PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TÍTULO DE ARTÍCULO CIENTÍFICO

" Factores contextuales que influyen en la calidad del registro de la historia clínica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en los centros de salud San Pablo, Bajo de las Palmas y Jipijapa entre noviembre 2020 a abril 2021"

AUTORES

Lenin Israel Yenchong Meza. Correo electrónico: leninyenchong@outlook.es

Adriana Katiuska Robles Briones. Correo electrónico: dandrysaro@gmail.com

DIRECTORA

Erika Karina Quishpe Narváez.

Quito, diciembre 2021

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por ser quien guía nuestras acciones, a nuestros padres, hermanos y demás por habernos brindado todo el apoyo necesario en la culminación de nuestra carrera.

Lenin Israel Yenchong Meza

Adriana Katiuska Robles Briones

Tabla de contenido

1. ABREVIATURAS 7

2. RESUMEN 8

3. ABSTRACT 9

4. INTRODUCCIÓN 10

5. OBJETIVOS 12

5.1. Objetivo General 12

5.2. Objetivos Específicos 12

6. METODOLOGÍA 13

6.1. Sitio de estudio y población 13

Lugar de Estudio 13

Población de referencia 13

Muestra 13

6.2. Diseño de estudio 14

6.3. Fuentes de información 14

Contenido del pénsum de estudios y el perfil de egreso de las carreras de medicina: 14

Proceso de atención en consulta externa de los profesionales de salud: 15

Proceso de auditoría clínica: 15

Factores personales e institucionales: 16

Descripción del registro médico: 16

6.4. Análisis de datos 17

Cualitativo 17

Cuantitativo 17

6.5. Consideraciones bioéticas 17

7. RESULTADOS 18

8. DISCUSIÓN 45

9. CONCLUSIONES 52

10. RECOMENDACIONES 53

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 54

12. ANEXOS 65

13. Plan de publicación 82

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. *CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIVERSIDADES DE LAS QUE EGRESARON LOS PROFESIONALES DE SALUD DE LOS CS ESTUDIADOS..... 19*
TABLA 2. *INSUMOS NECESARIOS PARA LA VALORACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES 29*
TABLA 3. *FACTORES PERSONALES E INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE LAS HC..... 31*
TABLA 4. *EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS EVOLUCIONES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS .. 36*

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. *DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS.* *30*
FIGURA 2. *FRECUENCIA DE LOS AÑOS DE EXPERIENCIA DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS*..... *33*
FIGURA 3. *FRECUENCIA DE LA EDAD DE PACIENTES CON DM2*..... *40*
FIGURA 4. *FRECUENCIA EN EL NÚMERO DE LÍNEAS ESCRITAS EN LAS HC ANALIZADAS*..... *41*

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. *GUÍA DE REVISIÓN DE PÉNSUM DE ESTUDIOS Y PERFIL DE EGRESO* *65*
ANEXO 2. *GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA* *66*
ANEXO 3. *GUÍA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVE SOBRE AUDITORÍA CLÍNICA DE CALIDAD* *67*
ANEXO 4. *GUÍA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA A MÉDICOS* *68*
ANEXO 5. *ENCUESTA QUE SE APLICÓ AL PERSONAL DE SALUD PARA EVALUAR LOS FACTORES CONTEXTUALES QUE ESTÁN INFLUYENDO EN LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA* *69*
ANEXO 6. *CHECK LIST DE INSTRUMENTACIÓN BÁSICA PARA LA VALORACION DE PACIENTES CON DIABETES* *71*
ANEXO 7. *GUÍA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS* *72*
ANEXO 8. *OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES PARA EL ENFOQUE CUANTITATIVO* *73*
ANEXO 9. *CONSENTIMIENTO INFORMADO* *79*
ANEXO 10. *CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA* *81*

1. ABREVIATURAS

MSP: Ministerio de Salud Pública

CS: Centro de salud

HC: Historia clínica

CSJ: Centro de Salud Jipijapa

CSBP: Centro de Salud Bajo de las Palmas

CSSP: Centro de Salud San Pablo

APS: Atención primaria en salud

DM2: Diabetes mellitus tipo 2

PC: Perímetro de cintura

PA: Presión arterial

FC: Frecuencia cardiaca

EMO: Elemental y microscópico de orina

TSH: Hormonal estimulante de la tiroides

ALT: Alanina aminotransferasa

AST: Aspartato aminotransferasa

Hz: Hertzios

UTM: Universidad Técnica de Manabí

ULEAM: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

UCSG: Universidad Católica Santiago de Guayaquil

RCV: Riesgo cardiovascular

EKG: Electrocardiograma

PRAS: Plataforma de registro de atención en salud

CEAACES: Dirección de Evaluación y Acreditación de Universidades y Escuelas Politécnicas

IDF: International Diabetes Federation

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

MINSA: Ministerio de Salud del Perú.

2. RESUMEN

Antecedente: La segunda causa de muerte en Ecuador es la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La falta de datos en la historia clínica (HC) y el desempeño medico afecta la atención. ***Objetivo:*** Analizar los factores contextuales que influyen en la calidad de registro de HC de pacientes con DM2, atendidos en los tres centros de salud (CS) de Manabí entre noviembre 2020 a abril 2021. ***Metodología:*** Estudio descriptivo, enfoque cualitativo (perspectiva fenomenológica) y cuantitativo transversal. Se caracterizó el pénsum académico y perfil de egreso de las universidades donde salieron los médicos de los CS, se observó la consulta externa, se analizó el proceso de auditoría clínica y la calidad de las HC de los pacientes con DM2 atendidos en los tres CS; se encuestó y entrevistó al personal de salud que los atendió. ***Resultados:*** Cualitativo: La revisión del pénsum y perfil de egreso mostró que la formación de los médicos se basa en el conocimiento técnico y no en la realidad del sistema de salud. El proceso de consulta externa, las entrevistas y encuestas a médicos y auditores mostraron en común que la falta de tiempo e insumos y el exceso de formularios afecta el desempeño, ningún médico logra hacer evaluaciones completas y 19 de 26 no llenan los formularios durante la consulta. Cuantitativo: Se observó que las HC cumplen criterios de estructura (69 - 100%), pero carecen de información de anamnesis (46 - 99%), exámenes de laboratorio (56 - 99%), otros exámenes (95 - 97%) y evaluación integral (61 - 100%). ***Conclusión:*** La calidad de HC fue afectada por el tiempo de la consulta, la cantidad de documentos burocráticos. El espacio físico es deficiente, faltan insumos, esto desmotiva la productividad. Las HC cumplen estructuralmente, pero la falta de tiempo e insumos afecta la información de anamnesis y exámenes.

Palabras clave: *Diabetes mellitus tipo 2, Registros médicos, Medicina familiar y comunitaria, Comisión sobre actividades profesionales y hospitalarias, Atención médica.*

3. ABSTRACT

Background: The second cause of death in Ecuador is diabetes mellitus type 2 (DM2). The lack of data in the medical history (CH) and medical performance affects their care. ***Objective:*** To analyze the contextual factors that influence the quality of the HC registration of patients with DM2, treated in the three health centers (CS) of Manabí between November 2020 to April 2021. ***Methodology:*** Descriptive study, qualitative approach (phenomenological perspective) and quantitative transversal. The academic pensum and graduation profile of the universities where the doctors of the CS graduated were characterized, the outpatient consultation was observed, the clinical audit process and the quality of the HC of the patients with DM2 treated in the three CS were analyzed; the health personnel who attended them were surveyed and interviewed. ***Results:*** Qualitative: The review of the academic pensum and graduation profile showed that the training of doctors is based on technical knowledge and not on the reality of the health system. The external consultation process, the interviews and surveys with doctors and auditors showed in common that the lack of time and supplies and the excess of forms affects performance, no doctor manages to make complete evaluations and 19 out of 26 do not fill out the forms during the consultation. Quantitative: It was observed that CHs meet structure criteria (69 - 100%), but lack information from anamnesis (48 - 99%), laboratory tests (56 - 99%), other exams (95 - 97%) and comprehensive evaluation (61 - 100%). ***Conclusion:*** The quality of HC was affected by the time of the consultation, the quantity of bureaucratic documents. The physical space is deficient, supplies are lacking, and this discourages productivity. The HCs are structurally compliant, but the lack of time and supplies affects the information of anamnesis and examinations.

Keywords: *Diabetes mellitus type 2, Medical records, Family and community medicine, Commission on professional and hospital activities, Medical care.*

4. INTRODUCCIÓN

La importancia de la diabetes mellitus tipo 2 deriva de su prevalencia e incidencia de las complicaciones agudas y crónicas constituyéndola como una de las principales causas de discapacidad y mortalidad prematura en la mayoría de los países (Schwab, 2011). La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es el tipo más común de diabetes, asociada a la obesidad (Rojas et al. 2016).

La Federación Internacional de Diabetes reportó 463 millones de adultos que viven con diabetes en la actualidad y la mitad de ellos no lo saben, estima que para el 2045 la cifra se disparará hasta 700 millones, estos valores alarmantes generan un impacto económico significativo en los sistemas de salud del mundo, se calcula un gasto sanitario anual de 760 000 millones de USD (IDF, 2019). La diabetes es la segunda causa de muerte en Ecuador con 4890 defunciones en el 2019, en 20 años las muertes por esta causa se han aumentado más del doble (INEC, 2019).

Los equipos de primer nivel de atención asumen la responsabilidad de diagnosticar, tratar y educar a los pacientes con DM2, por ser una enfermedad que puede llevar a múltiples complicaciones, se requiere actuar a tiempo y tener un abordaje integral, con la colaboración de un equipo multidisciplinario (Salci et al. 2017; Carrillo-Larco y Bernabé-Ortiz, 2018).

En la actualidad el pilar fundamental del sistema sanitario y una de sus herramientas fundamentales para lograr la excelencia en atención es el correcto uso de la Historia Clínica (HC) que además de su función diagnóstica, es la base para el planeamiento, ejecución y el control en cada caso (Navarro-Pérez et al. 2011; Guzmán y Arias, 2012; Cáceres et al. 2015; Armas et al. 2019). En particular los pacientes con DM2 tienen alta probabilidad de presentar complicaciones con heridas en los pies, que pueden terminar con amputaciones en el peor de los casos, ocasionadas en gran medida

por un mal seguimiento médico producto de la mala calidad de la HC (Mediavilla, 2015; Armas et al. 2019).

Por otro lado, existen numerosos factores que pueden incidir en el desempeño de los profesionales de salud, la atención puede verse deteriorada cuando el profesional no cuenta con la satisfacción de desempeñar su trabajo o no tiene los insumos necesarios para brindar un servicio adecuado, también puede deberse a la falta de capacitación o experiencia, todo esto puede terminar por ocasionar diversas falencias que pueden afectar al paciente y se pueden ver reflejadas, entre otras cosas, en la calidad del registro de la HC (Soriano y Piñol Moreso, 2001; Donabedian, 2001).

De acuerdo con lo anterior, el presente estudio busca determinar los factores contextuales que influyen en la calidad de registro realizado por parte de los profesionales de la salud en la HC de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en los Centros de Salud San Pablo, Bajo de las Palmas y Jipijapa entre los meses de noviembre 2020 a abril 2021.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Analizar la influencia de los factores contextuales en la calidad de registro de la historia clínica elaborada por profesionales de la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en los Centros de Salud San Pablo, Bajo de las Palmas y Jipijapa entre noviembre 2020 a abril 2021.

5.2. Objetivos Específicos

- Describir el contenido en relación con la historia clínica en la formación y perfil de egreso de las Instituciones de Educación Superior.
- Describir el desarrollo de la atención en la consulta externa de los profesionales médicos en los Centros de salud.
- Describir el proceso de auditoría clínica como metodología para el mejoramiento de la calidad del registro de historia clínica que se desarrolla en los diferentes centros de salud.
- Establecer los factores personales de los profesionales de salud (edad, sexo, formación, experiencia laboral, motivación, confianza y participación del personal profesional), que influyen en la calidad del registro de las historias clínicas de los Centros de Salud San Pablo, Bajo de las Palmas y Jipijapa entre noviembre 2020 a abril 2021.
- Establecer factores institucionales (capacitación, ambiente físico del trabajo y dotación de personal profesional) que influyen en la calidad del registro de las historias clínicas de los Centros de Salud San Pablo, Bajo de las Palmas y Jipijapa entre noviembre 2020 a abril 2021.

- Describir la estructura, contenido, coherencia y pertinencia en los historiales clínicos de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en los Centros de Salud San Pablo, Bajo de las Palmas y Jipijapa entre noviembre 2020 a abril 2021.

6. METODOLOGÍA

6.1. Sitio de estudio y población

Lugar de Estudio

Se seleccionaron tres centros de salud (CS) de la provincia de Manabí en Ecuador: San Pablo (CSSP) tipo A, del Distrito 13D01, Bajo de las Palmas (CSBP) tipo A, del Distrito 13D02 y Jipijapa (CSJ) tipo B, del Distrito 13D03.

Población de referencia

Profesionales de salud y registros clínicos de pacientes con DM2.

Muestra

La muestra para el estudio cualitativo fue tomada por interés, tanto para entrevistas y observación de consultas médicas a los 32 (100%) profesionales que laboraron en los CS, entre ellos médicos generales, médicos rurales, posgradistas y especialistas en medicina familiar y comunitaria. Para la revisión documental de los textos relacionados con su formación en elaboración de HC se les preguntó la universidad donde estudiaron estos galenos y se analizaron los pénsums de estudios y el perfil de egreso de estas.

En cuanto al análisis cuantitativo, se realizó una encuesta a los profesionales que laboraron en los CS. Para el análisis de las historias clínicas se tomó en cuenta el número total de pacientes con DM2 atendidos entre los tres CS, es decir 1290 pacientes, distribuidos en: 150 del CSSP, 213 del CSBP y 927 del CSJ. La muestra fue calculada estadísticamente mediante la fórmula para una población finita (Karim et al. 2019), con

un 95 % de confianza, y teniendo en cuenta una proporción de HC con errores del 0,81 (Armas et al. 2019). Lo que da por resultado una muestra de 78 pacientes en CSSP, 85 en CSBP y 119 en CSJ, con sus respectivas evoluciones de HC (180, 208 y 342 evoluciones), en total se analizaron 730 evoluciones de HC, la selección de las HC se realizó de manera aleatoria usando Excel.

6.2. Diseño de estudio

Este es un estudio mixto, con una parte cualitativa, con aproximación narrativa y paradigma interpretativo (entrevistas, observación y revisión documental), y una parte cuantitativa (encuestas y revisión documental). Es un estudio descriptivo transversal con enfoque fenomenológico.

6.3. Fuentes de información

Para lograr describir holísticamente la mayor parte de los factores contextuales que influyen en la calidad de registro de la HC de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en tres CS de Manabí, se tomaron en cuenta las siguientes categorías de análisis:

Contenido del pénsum de estudios y el perfil de egreso de las carreras de medicina:

Mediante una guía de revisión (Anexo 1) se analizó la inclusión de la temática relacionada con la elaboración de HC y la mención de actividades prácticas para los estudiantes en el pénsum académico de cuatro universidades acreditadas del Ecuador de donde egresaron los médicos que trabajan en los tres centros de salud analizados (Universidad Técnica de Manabí, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y la Universidad Católica Santiago de Guayaquil), tales como las técnicas semiológicas, tomando en cuenta los puntos a cumplir en la elaboración de HC, recomendados en el desarrollo de habilidades clínicas

y la identificación clara del conocimiento deseable del aspirante al programa educativo, estos factores fueron tomados de los instrumentos para evaluar planes y programas de estudio con el enfoque de competencias desarrollado por la Universidad de Veracruz (Universidad de Veracruz, 2011; Sánchez, 2013; Flores, 2018; Universidad de Cuenca, 2020).

