



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE GRADUADOS**

**“TRABAJO DE TITULACIÓN EXAMEN COMPLEXIVO”**  
**PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN**  
**GERENCIA Y ADMINISTRACION DE SALUD.**

**TEMA DE ESTUDIO DE CASO**  
**“MODELO PARA EVALUACION Y ANALISIS DE HISTORIA**  
**CLINICA EN AUDITORIA MEDICA DE SOLCA**  
**GUAYAQUIL”**

**AUTOR:**

**DRA. HEIDI VANESSA LOPEZ LOOR**

**TUTOR:**

**DRA. BELKYS QUINTANA SUAREZ**

**AÑO 2016**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**



**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS**

**TÍTULO:** “MODELO DE EVALUACION Y ANALISIS DE HISTORIA CLINICA PARA AUDITORIA MEDICA DE SOLCA GUAYAQUIL”

<b>AUTOR/ES:</b> Dra. Heidi López Loor	<b>TUTOR:</b> Dra. Belkys Quintana Suarez. <b>REVISOR:</b> Josefina Ramírez Amaya Msc.
<b>INSTITUCIÓN:</b> Universidad de Guayaquil	<b>FACULTAD:</b> CIENCIAS MEDICAS

**PROGRAMA:** Maestría en Gerencia y Administración de Salud

**FECHA DE PULICACIÓN:**      **NO. DE PÁGS:**

**ÁREA TEMÁTICA:** SALUD

**PALABRAS CLAVES:**

Auditoria Medica, Inconsistencia documental, historia clínica, procesos.

**RESUMEN:** En este Proyecto se analizó y se evaluó la documentación médica que sirve de soporte para realizar el cobro a las instituciones financiadoras con las que SOLCA ION Guayaquil mantiene convenios de prestación de servicios. Se describieron los problemas existentes en los respaldos documentales: “Historia clínica” de los pacientes, encontrándose inconsistencias que generan objeciones y glosas por parte de las instituciones financiadoras: Red pública Integral de Salud. Por lo cual surge la necesidad de implementar un modelo de evaluación y análisis de historia clínica para el correcto llenado de las mismas y soportar de forma adecuada las atenciones médicas, brindadas mejorando la calidad documental y evitando las inconsistencias documentales que provocan pérdidas económicas para la Institución, además de los conflictos legales por posibles demandas. El objetivo es elaborar un modelo de evaluación y análisis de historias clínicas para auditoria médica de SOLCA Guayaquil, y así disminuir las inconsistencias documentales, como la difusión al personal Médico. Se detallara el diseño de la elaboración del modelo de evaluación y análisis de historia clínica en auditoria médica de SOLCA el mismo que agilizará los procesos, obteniendo eficiencia y eficacia del área y sobre todo para contribuir a optimizar los recursos y tiempos, estandarizar procesos que se ajusten a las normas.

<b>N° DE REGISTRO(en base de datos):</b>	<b>N° DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (estudio de caso en la web)</b>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTORES/ES:</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>E-mail:</b> hlopez@solca.med.ec
<b>CONTACTO EN LA INSTITUCION</b>	<b>Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS</b>	
	<b>TELEFONO: 2288086</b>	
	<b>E-mail: <u>egraduadosug@hotmail.com</u></b>	

## **CERTIFICACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de tutor del estudiante Heidi Vanessa López Loor, del Programa de Maestría en Gerencia y Administración de Salud, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas CERTIFICO: que el estudio de caso del examen complejo Titulado **“MODELO DE EVALUACION Y ANALISIS DE HISTORIA CLINICA PARA AUDITORIA MEDICA DE SOLCA GUAYAQUIL”**, en opción al grado académico de Magíster en Gerencia y Administración de Salud, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

**Atentamente**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Belkys', is written over a faint circular stamp.

**Dra. Belkys Quintana Suarez**

**TUTOR**

Guayaquil, 29 de Abril de 2016

## **DEDICATORIA**

A mis padres, mi hijo Ernesto

José y a mi esposo Abel.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios sobre todas las cosas. A  
SOLCA, a la Dra. Alida  
Guerrero y María Isabel  
Andrade por sus consejos y  
amistad, a mis amados padres  
por su amor y dedicación, a  
mis ángeles terrenales: mis  
hermanos, a mi compañero de  
vida, mi esposo: Abel y sobre  
todo a la luz que alumbra mi  
vida, mi fuerza: Ernesto.

## DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”

Heidi López Loor.

**FIRMA**

**DRA. HEIDI VANESSA LOPEZ LOOR**

## **ABREVIATURAS**

**ION:** (Instituto Oncológico Nacional)

**SOLCA:** (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer)

**RPIS:** (Red Publica Integral de Salud)

**IESS:** (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social)

**MSP:** (Ministerio de Salud Pública)

**ISSFA:** (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas)

**ISPOL:** (Instituto de Seguridad de la Policía)

**MRMOP:** (Manejo del Registro Medico Orientado por Problemas.)

**CIE:** (Código Internacional de Enfermedades)

## CONTENIDO

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR .....	iv
DEDICATORIA .....	v
ABREVIATURAS .....	viii
RESUMEN.....	x
ABSTRACT .....	xi
1 INTRODUCCIÓN .....	12
2 DESARROLLO .....	14
2.1 MARCO TEORICO .....	14
<b>2.1.1 REFERENTES EMPIRICOS:</b> .....	20
2.2 MARCO METODOLOGICO .....	21
<b>2.2.1 CATEGORIAS</b> .....	22
<b>2.2.2 DIMENSIONES</b> .....	22
<b>2.2.3 INSTRUMENTOS</b> .....	23
<b>2.2.4 UNIDAD DE ANALISIS</b> .....	23
<b>2.2.4.1 ASIS (ANALISIS SITUACIONAL)</b> .....	24
<b>2.2.5 GESTION DE DATOS:</b> .....	24
<b>2.2.6 CRITERIOS BIOETICOS</b> .....	25
<b>2.2.7 RESULTADOS</b> .....	25
<b>2.2.8 DISCUSION</b> .....	27
3 SOLUCIÓN PROPUESTA.....	28
3.1 CONCLUSIONES.....	31
3.2 RECOMENDACIONES .....	32
4 BIBLIOGRAFIA.....	33

## RESUMEN

En este Proyecto se analizó y se evaluó la documentación médica que sirve de soporte para realizar el cobro a las instituciones financiadoras con las que SOLCA ION Guayaquil mantiene convenios de prestación de servicios.

Se describieron los problemas existentes en los respaldos documentales: “Historia clínica” de los pacientes, lo que genera objeciones y glosas por parte de las instituciones financiadoras: RPIS Red pública Integral de Salud; IESS MSP; ISSFA ISSPOL. Por lo cual surge la necesidad de implementar un modelo de evaluación y análisis para el correcto llenado de la historia clínica o documentos de soporte de las atenciones médicas, con la finalidad de mejorar la calidad documental de atención y evitar las inconsistencias documentales que provocan glosas y pérdidas económicas para la Institución, además de los conflictos legales por posibles demandas.

