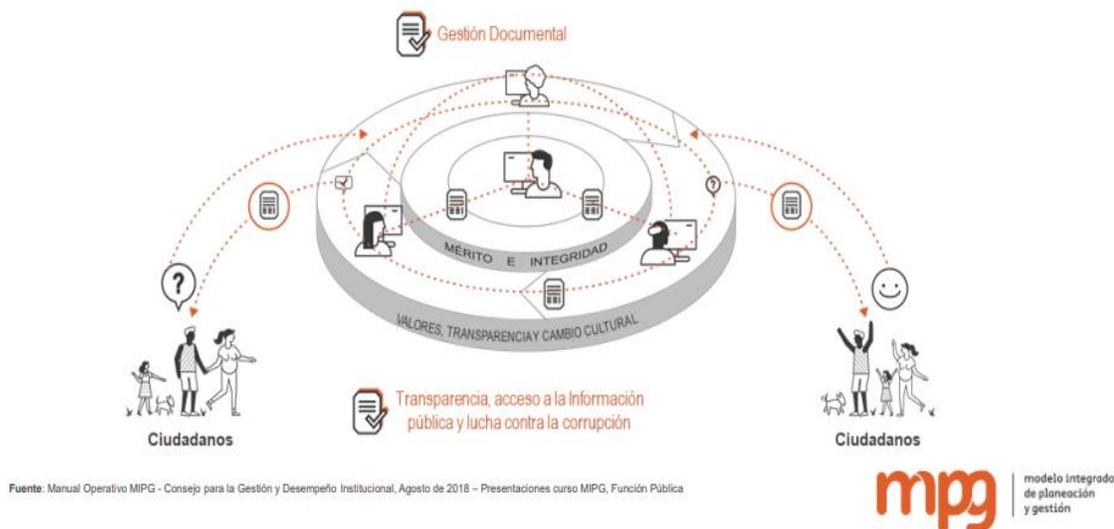
Esta dimensión parte de la premisa que la comunicación es vital para difundir y transmitir la información que se gestiona en toda la entidad, tanto dentro de ella como la que le permite relacionarse con los ciudadanos a quienes dirige sus bienes y servicios (grupos de valor), o a quienes tienen algún interés en su gestión y en sus resultados (grupos de interés).

Le permite Diseñar políticas, directrices y mecanismos de identificación, aseguramiento, consecución, captura y procesamiento de la información necesaria para la operación de la entidad e Identificar y gestionar la información y comunicación externa, generando así una Información sobre la gestión efectiva.

La Información y Comunicación es una dimensión estratégica fundamental, por cuanto vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos. Para el desarrollo de esta dimensión deberán tenerse en cuenta los lineamientos de las siguientes políticas de gestión y desempeño institucional: política de gestión documental, política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción. (Función Pública, 2017)

Figura 2.

Quinta Dimensión. Información y Comunicación



Fuente: MIPG

Esta dimensión cuenta con unos atributos los cuales le permiten tener transparencia y una mejor calidad en el servicio.

- Necesidades de información identificadas para la gestión interna y para atender los requerimientos de los grupos de valor.
- Información disponible en lenguaje claro y sencillo para la comprensión de los grupos de valor.
- Información necesaria para el análisis y gestión de los procesos de la entidad y la toma de decisiones basada en la evidencia.
- Sistema de información documentado, que permite monitorear periódicamente la gestión de la entidad y realizar los ajustes necesarios, para alcanzar los resultados esperados.

- Información considerada como un activo de la entidad para la generación de conocimiento.
- Canales de comunicación identificados y apropiados donde se difunde información sobre las políticas, el direccionamiento estratégico, la planeación y los resultados de gestión de la entidad, promoviendo la transparencia en la gestión y la integridad de los servidores públicos.
- Mejoramiento en los procesos de gestión de la entidad como resultado de la producción y análisis de la Información.
- Información segura que no se afecta durante los procesos de producción, análisis, transmisión, publicación y conservación.
- La información que se soporta en el uso de las TIC se genera, procesa y transmite de manera segura, garantizando su disponibilidad, integridad y veracidad.
- Gestión de la información que asegura la conservación de la memoria institucional y la evidencia en la defensa jurídica de la entidad.
- Mejora en los canales de información internos y externos, como resultado de la evaluación de la efectividad de estos. (Función Pública, 2019)

La E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá viene implementando una serie de cursos y capacitaciones basados en el programa de gestión documental, como lo son de la política de cero papel y el uso de las TICS, el cual está dirigido a usuarios internos (funcionarios) en el cual delega responsabilidades y roles que contribuyen a la definición de políticas, planes y proyectos en cuestiones ambientales, la correcta implementación de la norma y toma de decisiones.

- **Sexta dimensión: gestión del conocimiento y la innovación**

La Gestión del Conocimiento y la Innovación permiten la obtención de mejores resultados, en tanto permite construir desde lo ya construido, interconectar conocimientos aislados, mejorar el aprendizaje y promover buenas prácticas. El conocimiento (capital intelectual) en las entidades es un activo principal y debe estar disponible para todos, con procesos de búsqueda y aplicación efectivos, que consoliden y enriquezcan la gestión institucional. En el sector público se genera una cantidad importante de datos, información, ideas, investigaciones y experiencias que, en conjunto, se transforman en conocimiento.

(Función Pública, 2017)

Atributos de calidad para tener en cuenta en la gestión del conocimiento:

- Sistema de gestión documental y de recopilación de información de los productos generados a los grupos de valor, por todo tipo de fuente de generación.
- Memoria institucional recopilada y disponible para consulta y análisis.
- Bienes o productos entregados a los grupos de valor, como resultado del análisis de las necesidades y de la implementación de ideas innovadoras de la entidad.
- Espacios de trabajo que promueven el análisis de la información y la generación de nuevo conocimiento.
- Los resultados de la gestión de la entidad se incorporan en repositorios de información o bases de datos sencillas para su consulta, análisis y mejora.
- Decisiones institucionales incorporadas en los sistemas de información disponibles.
- Alianzas estratégicas o grupos de investigación donde se revisan sus experiencias y se comparten con otros, generando mejora en sus procesos y resultados. (Función Pública, 2017)

- **Séptima dimensión: control interno**

Esta dimensión corresponde al Sistema de Control Interno SCI (previsto en la Ley 87 de 1993), integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos. El SCI se opera a través del Modelo Estándar de Control Interno MECI.

