



UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE
SAN FRANCISCO XAVIER
D E C H U Q U I S A C A

**Evaluación del registro clínico y cumplimiento de guías
clínicas en UTIN y UTIP basada en la normativa del
Seguro Social a Corto Plazo Hospital Petrolero De
Obrajes, Gestión 2025**

Ramiro Tapia Marca

Tutor:
PhD. René Soria Saucedo

“MAESTRÍA EN SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO” versión I

2026

Declaración de originalidad y derechos de autor

Como autor(a) declaro que el presente trabajo académico es original, excepto donde he reconocido la información generada por otros autores por medio de citas en el estilo requerido.

En caso de existir información confidencial (*e.g.*, información proveniente de reportes gubernamentales, institucionales, privados o similares, personas naturales, *etc.*), manifiesto que he obtenido el permiso por escrito para incluir esa información en este trabajo académico.

Autorizo a las instancias competentes de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca (USFX) someter este trabajo académico a una evaluación de integridad académica por medio de una herramienta establecida para este propósito.

Autorizo a la USFX hacer de este trabajo académico un documento disponible para su lectura en el repositorio institucional.

Finalmente, manifiesto mi consentimiento para que este trabajo académico pueda ser publicado, total o parcialmente, respetando la propiedad intelectual del autor.

Ramiro Tapia Marca

11 enero de 2026

Dedicatoria

Dedico este trabajo a quienes han contribuido de manera significativa a mi formación académica y personal.

A mis padres, por su constante apoyo y ejemplo de disciplina.

A mis docentes y tutores, por su orientación rigurosa y compromiso con la excelencia.

A la institución que me acogió y brindó los recursos necesarios para el desarrollo de esta investigación.

Agradecimientos

Expreso mi sincero reconocimiento a la institución que me brindó el espacio y los recursos necesarios para la realización de este trabajo.

A mis docentes y tutores, por su orientación constante, sus aportes críticos y su compromiso con la formación académica.

A mis compañeros de estudio, por el intercambio de ideas y el apoyo colaborativo durante este proceso.

Finalmente, agradezco a mi familia, cuyo respaldo y confianza fueron fundamentales para culminar esta etapa.

Contenido

	Página
Declaración de originalidad y derechos de autor	III
Dedicatoria	V
Agradecimientos	VII
Contenido	IX
Lista de gráficos.....	XIII
Lista de tablas	XV
Lista de abreviaturas y símbolos.....	XVI
Resumen	XVII
Abstract	XVIII
I. Introducción	19
1.1 Antecedentes.....	20
1.2 Problema de investigación.....	22
1.2.1 Pregunta de investigación.....	24
1.3 Justificación	24
1.4 Objetivos.....	25
1.4.1 Objetivo general	25
1.4.2 Objetivos específicos.....	25
1.5 Hipótesis.....	26
1.5.1 Hipótesis general	26
II. Marco teórico.....	27
2.1 Evolución histórica de la Auditoría médica.....	27
2.2 Concepto.....	28
2.3 Dimensiones de la calidad en salud.....	28

2.3.1	Eficacia	28
2.3.2	Eficiencia	29
2.3.3	Efectividad	29
2.3.4	Optimización.....	30
2.3.5	Aceptabilidad	30
2.4	Tipos de Auditoría médica	30
2.4.1	Auditoría interna y externa	31
2.4.2	Auditoría programada e inducida.....	31
2.4.3	Auditoría de servicio y de caso	32
2.5	Proceso de auditoría médica	32
2.5.1	Etapas Normativas del Proceso.....	33
2.5.2	Informe final y toma de decisiones.....	33
2.6	Fases de la auditoría médica	33
2.6.1	Planificación	33
2.6.2	Ejecución.....	34
2.6.3	Hallazgos.....	34
2.6.4	Conclusiones.....	35
2.6.5	Recomendaciones	35
2.7	Expediente clínico como instrumento de auditoría.....	35
2.7.1	Estructura obligatoria del expediente según norma técnica.....	37
2.8	Cuidados intensivos neonatales y pediátricos (UTIN-UTIP)	38
2.8.1	Características del paciente crítico.....	38
2.8.2	Estándares de infraestructura y equipamiento en unidades críticas	40
2.9	Protocolos de diagnóstico y tratamiento	41
2.10	Seguridad del paciente en unidades de terapia intensiva	42
2.11	Marco normativo.....	44
2.11.1	Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico	44
2.11.2	Decreto Supremo N° 28562.....	45
2.11.3	Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo.....	45
III.	Marco metodológico	47
3.1	Enfoque	47

3.2	Tipo y diseño de estudio	47
3.3	Ámbito de estudio.....	48
3.4	Población y muestra	48
3.4.1	Población	48
3.4.2	Muestra	49
3.4.3	Técnica de Muestreo.....	50
3.5	Operacionalización de variables.....	50
3.6	Técnicas de investigación.....	52
3.6.1	Técnica de revisión documental	52
3.6.2	Técnica hipotético-deductivo	52
3.6.3	Técnica estadística.....	53
3.6.4	Análisis de datos.....	53
3.6.5	Consideraciones éticas.....	54
3.7	Instrumento.....	54
3.8	Aporte esperado.....	55
IV.	Resultados.....	56
4.1	Resultados sobre la calidad técnica de los registros	56
4.1.1	Integridad y responsabilidad medica	56
4.1.2	Validación de la evolución y prescripción medica	60
4.2	Adherencia a protocolos y seguridad	62
4.2.1	Seguridad farmacológica	62
4.2.2	Continuidad y oportunidad de atención.....	64
4.3	Coherencia clínica	66
4.4	Discusión	70
V.	Propuesta.....	74
5.1	Título	74
5.2	Problemática identificada	74
5.3	Justificación.....	75
5.4	Descripción.....	75
5.5	Delimitación	76
5.5.1	Delimitación Geográfica	76

5.5.2	Delimitación de la Institución.....	76
5.5.3	Delimitación del Servicio	76
5.5.4	Delimitación de los participantes.....	77
5.6	Población beneficiaria.....	77
5.7	Objetivos.....	78
5.7.1	Objetivo general.....	78
5.7.2	Objetivos específicos	78
5.8	Diseño de los talleres	78
5.9	Evaluación.....	83
	Conclusiones.....	85
	Recomendaciones	87
	Referencias Bibliográficas.....	88
	A. FORMULARIO 3	94

Lista de gráficos

Gráfico. 1 El expediente médico esta completo	56
Gráfico. 2 El expediente clínico esta ordenado de acuerdo con la norma.....	57
Gráfico. 3 En el expediente clínico se identifica con precisión al principal médico tratante o "médico de cabecera" del paciente	57
Gráfico. 4 El expediente clínico contiene Consentimiento Informado para todos los procedimientos especiales y cirugías realizadas.....	58
Gráfico. 5 La nota de resumen, nota de alta y epicrisis del expediente clínico están debidamente firmadas.....	59
Gráfico. 6 Todas las notas de evolución están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico	60
Gráfico. 7 Todas las notas de evolución llevan nombre, firma y sello.....	60
Gráfico. 8 Todas las notas de prescripción o indicaciones están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora.....	61
Gráfico. 9 Todas las notas de prescripción o indicaciones son claras y legibles.....	61
Gráfico. 10 Todas las notas de prescripción o indicaciones llevan nombre, firma y sello de quien las elaboro.....	62
Gráfico. 11 Todas las prescripciones e indicaciones están escritas de acuerdo la norma de manejo del expediente clínico	62
Gráfico. 12 En todos los casos se controló la fecha de vencimiento de los fármacos antes de su administración al paciente.....	63
Gráfico. 13 En todos los casos se supo el principio activo de los fármacos antes de su administración al paciente	63
Gráfico. 14 La administración de fármacos u otras sustancias en todas las circunstancias fue realizada por personal autorizado o debidamente supervisado	64