La Auditoria de la Historia Clínica También llamada “Análisis de la Calidad de las Historias Clínicas” que es lo que realizaremos en el presente trabajo: es aquella Auditoria cuyo objeto de estudio es la Historia Clínica, y sus resultados dependerán de la forma como se encuentra organizada la información existente en ella.

Cada institución de salud requiere una persona o grupo de personas que auditen el comportamiento de las actividades diarias y que evalúen los logros obtenidos para asegurar que se cumplan las expectativas y las metas.

El objetivo es elaborar un modelo de evaluación y análisis de historia clínica para Auditoria Médica de SOLCA Guayaquil, y así disminuir las inconsistencias documentales, como la difusión al personal involucrado en su realización.

Se detallara el diseño de la elaboración del modelo para evaluación de historia clínica en SOLCA Guayaquil para agilizar los procesos, obteniendo eficiencia y eficacia del área y sobre todo para contribuir a optimizar los recursos y tiempos, estandarizar procesos que se ajusten a las normas.

***Palabras claves: Auditoria Medica, Inconsistencia documental, historia clínica, procesos.***

## ABSTRACT

This project is analyzed and the medical documentation that supports for charging to the financial Institutions with which SOLCA ION Guayaquil has agreements to provide services was evaluated.

Medical History of patients, generating objections and glosses by financial institutions: RPIS (public comprehensive Health Network) the problems in the documentary backups were described IESS, MSP, ISSFA, and ISSPOL. Thus arises the need to implement a an assessment model for the correct filling of medical records or supporting documents of medical care, in order to improve document quality of care and avoid documentary inconsistencies that cause glosses and missed economic for the institution, in addition to legal conflicts over potential lawsuits.

Audit of Medical History also called “Quality Analysis of Medical Records” that is what we will do in this paper: is the Audit whose object of study is the clinical history, and its results will depend on how it is organized the information in it.

Each health institution requires a person or group of persons to audit the performance of daily activities and assess the achievements to ensure that the expectations and goals are met.

The objectives are develop a model for the analysis of medical records in SOLCA GUAYAQUIL; and thus reduce documentary inconsistencies, such as diffusion staff involved in its implementation.

The design of the development of the guide for the analysis and preparation of the clinical history of SOLCA to expedite the processes, obtaining efficiency and effectiveness of the area and especially to help optimize resources and times, standardize processes that conform to detail the rules.

***Keywords: Medical Audit, documentary inconsistency, clinic history, process.***

## 1 INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es un marco normativo que sirve para el desarrollo de la Auditoria Medica para el mejoramiento del área y de la calidad de los servicios brindados por SOLCA Guayaquil a los diferentes convenios.

Es un proceso de investigación, comprobación, verificación, y consulta que generara evidencia sobre el correcto llenado y funcionamiento de la historia clínica de la Institución.

El objeto de estudio del presente trabajo es la Historia clínica y el campo de investigación se desarrollara en Auditoria Médica de SOLCA Guayaquil.

Al realizar el levantamiento de objeciones y glosas en la facturación de las Instituciones financiadoras se detectó inconsistencias documentales en el registro de datos de la Historia clínica.

Esto nos induce a preguntamos ¿Cómo contribuir a disminuir las inconsistencias documentales en Auditoria de Historia clínica de SOLCA Guayaquil a través de la elaboración de un modelo para la evaluación y análisis de historia clínica para Auditoria Medica?

Las inconsistencias documentales en la historia clínica provocan glosas en la auditoria con los convenios que actualmente se encuentran vigentes.

Al analizar las causas del problema detectado se han encontrado diferentes factores que condicionan a dichas inconsistencias como el factor educacional es decir la falta de capacitación de los actuales lineamientos de la autoridad sanitaria, la desmotivación, mal ambiente laboral ligada al factor psicológico y económico, debido a la baja remuneración percibida mensualmente por el personal médico; en lo que respecta al factor comunicación se incluye la falta de difusión de políticas y procesos Institucionales por parte de las autoridades y a su vez la falta de comunicación interpersonal, y por último el factor tecnológico que se refiere a la lentitud del sistema , la red informática débil la misma que provoca pérdida de tiempo de los profesionales sobre todo a la falta de registro en la historia clínica. ANEXO 1.

La finalidad del presente proyecto a través de la elaboración de un modelo para la evaluación y análisis de Historia clínica, es mejorar la calidad de la Historia clínica de nuestra Institución, disminuir el nivel de objeciones y

glosas de las Instituciones financiadoras RPIS, asegurar documentos fidedignos en casos de demandas médico legales.

El objetivo general es mejorar la calidad de la Historia Clínica de la Institución y contribuir al mejoramiento general de la Calidad Institucional.

Los objetivos específicos están enfocados en: Revisar y analizar la Historia Clínica acorde a estándares Nacionales, e Internacionales. Caracterizar los factores situacionales del personal médico y administrativo de SOLCA en relación a la inconsistencia documental y en Diseñar los elementos constitutivos de elaboración del Modelo para evaluación de Historia clínica.

Sobre la base de factores: educacionales, económicos, psicológicos, tecnológicos y de comunicación se elabora un Modelo para la evaluación y análisis de Historia Clínica para disminuir las inconsistencias documentales en Auditoria de Historia Clínica en SOLCA Guayaquil.

## 2 DESARROLLO

### 2.1 MARCO TEORICO

La Auditoria Medica es la evaluación sistemática y periódica de la calidad de la atención medica que reciben los pacientes como objeto de mejorar el servicio, mediante el análisis de la historia clínica, contrastada con guías, protocolos, estándares y datos estadísticos de la institución. Es un instrumento de evaluación de eficiencia, eficacia y efectividad de los procedimientos de atención médica a través de la revisión sistemática continua y objetiva del trabajo profesional médico.

Su objetivo específico es elevar su calidad, teniendo como base el análisis retrospectivo de la historia clínica. Involucra la evaluación integral de procedimientos y técnicas de gestión.

El proceso de auditar consiste en la realización de procedimientos de revisión e investigación de incumplimientos, faltas, omisiones errores pasados, de acierto y certezas con control de procedimientos de gestión.

#### **Tipos de auditoria medica:**

**Auditoria de Historia Clínica:** “Análisis de calidad de las historias clínicas”. Es la auditoria en el cual el objeto de estudio es la historia clínica y cuyos resultados dependen de la forma como se encuentra organizada la información existente en ella.

Cuyos objetivos son: Conocer lo que se ha registrado y su calidad, que sea legible y sobre todo verificar si lo registrado se encuentra de acuerdo a los estándares de calidad. Analizar la calidad de atención de acuerdo a guías y protocolos.

**Auditoria de caso:** Aquella que por su complejidad requiere especial manejo de las diferentes especialidades médicas, y por su carácter legal. Los integrantes se fundamentaran en el análisis de la Historia Clínica y los anexos, con el consenso técnico- científico basado en lo académico legal. Esta será llevada a cabo por un equipo conformado por tres integrantes del Comité de Auditoria y un perito médico.