Atributos de calidad para tener en cuenta en el ejercicio de control interno:

- Estándares de conducta y de integridad, que direccionan el quehacer institucional.
- Niveles de autoridad y responsabilidad apropiadas que facilitan la consecución de los objetivos institucionales.
- Análisis del entorno institucional que permite la identificación de los riesgos y sus posibles causas.
- Riesgos identificados y gestionados que permiten asegurar el cumplimiento de los objetivos.
- Actividades de control establecidas que permiten mitigación de los riesgos a niveles aceptables.
- Información comunicada a nivel interno y externo que facilita la gestión de la entidad.
- Auditoría Interna que genera valor agregado a la entidad.
- Auditoría interna que asegura la calidad de su proceso auditor (Función Pública, 2017)

4.2.Marco Conceptual

- Administración de archivos: conjunto de estrategias organizacionales dirigidas a la planeación, dirección y control de los recursos físicos, técnicos, tecnológicos, financieros y del talento humano, para el eficiente funcionamiento de los archivos.
- Almacenamiento de documentos: acción de guardar sistemáticamente documentos de archivo en espacios, mobiliario y unidades de conservación apropiadas.
- Archivo: conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad pública o privada, en el transcurso de su gestión, conservados respetando aquel orden para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, o como fuentes de la historia. También se puede entender como la institución que ésta al servicio de la gestión administrativa, la información, la investigación y la cultura.
- Archivo central: unidad administrativa que coordina y controla el funcionamiento de los archivos de gestión y reúne los documentos transferidos por los mismos una vez finalizado su trámite y cuando su consulta es constante.
- Archivo de gestión: archivo de la oficina productora que reúne su documentación en trámite, sometida a continua utilización y consulta administrativa.
- Archivo electrónico: conjunto de documentos electrónicos producidos y tratados conforme a los principios y procesos archivísticos.
- Archivo histórico: archivo al cual se transfiere del archivo central o del archivo de gestión, la documentación que, por decisión del correspondiente Comité de Archivo, debe conservarse permanentemente, dado el valor que adquiere para la investigación, la

ciencia y la cultura. Este tipo de archivo también puede conservar documentos históricos recibidos por donación, depósito voluntario, adquisición o expropiación.

- Ciclo vital del documento: etapas sucesivas por las que atraviesan los documentos desde su producción o recepción, hasta su disposición final.
- Clasificación documental: fase del proceso de organización documental, en la cual se identifican y establecen agrupaciones documentales de acuerdo con la estructura orgánico - funcional de la entidad productora (fondo, sección, series y/o asuntos).
- Código: identificación numérica o alfanumérica que se asigna tanto a las unidades productoras de documentos y a las series y subseries respectivas y que debe responder al sistema de clasificación documental establecido en la entidad.
- Conservación de documentos: conjunto de medidas preventivas o correctivas adoptadas para asegurar la integridad física y funcional de los documentos de archivo.
- Copia: reproducción exacta de un documento.
- Depuración: operación, dada en la fase de organización de documentos, por la cual se retiran aquellos que no tienen valores primarios ni secundarios, para su posterior eliminación.
- Digitalización: técnica que permite la reproducción de información que se encuentra guardada de manera analógica (Soportes: papel, video, cassettes, cinta, película, microfilm y otros) en una que sólo puede leerse o interpretarse por computador.
- Disposición final de documentos: decisión resultante de la valoración hecha en cualquier etapa del ciclo vital de los documentos, registrada en las tablas de retención y/o tablas de valoración documental, con miras a su conservación total, eliminación, selección y/o

reproducción. Un sistema de reproducción debe garantizar la legalidad y la perdurabilidad de la información.

- Gestión documental: conjunto de actividades administrativas y técnicas, tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final con el objeto de facilitar su utilización y conservación.
- Tabla de retención documental: listado de series, con sus correspondientes tipos documentales, a las cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada etapa del ciclo vital de los documentos.
- Tabla de valoración documental: listado de asuntos o series documentales a los cuales se asigna un tiempo de permanencia en el archivo central, así como una disposición final.
- Trámite de documentos: recorrido del documento desde su producción o recepción, hasta el cumplimiento de su función administrativa. (Glosario de Términos AGN, s.f.)

4.3.Marco Geográfico

El Hospital San Rafael de Fusagasugá, deriva su nombre del patrono de la salud, está localizado en el Municipio de Fusagasugá denominado “Ciudad Jardín de Colombia”. El municipio está localizado a una altura de 1.728 mts., sobre el nivel del mar, con un clima de 19 grados centígrados, y una ubicación privilegiada muy cercana a la carretera panamericana, que se comunica hacia el norte de la capital de la República y hacia el sur oriente con el Tolima, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca.

En el año de 1.873 se construyó el Hospital San Rafael en un sector central de la ciudad, desde hace aproximadamente 135 años, donde actualmente funciona el ancianato San Rafael,

ubicado entre la carrera séptima y Octava, entre la calle tercera y cuarta en el centro del Municipio, con una dotación de 22 camas. Inició sus labores prestando servicios de baja complejidad y con una moderna sala de maternidad, la cual y dada la cultura de la sociedad fusagasugueña, no tuvo gran acogida, ya que las mujeres preferían que sus hijos fueran recibidos por las parteras, se dice que el primer niño en nacer en estas instalaciones fue un hijo de dos alemanes y justo en el día en que finalizaba la segunda guerra mundial. El segundo niño en nacer fue Don GUILLERMO GONZÁLES RESTREPO, noble ciudadano gran historiador miembro honorario de la Academia de Historia de Cundinamarca y Colombia, a quien debemos datos importantes que aquí se relacionan.

El 12 de septiembre de 1.884 Don Manuel Aya hizo la donación de dos lotes correspondientes a la manzana D de la localidad de Fusagasugá, la cual se llevó a cabo gracias a la colaboración de la señora Cleofe Díaz, Don Nicanor Rubio, Don José Cárdenas y otros ciudadanos del Municipio.