Adicional a ello se analizaron aquellas características que el estudiante obtiene y que tendrían que estar desarrolladas al término de su proceso de aprendizaje, como la mención de adquisición de experiencia, conocimiento y razonamiento para emitir juicios y resolver problemas, los principios éticos y respeto, los principios de bioética, los fundamentos científicos, el pensamiento crítico y las habilidades de comunicación, lo que se considera que permitiría al estudiante egresado poder desarrollar adecuadamente el registro de la HC (Universidad de Veracruz, 2011); teniendo en cuenta que según Flores (2018), la instrucción médica es la base para el desarrollo profesional.

Proceso de atención en consulta externa de los profesionales de salud:

Bajo una guía de observación a los médicos (Anexo 2), se buscó los siguientes elementos: percepción de la atención que realizaron, actividades del médico intra y extramurales, hábitos que pueden interrumpir la atención del médico (hora de comida, ir al baño), formularios del MSP que deben de llenar, interrupciones de la consulta y la puntualidad del profesional en la atención.

Proceso de auditoría clínica:

Se realizaron entrevistas al personal responsable de las auditorías clínicas de acuerdo con una guía de preguntas abiertas en cada CS valorado (Anexo 3), donde se enfatizó en la evaluación de las HC, los criterios de calidad, la opinión sobre los

aspectos a mejorar, la existencia de comités de auditoría y los lineamientos para la elaboración de HC.

Factores personales e institucionales:

En esta sección se divide en dos líneas, la parte cualitativa y cuantitativa. En la primera se evaluaron a través de una entrevista los factores personales (Anexo 4). En cuanto a la parte cuantitativa se empleó encuestas estructuradas (Anexo 5) en la que se analizaban los factores personales (edad, sexo, formación, experiencia laboral, motivación, confianza y participación del personal profesional) e institucionales (capacitación, ambiente físico del trabajo y dotación de personal), también se analizó los insumos necesarios para la evaluación de pacientes con diabetes (Anexo 6).

Descripción del registro médico:

La descripción del registro médico se evaluó mediante una guía de revisión en cuatro aspectos diferentes, la estructura, el contenido, la pertinencia y la coherencia (Anexo 7). Para la estructura se hizo diferencia entre HC nuevas y subsecuentes, por cada evolución también se revisó si esta fue física o electrónica, el número de líneas, si era legible, comprensible, libre de errores, fecha, hora, firma del responsable (teniendo en cuenta que aún se emplean formularios físicos en los centros de salud en cuestión). Para el contenido se verificó la anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio y de diagnóstico útiles para una persona con DM2.

En cuanto a la pertinencia de una HC, se refirió a la toma de decisiones, la cual debe tener un propósito claro, debe ser relevante apropiado y congruente con lo detallado en los ítems anteriores; finalmente se evaluó la coherencia, la cual tiene que ver con un análisis global que determina que todos los ítems del documento tienen relación lógica (Cáceres et al. 2015; Armas et al. 2019).

6.4. Análisis de datos

Cualitativo

Se realizó un resumen narrativo de cada uno de los aspectos evaluados del pénsum de estudios, el perfil de egreso y la consulta externa. Análisis de discurso de las entrevistas sobre auditoría clínica y responsables de elaborar las historias clínicas, tomando en cuenta la estructura y la ideología. También se describió si los CS contaban con los insumos para la valoración de pacientes con diabetes.

Cuantitativo

Se realizó mediante una operacionalización de variables (Anexo 8) y se empleó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central, dispersión, tablas de frecuencias e histogramas, con el programa informático Epi Info 7.

6.5. Consideraciones bioéticas

Este estudio no representó riesgo biológico ni psicológico para los participantes, los datos de las encuestas, entrevistas, historias clínicas y lo observado durante la consulta médica, fueron tratados con absoluta confidencialidad y reserva, mediante un análisis colectivo, no se usaron con fines sancionatorios por los respectivos centros de salud. Los participantes firmaron un consentimiento informado en el que se dio a conocer el carácter de la investigación (Anexo 9). El tiempo aproximado de la encuesta fue de 40 minutos. El presente trabajo fue aprobado por el subcomité de ética de la PUCE a través del oficio SB-CISH-POS-615, el 17 de diciembre del 2020 por el Dr. Carlos Acurio Velasco miembro de dicho comité (Anexo 10).

7. RESULTADOS

Informe cualitativo sobre contenido del pénsum de estudios y el perfil de egreso de las carreras de medicina (Metodología: Narrativa de la revisión documental).

El pénsum académico, tras evaluar la presencia de los siguientes criterios: técnicas semiológicas, puntos de las HC, redacción de la HC, habilidades clínicas, identificación clara de conocimiento deseable del aspirante al programa educativo, se observa que todas las universidades cumplen con la inclusión de habilidades clínicas y la identificación de conocimiento deseable. La UTM incluye en su pénsum de estudio todos los criterios evaluados.

Por otro lado, el perfil de egreso, en el que se evaluaron seis criterios: se muestra que tres de estos son cumplidos por todas las universidades (la experiencia, conocimiento y razonamiento para emitir juicios y resolver problemas; los fundamentos científicos; y el pensamiento crítico).

Los profesionales se formaron en cuatro universidades acreditadas cuyas características se describen en la Tabla 1. Tres de las cuatro instituciones tienen un puesto B según el CEAACES (2019). La más antigua es la PUCE, pero la carrera de medicina más antigua está en la universidad ULEAM y UCSG.

Tabla 1.

Características de las universidades de las que egresaron los profesionales de salud de los CS estudiados.

Universidad	Ciudad	#Puesto CEAACES	Antigüedad de la Universidad	Antigüedad de la Carrera de Medicina
1- Universidad Técnica de Manabí (UTM)	Portoviejo	B	Desde 1952	Desde 1991
2-Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM)	Manta	D	Desde 1985	Desde 1986
3-Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE)	Quito	B	Desde 1946	Desde 1994
4-Universidad Católica Santiago de Guayaquil (UCSG)	Guayaquil	B	Desde 1962	Desde 1986

Fuente: 1- (Carrera de Medicina, 2012). 2- (Facultad de ciencias Médicas, 2020) 3-(Mantilla, 2013). 4- (CONEAU Carrera de Medicina, 2017).

Informe cualitativo de observación de la consulta externa (Metodología: Narrativa de la observación).

El día lunes fue seleccionado para observar la jornada de atención en la consulta externa, ya que es el día en que suele haber más afluencia de pacientes, se realizó de las ocho a 12 de la mañana, se observó 52 consultas de la jornada de 26 médicos (81% del universo, repartido siete en el CSSP, ocho en el CSBP y 11 en el CSJ). Todas las consultas fueron a pacientes con DM2, dos médicos del CSSP captaron pacientes para hacer seguimiento extramural.

Dentro de los hábitos observados durante la consulta, un médico se lavó las manos después de atender al paciente, ocho usaron alcohol y 17 no usaron nada. Todos los médicos tuvieron una hora de almuerzo y la tomaron de 12h00 a 13h00, esto nos permite apreciar las buenas condiciones laborales en este aspecto, es un factor importante ya que puede favorecer el sentimiento de bienestar del personal médico. La duración de las consultas fue de 15 a 35 minutos, con un promedio de 23 minutos, 17 de

las jornadas observadas no fueron interrumpidas durante la consulta, el resto tuvieron de una a dos interrupciones. Por ejemplo: 11 médicos hicieron uso del celular, algunos recibieron documentos de parte de estadística, ninguno de ellos interrumpió una consulta para ir al baño, ni ingirió alimentos.

En cuanto al llenado de HC, 19 consultas observadas no se llenaron formularios, a pesar de ser puntuales en la atención, los que sí lo hicieron tuvieron una consulta más larga. Hay que tener en cuenta que ningún médico logró una valoración completa en una sola consulta. 18 médicos explicaron los procedimientos que realizaban y 15 realizaron educación sobre la diabetes. 23 médicos conocían claramente las valoraciones que se debían hacer, pero a pesar de ello solo tres realizaron valoración para riesgo de pie diabético.

Informe cualitativo de entrevista al personal médico (metodología: análisis de discurso; estructuras básicas e ideología)

Entre los médicos observados durante la consulta externa, solamente ocho (25% del universo seleccionado) accedieron a ser entrevistados sobre los factores que podrían afectar el desarrollo de la HC.

En cuanto a la opinión sobre su lugar de trabajo siete de los ocho médicos mencionaron la falta de insumos y la precariedad del espacio físico, solo dos entrevistados hicieron notar aspectos positivos del CS, relacionado con el talento humano:

> "Muy bonito, cálido con buen recurso humano que ayuda y colabora mucho en la atención" (D4).

Los entrevistados expresan que la falta de materiales e insumos afecta la calidad de la atención, uno de los entrevistados aludió esta situación a la actual pandemia. El

grado de referencia fue bajo, ya que se habló de opiniones, el análisis ideológico indicó uniacentualidad significativa y apelación a experiencias decisivas.

Al preguntar sobre la conformidad con el sueldo, nos encontramos con dos tipos de opiniones, por un lado, están los becarios posgradistas que perciben su remuneración como baja, expresando:

> "Como posgradistas realmente ganamos muy poco, creo que somos en cierta parte olvidados por parte del gobierno, del sistema de becas del Ministerio de Salud Pública y a la final realizamos el mismo tipo de trabajo que realizan los empleados como tal de estas entidades" (D2)

Por otro lado, los médicos familiares mencionaron:

> "Creo que el sueldo está adecuado para el trabajo que hacemos como especialistas en el primer nivel" (D4).

El grado de referencia fue alto, ya que se habló de prácticas personales y experiencias de primera mano, tal como el análisis ideológico indica apelación a experiencias decisivas.

Sobre las capacitaciones del MSP, cinco de los ocho médicos mencionaron que, si se las hace, pero sienten que no son suficientes:

> "El Ministerio de Salud Pública siempre está brindando capacitaciones de varios temas […] obviamente no de todos los temas, pero como atención primaria si hay algunos de los cuales se destacan más" (D2),

Incluso uno de los becarios mencionó:

> "La verdad es que no nos han capacitado o no nos han incluido en las capacitaciones que generalmente realiza el Ministerio" (D3).

> "Durante la pandemia no se suspendieron los cursos y capacitaciones virtuales, sobre todo en temas de la COVID-19 y por ahí hay otras capacitaciones que

tienen que ver mucho con enfermedades prevalentes, enfermedades crónicas no transmisibles como la HTA, diabetes, cursos de formación, también para los colegas que recién están empezando el año rural de medicina, curso de la OMS que también son exigencias del MSP" (D4).

Sin embargo, algunos encuestados creen que hay cosas que podrían mejorar:

"Es necesario enfocar otras actividades más para la formación y la educación continua del médico […] tenemos personal que es muy rotativo, cambiando siempre quedan estos vacíos en las unidades y el personal nuevo que ingresa también falta capacitarse entonces creo que la educación continua es importante, que el Ministerio también tiene que otorgar un tiempo para que el profesional se capacite" (D4)

"No hay un tiempo específico para capacitaciones, no hay una constante movilización de ideas, justamente en estos temas y si bien es cierto nos capacitan en guías, las guías a veces tienden a ser un poquito antiguas, no con una visión prospectiva sino más bien con una visión retrospectiva y esto hace que se dañe un poco la formación de este tipo de capacitaciones" (D5).

El grado de referencia fue bajo, ya que se habla de opiniones, mientras que el análisis ideológico indicó apelación a experiencias decisivas.

Para todos los profesionales, el tiempo para llenar las HC afectó mucho la atención correcta a los pacientes, en todos los casos se menciona la falta de tiempo:

"Es muy poco el tiempo […] regirse a 20 minutos otros a 30 minutos, no alcanza este tiempo, es demasiado poco como para poder realizar una historia clínica completa un buen examen físico como para valorar por completo a un paciente y mucho más si es por primera vez" (D2)

Algunos añaden que:

> "El tiempo se debe individualizar, así como también individualizamos nosotros a los pacientes" (D4).

Hablando específicamente de pacientes con DM2, o en general enfermedades crónicas, se menciona que:

> "Contamos con 30 minutos que nos da el sistema de agendamiento para hacer este tipo de atención, lastimosamente no siempre estos pacientes acuden por este sistema de agendamiento, si no, que vienen a través del sistema de Call Center y este sistema […] son cada 20 minutos, […] lastimosamente, muchas veces por A o B circunstancia no se logra lógicamente hacer una buena historia clínica, a veces se la hace en dos o tres partes y se pierde la secuencia del paciente sobre todo aquellos que llegan por Call Center porque esos pacientes ya no regresan"(D5).

El grado de referencia bajo, ya que se habló de opiniones y solo dos médicos comentaron claramente los tiempos que se manejan, en cuanto al análisis ideológico, indicó uniacentualidad significativa.

Los formularios son otro aspecto de inconformidad, ya que se los considera pérdida de tiempo:

> "Los formularios físicos quitan bastante tiempo […] no son necesarios, creo que dependiendo del caso debería de haber formularios que ya sean digitales" (D2).

Varios los consideran como exigencias burocráticas y redundantes. La atención puede verse afectada ya que:

> "Se pierde esa conexión directa con el paciente por no escucharlo, no verlo, por estar llenando un formulario" (D4).

El grado de referencia es baja, ya que se habló de opiniones, en cuanto al análisis ideológico indicó uniacentualidad significativa.

Como ya se mencionó antes, los CS carecen de materiales para la atención idónea:

> "Algunos no están aptos para utilizarlos, sea porque se han dañado" (D1).

Uno de los entrevistados alude esta situación a la desigualdad de los CS:

> "Se le da el privilegio a ciertas unidades según la tipología tipo B o tipo C que tienen estos recursos, pero creo que es inequitativo e injusto que las unidades tipo A no se les provea de estos materiales y en muchas ocasiones también de insumos médicos y medicamentos que también están categorizadas para otros niveles de salud teniendo ya el talento humano que se puede encargar de resolver el 90% de los casos es necesario que se haga una revisión del cuadro básico nacional de medicamento y de los equipos y materiales que pueden ser utilizados también en atención primaria" (D4).

Lo más llamativo es que muchos afirman que el material es adquirido por los propios médicos:

> "No contamos con todos los materiales suficientes para dar una buena atención el poco material bueno lo ponemos nosotros mismo" (D5).

El grado de referencia fue bajo, ya que se habla de opiniones personales, mientras que el análisis ideológico uniacentualidad signiticafitva.

Hablando específicamente de los materiales para consultas de pacientes con DM2, también hay una carencia, el personal médico no está conforme con los materiales ni con la infraestructura:

> "Se necesita, un buen espacio físico primero, que cuente con privacidad para atender al paciente, que tenga herramientas necesarias para un examen físico de calidad, para la valoración de las complicaciones de la diabetes, es necesario tener doppler vascular, es necesario tener diapasón, monofilamento, cinta métrica, equipo

de diagnóstico, y otras cosas más oftalmoscopios que son importantes para el examen físico de pacientes con diabetes y sobre todo la medicación, la insulina, la metformina que es un problema en los actuales momentos que yo diría que en gran parte del abandono del paciente al tratamiento es por falta de recursos económicos y nosotros al no contar con esta medicación estamos siendo parte también del problema al no proveer de medicamentos necesarios, entonces esta parte es muy importante la parte de promoción de salud la tenemos también la asesoría de nutricionista del psicólogo de un equipo interdisciplinario para la atención integral de paciente con diabetes y si lo tenemos en otros niveles el trámite es copioso es muy burocrático para una interconsulta que son necesarias para el paciente con el oftalmólogo, con el nefrólogo" (D4).