**Informe de Auditoria:** Es la descripción de las circunstancias y características de forma escrita que se observaron durante el proceso de auditoría y se debe emitir al término de la misma.

**Sistema Auditado:** Es la Organización de salud o una parte de ella que será sometida a las auditorias de historias clínicas o a auditorias de casos.

**La Historia Clínica,** es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal. (CONASA, 2006)

#### **Pre- Historias Clínicas:**

La medicina griega tiene origen mítico-religioso. Se ejerce en los Asclepion, templos donde los dioses inspiran a las Asclepiadeas mediante el sueño terapéutico o incubación del paciente. Ellos transmiten las consultas en forma de un oráculo y reciben a cambio donativos y enseñan a los iniciados.

En el templo Epidauro se encuentran las primeras lapidas, donde consta por escrito el nombre del enfermo y el mal que padece. Por lo cual podrían considerarse las primeras pre-historias clínicas.

#### **Historia Clínica Hipocrática**

Hipócrates pensaba “Todos los enfermos, se parecen por el hecho de estar enfermos pero unos se parecen entre sí por la forma como están enfermos.”

Eidos a las maneras de enfermar análogas entre sí, que con variantes individuales se repiten en distintos pacientes. Ante un enfermo se analizaba las semejanzas y desemejanzas con el estado de salud llamando “Tropos” al modo de establecer las comparaciones. Cada desemejanza se podía ver de diferentes puntos de vista: el del médico “Semion” que significa signo, y el del paciente “pathema” que significa síntoma. El conjunto de los dos constituye el “NOUSOS” es decir la forma de enfermar propia de cada paciente, y la descripción ordenada de ella forma la HISTORIA CLINICA. (ENTRALGO, 1970)

Esta cuenta con una estructura ordenada y repetida en que consta de: la numeración ordinal del enfermo dentro del grupo (primero) mención nominal (una de las mujeres de la casa), localización social, breve referencia, no constante, a datos anamnesicos (antecedentes), la historia parece que siempre comienza con la llegada del paciente a casa, luego se describe día a día la

enfermedad con minuciosa cronología sin separación entre lo objetivo y subjetivo.

Para enseñar a conducirse ordenadamente ante un paciente, adiestrar a futuros lectores. (ENTRALGO, 1970)

Son raras las actuaciones terapéuticas, no se considera necesario incluir el tratamiento solo en aquellos que parecen excepcionales. Acaba con la purificación o muerte no violenta del paciente. Algunas terminan con una breve reflexión del caso.

Las primeras 42 historia clínicas bien caracterizadas y completas están en “Las Epidemias I y III”. Con ellas nació el documento elemental de la experiencia médica que representa el documento fundamental del saber médico.

### **Historia Clínica de Sydenham.**

Sydenham fue también llamado también el Hipócrates inglés (1624-1689).

Podría ser considerado como un excelente artesano, ya que redactó meticulosamente las historias clínicas de cada uno de sus pacientes y reunió amplia experiencia clínica en el Observaciones Medicae. Su trabajo se caracterizó por tener un estrecho contacto con el paciente, basándose más al estudio de los síntomas que al de teoría médicas. (FOMBELLA, 2012)

### **Documento Multidisciplinar**

A principios del siglo XX nació la Psiquiatría, por lo tanto tomo importancia la visión que tiene el paciente con el hecho de enfermarse, y la influencia que puede tener en el curso de la enfermedad. El desarrollo tecnológico que caracteriza al siglo XX, comenzó por los estudios de imágenes y a su vez el desarrollo de las especialidades médicas incluyéndose en la historia clínica los informes de pruebas diagnósticas. A raíz de la Segunda Guerra Mundial la enfermera como profesional cumple un papel muy importante con lo cual sus funciones son documentadas e incluidas en la historia clínica. (Fombella, 2012)

En el año 1990 el Parlamento Español aprobó la Ley del Medicamento, y el uso racional consolidando a los servicios de farmacia, generalizando los documentos de prescripciones y dispensación. Convirtiendo a la historia

clínica en un documento multidisciplinar, elaborado por múltiples profesionales que atienden al paciente.

En la mitad del siglo XX comienza la creación de Servicios Nacionales de Salud y la construcción de grandes hospitales, por lo tanto este documento deja de ser propiedad del médico, ya que se crearon servicios de documentación y custodia. (Fombella, 2012)

### **Perspectiva Legal**

Durante la última década del siglo XX, basados en la corriente americana, surgió la perspectiva jurídica de la historia clínica, convirtiéndose en un documento legal de obligado cumplimiento.

Se comenzó a elaborar leyes que aumentaron el protagonismo del paciente en la narración de su cuadro clínico y en la toma de decisión, por lo cual se crea el documento consentimiento informado y el testamento vital. Por contener información privada se garantizó la protección de su intimidad. También pudo ser utilizada con fines de docencia e investigación como método científico para el aprendizaje de los médicos. (RIO, 1999)

### **Perspectivas:**

Actualmente en el siglo XXI nos llegan innovaciones, la Historia Clínica Electrónica, los informáticos y documentalistas nos proporcionan una excelente transcripción, esto nos está mostrando un nuevo concepto la Patobiografía o Historia de Salud la cual es más amplia, donde se encuentran relatados todos los eventos de salud del paciente es decir desde su nacimiento hasta fallecimiento. Los adelantos en genética nos darán información previa al nacimiento. (CARNICERO, 2003)

Actualmente en Ecuador en ejercicio de las atribuciones concedidas por los artículos 176 y 179 de la Constitución Política de la República y 17 del Estatuto del régimen jurídico y administrativo de la función ejecutiva se acordó aprobar La Reforma del Marco Conceptual y de los Formularios Básicos de la Historia Clínica Única desde el 25 de octubre de 2006.

La evaluación de calidad científica del trabajo profesional requiere de manera urgente una redefinición conceptual e instrumental de la Historia Clínica Única hacia el Manejo del registro Médico orientado por Problemas (MRMOP) cuyos pilares son:

1. Base de datos
2. Lista de Problemas
3. Hipótesis
4. Planes
5. Notas de evolución

**Base de Datos:** debe ingresarse la siguiente información:

1. Datos de filiación
2. Motivo de consulta o ingreso.
3. Perfil del paciente (hábitos, factores epidemiológicos de riesgo, personalidad, situación socio familiar, etc.)
4. Antecedentes personales y familiares relevantes.
5. Historia de problema actual.
6. Anamnesis por aparatos o sistemas
7. Exploración física.
8. Datos complementarios disponibles.

### **Análisis**

Lista de problemas: extraído de la base de datos formulario 001. Deben estar todos los problemas de cualquier tipo: psicológicos, sociales, factores de riesgo, síntomas y signos, exámenes complementarios de laboratorio e imágenes, situaciones peligrosas es decir alergias o tratamientos; es decir agruparlos como síndrome o sustituirlos por un diagnóstico etiológico confirmado. Debe considerarse una lista de diagnóstico diferencial o de posibilidades que expliquen el cuadro clínico.