Gráfico. 15 El paciente fue controlado regular por su médico tratante	64
Gráfico. 16 Interconsultas fueron atendidas dentro de las 12 horas de solicitud.....	65
Gráfico. 17 Las interconsultas de urgencia fueron atendidas en forma inmediata	65
Gráfico. 18 El diagnostico de ingreso es coherente con el cuadro clínico	66
Gráfico. 19 Los exámenes complementarios están de acuerdo con el cuadro clínico	66
Gráfico. 20 El tratamiento realizado tiene coherencia con el diagnostico establecidos ...	67
Gráfico. 21 El paciente respondió favorablemente al tratamiento instaurado	67

Lista de tablas

	Página
Tabla 1 Población	49
Tabla 2 Muestra	49
Tabla 3 Calidad técnica del expediente clínico	68
Tabla 4 Resultados de adherencia a protocolos y normas técnicas	69
Tabla 5 Taller 1	78
Tabla 6 Taller 2	79
Tabla 7 Taller 3	81
Tabla 8 Taller 4	82

Lista de abreviaturas y símbolos

ASUSS: Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo.

CPS: Caja Petrolera de Salud

CPE: Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

MSyD: Ministerio de Salud y Deportes (Bolivia).

PRONACS: Programa Nacional de Calidad en Salud.

SUS: Sistema Único de Salud.

EC: Expediente Clínico.

HC: Historia Clínica.

UTIN: Unidad de Terapia Intensiva Neonatal

UTIP: Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.

AMI: Auditoría Médica Interna.

AMII: Auditoría Médica Interna Inducida.

PAC: Plan de Acción Correctiva.

CI: Consentimiento Informado

Resumen

La presente investigación surge ante la necesidad de garantizar la calidad y seguridad en la atención de pacientes críticos pediátricos y neonatales en el sistema de seguridad social. La introducción destaca que la auditoría médica es un procedimiento técnico-evaluativo, amparado por la Constitución Política del Estado y la Ley N° 3131, cuyo fin es asegurar una gestión de calidad basada en la normativa vigente. El objetivo general de la investigación es evaluar el cumplimiento de la normativa vigente mediante una auditoría médica de la atención brindada en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal y Pediátrica del Hospital Petrolero de Obrajes.

El método empleado corresponde a un estudio de enfoque cuantitativo, tipo observacional, de alcance descriptivo y diseño de auditoría médica retrospectiva. La población está conformada por la totalidad de las historias clínicas de pacientes atendidos en las unidades de cuidados críticos durante el año 2025, que asciende a 75 expedientes.

Se evidenció un bajo cumplimiento normativo: el 41% de los expedientes están incompletos y el 37% carece de firma médica responsable. En seguridad, destacan las recetas ilegibles (29%) y la omisión en la verificación de fármacos (21%). Clínicamente, la falta de coherencia entre diagnóstico y tratamiento (21%) y las demoras en interconsultas (51%) coinciden con una evolución desfavorable en el 29% de los pacientes. Las deficiencias detectadas en la integridad documental, se formula una propuesta de intervención basada en talleres teórico-prácticos, diseñados para capacitar al personal.

Palabras clave: Auditoría Médica, Expediente Clínico, Calidad de Atención, UTIN, UTIP, ASUSS.

Abstract

This research arises from the need to guarantee quality and safety in the care of critical pediatric and neonatal patients within the social security system. The introduction highlights that medical auditing is a technical-evaluative procedure, supported by the State Political Constitution and Law No. 3131. Its purpose is to ensure quality management based on current regulations. The general objective of this research is to evaluate compliance with current regulations through a medical audit of the care provided in the Neonatal and Pediatric Intensive Care Units of the Hospital Petrolero de Obrajés.

The methodology employed corresponds to a study with a quantitative approach, observational type, descriptive scope, and a retrospective medical audit design. The population consists of the totality of the medical records of patients treated in the critical care units during the year 2025, which amounts to 75 files.

Low regulatory compliance was evidenced: 41% of clinical records are incomplete, and 37% lack the responsible physician's signature. Regarding safety, illegible prescriptions (29%) and the omission of medication verification (21%) are notable. Clinically, the lack of coherence between diagnosis and treatment (21%) and delays in interconsultations (51%) coincide with an unfavorable clinical outcome in 29% of patients. To address the detected deficiencies in documentary integrity, an intervention proposal is formulated based on theoretical-practical workshops designed to train the staff.

Keywords: Medical Audit, Compliance, Social Security System, UTIN, UTIP, ASUSS.

I. Introducción

El derecho a la salud en el Estado Plurinacional de Bolivia está garantizado constitucionalmente como una función suprema y primera responsabilidad del Estado, obliga a las instituciones a asegurar el acceso a los servicios sin exclusión y con calidad, para regular y fiscalizar el cumplimiento de estos mandatos en el ámbito de la Seguridad Social de Corto Plazo, se creó la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS) mediante el Decreto Supremo N° 3561 (Viruez & Vera, 2024), el cual tiene la finalidad de proteger los intereses de los trabajadores asegurados y beneficiarios a través de normas técnicas y operativas.

Dentro de este marco regulatorio, la gestión de calidad en los servicios de salud se operativiza a través de la Auditoría Médica, definida por la Ley N° 3131 y el Manual de Auditoría en Salud como un procedimiento técnico, analítico y evaluativo, de carácter preventivo y correctivo. Este proceso busca emitir un dictamen independiente sobre el acto médico y la gestión de calidad, basándose fundamentalmente en el análisis del expediente clínico, el cual debe cumplir con condiciones de veracidad, integridad y sujeción a la norma para constituirse en una evidencia documental válida del proceso asistencial.

La aplicación de estos instrumentos de control es importante en áreas de alta complejidad como las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), donde se atiende a pacientes con riesgo de muerte que requieren monitoreo invasivo y apoyo tecnológico (Herrera, 2024). Tanto para la atención neonatal como pediátrica, la ASUSS ha establecido Normas de Diagnóstico y Tratamiento que estandarizan la organización, infraestructura, equipamiento y perfil de recursos humanos, las cuales son de aplicación obligatoria para todos los entes gestores. Estas normativas buscan homogeneizar la atención del paciente crítico, bajo principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia.

En este entendido, la presente investigación se realizó en el Hospital Petrolero de Obrajes, establecimiento perteneciente a la Seguridad Social a Corto Plazo, para evaluar la adherencia a la guías de práctica clínica y el correcto llenado de los expedientes clínicos en sus unidades críticas y su concordancia con la normativa vigente. El estudio de la auditoría médica en las áreas de Terapia Intensiva Neonatal y Pediátrica de esta institución permitirá verificar si los procesos asistenciales, reflejados en los expedientes clínicos y adherencia a las guías, se adecúan a los estándares técnicos y legales exigidos por la ASUSS, identificando resquicios que permitan plantear acciones correctivas para garantizar la calidad del servicio.