Además de esto, se considera importante la organización del personal, ya que suelen haber inconvenientes al momento de agendar citas:

"El personal, la sala de espera, creo que influye bastante la acumulación de pacientes, el agendamiento, el tener que citar un paciente o verlo muchas veces por control entre cada atención, y eso a veces quita tiempo también" (D3).

El grado de referencia fue bajo, ya que se expresan opiniones, en cuanto al análisis ideológico indica apelación a experiencias decisivas.

La idea núcleo de estas entrevistas es la inconformidad del personal médico con respecto a su lugar de trabajo, ya que se menciona reiteradamente que hay falta de materiales, medicamentos, que el espacio físico no es el adecuado para la atención, que las capacitaciones son inadecuadas o insuficientes, que el tiempo para atender los pacientes es poco y que la burocracia no permite el desarrollo profesional de sus capacidades. Todo esto se expresa en un modo de prédica de estado. Cabe anotar que el grado de referencia en todos los casos se refleja en la experiencia del médico y se brinda

únicamente la opinión de cada entrevistado, por lo que se puede considerar bajo. En cuanto al análisis ideológico indica uniacentualidad significativa y apelación a experiencias decisivas. Estamos ante una representación social en crecimiento.

Informe cualitativo de entrevista sobre proceso de auditoría clínica (metodología: análisis de discurso; estructuras básicas e ideología)

Actualmente no hay responsables para la auditoría clínica en el CSSP, ya que a partir de febrero 2020 el Distrito 13D01 fue desintegrado, el personal fue distribuido a distintos lugares y las responsabilidades a su cargo pasaron a la Coordinación Zonal 4 de Salud. En cuanto al CSJ, se entrevistaron dos responsables de la auditoría y en el CSBP se entrevistó una persona.

Para comenzar la entrevista, se preguntó si dentro de las auditorías, se verificaba el llenado de los formularios del MSP, en este aspecto, todos los entrevistados lo afirmaron, uno de estos incluso mencionó que para el planillaje se valoran los siguientes aspectos:

> "La preparación del paciente, la hora de atención, la atención y la post consulta" (A1).

El modo de prédica en general es de estado, con un grado de referencia alto, en cuanto al análisis ideológico indica uniacentualidad significativa.

También se preguntó sobre la evaluación de la calidad de HC, a esto se insistió en que, si se realiza, en el CSJ se hace esta revisión mensualmente; en el CSBP se enfatizó sobre las características de una:

> "Historia clínica detallada y descriptiva como lo dice el Tarifario Nacional" (A3).

El modo de prédica en general es de acción, con un grado de referencia alto, ya que las respuestas mencionan los criterios que usan para evaluar la calidad (anamnesis

completa, historia clínica descriptiva, que tenga concordancia con el diagnóstico y con el tratamiento que se le da), en cuanto al análisis ideológico indica uniacentualidad significativa.

En cuanto a su percepción de la calidad de las HC en estos centros médicos, en el CSJ se menciona que hay una calidad mala o regular porque:

> "Existe mucha letra ilegible, el sello está bajo de tinta, utilizan muchas abreviaturas, y también podíamos decir que hay omisión de ciertos datos como falta de registro de la hora de atención o no coloca el personal de enfermería, no colocan sello, o no colocan la firma sobre el sello entre otros" (A1).

Por otro lado, en el CSBP se considera que la calidad es buena:

> "Cerca del 90% de las HC cumplen con todo, tratan de ser muy descriptivos en sus evoluciones" (A3).

El modo de prédica en general es de estado, con un grado de referencia alto, ya que las respuestas mencionan los factores que afectan la calidad, en cuanto al análisis ideológico indica apelación a experiencias decisivas.

Dentro de las recomendaciones para mejorar la calidad de las HC, todos los entrevistados hablan de continuar realizando capacitaciones y retroalimentación de lo que se está haciendo mal:

> "Para que se dé a conocer los errores en los que están incidiendo" (A1).

El modo de prédica en general es de acción, con un grado de referencia alto, ya que las respuestas justifican sus recomendaciones, en cuanto al análisis ideológico indica uniacentualidad significativa.

Se indagó sobre los criterios de calidad que se emplean, en cada caso se habla de lo importante que es verificar el correcto llenado de las HC, pero no se detallan los criterios, un entrevistado menciona que es importante:

“No utilizar abreviaturas peligrosas” (A1).

Mientras que otra habla de que:

“Cada formulario tiene un lineamiento específico” (A2).

El modo de prédica en general es de estado, con un grado de referencia bajo, ya que los entrevistados no especifican los criterios, en cuanto al análisis ideológico indica apelación a experiencias decisivas.

En cuanto al proceso de auditoría de HC, en el CSJ:

“El director del establecimiento designa a otro profesional que lleve ese programa de calidad y ellos registran las carpetas” (A1).
“se hace de manera aleatoria” (A2).

Mientras que en el CSBP no se realiza como tal. El modo de prédica en general fue de estado, con un grado de referencia bajo, ya que no especifica cómo se realiza la auditoría, en cuanto al análisis ideológico indicó uniacentualidad significativa.

La existencia de un comité de auditoría clínica es un tema confuso, ya que uno de los entrevistados en el CSJ dice que, si lo hay y el otro dice que no, en el CSBP se dijo que no existe. El modo de prédica en general es de estado, con un grado de referencia bajo, ya que no hay claridad específica del tema, en cuanto al análisis ideológico indica uniacentualidad significativa.

Finalmente se preguntó sobre los lineamientos en Ecuador sobre registros de HC, se notó algo de confusión, ya que uno de los entrevistados de CSJ dijo que el MSP si tiene lineamientos, mientras que otro dijo que no hay, y que solo se basan en las guías prácticas, en el CSBP se dice que:

“No hay y si lo hay, no es socializado para su aplicación¨ (A3).

El modo de prédica en general fue de estado, con un grado de referencia bajo, ya que no hay claridad específica del tema, en cuanto al análisis ideológico indica uniacentualidad significativa.

La idea núcleo de estas entrevistas es que no hay un consenso sobre la auditoría y evaluación de la calidad de HC, existen muchos aspectos duales y parece que el MSP no presenta la información necesaria para unificar el actuar. Todo esto se expresa en un modo de prédica de estado a excepción de las recomendaciones para mejorar las HC, ya que este particular se encuentra en modo de prédica de acción. Cabe anotar que el grado de referencia en todos los casos se brinda únicamente la opinión de cada entrevistado y sus experiencias personales, por lo que se puede considerar bajo. En cuanto al análisis ideológico indica uniacentualidad significativa. Se trata de una representación social en nacimiento.

Insumos institucionales

El CSJ es el más completo en cuanto a insumos médicos necesarios para la valoración de pacientes con diabetes, mientras que el CSSP es el más precario; el diapasón 128Hz, el monofilamento de 10 gramos y el doppler vascular son los insumos que más faltan. (Tab. 2).

Tabla 2.

Insumos necesarios para la valoración de pacientes con diabetes.

Centro de Salud	Centro de Salud San Pablo	Centro de Salud Bajo de las Palmas	Centro de Salud Jipijapa
Diapasón de 128 Hz	No	No	Si
Monofilamento de 10 Gramos	No	No	Si
Martillo médico para reflejos	No	Si	Si
Doppler vascular	No	No	Si
Camilla para la exploración	Si	Si	Si
Consultorio apropiado para la valoración	No	Si	Si
Acceso a la tecnología para ingresar pacientes en el sistema del MSP	Si	Si	Si
Oftalmoscopio	No	Si	Si
Tensiómetro	Si	Si	Si
Estetoscopio	Si	Si	Si

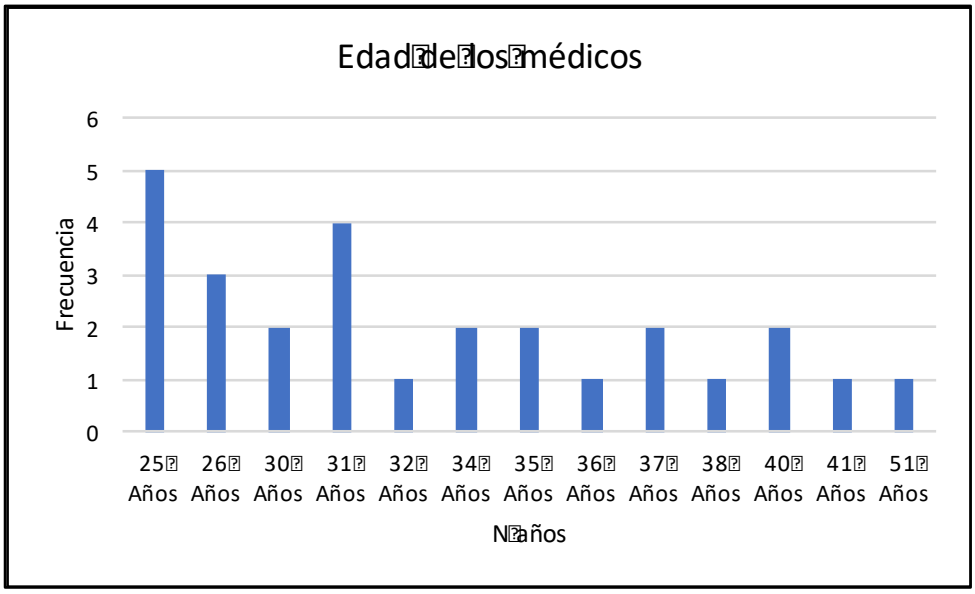
Resultados cuantitativos

Factores personales e institucionales

Se encuestaron 27 médicos, (84% del universo seleccionado, ocho en el centro de salud Bajo de las Palmas, 11 en Jipijapa y ocho en San Pablo) los encuestados se encuentran entre los 25 a 51 años, con una media de 31, pero la mayoría están en un rango entre los 26 y 37 (Fig. 1). Hubo 16 encuestados hombres frente a 11 mujeres.

Figura 1.

Distribución de las edades de los médicos encuestados.



En cuanto a la formación, el 41% de los encuestados fueron posgradista de medicina familiar, seguidos por los médicos rurales y los médicos familiares, finalmente solo se encuestaron dos médicos generales (ver tabla 3).

***Tabla* 3.**

Factores personales e institucionales que influyen en la calidad de las HC.

Característica	Número	Porcentaje	IC 95% límite inferior	IC 95% límite superior
Centro de salud				
Bajo de las palmas	8	29%	13%	49%
Jipijapa	11	43%	24%	63%
San pablo	8	29%	13%	49%
Sexo				
Mujer	11	41%	22%	61%
Hombre	16	59%	33%	96%
Formación				
Médico rural	8	30%	14%	50%
Médico familiar	6	22%	9%	42%
Médico general	2	7%	1%	24%
Posgradista de medicina familiar	11	41%	22%	61%
Salario				
1601-2500$	6	22%	9%	46%
1201-1600$	2	7%	1%	24%
800-1200$	19	70%	50%	86%
Se toman medidas de seguridad ocupacional				
Muy de acuerdo	2	7%	1%	24%
Algo de acuerdo	21	78%	58%	91%
Poco de acuerdo	4	15%	4%	34%
Nada de acuerdo	0	0%	0%	0%
El trato es imparcial y justo				
Muy de acuerdo	11	41%	22%	61%
Algo de acuerdo	13	48%	29%	68%
Poco de acuerdo	1	4%	0%	19%
Totalmente en desacuerdo	2	7%	1%	24%
Hay oportunidad de ascender				
Muy de acuerdo	2	7%	1%	24%
Algo de acuerdo	9	33%	16%	54%
Poco de acuerdo	14	52%	32%	71%
Totalmente en desacuerdo	2	7%	1%	24%
El salario es satisfactorio				
Muy satisfecho	2	7%	1%	24%
Satisfecho	19	70%	50%	86%
Poco satisfecho	5	18%	6%	38%
No satisfecho	1	4%	0%	19%
Necesita más de un trabajo				
No	9	33%	16%	54%

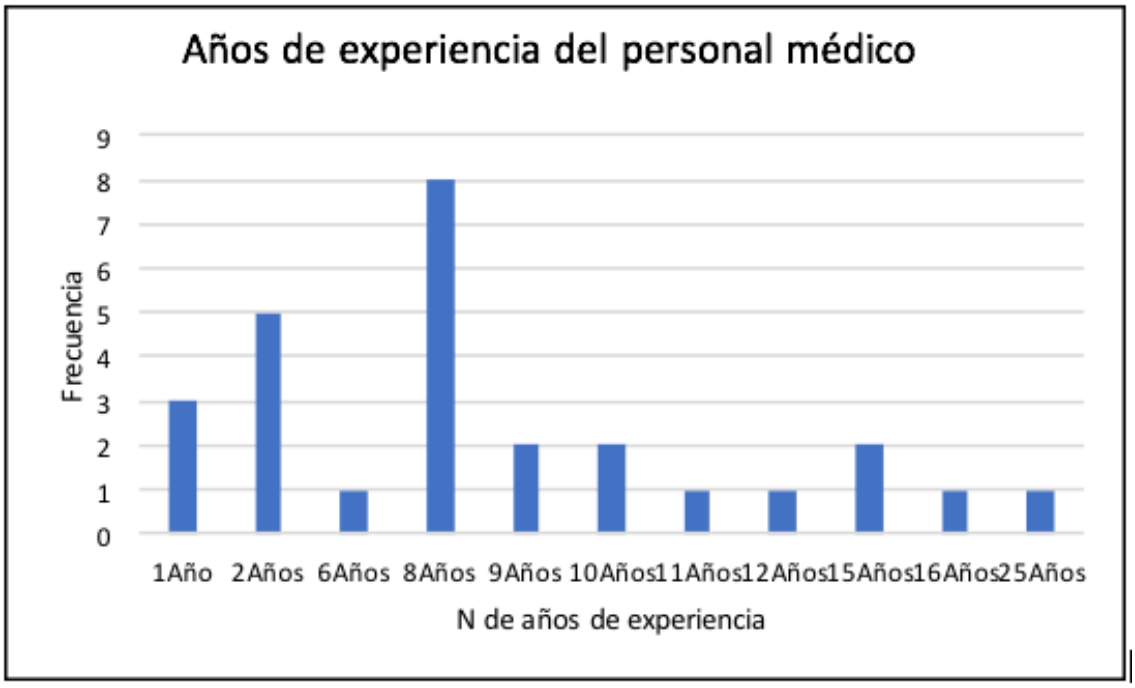
Si	18	67%	46%	84%
Percibe estabilidad laboral				
Muy satisfecho	2	7%	1%	24%
Satisfecho	5	18%	6%	38%
Poco satisfecho	12	44%	26%	65%
No satisfecho	8	30%	14%	50%
Percibe satisfacción con la comunicación				
Muy satisfecho	4	15%	4%	34%
Satisfecho	20	74%	54%	89%
Poco satisfecho	3	11%	2%	29%
No satisfecho	0	0%	0%	0%
Es supervisado por superiores				
Siempre	0	0%	0%	0%
Casi siempre	5	18%	6%	38%
Usualmente	20	74%	54%	89%
Casi nunca	2	7%	1%	24%
Percibe satisfacción con el horario				
Muy satisfecho	13	48%	29%	68%
Satisfecho	11	41%	22%	61%
Poco satisfecho	3	11%	2%	29%
No satisfecho	0	0%	0%	0%
Su trabajo le permite destacar				
Siempre	0	0%	0%	0%
Casi siempre	12	44%	25%	65%
Usualmente	12	44%	25%	65%
Casi nunca	3	11%	2%	29%
Considera que su desempeño laboral es de calidad				
Siempre	0	0%	0%	0%
Casi siempre	21	78%	58%	91%
Usualmente	6	22%	9%	42%
Casi nunca	0	0%	0%	0%
Recibe capacitación del MSP				
No	12	44%	26%	65%
Si	15	56%	35%	74%
Número de capacitaciones				
Una	6	40%	9%	61%
Dos	1	7%	0%	36%
Tres	7	47%	25%	81%
Cuatro	1	7%	0%	36%
Se le permite asistir a capacitaciones científicas				
No	10	37%	19%	58%
Si	17	63%	42%	81%
Satisfacción con el espacio físico de las consultas				
Muy satisfecho	2	7%	1%	24%
Satisfecho	11	41%	22%	61%
Poco satisfecho	12	44%	25%	65%