La lista de problemas debe estar al principio de la historia clínica, debe ser un resumen valioso y actualizado, como índice de estudio y lista de cotejo de inclusión o exclusión de posibles diagnósticos que permita al médico

responsable, al estudiante y otros profesionales un enfoque completo del paciente o del problema. (CONASA, 2006)

### **Hipótesis**

Debe estar explicitado y consignado en las hojas de evolución y prescripciones médicas, este paso exige el cumplimiento de ciertos requisitos. Deben ser lo más amplias posibles ya que la hipótesis única no se aconseja, y deben ir de la general a las específicas. Toda hipótesis debe ser justificada sobre la base un análisis lógico.

### **Planes: diagnósticos, terapéuticos y educacionales**

La descripción de los planes del médico es un elemento esencial del MRMOP, para la inclusión- exclusión de las hipótesis y deben ser separados para cada hipótesis, en ellos se deben incluir procedimientos diagnósticos, medidas educacionales y terapéuticas. Los planes diagnósticos si el problema está claro es poco lo que se hace para llegar al diagnóstico. Se debe realizar una buena relación riesgo coste- eficacia, en que se selecciona las pruebas diagnósticas apropiadas, tomando en cuenta la especificidad, sensibilidad y valor predictivo de cada prueba de acuerdo a la patología.

En pacientes hospitalizados que requieren tratamientos complejos, las indicaciones de diagnóstico y tratamiento deben ser registradas de manera clara y ordenada. Para evitar omisiones y errores debe seguirse el siguiente orden:

1. Prescripciones generales
2. Prescripciones de fármacos
3. Procedimientos específicos
4. Recomendaciones para cada caso
5. Establecer el criterio pronóstico utilizando códigos de alarma rojo, amarillo.

Los planes educacionales incluyen los derechos y deberes de los pacientes y familiares durante todo el proceso; es decir desde su primera consulta hasta el alta, se debe incluir si se advirtió acerca del riesgo en procedimientos y si se explicó para qué y por qué se realizó, en el momento del alta se incluirá las indicaciones educativas preventivas.

## **Notas de evolución**

Son las notas del progreso del paciente, cuyo objetivo es registrar la evolución durante su ingreso o consultas ambulatorias, con especial interés en las complicaciones o datos nuevos, la interpretación, la respuesta terapéutica y la necesidad de otras pruebas diagnósticas.

Actualmente es útil seguir un modelo propuesto con las siglas SOAP permite el registro ordenado de información.

**S:** Síntomas durante su evaluación o variabilidad de los mismos.

**O:** Signos al examinar al paciente.

**A:** Análisis lógico de la nueva información con el contexto de la previa con finalidad diagnóstica y pronóstica.

**P:** Planes

## **Síntesis**

**Lista condensada de diagnósticos y manejo:** es un complemento de la lista de problemas, consigna los problemas y diagnósticos, explicaciones y resoluciones pero no como fueron manejados, esta evita tener que revisar múltiples notas de evolución e indicaciones.

**Epicrisis:** es el resumen condensado de la evolución, refleja los antecedentes y factores de riesgo, es el cuadro clínico condensado, diagnóstico, tratamiento, manejo y control a futuro y medidas educativas y preventivas.

**Referencia y contrareferencia:** Facilita todos los diagnósticos confirmados con su respectivo código de asignación internacional CIE, el tratamiento recibido.

### **2.1.1 REFERENTES EMPIRICOS:**

**Capacitación en el llenado de documentos:** Se ha realizado la capacitación del personal médico, administrativo y paramédico para el correcto llenado de HC de acuerdo a los lineamientos de la Autoridad Sanitaria Nacional en cuanto a formatos y su correcto llenado, pudiendo observar el desinterés del personal y desconocimiento en el aspecto legal y la falta de capacitación continua.

**Remuneración al personal Médico:** Durante la encuesta realizada en la Institución se observó el descontento de los médicos y paramédicos en cuanto a su remuneración, ya que no es reconocida como en otras Instituciones a nivel de Sistema de Salud.

**Motivación:** Se observó al personal médico, paramédico desmotivado con desinterés en capacitarse, ya que está ligado a la remuneración recibida.

**Desconocimiento de las políticas y procesos Institucionales:** La mayoría del personal desconoce las políticas y procesos Institucionales ya que no hay difusión correcta de las mismas.

**Desconocimiento de Protocolos:** el 20% de los médicos de la Institución desconocen los Protocolos Institucionales e Internacionales.

**Sistema de Información y Red Informática:** En la Institución la red informática es lenta, lo que provoca malestar al personal médico y paramédico, impidiendo el correcto llenado por el tiempo que pierden durante la consulta o pase de visita en hospitalización.

## 2.2 MARCO METODOLOGICO

En el presente trabajo se trata de un estudio de caso, la investigación va dirigida a entender el comportamiento del problema analizando las causas y consecuencias para responder ¿cómo? y ¿porqué? Se utilizó metodología tipo cualitativa, ya que el tema central es la evaluación y el análisis de la historia clínica para la Auditoría Médica como modelo para la misma. La investigación cualitativa está orientada a procesos y no a resultados, algunas de sus características son: inductivas se desarrollan conceptos a partir de pautas de datos, y no de hipótesis preconcebidas. Siendo un diseño flexible para la guía de investigación.

A diferencia de los estudios descriptivos o experimentales donde se determina la relación entre 2 o más variables de causa y efecto. La investigación cualitativa está interesada en cuál es la dinámica o como ocurre el proceso en que se da el problema.

### **2.2.1 CATEGORIAS**

Las categorías que se analizaron en este estudio están relacionadas con los factores educacionales las que indican la educación recibida del personal durante su preparación profesional así como la capacitación continua del llenado de documentos de acuerdo a los lineamientos de la autoridad sanitaria o de la Institución. La Categoría Económica aquella que está relacionada con la remuneración recibida mensualmente del personal médico, paramédico y administrativo y a su vez está relacionada con la complejidad de trabajo la misma que es considerada mal remunerada. Categoría Psicológica relacionada con la actitud y el comportamiento del personal médico, paramédico y administrativo y su relación directa con los pacientes.

Categoría de comunicación se refiere a la difusión de las diferentes políticas, procesos y protocolos a través de las autoridades a su vez la importancia de la comunicación interpersonal. Categoría Tecnológica que es el conjunto de conocimientos técnicos, científicamente ordenados que permite diseñar, crear bienes. Servicios que facilitan la adaptación al medio ambiente y satisfacer tanto las necesidades esenciales como los deseos de la humanidad. ANEXO 2

### **2.2.2 DIMENSIONES**

Se analizaran las diferentes dimensiones de análisis correspondientes a cada una de las categorías, en la categoría educacional se consideran la capacitación en el llenado de historia clínica. En la categoría económica se analiza la satisfacción del personal con respecto a la remuneración mensual recibida y la falta de incentivos es decir bonificaciones, etc. En la categoría psicológica se analizara la motivación del personal. En la categoría comunicación se considera la falta de difusión por las autoridades de las políticas, procesos y protocolos Institucionales así como los lineamientos. En la categoría tecnológica se considera la red informática débil y los factores tecnológicos que en ocasiones puede provocar perdida o ganancia de tiempo de acuerdo a su lentitud o rapidez. ANEXO 2.

