



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA  
EN SALUD**

**Calidad del registro de la Historia Clínica en pacientes  
Oncológicos en el Instituto del Cáncer SOLCA - Cuenca  
del año 2022**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

**MAGISTER EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA  
EN SALUD**

**Autora:** Álvarez Abril, Paola Elizabeth

**Directora:** Dra. Lucía del Carmen Ludeña González

LOJA  
2023



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2023

## **Aprobación del director el trabajo de titulación**

Loja, 18 de octubre de 2023.

Doctora.

Cristina Elisabeth Urgilés Barahona.

**Coordinadora de programa de posgrados**

Ciudad.

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director de la presente Tesis denominada: Calidad del registro de la Historia Clínica de pacientes oncológicos del Instituto del Cáncer Solca Cuenca del año 2022 realizado por Paola Elizabeth Alvarez Abril, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director:

Dra. Lucía del Carmen Ludeña González.

CI: 1103492946

Correo electrónico: lcludena2@utpl.edu.ec

### **Declaración de autoría y cesión de derechos**

Yo, Paola Elizabeth Alvarez Abril, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora de la tesis denominada: Calidad de registro de Historias Clínicas en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de SOLCA Cuenca del año 2022 de la maestría en Gestión de la calidad y Auditoría de la Salud específicamente de los contenidos comprendidos en: Capítulo 1. Marco problemático, Capítulo 2. Marco teórico, Capítulo 3. Metodología de la investigación, Capítulo 4. Resultados de la investigación, Conclusiones y Recomendaciones siendo Lucía del Carmen Ludeña González, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su

difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autora: Paola Elizabeth Alvarez Abril

C.I.: 0103693685

Correo electrónico: [drpaolaalvarez@gmail.com](mailto:drpaolaalvarez@gmail.com)

## **Dedicatoria**

El presente trabajo se lo dedico a mi familia que han sido un pilar fundamental para lograr culminar con éxito esta maestría, pero de manera especial a mis hijos Alejandro y Zoe quienes han sido mis compañeros de batallas día a día, sacrificando su tiempo y espacio. A la mejor estrella del cielo que me iluminó y dio la fuerza necesaria para seguir.

## **Agradecimiento**

Un agradecimiento especial al Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca, quien hace 11 años me abrió las puertas para laborar y hoy me ayudo hacer realidad mi sueño profesional. De igual manera a la Dra. Lucía Ludeña, mi tutora de tesis, quien con su paciencia y dedicación me ayudo para llevar a cabo la realización de este proyecto.

## Índice de contenidos

Aprobación del director el trabajo de titulación .....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria .....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenidos .....	VII
Resumen.....	1
Abstract .....	2
Introducción .....	3
Capítulo Uno.....	5
Marco Problemático.....	5
1.1 Problema de Investigación.....	5
1.2 Justificación y Uso de los Resultados .....	5
1.3 Objetivos .....	6
1.3.1 <i>General</i> .....	6
1.3.2 <i>Específicos</i> .....	6
Capítulo Dos.....	7
Fundamento Teórico.....	7
2.1 La Historia Clínica.....	7
2.1.1 <i>Definición</i> .....	7
2.1.2 <i>La Historia Clínica: Marco Legal en Ecuador</i> .....	7
2.1.3 <i>Características de la Historia Clínica</i> .....	9
2.1.4 <i>La Historia Clínica Electrónica</i> .....	10

<b>2.1.5 Registro y Llenado de la Historia Clínica Única.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Auditoría de la Calidad de la Atención de la Salud.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2.1 Calidad.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.2 Auditoría de la Calidad .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.3 Medidas de la calidad en el servicio de salud.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2.4 Calidad en la atención médica oncológica.....</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo Tres .....</b>	<b>17</b>
<b>Marco Metodológico .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Tipo de Estudio .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Descripción del Área de Estudio y/o Área de Influencia .....</b>	<b>17</b>
<b>3.3 Población, Muestra y Muestreo.....</b>	<b>17</b>
<b>3.3.1 Población.....</b>	<b>17</b>
<b>3.3.2 Muestra .....</b>	<b>18</b>
<b>3.3.3 Muestreo.....</b>	<b>18</b>
<b>3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión.....</b>	<b>18</b>
<b>3.5 Métodos, Técnicas e Instrumentos.....</b>	<b>18</b>
<b>3.5.1 Método .....</b>	<b>18</b>
<b>3.5.2 Técnica .....</b>	<b>18</b>
<b>3.5.3 El Instrumento .....</b>	<b>18</b>
<b>3.6 Procedimientos de Recolección de Información.....</b>	<b>19</b>
<b>3.7 Procedimiento para Garantizar Calidad de Datos.....</b>	<b>20</b>
<b>3.8 Plan de Tabulación y Análisis de Datos .....</b>	<b>20</b>
<b>3.9 Aspectos Bioéticos.....</b>	<b>20</b>

<b>Capítulo Cuatro .....</b>	<b>21</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>21</b>
<b>4.1 Resultados.....</b>	<b>21</b>
<b><i>4.1.1 Resultados del Primer Objetivo Específico.....</i></b>	<b><i>21</i></b>
<b><i>4.1.2 Resultados del Segundo Objetivo Específico.....</i></b>	<b><i>29</i></b>
<b><i>4.1.3 Resultados del Tercer Objetivo Específico .....</i></b>	<b><i>29</i></b>
<b>4.2 Discusión .....</b>	<b>33</b>
<b>4.3 Conclusiones .....</b>	<b>35</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>38</b>
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>39</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>43</b>
<b>Apéndice.....</b>	<b>45</b>
<b>Apéndice 1: Modelo Sugerido para el Llenado de Formato de Auditoria Médica de Hospitalización.....</b>	<b>45</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1 .....</b>	<b>25</b>
<b>Tabla 2</b>	
<b>.....</b>	<b>26</b>
<b>Tabla 3</b>	
<b>.....</b>	<b>27</b>
<b>Tabla 4</b>	
<b>.....</b>	<b>28</b>
<b>Tabla 5</b>	

.....29

**Tabla 6**

.....30

**Tabla 7**

.....31

**Tabla 8**

.....32

**Tabla 9**

.....36

**Índice de figuras**

**Figura 1:**

.....13

## Resumen

El Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca es un establecimiento especializado en la atención oportuna de casos diagnosticados de cáncer, caracterizándose por la alta calidad que presenta en sus servicios. Sin embargo, no se conoce la calidad del registro de sus historias clínicas, las cuales, al ser un documento médico legal debe contar con un registro óptimo y eficiente. El objetivo de la investigación es determinar el nivel en la calidad del registro de la historia clínica en pacientes oncológicos durante el año 2022. Se realizó una investigación cuantitativa a través del modelo para el llenado de la auditoría médica de Pavón y García. Los resultados señalan que el 88,6% de las historias clínicas tienen puntaje excelente que determina a la calidad como alta. Se concluye que para mejorar la calidad se propone la creación del Comité Técnico de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud e Historia Clínica, con el objetivo de realizar evaluaciones periódicas para evitar archivos incompletos y proponer planes de mejora continua de la calidad del registro de la historia clínica.

*Palabras claves:* calidad, historia clínica, oncología

## Abstract

Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca is a facility specializing in the timely care of cases diagnosed with cancer, characterized by the high quality presented in their services. However, it is not known the quality of the medical record, which, being a legal medical document, must have an optimal and efficient registry. The objective of this investigation is to determine the level of quality of registration of the medical records on oncologist patients in the year 2022. Quantitative research was conducted through the suggested model for the filling of the medical audit of Pavón and García. The result shows that 88,6% of the medical records have an excellent score, which determines the quality as high. It is concluded that in order to improve the quality it is proposed to create a Technical Audit Committee for the Improvement of Health Care Quality and Medical Records, with the objective of carrying out periodic evaluations in order to avoid incomplete records and propose continuous improvement plans to help maintain the quality of the medical record.

*Keyword:* quality, medical record, oncology

## Introducción

En la actualidad, el cáncer es considerado como una de las enfermedades crónicas no transmisibles que mayor afectación causan en el mundo. Durante el año 2021, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se registraron 20 millones de casos nuevos alrededor del mundo y se proyecta que estas cifras sigan creciendo en los próximos años convirtiéndose en una problemática que afecta principalmente a países de bajo desarrollo debido a su ineficiente prevención y detección oportuna. El cáncer es la segunda causa de mortalidad en Ecuador después de las enfermedades cardiovasculares, según el Observatorio Global del Cáncer (2021) registraron 29.273 casos nuevos de cáncer entre los años 2020 y 2021.

Ante estas circunstancias, el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca surge como un establecimiento especializado en la atención oportuna de casos diagnosticados de cáncer, puesto que, cuenta con un recurso humano, el cual está preparado para trabajar con equipos especializados y tecnología de punta e instalaciones modernas y confiables que ofrecen la calidad en sus servicios de prevención, diagnóstico, así como el trato equitativo, eficiente y de calidad a sus pacientes (Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca, 2023).

Dentro de la atención integral que se ofrece al paciente oncológico es importante contar con un registro médico, que presente un correcto llenado de las historias clínicas donde se detalle con precisión: la anamnesis, examen físico, tratamientos implementados, exámenes complementarios, evoluciones y epicrisis o referencias, información imprescindible para facilitar la comunicación entre el personal médico y establecer una administración adecuada, con el propósito de prevenir complicaciones en los casos de cáncer en la población ecuatoriana (De Armas, Machuca y Pereira; 2019).

Por lo anterior, la aplicación de la auditoría médica en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca para conocer la calidad del registro de las historias clínicas que deben responder a las necesidades del hospital para mejorar el nivel de atención de los médicos.

El objetivo de la presente investigación es determinar el nivel de la calidad del registro de las historias clínicas en los pacientes oncológicos ingresados por primera vez en este hospital durante el 2022.

El alcance del estudio se limita a realizar la auditoría médica de 146 historias clínicas de pacientes de entre 18 a 65 años que hayan ingresado por primera vez en el hospital de SOLCA Cuenca. Este proceso se llevó a cabo en un periodo de dos meses, donde se procedió a realizar la auditoría médica basada en los parámetros sugeridos por Pavón y García para el correcto llenado de la historia clínica.