En 1.970 se inauguran las instalaciones de la planta física la cual constaba de dos alas construidas en V, localizado en el sector de San Mateo, cercano al centro de la ciudad, sobre la vía que conduce a Girardot, que ahora es llamada Avenida Manuel Humberto Cárdenas Vélez.

En 1.989 y bajo la administración del Dr. Pedro Taútiva Centuria, se construyó un ala dejando la construcción en forma de T, y naturalmente ampliando la prestación de servicios.

Durante los años 1995 a 1997 bajo la Administración de la Dra. Zoraya López Díaz, se construyeron obras importantes tales como: 1. Unidad de cuidado intensivo pediátrico, 2. Unidad de cuidado intensivo adulto, 3. Remodelación y ampliación del servicio de urgencias, 4. Remodelación y ampliación de las salas de cirugía, 5. Remodelación y ampliación de salas de

partos, 6. Construcción de una farmacia para el servicio de urgencias, 7. Remodelación y modernización de la farmacia principal, la cual fue dotada con una cabina de flujo laminar, que permite la distribución de medicamentos por medio de uni-dosis, 8. adquisición del tomógrafo, todo esto encaminado a brindar una atención más oportuna e integral al usuario que lo requiera. De igual manera: 9. se construyó el área física para la bodega y el almacén, 10. Se construyó una guardería con el objetivo de dar protección a los hijos de los empleados de la Institución, 11. Se construyó un área para una cafetería que prestara servicio de expendio de alimentos a nuestros usuarios y visitantes y 12. Se construyó una plazoleta que cambió la imagen de nuestra entidad. Durante este mismo periodo y más exactamente en 1996 mediante ordenanza 026 del 22 de marzo, de la Honorable Asamblea Departamental, en cumplimiento de lo establecido en la Ley de 1993, se transformó en EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, lo que le implicó ser autónoma administrativa y financieramente y ser generadora de sus propios recursos. Al ser catalogada como empresa su razón social quedó así: “EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ”. (Hospital San Rafael de Fusagasugá)

Tabla 1.*Datos del HSRF*

Gerente:	Dr. Andrés González Caycedo
Dirección:	Diagonal 23 No 12-64
Teléfonos:	8733000
Horarios:	<p>Urgencias: 24 Hrs.</p> <p>Consulta Externa: 6 a.m. a 7 p.m. según programación.</p> <p>Archivo: 8 a.m. a 4 p.m. Jornada continua.</p>

*Fuente: Elaboración con base en la información del Hospital***4.3.1. Misión:**

Somos un hospital que presta servicios de salud humanizados en la subred sur del departamento de Cundinamarca, comprometido con la calidad del servicio y la formación educativa, fundamentado en la atención segura e integral hacia nuestros grupos de valor.

4.3.2. Visión:

En el año 2028 seremos un hospital líder en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, con altos estándares de calidad, generando confianza y satisfacción en la comunidad.

Tabla 2.

Normas Externas HSRF

NORMAS EXTERNAS	
Ley 594 de 2000	<p>Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Establece las reglas y principios generales que regulan la función archivística del Estado.</p>
Acuerdo 05 de 2013	<p>Por el cual se establecen criterios básicos para la clasificación, ordenación y descripción de los archivos en las entidades públicas y privadas que cumplen funciones públicas y se dictan otras disposiciones, aplicable a todas las entidades del Estado en sus diferentes niveles.</p>
Circular Externa 05 de 2012	<p>Recomendaciones para llevar a cabo procesos de digitalización y comunicaciones oficiales electrónicas en el marco de la iniciativa cero papel.</p> <p>Mediante la cual se solicita a las entidades públicas la reducción del papel como medio de registro</p>

	<p>de documentos, adoptando diferentes prácticas, así como la utilización de medios electrónicos.</p>
<p>Circular Externa 02 de 2012</p>	<p>Adquisición de herramientas tecnológicas de gestión documental.</p> <p>Recomendaciones a las diferentes entidades interesadas en adquirir o desarrollar sistemas de gestión de documentos.</p>
<p>Ley 1712 de 2014</p>	<p>Por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Regula el derecho de acceso a la información pública.</p>
<p>Resolución 1995 de 1999</p>	<p>Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.</p> <p>Correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas.</p>

<p>Resolución 839 de 2019</p>	<p>Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Establece el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, así como el procedimiento que deben adelantar las entidades del SGSSS para el manejo de estas en caso de liquidación.</p>
--------------------------------------	--

Fuente: PGD

En la siguiente tabla se relacionan las normas de Gestión Documental internas del HSRF

Tabla 3.

Normas Internas HSRF

<p>NORMAS INTERNAS</p>	
<p>Resolución 0287 de 2018</p>	<p>Por medio de la cual se adopta la política de gestión documental de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y se determinan otras disposiciones.</p>
<p>Resolución 0289 de 2018</p>	<p>Por medio de la cual se adopta el Plan Institucional de Archivos –PINAR- para la E.S.E.</p>

	Hospital San Rafael de Fusagasugá y se determinan otras disposiciones.
Resolución 0291 de 2019	Por medio de la cual se adopta la Política Institucional Cero Papel en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y se determinan otras disposiciones.
Resolución 415 de 2013	Por la cual se adoptan e implementan las Tablas de Retención Documental de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y se determinan otras disposiciones.

Fuente: página web HSRF

5. Metodología

5.1. Método de análisis.

Se realiza un estudio de caso simple en el cual se analiza todo el proceso de Gestión Documental en las Historias Clínicas y se puede verificar que no existe un procedimiento actualizado para eliminación de las historias clínicas, dado que se encuentra en proyección el plan de acción para la organización, clasificación, depuración, foliación, descripción y semaforización de las 159.782 historias clínicas que se encuentran en el archivo

Partiendo de este análisis se busca las acciones de mejora y recomendaciones para que la entidad pueda implementar una propuesta que de manera clara y sencilla pueda determinar los tiempos de retención según su última atención en físico y los programas de síhos y dinámica

gerencial, así mismo disponer de la clasificación en los diferentes archivos (gestión-central-histórico), y posteriormente realizar la eliminación siguiendo los lineamientos de la resolución 839 de 2017.