### **2.2.3 INSTRUMENTOS**

Se realizó un la búsqueda de información científica sobre el objeto de estudio y el campo de investigación, a través de metabuscadores como google, la base de datos de internet utilizando filtros y palabras claves que permiten obtener la evidencia científica que sustente el estudio de caso, se realizó un análisis de la información, tomar lo relevante del tema propuesto, evitando sesgo.

Se diseñó una encuesta para la recolección de datos las mismas que se encuentran descritas en las categorías y dimensiones. Se utilizó el sistema de cómputo del hospital la Intranet donde consta la historia electrónica, a su vez se utilizó la historia física manual. Se construyó una base de datos para la tabulación y el análisis.

La selección de HC se realizara a través de la técnica de muestreo de proporciones y se elegirá el tamaño de la muestra. Las historia clínicas serán solicitadas al área de estadísticas del hospital.

En la auditoria se analizara tanto la forma como el fondo “pertinencia” del contenido de la Historia Clínica.

El formato de recolección para la evaluación se hará a través de tablas de Excel, que analizaran los diferentes componentes de una historia clínica, los cuales se adjuntaran como anexos.

### **2.2.4 UNIDAD DE ANALISIS**

Este estudio de caso se realizara en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA ION Guayaquil en el Departamento de Auditoria Medica.

La Sociedad de LUCHA CONTRA EL CANCER SOLCA es una Institución privada sin fines de lucro y que actualmente mantiene convenios con diferentes Instituciones de la RPIS para atención integral a pacientes con diagnostico oncológico desde el año 2008

En el año 2010 se creó el Departamento de Auditoria Medica con la finalidad de mejorar la calidad de atención a los pacientes de la Institución y a su vez para el cobro de los diferentes servicios prestados a los diferentes convenios.

Observando que un 80% de las historias clínicas no eran llenadas correctamente, afectando al pago; debido a la falta de justificación de los diferentes servicios. Anualmente se apertura alrededor de 1800 historia clínicas, en el mes de marzo egresaron 344 pacientes en el 3 piso de hospitalización. Auditoria Medica cuenta actualmente con 4 médicos auditores.

#### **2.2.4.1 ASIS (ANALISIS SITUACIONAL)**

El análisis situacional, se basa en un pensamiento trascendental mediante el vínculo de la empresa y su competitividad.

El objetivo de SOLCA es brindar calidad en su Servicio a los diferentes convenios con RPIS y a los pacientes generales a través del Servicio Social, mediante la evaluación de los Servicios.

Estos datos se encuentran en el Departamento Estadística de la Institución. Este análisis situacional se realizara analizando los diferentes componentes de la historia Clínica y valorándolas ponderalmente.

Como Unidades de Análisis se analizara el contenido de historias clínicas del tercer piso hospitalización del Hospital SOLCA Guayaquil, para la selección de las historias clínicas se elegirá todos los egresos del mes de marzo del año 2016, de acuerdo a la cantidad de egresos a través de la técnica de muestreo de proporciones se elegirá el tamaño de la muestra. Las historias serán solicitadas al área de estadística del Hospital.

#### **2.2.5 GESTION DE DATOS:**

Para la obtención de datos primarios se utilizó una hoja de registro de datos de los pacientes, elaborada en Excel de Microsoft Windows XP, donde se incluyó datos de filiación, anamnesis, examen físico, concepto médico, formularios anexos (record operatorio, record anestésico, autorización para diagnóstico y tratamiento). En cuanto a la forma de historia clínica que incluya: Letra legible, registro de firma de médico tratante y enfermera, fecha y hora de atención y formatos de registro de control, día de hospitalización, día de post operatorio, diagnóstico, evoluciones médicas si está completa o

incompleta, tratamiento: indicaciones, dosis, medidas educativas, interconsulta, justificación médica, registro de interconsulta, hora, etc.

Los resultados fueron tabulados con variable de estudio, elaborando tablas de frecuencias. ANEXO 3.

Se diseñó una encuesta individual para recolección de datos, basados en el CDIU y se consultó los instrumentos de las respectivas categorías, a partir de los cuales se obtuvo los datos procediendo a copilar la información.

Se elabora una base de datos para analizar los resultados.

### **2.2.6 CRITERIOS BIOETICOS**

En este estudio se utilizó los siguientes criterios bioéticos basados en los cuatro principios de beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia.

Se seleccionaron las historias clínicas de adultos ingresados en el 3 piso de hospitalización en SOLCA Guayaquil con diferentes diagnósticos oncológicos.

Se solicitó la autorización a Presidencia de SOLCA y al Departamento de Estadísticas la recolección de los datos requeridos.

### **2.2.7 RESULTADOS**

Los resultados de este estudio de caso realizado en SOLCA Guayaquil de las historias clínicas de pacientes ingresados en el 3 piso en marzo 2016, se analizaron 10 historias clínicas. La historia clínica actualmente está dividida, una parte se registra en medio electrónico “ INTRANET” , en donde se registra los datos demográficos, anamnesis y datos médicos, resultados de exámenes de apoyo diagnóstico, record operatorio, informes de procedimientos de ciertas áreas, notas de evolución de enfermería de tecnólogos y de medicos tratantes, de sus atenciones ambulatorias y hospitalarias. En la intranet no se registran: las prescripciones médicas hospitalarias, interconsultas, Kardex de enfermería record anestésico, formulario de registro de signos vitales, balance hídrico, autorizaciones, consentimientos. En otra herramienta electrónica de tipo transaccional denominada “LANZADOR” se registra la epicrisis y la hoja 008 de Emergencia. Solo en el área de Preadmisión del Hospital, que es para

consultas por primera vez se registran los datos de anamnesis y datos médicos del paciente que comprende todos los datos demográficos y de filiación, no siempre consta el registro del médico tratante que llena estos datos. Para las atenciones subsecuentes sean ambulatorias u hospitalarias no se vuelve a registrar ni actualizar estos datos. Con respecto a los datos de filiación un 100% están correctamente llenados.