Durante la investigación, uno de los obstáculos surgió con la aplicación de la auditoría a toda la población de historias clínicas que requirió un ingreso hospitalario durante el año 2022, ya que, al tratarse de pacientes oncológicos de larga data, no se podía establecer con precisión el tiempo que tardó en llegar al diagnóstico definitivo. Además, esto duplica en gran medida el análisis de las historias clínicas, por lo que, se modificaron los criterios y se analizó únicamente las historias clínicas que tenían su primer ingreso durante el año 2022.

En el capítulo 1 se realiza el planteamiento del problema, se procura conocer ¿cuál es la calidad del registro de las historias clínicas? y se plantean los objetivos de investigación. En el capítulo 2 se describe el marco teórico, explorando los principales conceptos sobre la calidad del registro de las historias clínicas y su importancia en pacientes oncológicos. En el tercer capítulo se despliegan los resultados de la investigación, exponiendo los principales descubrimientos y el desarrollo de la propuesta de mejora.

## **Capítulo Uno**

### **Marco Problemático**

#### **1.1 Problema de Investigación**

En la actualidad, el cáncer es la segunda causa de muerte en la población ecuatoriana, el Registro Tumores del Instituto Cáncer SOLCA Cuenca en el año 2017, demostró que los diagnósticos oportunos mejoraban considerablemente la calidad de vida de las personas. Debido a la alta incidencia de los casos, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) ha generado un plan estratégico nacional para atender a los pacientes con cáncer en el Ecuador, con el fin de lograr un adecuado tamizaje, detección y diagnóstico de enfermedades oncológicas mejorando así el pronóstico y la sobrevida de los enfermos de cáncer

El MSP (2017) sugiere como líneas de acción, la vigilancia epidemiológica e investigación para la generación estratégica nacional, siendo la historia clínica parte imprescindible para garantizar la calidad de la atención integral del cáncer en el país. En el contexto médico legal y deontológico, la historia clínica es el documento que informa y registra la práctica o acto médicos, debido a que permite disminuir los errores existentes en el registro de la historia clínica y que garantice la pertinencia médica o la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud.

La Auditoría Médica es parte integral y vital del Sistema de Control Interno del Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca. La baja calidad, o el llenado incorrecto o incompleto de la historia clínica pueden ocasionar problemas medicolegales por omisión de datos, exámenes complementarios sin pertinencia médica o retrasos en el diagnóstico definitivo, así como la repercusión económica al momento de la facturación de la calidad de los servicios de salud.

#### **1.2 Justificación y Uso de los Resultados**

En Ecuador la historia clínica es un documento médico legal que provee de información clave para el médico al realizar un diagnóstico certero, un tratamiento adecuado y un seguimiento oportuno de cada paciente, incluyendo a pacientes oncológicos que acuden

al hospital en etapas avanzadas de la enfermedad y el tiempo es un factor decisivo para el diagnóstico. SOLCA Cuenca al estar avalado por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (Acess), debe cumplir con los indicadores de calidad en su infraestructura, equipamiento y talento humano, así como, la evaluación de la historia clínica con los protocolos de aseguramiento de la calidad.

En la presente investigación se realizará una evaluación de la historia clínica del Hospital SOLCA Cuenca para establecer un procedimiento de auditoría de la historia clínica que cumpla con los objetivos de calidad establecidos por el MSP. De manera que se pueda garantizar la calidad del registro de historias clínicas y cuenten con un protocolo de atención que mejore su utilidad para ser considerado un instrumento educativo, de optimización médica y que cumpla con los aspectos legales. La investigación tiene una utilidad práctica para resolver el proceso por el cual se audita al médico en su trabajo. El alcance social y científico del proyecto de tesis está dirigido a todo el cuerpo de médicos del hospital de SOLCA Cuenca, al departamento de convenios y a los pacientes.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 General**

Determinar el nivel en la calidad del registro de la historia clínica en pacientes oncológicos en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca en el año 2022.

#### **1.3.2 Específicos**

- Evaluar el correcto llenado del formulario de la historia clínica.
- Determinar la calidad de la información de la historia clínica.
- Diseñar una propuesta de mejora para el nivel de calidad de las historias clínicas.

## **Capítulo Dos**

### **Fundamento Teórico**

#### **2.1 La Historia Clínica**

##### **2.1.1 Definición**

La Historia Clínica (HC) es el documento médico legal que recoge todos los datos relacionados a la salud y los servicios sanitarios prestados al paciente con el objetivo de proporcionar una adecuada asistencia médica, además de ser una fuente de información epidemiológica, constituye un núcleo básico para la docencia y la investigación clínica y patológica. Permite registrar y ordenar la información sobre los pacientes estableciendo la continuidad asistencial que facilita a los profesionales recordar los detalles de la entrevista, compartir con otros colegas y con el equipo de salud (Aguilar, 2019).

Velito y Tejada (2010) exponen que la finalidad de la historia clínica es recoger los datos del estado de salud del paciente para facilitar la asistencia médica, el médico obtiene una visión completa y global del paciente para prestar asistencia, bajo la confidencialidad, seguridad, disponibilidad, única y legible.(p. 2) Para Alcocer, Besantes y Naranjo (2019) la historia clínica es un soporte documental que contiene información sujeta a las normativas vigentes de cada país adecuadas a los problemas legales que pueden derivarse a su custodia, propiedad y acceso. (p. 3)

En las entidades de salud, la historia clínica prioriza la confidencialidad de la información del paciente, la cual, está sujeta por las normas deontológicas y legales que se adjudican al registro de la presentación sanitaria que ha recibido el paciente. Así se cumple con una función administrativa, que establece el control y la gestión de los servicios médicos que ofrecen las instituciones sanitarias; y constituye una función médico legal (Ruiz, Ruiz, Acevedo y Ginard, 2021).

##### **2.1.2 La Historia Clínica: Marco Legal en Ecuador**

En Ecuador, la Ley Orgánica de Salud avala que toda persona tiene derecho a contar con una Historia Clínica Única (HCU) redactada en términos precisos, comprensibles y completos, así como la confidencialidad respecto a la información obtenida en ella. Con

respecto a la confidencialidad, el Ministerio de Salud Pública establece en el Artículo 361 de la Constitución del Ecuador que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la auditoría sanitaria nacional responsable de formular la política nacional de salud y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (MSP, 2019).

La historia clínica está sujeta a la responsabilidad civil que adjudica la formulación y cumplimiento de los derechos que tienen los pacientes, así como la reparación de ciertos daños o perjuicios que surgen del incumplimiento de una obligación prevista de un contrato o norma determinada. En esta misma línea, surge la descripción de Carrera y Montoya (2021) “la responsabilidad civil, garantiza a las personas dañadas la reparación de los daños en el orden privado y busca colocar las cosas en el estado original, por tal motivo, en la mayoría de los casos, esta responsabilidad es indemnizatoria, y carece de represión.” (pág. 397).

El Régimen Jurídico fundamenta que la historia clínica responde como una garantía de doble vía. Por un lado, garantiza el derecho del paciente, y por otro, permite al médico documentar su conducta profesional en caso de que sea convocado a un juicio de responsabilidad. Además, dentro de este marco normativo se establece como características la objetividad y veracidad de la información que contiene. Norma Jurídica ecuatoriana. Ley Orgánica de la Salud. Artículo 7, literal f. 2006. (Ecuador) dispone el derecho de toda persona a documentar de manera completa la información personal que debe ser precisa y entendible.

Por otro lado, el Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2003) a partir del artículo 73 hasta el 78, los cuales ratifican y establecen que la historia clínica debe poseer una naturaleza técnica y jurídica. La HCU está conformada por formularios esenciales y clasificados según la especialidad médica, toda institución de salud está obligada a llenar la HCU, de manera que la naturaleza confidencial en el sistema de salud contempla dos clases de historia clínica: activa e inactiva.

De igual forma, el documento de estudio solo puede ser manejado por el personal sanitario y el resto del personal de salud que se relaciona con un caso y el personal de estadística. Igualmente, el acceso a este documento, cuyo archivo es electrónico, se restringe

al personal autorizado en la institución correspondiente, mediante contraseñas (Carrera, et al., 2021).

### **2.1.3 Características de la Historia Clínica**

Hammou, Rueda y Laouquili (2022) en su investigación “Principales requisitos formales de la Historia Clínica”, destacan que la historia clínica es un documento íntimo y privado que relata de forma ordenada los antecedentes clínicos, eventos y sucesos de un paciente. Todos los datos se obtienen realizando una observación minuciosa, interrogatorio y examen físico por parte del personal de salud para establecer un diagnóstico y determinar un adecuado tratamiento para la enfermedad. (pág. s/n)

Según Velito y Tejada Soriano (2010), los registros médicos constan de las siguientes características:

- **Confidencialidad:** el deber y el derecho a la confidencialidad siempre han sido propios de la relación clínica, basándose en argumentos éticos. Está fundamentado en los códigos deontológicos de salud, que reafirma el derecho de los individuos a la intimidad y confidencialidad y su incumplimiento se considera un delito tipificado y está castigado por la ley. Sin embargo, las consideraciones éticas sobre la confidencialidad suelen exigir un mayor control de riesgo de acceso y divulgación no autorizada para fines distintos de los que llevaron a su recogida y conservación.
- **Seguridad:** se lleva a cabo mediante la correcta identificación del paciente, médicos y personal de salud que intervienen en el proceso de atención.
- **Disponibilidad:** el documento debe facilitarse en casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad. Pese a la confidencialidad e intimidad de los datos en ella reflejada, por lo tanto, debe ser un documento disponible.
- **Única:** la historia clínica debe ser un documento asistencial, único que favorezca agilidad en la gestión y economía sanitaria.

- Legible: la historia clínica al ser un documento médico legal debe presentarse de forma ordenada y legible, para facilitar la labor asistencial del médico y evitar errores diagnósticos por una mala interpretación de los datos consignados. (pág. 4-5)

#### **2.1.4 La Historia Clínica Electrónica**

En los últimos años, Ecuador ha presentado un cambio paulatino en el ámbito sanitario con respecto a la Historia Clínica Única (HCU). Con la iniciativa planteada en la Ley Orgánica de Salud, en el literal f del art. 7, que el historial clínico de un paciente debe ser digitalizado y en línea para que tanto el sector público y privado tenga acceso. Sin embargo, esta iniciativa planteada hace una década no ha logrado completarse y, por ende, ha generado inconvenientes en su correcto llenado que dificultan a los establecimientos de salud con disminuir su calidad y eficacia en los establecimientos de salud del país (Heredia, 2021).