No satisfecho	2	7%	1%	24%
Cuenta con el equipo técnico para atender pacientes con DM2				
Muy de acuerdo	2	7%	1%	24%
Algo de acuerdo	8	30%	14%	50%
Poco de acuerdo	12	44%	25%	65%
Totalmente en desacuerdo	5	18%	6%	38%
Cuenta con equipo de protección personal				
Muy de acuerdo	2	7%	1%	24%
Algo de acuerdo	13	48%	29%	68%
Poco de acuerdo	7	26%	11%	46%
Totalmente en desacuerdo	5	18%	6%	38%
Cuenta con herramientas tecnológicas				
Muy de acuerdo	5	18%	6%	38%
Algo de acuerdo	9	33%	17%	54%
Poco de acuerdo	9	33%	16%	54%
Totalmente en desacuerdo	4	15%	4%	34%
Cuenta con todos los insumos				
Muy de acuerdo	3	11%	2%	29%
Algo de acuerdo	15	56%	35%	74%
Poco de acuerdo	9	33%	16%	54%
Totalmente en desacuerdo	0	0%	0%	0%

En cuanto a los años de experiencia, se encuentra un rango entre uno a 25, la media 8, pero la mayoría tienen una experiencia entre dos a 10 años (Fig. 2).

Figura 2.

Frecuencia de los años de experiencia de los médicos encuestados.



El 70% tiene un sueldo entre los 800-1200$ USD, el 22% de los encuestados reciben entre 1601-2500$ USD, y solo dos de los encuestados tienen un sueldo entre 1201-1600$. El 70% de los encuestados están satisfechos con su salario, seguido por un grupo de quienes están poco satisfechos 18%. A pesar de lo anterior, el 67% de los médicos encuestados necesitan más de un trabajo para cubrir sus gastos.

Muy pocos encuestados 7% sienten que reciben completamente las medidas de seguridad ocupacional, el 78% expresan que estar algo de acuerdo, mientras que el 15% no perciben estas medidas. En cuanto al equipo de protección personal, el 48% está algo de acuerdo con este aspecto, solo dos encuestados sienten que cuentan totalmente con protección, sin embargo, un 26% de los encuestados esta poco de acuerdo y el 18% está totalmente en desacuerdo con esto. En cuanto al trato imparcial y justo el 48% está de acuerdo parcialmente, seguido por el 41%, quienes están totalmente conformes con esto (Tab. 3).

El 44% dice que su trabajo les permite destacar casi siempre, y el mismo porcentaje dice que usualmente. Contrario a lo anterior, el 52% menciona que es poco frecuente la oportunidad de ascender en el trabajo, un tercio (33%) de los encuestados manifiestan que es algo relativamente posible. 44% se encuentran poco satisfechos con la estabilidad laboral con la que cuentan, seguidos por un grupo que no está satisfecho 30%.

En cuanto al ambiente laboral, el 74% se siente satisfecho con la comunicación. El mismo porcentaje menciona que son usualmente supervisados por superiores. Cerca de la mitad (48%) de los encuestados dicen estar muy satisfechos con sus horarios de trabajo. El 78% expresa que las condiciones laborales les permiten tener casi siempre un buen desempeño laboral (Tab. 3).

Por otro lado, el 56% de los encuestados menciona que han recibido capacitaciones del MSP. De los 15 encuestados que han recibido capacitaciones, el 47% ha recibido al menos tres, seguido por quienes solo han recibido una (40%), solo una persona dice haber recibido cuatro capacitaciones, y una más ha recibido solo dos. El 63% indica que no han tenido problemas para asistir a capacitaciones científicas (Tab. 3).

En cuanto al espacio físico para las consultas, 44% está poco satisfechos y el 41% están satisfechos. El 44% dice que no cuentan realmente con todos los insumos para atender pacientes con DM2. En cuanto con a las herramientas tecnológicas, el 33% de los encuestados están algo de acuerdo, y otro 33% está poco de acuerdo, se ven opiniones divididas, ya que cinco encuestados dicen que cuentan totalmente con estas herramientas, mientras que cuatro dicen que no cuentan en absoluto. Finalmente se preguntó si se cuenta con los insumos en general, para lo que 56% mencionan que están algo de acuerdo, un tercio dice que están poco de acuerdo y solo tres encuestados dicen que cuentan con todo lo necesario.

Descripción de las historias clínicas

Se revisaron 282 historias clínicas que corresponden a 730 evoluciones (503 digitales y 227 físicas), 342 en el CSJ, 208 en el CSBP y 180 en el CSSP, según el cálculo de muestra para poblaciones finitas. La mayoría de las evoluciones (36%) fueron realizadas por médicos familiares, solo dos no presentaban un registro de la especialidad del médico que la realizó. Como se puede ver en la tabla 4.

Tabla 2.

Evaluación de la calidad de las evoluciones de las historias clínicas

Característica	Número	Porcentaje	IC 95% límite inferior	IC 95% límite superior
Características de las evoluciones de las historias clínicas evaluadas				
Centro de salud (n=730)				
Bajo de las palmas	208	28%	25%	32%
Jipijapa	342	47%	43%	51%
San pablo	180	25%	22%	28%
Cargo o especialidad del médico que registró (n=730)				
Médico familiar	260	36%	32%	39%
Médico general	122	17%	14%	20%
Médico rural	183	25%	22%	28%
Médico general integral	5	1%	0%	2%
Posgradista de medicina familiar	158	22%	19%	25%
Sin registro	2	0.2%	0%	1%
Sexo del paciente con diabetes por HC (n=282)				
Mujer	184	65%	64%	71%
Hombre	98	35%	29%	36%
Estructura de las evoluciones de las historias evaluadas				
Tipo de evolución clínica (n=730)				
Nueva	18	2%	2%	4%
Subsecuente	712	98%	96%	98%
Evoluciones clínicas legibles (n=730)				
Cumple	730	100%	100%	100%
No cumple	0	0%	0%	0%
Evoluciones clínicas comprensibles (n=730)				
No	1	0.2%	0%	1%
Si	729	99.8%	99%	100%
Errores en las evoluciones clínicas (n=730)				
Sin errores	729	99.8%	99%	100%
Con errores	1	0.2%	0%	1%
Fecha y hora de las evoluciones clínicas (n=730)				
Presente	503	69%	65%	72%
Ausente	227	31%	28%	34%
Firma del responsable al final de la evolución y prescripción (n=730)				
Presente	727	99.5%	99%	100%
Ausente	3	0.4%	0%	1%
Contenido de las evoluciones de las historias clínicas evaluadas				

Anamnesis				
Años con DM2 (n=730)				
No	636	87%	84%	89%
Si	94	13%	11%	16%
Características del diagnóstico (n=730)				
No	650	89%	87%	91%
Si	80	11%	9%	13%
Factores de riesgo (n=730)				
No	542	74%	71%	77%
Si	188	26%	23%	29%
Antecedentes personales (n=730)				
No	338	46%	43%	50%
Si	392	54%	50%	57%
Antecedentes familiares (n=730)				
No	636	87%	84%	89%
Si	94	13%	11%	15%
Detección de complicaciones (n=730)				
No	575	79%	76%	82%
Si	155	21%	18%	24%
Alimentación (n=730)				
No	665	91%	89%	93%
Si	65	9%	7%	11%
Tipo de actividad física (n=730)				
No	676	93%	90%	94%
Si	54	7%	6%	10%
Objetivos terapéuticos (n=730)				
No	725	99%	98%	100%
Si	5	1%	0%	2%
Examen físico				
Peso (n=730)				
No	68	9%	7%	12%
Si	662	91%	88%	93%
Talla (n=730)				
No	64	9%	7%	11%
Si	666	91%	89%	93%
Índice de masa corporal (IMC) (n=730)				
No	104	14%	12%	17%
Si	626	86%	83%	88%
Perímetro de cintura (PC) (n=730)				
No	637	87%	85%	90%
Si	93	13%	10%	15%
Presión arterial (PA) (n=730)				
No	50	7%	5%	9%
Si	680	93%	91%	95%
Frecuencia Cardiaca (FC) (n=730)				
No	129	18%	15%	21%

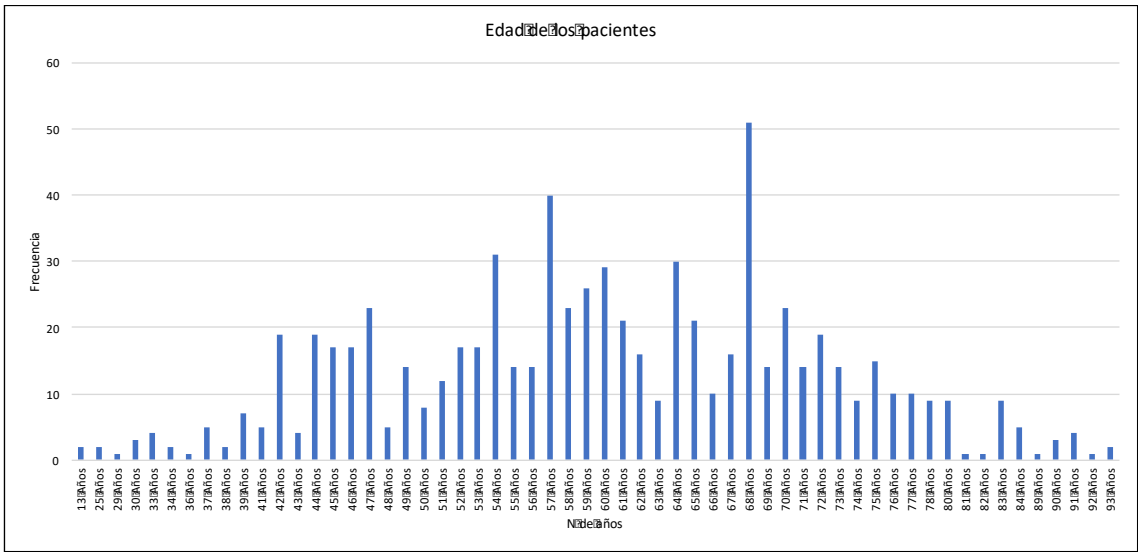
Si	601	82%	79%	85%
Auscultación cardiaca (n=730)				
No	481	66%	62%	69%
Si	249	34%	31%	38%
Examen de pies por cada HC (n=282)				
No	261	93%	89%	95%
Si	21	7%	5%	11%
Exámenes de laboratorio por HC				
Biometría hemática (n=282)				
No	215	76%	71%	81%
Si	67	24%	19%	29%
Glucosa en ayunas (n=282)				
No	159	56%	50%	62%
Si	123	44%	38%	50%
Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) (n=282)				
No	237	84%	79%	88%
Si	45	16%	12%	21%
Elemental y microscópico de orina (EMO) (n=282)				
No	225	80%	75%	84%
Si	57	20%	16%	25%
Ácido úrico (n=282)				
No	256	91%	87%	94%
Si	26	9%	6%	13%
Perfil lipídico (n=282)				
No	215	76%	71%	81%
Si	67	24%	19%	29%
Creatinina anual (n=282)				
No	216	77%	71%	81%
Si	66	23%	19%	29%
Albúmina 24h (n=282)				
No	266	94%	91%	97%
Si	16	6%	3%	9%
Urocultivo (n=282)				
No	277	98%	95%	99%
Si	5	2%	1%	5%
Alanina aminotransferasa / aspartato aminotransferasa (ALT/AST) (n=282)				
No	248	88%	84%	94%
Si	34	12%	8%	16%
TSH (Hormona estimulante de la tiroides) (n=282)				
No	278	99%	96%	100%
Si	4	1%	0%	4%
Otros exámenes				
Fondo de ojo anual (n=282)				
No	270	96%	93%	98%
Si	12	4%	2%	7%
Electrocardiograma (EKG) anual (n=282)				

No	269	95%	92%	98%
Si	13	5%	2%	8%
Riesgo cardiovascular (RCV) anual (n=282)				
No	274	97%	95%	99%
Si	8	3%	1%	6%
Evaluación integral				
Educación por cada evolución clínica (n=730)				
No	448	61%	58%	65%
Si	282	39%	35.17%	42%
Vacunación contra la influenza (n=282)				
No	282	100%	100%	100%
Si	0	0%	0%	0%
Pertinencia de las evoluciones de las historias clínicas evaluadas				
Justificación de tratamientos y exámenes (n=730)				
No	3	0.4%	0%	1%
Si	727	99.6%	99%	100%
El contenido explica la necesidad de cambiar de tratamientos (n=730)				
No	52	7%	5.47%	9%
No aplica	666	91%	89%	93%
Si	12	2%	1%	3%
Coherencia de las evoluciones clínicas evaluadas				
La información de las evoluciones lleva al diagnóstico de DM2 (n=730)				
No	0	0%	0%	0%
Si	730	100%	100%	100%

La totalidad de los pacientes cuyas HC fueron analizadas, eran mestizos y más de la mitad (65%) de los pacientes eran mujeres, estaban entre los 13 a 93 años, con una media de 60, y la mayoría estaban en un rango de edad entre los 52 a 68 años (Fig. 3).

Figura 3.

Frecuencia de la edad de pacientes con DM2.