1.1 Antecedentes

A nivel internacional:

Según Betancout et al., (2025) en su tesis con en título de *“Medición de adherencia a Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de hipertensión arterial y diabetes en el servicio de consulta externa de la E.S.E Hospital La Misericordia de Calarcá, Quindío”* realizada en Colombia, las guías de práctica clínica son instrumentos clave para estandarizar la atención en salud con base en evidencia científica y garantizar calidad en los servicios. La Ley 100 de 1993 respalda el derecho a una vida digna mediante la protección frente a contingencias, y el SOGCS establece que la aplicación de las guías permite evaluar si las intervenciones se ajustan a las recomendaciones, especialmente en enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes, donde su cumplimiento reduce complicaciones y costos. Sin embargo, su existencia no asegura la práctica efectiva, por lo que medir la adherencia resulta esencial para identificar brechas, orientar la capacitación y cumplir con los estándares de calidad del Sistema Único de Habilitación (Betancourt et al., 2025).

Como explica Herrera (2024) presentó en Perú la tesis *“Auditoría de historias clínicas UCI neonatal del Hospital Regional de Ica enero junio 2018”*; con el objetivo de determinar el nivel de calidad de las historias clínicas en dicha unidad crítica; utilizó una metodología observacional, transversal, descriptiva y retrospectiva sobre 96 historias clínicas evaluadas en 5 dimensiones, identificación, acto médico, enfermería, cumplimiento de normas y limpieza; los resultados revelaron que la calidad global fue óptima solo en el 30.2%,

regular en el 52.1% y deficiente en el 17.7%, destaca que la dimensión de Acto médico fue óptima solo en un 24%; concluyendo que la calidad de los registros es predominantemente regular, existe una brecha del 41% por mejorar para alcanzar los estándares normativos ideales en la atención neonatal crítica (Herrera, 2024).

Como explica Rivera (2024), en su tesis titulada "*Gestión del tiempo y calidad de llenado de la historia clínica del personal de salud en el servicio de Emergencia del C.S Pedro Sánchez Meza Chupaca*" realizada en Perú, tuvo como propósito analizar la relación entre la gestión del tiempo y la calidad del llenado de la historia clínica por el personal de salud en el servicio de Emergencia del Centro de Salud Pedro Sánchez Meza, Chupaca; se trató de una investigación básica, de nivel correlacional, con diseño no experimental y transeccional, que incluyó a 42 trabajadores (16 médicos y 26 licenciados en enfermería), aplicando encuestas y análisis documental; los resultados mostraron que la mayoría de participantes fueron mujeres (78.6%), con edades principalmente entre 31 y 40 años (38.1%), predominando el personal de enfermería (61.9%), y con un tiempo de servicio mayormente de 1 a 5 años (42.9%); respecto a la relación entre las variables, se evidenció que un grupo de profesionales cumplía parcialmente con la calidad del llenado y presentaba gestiones de tiempo diversas, mientras que otros alcanzaban la calidad con gestión regular, y un caso no cumplía pese a tener gestión adecuada; finalmente, el análisis estadístico arrojó un valor de $\rho = 0.301$ ($p = 0.05$), estableciendo una relación positiva moderada entre la gestión del tiempo y la calidad del llenado de la historia clínica (Rivera, 2024)

A nivel nacional:

Como desarrolla Mollinedo (2024), en su investigación "*Control de calidad de las características documentales básicas del expediente clínico de internación en el Hospital Municipal de Viacha, en el primer trimestre del año 2023 según la norma técnica del Ministerio de Salud*", buscó evaluar el control de calidad de las características básicas según la Norma Técnica del Ministerio de Salud; mediante un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal revisando 405 expedientes y realizando entrevistas; los resultados revelaron que solo el 34.5% de los expedientes cumplían con las 9 características básicas exigidas y que el área asistencial contribuyó con la mayor cantidad de inadecuaciones (479) frente al área administrativa (209); concluyendo que menos de la

mitad de los expedientes revisados cumplen con el cuidado de todas las características básicas, evidenciando un descuido en la calidad del manejo (Mollinedo, 2024).

Según Polo (2023), en su estudio *"Auditoría médica del expediente clínico del servicio de consulta externa en un Hospital de tercer nivel de atención"*, tuvo como objetivo evaluar el Expediente Clínico para identificar el cumplimiento de la Norma Nacional del manejo del Expediente Clínico; la metodología empleada fue un estudio descriptivo observacional de diseño transversal con una muestra probabilística de 146 expedientes clínicos seleccionados aleatoriamente; los resultados mostraron que más del 70% de los expedientes no son claros, no presentan lenguaje técnico ni están registrados en su integridad, y solo el 59% evidencia cumplimiento en las indicaciones de tratamiento; concluyendo que existe una insuficiente capacidad técnica y metodológica en el llenado del expediente clínico, carente en algunos casos de intervención del médico titular (Polo, 2023).

Como explica Colque (2024), en su trabajo *"Evaluación de la calidad del llenado del Expediente Clínico de Hospitalización, en base a la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico, en salas de internación del Hospital Militar Central COSSMIL en el primer trimestre del 2023"*, tuvo como objetivo determinar la calidad del llenado basados en la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico; la metodología fue un estudio observacional, descriptivo y transversal, revisando 287 expedientes clínicos; los resultados mostraron un cumplimiento moderado, donde el 59% de los registros médicos eran claros y legibles, y el 79% identificaba al responsable con firma y sello; concluyendo que la institución no cumple estrictamente la norma, presentando inobservancias cotidianas como falta de legibilidad, enmiendas y falta de veracidad en la descripción (Colque, 2024).

1.2 Problema de investigación

El sistema de salud se rige bajo principios constitucionales que garantizan el acceso a la salud, en el ámbito de la Seguridad Social a Corto Plazo, la Autoridad de Supervisión (ASUSS) tiene la facultad de fiscalizar los servicios de salud, habiendo aprobado normas de diagnóstico y tratamiento para Neonatología y Pediatría que son de cumplimiento obligatorio para todos los entes gestores.

Sin embargo, a pesar de la existencia de este marco regulatorio, la realidad operativa en los establecimientos de salud a menudo discrepa de la normativa, la auditoría médica, definida por la Ley N° 3131 como un procedimiento técnico, analítico y evaluativo del acto médico, depende fundamentalmente de la calidad del expediente clínico como evidencia documental. Los expedientes clínicos frecuentemente presentan deficiencias, tales como ilegibilidad, falta de orden cronológico, ausencia de firmas y sellos, e información incompleta sobre la evolución y tratamiento del paciente. Estas carencias documentales vulneran la norma técnica del expediente clínico, dificultan la evaluación objetiva de la calidad de la atención.

Esta problemática cobra una relevancia en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal y Pediátrica, áreas destinadas a la atención de pacientes en estado crítico con riesgo inminente de muerte, donde la complejidad de los procedimientos y la vulnerabilidad de los pacientes exigen una adherencia estricta a protocolos. En estas unidades, la ocurrencia de eventos adversos, como infecciones asociadas a la atención en salud o errores en la medicación, es una preocupación constante que impacta la morbimortalidad y los costos hospitalarios.

La falta de un registro fidedigno y completo en estas áreas impide determinar si la atención brindada fue concordante con los estándares de beneficencia y no maleficencia exigidos por la bioética y la normativa de la ASUSS. Por otra parte, el tratamiento instaurado debe seguir los algoritmos descritos en las guías clínicas, así como los protocolos de administración de fármacos.