Parte de la correcta elaboración del historial médico incluye que los hospitales cuenten con un método de conservación integral, las cuales, se almacenan en el área de estadística de los establecimientos de salud, clasificándolas como activas e inactivas. La HCU cuenta con un sistema de conservación que sigue las pautas marcadas por el MSP, que incluyen: la conservación integral o por medios electrónicos, este último incluye la microfilmación, automatización, scanner, etc. (Coordinación Zonal de Salud 6, 2015).

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública plantea la conservación por medios electrónicos o magnéticos para solucionar el problema de almacenamiento, debido a que es un medio de acceso fácil e inmediato, a la información parcial o total. Este planteamiento depende de la decisión del Comité Técnico de Historia Clínica y es utilizado en la consulta externa y en las áreas de Emergencia y Hospitalización (Ministerio de Salud Pública, s/f).

Con respecto a la Historia Clínica Electrónica (HCE), la información es confidencial, y su acceso es únicamente para usuarios autorizados. Segundo, facilita conocimientos y soporte para la toma de decisiones buscando una mejora en la calidad, seguridad y eficiencia de la atención de los pacientes. Y tercero, efectividad y eficacia en los procesos para brindar cuidados de salud (Chá, 2020).

### **2.1.5 Registro y Llenado de la Historia Clínica Única**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) implementó en el año 2009 el Manual de uso de los formularios básicos de la Historia Clínica Única, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Art 11. 2006 dentro del marco legal establece que las instituciones deben garantizar su operación en redes asegurando la calidad, continuidad y eficacia de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad.

A su vez, el manual del MSP proporciona los formularios para el llenado manual y digital de la HCU. Como menciona el MSP, consta de:

- El formulario 001 (Admisión y Alta) vigente, se denomina (Admisión y Alta-Egreso)
- Los formularios 003 (Anamnesis) y 004 (Examen Físico) vigentes, se unifican en el nuevo form. 003 (Anamnesis y Examen Físico)
- El formulario 006 (Epicrisis y Transferencia) vigente, se desagrega en los nuevos form. 006 (Epicrisis) y form. 053 (Referencia)
- El formulario 024 (Autorizaciones, Exoneraciones y Retiro) contiene en el reverso los datos del Consentimiento Informado
- Se agregan los form. 054 (Concentrado de Laboratorio) y form. 055 (Concentrado de Exámenes Especiales) que complementan el formulario 011 (Hoja de Pegado de Exámenes) vigente
- Se agrega el anexo 1 (Ficha Familiar)
- Se agrega el anexo 2 (Hoja Prehospitalaria) (pág. 10)

#### **Figura 1**

*Numeración, Nomenclatura y servicios de usuarios de la Historia Clínica Única*

FORMULARIO			SERVICIOS USUARIOS
NUMERO	ANVERSO	REVERSO	
001	ADMISSION	ALTA - EGRESO	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN
002	ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO	EVOLUCION	CONSULTA EXTERNA
003	ANAMNESIS	EXAMEN FISICO	HOSPITALIZACIÓN
005	EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (1)	EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN - EMERGENCIA
006	EPICRISIS (1)	EPICRISIS (2)	HOSPITALIZACIÓN
007	INTERCONSULTA - SOLICITUD	INTERCONSULTA - INFORME	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN
008	EMERGENCIA (1)	EMERGENCIA (2)	EMERGENCIA
010	LABORATORIO CLINICO - SOLICITUD (010-A)	LABORATORIO CLINICO - INFORME (010-B)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN Emergencia - LABORATORIO
012	IMAGENOLOGIA - SOLICITUD (012-A)	IMAGENOLOGIA - INFORME (012-B)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA - IMAGENOLOGIA
013	HISTOPATOLOGIA - SOLICITUD (013-A)	HISTOPATOLOGIA - INFORME (013-B)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA - Histopatología
020	SIGNOS VITALES (1)	SIGNOS VITALES (2)	HOSPITALIZACIÓN
022	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS (1)	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA - OBSERVACIÓN
024	AUTORIZACIONES, EXONERACIONES	CONSENTIMIENTO INFORMADO	HOSPITALIZACIÓN - EMERGENCIA
033	ODONTOLOGIA (1)	ODONTOLOGIA (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA
038	TRABAJO SOCIAL - EVALUACION	TRABAJO SOCIAL - EVOLUCION	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA
053	RESPUESTA	CON RESPUESTA	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA

Adaptado de Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009.

## 2.2 Auditoría de la Calidad de la Atención de la Salud

La importancia de la calidad en los servicios de salud ha propiciado cambios significativos en las instituciones debido a que comprende a la calidad como una mejoría de los servicios ofertados, una meta que se incluye en las actividades de auditoría médica es controlar y evaluar el cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad definidos, según su complejidad y capacidad resolutoria; mediante un equipo multidisciplinario que incluya recursos humanos, físicos y financieros en el centro de salud. Por lo tanto, la auditoría médica surge como un examen sistemático e independiente que determina si las actividades de control de calidad cumplen con las disposiciones planificadas y comprobar si estas disposiciones están implementadas de manera efectiva (Mejía, 2012).

La auditoría de la calidad en la atención de salud está orientada a posicionar a la calidad en el ámbito de la salud de manera que se convierta en una necesidad imperiosa para la mejora de la gestión y organización de los servicios de la salud. A su vez que permita contar con profesionales vinculados al área de la salud que sean los promotores de la calidad y la mejora continua en todos los niveles de atención del sistema de salud.

### **2.2.1 Calidad**

Según la Real Academia de Lengua, la calidad se refiere a la capacidad que posee un objeto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas según un parámetro, un cumplimiento de requisitos de calidad. La calidad se relaciona con las percepciones que posee cada individuo para comparar una cosa con cualquier otra de su misma especie, y diversos factores como la cultura, el producto o servicio, las necesidades y las expectativas influyen directamente en esta definición (Real Academia Española, s/f).

León, Ménendez, Rodríguez, López, García y Fernández (2018) establecen que “una organización orientada a la calidad promueve una cultura que da como resultado comportamientos, actividades y procesos para proporcionar valor mediante el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los clientes y otras partes interesadas pertenecientes” (pág. 845). La gestión de calidad está enfocada estratégicamente en la toma de decisiones que generan una base sólida y le ayudan a mejorar su desempeño global

### **2.2.2 Auditoría de la Calidad**

Una auditoría de calidad es una evaluación en la que se comprueba que los procesos que se llevan a cabo dentro de una empresa ya sean productos, servicios, etc., están conforme a los objetivos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC). Las auditorías de calidad aportan a la empresa confianza en el manual de calidad con el que se trabaja y ayudan a detectar errores, inconvenientes y oportunidades de mejora (Euroinnova, n.d.).

Existen diferentes tipos de auditorías de calidad según el origen del auditor o la entidad que las realiza:

- Auditoría interna: Es realizada por personal propio de la empresa o por personas contratadas para ello. Su finalidad es verificar el cumplimiento de los requisitos del SGC y proponer acciones correctivas o preventivas.
- Auditoría externa: Es realizada por clientes de la organización o por entidades certificadoras independientes. Su finalidad es evaluar la conformidad del SGC con los requisitos de la norma ISO 9001 u otros estándares aplicables y otorgar o

renovar el certificado de calidad.

Para realizar una auditoría de calidad se deben seguir los siguientes pasos:

- Planificar la auditoría: Definir el alcance, los objetivos, los criterios, el equipo auditor, el programa y el plan de auditoría. Preparar la documentación necesaria y comunicar la auditoría a las partes interesadas.
- Ejecutar la auditoría: Realizar la reunión inicial con los auditados, recopilar evidencias mediante observación, entrevista y revisión de documentos y registros, evaluar las evidencias y registrar los hallazgos. Realizar la reunión final con los auditados y presentar los resultados preliminares.
- Informar la auditoría: Elaborar el informe de auditoría con las conclusiones, las no conformidades, las observaciones y las recomendaciones. Enviar el informe a las partes interesadas y solicitar un plan de acción correctiva si procede.
- Realizar el seguimiento: Verificar la implementación y la eficacia de las acciones correctivas tomadas por los auditados. Cerrar las no conformidades cuando se hayan resuelto satisfactoriamente. Mantener los registros de la auditoría.

### ***2.2.3 Medidas de la calidad en el servicio de salud***

Al explorar la importancia de las medidas que se deben considerar para realizar una adecuada evaluación tomando en cuenta a todos y cada uno de los procesos asistenciales al igual que las personas que operan cada uno de ellos para así determinar cuáles son las falencias que se presentan y a dónde se quiere llegar, además toma en cuenta a los usuarios y sus familias por medio de las encuestas de satisfacción o por los mismos procesos de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, con el fin de determinar por donde se deben realizar las respectivas mejoras. Es decir, priorizar los procesos teniendo claro que la calidad es un proceso continuo (Numpaqué y Rocha, 2016).

Los autores consideran que la evaluación y mejora de la calidad en los ámbitos sanitarios están relacionados con los siguientes aspectos: definir cuál es la práctica considerada como correcta en un momento dado; compararla con la que se está empleando;

fijar las causas por las cuales se tiene inconvenientes; instaurar cambios necesarios para la solución de problemas; verificar si estas modificaciones son beneficiosas. Sin embargo, estos aspectos se fundamentan en la calidad de la asistencia médica, pero poseen influencia en todos los aspectos del servicio hospitalario, incluyendo en la evaluación de las historias clínicas (Numpaqué y Rocha, 2016).

En el contexto de las HC, la calidad se considera en base a la disposición de registro, considerando que debe cumplir con una base de datos que recopile la información relevante del paciente específico al cual se está monitorizando. Castro y Gámez (1999) explican que la HC en general la información a considerar incluye:

- Datos del paciente como edad, sexo, peso, altura.
- Historia de la enfermedad actual, historia médica anterior, historia social.
- Alergias, hábitos (alcohol, trabajo, ejercicio), dieta, datos sobre cumplimientos de los tratamientos prescritos.
- Pruebas de laboratorio, constantes vitales.
- Farmacoterapia que está recibiendo o ha recibido (pág. 300).