La información tomada para el presente análisis se hace por medio de la observación, el registro fotográfico y de la recolección de información suministrada por los colaboradores del área de archivo, para el cual se tomó datos cualitativos y cuantitativos que permiten encontrar los planes de acción para el mejoramiento en las dificultades presentadas.

5.2.Recolección de datos

Fuentes primarias y secundarias: esta información se obtiene por medio de relatos y documentos de los funcionarios que reposan en el área de archivo.

6. Análisis Del Proceso De Gestión Documental Dentro Del Hospital

6.1.Formatos Documentales

El proceso de gestión documental busca mantener y proteger los documentos de las diferentes dependencias de la entidad ya que cada uno posee valiosa información que debe ser preservada de manera segura y en buenas condiciones.

Cada uno de los documentos que recepciona la entidad son fundamentales, puesto que a partir de estos se puede llevar una mejora sustancial en varios aspectos de la administración de la entidad y hacer más efectiva la comunicación, para esto las dependencias deben permanecer en constante relación entre ellas.

6.2. Políticas Gestión Documental

6.2.1. Política de Gestión Documental MIPG

Con esta política se busca mayor eficiencia administrativa en la política de la función archivística: gestión documental; la defensa de los derechos (de los ciudadanos, los servidores públicos y las entidades del Estado); la promoción de la transparencia y acceso a la información pública; la seguridad de la información y atención de contingencias; la participación de la ciudadanía en la gestión y a través del control social; el gobierno electrónico; así como la protección del patrimonio documental del país

Las entidades deben incorporar en su planeación sectorial e institucional, acciones en materia de gestión documental, guiadas por lineamientos y herramientas de los siguientes componentes:

Tabla 4

Componentes Política de Gestión Documental

<p>ESTRATÉGICO</p>	<p>Comprende actividades relacionadas con el diseño, planeación, verificación, mejoramiento y sostenibilidad de la función archivística (gestión de documentos y administración de archivos), mediante la implementación de un esquema gerencial y de operación a través de planes, programas y proyectos que apalancan los objetivos estratégicos de la</p>
---------------------------	--

	<p>institución, además de articularse con otras políticas de eficiencia administrativa.</p>
<p>ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS</p>	<p>Comprende el conjunto de estrategias organizacionales dirigidas a la planeación, dirección y control de los recursos físicos, técnicos, tecnológicos, financieros y del talento humano, necesarios para la realización de los procesos de la gestión documental y el eficiente funcionamiento de los archivos, en el marco de la administración institucional como lo indica la Ley General de Archivos, Ley 594 de 2000, en el Título IV.</p>
<p>DOCUMENTAL</p>	<p>Comprende los procesos de la gestión documental. Conjunto de actividades técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.</p>
<p>TECNOLÓGICO</p>	<p>Comprende la administración electrónica de documentos, la seguridad de la información y la interoperabilidad en cumplimiento de las políticas y</p>

	lineamientos de la gestión documental y administración de archivos.
CULTURAL	<p>Comprende aspectos relacionados con la interiorización de una cultura archivística por el posicionamiento de la gestión documental que aporta a la optimización de la eficiencia y desarrollo organizacional y cultural de la entidad y la comunidad de la cual hace parte, mediante la gestión del conocimiento, gestión del cambio, la participación ciudadana, la protección del medio ambiente y la difusión. Todo ello en el marco del concepto de cultura como “conjunto de rasgos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales y emocionales que caracterizan a los grupos humanos y que comprende, más allá de las artes y las letras, modos de vida, derechos humanos, sistemas de valores, tradiciones y creencias.” Ley 397 de 1997. Art. 1 num.1.</p>

Fuente: MIPG

6.2.2. Política De Gestión Documental De La E.S.E. HSRF

Para esta política su objetivo principal es la implementación de las mejores prácticas en la correcta gestión de sus documentos e información como elemento fundamental para ser un hospital líder en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, con altos estándares de

calidad, generando confianza y satisfacción en la comunidad, y a su vez identifica la importancia que tiene los documentos producidos en la institución, los cuales garantizan el suministro de la información integra, autentica, veraz y fie a la realidad de la entidad con estándares técnicos de organización, seguridad, tramite, gestión, conservación y disposición. De igual forma la E.S.E. conoce la importancia de los documentos y de las historias clínicas.

Para efectos de lograr una óptima gestión documental, que garantice la producción, recepción, distribución y conservación de la documentación generada por cada uno de los procesos de la Corporación, las dependencias deben permanentemente aplicar los procedimientos establecidos en el Manual de Gestión y las Tablas de Retención Documental, conforme con los lineamientos establecidos por la NTCGP 1000:2004, la Ley POLÍTICAS DE OPERACIÓN DEL PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL 2 de 2 GDO-PL-01 V3 17/07/2018 General de Archivos 594 de 2000 y de acuerdo con la normatividad aplicable, con la participación de cada uno de los Servidores Públicos y Colaboradores, bajo el liderazgo y la orientación de los Procesos de Gestión Documental y Gestión de TIC's

6.3.Tablas De Retención Documental

La aplicación de las tablas de retención documental (TDR) en la empresa social del estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, será a partir de la fecha de su aprobación por parte del comité interno de archivo de la empresa y se hayan aprobado por parte de la gerencia de la ESE a través de la expedición de un acto administrativo y será responsabilidad de todos y cada uno de los funcionarios de la ESE, quienes deben conocer el proceso para la aplicación de las tablas de retención documental y de las transferencias documentales. El área de archivo central orientara a los criterios de aplicación.

Actualmente se encuentra en proceso de actualización de los formatos de las TDR, ya que en un comienzo la aplicación de estas se hacía en tres grupos, Gerencia Científica, Gerencia Administrativa y Gerencia Comunitaria, con la actualización de estas lo que se pretenden es que cada una de las dependencias de la institución haga la aplicación de estas de manera individual.

Figura 4.