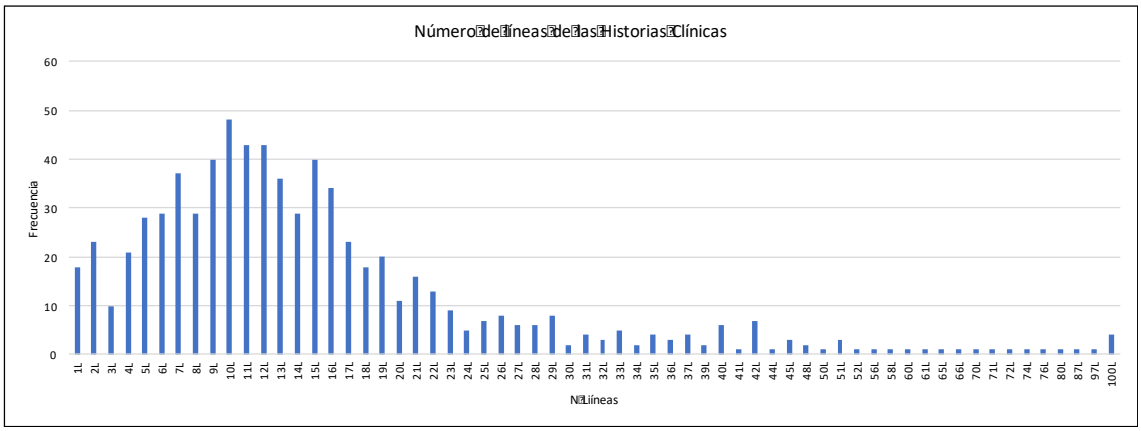


- **Estructura de las historias clínicas.**

Casi todas las evoluciones clínicas eran subsecuentes (98%), solo 18 se trataban de primeras consultas. La totalidad de HC estaban incompletas. Se tenían evoluciones que contenían entre una a 100 líneas, con un promedio de 16 líneas, aunque la mayoría tenía entre ocho y 18 líneas (Fig. 4). La totalidad de evoluciones analizadas tenían letra legible. De todas ellas, solo una evolución no era comprensible. Y, además, una evolución contenía errores en su redacción. La mayoría de evoluciones tuvieron la fecha y hora de la consulta, sin embargo, el 31% no lo tenían ya que eran HC físicas. El 0.4% de las evoluciones no contaban con la firma de responsabilidad (Tab. 4).

Figura 4.

Frecuencia en el número de líneas escritas en las HC analizadas.



- **Anamnesis de las historias clínicas**

En la sección de anamnesis se tuvo en cuenta nueve aspectos, primero está el número de años que lleva el paciente con diagnóstico de DM2, el 87% de evoluciones no cuentan con este dato, posiblemente porque son subsecuentes. También se encuentra que el 89% de evoluciones no mencionan las características del diagnóstico, posiblemente por la misma razón anteriormente mencionada. Tres cuartos de las evoluciones no mencionan los factores de riesgo que sufren los pacientes. Más de la mitad (54%) describió los antecedentes personales de los pacientes. El 87% de evoluciones no describen los antecedentes familiares ni las complicaciones que tienen los pacientes con DM2. El 91% de las evoluciones no describen la alimentación del paciente a pesar de ser un aspecto tan importante para esta enfermedad. Tampoco se habla en el 93% de evoluciones del tipo de actividad física. Solo el 1% de las evoluciones menciona los objetivos terapéuticos (Tab. 4).

- **Examen físico**

Para la sección de examen físico se tuvo en cuenta siete aspectos diferentes, el primero de ellos fue el registro del peso actual del paciente, en este caso el 91% si lo ha

hecho. De igual manera el 91% registró la talla del paciente. También el 86% hizo el cálculo de índice de masa corporal. En cuanto al dato de PC, el 87% no lo registró. El dato de PA fue registrado en casi todas las evoluciones (93%). El 82% registró el dato de FC. En cuanto a la auscultación cardiaca, poco más de un tercio de las evoluciones analizadas si presentan esta información. Finalmente, el examen de los pies no se lo realiza en el 93% de las HC, a pesar de ser una de las complicaciones más comunes y complejas de esta enfermedad (Tab. 4).

- **Exámenes de laboratorio.**

Se tuvieron en cuenta 11 aspectos entre los exámenes de laboratorio que deben estar presente en el historial clínico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y que deben solicitarse una vez al año, comenzando por la biometría hemática, ya que en el 76% no se realizó. En cuanto a la glucosa en ayunas, poco más de la mitad (56%) no lo presentan. Tampoco hay muchos registros del examen de HbA1c, con una ausencia en el 84% de evoluciones. En cuanto al examen EMO, también hay pocos casos en los que se registra, solo en el 20%. El examen del ácido úrico tampoco está muy presente, solo en 9% de las HC. El perfil lipídico también es un examen poco realizado, solo presente en 24% de las HC. El 77% no cuenta con el examen de creatinina. Tampoco hubo muchas HC con el examen de albúmina 24H, solo en 6%. Pocas HC presentó el examen de urocultivo, únicamente en cinco casos. Solo en el 12% de las HC analizadas se incluye el examen de ALT/AST. Por último, en el examen de TSH solo el 1% lo presentan (Tab. 4).

- **Otros exámenes**

Para otros exámenes se tuvo en cuenta tres ítems, teniendo en cuenta que estos deben realizarse una vez al año, correspondiente a fondo de ojo, en el cual solo se realizó en el 4% de los casos. En cuanto al examen EKG solo fue realizado en el 5% de

los casos. Finalmente, el screening de RCV, solo fue aplicado en 3% de los casos (Tab. 4).

- **Evaluación integral**

Para la evaluación integral solo se tuvo en cuenta dos aspectos, la educación, la cual se la realizó en el 39% de los casos. En ninguno de los casos se analizó si los pacientes contaban con sus vacunas de la influenza al día (Tab. 4).

- **Pertinencia de las evoluciones.**

Se evaluaron dos aspectos, por un lado, si se justificaban los tratamientos y exámenes realizados, en este sentido el 100% de las evoluciones si lo hacían. También se evaluó si el contenido de las evoluciones explicó la necesidad de cambiar el tratamiento, en el 91% de los casos no aplicaba este ítem (Tab. 4).

- **Coherencia de las evoluciones**

Finalmente, en todos los casos se llegó a la conclusión del diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de acuerdo con la información descrita en las evoluciones (Tab. 4).

Triangulación

Se encontraron coincidencias en los siguientes datos:

El perfil de egreso y el pénsum de estudios tiene un enfoque académico, pero falla en cuanto a el entrenamiento médico para desarrollarse en el sistema de salud burocrático, lo que también se evidencia cuando los médicos no llenan los formularios y no se sienten cómodos con este proceso.

Los médicos entrevistados opinan que las capacitaciones por parte del MSP no son completamente adecuadas, además los encargados de auditorías clínicas mencionan que la manera de mejorar las HC es haciendo capacitaciones y retroalimentación, uniendo estas dos ideas se observa que la mayor falencia con respecto al conocimiento

del personal de salud es la elaboración de formularios de HC, por lo que las capacitaciones deberían tener ese enfoque para el mejoramiento continuo.

Se observó que 19 de los 26 médicos no llenaron los formularios y esto tiene mucha relación con el tiempo, factor identificado en las entrevistas como uno de los que afectan la atención, presentando la opinión de que 20 a 30 min no son suficientes (el promedio de las consultas duró 23 min), sobre todo porque los pacientes con enfermedades crónicas deben tener más tiempo, pero no agendan por el medio correcto y el personal del call center y recepción pueden hacer que este proceso sea más complicado, de modo que muchos pacientes no tienen un seguimiento y no tienen una atención de calidad.

Al preguntarles sobre la opinión del lugar de trabajo, los médicos hablaron de la falta y calidad de insumos, la inequidad entre centros de salud, que se ve reflejada en el listado de los insumos en los CS según su tipología.

8. DISCUSIÓN

Contenido del pénsum de estudios y el perfil de egreso de las carreras de medicina:

Existen pocos estudios que evalúen los pénsums de estudios y perfiles de egreso de las universidades que realizan la formación de médicos, menos enfocados al desarrollo de HC, por tal razón no es posible realizar una comparación con esta información en otros países (Pacheco, 2006; Aranda et al., 2015).

Cada oferta académica está avalada por diferentes organismos que garantizan su calidad académica, organizativa y funcional. En el Ecuador, existe un control de las ofertas de carreras universitarias, regulado por el Ministerio de Educación; particularmente la carrera de medicina y afines, está regulada por varios reglamentos que buscan garantizar que el pénsum académico tenga validez internacional, cuente con responsabilidad social y contenga los elementos esenciales de conocimiento académico, investigación y desarrollo; según lo anterior se definieron los criterios para la verificación de que el tema de las HC estaba presente en el pénsum (las técnicas semiológicas, puntos a cumplir en la elaboración de HC, desarrollo de habilidades clínicas y la identificación clara del conocimiento deseable de los aspirantes a la carrera) (Universidad de Veracruz, 2011; Sánchez, 2013; Flores, 2018; Universidad de Cuenca, 2020); sin embargo, no se cumplen en todas las universidades analizadas, lo que más se incluye son las habilidades técnicas y conocimiento, pero es posible que falte la parte práctica para reconocer los formularios del sistema ecuatoriano, cabe anotar que esto no quiere decir que no se brinde esta formación, solo que no está especificada dentro del pénsum resumido de cada carrera de medicina analizada.

En el caso de la medicina, cada institución puede ofrecer variaciones en cuanto a la disponibilidad tecnológica, calidad y características del cuerpo docente y la filosofía

particular de cada institución, que podría tener un énfasis social, científico, entre otros. Por ello se analizaron aquellas características que el estudiante obtiene y tendrían que estar desarrolladas al término de su proceso de aprendizaje, como la mención de adquisición de experiencia, conocimiento y razonamiento para emitir juicios y resolver problemas, los principios éticos y respeto, los principios de bioética, los fundamentos científicos, el pensamiento crítico y las habilidades de comunicación, lo que se considera que permitiría al estudiante egresado poder desarrollar adecuadamente el registro de la HC, teniendo en cuenta que la instrucción médica es la base para el desarrollo profesional (Flores, 2018). Nuevamente solo se enfatiza en el conocimiento técnico profesional y no mucho en la parte burocrática y práctica del desarrollo de HC.

Proceso de atención en consulta externa de los profesionales de salud:

La consulta externa es un servicio que abarca el total de actos médicos ambulatorios usados para diagnosticar, tratar o dar seguimiento a un paciente (IVE, 2020). Durante este proceso se elabora la HC, la cual, es un documento legal que refleja la calidad de la atención, lo cual expresa una relación directa entre la calidad de la consulta con la calidad de dicho documento (Ramos et al., 2009; Cáceres et al. 2015; Armas et al. 2019). La calidad de la atención en salud es una preocupación mundial, en Latinoamérica se enfoca en el trato desigual que reciben los diferentes grupos sociales, algunos de los factores que se deben tener en cuenta son: la puntualidad y respeto del tiempo pertinente a la consulta, lo cual fue bastante notorio en el estudio por su cumplimiento, además de la actitud del doctor frente al paciente, donde se busca un trato empático y se explica en términos sencillos al paciente los procedimientos que se realizan, se hace una valoración completa, proporcionar información educativa en cuanto al motivo de consulta (Ortiz Espinosa et al., 2003); lo que también fue un punto positivo en el presente estudio. Las interrupciones pueden propiciar errores y actuar como factor estresor del médico (Casanova Uclés et al, 2020).

Factores personales e institucionales:

Cabe destacar que el tiempo fue el principal factor que afectó la calidad de la atención y la redacción de las HC. El tiempo de la consulta es insuficiente y muchos piensan que debe ser personalizado, pero eso no es posible porque se debe planificar el número de pacientes que serán atendidos por día y con ello la cantidad de recurso humano necesario para suplir la demanda sin desperdiciar o tratar con inequidad distintas áreas sociales; un tiempo corto se asocia con mala promoción y educación de la salud, algo vital para pacientes con DM2; el tiempo sugerido para una atención médica de calidad para pacientes generales es de 10 a 15 min, pero enfatizando que la primera consulta debería ser más larga para hacer un diagnóstico seguro, según organismos europeos se sugiere que la primera consulta tenga una duración de 60 min y las subsecuentes de 20 min (Outomuro y Actis, 2013; Urquiza, 2017; Rodríguez Torres, Jarillo Soto, y Casas Patiño, 2018). Según los auditores entrevistados, son conscientes de que el tiempo es limitado, pero a su vez consideran que es justo si el médico es organizado, pero otro factor que puede mejorar el rendimiento del tiempo en la consulta es la simplificación de los formularios de las HC, así como un agendamiento eficiente y personal de recepción proactivo.

Por otro lado, Sanitat et al. (2008) menciona que los médicos sufren una mayor prevalencia de problemas psicológicos debido a la exposición a varios factores de riesgo como el contacto diario con el sufrimiento y la muerte, la falta de recursos, los horarios extensos e irregulares, y la falta de recompensas profesionales. Otros factores que influyen son el conocimiento, la motivación, la experiencia, la vocación, el ambiente físico de la institución, las capacitaciones, la supervisión, la dotación del personal, entre muchos otros (Contreras, 2012). En el presente estudio se evidencian muchos factores personales que aparecen como posibles motivos de insatisfacción, pero entre ellos los

más recurrentes son la falta de insumos en los CS, ya sea porque no hay materiales, o están dañados, o porque el espacio físico no brinda las comodidades esenciales para la atención, o porque no existen suficientes medicamentos, y la cantidad de formularios que obstaculizan la atención; todo esto es algo bastante común en los sistemas médicos de Latinoamérica y otras regiones en vías de desarrollo (Soriano y Piñol Moreso, 2001; Donabedian, 2001; Cáceres et al. 2015; Junco-Suarez, 2021).

Afortunadamente la mayoría del personal está conforme con su salario y el ambiente laboral, lo que aumenta su compromiso a pesar de las dificultades.

Donabedian introdujo los conceptos de estructura (medios materiales y sociales), proceso y resultado (cambios en el estado de la salud) en 1966, para evaluar la calidad de la atención a la salud (Jiménez, 2004). La falta de recursos en los hospitales de referencia nacional del MINSA constituye una problemática que requiere abordarse de manera inmediata. La carencia de equipamiento, insumos y medicamentos constituye un riesgo para la calidad de atención al paciente (Soto, 2019).

Proceso de auditoría clínica

Los auditores mencionan que uno de los problemas en el registro clínico es la letra ilegible, falta de firma y fecha por parte de los médicos. Un estudio descriptivo, revisaron 385 HC: la letra era ilegible en 78%; se utilizaron correctores en 58%, y la identificación del médico con nombre y número de caja profesional legibles estaba presente en 33% (Casuriaga et al., 2018).

La revisión de la literatura internacional muestra que las intervenciones de auditoría son sostenibles y permiten obtener resultados satisfactorios cuando existe una retroalimentación continua (Casuriaga et al., 2018), esto coincide con el pensamiento de los auditores quienes mencionan que la retroalimentación permite la mejora continua. En base a los lineamentos, el MSP, cuenta con la norma técnica sustitutiva de

relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria, y su reconocimiento económico con Acuerdo Ministerial 0091-2017, indispensable para habilitar el pago de las prestaciones de salud.

Descripción de los registros médicos:

Para comenzar, es importante mencionar que el uso del PRAS, debía ser empleado en todo el Ecuador a partir del 2019, de modo que las HC físicas fueran descartadas, pero el presente estudio muestra que aun el sistema no ha sido empleado en su totalidad en los centros de salud estudiados (MSPE, 2020).

La falta de datos y los errores de cualquier tipo en la HC representa en sí misma una deficiencia muy grave que busca ser corregida en cada institución médica con el fin de mejorar su calidad (Llanos-Zavalanga et al., 2012¸Zafra y Veramendi, 2013; Manrique Guzmán et al., 2014; Junco-Suarez, 2021). La calidad de los expedientes es fundamental para garantizar la secuencia de una atención, mantener un mejor abordaje y evitar complicaciones propias de la enfermedad (Navarro-Pérez et al. 2011; Guzmán y Arias, 2012; Cáceres et al. 2015; Armas et al. 2019). En particular los pacientes con DM2 tienen alta probabilidad de presentar complicaciones con heridas en los pies, que pueden terminar con amputaciones en el peor de los casos, ocasionadas en gran medida por un mal seguimiento médico producto de la mala calidad del HC (Mediavilla, 2015; Armas et al. 2019).