En la anamnesis: el motivo de consulta se llena en el 80% de los casos La enfermedad actual: consta en el 100% de las historias clínicas de intranet pero no cumple con los lineamientos. Los antecedentes personales y familiares solo fueron llenados en un 50%. El examen físico: se registró en un 40%, los hallazgos en examen físico por sistemas se registraron en un 20%, el diagnóstico y el plan médico se registró en un 60% en la HC de intranet. Epicrisis fueron registradas el 100% llamando la atención que un 60% de las epicrisis no están llenadas de acuerdo a los lineamientos. El record operatorio se encontró registrado en el 100% al igual que el Record anestésico 100%. La autorización para diagnóstico y tratamiento 100%. Consentimiento para procedimientos y cirugías 100%. La historia clínica tiene letra legible en un 80%, el registro de firma de médico tratante en un 10% en la HC física y no se encontró la firma electrónica en ninguna evolución de intranet. Se registra firma de enfermería un 100%, registra fecha y hora de atención: 100% la fecha y ningún registro de hora, los formatos del registro de control se encontraron en el 100% de las HC físicas, En la evolución medica diaria: el encabezamiento se encuentra en el 100% en ambas historias, la hora no se registra, los días de hospitalización en el 10% de las HC físicas y en intranet, Los días postoperatorio en el 100% de las notas de los médicos residentes. El diagnóstico en el 90% de las HC revisadas fueron registradas, evoluciones medicas del tratante no se registran. Tratamiento en el 100% lo registran en ambas HC, el plan de tratamiento en un 60%. No se registró firma ni sello de tratante. Letra legible: en un 80%, registro de evolución diaria ausente, orden cronológico de notas de evolución en un 100% en ambas historias. Firma de médico residente en un 100%. Interconsultas consta nombre y apellido de paciente en el 100%, Servicio Interconsultantes el 100%, Servicio Interconsultor contesta en un 80%. Fecha y hora de solicitud de interconsulta en el 100% fecha y no se registra hora. Fecha y hora de respuesta si en el

80%. Resumen de HC: no se registra. Informes de exámenes paraclínicos: en un 60%. La justificación médica se encontró en un 50%, el plan médico en el 90%. Letra legible en un 70%.

### **2.2.8 DISCUSION**

En el presente trabajo se demostró el llenado incorrecto de las historias clínicas electrónicas como la historia clínica física, lo que ha provocado un alto porcentaje de objeciones con los diferentes convenios de la RPIS que mantiene el Instituto.

En el estudio la mayoría de las omisiones eran causadas por todos los factores mencionados en el cuadro CDIU ya que refieren que no hay tiempo para llenar el documento, cabe recalcar que el estudio de caso se realizó con una muestra pequeña del Instituto, por lo que se debe considerar realizar un estudio más amplio para comparar resultados con otras Instituciones.

### 3 SOLUCIÓN PROPUESTA

#### MODELO DE EVALUACION Y ANALISIS DE HISTORIA CLINICA PARA AUDITORIA MÉDICA DE SOLCA GUAYAQUIL.

- **Fundamentación.**

En este proyecto se propone elaborar y poner en práctica el Modelo de evaluación y análisis de Historia Clínica. La auditoría medica tiene su función específica como parte del Sistema de Salud dentro de los Servicios de Salud, a través de procedimientos evaluativos, técnicos y preventivos, basándose en los componentes de Estructura, Proceso y Resultados, constituyendo dentro del proceso, la historia clínica como pieza fundamental. Además, establece la responsabilidad de emanar medidas correctivas o mejoras continuas dirigidas a la calidad de atención y evitar las inconsistencias documentales que provocan glosas y pérdidas económicas para la Institución, además de los conflictos legales por posibles demandas.

- **Justificación**

Anualmente las estadísticas en SOLCA Guayaquil reportan inconsistencias en un porcentaje del 62 % en la justificación documental para las auditorias médicas para los convenios vigentes con el MSP, IESS e ISSFA, provocando pérdidas económicas a la Institución.

Mediante el presente trabajo se necesita un Modelo de evaluación y análisis de historia clínica para Auditoria Medica para disminuir el porcentaje de inconsistencia documental y mejorar la calidad de atención.

- **Objetivo**

El objetivo es mejorar la calidad de la historia clínica de la Institución y contribuir al mejoramiento general de la Calidad Institucional.

- **Ubicación espacial:** Instituto Oncológico Nacional SOLCA Guayaquil.
- **Factibilidad:** Es posible ya que se consta con el respaldo de la Presidencia de la Institución.

- **Estrategias:**
  1. Capacitación del personal médico, paramédico y administrativo
  2. Difusión de la propuesta
  3. Monitorización
- **Metodología:**
  - 1.- Herramienta en Excel para recolección y análisis de la información, en la misma se incluyen las diferentes partes de la Historia clínica, ítem por ítem y se evaluará si cumple o no cumple con el correcto llenado, se ponderará cada componente por separado y luego se promediará los resultados para obtener el porcentaje total de inconsistencias. Anexo 5.
  - 2.- Talleres de capacitación de llenado de HC al personal médico, paramédico y administrativo.
  - 3.- Talleres médico-legales
  - 4.- Capacitación con el departamento de sistemas.
- **Recursos:**
  - 1.- El cronograma se plantea en 2 meses por cada piso (4 pisos)
  - 2.- Presupuesto, gastos generales (impresiones, papelería)
- **Materiales:**
  - 1.- Los lineamientos de la autoridad sanitaria.
  - 2.- Formularios. ANEXO 4
- **Impacto:**
  - 1.- Reducción del índice de objeciones y glosas con las Instituciones a las cuales prestamos servicios.
  - 2.- Mejorar la calidad de la HC y a su vez de la atención.

Se realiza un modelo de evaluación y análisis para la historia clínica en la que se revisara:

En el formato 1 se analiza el componente datos de filiación que básicamente evalúa si se registró o no los datos de edad, sexo, raza, estado civil, lugar de procedencia, residencia, etc.

En el formato 2 se analizara la anamnesis: si están presentes, ausentes, completos e incompletos el motivo de consulta, la enfermedad actual, antecedentes personales y familiares.

En el formato 3 se analizara el examen físico: en el que consta el estado actual, frecuencia cardiaca, pulso, presión arterial, temperatura, peso, talla. Si se registraron o no.

En el formato 4 se analizara el concepto medico: se divide en diagnóstico y plan médico si se registró o no.

En el formato 5 se analiza los formularios y anexos es decir si consta o no epicrisis, record operatorio, record anestésico, autorización para diagnóstico y tratamiento, consentimiento para cirugías y procedimientos.

En el formato 6 si la HC incluye: letra legible, registro y firma de médico tratante, registra firma de enfermera responsable, se registra fecha y hora de atención, formato de registro de atención y control. ANEXO 5.