La forma como se recoge esta información depende de los diferentes profesionales. Los modelos impresos que se usan para recopilar la información deben ser lo más completos posible, pero a su vez sencillos de usar para no omitir ningún dato y facilitar el trabajo eficaz.

#### ***2.2.4 Calidad en la atención médica oncológica***

Uno de los mayores retos que atraviesan las instituciones de salud en la actualidad es garantizar a la población servicios de calidad en todos los niveles de atención. Estudios realizados por Urgell, Gogeoascoechea, Nachón, Pavón, Montes y Blázquez (2023) demuestra que en este tipo de pacientes la atención supera el 80% como favorable. Esto se debe a que la atención se prioriza por la naturaleza de la enfermedad, los sanitarios se encuentran más enfocados en detectar diferencias en su cumplimientos, problemáticas específicas y causas de su servicio.

La atención sanitaria a pacientes oncológicos constituye un enfoque multidisciplinario debido a que su principal objetivo es lograr una cura contra el cáncer de manera que ofrezca a los pacientes la oportunidad de tener una vida normal. Por lo tanto, los tratamientos al estar centrados en proveer de un tratamiento primario, un tratamiento adyuvante y un tratamiento paliativo, generan opciones factibles para el paciente que dependen del tipo y estadio del cáncer, salud en general y preferencia del paciente por el tipo de tratamiento seleccionado (Mayo Clinic, 2022).

Debido a las implicaciones que tiene el cáncer en los pacientes, Doyle (citado en Yélamos, Sanz, Marín, y Martínez; 2018) menciona: la experiencia del paciente es considerada una base para definir la calidad de la atención clínica, la efectividad del tratamiento y la seguridad del paciente. El hecho de mejorar la satisfacción del paciente tiene un impacto significativo en los resultados, presentan una mejor adhesión al tratamiento implementado y una tasa de efectividad en las terapias aplicadas. Estos factores son claves al momento de realizar un diagnóstico eficiente, siendo así como Yélamos, Sanz, Marín y Martínez (2018) determinan que el uso de métodos preventivos, como el uso del *screening* en cáncer de mama, colorrectal y cuello uterino, permiten un diagnóstico precoz e influyen considerablemente en los resultados del tratamiento. (pág. 158-159)

## Capítulo Tres

### Marco Metodológico

#### 3.1 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo orientado a recolectar información relacionada con el estado real de los objetos o fenómenos tal como se presentan en el momento de su recolección. En el estudio se planteó describir el estado que se encuentran las historias clínicas de los pacientes oncológicos del Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca durante un momento particular. Se consideró un estudio de corte transversal debido a que permite conocer el estado de las historias clínicas en un momento único y determinado, como lo es durante el año 2022.

#### 3.2 Descripción del Área de Estudio y/o Área de Influencia

La investigación se realizó a partir de la base de análisis de las historias clínicas únicas registradas en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca. Esta institución establece un esquema operativo integrado por 6 componentes esenciales: promoción, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia e investigación, con la finalidad de contribuir en el cuidado de la salud de las personas que acuden directamente o son derivadas de otras instituciones del sistema nacional de salud.

#### 3.3 Población, Muestra y Muestreo

##### 3.3.1 Población

Para el estudio se consideran las historias clínicas de los pacientes oncológicos que registren su primera hospitalización/ingreso durante el año 2022. El Hospital de SOLCA Cuenca recibe cada año alrededor de 1200 historias clínicas de pacientes de nuevo y reincidente ingreso, siendo que en el año 2022 existe un registro de 352 historias clínicas correspondiente a la auditoría médica registrada durante ese año, de las cuales 146 historias clínicas corresponden a la orden de internación por primera vez en el instituto, pero 41 no aceptan el ingreso.

### **3.3.2 Muestra**

La muestra recopilada para el estudio corresponde a 105 historias clínicas de pacientes oncológicos que registran su primer ingreso durante el año 2022. El estudio se realizó con la totalidad de la población que cumplía con los criterios de inclusión.

### **3.3.3 Muestreo**

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, la muestra se eligió a partir de la población de estudio que cumplía con los criterios de inclusión y exclusión, independientemente de la selección de una muestra inicial por selección de una muestra representativa a la población total del estudio.

### **3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión**

Fueron incluidos en el estudio historias clínicas de pacientes oncológicos de edades comprendidas entre 18 a 65 años, que tuvieron su primer ingreso durante el año 2022. No se incluyeron las historias clínicas que por razones judiciales no se permite el acceso a la revisión de su historia clínica. También se excluyeron las historias clínicas de pacientes con orden de internación que por razones personales y/o fuerza mayor no aceptaron la hospitalización.

### **3.5 Métodos, Técnicas e Instrumentos**

#### **3.5.1 Método**

Para la realización del estudio se procedió a solicitar la aprobación de la investigación por parte de las autoridades del Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca y a la comisión de ética de la Universidad. Una vez aprobado el protocolo, se accedió al listado de las historias clínicas registradas entre los meses de enero a diciembre de 2022 y se recolectó la información de las variables del estudio.

#### **3.5.2 Técnica**

La técnica utilizada es la observación para verificar que los datos de las historias clínicas estén completos. Se utilizaron técnicas primarias cuantitativas por medio de revisión de historias clínicas de los pacientes atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca.

### **3.5.3 El Instrumento**

El instrumento utilizado para el efecto fue el Modelo sugerido para el llenado de Auditoría Médica de hospitalización por Pavón y García en el año 2017. El formulario fue creado a partir de los Manuales de Auditoría Médica y tiene el aval del Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el correcto registro de las historias clínicas en todos los centros de salud del país. Dicho instrumento fue utilizado para el análisis de la calidad de las historias clínicas en la revista digital “Ciencia Digital” con el tema: “Análisis de indicadores de la calidad asistencial sanitaria del centro de salud A Fuerte Militar Aurelio Subía, en el periodo comprendido entre julio y diciembre del 2018” realizada por Zabala et al. Con este antecedente se procedió a aplicar el instrumento en cada una de las historias clínicas seleccionadas y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

El instrumento evalúa la variable de Calidad del Registro de la HC mediante 7 parámetros que comprenden: Calidad de Registros de la Historia Clínica, Metodología Diagnóstica, Notas de Evolución, Tratamiento, Hoja de Egreso, Evaluación final y observaciones y Registros de enfermería las cuales se detallan en el Apéndice 1. Cada ítem está asignado un puntaje máximo dependiendo si cumple con el criterio establecido, intermedio si está incompleto y mínimo si no se cumple. Se procedió analizar una a una las historias clínicas previamente codificadas mediante formato alfanumérico para garantizar el anonimato y mantener la identidad en reserva únicamente en la base de datos, verificando si cumplen o no con los ítems mencionados y se coloca el puntaje establecido. Luego de evaluar la HC se procede a sumar los puntajes obtenidos y comparar con la siguiente escala de valores: Excelente 91-100% (891,8 - 980) , Bueno 71-90% (695,8 - 882), Regular 51-70% (499,8 - 686) y Mala 00-50% (0 - 490).

### **3.6 Procedimientos de Recolección de Información**

A partir de la información consignada en la historia clínica se empleó el formulario sugerido por Pavón (2017) para verificación del correcto llenado de la historia clínica. Los datos fueron consignados de forma confidencial por lo que se debía solicitar un acuerdo de confidencialidad para la obtención de las historias clínicas. (Ver Anexo 1)

### **3.7 Procedimiento para Garantizar Calidad de Datos**

Para garantizar la calidad de la información, se constató que no exista información faltante en la base de datos, en cuanto a los ítems que no se evalúan en el instituto se excluyó únicamente la variable faltante y la calificación de la HC se realizó sobre 980 puntos; también se verificó que no existan discordancias en la suma de los datos que constan en las tablas, luego del análisis de cada una de las variables del estudio.

### **3.8 Plan de Tabulación y Análisis de Datos**

Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, tales como: la media, valores máxima y mínimo y desviación estándar se analizaron mediante tabla de frecuencia y porcentajes. Únicamente la variable de la calidad de la historia clínica es cualitativa por lo que se recodificó la variable para el proceso. Para el análisis estadístico fue mediante el programa SPSS versión 27.0

### **3.9 Aspectos Bioéticos**

En el presente estudio se recolectó información de las historias clínicas, para lo cual se requirió la autorización de los directivos del Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca, de igual forma se aplicó la autorización a través de un consentimiento informado. No presenta conflictos éticos, ni riesgos biológicos y fisiológicos para las personas, sus familias ni para los profesionales de la salud. Por esta razón no se solicitó la revisión del protocolo por el Comité de Ética Asistencial en Salud. La información se manejó con absoluta confidencialidad, sin la identificación individual de las personas. A cada historia clínica de la base de datos, se le asignó un número de codificación alfanumérica, en forma ascendente, de tal manera que no coincida con el número de historial registrado dentro del instituto. La institución facilitó los datos de los pacientes mediante un número único de HC que se procedió a codificar.

## Capítulo Cuatro

### Resultados

#### 4.1 Resultados

Una vez aplicados los instrumentos de recolección de datos de la información, se presentan los resultados obtenidos del análisis estadístico obtenido en el programa SPSS versión 27.0. Se analizaron 105 historias clínicas, de las cuales, se observó que 93 (88,6%) Historias clínicas de las analizadas tenían una calidad Excelente, mientras que 12 (11,4%) tenían calidad menor y se catalogaron como Buena. Es decir, para que una historia clínica sea considerada como *excelente* debe alcanzar un porcentaje superior a 90%. Las de calidad buena tiene un porcentaje de 71 a 90% y los principales ítems faltantes son funciones vitales y anamnesis, entre las más relevantes.

##### 4.1.1 Resultados del Primer Objetivo Específico

Para el primer objetivo específico de investigación, se propuso evaluar el correcto llenado del formulario de la historia clínica mediante el formato de auditoría médica sugerido por Pavón y García.

De las 105 fichas evaluadas en esta investigación se evidenció que los parámetros de mayor porcentaje por incumplimiento estaban en:

- No presentan “datos de filiación” completos, se omiten datos personales importantes como: antecedentes patológicos personales y familiares, ya sea por desconocimiento u omisión.
- El 100% de las Historias Clínicas no cuentan con hoja de problemas, el instituto no ha implementado este formulario.
- Dentro de la “metodología diagnóstica” empleada, existe un adecuado planteamiento de problemas mediante el examen físico completo, exámenes complementarios e interconsultas según pertinencia médica enfocados en un diagnóstico presuntivo, lo cual, permite llegar al diagnóstico definitivo en un tiempo adecuado.
- En “notas de evolución” no se da seguimientos a todos los problemas encontrados

durante la estancia hospitalaria dándose prioridad al problema oncológico o de base.