De acuerdo con un estudio realizado en el año 2019 en varios centros de salud ubicados en las provincias de Santo Domingo de los Tsáchilas (Los Rosales, Puerto Quito) y Manabí (Jipijapa, El Carmen), donde se revisaron 490 historias clínicas en relación con el cuidado de los pies de personas con diabetes, se evidenció que el 81% de historias clínicas tienen registro de mala calidad lo cual se relaciona con el aumento de

riesgo de complicaciones de los pies. En este contexto se observó que hubo una anamnesis completa en el 10% de las historias, examen físico completo en el 1% de las historias, examen de laboratorio completo en el 8% de las historias, otros exámenes completos 2% de las historias, evaluación integral en el 1% de las historias (Armas et al. 2019).

En el presente estudio se observó que la estructura de la gran mayoría de las HC es de buena calidad y concuerda con lo expresado por los responsables de las auditorías clínicas, pero parece que al ser estos los criterios de evaluación, es lo principal en lo que se preocupan los médicos, y descuidan así otros aspectos de la HC; contrario a lo presentado por Armas et al. (2019). Probablemente porque en el estudio mencionado se enfocan en la atención y prevención de complicaciones en los pies, mientras en nuestro trabajo es en la historia clínica completa.

En la anamnesis no se habla de toda la información pertinente, pero puede guardar relación a que la mayoría de HC revisadas eran subsecuentes, y esa información puede ser repetitiva y es más relevante recolectarla en la primera evaluación (Outomuro y Actis, 2013).

El examen físico en general fue bastante completo, con excepción de la evaluación de los pies, lo cual se realiza únicamente cuando se tiene antecedentes o una petición directa del paciente, y esto se relaciona al tiempo, ya que este tipo de análisis puede ser exhaustivo y no permite completar el objetivo de la consulta; esto coincide con el trabajo de Armas et al. (2019), donde se identificó que solo el 1% de las HC hacían un examen físico completo.

Los exámenes de laboratorio y otros exámenes no se realizaron por completo, por la falta de insumos, y tecnología, además del tiempo para discutir estos exámenes

cada vez con los pacientes, lo que concuerda con el trabajo de Armas et al. (2019), que menciona que estos exámenes no se realizan siempre.

En cuanto a la evaluación integral, la educación del paciente se realizó en un 38%, lo cual es un porcentaje bajo, ya que los pacientes con DM2 necesitan una educación continua para sobrellevar su enfermedad crónica (Rojas et al. 2016; OMS, 2017). Tampoco se indagó sobre el estado de vacunación del paciente.

Finalmente, la pertinencia fue bastante elevada y esto puede estar relacionado con el valor legal de las HC y su verificación en las auditorías clínicas (Etcheverry et al., 2007). Para mejorar la calidad de estas historias clínicas los procesos de auditorías no están completamente establecidos, se observó que únicamente se trata de cumplir requisitos para facturación.

Una de las limitaciones de este estudio fue que los participantes conocían que estaban siendo observados mientras elaboraban las historias clínicas y esto pudo influir que ese día hagan su trabajo lo mejor posible. También se puede considerar que los investigadores son médicos acostumbrados a la escritura de otros médicos que se expresan en un lenguaje técnico. La parte cualitativa del estudio aporta con la percepción del grupo estudiado, La parte cuantitativa del estudio mantuvo una selección probabilística que permite generalizar sus resultados.

9. CONCLUSIONES

Se encontró que las universidades plantean sus programas educativos enfocados en el conocimiento técnico pero que no se plantean la realidad del sistema médico de salud, lo que deja al profesional poco habituado a procedimientos burocráticos.

También se evidenció que calidad del registro de las HC elaboradas por profesionales de salud se ve afectada principalmente por el tiempo de la consulta médica que no tiene en cuenta los pacientes nuevos y el agendamiento de pacientes con enfermedades crónicas que requieren evaluaciones más largas y que no se logran completar en una sola sesión; también la cantidad de documentos burocráticos, repetitivos que no brindan agilidad en el proceso de la consulta. Todo esto fue confirmado tanto por la observación de las consultas médicas, las entrevistas y encuestas al personal médicos y las entrevistas a los auditores responsables de cada centro de salud.

El proceso de auditoría interna no es estándar, hay centros de salud que no cuentan con este, también se menciona la importancia de las capacitaciones y mejoramiento continuo.

Los factores personales e institucionales afectan la calidad del registro en el expediente clínico.

Las HC cumplen estructuralmente, pero la falta de tiempo e insumos afecta la información de anamnesis y exámenes.

10. RECOMENDACIONES

Se recomienda la organización del tiempo de la consulta médica, para que se pueda brindar calidad de atención a los pacientes y a la vez cumplir con los requisitos administrativos.

Capacitaciones para la elaboración de formularios ya que suelen ser muchas veces repetitivos.

Facilitar a los pacientes que realicen el agendamiento de citas a través de un sistema más conveniente.

Insistir con la gestión ante las autoridades para que se generen las condiciones de infraestructura, adquisición de equipamiento e insumos necesarios para la valoración de las personas con diabetes.

Analizar y ajustar las normativas en cuanto al agendamiento y a la generación de un comité de auditoría de calidad de la historia clínica.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abuín, J. M. R. (2008). Regresión lineal múltiple. VDI-Z Integrierte Produktion, 150(10), 22–23.

Aranda, G., Lavanderos, D., Muñoz, N., Reinoso, C., Biermann, C., Alvear, B., Garcés, M., Navarrete, B., & Latorre, L. (2015). Perfil de Egreso Fonoaudiología. 218–227.

Aráuz, A. G., Sánchez, G., Padilla, G., Fernández, M., Roselló, M., & Guzmán, S. (2001). Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. Revista Panamericana de Salud Pública, 9(3), 145–153. https://doi.org/10.1590/s1020-49892001000300003

Armas, H., Espinoza, J., & Pereira, H. (2019). Calidad Del Registro De Historias Clínicas De Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Que Acuden a Los Centros De Salud Los Rosales, Puerto Quito, El Carmen Y Jipijapa Y Su Relación Con El Riesgo De Complicaciones en sus Pies. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Aschner, P. (2002). Diabetes trends in Latin America. Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 18(SUPPL. 3), 27–31. https://doi.org/10.1002/dmrr.280

Burada, F., Sosoi, S., Iliescu, D., Ioana, M., Cernea, D., & Tudorache, S. (2016). A rare occurrence of three consecutive autosomal trisomic pregnancies in a couple without offspring. Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology, 43(2), 287–290. https://doi.org/10.12891/ceog2084.2016

Cáceres, J., Cusihuaman, J., & Paucar, O. (2015). Factores relacionados a la calidad de los registros de enfermería (soapie) en el servicio de emergencia del hospital militar central Trabajo Académico para optar El Titulo de Segunda Especialidad en [Universidad Peruana Cayetano Heredia]. http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/582/Factores relacionados a la calidad de los registros de enfermería %28SOAPIE%29 en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central.pdf? sequence=1&isA

Carrera de Medicina. (2012). Pensum Academico y Perfil de egreso de la carrera de medicina. *Universidad Técnica de Manabí*, 1–14.

Carrillo-Larco, R. M., & Bernabé-Ortiz, A. (2018). Diabetes mellitus tipo II en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. Rev Peru Med Exp Salud Publica, 36(1), 1–11. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.4027.26

CEAACES. (2019). *CES, CEAACES Y SENESCYT TRABAJAN EN EJES DE IGUALDAD (06/01/2017) – CES – Consejo de Educación Superior*. https://www.ces.gob.ec/?te_announcements=ces-ceaaces-y-senescyt-trabajan-en-ejes-de-igualdad

CEAACES. (2019). CES, CEAACES Y SENESCYT TRABAJAN EN EJES DE IGUALDAD (06/01/2017) – CES – Consejo de Educación Superior. https://www.ces.gob.ec/?te_announcements=ces-ceaaces-y-senescyt-trabajan-en-ejes-de-igualdad

Centro, P., Pereira, H., & Pereira, H. (2018). Archivos de Pediatría del Uruguay Auditoría de historias clínicas : una herramienta de evaluación de la calidad

asistencial . Hospital ferramenta de avaliação da qualidade assistêncial . Hospital Pediátrico Pereira. 1–10.

CONEAU carrera de medicina. (2017). *Pensum Academico y Perfil de egreso de la carrera de medicina*. https://www.ucsg.edu.ec/cme/c044046/

Contreras, P. (2012). Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de notas de enfermeria del servicio de emergenia - Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion.

De Carvalho Torres, H., Amaral, M. A., Amorim, M. M., Cyrino, A. P., & Bodstein, R. (2010). Training of professionals, acting in primary health care, in diabetes mellitus education. Acta Paulista de Enfermagem, 23(6), 751–756. https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000600006

DHHS. (2020). National Diabetes Statistics Report, 2020. National Diabetes Statistics Report, 2.

Donabedian, A. (2001). La Calidad de la Atención Médica. Calidad Asistencial, 16, 538. https://doi.org/16 s29-s38

Casanova Uclés, Antonio; López Torrent, Estíbaliz; Zurilla Duarte, Elena; y Montero Alía, J.-J. en representación de todo el grupo de centinelas del O. de la M. de F. al M. (OMFAM). (2020). Caracterización de las interrupciones que se producen en las consultas de los médicos de familia. Observatorio de la Medicina de Familia del Maresme. Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 52(9), 645–647.

Etcheverry, G. S., Domínguez, M. V., Espósito, N., Mayon, P. C., Morales, M. J., Roselli, M. S., & Andrieu, K. (2007). Auditoría clínica: Una herramienta para el seguimiento de errores preanalíticos en el laboratorio. Acta Bioquimica Clinica Latinoamericana, 41(1), 51–56.

Facultad de ciencias Medicas. (2020). *Pensum Academico y Perfil de egreso de la carrera de medicina*. http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/15289 https://carreras.uleam.edu.ec/medicina/carrera-de-medicina-2/

Fargion, S., Dongiovanni, P., Guzzo, A., Colombo, S., Valenti, L., & Fracanzani, A. L. (2005). Iron and insulin resistance. Alimentary Pharmacology and Therapeutics, Supplement, 22(2), 61–63. https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2005.02599.x

Fernández, S. F., Sánchez, J. M. C., Córdoba, A., & Largo, A. C. (2002). Estadística Descriptiva. ESIC. https://books.google.es/books?id=31d5cGxXUnEC

Fombella Posada, M. J., & Cereijo Quinteiro, M. J. (2012). Historia de la historia clínica. Galicia Clínica, 73(1), 21. https://doi.org/10.22546/16/291

García-Fabila, E. J., & De Revisión, A. (2018). Recordando a Avedis Donabedian. Tres lustros después. Calidad de la atención médica. 6(1), 54–58.

Gravante, G., Rai, S., & Jadhav, V. (2014). Diverticular disease of the vermiform appendix. Surgery (United States), 155(5), 954–955. https://doi.org/10.1016/j.surg.2012.11.023

Guzmán, F., & Arias, C. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico The clinical record: fundamental element in the patient-doctor encounter. Revista Colombiana de Cirugía, 27(1), 15–24.

IDF. (2019). Guía de incidencia política. International Diabetes Federation, NOVENA EDI, 23.

INEC. (2019). Serie 1.1.6 Número de muertes (t) según agrupamiento de causas (Lista de las principales causas de muerte Becker) Periodo 1997 - 2019. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sitios/Defunciones/#ancla-3

IVE. Instituto Vasco de Estadistica. (2020). Definición Consultas externas (hospitales). https://www.eustat.eus/estadisticas/tema_17/opt_0/tipo_5/ti_recursos-y-actividad-sanitaria/temas.html

Jiménez Paneque, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Rev. Cuba. Salud Pública, 30(1), 0–0.

Jorge A Manrique Guzmán, Jorge E Manrique Chávez, Beatriz Chávez Reátegui, C. B. M. C. (2014). Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas. Revista Estomatologica Herediana, 24(Mal diligenciamiento de la historia clinica.), 8. https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539380004.pdf

Junco-Suarez, L. M. (2021). Escuela de Posgrado BIOMETRÍA. In *Universidad César Vallejo* (Vol. 0). http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3000/Silva Acosta.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1046

Karim, M., Furnaz, S., Buksh, A. R., Beg, M. A., Khan, M. S., & Moiz, B. (2019). Sample Size Calculation in Medical Research. MACS 2019 - 13th International

Conference on Mathematics, Actuarial Science, Computer Science and Statistics, Proceedings, 2(8), 217–224. https://doi.org/10.1109/MACS48846.2019.9024807

Kroeger Axel, & Luna Ronaldo. (1992). ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Principios y métodos. In Health Policy and Planning (Vol. 47, Issue 1). http://www.redalyc.org/pdf/267/26711160002.pdf%0Ahttp://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3101%0Ahttp://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975914543576%0Ahttp://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000700008&lng=es&nrm=iso

Laso, E. C., & Martín, J. V. (2020). Historia clínica: anamnesis y exploración física. https://doi.org/10.1016/B978-84-9113-157-1.50039-0

Llanos-Zavalanga, L. F., Mayca Pérez, J., & Navarro Chumbes, G. C. (2012). Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. Revista Médica Herediana, 17(4), 220. https://doi.org/10.20453/rmh.v17i4.882

López-Simarro, F., Brotons, C., Moral, I., Cols-Sagarra, C., Selva, A., Aguado-Jodar, A., & Miravet-Jiménez, S. (2012). Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. Medicina Clínica, 138(9), 377–384. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.07.023

Mantilla, A. (2013). Pensum Academico y Perfil de egreso de la carrera de medicina. In *Pontificia Universidad Católica del Ecuador* (Issue Cdi, pp. 1–41). https://www.puce.edu.ec/medicina/

Mata Cases, M., Roset Gamisans, M., Badia Llach, X., Antoñanzas Villar, F., & Ragel Alcázar, J. (2003). Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. Atención Primaria, 31(8), 493–499. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70722-7

Mediavilla, J. (2015). Complicaciones de la diabetes mellitus Diagnóstico y tratamiento. SEMERGEN, 59.

Meuleneire, F. (2008). Management of diabetic foot ulcers using dressings with Safetac®: A review of case studies. In Wounds UK (Vol. 4, Issue 4).

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud Entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su Reconocimiento Económico. Registro Oficial, 20, 1–106. http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Acuerdo-0091.pdf

MSPE. Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS (Publica, Red Publica Integral de Salud y Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la salud (Ed.)).

MSPE. Ministerio de Salud Pública. (2020). *ABECÉ del Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRAS.* 5. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/abece-prass.pdf

Navarro-Pérez, J., Franch-Nadal, J., Artola-Menéndez, S., Diez-espino, J., & Garcia-Soidan, J. (2011). La historia clínica electrónica y los registros sobre diabetes en Espa ˜ na. 27(4), 128–136. https://doi.org/10.1016/j.avdiab.2011.09.001

OMS. (2017). OMS | Diabetes. In Who. http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

Ortiz Espinosa, R. M., Muñoz Juárez, S., Martín del Campo, D. L., & Torres Carreño, E. (2003). Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. Revista Panamericana de Salud Pública, 13(4), 229–238. https://doi.org/10.1590/s1020-49892003000300005

Osuna, M., Rivera, M. C., Bocanegra, C. de J., Lancheros, A., Tovar, H., Hernández, J. I., & Alba, M. (2014). Caracterización de la diabetes mellitus tipo 2 y el control metabólico en el paciente hospitalizado. Acta Medica colombiana, 39(4), 344–351.