Formato Tablas de Retención Documental

CÓDIGO		DESCRIPCIÓN DOCUMENTAL	SOPORTE		RETENCIÓN		NIVEL DE ACCESO				DISPOSICIÓN FINAL				PROCEDIMIENTO	
D	S	SR	F	E	AG	AC	P	R	P	P	CT	E	M	S		
UR	50	24														Una vez se cumple el tiempo de retención precaucional a saber 8 años en el Archivo de Gestión y Control, la información se elimina ya que pierde su valor administrativo y/o jurídico. Su eliminación se hará según lo establecido en el decreto 03 de 2015, Art. 18 "Eliminación de documentos y expedientes electrónicos", y teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el decreto 1080 de 2015, en su Artículo 2.8.2.2.5 "Eliminación de documentos".
			F	E	4	4										
		Registros Cero de Paso														
		Formato de Apertura de Cero de Paso														
		Formato de Control Diario de Cero de Paso														
		Formato de Temperatura														
		Formas de Vencimiento														
		Verificación Desfibrilador														
UR	50	55														Una vez se cumple el tiempo de retención precaucional a saber 8 años en el Archivo de Gestión y Control, la información se elimina ya que pierde su valor administrativo y/o jurídico. Su eliminación se hará según lo establecido en el decreto 03 de 2015, Art. 18 "Eliminación de documentos y expedientes electrónicos", y teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el decreto 1080 de 2015, en su Artículo 2.8.2.2.5 "Eliminación de documentos".
			F	E	4	4										
		Registro Diario de Urgencias														
		Notas de Enfermería														
		Formato Lista de Chequeo de Atención en Urgencia y UCI														
UR	50	64														Los documentos de medicina legal deben permanecer disponibles en el archivo de gestión por requerimientos de información y consulta, hasta que el caso se cierre por las razones legales y las competencias que lo suscriben, por lo demás una vez el caso se cierre, permanecen 5 años en el archivo de gestión y 8 años en el archivo central y posteriormente se hace una subsección del 5% como evidencia de gestión, el resto se elimina, previa autorización. El expediente es parte del juzgado que conoció y tramitó el proceso. Código Contable Administrativo. Parámetros establecidos en el decreto 1080 de 2015, Art. 18 "Eliminación de documentos y expedientes electrónicos" y los parámetros establecidos en el decreto 1080 de 2015, en su Artículo 2.8.2.2.5 "Eliminación de documentos".
			F			S	S			R						
		Registros Medicina Legal Sexológica														
		Formato de Embrazaje														
		Formato Lesiones Personales														
UR	61															
		INVENTARIOS														
UR	61	7														Finalizado el tiempo de retención precaucional a saber 10 años en el Archivo de Gestión y Control, la información se elimina ya que pierde su valor probatorio y no posee valores secundarios. Ley 42 de 1993, Ley 754 de 2002. La eliminación se hará teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el decreto 03 de 2015, Art. 18 y, "eliminación de documentos y expedientes electrónicos", y los parámetros establecidos en el Decreto 1080 de 2015 Artículo 2.8.2.2.5
			F			S	S		P							
		Inventarios de Equipos y Elementos Físicos - Urgencias														
		Formato de Solicitud de Traslado														
		Formato acta de entrega y recibo de inventarios de activos fijos devolutivos														

Fuente: archivo Hospital San Rafael

6.4. Rótulos De Marcación Para Carpetas De Archivo

Las carpetas cuentan con un rotulo impreso, el cual debe ser diligenciado en todos los campos que se indiquen en este formato, e igualmente se debe reflejar la serie o subserie documental correspondiente a cada dependencia. La numeración de los expedientes se realiza de acuerdo con lo establecido en la Resolución No. 836 del 27 de agosto de 2004, registrando el código de la dependencia y la serie documental actual que se encuentra en las Tablas de Retención Documental de cada Dependencia.

La marcación de las carpetas debe realizarse con esfero mina negra o sharpie punta fina. Se prohíbe el uso de marcadores, lápices, portaminas o esferos de otro color por último la marcación debe realizar en lo posible en letra imprenta y legible.

Figura 5.

Rotulo de marcación de carpetas

INSTITUCION		CODIGO	
INSTITUCION		CODIGO	
NOMBRE DE LA CARPETA		FECHA	
NOMBRE DE LA CARPETA		FECHA	
AUTOR		CONTENIDO	
AUTOR		CONTENIDO	
Nº CARPETA		Nº FOLIOS	
Nº CARPETA		Nº FOLIOS	
FECHA		TIPO	
FECHA		TIPO	
ESTADO		FECHA	
ESTADO		FECHA	
AUTOR		CONTENIDO	
AUTOR		CONTENIDO	

Fuente: Archivo

6.4.1. Falencias encontradas en la marcación de carpetas:

- Carpetas con mala rotulación.
- Carpetas perforadas en tamaño carta.
- Documentos con grapas y clips.
- Documentos con mala foliación.

Dentro de los sistemas de Gestión documental se pueden observar la cantidad de Historias Clínicas ingresadas en los últimos dos trimestres del año a la institución y cuales han sido consultados:

Tabla 5.*Numero de HC Ingresada y HC consultadas*

MESES	HC INGRESADAS	HC CONSULTADAS	% GESTIONES
Abril – Mayo - Junio	78.023	1.601	2.05%
Julio – Agosto - Septiembre	80.964	1.774	2.19%

Fuente: elaboración propia con base en la información del HSRF

El margen de consultas de Historias clínicas por parte de los usuarios se encuentra entre el 2 % aproximadamente.

6.5. Condiciones Ambientales

Dentro de las instalaciones de archivo se puede evidenciar que no hay una adecuada ventilación debido al espacio reducido con el que cuentan en el lugar, a raíz de la humedad esta es una causal del deterioro de las historias clínicas y de todos los archivos físicos que se almacenan en archivo central, es así que tampoco existe un control de temperatura o de humedad donde quede registrado en qué momento del día o en el transcurrir del año se presenta más humedad para así poder tomar medidas correctivas que ayuden a conservar y preservar las mismas.

La institución cuenta con un documento el Sistema Integrado de Conservación (SIC), donde estipulan las condiciones y medidas correctivas para tener en cuenta para el tema de la humedad, pero aún no cuenta con un deshumificador en al área de archivo.

6.6. Inventario Documental

El inventario Documental no se ha realizado en la institución, es decir en la actualidad no se ha realizado la debida semaforización de las HC que están por depurar, como tampoco se les ha realizado el proceso para la conservación y seguimiento de estas solo se tiene el número total de historias clínicas recepcionadas creadas que son 155.078.