En el caso del Hospital Petrolero de Obrajés, como parte de la seguridad social, existe la necesidad de verificar si la atención en sus unidades críticas pediátricas y neonatales se alinea con las normas vigentes, la brecha potencial entre los protocolos estandarizados por la ASUSS y la práctica diaria registrada en los expedientes clínicos y su adherencia a los mismos constituye un problema de gestión de calidad que podría afectar la seguridad del paciente. Por tanto, el problema central radica en determinar el grado de concordancia entre la calidad e llenado de expedientes clínicos y la adherencia a las guías clínicas, correspondiente a la normativa técnica y legal exigida para el Seguro Social a Corto Plazo, identificando las deficiencias que limitan la calidad del servicio en estas unidades de alto riesgo.

1.2.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es el estado del registro clínico y el grado de cumplimiento de las guías clínicas en la UTIN y la UTIP, según los resultados de una auditoría médica basada en la normativa vigente del Seguro Social a Corto Plazo del Hospital Petrolero de Obrajés?

1.3 Justificación

La presente investigación es conveniente para el Hospital Petrolero de Obrajés, ya que la auditoría médica se constituye en el instrumento operativo para el control de gestión y el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud. Al evaluar la atención en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal y Pediátrica, este estudio permitirá a la institución identificar las limitaciones existentes entre el correcto llenado de los expedientes clínicos y las Normas de Diagnóstico y Tratamiento establecidas por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS). Los resultados servirán para establecer medidas preventivas y correctivas que optimicen el funcionamiento del servicio, de esta manera se asegura que los procedimientos críticos realizados en pacientes vulnerables se alineen con los estándares técnicos exigidos.

El estudio posee una elevada relevancia social, dado que la atención en salud es un derecho garantizado por la Constitución Política del Estado, donde se prioriza la protección de la vida y la salud como una función suprema. Los beneficiarios directos son los pacientes neonatales y pediátricos asegurados, un grupo poblacional de alta vulnerabilidad que, al encontrarse en estado crítico, requiere cuidados especializados libres de daños evitables. Al verificar el estado del llenado de los expedientes clínicos y la adherencia de los tratamientos a la guías clínicas, se busca garantizar la seguridad del paciente y reducir la morbimortalidad en estas unidades de alto riesgo, además, socialmente se responde a la demanda de los asegurados de recibir prestaciones eficientes y transparentes, protegiendo los intereses de los trabajadores beneficiarios del Seguro Social a Corto Plazo.

Desde una perspectiva práctica y teórica, la investigación aporta al estado del arte al evidenciar la aplicación real de las Normas de Diagnóstico y Tratamiento de Neonatología y Pediatría de la ASUSS, el estudio trasciende la teoría al contrastar los protocolos con la evidencia documental plasmada en los expedientes clínicos, permitiendo analizar si la

auditoría médica está cumpliendo su función en el mejoramiento de la calidad. Asimismo, refuerza la importancia del expediente clínico no solo como registro asistencial, sino como documento médico-legal y fuente primaria para la evaluación de la calidad técnico-científica, proporcionando información valiosa para la toma de decisiones gerenciales y la actualización de procesos internos en el Hospital Petrolero.

La utilidad metodológica de este trabajo radica en la aplicación de instrumentos de verificación en áreas de alta complejidad como la UTI, la investigación demuestra cómo el análisis sistemático del expediente clínico, bajo los criterios de veracidad, integridad y sujeción a la norma, sirve como método eficaz para medir el desempeño profesional y la adherencia a protocolos. El enfoque metodológico utilizado podrá ser replicado en otros servicios o entes gestores del Seguro Social a Corto Plazo para estandarizar los procesos de control interno, facilitando futuras auditorías y contribuyendo a la cultura de registro y documentación adecuada que exige la normativa nacional.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Evaluar el registro clínico y el grado de cumplimiento de las guías clínicas en UTIN y UTIP, mediante la aplicación de una auditoría médica fundamentada en la normativa vigente del Seguro Social a Corto Plazo

1.4.2 Objetivos específicos

- Analizar la calidad técnica de los registros en los expedientes clínicos de la UTIN y UTIP, verificando su conformidad con la Norma Técnica del Manejo del Expediente Clínico vigente.
- Determinar el grado de adherencia de los procedimientos médicos realizados en pacientes críticos a los protocolos de diagnóstico y tratamiento establecidos por la autoridad de supervisión.
- Proponer estrategias basadas en los hallazgos de la auditoría para optimizar el cumplimiento normativo dentro de la institución.

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis general

El registro del expediente clínico presenta niveles variables de cumplimiento y el cumplimiento documental de las guías clínicas no es homogéneo en las unidades evaluadas.

II. Marco teórico

2.1 Evolución histórica de la Auditoría médica

El inicio de la implementación de métodos para valorar sistemáticamente el trabajo médico se remonta a principios del siglo XX, se reconoce que el primer programa de Gestión de la Calidad y Auditoría Médica fue instaurado en 1910 por Flexner, quien expuso deficiencias en el sector hospitalario mediante un informe denominado Cirugías, Verdaderas Trampas Mortales (Tapia, 2024). Posteriormente, en 1914, en Estados Unidos, el Dr. Robert Codman del Colegio Americano de Cirujanos impulsó la estandarización de hospitales (Morales, 2022), señalando estos métodos como objetivos para evaluar una medicina de mejor calidad (Theran, 2023). Estos esfuerzos iniciales condujeron a la creación de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales en Norteamérica en 1951.

Un hito fundamental en la evolución conceptual ocurrió en 1966, cuando Avedis Donabedian sistematizó la evaluación de la calidad asistencial (Peña, 2025) en el análisis de estructura, proceso y resultados, marcando la metodología de gestión de calidad en el sector salud (Villa, 2022). En Latinoamérica, la cultura de la calidad de atención se implementó alrededor de los años 60, siendo México uno de los iniciadores y mejores representantes, iniciando programas de evaluación en el Seguro Social Mexicano (Cibrian, 2022).

En Bolivia, los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios se remontan a fines de la década de 1990 con propuestas de transformación del sistema de salud (Basile, 2024), sin embargo, la Auditoría Médica se institucionalizó formalmente con la promulgación de la Ley del Ejercicio Profesional Médico N° 3131 el 8 de agosto de 2005, la cual incluyó esta actividad como obligatoria en todos los estamentos del Sistema Nacional de Salud (Viruez

& Vera, 2024). Asimismo, en 2008 se aprobó el Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica para regular estos procedimientos en todo el territorio nacional.

2.2 Concepto

La Auditoría Médica se define como un procedimiento técnico, analítico y evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, su finalidad principal es emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico (Polos, 2023) y a la gestión de calidad de los servicios de salud, es importante destacar que este procedimiento es propositivo, educativo y no punitivo (Polo, 2023), buscando identificar las causas de los problemas para perfeccionar el desempeño y procurar que los pacientes reciban la mejor atención médica posible.

Operativamente, la Auditoría Médica consiste en la evaluación de la calidad de la atención otorgada a través del análisis sistemático y crítico del Expediente Clínico y otros documentos médico-legales (Pardo, 2022), este análisis se realiza contrastando la práctica médica registrada con la documentación pertinente, la normativa vigente, los protocolos y la *lex artis medicae*. Dependiendo de su propósito y quien la ejecute, puede ser interna realizada por la propia institución para el mejoramiento continuo o externa realizada por auditores acreditados externos (Calle Y. , 2022), generalmente ante denuncias de mala práctica.