- Una vez establecido el diagnóstico se instaura el tratamiento clínico y/o quirúrgico, cumpliendo con todas las normas de seguridad del paciente.
- Se omite especificar la vigilancia epidemiológica debido a que el Instituto Solca no da seguimiento.

**Tabla 1**

*Puntaje de la Calidad de las Historias Clínicas*

Calidad	Frecuencia	Porcentaje
<b>Excelente</b>	93	88,6
<b>Bueno</b>	12	11,4
<b>Total</b>	105	100,0

En la Tabla 2 se evidencia que la mayor dificultad: el 34,30% (36) de las historias clínicas está incompleta la información de *datos de filiación*. Otro dato relevante es que, en la sección de *utiliza hoja de problemas*, se encuentra que 100% (105) de historias clínicas tiene ausencia de registro, ya que no aplica en el instituto y por lo tanto se excluyó del análisis.

**Tabla 2**

*Análisis de auditoría de 105 Historias Clínicas: Calidad del registro de la Historia Clínica*

Parámetros	Ausencia		Medio		Máximo		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Calidad del registro de la Historia Clínica</b>	Fecha y hora	0	0	0	0	104	100%
	Firma y sello del médico que la elabora	0	0	0	0	105	100%
	Plan de trabajo	0	0	9	8,60%	96	91,40%

Presentación de la Historia (pulcritud, orden, legibilidad, relato claro, no abreviaturas)	0	0	6	5,70%	99	94,30%
Registra anamnesis, relato cronológico y examen clínico	1	1%	19	18,10%	85	81%
Registra datos de filiación	6	5,70%	36	34,30%	63	60%
Utiliza hoja de problemas	105	100%	0	0	0	0

*Nota:* \*N: suma de valores obtenidos en el análisis estadístico. \*%: porcentaje de valores obtenidos.

En la Tabla 3 no se encontró ninguna dificultad en cuanto a los parámetros de la evaluación final y observaciones. En este apartado las historias clínicas cumplen con los parámetros establecidos, la información aportada responde a las consignas del hospital en cuanto a registro de aspectos básicos y claves que la historia clínica aporta para el seguimiento de los pacientes, para la investigación y registro de tumores.

**Tabla 3**

*Análisis de auditoría de 105 Historias Clínicas: Evaluación final y observaciones*

Parámetros		Ausencia		Medio		Máximo	
		n	%	n	%	n	%
Evaluación final y observación	El contenido de la Historia clínica es útil para la enseñanza e investigación	0	0	0	0	105	100%

Los documentos de la Historia clínica aparecen en el orden establecido por las normas institucionales	0	0	0	0	105	100%
Uso de formatos oficiales en la Historia clínica	0	0	0	0	105	100%

En la Tabla 4, se puede observar que, la mayor dificultad encontrada en las historias clínicas se presenta en la sección “*exploración física completa por sistemas y evaluación preferencial con anamnesis*” donde se registró que 18,10% de las historias clínicas estaban incompletas. También se evidenció que 11,40% de las historias clínicas no presentaban un adecuado planteamiento de los problemas encontrados durante el diagnóstico. En los demás casos los porcentajes de incumplimiento son menores.

Para verificar la información de los ítems: Exploración física y anamnesis, Adecuado planteamiento de problemas, Pertinencia de procedimientos diagnósticos e interconsultas, contenida en la HC, se usó como estándar los formularios de llenado de la historia clínica del MSP. Mientras que para los demás ítems se usó los protocolos de manejo interno de Solca.

**Tabla 4**

*Análisis de auditoría de 105 Historias Clínicas: metodología diagnóstica*

Parámetros	Ausencia		Medio		Máximo	
	N	%	N	%	N	%
<b>Metodología Diagnóstica</b>						
Adecuado planteamiento de problemas encontrados	0	0	12	11,40%	93	88,60%
Diagnóstico presuntivo congruente con historia clínica	0	0	15	14,30%	90	85,70%

Exámenes auxiliares congruentes con diagnóstico presuntivo	0	0	6	5,70%	99	94,30%
Exploración física completa por sistemas y evaluación preferencial congruente con anamnesis	0	0	19	18,10%	86	81,90%
Pertinencia de procedimientos diagnósticos e interconsulta	0	0	8	7,60%	97	92,40%
Tiempo adecuado en llegar al diagnóstico definitivo	0	0	8	7,60%	97	92,40%

En la Tabla 5, el análisis de la auditoría sobre la *nota de evolución* demostró que la variable que muestra más dificultad debido a que la información se encuentra incompleta es en el *seguimiento de problemas planteados* representando el 6,70% de los casos. En el resto de los casos los porcentajes de incumplimiento eran de 1% y 1,90%.

**Tabla 5**

*Análisis de auditoría de 105 Historias Clínicas: nota de evolución*

Parámetros	Ausencia		Medio		Máximo	
	n	%	n	%	n	%
<b>Nota de evolución</b> Aparecen nombre y firma del médico que hizo la nota de evolución	0	0	0	0	105	100%
Condición del paciente al alta y si es referido o contrareferido	0	0	0	0	105	100%

Control de funciones vitales, balance hídrico y día de hospitalización	0	0	0	0	105	100%
Evoluciona respetando orden: subjetivo-objetivo-apreciación-plan (SOAP)	0	0	0	0	105	100%
Interpreta o comenta los resultados de exámenes e interconsultas solicitadas	0	0	5	4,80%	100	95,20%
Relato claro y conciso sin usar abreviaturas	0	0	0	0	105	100%
Secuencia de notas entre sí anotando fecha y hora	0	0	0	0	105	100%
Seguimiento de problemas planteados	0	0	7	6,70%	98	93,30%

En la Tabla 6, al analizar los parámetros de *tratamientos y órdenes médicas*, se *interpreta* que las variables con información incompleta se encuentran en: *los resultados de exámenes e interconsultas solicitadas* (el 4,80% de los casos), *duración del tratamiento congruente con el diagnóstico* (el 3,80% de los casos) y *complicaciones en relación con el tratamiento* (el 1,90% de los casos). En el resto de las variables no se presentaron datos significativos de incumplimiento.

**Tabla 6**

*Análisis de auditoría de 105 Historias Clínicas: tratamientos y órdenes del médico*

Parámetros	Ausencia		Medio		Máximo	
	n	%	n	%	n	%

<b>Tratamiento y órdenes del médico</b>	Anotación diaria de medicamentos indicando presentación de vía de administración, periodicidad y dieta	0	0	1	1%	104	99%
	Aparece firma y sello del médico que indica el tratamiento	0	0	0	0	105	100%
	Complicaciones en relación con el tratamiento	2	1,90%			103	98,10%
	Duración del tratamiento es congruente con el diagnóstico	0	0	4	3,80%	101	96,20%
	Tratamiento médico y/o quirúrgico fueron apropiados	0	0	2	1,90%	103	98,10%

En la Tabla 7 se presentó un 1,90% de los casos que tenían ausencia de registro en el *diagnóstico de ingreso, diagnósticos secundarios y diagnóstico definitivo es una transcripción literal de Historia clínica*. En los demás casos se presentó un máximo registro de la información en todas las historias clínicas.

**Tabla 7**

*Análisis de auditoría de 105 Historias Clínicas: hoja de egreso - epicrisis*

<b>Parámetros</b>	<b>Ausencia</b>		<b>Medio</b>		<b>Máximo</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hoja de Egreso - Epicrisis</b>						
Diagnóstico de ingreso y diagnóstico definitivo es una transcripción literal de Historia clínica	2	1,90%	0	0	103	98,10%
El resumen de Historia clínica es claro y conciso	0	0	0	0	105	100%

Especificar referencia y contrarreferencia y problemas pendientes	0	0	0	0	105	100%
Filiación, fecha y hora de ingreso y egreso, médicos tratante	0	0	0	0	105	100%
Firma y sello del médico	0	0	0	0	105	100%
No se omite tratamiento médico y quirúrgico impartidos	0	0	0	0	105	100%

En la Tabla 8 se muestra que el parámetro de anota diariamente datos relacionados al estado del paciente, cumplimiento de indicadores y procedimientos de enfermería presenta mayor dificultad de incumplimiento (100%). En anotar el grado de dependencia y plan de atención al ingreso del paciente existen varias inconsistencias debido a que el 87,60% de historias clínicas están incompletas y el 12,40% no tenían registrada esta información.

**Tabla 8**

*Análisis de auditoría de 105 Historias Clínicas: registros de enfermería*

Parámetros	Ausencia		Medio		Máximo	
	N	%	n	%	N	%
Adecuado manejo de la hoja de signos vitales	0	0	9	8,60%	96	91,40%
<b>Registros de enfermería</b>						
Anota diariamente datos relacionados al estado del paciente, cumplimiento de indicadores y procedimientos de enfermería	0	0	105	100%	0	0

Anota diariamente y en cada turno balance hídrico	1	1%	5	4,80%	99	94,30%
Anota grado de dependencia y plan de atención al ingreso del paciente	13	12,40%	92	87,60%	0	0
Aparece firma y sello o post firma de enfermería que hizo la nota	0	0	0	0	105	100%
Secuencia de las notas de enfermería, anotando fecha, hora y turno.	0	0	0	0	105	100%

#### **4.1.2 Resultados del Segundo Objetivo Específico**

Para el segundo objetivo específico propuesto en la investigación sobre determinar la calidad de la información de la historia clínica, el análisis de los resultados se realizó mediante observación de las historias clínicas. Los resultados evidencian que de las historias clínicas evaluadas el 88,6% tienen una puntuación de Excelente y el 11,4% como Bueno, demostrando que la calidad de las historias clínicas es excelente en este Instituto (Ver Tabla 2).

Dentro de los datos más relevantes tenemos:

- La calidad de la información registrada en enfermería se ve afectada al no anotar el grado de dependencia, el plan de tratamiento y el cumplimiento de indicadores.
- No se cuenta con un Comité de Auditoría Médica Interna.