### **3.1 CONCLUSIONES**

En SOLCA Guayaquil la Historia Clínica:

- 1.- Se encuentra dividida en 2 partes, la electrónica a través de su intranet-Lanzador y la historia física impresa y manual.
- 2.- La historia Clínica ambulatoria de consulta externa solo registra notas de evolución, en ella no constan el motivo de consulta, ni evolución de enfermedad actual ni examen físico, es transaccional y se denomina “Hoja terapéutica Ambulatoria” se hace en la intranet y a través de ella se hace la prescripción que está ligada al sistema de facturación “LANZADOR” que registra automáticamente la receta (proforma) para que sea retirada en Farmacia. Si se cometen errores, como prescribir cantidades excesivas o inferiores se deben hacer modificaciones en el sistema de facturación reprocesos y devoluciones.
- 3.- La historia hospitalaria se denomina “Hoja terapéutica Hospitalaria” cumple parcialmente con los formatos MSP, no se llevan todos los formularios, es transaccional, se realiza en el sistema LANZADOR, sin embargo se sigue imprimiendo lo que se registra, para visualizarlo en la Historia clínica física.
- 4.- No se siguen los lineamientos de la Autoridad Sanitaria Nacional en cuanto a formatos y su correcto llenado, tanto en la parte intranet y física de la Historia clínica.
- 5.- El personal médico se encuentra desmotivado y desconoce el llenado correcto de los documentos por los factores expuestos, sobre todo el tiempo que se pierde llenando varios formularios.

### **3.2 RECOMENDACIONES**

Se recomienda la unificación de las partes electrónica y física de la Historia Clínica de acuerdo a los Lineamientos de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Capacitar permanentemente y monitorear el correcto llenado de la Historia Clínica a través de la difusión de las políticas y procesos Institucionales.

#### 4 BIBLIOGRAFIA

CARNICERO, J. (2003). *De la historia clinica a la historia clinica de salud electronica*. Pamplona: Sociedad Española de Informatica de la Salud.

CONASA. (2006). *Expediente Unico para la Historia Clinica*. MSP, Quito.

Cristina, P. (2011). el metodo de estudio de caso. *estrategia metodologica de la investigacion cientifica*.

Entralgo, L. (1970). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Alianza.

Fombella, M. J. (2012). Historia de la Historia Clinica. *Galicia Clinica I*, 25.

FOMBELLA, M. J. (2012). Historia de la historia clinica. *Galicia Clinica I*, 24.

Prólogo de Oruam Barboza. (s.f.). INVESTIGACION EDUCATIVA Abriendo Puertas al Conocimiento. Uruguay.

RIO, C. D. (1999). *Aspectos Medico Legales de la Historia Clinica*. Madrid: COLEX.

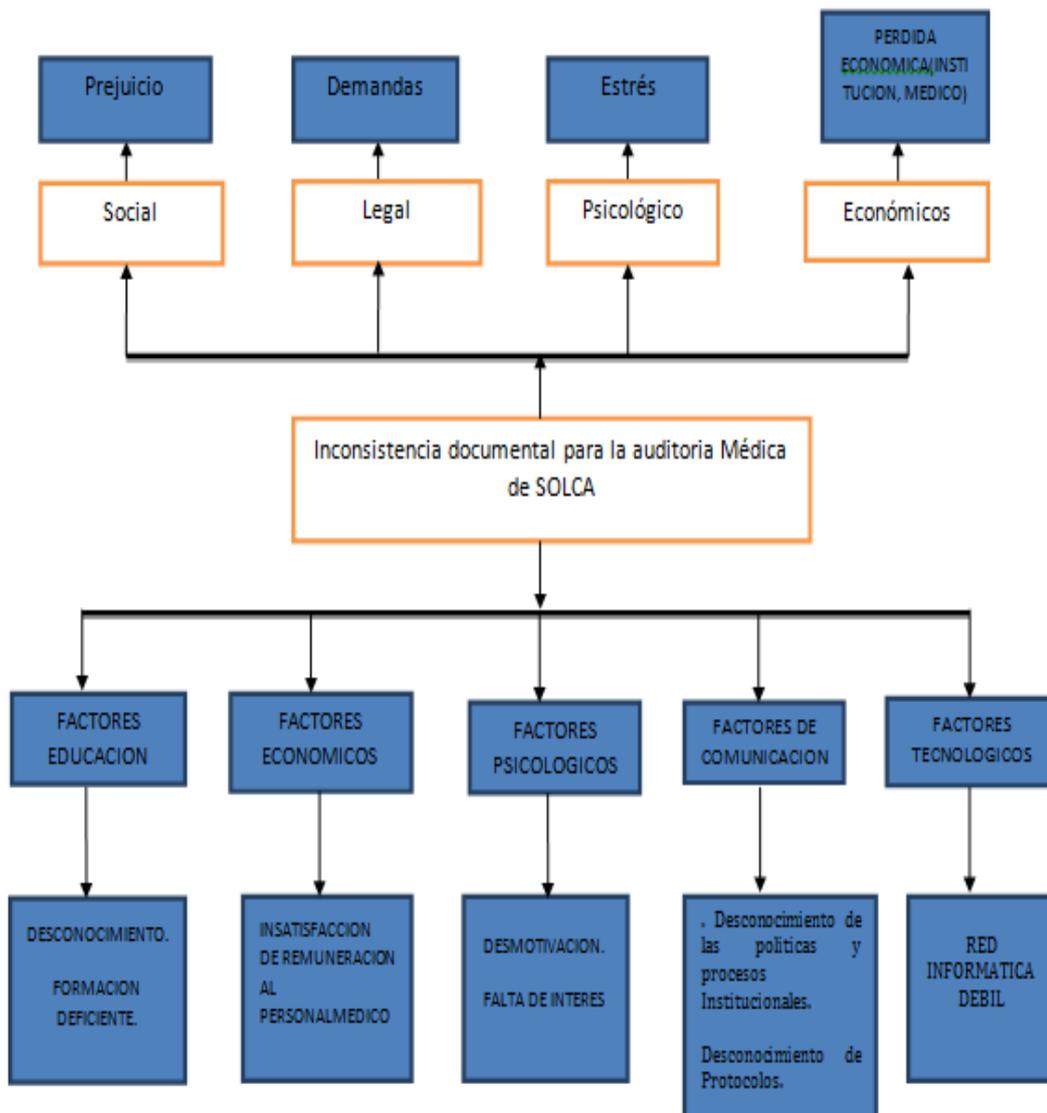
SOCIEDAD LUCHA CONTRA EL CANCER. (2016). *SOCIEDAD LUCHA CONTRA EL CANCER*.  
Obtenido de <http://www.solca.med.ec/>

SOLCA. (2016). Obtenido de <http://www.solca.med.ec/>

# ANEXOS

## ANEXO 1 ARBOL DE PROBLEMAS

### Árbol de Problemas



ANEXO 2 CUADRO CDIU

CATEGORIAS	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS	UNIDADES DE ANALISIS
Factores Educativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación en el llenado de documentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Encuesta</li> <li>-Entrevista</li> <li>-historia clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos y paramédicos de SOLCA</li> <li>-Autoridades de SOLCA</li> </ul>
Factores Económicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remuneración al personal medico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Encuesta</li> <li>-Entrevista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Médicos de SOLCA</li> <li>-Autoridades de la Institución</li> </ul>
Factores Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivación</li> <li>• Relaciones laborales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Encuesta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Médicos y paramédicos de SOLCA</li> </ul>
Factores de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocimiento de las políticas y procesos Institucionales</li> <li>• Desconocimiento de Protocolos.</li> <li>• Falta de comunicación interpersonal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuesta</li> <li>- Entrevista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Médicos y paramédicos de SOLCA</li> <li>-Autoridades de la Institución</li> </ul>
Factores Tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de Información</li> <li>• Red informática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuesta</li> <li>- Entrevista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Médicos de SOLCA</li> <li>-Autoridades Departamento de Sistema</li> </ul>

## ENCUESTA



SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DEL ECUADOR  
MATRIZ GUAYAQUIL

### ENCUESTA

1.- Conoce los lineamientos del llenado correcto de la historia clínica del MSP?