2.3 Dimensiones de la calidad en salud

2.3.1 Eficacia

La eficacia mide el grado de cumplimiento de los objetivos (Espinoza & López, 2024), ya sea a nivel de resultados inmediatos, productos como bienes, servicios y/o normas u operaciones, en relación con las metas que han sido programadas, la eficacia se relaciona con la capacidad de las intervenciones, sustentadas en la mejor evidencia científica disponible (Camelo, 2017), para cambiar favorablemente el curso de una enfermedad y ofrecer los mejores resultados posibles en la práctica diaria.

La eficiencia corresponde a la capacidad de lograr el efecto o beneficio esperado (Barahona et al., 2023) con el mínimo de recursos posibles logra la optimización puede ser alta o baja

máxima o mínima y es la relación beneficio coste, el coste está medido en cuanto al tiempo uso de factores materiales y humanos y el cumplir con la calidad propuesta (Solís et al., 2024).

2.3.2 Eficiencia

La eficiencia en la atención sanitaria consiste en lograr los mejores resultados con recursos limitados, garantizando el desarrollo sostenible y atendiendo las necesidades de la población (Lino et al., 2023).

La eficiencia se define como la medición de la optimización de los recursos utilizados para el logro de los objetivos, relacionando los resultados inmediatos o productos con los insumos empleados (Aurora et al., 2023), esta dimensión implica obtener el más alto nivel de calidad posible en relación con unos recursos determinados, en la gestión de servicios de salud (Monsalve & Calvo, 2024), la eficiencia busca lograr los objetivos con los menores costos posibles tanto para el paciente como para la sociedad en su conjunto.

2.3.3 Efectividad

Se refiere a la capacidad de los sistemas sanitarios para brindar una atención que responda a las necesidades (Mora et al., 2024) y expectativas de los pacientes, al mismo tiempo que optimiza el uso de los recursos y alcanza los resultados de salud deseados (Capcha et al., 2022), esto implica un enfoque centrado en el paciente que enfatiza la competencia técnica, la seguridad, la práctica ética y la relación costo-efectividad.

La efectividad mide el grado del logro de los resultados finales o el impacto generado con relación a los objetivos programados (Lima & Brasileiro, 2024), se entiende como el grado en que la atención sanitaria consigue producir una mejora real del nivel de salud del paciente o de la población (Forest, 2023), la efectividad trasciende la producción inmediata y se enfoca en el cambio definitivo o impacto que se busca generar con el producto o servicio entregado.

2.3.4 Optimización

La optimización de la calidad en la atención sanitaria implica un enfoque multifacético que integra diversas perspectivas y metodologías para mejorar la atención al paciente y los resultados en salud (Rodríguez et al., 2024).

La optimización se encuentra intrínsecamente ligada a la definición normativa de calidad en salud, la cual se describe como la condición que permite cumplir funciones cubriendo satisfactoriamente las expectativas y necesidades de los usuarios con recursos optimizados y equitativamente distribuidos (Amaiquema, 2024), la optimización implica la mejor aplicación del conocimiento técnico-científico y del talento humano con criterios de oportunidad y rentabilidad (Araque et al., 2025), buscando el equilibrio entre beneficios, riesgos y costos.

2.3.5 Aceptabilidad

El concepto de aceptabilidad en la calidad de la atención sanitaria es multifacético (Cruz F. , 2024) y abarca diversas dimensiones, entre ellas la satisfacción del paciente, la confianza y las normas culturales (Cruz et al., 2025), es cada vez más reconocida como un componente crítico de la calidad en salud, ya que influye en la participación de los pacientes y en la efectividad de las intervenciones.

La aceptabilidad, frecuentemente evaluada a través de la satisfacción (Real, 2023), se refiere a la calidad percibida por el usuario sobre el proceso de atención, abarcando los resultados, el trato recibido y la información proporcionada, para que un servicio sea aceptado y útil, debe satisfacer las necesidades de quien lo requiere, incorporando el componente de calidez y trato humano (Torrez, 2021). Asimismo, la aceptabilidad se vincula con el principio de autonomía, donde se respetan las decisiones del enfermo y su familia para aceptar o rechazar un acto terapéutico.

2.4 Tipos de Auditoría médica

Existen varios tipos de auditoría médica, se describen a continuación:

2.4.1 Auditoría interna y externa

La Auditoría médica interna se define como un procedimiento de carácter técnico (Orozco et al., 2024), evaluativo, preventivo y correctivo, que se caracteriza por ser propositivo y no punitivo, este tipo de auditoría se ejecuta dentro de la propia institución, utilizando sus propios recursos humanos (Theran, 2023), generalmente organizados a través de Comités de Auditoría Médica bajo la supervisión del Departamento de Gestión de Calidad.

Su objetivo principal es la autoevaluación y el mejoramiento continuo de la calidad de atención mediante el análisis del expediente clínico, verificando su correcto manejo y el cumplimiento de las normas y protocolos vigentes para identificar aciertos y errores, emitiendo recomendaciones internas (Camelo, 2017).

Por otro lado, la Auditoría Médica Externa es un procedimiento técnico, analítico y evaluativo de carácter correctivo, que es realizado por auditores acreditados externos al establecimiento de salud (Vargas, 2021), es decir, que no dependen institucionalmente de la organización auditada, este tipo de auditoría se aplica generalmente ante denuncias de mala práctica médica (Suárez, 2025) y consiste en la verificación del cumplimiento de normas y protocolos vigentes, mediante el análisis del expediente clínico, a diferencia de la interna, la externa suele ser convocada por una autoridad competente, como el SEDES o la ASUSS, o ante requerimientos legales.

2.4.2 Auditoría programada e inducida

La Auditoría programada también denominada periódica o recurrente se caracteriza por realizarse con un cronograma preestablecido (Balanzategui et al., 2022) y responde a una programación operativa anual, por ello su accionar es preventivo, correctivo y propositivo, eligiendo áreas y objetivos por conveniencia institucional (Mamani, 2022) para evaluar el cumplimiento de marcos de referencia establecidos, este tipo de auditoría se realiza de manera regular dentro de la programación de cada unidad o servicio del establecimiento de salud.

En contraste, la Auditoría inducida se realiza sin un cronograma previo, ya que surge por un hecho imprevisto, una contingencia o un requerimiento, no es periódica, pues se agota una vez que se investiga el hecho que la originó, su accionar es diagnóstico, propositivo y correctivo, circunscribiéndose a la investigación de un hecho puntual (Álava et al., 2023),

este tipo de auditoría se cumple con carácter perentorio en casos de pacientes hospitalizados o que se encuentren en curso de procedimientos de diagnóstico o tratamiento, y cierra con un informe final y recomendaciones relacionadas específicamente al caso auditado.

2.4.3 Auditoría de servicio y de caso

La Auditoría de servicio es aquella que evalúa la estructura, los procesos y los resultados de los servicios directos e indirectos habituales que se brindan en los establecimientos de salud, en ese entendido su finalidad es promover el mejoramiento de la calidad en los diferentes niveles de atención (Barrio, 2023), analizando cómo funcionan las unidades organizativas, por ejemplo, el servicio de Neonatología o Cirugía en relación con los estándares definidos y los recursos disponibles.