#### **4.1.3 Resultados del Tercer Objetivo Específico**

Para el tercer objetivo de investigación sobre Diseñar una propuesta de mejora para el nivel de calidad de las historias clínicas, se debe considerar en base a los resultados obtenidos en los anteriores apartados donde se evidencia que la calidad del registro de las

HC en pacientes oncológicos del Instituto Solca Cuenca es Excelente. Las falencias encontradas radican principalmente en la falta de control interno que verifique periódicamente el correcto llenado de las HC.

Por lo tanto, al tratarse de un hospital de especialidades de tercer nivel de atención, las falencias encontradas radican principalmente en la falta de control interno que verifique periódicamente el correcto llenado de las HC, debe contar con un equipo multidisciplinario permanente con representación clínica, asistencial y administrativa de conformación obligatoria y se propone la creación del Comité Técnico de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud y de la Historia Clínica, como lo sugiere el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, bajo el Acuerdo Ministerial 0072 de 2017.

### **Plan de mejora continúa**

#### **Objetivo**

Realizar actividades analíticas, evaluativas, preventivas y correctivas más no de carácter punitivo, con el fin de identificar las oportunidades de mejora mediante la auditoría para el mejoramiento de la calidad de dicha atención.

#### **Miembros**

El comité estará conformado por:

- presidente: subdirectora médica del establecimiento
- vocales:
  - jefa del departamento de enfermería
  - jefe del departamento de farmacia
  - jefe del departamento de docencia
  - jefe del departamento de estadística
- secretaria: analista de calidad con funciones en auditoría de la calidad de la atención en salud (Médico Auditor)

Este Comité podrá invitar a otros profesionales internos o externos a sus reuniones

según el tema a tratar, quienes participarán únicamente con voz y sin voto.

**Funciones:**

Evaluar y vigilar el cumplimiento del Programa de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud, aplicadas a los procesos de atención priorizadas por el Instituto.

- Validar las herramientas técnicas a aplicarse en las auditorías. (Implementación y validación de la hoja de problemas dentro del instituto.)
- Analizar los resultados de las auditorías de la calidad de la historia clínica y emitir recomendaciones al respecto.
- Vigilar el cumplimiento de la aplicación de las normas, protocolos y guías de práctica clínica u otro instrumento emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- Evaluar el cumplimiento de los planes de acción de los casos auditados.
- Supervisar el cumplimiento de las normas nacionales vigentes sobre el uso y manejo de la historia clínica.
- Recomendar la modificación o ratificación de las normas internas que rigen la atención clínico-quirúrgica que rigen el hospital.
- Fomentar actividades de educación y formación continua en gestión integral de la calidad y auditoría de la atención de salud.
- Vigilar las Comisiones Técnicas creadas por necesidad para las diferentes auditorías requeridas (En el caso de eventos adversos o eventos centinela).

**Informes de Auditoría:** Los resultados de los informes finales derivados de las auditorías de la calidad de la historia clínica, serán presentadas a este comité para que se emitan las recomendaciones generales, para de esa forma retroalimentar, validar, asesorar u observar las actividades de los Equipos de Mejoramiento de la Calidad.

**Tabla 9**

*Plan de mejora continua en la calidad de las historias Clínicas del Instituto SOLCA  
Cuenca*

PROPOSITO: Mejorar la calidad de la historia clínica del Instituto del Cáncer SOLCA

Cuenca

Acción de mejora propuesta	Objetivo	Metas y resultados	Fuente de verificación	Recursos	Plazo	Responsables
Creación del comité técnico de auditoría para el mejoramiento de la calidad de las historias clínicas.	Realizar actividades analíticas, evaluativas, preventivas y correctivas más no de carácter punitivo, con el fin de identificar las oportunidades de mejora.	Contar con historias clínicas completas y llenadas de forma correcta.	Acta de reunión del comité técnico de auditoría mensual.	Recursos humanos.	Corto plazo (3 meses)	Subdirectora del Instituto (presidenta del comité) Médico auditor (secretario) Vocales: Jefa de Enfermera Jefa de Farmacia Jefa de Estadística Jefe de Docencia. Profesionales invitados según requerimiento.
Capacitación continua del manejo del sistema médico.	Socializar, facilitar y mejorar el uso del sistema médico en la atención al paciente.	Mejorar los tiempos destinados a completar la historia clínica en el sistema médico.	Sistema médico informático .	Recursos humanos Área de sistemas.	Corto plazo (3 meses)	Personal del área de sistemas y auditoría.

Verificación de la carga laboral a los médicos del instituto.	Brindar atenciones de calidad sin descuidar la elaboración correcta de las historias clínicas.	Completar la meta: Disponer de historias clínicas adecuadas, con un tiempo de atención prudente..	Indicador # de altas en hospitalización.	Personal de salud.	Mediano plazo (6 meses)	Comité técnico de auditoría
Creación de la hoja de problemas y grado de dependencia dentro del sistema médico.	Consolidar mediante un verificable los problemas de salud por los que el paciente ingresa.	Proporcionar una atención integral al paciente basado en los problemas definidos.	Sistema médico informático	Personal de salud. Personal de Sistemas	Mediano plazo (6 meses)	Personal de Sistemas
Ajustes al sistema médico informático	Implementar controles en la ficha con carácter de obligatorio para evitar omitir información.	Disminuir la ausencia de datos de filiación y/o información relevante para el tratamiento del paciente.	Sistema médico.	Personal de Sistemas	Mediano plazo (6 meses)	Personal de sistemas

## 4.2 Discusión

Se trabajó con 105 historias clínicas electrónicas para determinar la calidad de su registro en pacientes oncológicos del Instituto del Cáncer Solca Cuenca con el fin de realizar una propuesta de mejora. La investigación indica que el 88,6% de las HC evaluadas con el modelo de auditoría de Pavón y García obtuvieron un puntaje de “Excelente”; de acuerdo con los parámetros de evaluación del instrumento.

Las HC analizadas no cuentan con un puntaje mayor de excelencia debido a que

no se da un control en el llenado de cada formulario, verificando que cada uno de los ítems este completo. Además, el instituto no ha implementado el uso de la hoja de problemas e indicadores de enfermería en cada reporte diario.

Lo cual difiere con el estudio realizado por Zabala, Arévalo y Cáceres, en el Centro de Salud "A" Marco Aurelio Subía en el periodo julio y diciembre del 2018, donde de 100 historias clínicas analizadas, se obtuvo como resultado que apenas 11 historias clínicas lograron un puntaje entre 72% a 78% equivalente a Bueno, y 89 historias clínicas apenas llegaron al 66% a 70% equivalente a Malo.

En la presente investigación se evidenció que en el parámetro "Calidad del Registro de la HC", la puntuación máxima que se obtuvo fue de 96,6% equivalente a completo en la mayoría de los ítems, con excepción en "datos de filiación" donde presenta puntajes de 5,70% ausencia y 34,30% incompleto. Además, el ítem "hoja de problemas" se encuentra ausente, por falta de implementación. Se realizó la comparación con un análisis realizado por Alcocer, Besantes y Naranjo con 147 historias clínicas, de la Unidad Anidada de Chunchi, misma que no se asemeja en el ítem "datos de filiación" ya que se presentaba completo en el 97% de los casos.

En cuanto a parámetros de "Evaluación Final y Observaciones", la investigación obtuvo una puntuación del 100% máximo en todos los ítems del modelo de Pavón y García, equivalente a completo en todas las HC evaluadas. Cabe destacar que este parámetro no representa dificultades para los médicos al momento de completar el registro, lo que contrasta con el estudio realizado por Zabala, Arévalo y Cáceres en el Centro de Salud "A" Fuerte Militar Aurelio Subía en Quito, donde el análisis de 100 HC con el instrumento de Pavón y García, demostró estar completo un 93%.

En relación con al ítem "Metodología Diagnóstica" se considera un parámetro de evaluación satisfactoria ya que tiene un cumplimiento de 94,3% de todas las HC analizadas, en contraste con el estudio de Zabala et al, donde se evidencia que este parámetro alcanza un puntaje de 99,7% de cumplimiento.

Sin embargo, los datos obtenidos de "Notas de evolución" del Instituto Solca

Cuenca difiere con el estudio de Zabala et al. (2019), donde se evidenció que en el Centro de Salud A este parámetro fue el de mayor incumplimiento en el llenado de la historia clínica, con un puntaje de cumplimiento de apenas el 1,2%, al contrario del Instituto Solca que obtuvo un puntaje de incumplimiento entre el 1% y el 1,9%.

También, se destaca en el presente estudio como parámetros mejor puntuados a “Tratamiento y Ordenes del médico” y “Hoja de Egreso”, en ambos casos obtuvieron puntajes de cumplimiento del 100%. A diferencia del estudio de Zabala et al, donde no se contrastan los criterios del registro de estos parámetros ya que no se cumplen a cabalidad, sino que llegan a un 72,8%, debido a que en ningún caso se detalla si existieron o no complicaciones.

En cuanto a “Registros de Enfermería” podemos evidenciar que es el parámetro que mayor incumplimiento presentó en el Instituto de SOLCA, debido a la ausencia de registro diario de cumplimiento de indicadores de enfermería, además el ítem de “grado de dependencia” presentó puntajes incompletos (87,60%) y ausencia (12,40%) según el modelo de Pavón y García. Lo cual no se contrasta con el estudio de Alcocer (2019) quien indica que él 86% de las HC incluían el post consulta de enfermería.

### ***Límitaciones de la investigación***

Al momento de realizar la selección de la muestra, se encontró con pacientes que pese a tener la orden de internación en el instituto por primera vez, no aceptaron el tratamiento, por lo que se les excluyó del estudio.

En el levantamiento de información y posterior creación de base de datos presentó observaciones pese a las ventajas explicadas previamente en cuanto a la historia clínica digital del Instituto Solca Cuenca, existe la posibilidad que al requerir el uso de un aplicativo digital para consignar los datos del paciente, se requiera de mayor tiempo y esto a su vez interfiera en la relación médico-paciente e influya en el registro completo de datos de filiación.

Por otro lado, cabe destacar que pese a los estudios de López y Yépez sobre como la influencia digital puede fomentar que existan errores en la calidad del registro de

la HC, un aspecto positivo de las HC de Solca Cuenca radica en el manejo de la HC digital. El registro digital ayuda a evitar que se omitan datos importantes como son fecha y hora de atención. Además, cada personal sanitario que tiene acceso a la historia clínica cuenta con una clave personal, única e intransferible que permite documentar la firma y sello de responsabilidad al momento de ingresar al archivo electrónico.