6.6.1. Falencias encontradas en la marcación de cajas:

- Cajas sin la marcación que determina la norma.
- Cajas y carpetas mal rotuladas.
- Cajas con muchas carpetas.
- Carpetas con más folios de lo que determina la norma.

El espacio para el archivo es reducido por lo cual se genera una acumulación de cajas y carpetas.

Figura 6.

Rotulo de marcación de cajas

Hospital San Rafael de Ponce		Código y Versión	
"Hospital Histórico, Hospital Comunitario"		A-RFAR-FI-02-V01	
S.R.L. - S.R.L.		Página	
		1 DE 1	
IDENTIFICACIÓN DE CAJAS			
DEPENDENCIA			
NOMBRE DE LA SERIE			
NOMBRE DE LA SUBSERIE			
CÓDIGO DE LA SERIE	CÓDIGO DE LA SUBSERIE		
N° CAJA	N° CARPETAS		
FECHAS EXTREMAS	FINAL		
	INICIAL		

Fuente: archivo

Figura 7.

Rotulo para Historias no creadas

Hospital San Rafael de Ponce		Código y Versión	
"Hospital Histórico, Hospital Comunitario"		A-RFAR-FI-02-V01	
S.R.L. - S.R.L.		Página	
		1 DE 1	
FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA SIN CARPETA			
NOMBRE:	HOSPITALIZACIONES		
N° CAJA	3	AÑO	2021
FECHAS EXTREMAS	INICIAL	21 de enero de 2021	
	FINAL	31 de enero de 2021	

Fuente: archivo

7. Evaluación del proceso de Gestión Documental en manejo de las historias clínicas

El archivo de historias clínicas se organiza teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Ubicado en un sitio específico, centralizado y señalado como Sitio de Archivo de Gestión de historias clínicas en donde se ubican las historias clínicas en cuyos registros se demuestre que el paciente consulto por última vez en un período máximo de 5 años.
- Las historias se organizarán en la siguiente clasificación: registros civiles, tarjetas de identidad, cédulas de ciudadanía, cédula de extranjería, registro civil, NUIP.
- Dicha organización se realiza por orden cronológico (de menor a mayor), señalizando cada cubículo con los rangos respectivos.
- Las historias cuyos registros demuestren que el usuario consultó por última vez hace más de 5 años son trasladadas al archivo central del Hospital previa elaboración de acta, Se debe garantizar en el archivo correspondiente las condiciones medioambientales para su conservación.

A 31 de diciembre de 2016 todas las historias clínicas de puestos y centros de salud se encuentran organizadas y clasificadas en archivo de gestión o central a partir del año 2015, se establece que, durante los meses de agosto, septiembre y octubre de cada año, se realizará depuración del archivo de gestión Central. Para realizar dicho procedimiento se llevan a cabo estos pasos:

- Revisión del sistema: en dicha revisión todas las historias caracterizadas con color morado son verificadas y clasificadas, de manera que si continúan inactivas se relacionarán en un acta y se llevará a comité de Historias clínicas, donde se determinará

su disposición final. Pero si se activan, se clasificarán en el color correspondiente de acuerdo con la fecha.

- Automáticamente las historias clasificadas como verdes pasarán a ser amarillas, las clasificadas como amarillas serán naranjas, las clasificadas como naranjas serán rojas, las clasificadas como rojas serán negras y las clasificadas como negras serán moradas.

7.1. Diagnóstico documental

Las siguientes preguntas mixtas se aplicaron a las personas encargadas de archivo y a otros funcionarios de diferentes dependencias de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.

Con esta encuesta se busca hacer un diagnóstico para identificar los aspectos positivos y negativos en cuanto al proceso que se lleva en la institución de gestión documental.

Tabla 6.

Encuesta Diagnóstico Documental

	FUNC. 1	FUNC. 2	FUNC. 3	FUNC. 4
PREGUNTAS	Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
1. ¿Se encuentra establecido el comité de Archivo en el Hospital?	Sí	Sí	Sí	Sí

2. ¿Están elaboradas y aprobadas las tablas de retención documental (TRD) y desde cuándo?	Sí	Sí, no se desde qué año	Sí	Sí
3. ¿Existe cooperación y articulación coordinada entre el área de Archivo y las demás dependencias de la entidad?	Sí	No, porque no tienen en cuenta las indicaciones y hacen mal las cosas.	Sí	Sí
4. ¿Existe en la institución algún tipo de capacitación de Gestión Documental para los diferentes funcionarios?	Sí, en Moodle	Sí, creo que han habido 2	Sí	Sí

5. ¿Existen políticas y/o actividades destinadas a unificar la gestión documental con la política ambiental?	Sí	Sí	Sí	Sí
6. ¿Sabe o conoce usted el proceso de gestión documental con las Historias Clínicas?	Sí	No muy bien	Sí	Creo que ha cambiado
7. ¿Cuenta el Archivo con un PINAR (Plan Institucional de Archivo) y cada cuanto se realiza?	Sí	No sé	Sí	No sé qué es

<p>8. ¿Se han realizado eliminación de Historias clínicas? En caso de ser afirmativo indique como ha sido el proceso</p>	<p>Sí, por medio de publicación</p>	<p>Sí, siguiendo la normatividad</p>	<p>Sí, pero no se bien como fue el proceso</p>	<p>Sí,</p>
<p>9. ¿Cuentan con algún formato para la firma y el control de recepción de Historias Clínicas provenientes de otras dependencias?</p>	<p>No, se lleva el control en una minuta</p>	<p>Sí</p>	<p>Sí</p>	<p>Sí</p>
<p>10. ¿Cree usted que el espacio que hay en el archivo es suficiente y apto para la conservación</p>	<p>No, las condiciones físicas y ambientales no son las mejores</p>	<p>No, pero ya se están tomando medidas correctivas</p>	<p>No, el espacio es cada vez más pequeño</p>	<p>No</p>

de las Historias Clínicas?				
----------------------------	--	--	--	--

Fuente: elaboración propia con datos de los funcionarios del área de archivo y otras dependencias.