Por su parte, la Auditoría de caso se refiere a aquellas situaciones que, por su implicancia en las políticas de la institución, su carácter legal o su complejidad (Valencia, 2023), requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, entonces este tipo de auditoría se fundamenta en el análisis del expediente clínico (Parada et al., 2022) y sus anexos (Calle Y. , 2022), buscando un consenso técnico-científico basado en el conocimiento académico y legal, a menudo, exige el manejo de cargos y descargos por parte de quienes participaron en el proceso de atención y suele ser llevada a cabo por un equipo conformado por integrantes del Comité de Auditoría y peritos en el tema médico específico.

2.5 Proceso de auditoría médica

Desde una perspectiva teórica y de gestión, el proceso de auditoría se alinea con el ciclo de Deming o ciclo PHVA (Allayca, 2022) es decir planificar, hacer, verificar y actuar, en la fase de planificar, se analiza el proceso, se identifica el problema y se establecen objetivos y acciones, en la fase de hacer, se ejecutan las pruebas o cambios proyectados, en la fase de verificar, se miden los efectos comparando las metas (Arosemena, 2022) con los resultados obtenidos; aquí es donde herramientas como el diagrama de Pareto o

histogramas son útiles para el análisis (Chuctaya et al., 2024), finalmente, en la fase de actuar, se estandarizan las mejoras o se corrigen desviaciones para reiniciar el ciclo.

2.5.1 Etapas Normativas del Proceso

El cumplimiento de una auditoría (Albuja & Ordóñez, 2024), independientemente de su finalidad, debe seguir una secuencia de pasos específicos:

- 1) Identificación precisa del tópico o materia de análisis
- 2) Enfoque y análisis preliminar
- 3) Acopio de información, sistematización e investigación
- 4) La auditoría propiamente dicha
- 5) Evaluación técnica del informe
- 6) Definición y propuesta de un plan de acción rápida
- 7) Cierre e informe final
- 8) Emisión de recomendaciones

2.5.2 Informe final y toma de decisiones

Una vez concluido el análisis, se elabora el informe final (Aguirre et al., 2025), el cual debe ser redactado de forma ordenada, clara, concreta y sencilla, evitando ambigüedades, este informe debe establecer si existieron indicios de mala práctica, errores o, por el contrario, si la atención fue adecuada, en el caso de auditorías externas (Vargas C. , 2023), si se encuentran indicios de responsabilidad, es competencia del director técnico del SEDES ejecutar medidas como la instauración de procesos administrativos o la remisión al Ministerio Público, si no existen indicios, se procede a la liberación de cargos de los sujetos auditados.

2.6 Fases de la auditoría médica

2.6.1 Planificación

La planificación de la auditoría médica comienza con la identificación precisa del tópico o materia de análisis, justificando el motivo de esta, y la designación de funciones dentro

del comité auditor, como el nombramiento de un coordinador y un secretario (Camelo, 2017). En esta fase, que se alinea con la etapa de planear del ciclo de mejora continua, se analizan los datos disponibles, se establecen los objetivos de mejora y se programan las acciones, eligiendo áreas por conveniencia institucional o por requerimientos específicos. Además, se deben definir los documentos esenciales que constituirán el material de análisis, siendo el Expediente Clínico el principal instrumento testimonial (Aguilar, 2022) e insumo fundamental para evaluar las condiciones de funcionamiento del servicio.

2.6.2 Ejecución

La ejecución propiamente dicha consiste en el análisis sistemático y crítico del Expediente Clínico, contrastando la práctica médica registrada con la documentación pertinente, la normativa vigente, para el resumen analítico, examinando los hechos registrados y requiriendo, si fuera necesario, el asesoramiento de especialistas en el tema analizado (Capcha et al., 2022), este análisis pormenorizado debe cubrir elementos específicos como la historia clínica, notas de evolución, consentimiento informado, informes de exámenes complementarios y protocolos quirúrgicos, verificando su coherencia, integridad y cumplimiento normativo (Santana et al., 2023).

2.6.3 Hallazgos

Los hallazgos resultan de la comparación entre la atención brindada y los estándares establecidos en las normas y protocolos, permitiendo identificar tanto los aciertos como los errores cometidos, estos hechos destacables deben interpretarse y registrarse con claridad (Calle Y. , 2022); por ejemplo, investigaciones de auditoría han evidenciado hallazgos recurrentes como la falta de claridad en el registro, ausencia de lenguaje técnico, ilegibilidad, falta de firmas y sellos, o la falta de correlación entre el diagnóstico de admisión y el de sala (Rivera C. , 2024), las herramientas de calidad, como las hojas de verificación o el diagrama de Pareto, son útiles en esta etapa para detectar patrones de comportamiento, clasificar la información y priorizar las causas de los problemas encontrados.

2.6.4 Conclusiones

Una vez concluido el análisis, se procede a la elaboración del informe final, donde se redactan las conclusiones de forma ordenada, sencilla, clara y concreta, evitando expresiones ambiguas como es probable o quizás que generen duda, las conclusiones determinan (Calle et al., 2022), por ejemplo, el grado de calidad de los registros (Figueira et al., 2022) como ser, óptima, regular o deficiente o la existencia de una insuficiente capacidad técnica y metodológica en el llenado del expediente clínico, estableciendo si existe la intervención profesional del médico titular respaldada por normas. Este dictamen técnico refleja objetivamente la calidad de la prestación del servicio (Ramírez, 2023) y el cumplimiento de las normas institucionales y nacionales, sirviendo como base para la toma de decisiones.

2.6.5 Recomendaciones

El proceso culmina con la emisión de recomendaciones que buscan establecer medidas propositivas, preventivas y correctivas para el mejoramiento de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios (Balanzategui et al., 2022), estas recomendaciones deben ir acompañadas de un plan correctivo de acción rápida de cumplimiento obligatorio, señalando el problema y los responsables de la corrección para su aplicación. El seguimiento y control del cumplimiento de estas recomendaciones es responsabilidad de las máximas autoridades de la institución y del Gestor de Calidad (Urquiaga, 2024), asegurando que los cambios se conviertan en prácticas rutinarias para la mejora continua y evitando la repetición de los errores identificados.

2.7 Expediente clínico como instrumento de auditoría

El Expediente Clínico (EC) se define como el conjunto documental básico y fundamental para el registro de las características del proceso salud-enfermedad de un paciente, sirviendo como el instrumento testimonial que evalúa las condiciones de funcionamiento de cualquier servicio de salud (Rodríguez et al., 2022). En la auditoría médica, se constituye en la evidencia escrita más relevante respecto al desempeño profesional, ya que a través de su análisis se puede verificar el cumplimiento de normas, protocolos vigentes

(Calle Y. , 2022). No es simplemente un trámite administrativo, es un documento de valor legal y la base fundamental para la evaluación de la calidad de la atención (Ocampo, 2022). Operativamente, la auditoría médica se ejecuta mediante el análisis sistemático y crítico del expediente clínico, contrastando la práctica médica registrada con la documentación pertinente y la normativa vigente. El expediente clínico es la fuente primaria de información que permite reconstruir el proceso de atención, siendo el único medio probatorio documental de que se han llevado a cabo los tratamientos médicos y de enfermería, proporcionando así respaldo jurídico-legal a los profesionales (Colque, 2024). Por tanto, la calidad de la auditoría depende directamente de la calidad de los registros contenidos en el expediente, bajo la premisa de que lo que no está escrito se supone como no realizado.