También ayuda a prevenir errores médicos, debido a que permite elaborar planes de tratamiento oncológico donde se realizan los cálculos automáticos en la dosificación de las quimioterapias prescritas. Así como, la implementación de controles sistemáticos con campos obligatorios de llenado al momento de la atención médica. Este sistema facilita al personal sanitario mejorar considerablemente la calidad y la consistencia de la información, debido a que el uso de herramientas digitales en el área de la salud en Ecuador pretende mejorar el análisis de datos, generación de conocimiento y toma decisiones en la atención de los servicios de salud (Ministerio de Salud Pública, s/f).

Es importante mencionar que el ítem de Enfermedades de Vigilancia Epidemiológica no se evaluó en el presente estudio, debido al diagnóstico y complejidad de los pacientes que se atienden en el Instituto de Solca.

## Conclusiones

A partir del análisis de los datos estadísticos y la propuesta establecida para el mejoramiento de la calidad del registro de las historias clínicas de pacientes oncológicos, se realizaron las siguientes consideraciones:

El nivel de calidad del registro de las historias clínicas en el Instituto del Cáncer Solca Cuenca, según el instrumento de Pavón muestra tener un puntaje Excelente. Estos resultados se deben a que la atención parte de un eficiente sistema de registro de datos que facilita al personal sanitario, evitando omisiones ya que impide avanzar con el llenado de las HC dejando acápite inconclusos.

En cuanto a la evaluación del llenado del formulario de la historia clínica, se obtuvo un puntaje excelente, ya que se cumple con un adecuado registro de varios parámetros analizados, dentro de ellos consta: Evaluación final y Observaciones, Metodología Diagnóstica, Notas de Evolución, Tratamiento y Ordenes del médico, Hoja de Egreso, sin embargo, se evidenció dos parámetros que presentan dificultad e incumplimiento en la mayoría de historias clínicas y son: Calidad del registro de la HC y Registros de Enfermería, en ambos casos se debe a que el Instituto de Solca no ha implementado el uso de la Hoja de problemas y de Indicadores de Enfermería con grado de dependencia, respectivamente. Al presentar esta dificultad, pueden verse afectados factores como el seguimiento a los diagnósticos, los resultados del tratamiento, la seguridad del paciente y la evaluación tangible de la calidad de la atención.

En cuanto al último objetivo, se concluye que para mejorar la calidad del registro de las historias clínicas se propuso la creación del Comité Técnico de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud con el objetivo de realizar evaluaciones periódicas de la HC para evitar archivos incompletos y a su vez proponer planes de mejora continua que ayuden a mantener la calidad de los registros.

## Recomendaciones

- Se sugiere la creación de hoja de problemas para de esa manera sincronizar o sintetizar la anamnesis y examen físico y lograr un adecuado plan de diagnóstico y tratamiento.
- Al tratarse de pacientes oncológicos, de edad avanzada se recomienda contar con el acompañamiento de un familiar o cuidador al momento de la apertura de la HC para lograr que la información requerida sea completa y verídica. Para en lo posterior realizar un análisis de la calidad en función de la veracidad y certeza de los datos consignados en el documento. Así como un análisis de calidad fundamentado en la eficiencia y eficacia de la atención brindada a los pacientes.
- Utilizar lenguaje sencillo, coherente y comprensivo según el estatus sociocultural del paciente, para evitar errores de omisión.

## Referencias Bibliográficas

- Acuerdo Ministerial 0072 de 2017. [Ministerio de Salud Pública del Ecuador]. Expedir el reglamento para la creación, conformación y funcionamiento de los Comités y equipos de mejoramiento de la calidad de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública. 19 de mayo de 2017.
- Alcocer Ortega, A. F., Besantes Montoya, M. G., & Naranjo Rosas, L. D. (2019). Evaluación de la calidad de la historia clínica en el servicio de consulta externa. Unidad Anidada Chunchi, Chimborazo 2018. *Ciencia Digital*, 3(2.1), 85-92. <http://bit.ly/3FkuEhy>
- Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (Acess). (n.d.). La Acess renueva permiso de funcionamiento a Solca Cuenca. ACCESS. Recuperado 31 de mayo de 2023 de <https://bit.ly/3FeT7oJ>
- Carrera, G., y Montoya, S. (2021). La historia clínica y la responsabilidad civil en el Ecuador. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencias y Tecnología*, 7(3), 394-423. doi:10.35381/cm.v7i3.587
- Castro, I., y Gámez, M. (1999). Historia clínica. *Farmacia Hospitalaria*, 295-304. Recuperado 23 de mayo de 2023 de <https://bit.ly/48SguSp>
- Chá Ghiglia, M. M. (2020). Historia clínica electrónica: factores de resistencia para su uso por parte de los médicos. *Revista Médica del Uruguay*, 36(2). <https://doi.org/10.29193/rmu.36.2.6>
- Coordinación Zonal de Salud 6. (2015). Manual de creación y manejo de la historia clínica Hospital Vicente Corral Moscoso. Recuperado el 9 de mayo de 2023 de <https://bit.ly/4020OrY>
- Euroinnova. (n.d.). Que es una auditoría de calidad. Euroinnova. Recuperado 7 de junio de 2023 de <https://bit.ly/48Txul1>
- The Global Cancer Observatory. (2021). Ecuador Source: Globocan 2020. Global Cancer Observatory. Recuperado 7 de junio de 2023 de <https://bit.ly/3ZV31oZ>

- Hernández Cantú, E., Reyes Silva, A., y Garcia Pineda, M. (2018). Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(2), 65-72. Recuperado el 22 de julio de 2023, de <https://bit.ly/3ZV35VL>
- Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca. (2023). Misión. Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca. Recuperado 6 de junio de 2023 de <https://bit.ly/4001gqn>
- León Ramentol, C. C., Menéndez Cabezas, A., Rodríguez Socarrás, I. P., López Estrada, B., García González, M. C., y Fernández Torres, S. (2018). Importancia de un sistema de gestión de la calidad en la Universidad de Ciencias Médicas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(6), 843-857. ISSN 1025-0255
- López Cano , L., y Carlos Enrique , Y. (2023). Calidad del registro de la historia clínica: autocrítica desde los médicos internistas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 41(2), 1-12. doi:<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e350725>
- Mayo Clinic. (2022, May 25). Tratamiento oncológico. Mayo Clinic. Recuperado 20 de julio de 2023 de <https://mayocl.in/3rSldBN>
- Mejía García, B. (2012). Auditoría Médica. Francisco Álvarez Heredia. <https://bit.ly/3FDVZM9>
- Ministerio de Salud Pública. (n.d.). Historia Clínica Única. Wiktionary. Recuperado 07 de junio de 2023 de <https://bit.ly/3PXcB67>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2009). Historia Clínica Única. Smart-Medic. Recuperado 07 de junio de 2023 de <https://bit.ly/3rLkELn>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017, Mayo 09). Estrategia Nacional para la Atención Integral del Cáncer en el Ecuador. Aplicaciones MSP. Recuperado 23 de mayo de 2023 de <https://bit.ly/3FincDR>
- Numpaque Pacabaque , A., y Rocha Buelvas, A. (2016). Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. *Rev. Fac. Med.*, 64(4), 715-720. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54839>.

- Ramos García, M. d. I. Á., Forrellat Barrios, M., y Macías Abraham, C. (2022). Implementación del sistema de gestión de calidad en el Instituto de Hematología e Inmunología. *Revista Cubana de Salud Pública*, 48(3). ISSN 1561-3127
- Real Academia Española. (n.d.). Calidad. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado 07 de junio de 2023 de <https://bit.ly/3PSXryK>
- Soledispa Lucas, F. F., Bailón Lourido, W. A., y Vásquez Giler, C. F. M. (2022). Auditoría de gestión de calidad y mejoramiento continuo de procesos en pequeñas y medianas empresas del sector pesquero, Manta, Montecristi y Jaramijó – Ecuador. *Dominio de las Ciencias*, 8(1), 718-729. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i1.2599>
- Torres Peña, A., y Alvarado Corral, R. (2023). La demanda e incidencia del cáncer en el cantón Cuenca. Análisis desde el registro de tumores SOLCA Cuenca, enero 2023. *Registro de Tumores Cuenca SOLCA Cuenca*, 1-15.
- Urgell Cuevas, W., Gogeochea Trejo, M.C., Nachón García, M.G., Pavón León, P., Montes Villaseñor, E., y Blázquez Morales, M.S.L. (2023). Calidad de la atención en pacientes oncológicos desde la perspectiva del personal de salud. *Journal of Healthcare Quality Research*, 38(3), 133-143. Science Direct. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.09.003>.
- Velito, A. S., y Tejada Soriano, S. R. (2010). La historia clínica como instrumento de calidad. *Auditoría Médica Hoy*, Curso Anual de Auditoría Médica. Dr. Agustín Orlando. Recuperado 11 de mayo de 2023 de <https://bit.ly/3Qmn9xb>
- Yarinsueca, J., Ronceros, G., Pérez Acuña, K., y Gutiérrez, E. L. (2022). Programa de intervención para mejorar la calidad de historias clínicas realizadas por internos de medicina de un hospital público de Lima, Perú. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 25(1), 47-48. Scielo. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.251.1169>
- Yélamos, C., Sanz, A., Marín, R., y Martínez Ríos, C. (2018). Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico. *Psicooncología*, 15(1), 153-164. <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.59184>

Zabala Chico, M., Arévalo Méndez, V., y Cáceres Manzano, P. (2019). Análisis de indicadores de la calidad asistencial sanitaria del Centro de Salud "A" Fuerte Militar Marco Aurelio Subía, en el periodo comprendido entre julio y diciembre del 2018. *Ciencia Digital*, 3(2.1), 181-191. doi: <https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v3i2.1.438>

Zambrano Rodríguez, G. M., Álvarez Pincay, D. E., y Yoza Rodríguez, N. R. (2021). La importancia de la auditoría de la gestión y los procesos administrativos y técnicos, realidades y perspectivas. *UNESUM-Ciencias: Revista Científica Multidisciplinaria*, 5(3), 127-140. ISSN 2602-8166

(López Cano & Carlos Enrique , 2023)

## Anexos

### Anexo 1: Acuerdo Mutuo de Confidencialidad y Entrega de Información

#### ACUERDO MUTUO DE CONFIDENCIALIDAD Y ENTREGA DE INFORMACIÓN

Comparecen a la suscripción del presente ACUERDO, por una parte el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca, representado por el Dr. Andrés Andrade Galarza, en calidad de Coordinador de Docencia del Instituto; y por otra la Md. Paola Elizabeth Alvarez Abril, con número de cédula 0103693685 en calidad de Investigador Principal, parte a la que para estos efectos se le podrá denominar "INVESTIGADOR"; quienes manifiestan por este documento su acuerdo de entrega de información y de confidencialidad, el cual se registrá por las siguientes cláusulas:

##### PRIMERA.- ANTECEDENTES:

El Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca, tiene como ámbito de acción revisar y aprobar todo proyecto de investigación en salud previo al acceso de datos.