7.2. Análisis Matriz DOFA

Tabla 7.

Análisis matriz DOFA

MATRIZ DOFA				
ÍTEM	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS
APERTURA Y CREACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA	Números de documentos mal ingresados, soportes físicos incompletos	concientizar sobre el compromiso de la digitación correcta de los datos de cada paciente. Verificar el correcto recibido de historias	Se ha hecho retroalimentación a las áreas implicadas en los errores comunes	Se puede presentar duplicidad en documentos, o faltantes de soportes en el momento de solicitud de copia de historia.

		clínicas de las diferentes dependencias		
CONSERVACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	La documentación presenta material metálico, rasgaduras, restos de adhesivos y manchas.	Realizar capacitaciones sobre el adecuado proceso de organización de cada una de las hc mejorando el proceso de conservación	Actualmente se han ido cambiando las cajas de almacenamiento de las carpetas, mas no las carpetas	Mientras que se implementa un proceso adecuado para el manejo y conservación de las HC, se pueden dañar o extraviar algunos documentos total o parcialmente
TECNOLÓGICO	No cuentan con equipos electrónicos que ayuden a la digitalización.	Aún siguen llegando muchos soportes en físico, sin contribuir a la política de cero papel.	Algunas dependencias han cambiado sus procesos de manera digital	la documentación en físico se puede deteriorar.

INFRAESTRUCTURA	El inmobiliario es insuficiente para la producción documental de la institución.	La infraestructura con la que cuenta la entidad puede ser adaptada para aumentar la capacidad y mejorar el almacenamiento documental	Las instalaciones actualmente se están reestructurando	La producción documental de la institución es superior al almacenamiento, teniendo en cuenta que allí se archiva documentos pertenecientes a los puestos de salud y la unidad móvil
CAPACITACIÓN	Algunos funcionarios muestran desconocimiento de los procesos documentales.	Reforzar los conocimientos aplicando periódicamente pruebas y talleres pedagógicos enfocados en el tema	La institución cuenta con las políticas publicadas en la página del Hospital, donde se pueden consultar los procesos.	El desconocimiento de los procesos documentales pueden poner en riesgo la conservación de las Historias y en algunos casos la pérdida de estas.

Fuente: elaboración propia con datos recolectados

8. Propuesta De Mejora Y Fortalecimiento Institucional

8.1. Plan De Mejoramiento

Teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en el diagnóstico realizado a la entidad se da paso a efectuar un plan de mejoramiento con las medidas correctivas que permitan subsanar los aspectos negativos en la Gestión Documental de las Historias Clínicas.

Tabla 8.

Autodiagnóstico

DESCRIPCIÓN	CAUSA	ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEJORA
Datos personales mal ingresados en el sistema	Falta de precaución y verificación de los datos ingresados en el sistema	Realizar revisión aleatoria de 100 historias clínicas mensuales	Capacitar al personal de línea de frente sobre la importancia de ingresar la información correcta	Jornadas de capacitación
La documentación presenta material metálico, rasgaduras, restos de adhesivos y	No se retira material que pueda dañar los documentos y	Realizar la respectiva limpieza	Realizar limpieza, conservación	Planilla de seguimiento

manchas de alimentos y/o fluidos corporales.	hay consumo de alimentos en áreas de trabajo.	y revisión de los documentos. Restringir el consumo de alimentos donde se tenga contacto con las Historias Clínicas.	y saneamiento de los documentos	
Las Historias clínicas recolectadas, en su totalidad no tienen aplicada la norma	Las HC antiguas se archivaron sin hacer uso del debido proceso de foliado y organización de manera cronológica	Implementar la normatividad vigente en el momento de archivar los documentos nuevos, evitando así reprocesos y retrasos	Archivar las Historias Clínicas recolectadas durante la jornada laboral haciendo uso de la normatividad vigente con la ayuda de una lista de chequeo	Planilla de seguimiento
Los funcionarios que manipulan el archivo y que tienen contacto	Causa afectaciones a la salud	Utilizar la respectiva dotación indicada	Realizar el correspondiente uso y seguimiento	Informe de seguimiento

<p>durante el recorrido de las Historias Clínicas, deben hacer uso adecuado de guantes, tapabocas y batas para evitar posibles afectaciones a la salud de quienes tengan contacto con ella y de quienes soliciten copia de esta.</p>	<p>del personal que está a cargo del archivo generando incapacidades y retrasos en los procesos.</p>	<p>por parte de salud ocupacional en el área de archivo</p>	<p>de la dotación de salud ocupacional en el área de archivo</p>	
<p>Almacenamiento y represamiento de Historias Clínicas en archivos de Gestión, con tiempos de retención documental vencidos.</p>	<p>La infraestructura del archivo de gestión es insuficiente lo que genera desorden.</p>	<p>Realizar las transferencias documentales al archivo central.</p>	<p>Ampliar el espacio del archivo de gestión</p>	<p>Actas y formatos de transferencias.</p>

<p>No se contempla en su totalidad con los procesos de valoración y disposición final de los documentos.</p>	<p>Represamiento de información sin clasificación adecuada.</p>	<p>Verificar que se dé el respectivo cumplimiento a los procesos de valoración y retención Documental durante su ciclo vital.</p>	<p>Aplicación de TRD</p>	<p>Informe</p>
--	---	---	--------------------------	----------------

Fuente: Elaboración propia con base a información recolectada

9. Recomendaciones

- Realizar capacitación en el tema documental con el objetivo de reforzar y actualizar los conocimientos ya adquiridos al personal que se encuentra directamente implicado con el manejo de las HC.
- Hacer uso adecuado de los elementos de protección y restringir el consumo de alimentos en puestos de trabajo, aún más cuando se encuentren cerca a los documentos de las HC evitando así manchas de fluidos corporales y/o de alimentos.
- Deben eliminarse grapas, ganchos de cosedora, adhesivos, clips y todos aquellos elementos que pueden ser perjudiciales para la conservación de los documentos en el momento de la recepción de las HC, con el fin de que cuando llegue a archivo este en el mejor estado posible.
- Es de suma importancia la ampliación y adecuación de la infraestructura para poder empezar a realizar la Gestión del archivo; se puede empezar a trabajar en un área que sea asignada de manera transitoria, evitando que se siga represando documentos sin gestionar.
- Se debe de contratar personal capacitado y apto para comenzar a organizar todas aquellas cajas y carpetas que ya se encuentran creadas, pero que no cuentan con la aplicación de la normatividad ni tampoco la semaforización, siendo esta su única tarea y generando el cumplimiento de actividades diarias como, por ejemplo:
 1. Identificar si el paciente no ha consultado en los últimos 5 años, clasificándola de una vez como archivo central.
 2. Realizar cambio de carpeta con el rotulo vigente, identificando materiales extraños retirándolos y subsanando aquellas manchas que hagan que el documento se deteriore.