Outomuro, D., & Actis, A. M. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Revista Médica de Chile*, *141*(3), 361–366. https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000300012

Pacheco, H. M. (2006). Curriculum, planes y programas de estudios. 1975, 1–5.

Pavón Rosero, L. E. (2017). La auditoría médica como herramienta de control en la administración hospitalaria del Ecuador. In Imprenta Calderón (Vol. 1). http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13411/1/La auditoria médica.pdf

Quispe Zapana, V. A. (2017). FACTORES DE LA MOTIVACIÓN Y EL DESEMPEÑO LABORAL DE LOS PROFESIONALES MEDICOS DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO - 2016. UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA ESCUELA.

Ramos, J. M., Cuchí, M., & Sánchez, M. a. (2009). Archivo de historias clínicas digitalizado una solución previa a la historia clínica electrónica. Papeles Medicos, 18(2), 4–10.

Rivas Alpizar, E. M., la Zerquera Trujillo, G., ad Hernández Gutiérrez, C., & is Vicente Sánchez, B. (2017). Practical management of patients with diabetes mellitus in Primary Health Care. Revista de Enfermedades No Transmisibles Finlay, 7(1), 229–250.

Rodríguez Torres, A., Jarillo Soto, E. C., & Casas Patiño, D. (2018). Medical consultation, time and duration. *Medwave*, *18*(5), e7266. https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7264

Rojas, E., Molina, R., & Rodríguez, C. (2016). Revistas. Revista Venezolana de Gerencia, 21(73), 7–12. https://doi.org/10.31876/revista.v21i73.21063

Salci, M. A., Meirelles, B. H. S., & Da Silva, D. M. G. V. (2017). Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 25. https://doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882

Sánchez, R. (2013). Acreditación académica institucional Institutional academic accreditation. Universidad de Ciencias Médicas Camaguey, 641–647.

Sanitat, C. De, Valenciana, G., & Comunitaria, D. D. I. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de. 22(4), 300–308.

Schwab, M. (Ed.). (2011). ALAD. In Encyclopedia of Cancer (p. 118). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-16483-5_167

Soriano, J. S., & Piñol Moreso, J. L. (2001). Historia clínica de atención primaria: Calidad y factores asociados. Atención Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 28(8), 535–542. https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70444-1

Soto, A. (2019). Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 36(2), 304. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425

Universidad de Cuenca. (2020). Carrera de Medicina y Cirugía | Universidad de Cuenca. https://www.ucuenca.edu.ec/medicas/carreras/carrera-de-medicina-y-cirugia

Universidad de Veracruz. (2011). *Instrumento para evaluar planes y programas de estudio elaborados con el enfoque de competencias dentro del MEIF*.

Urquiza, R. (2017). Tiempo de consulta, gestión clínica y trabajo diario de un médico de familia. *Rev. Méd. (La Paz)*, *23*(2), 79–83.

Yenchong, L. & Robles, A. (2020). Análisis preliminar de 187 historias clínicas de pacientes con DM2, atendidos en los centros de salud San Pablo del cantón Portoviejo y centro de salud Bajo de las Palmas del cantón Montecristi.

Yousif, N., Cole, J., Rothwell, J. C., Diedrichsen, J., Zelik, K. E., Winstein, C. J., Kay, D. B., Wijesinghe, R., Protti, D. A., Camp, A. J., Quinlan, E., Jacobs, J. V, Henry, S. M., Horak, F. B., Jacobs, J. V, Fraser, L. E., Mansfield, A., Harris, L. R., Merino, D. M., … Dublin, C. (2018). ANÁLISIS DE CALIDAD EN EL

REGISTRO DE LA ANAMNESIS EN HISTORIAS CLÍNICAS DE CONSULTA EXTERNA JESICA. Journal of Physical Therapy Science, 9(1), 1–11. http://dx.doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2015.07.010%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.visres.2014.07.001%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.humov.2018.08.006%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24582474%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2018.12.007%0Ahttps://doi.org/

Zafra tanaka, J., & Veramendi Espinoza, L. (2013). Carta el Editor: Calidad de registro en historias clinicas en un centro de salud delc allao, Peru 2013. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 30(4), 719–720.

Zhang, X. F., & Tan, B. K. H. (2000). Effects of an ethanollic extract of Gynura procumbens on serum glucose, cholesterol, and triglyceride levels in normal and streptozotocin-induced diabetic rats. Singapore Medical Journal, 41(1), 9–13.

12. ANEXOS

Anexo 1. *Guía de revisión de pénsum de estudios y perfil de egreso*

Nombre de la universidad:

Ubicación de la universidad:

La universidad es acreditada: si…. no….

Categoría de la universidad:

La carrera de medicina está acreditada:

Antigüedad de la universidad:

Antigüedad de la carrera de medicina:

Aprobación CES ……. Fecha de la aprobación

Guía de Revisión Documental para Universidades			
Guía de preguntas	Cumple	No cumple	Observación
Pénsum de estudio			
¿Incluye técnicas semiológicas?			
¿Se define los puntos a cumplir para una historia clínica completa?			
¿Aborda la correcta redacción de la historia clínica?			
¿Incorpora adquisición de habilidades clínicas durante la formación profesional de un médico?			
¿Identifica con claridad los conocimientos deseables del profesional de salud?			
Perfil de egreso			
¿Incluye el uso de la experiencia, conocimiento y razonamiento, para emitir juicios fundados y resolver problemas sanitarios?			
¿Asume principios éticos de la profesión y respeta los valores o principios del otro?			
¿Resolver los conflictos en la toma de decisiones de los cuidados de los pacientes de acuerdo con los principios de la bioética?			
¿Considera la utilización de fundamentos científicos en la práctica médica?			
¿Incluye el uso del pensamiento crítico en la práctica médica?			
¿Incluye habilidades de comunicación?			

Anexo 2. *Guía de observación del proceso de consulta externa*

Realiza el médico actividades intra y extramurales

Que hábitos tiene durante la atención el médico

A qué hora y con cuánto tiempo cuenta el médico para su comida

Con que frecuencia y duración, el médico toma descansos para ir al baño

Llena los formularios del MSP

Interrupciones durante la consulta

Duración de la consulta

Observación en la consulta externa	Si	No
Es puntual		
Muestra empatía con los pacientes		
Explica al paciente los procedimientos a realizar		
Realiza consulta intra y extramural		
Completa la valoración en una sola consulta		
Realiza educación en diabetes		
Llena formularios del MSP		
Usa el celular durante la consulta		
Va al baño durante la consulta		
Es interrumpido durante la consulta		
Se alimenta durante la consulta		
Sabe sobre las valoraciones que tiene que hacer a los pacientes con diabetes		
Referente a la pregunta anterior las realiza dichas valoraciones		

Anexo 3. *Guía de preguntas para entrevista a informantes clave sobre auditoría clínica de calidad*

La presente investigación es conducida por los Doctores Adriana Robles y Lenin Yenchong, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador con Sede en Manabí. La meta de este estudio es: Analizar la influencia de los factores contextuales en los profesionales de salud, en la calidad de registro de la historia clínica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en los Centros de Salud San Pablo, Bajo de las Palmas y Jipijapa entre noviembre 2020 a abril 2021 y a su vez obtener el título de especialista de cuarto nivel en la carrera de Medicina Familiar y Comunitaria.

Entrevista sobre auditoría clínica

Preguntas sobre experiencia y comportamiento

¿Se verifica el llenado completo de los formatos del MSP?

¿Se evalúa la calidad de información registrada en la historia clínica?

¿En su experiencia, cómo ve usted la calidad de las historias clínicas que registran los médicos en este centro de salud?

¿Qué cree usted que deberíamos hacer en cada centro de salud para mejorar la calidad de las historias clínicas?

Preguntas sobre conocimiento

¿Cuáles son los criterios de calidad que usted conoce en el registro de una historia clínica?

¿Se realiza algún tipo de auditoría de calidad en las historias clínicas de este centro de salud?

¿Existe algún comité de auditoría de historia clínica?

¿Existe lineamientos en el país de los requisitos que debe tener un buen registro de historia clínica?

Anexo 4. *Guía de preguntas para entrevista a médicos*

¿Qué opina Ud. sobre su lugar de trabajo?, cree que tiene lo necesario para llevar una atención de calidad.

¿Qué opina sobre el sueldo que recibe como profesional de la salud?

¿Cree que el MSP se interesa por su constante capacitación y formación?

¿Usted qué opina sobre el tiempo que tiene el médico para atender al paciente?

¿Usted qué opina sobre los formularios del MSP, que hay que llenar?

¿Usted qué opina sobre los recursos materiales que tiene su unidad, tiene lo necesario para brindar una atención y registro clínico de calidad?

¿Qué le hace falta a su Centro de Salud para que usted pueda cumplir con todos los lineamientos que exigen un buen registro clínico?

Anexo 5. *Encuesta que se aplicó al personal de salud para evaluar los factores contextuales que están influyendo en la calidad del registro de la historia clínica*

Edad…… Sexo: Mujer … Hombre… Formación……

Años de experiencia laboral…...……Salario……

Factores Personales		
Motivación		
Su trabajo cumple con todas las medidas de seguridad ocupacional.	Muy de acuerdo	
	Algo de acuerdo	
	Poco de acuerdo	
	Totalmente en desacuerdo	
El trato que recibe en su trabajo es imparcial y justo.	Muy de acuerdo	
	Algo de acuerdo	
	Poco de acuerdo	
	Totalmente en desacuerdo	
Tiene la oportunidad de ascender en el trabajo.	Muy de acuerdo	
	Algo de acuerdo	
	Poco de acuerdo	
	Totalmente en desacuerdo	
Siente satisfacción con la remuneración que recibe por su trabajo en este centro de salud.	Muy satisfecho	
	Satisfecho	
	Poco satisfecho	
	No satisfecho	
Tiene necesidad de tener más de un trabajo para cubrir sus gastos.	Si	
	No	
Se siente seguro en su trabajo en cuanto la estabilidad laboral.	Muy satisfecho	
	Satisfecho	
	Poco satisfecho	
	No satisfecho	
Confianza		
Que tan satisfecho se siente con la comunicación que mantiene en el trabajo.	Muy satisfecho	
	Satisfecho	
	Poco satisfecho	
	No satisfecho	
Es supervisado por sus superiores.	Casi siempre	
	Usualmente	
	Casi nunca	
	Nunca	

Participación		
Está satisfecho con el horario de su jornada laboral.	Muy de acuerdo	
	Algo de acuerdo	
	Poco de acuerdo	
	Totalmente en desacuerdo	
Su trabajo le permite realizar cosas en la que usted destaca.	Casi siempre	
	Usualmente	
	Casi nunca	
	Nunca	
Considera que su desempeño laboral es de calidad.	Casi siempre	
	Usualmente	
	Casi nunca	
	Nunca	
Factores Institucionales		
Capacitación		
Ha recibido capacitaciones de las guías del MSP en el último año (virtual – presencial).	Si	
	No	
	Si su respuesta fue afirmativa. Indicar cuantas capacitaciones recibió en el último año.	
Se le permite asistir a capacitaciones científicas.	Si	
	No	
Ambiente físico		
Está satisfecho con el espacio físico donde se realizan las consultas médicas.	Muy de acuerdo	
	Algo de acuerdo	
	Poco de acuerdo	
	Totalmente desacuerdo	
El equipamiento técnico del centro de salud es suficiente para atender a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Muy de acuerdo	
	Algo de acuerdo	
	Poco de acuerdo	
	Totalmente desacuerdo	
Dotación personal		
Se siente satisfecho con el equipo de protección personal que le provee el centro de salud.	Muy de acuerdo	
	Algo de acuerdo	
	Poco de acuerdo	
	Totalmente desacuerdo	
Cuenta con todas las herramientas tecnológicas para ejecutar sus consultas médicas y realizar el registro del historial clínico (computadora personal, impresora, entre otros)	Muy de acuerdo	
	Algo de acuerdo	
	Poco de acuerdo	
	Totalmente desacuerdo	
Cuenta con todos los insumos necesarios para la valoración de pacientes con diabetes.	Muy de acuerdo	
	Algo de acuerdo	
	Poco de acuerdo	
	Totalmente desacuerdo	

Anexo 6. *Check list de instrumentación básica para la valoración de pacientes con diabetes.*

Guía de observación en Centros de Salud		
Equipamiento del Centro de Salud	Si	No
Hay diapasón de 128 hz		
Hay monofilamento de 10 gramos		
Hay martillo médico para reflejos		
Hay doppler vascular		
Hay camilla para la exploración		
Tiene un consultorio apropiado para la valoración		
Tiene acceso a la tecnología para ingresar pacientes en el sistema del MSP		
Oftalmoscopio		
Tensiómetro		
Estetoscopio		

Anexo 7. *Guía de evaluación de la calidad de las historias clínicas*

Estructura		
Qué tipo de historial clínico es:	Nueva	
	Subsecuente	
La historia clínica contiene anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio.	Cumple	
	No cumple	
¿Cuántas líneas escritas contiene la historia clínica?	1-5 líneas	
	6-10 líneas	
	11-15 líneas	
	16-20 líneas	
	Más de 20 líneas	
La historia clínica es legible.	Cumple	
	No cumple	
La historia clínica es comprensible.	Cumple	
	No cumple	
La historia clínica está libre de errores.	Cumple	
	No cumple	
La historia clínica tiene fecha y hora.	Cumple	
	No cumple	
La historia clínica tiene firma del responsable médico	Cumple	
	No cumple	
Contenido		
La anamnesis en el historial clínico completa 9 ítems.	Completa	
	Parcial	
	Ausente	
El examen físico presentado en el historial clínico es:	Completo: Examen físico de todo el cuerpo	
	Parcial: examen físico del área de motivo de consulta	
	Ausente	
Los exámenes de laboratorio:	Completa	
	Parcial	
	Ausente	
Otros exámenes (fondo ocular, ekg, RCV) presentados en el historial clínico es:	Completa	
	Parcial	
	Ausente	
Evaluación integral (nutricional, actividad física).	Completa	
	Parcial	
	Ausente	
Pertinencia		
¿En el contenido se justifica el tratamiento y los exámenes solicitados?	Si	
	No	
¿En el contenido se observa la necesidad de modificar un tratamiento?	Si	
	No	
Coherencia		
¿Sospecha el diagnóstico con anamnesis, examen físico y tratamiento?	Si	
	No	
Observaciones generales adicionales:		