Para que el expediente clínico funcione eficazmente como instrumento de auditoría, debe cumplir con condiciones básicas imprescindibles como la veracidad, el carácter científico, la integridad y la sujeción a la norma, además, debe garantizar la secuencialidad cronológica de los eventos y la claridad en los registros, evitando la letra ilegible, tachaduras o abreviaturas no estandarizadas, situaciones que son consideradas inaceptables e inobservancias dado el carácter médico-legal del documento (Herrera, 2024). Asimismo, es fundamental la correcta identificación de todo el personal que interviene, mediante firma, nombre completo y sello, para delimitar responsabilidades durante la evaluación.

Durante el proceso de auditoría, se examinan componentes del expediente para validar la calidad de la atención, se verifica la coherencia entre el diagnóstico de ingreso (Gil et al., 2024), los exámenes complementarios y el tratamiento instaurado, así como la presencia de notas de evolución que justifiquen las decisiones clínicas, existen elementos críticos como el Consentimiento Informado son revisados para asegurar que el paciente recibió la información necesaria sobre riesgos y beneficios, de igual manera, los registros de enfermería son auditados minuciosamente, ya que constituyen la constancia del cumplimiento de las prescripciones médicas y reflejan la vigilancia continua del paciente (Calle Y. , 2022).

El expediente clínico como herramienta de auditoría trasciende la evaluación técnica, convirtiéndose en el elemento probatorio más importante para enfrentar juicios por supuesta mala praxis o negligencia, lo que permite invalidar argumentos acusatorios si el

registro es completo y adecuado (Ledezma & Freddy, 2025), su análisis permite identificar brechas entre la práctica real y los estándares ideales, facilitando la elaboración de planes de mejora continua y sirviendo como insumo esencial para la gestión administrativa, la docencia y la investigación en los servicios de salud.

2.7.1 Estructura obligatoria del expediente según norma técnica

Basado en la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico y el Manual de Auditoría en Salud vigentes en el Sistema Nacional de Salud, la estructura obligatoria se rige por principios estrictos de ordenamiento, foliación y cronología para garantizar su integridad y funcionalidad.

El Expediente Clínico (EC) debe organizarse en siete secciones (Calle Y. , 2022) claramente identificables, preferiblemente diferenciadas por colores, para facilitar una consulta rápida, la estructura obligatoria es la siguiente:

- **Primera Sección:** Contiene los documentos básicos como la papeleta de internación, gráfica de signos vitales, nota de ingreso, epicrisis, historia clínica propiamente dicha y los formularios de consentimiento informado, colocados en orden cronológico.
- **Segunda Sección:** Agrupa los informes de exámenes complementarios como ser de laboratorio, imagenología, anatomía patológica, los cuales deben ordenarse por afinidad y fecha, colocando los más recientes en primer plano.
- **Tercera Sección:** Corresponde a las notas de evolución, interconsultas e informes médicos, ordenados por fechas con los más actuales al principio.
- **Cuarta Sección:** Destinada a los protocolos de procedimientos invasivos, quirúrgicos, anestésicos y documentos de referencia/transferencia.
- **Quinta Sección:** Incluye las hojas de indicaciones médicas y tratamiento, ordenadas cronológicamente con las más recientes en primer plano.
- **Sexta Sección:** Exclusiva para enfermería, conteniendo notas de reporte y registros de administración de medicamentos, agrupados sin mezclarse con otros reportes.

- **Séptima Sección:** Contiene documentos administrativos de egreso, copia del certificado de defunción o protocolo de autopsia si corresponde.

La foliación es un requisito indispensable para la integridad y la auditoría del expediente, la norma establece que todos los elementos que componen el expediente deben estar debidamente foliados en orden correlativo (Zuñiga, 2025), asegurando que no se sustraigan ni añadan documentos arbitrariamente, cada página o carilla debe contar con un pequeño recuadro en alguno de sus ángulos para el registro correlativo del número de página por sección.

La falta de foliación o una foliación defectuosa como la doble numeración, tachaduras se considera una inobservancia normativa y un defecto administrativo grave que compromete la seguridad documental.

La secuencialidad es una condición básica del expediente clínico, lo que implica que los registros de la atención deben consignarse en secuencia cronológica estricta conforme ocurren los hechos, cada nota de evolución, enfermería, indicaciones, etc. debe registrar fecha y hora exacta (Colque, 2024), sin embargo, para efectos de archivo y manejo asistencial dentro de la carpeta, la norma que documentos como los exámenes complementarios, notas de evolución y hojas de indicaciones deben ordenarse colocando los últimos o más actualizados en primer plano (Torrez, 2021), facilitando así el acceso a la información más reciente del estado del paciente.

2.8 Cuidados intensivos neonatales y pediátricos (UTIN-UTIP)

2.8.1 Características del paciente crítico

El paciente crítico pediátrico se define como aquel que presenta un desequilibrio de uno o más sistemas fisiológicos principales, con pérdida de la autorregulación, lo que puede derivar en un deterioro con daño orgánico irreversible o la muerte (Padilla, 2022), siendo esta condición potencialmente reversible, esta situación requiere un control estricto mediante monitoreo invasivo y la necesidad de una terapéutica inmediata.

En el caso del neonato, se considera crítico a todo recién nacido con cualquier proceso mórbido que ponga en peligro su vida y que tenga posibilidad de resolverse mediante la

intervención de un equipo humano (Manobanda et al., 2025) y tecnológico especializado, como ocurre en las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

La vulnerabilidad de estos pacientes radica en su inmadurez fisiológica y anatómica (Manobanda et al., 2025), en el sistema cardiovascular, los niños poseen elementos contráctiles del corazón menos desarrollados, una menor masa efectiva contráctil y una inmadurez del sistema de conducción, lo que genera una respuesta poco homogénea a las catecolaminas y aumenta el riesgo de insuficiencia cardíaca.

Asimismo, los neonatos presentan riesgos relacionados con la termorregulación, siendo susceptibles tanto a la hipotermia como a la hipertermia debido a factores ambientales y de manejo (Duque & Crespo, 2023). Además, son propensos a trastornos metabólicos severos como hipoglucemia, hipocalcemia y acidosis metabólica, que requieren corrección inmediata para evitar daño neurológico.

La atención de estos pacientes conlleva riesgos elevados derivados de la complejidad de las intervenciones y la dependencia tecnológica, se ha identificado que los eventos adversos son frecuentes en las Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), siendo los más comunes las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) 35.7%, las úlceras por decúbito 24.1% debido a la inmovilidad, y la extubación no programada 17.9% (Forest, 2023).

Los procedimientos invasivos necesarios para el soporte vital, como la instalación de catéteres venosos centrales o arteriales, conllevan riesgos de complicaciones mecánicas como ser, neumotórax, hemorragias, infecciosas y trombóticas, agravadas por el calibre reducido de los vasos en estos pacientes (Manobanda et al., 2025).

El manejo farmacológico constituye otro aspecto crítico de vulnerabilidad, la preparación y administración de fármacos en pediatría y neonatología (Manobanda et al., 2025) es un proceso complejo propenso a errores de dosificación debido a la necesidad de cálculos exactos por peso y diluciones específicas, lo que se identifica como un factor de riesgo importante para la seguridad del paciente.

Adicionalmente, el uso prolongado de sedo-analgésia en la UTIP expone al niño al riesgo de desarrollar síndrome de abstinencia tras la interrupción brusca o disminución rápida de opioides y benzodiazepinas (Lasaosa et al., 2025), complicación que requiere vigilancia estrecha mediante escalas como Finnegan o WAT-1.