Si   
No

2.- Conoce las políticas del llenado de la Historia Clínica?

Si   
No

3.- Conoce los Formularios del MSP?

Si   
No

4.- Conoce los planes del Modelo de Atención Integral de Salud del MSP?

Si   
No

5.- Considera que su remuneración esta de acorde al mercado y de acuerdo al escalafón?

Si   
No

6.- Esta de acuerdo con lo solicitado por el ente empleador para el llenado de documentos?

Si   
No

7.- Se siente a gusto en la Institución?

Si   
No

8.- Como considera el ambiente laboral?

Bueno   
Regular   
Malo



SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER DEL ECUADOR  
MATRIZ GUAYAQUIL

9.- Conoce de los procesos referentes a su área?

Si

No

10.- Actúa usted bajo los Protocolos Institucionales o Internacionales?

Si

No

11.- Considera que es ágil el sistema informático en la Institución?

Si

No



## CALCULADORA DE MUESTRA PARA PROPORCIONES

Calcula el tamaño de muestra que necesitas cuando tu encuesta mide un porcentaje o proporción (por ejemplo, el % de personas que fuman en la población). En esta calculadora avanzada podrás ver cómo se relacionan margen de error, nivel de confianza y tamaño de muestra. Más información sobre las fórmulas empleadas [aquí](#).

Para usar la calculadora:

-  Indica el tamaño del universo y qué grado de heterogeneidad hay en la población.
-  Indica 2 de los 3 parámetros restantes. Por ejemplo, si indicas la muestra y el nivel de confianza, podrás calcular el margen de error.
-  Pulsa en CALCULAR. El valor calculado quedará destacado.

234

### TAMAÑO DEL UNIVERSO

Número de personas que componen la población a estudiar.

50

### HETEROGENEIDAD %

Es la diversidad del universo. Lo habitual es usar 50%, el peor caso.

5

### MARGEN DE ERROR %

Menor margen de error requiere mayor muestra.

95

### NIVEL DE CONFIANZA %

Mayor nivel de confianza requiere mayor muestra. Lo habitual es entre 95% y 99%

146

### MUESTRA

Personas a encuestar

Indica 2 de 3

# **PROPUESTA**











Recibido nelly.ampuero.ucsg@analysis.irkund.com marco teorico.docx

Mensaje Fwd: Anti plagio Heidi Lopez [Mostrar el mensaje completo](#)

2% de esta aprox. 14 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 3 fuentes.

- <https://www.icsg.gob.ec/documents/10162/59595/2010013.pdf>
- [http://hsyp.gob.ec/index.php/component/k2/item/72\\_nueva-era-digital-para-hos](http://hsyp.gob.ec/index.php/component/k2/item/72_nueva-era-digital-para-hos)
- [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo)
- [http://cal. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo](http://cal. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo)
- [http://revista.icsg.gob.ec/revista/4769&id\\_revista=130](http://revista.icsg.gob.ec/revista/4769&id_revista=130)

60% Fuente externa: [http://www.upid.ug.edu.ec/wp-content/uploads/2015/09/UPID\\_Form...](http://www.upid.ug.edu.ec/wp-content/uploads/2015/09/UPID_Form...) 60%

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE..... MAESTRÍA.....  
 "TRABAJO DE TITULACIÓN EXAMEN COMPLEXIVO" PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE  
 MAGISTER

EN GERENCIA Y ADMINISTRACION DE SALUD "MODELO PARA EVALUACION Y ANALISIS DE HISTORIA CLINICA EN AUDITORIA MEDICA DE SOLCA GUAYAQUIL" AUTOR: HEIDI VANESSA LOPEZ LOOR TUTOR: BELKYS QUINTANA SUAREZ GUAYAQUIL - ECUADOR MARZO 2016

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA FICHA DE REGISTRO ESTUDIO DE CASO EXAMEN COMPLEXIVO TÍTULO: "

MODELO DE EVALUACION Y ANALISIS DE HISTORIA CLINICA PARA AUDITORIA MEDICA DE SOLCA GUAYAQUIL" AUTOR/ES: Heidi López Loor REVISORES: Dra. Belquys Quintana INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil FACULTAD: CIENCIAS MEDICAS PROGRAMA: Maestría en Gerencia y Auditoría Medica - Auditoría de Salud FECHA DE PUBLICACIÓN: NO. DE PÁGS: ÁREA TEMÁTICA: Auditoría documental, historia clínica, procesos. RESUMEN: En este Proyecto se analizó y se evaluó la documentación médica que sirve de soporte para realizar el cobro a las instituciones financiadoras con las que SOLCA ION Guayaquil mantiene convenios de prestación de servicios. Se describieron los problemas existentes en los respaldos documentales: "Historia clínica" de los pacientes, encontrándose inconsistencias que generan objeciones y glosas por parte de las instituciones financiadoras: Red pública Integral de Salud. Por lo cual surge la necesidad de implementar un modelo de evaluación y análisis de historia clínica para el correcto llenado de las mismas y soportar de forma adecuada las atenciones médicas, brindadas mejorando la calidad documental y evitando las inconsistencias documentales que provocan pérdidas económicas para la Institución, además de los conflictos legales por posibles demandas. El objetivo es elaborar un modelo de evaluación y análisis de historias clínicas para auditoría médica de SOLCA Guayaquil, y así disminuir las inconsistencias documentales, como la difusión

  
 MSc. Belkys Quintana Suarez Phd.  
 Reg. CU-15-15628



**SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER DEL ECUADOR  
MATRIZ GUAYAQUIL**

Guayaquil, 04 de mayo de 2016

**CERTIFICADO**

El suscrito Dra. Aida Guerrero Moran, Jefe del Departamento Auditoria Medica de SOLCA, certifica que:

Se ha revisado la base de datos de las historias clínicas para la realización de la Tesis: "Modelo para Evaluacion y Analisis de Historia Clinica en Auditoria Medica de SOLCA Guayaquil"; cuyo autor es la Dra. Heidi Vanessa Lopez Loor, previa la obtención del Título de Magister en Gerencia y Administracion Hospitalaria; son del Sistema Médico Informático de SOLCA Guayaquil.

Atentamente,

**DRA. ALIDA GUERRERO M.,  
AUDITORIA MEDICA  
SOLCA - MATRIZ**

**Dra. Alida Guerrero Moran**

**Jefe Dpto. Auditoria Médica**

c.c.: Archivo