Anexo 8. *Operacionalización de variables para el enfoque cuantitativo*

Variable	Dimensión de la variable	Definición operativa	Tipo de variable	Escala	Indicador
Factores Personales					
Edad	---	Años cumplidos por el sujeto al momento del estudio	Cualitativa Ordinal	20-25 años 26-30 años 31-35 años 36-40 años >40 años	Frecuencias absolutas y relativas
Sexo	---	Fenotipo	Cualitativa nominal	Mujer Hombre	Frecuencias absolutas y relativas
Formación	---	Nivel de formación de los profesionales	Cualitativa nominal	Medicina Familiar y comunitaria Médico General Integral Médico general Médico rural	Frecuencias absolutas y relativas
Experiencia	---	Tiempo que ha transcurrido a partir de su primer trabajo como médico	Cualitativa nominal	<5 años 5 a 10 años >10 años	Frecuencias absolutas y relativas
Motivación	Seguridad ocupacional	Cuando existe la disciplina encargada de prevención de riesgos laborales.	Cualitativa nominal	Muy de acuerdo Algo de acuerdo Poco de acuerdo Totalmente desacuerdo	Frecuencias absolutas y relativas
	Igualdad y justicia	Percepción de la imparcialidad, mediante la cual se exige que no se haga ninguna diferencia injustificada	Cualitativa nominal	Muy de acuerdo Algo de acuerdo Poco de acuerdo Totalmente desacuerdo	Frecuencias absolutas y relativas
	Oportunidad de ascender	Se refiere a la oportunidad del trabajador a tener un cargo más importante y mejor remunerado	Cualitativa nominal	Muy de acuerdo Algo de acuerdo Poco de acuerdo	Frecuencias absolutas y relativas

				Totalmente desacuerdo	
	Satisfacción con el salario público	Se refiere a sentirse a gusto con la remuneración que recibe por su trabajo	Cualitativa ordinal	Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho No satisfecho	Frecuencias absolutas y relativas
	Necesidad de tener 2 o más trabajos	Cuando el médico tiene necesidad de trabajar en varios sitios	Cualitativa ordinal	Si No	Frecuencias absolutas y relativas
	Estabilidad laboral	Derecho que tiene el trabajador de conservar su trabajo	Cualitativa nominal	Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho No satisfecho	Frecuencias absolutas y relativas
Confianza	Comunicación Honesta	La creencia de que una persona o grupo actuará y deseará hacerlo de manera adecuada para afrontar una determinada situación y pensamiento	Cualitativa ordinal	Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho No satisfecho	Frecuencias absolutas y relativas
	Supervisión	El personal de salud es supervisado durante sus labores de atención de pacientes y registro de la historia clínica	Cualitativa nominal	Casi siempre Usualmente Casi nunca Nunca	Frecuencias absolutas y relativas
Participación	Jornada laboral	Aprobación del horario de trabajo del personal de salud	Cualitativa nominal	Muy de acuerdo Algo de acuerdo Poco de acuerdo Totalmente desacuerdo	Frecuencias absolutas y relativas
	Libertad laboral	El personal de salud tiene la potestad de modificar a conveniencia los protocolos de atención según sus	Cualitativa nominal	Casi siempre Usualmente Casi nunca Nunca	Frecuencias absolutas y relativas

		criterios profesionales			
	Desempeño laboral	La autopercepción de calidad del servicio que brinda el profesional de salud	Cualitativa nominal	Casi siempre Usualmente Casi nunca Nunca	Frecuencias absolutas y relativas
Factores Institucionales					
Capacitación	Capacitación de las guías del MSP	Acción de proporcionarle las guías instructivas para el correcto llenado de los historiales clínicos	Cualitativa nominal	Si No	Frecuencias absolutas y relativas
	Capacitaciones científicas	El personal de salud recibe capacitaciones en las últimas actualizaciones científicas sobre protocolos de atención y seguimiento de pacientes	Cualitativa nominal	Si No	Frecuencias absolutas y relativas
Ambiente físico	Consultorio	El espacio donde el personal de salud atiende y evalúa a los pacientes es adecuado	Cualitativa nominal	Muy de acuerdo Algo de acuerdo Poco de acuerdo Totalmente desacuerdo	Frecuencias absolutas y relativas
	Equipo para evaluación completa del paciente	Todo equipo e instrumento que el centro de salud dispone para evaluar la salud de un paciente	Cualitativa nominal	Muy de acuerdo Algo de acuerdo Poco de acuerdo Totalmente desacuerdo	Frecuencias absolutas y relativas
Dotación del Personal	Equipo de protección personal	Todo equipo de protección personal reglamentario con el que debe contar el personal de salud	Cualitativa nominal	Muy de acuerdo Algo de acuerdo Poco de acuerdo Totalmente desacuerdo	Frecuencias absolutas y relativas
	Herramientas tecnológicas	Computadoras, impresoras y	Cualitativa nominal	Muy de acuerdo	

		demás equipos tecnológicos que usa el personal médico y que permite la atención adecuada del paciente		Algo de acuerdo Poco de acuerdo Totalmente desacuerdo	Frecuencias absolutas y relativas
	Insumos varios	Disponibilidad de copias, carpetas, esferos, lápices, borrador, y demás insumos necesarios para realizar el registro del historial clínico	Cualitativa nominal	Muy de acuerdo Algo de acuerdo Poco de acuerdo Totalmente desacuerdo	Frecuencias absolutas y relativas
Calidad del Registro del Historial Clínico de Pacientes con DM2					
Estructura	Tipo de historial clínico	El historial clínico fue realizado a un paciente nuevo o es un seguimiento de un paciente recurrente	Cualitativa nominal	Nueva Subsecuente	Frecuencias absolutas y relativas
	Completa	Cuando tiene información de todos los 6 elementos mencionados en el contenido	Cualitativa nominal	Cumple No cumple	Frecuencias absolutas y relativas
	Cantidad adecuada	Cada atención nueva y subsecuente tienen una cantidad definida de líneas (20)	Cuantitativa discreta	1-5 líneas 6-10 líneas 11-15 líneas 16-20 líneas Más de 20 líneas	Medidas de tendencia central y de dispersión
	Legible	La totalidad del documento contiene escritura de fácil lectura	Cualitativa nominal	Cumple No cumple No aplica	Frecuencias absolutas y relativas
	Comprensible	Todas las frases escritas en el documento son claras y se pueden interpretar completamente	Cualitativa nominal	Cumple No cumple	Frecuencias absolutas y relativas
	Libre de errores	El historial clínico no presenta errores gramaticales ni de ortografía	Cualitativa nominal	Cumple No cumple	Frecuencias absolutas y relativas
	Fecha y hora			Cumple	

		La fecha y la hora en que se atendió al paciente	Cualitativa nominal	No cumple	Frecuencias absolutas y relativas
				No aplica	
	Firma	La firma del personal de salud responsable de la historia clínica O el nombre al final si es electrónica	Cualitativa nominal	Cumple	Frecuencias absolutas y relativas
				No cumple	
				No aplica	
Contenido	Anamnesis simple	Conjunto de datos de un paciente con un objetivo diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2	Cualitativa nominal	Completa	Frecuencias absolutas y relativas
				Parcial	
				Ausente	
	Examen físico	Información sobre la inspección física del paciente	Cualitativa nominal	Completa: Examen físico de todo el cuerpo	Frecuencias absolutas y relativas
				Parcial: examen físico del área de motivo de consulta	
				Ausente	
	Examen de laboratorio	Información sobre los resultados de exámenes de laboratorio pertinentes (Glucosa mensual, Microalbuminuria, Hb a 1 C 3veces al año)	Cualitativa nominal	Completa	Frecuencias absolutas y relativas
				Parcial	
				Ausente	
	Otros exámenes	Información sobre otros posibles exámenes que se debieran realizar en el paciente (Fondo ocular, examen del pie, control por el cardiólogo, control de tiroides, búsqueda de enfermedad vascular periférica o arterioesclerosis cada año)	Cualitativa nominal	Completa	Frecuencias absolutas y relativas
				Parcial	
				Ausente	
	Evaluación integral	Resultados analíticos de la evaluación que tiene en cuenta	Cualitativa nominal	Completa	Frecuencias absolutas y relativas

		todos los demás datos recopilados durante la atención (control psicológico, control del nutricionista, control de peso y talla, evaluación de actividad física, control HTA)		Parcial	
				Ausente	
	Diagnóstico	Resultado final que describe la enfermedad que padece el paciente e incluye los factores de riesgo	Cualitativa nominal	Completa	Frecuencias absolutas y relativas
				Parcial	
				Ausente	
Pertinencia	Nuevas decisiones	En el contenido se justifica el tratamiento y los exámenes solicitados	Cualitativa nominal	Si	Frecuencias absolutas y relativas
				No	
	Cambio en decisiones	En el contenido se observa la necesidad de modificar un tratamiento	Cualitativa nominal	Si	Frecuencias absolutas y relativas
				No	
Coherencia	--	Existe sospecha del mismo diagnóstico al leer anamnesis, examen físico y tratamiento	Cualitativa nominal	Si	Frecuencias absolutas y relativas
				No	

Anexo 9. *Consentimiento informado*

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Medicina

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación:

El objetivo de este documento de consentimiento es brindar a los participantes de la investigación una explicación sobre el propósito de esta, y explicar su papel.

La presente investigación es conducida por los Doctores Adriana Robles y Lenin Yenchong, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador con Sede en Manabí. La meta de este estudio es: Analizar la influencia de los factores contextuales en los profesionales de salud, en la calidad de registro de la historia clínica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en los Centros de Salud San Pablo, Bajo de las Palmas y Jipijapa entre noviembre 2020 a abril 2021 y a su vez obtener el título de especialista de cuarto nivel en la carrera de Medicina Familiar y Comunitaria.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, completar encuestas y permitir observar el desenvolvimiento en su consulta. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará o se tomará apuntes de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación es este estudio es completamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones y apuntes se eliminarán.

Si tiene alguna inquietud sobre la investigación, lo invitamos a realizar las preguntas necesarias en cualquier momento de su participación. De igual manera, puede negarse a participar del proyecto en cualquier momento sin ningún problema. Si alguna pregunta durante la entrevista o encuesta le parece incómoda, tiene derecho a no responderla.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por los Doctores Adriana Robles y Lenin Yenchong. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: Analizar la influencia de los factores contextuales en los profesionales de salud, en la calidad de registro de la historia clínica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en los Centros de Salud San Pablo, Bajo de las Palmas y Jipijapa entre noviembre 2020 a abril 2021

Me han indicado también que tendré que responder encuestas y preguntas en una entrevista, y observaran el desenvolvimiento de mi consulta, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a los Doctores Adriana Robles y Lenin Yenchong al teléfono 0939692980 – 0969597648 o a los correos dandrysaro@gmail.com – leninyenchong@outlook.es.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Nombre del Participante Firma del Participante Fecha

Anexo 10. *Carta de aprobación del comité de bioética*

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Facultad de Medicina

PUCE

SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA

Quito, 17 de diciembre de 2020

SB-CEISH-POS-615

Doctora
Adriana Katiuska Robles Briones
Doctor
Lenin Israel Yenchong Meza
Estudiante del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la PUCE

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, resuelve **Aprobar** el proyecto titulado: **"FACTORES CONTEXTUALES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA, DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD SAN PABLO, BAJO DE LAS PALMAS Y JIPIJAPA ENTRE NOVIEMBRE 2020 A ABRIL 2021".**

Por disposición del Consejo de Facultad, usted tiene a partir de esta fecha (17 de diciembre de 2020) 12 semanas (12 de marzo de 2021) para presentar borradores de la disertación en la Secretaría de la Facultad de Medicina.

Atentamente,

Dr. Carlos Acurio Velasco
Subcomité de Bioética
Facultad de Medicina PUCE

13. Plan de publicación

- Se planifica enviar el presente manuscrito para la publicación científica en una revista académica indexada, tras las debidas modificaciones para cumplir con los lineamientos de la revista seleccionada, debido a la extensión de la investigación es posible que derive en varios artículos (Calidad de historias clínicas, factores personales que afectan la calidad de HC, factores institucionales y académicos que afectan la calidad de HC).

Posibles revistas a publicar

- Revista Cubana de salud pública: http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/about/submissions#authorGuidelines

Enfoque y alcance

La **Revista Cubana de Salud Pública** (RCSP) es una publicación periódica, continuación de la Revista Cubana de Administración de Salud (1975-1987), del Boletín y Archivos del "Ateneo Juan César García" (1993-2000) y de la Revista Cubana de Nutrición e Higiene de los Alimentos (1987-2002).

Misión: Ofrecer un espacio para la publicación científica de reflexión y debate crítico, acerca de aspectos teóricos y prácticos de la salud pública contemporánea, así como ser un vehículo informativo del desarrollo del pensamiento y la tradición de la salud pública cubana

Visión: Constituirse en un órgano de consulta, con enfoque científico y crítico de la salud pública contemporánea y un referente obligado para conocer el pensamiento y la práctica salubrista cubana.

La RCSP ofrece la oportunidad a profesionales del campo de la salud y afines de publicar, sujeto a un proceso de arbitraje por expertos, los resultados de sus investigaciones, las reflexiones de la salud pública sobre tendencias políticas, económicas, sociales, epidemiológicas u otras, y revisiones de temas de acuerdo con el perfil de la revista. No limitamos la autoría a nacionales cubanos. Nuestras páginas son tribuna abierta a todo esfuerzo por la defensa y mejoramiento de la salud de los pueblos. Es propósito también de la RCSP promover la salud, contribuir a la prevención de enfermedades y lesiones y al mejor manejo de la atención a enfermos y lesionados, a la prolongación de la vida y al mejoramiento de la calidad de vida de individuos y colectivos humanos.

Frecuencia: trimestral

La revista se encuentra indexada en:

SCOPUS, SciELO, SciELO CitationIndex (WoS), LILACS, LATINDEX, Imbiomed. Redalyc, Ebsco, DOAJ (Directory of Open Access Journals), Dimensions, Google Scholar., Cumed, SeCimed

Scimago: 13 Índice H

- Ciencia UNEMI:

http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/index

Alcance

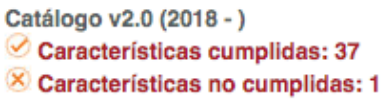
La Revista Ciencia UNEMI es una revista científica indizada y arbitrada, de publicación cuatrimestral. Dirigida a la población universitaria, que publica principalmente trabajos originales de investigación científica, ensayos y comunicaciones originales preferentemente en las áreas prioritarias de la revista. Su

objetivo es divulgar las realizaciones científicas y tecnológicas de la UNEMI, así como las que se realicen en otras universidades y centros de investigación en el país y en el exterior, en las áreas relacionadas con Industrial; Tecnología, Informática y Comunicación; Administración y Gerencia; Ciencias naturales y exactas; Educación y Cultura.

La revista Ciencia UNEMI se inició en el año 2008. Es una revista con una frecuencia cuatrimestral y los volúmenes aparecerán publicados en los meses de enero, mayo y septiembre.

La revista se encuentra indexada en:

LATINDEX, Redalyc, Dialnet, Redib, Academic Resource Index, Erihplus, OAJI, DOAJ, MIAR y Google Scholar.



- Nutrición, metabolismo y enfermedades cardiovasculares: https://www.journals.elsevier.com/nutrition-metabolism-and-cardiovascular-diseases

Alcance

Nutrición, metabolismo y enfermedades cardiovasculares es un foro diseñado para centrarse en la poderosa interacción entre las alteraciones nutricionales y metabólicas y los trastornos cardiovasculares. Su objetivo es ser una herramienta altamente calificada para ayudar a perfeccionar las estrategias contra las epidemias de enfermedades metabólicas y cardiovasculares relacionadas con la nutrición. Al presentar hallazgos clínicos y experimentales originales, introduce a los lectores y autores en un área de rápido desarrollo de la

medicina clínica y preventiva, incluida también la biología vascular. Son especialmente preocupantes los orígenes, los mecanismos y los medios para prevenir y controlar la diabetes, la aterosclerosis, la hipertensión y otras enfermedades relacionadas con la nutrición.

Scimago: 97 Índice H