3. Organizar de manera cronológica todos los archivos que se encuentren en la carpeta del paciente y diligenciar la lista de chequeo.
 4. Separar todas las carpetas pertenecientes a la misma caja, con su procedo previamente realizado, rotular y trasladar a la infraestructura asignada para el archivo central.
 5. Semaforizar el área de la infraestructura asignada para el archivo central y llevar un inventario de manera clara del orden como se están archivando las cajas, siendo así que cualquier funcionario del archivo pueda ubicar los documentos.
- Crear una lista de chequeo donde se registre los archivos físicos que se están recibiendo en los diferentes servicios y que esta misma repose en la historia clínica del paciente, llevando así un control y evitando que se extravíen documentos en el trayecto.

Ejemplo figura 8.

Figura 8.

Lista de chequeo

LISTA DE CHEQUEO HISTORIAS CLÍNICAS

NOMBRE COMPLETO PACIENTE: _____

Nro DOCUMENTO: _____

SERVICIO: _____

FECHA RECEPCIÓN: _____ dd/mm/aa FECHA DE ARCHIVO: _____ dd/mm/aa

NOMBRE QUIEN ENTREGA: _____

NOMBRE QUIEN RECIBE: _____

DOCUMENTOS FÍSICOS	X	SE ARCHIVA		DOCUMENTOS DIGITALES	X	SE ARCHIVA	
		SI	NO			SI	NO
Electrocardiogramas				HC Med. General			
Monitoreos fetales				HC Med. Especialista			
Gases arteriales				Notas Qx.			
Ecografías				Notas enfermería			
Consentimiento informado				Otros			
Radiografías				¿Cuales?			
Notas enfermería							
Récord de anestesia							
Formatos con firmas							
Otros							
¿Cuales?							

Fuente: Elaboración Propia

10. Conclusiones

En el desarrollo que tuvo la práctica administrativa que se realizó en el área de Archivo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá se pudo evidenciar la importancia de la gestión documental, teniéndola en cuenta como una actividad de vital importancia, ya que es la encargada de regular los tiempos y el orden de los archivos, teniendo así una fácil accesibilidad a estos por parte de los usuarios como del personal interno, reduciendo los tiempos de espera de respuesta a solicitudes e insumos físicos.

De acuerdo con el apoyo y la evaluación realizada a la entidad se pudo observar que hay fortalezas dentro del Proceso de Gestión Documental que se deben reforzar para mejorar el proceso, asignando labores más específicas para su desarrollo y de esta manera se queden claras las funciones, procesos y responsabilidades debido a que todos cuentan con las mismas actividades asignadas dentro de su contratación, también se encuentra unas pocas falencias que se pueden mejorar conforme a las recomendaciones dadas, la principal de ellas es la infraestructura, es una entidad que trata de manejar el ciclo documental dentro de la normatividad y parámetros establecidos por la ley, pese a su espacio reducido, una vez se solucione de manera transitoria o permanente este tema se podrá empezar a solucionar con las otras recomendaciones dadas.

11. Bibliografía

Archivo General de la Nación. (Octubre de 2019). Obtenido de Archivo General de la Nación

Colombia: <https://www.archivogeneral.gov.co/>

Duque, D. (18 de Diciembre de 2009). *Conceptos basicos de la Archivística*. Obtenido de

<https://doraduque.wordpress.com/2009/12/18/conceptos-basicos-de-archivistica/>

Función Pública. (14 de Julio de 2000). *Función Pública*. Obtenido de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4275>

Función Pública. (2017). Manual Operativo. En *Sistema de Gestión MIPG* (pág. 19). Bogotá.

Función Pública. (2017). Manual Operativo. En *Sistema de Gestión MIPG* (pág. 27). Bogotá.

Función Pública. (2017). Manual Operativo. En *Sistema de Gestión MIPG* (pág. 28). Bogotá.

Función Pública. (2017). Manual Operativo. En *Sistema de Gestión MIPG* (pág. 37). Bogotá.

Función Pública. (2017). Manual Operativo. En *Sistema de Gestión MIPG* (pág. 38). Bogotá.

Función Pública. (2017). Manual Operativo. En *Sistema de Gestión MIPG* (pág. 59). Bogotá.

Función Pública. (2017). Manual Operativo. En *Sistema de Gestión MIPG* (págs. 64-65). Bogotá.

Función Pública. (2017). Manual Operativo. En *Sistema de Gestión MIPG* (pág. 66). Bogotá.

Función Pública. (2017). Manual Operativo. En *Sistema de Gestión MIPG* (pág. 74). Bogotá.

Función Pública. (2017). Manual Operativo. En *Sistema de Gestión MIPG* (pág. 76). Bogotá.

Función Pública. (2017). Manual Operativo. En *Sistema de Gestión MIPG* (págs. 77-90). Bogotá.

Funcion Publica. (Octubre de 2019). Obtenido de Como opera MIPG:

<https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/como-opera-mipg>

Función Pública. (207). Manual Operativo. En *Sistema de Gestión MIPG* (pág. 60). Bogotá.

Glosario de Terminos AGN. (s.f.). Obtenido de <https://glosario.archivogeneral.gov.co/vocab/>

Hospital San Rafael de Fusagasugá. (s.f.). *Portafolio de Servicios*. Fusagasugá.

Quevedo, E. (2004). Qué es la archivística. *Gramma*, 67-69.

Silleras, M. E. (1995). *Dialnet*. Obtenido de

https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?query=Dismax.DOCUMENTAL_TODO=gestion+documental&inicio=61