El "INVESTIGADOR", es un profesional de la salud, que ha manifestado su interés de realizar la siguiente investigación "Calidad de registro de la Historia Clínica en pacientes oncológicos del Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca"

Para proceder con el objeto de la investigación, el "INVESTIGADOR", requerirá información relacionada con el proceso científico/académico a realizarse.

La información requerida por el "INVESTIGADOR" para el cumplimiento de sus objetivos y con los fines descritos estará sujeta al presente ACUERDO.

##### SEGUNDA.- OBJETO:

El presente ACUERDO, busca preservar la confidencialidad de todo lo relativo al suministro de información y documentación relacionada con el proceso científico/académico aprobado, además proteger la propiedad intelectual.

##### TERCERA. - INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:

Para efectos del presente ACUERDO se entenderá por INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, la información o documentación referida al caso clínico, estudio observacional, operativo, experimental o cualitativo, según fuere necesario, y en general toda clase de datos entregados al "INVESTIGADOR", en cualquier formato y por cualquier medio, y que no sean de conocimiento público.

Las partes protegerán la confidencialidad y el carácter secreto de la misma, comprometiéndose a NO divulgar o reproducir, en forma parcial o total, la información proporcionada, proteger la identidad, garantizar el rigor científico y ético, y conservar los estándares de comunicación científica. En caso de violación de las anteriores prevenciones, se podrá deducir responsabilidades conforme a la ley.

La divulgación de la información en medios académicos – científicos protegerá siempre la integridad institucional, de casos individuales y de terceros participantes en el proceso de investigación.

##### CUARTA. - EXCEPCIONES:

No forman parte del presente ACUERDO: la información que sea entregada a terceros sin restricciones o para fines diferentes de este ACUERDO; la que sea legalmente entregada al "INVESTIGADOR", a otras personas naturales o jurídicas sin obligación de observar un acuerdo de confidencialidad; la que sea de conocimiento público.

**QUINTA. - PROHIBICIONES:**

El "INVESTIGADOR", no podrá sin consentimiento previo y autorización escrita del director médico, entregar o revelar, permitir o autorizar a cualquier persona natural o jurídica, que no sean parte del ACUERDO, acceso a la totalidad o parte de la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.

**SEXTA. - OBLIGACIÓN EXPRESA DE DEVOLVER LA INFORMACIÓN:**

Al final de la vigencia del presente ACUERDO, el "INVESTIGADOR", se compromete a devolver toda la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL dada, a entregar los documentos finales e intermedios obtenidos, sean reportes de caso, artículos científicos, posters, memorias, etc., resultado del trabajo investigativo, de tal forma que se dé por concluido el proceso investigativo solicitado, tomando en cuenta que de acuerdo a la ley deberá respaldar y motivar sus actuaciones.

El investigador se compromete a utilizar la información que le es entregada exclusivamente para el proyecto de investigación explícitamente expresado y autorizado. La utilización de esa información para otro proyecto o para otros fines requerirá imperativamente nueva autorización.

**SÉPTIMA. - PROPIEDAD INTELECTUAL:**

Las partes manifiestan que el presente ACUERDO no constituye transferencia a la otra parte de los derechos que cada una de ellas posea o sea titular sobre marcas, nombres comerciales, patentes u otro derecho cualquiera; amparado por las distintas reglamentaciones legales de derechos de autor y/o de propiedad intelectual.

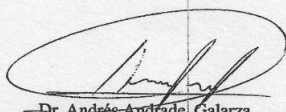
**OCTAVA. - DURACIÓN:**

El presente ACUERDO tiene una duración de 10 meses, contados a partir de la suscripción del presente documento.

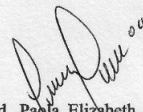
**NOVENA. - INCUMPLIMIENTO:**

En el caso de incumplimiento del presente ACUERDO, las partes se comprometen, a responder legalmente ante la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria ARCSA, al Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Propiedad Intelectual IEPI y otras instancias de control a nivel nacional según la Constitución y el Código de la Salud vigentes.

Las partes manifiestan que entienden y aceptan este Acuerdo de Confidencialidad, asumiendo su responsabilidad y, para constancia, firman el presente documento por duplicado, en la ciudad de Cuenca, 23 de enero de 2023.



Dr. Andrés Andrade Galarza.  
Docencia Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca



Md. Paola Elizabeth Alvarez Abril  
Investigador Principal

 **Dr. Andrés Andrade**  
**JEFE DE DOCENCIA**

## Apéndice

### Apéndice 1: Modelo Sugerido para el Llenado de Formato de Auditoría Médica de Hospitalización

#### Hoja de Evaluación de historia clínica en hospitalización

PARÁMETROS	PUNTAJE		
	Ausencia	Medio	Máximo
a) Se anota fecha y hora.	0	5	10
b) Se registran datos de filiación.	0	5	10
c) Se registra anamnesis, relato cronológico y examen clínico	0	20	40
d) Se anota plan de trabajo.	0	10	20
e) Firma y sello del médico que la elabora.	0	5	10
f) Presentación de la historia (pulcritud, orden, legibilidad, relato claro sin usar abreviaturas)	0	10	20
g) Utiliza hoja de problemas.	0	5	10
<b>PUNTAJE MÁXIMO</b>			<b>120</b>

PARÁMETROS	PUNTAJE		
	Ausencia	Medio	Máximo
a) Exploración física completa por sistemas y evaluación preferencial congruente con anamnesis	0	30	60
b) Diagnóstico presuntivo congruente con Historia clínica.	0	40	80

c) Adecuado planteamiento de problemas encontrados.	0	20	40
d) Tiempo adecuado para llegar al diagnóstico definitivo.	0	20	40
e) Pertinencia de procedimientos diagnósticos e interconsulta	0	20	40
f) Exámenes auxiliares congruentes con diagnóstico presuntivo	0	30	60
<b>PUNTAJE MÁXIMO</b>			<b>320</b>

PARÁMETROS	PUNTAJE		
	Ausencia	Medio	Máximo
a) Secuencia de notas entre sí anotando fecha y hora.	0	10	20
b) Se anota control de funciones vitales, balance hídrico y día de hospitalización.	0	10	20
c) Seguimiento de problemas planteados.	0	15	30
d) Se evoluciona respetando orden: subjetivo-objetivo-apreciación-plan (SOAP)	0	30	60
<b>III. NOTAS DE EVOLUCIÓN</b> e) Se anota, interpreta o comenta los resultados de exámenes e interconsultas solicitadas	0	15	30
f) Aparecen nombre y firma del médico que hizo la nota de evolución.	0	5	10
g) Se anota condición del paciente al alta y si es referido o contrareferido.	0	5	10
h) Relato claro y conciso sin usar abreviaturas.	0	10	20
<b>PUNTAJE MÁXIMO</b>			<b>200</b>

PARÁMETROS	PUNTAJE		
	Ausencia	Medio	Máximo
a) Señala anotación diaria de medicamentos indicando presentación vía de administración, periodicidad y dieta.	0	20	40
b) La duración del tratamiento es congruente con el diagnóstico.	0	20	40
<b>IV. TRATAMIENTO Y ORDENES DEL MEDICO</b> c) Tratamiento médico y/o quirúrgico fueron apropiados.	0	30	60
d) Ausencia de complicaciones en relación al tratamiento. Vía de administración, periodicidad y dieta.	0		30
e) Aparece firma y sello del médico que indica el tratamiento.	0	5	10
<b>PUNTAJE MÁXIMO</b>			<b>180</b>

PARÁMETROS	PUNTAJE		
	Ausencia	Medio	Máximo
a) Filiación fecha y hora de ingreso y egreso, médicos tratantes.	0	2	10
b) Diagnóstico de ingreso y diagnóstico definitivo es una transcripción literal de Historia Clínica.	0		10
<b>V. HOJA DE EGRESO – EPICRISIS</b> c) El resumen de historia clínica es claro y conciso.	0	10	20
d) No se omite tratamiento médico y quirúrgico impartidos.	0	5	10
e) Firma y sello del médico.	0	5	10

f) Especificar referencia y contrarreferencia y problemas pendientes.	0	2	10
<b>PUNTAJE MÁXIMO</b>			<b>70</b>

PARÁMETROS	PUNTAJE		
	Ausencia	Medio	Máximo
a) Los documentos de la Historia Clínica aparecen en el orden establecido por las normas institucionales.	0	2	5
b) En caso de enfermedades de vigilancia epidemiológica.	0		10
c) Uso de formatos oficiales en la Historia Clínica.	0		5
d) El contenido de la Historia Clínica es útil para la enseñanza e investigación.	0		10
<b>PUNTAJE MÁXIMO</b>			<b>30</b>

PARÁMETROS	PUNTAJE		
	Ausencia	Medio	Máximo
a) Adecuado manejo de la hoja de signos vitales.	0	10	20
b) Secuencia de las notas de enfermería, anotando fecha, hora y turno.	0	5	10
c) Se anota grado de dependencia y plan de atención al ingreso del paciente.	0	5	10

---

d) Se anota diariamente datos relacionados al estado del paciente, cumplimiento de indicadores y procedimientos de enfermería	0	10	20
e) Se anota diariamente y en cada turno el balance hídrico.	0	2	10
f) Aparece firma y sello o post firma de enfermería que hizo la nota.	0	5	10
<b>PUNTAJE MÁXIMO</b>			<b>80</b>

---