La vía aérea pediátrica presenta desafíos particulares que aumentan el riesgo durante el manejo respiratorio, existen condiciones anatómicas o síndromes congénitos que configuran una vía aérea difícil, requiriendo manejo por personal experto para evitar traumas o hipoxia durante la intubación (Lasaosa et al., 2025). Las patologías respiratorias agudas, como la neumonía grave o el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), requieren estrategias de ventilación mecánica complejas que, si bien son vitales, conllevan riesgos de lesión pulmonar inducida por el ventilador si no se aplican estrategias de protección pulmonar adecuadas.

2.8.2 Estándares de infraestructura y equipamiento en unidades críticas

La infraestructura de las unidades críticas (UTIN y UTIP) debe ubicarse en una zona de circulación semi restricta y contar con accesos independientes, claramente señalizados y con puertas de ancho mínimo de 90 cm que permitan el paso de camillas e incubadoras (Gómez, 2025). En cuanto al espacio físico, para la UTIN (Unidad de Terapia Intensiva Neonatal) se exige un área de por lo menos 9 a 11 m² de superficie por cada cupo, con una distancia mínima entre incubadoras de 1,5 metros; mientras que para la UTIP (Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica), se requiere no menos de 9 m² por cama, destinando el 50% del área total a zonas de apoyo, y se recomienda un número no menor de seis camas para mantener la eficiencia operativa (Zuvanov et al., 2023). Los acabados deben incluir paredes lisas, lavables y con esquinas redondeadas, así como pisos antideslizantes e impermeables para facilitar la limpieza y desinfección.

Es requisito indispensable contar con un sistema de ductos para gases que incluya, por cada unidad o cama, un mínimo de dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido medicinal y una o dos de aspiración central con vacío adecuado de al menos 200 mmHg, el sistema de climatización es crítico (Zuvanov et al., 2023), en neonatología, debe mantener una temperatura ambiente controlada alrededor de 24-26°C y una humedad relativa entre 30-60%, lo que garantiza además un recambio de aire filtrado de al menos 4 a 6 veces por hora para reducir la carga bacteriana ambiental.

Las unidades deben poseer un sistema eléctrico seguro, con conexión a tierra y circuitos de emergencia que aseguren el funcionamiento ininterrumpido de los equipos de soporte vital (Padilla, 2022). Se estipula una cantidad mínima de enchufes por unidad, en la UTIN

se requieren mínimo 5, siendo óptimo 15 enchufes dobles de grado médico, y en la UTIP no menos de 10 enchufes por cama, ubicados a una altura que facilite la conexión y evite desconexiones accidentales. Asimismo, es necesario contar con una iluminación general adecuada y luz focalizada de alta intensidad para procedimientos, además de sistemas de alarma visuales y audibles para la monitorización de pacientes.

El equipamiento mínimo para el funcionamiento son los respiradores mecánicos microprocesados, monitores multiparamétricos invasivos y no invasivos por cada paciente, y bombas de infusión continua de precisión, además, es obligatorio contar con un carro de reanimación completo por unidad, equipado con desfibrilador, laringoscopios, tubos endotraqueales, bolsas de resucitación y fármacos para soporte vital avanzado (Manobanda et al., 2025).

La estructura debe contemplar áreas de apoyo esenciales como la estación de enfermería con visualización directa de los pacientes, áreas para preparación de medicamentos, depósito de equipos y áreas diferenciadas para material limpio y sucio (Manobanda et al., 2025). Para garantizar la bioseguridad, es imperativo la existencia de lavamanos accionables por codo, pie o sensor en el ingreso a la unidad y distribuidos estratégicamente y que dispongan de dispensadores de jabón y toallas desechables, también se debe disponer de equipos portátiles de rayos X, acceso a ecografía y laboratorio las 24 horas del día.

2.9 Protocolos de diagnóstico y tratamiento

Los protocolos de diagnóstico y tratamiento en Neonatología y Terapia Intensiva Pediátrica son disposiciones técnicas que reflejan la técnica actual, se ajusta a la normativa vigente para garantizar la calidad de atención, la Gestión Clínica se define precisamente como la estrategia que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria sustentados en la mejor evidencia científica del momento (Calle et al., 2022), busca ofrecer los mejores resultados posibles en la práctica diaria y reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica.

Por tanto, estas normas deben ser revisadas y actualizadas conforme al avance de la ciencia y las evidencias para garantizar su vigencia y utilidad en el manejo de patologías prevalentes.

La atención crítica (UTIN y UTIP), donde los pacientes presentan condiciones que ponen en peligro su vida y requieren monitoreo invasivo o soporte vital, la aplicación de protocolos es fundamental para disminuir la variabilidad entre médicos ante un mismo proceso patológico, las guías de práctica clínica y los protocolos actúan como productos de gestión del conocimiento que incluyen el resultado de la revisión sistemática de la evidencia científica (Mejia, 2025), ayudando a la toma de decisiones en el plan de cuidados, esto es vital para minimizar retrasos, mejorar el uso de recursos tecnológicos y farmacológicos (Manobanda et al., 2025), y maximizar la calidad de la asistencia en situaciones complejas.

El apego a protocolos basados en evidencia no es solo una cuestión técnica, sino un imperativo ético en las unidades de cuidados intensivos, los principios de bioética que regulan el funcionamiento de la UTIN y la UTIP, específicamente la no maleficencia, se basan explícitamente en el cumplimiento de protocolos que establecen la buena práctica clínica (Padilla, 2022), lo que evita generar mayor daño que la propia enfermedad, asimismo, el principio de beneficencia exige aplicar de forma idónea, oportuna y eficiente los conocimientos científicos para preservar la vida y recuperar la salud del paciente crítico,.

Estos protocolos constituyen la base normativa para la realización de Auditorías Médicas Internas y Externas, el acto médico se define como toda intervención profesional respaldada por protocolos y normativa vigente; por ende, la auditoría verifica el cumplimiento de estas normas mediante el análisis del expediente clínico (Calle Y. , 2022). La existencia, conocimiento y aplicación de estos protocolos es un requisito indispensable para la certificación y acreditación de los establecimientos de salud, asegurando que la atención brindada en áreas críticas cumpla con los estándares de calidad exigidos.

2.10 Seguridad del paciente en unidades de terapia intensiva

Un Evento Adverso (EA) se define como la lesión o daño ocasionado al paciente producido por la atención o intervención en salud y que no es producida intencionalmente, ni por la enfermedad misma del paciente, estos eventos pueden clasificarse según su gravedad como leves, moderados, graves o centinela y su posibilidad de prevención (Fernandes et al., 2024). Por otro lado, el incidente se entiende como un evento no deseado en la operativa

de la institución o en el cuidado del paciente, que podría derivar en un reclamo, pero que no necesariamente generó un daño en ese momento.

La diferenciación fundamental entre un error médico y una complicación propia de la enfermedad o evento adverso no prevenible radica en el cumplimiento de los estándares de cuidado, el evento adverso prevenible que es asociado al error, es aquella lesión que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles (Barrio, 2023); mientras que el evento adverso no prevenible o complicación es la lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento estricto de dichos estándares. Jurídicamente, el error médico suele vincularse a la mala praxis en sus formas de impericia por falta de conocimientos técnicos, negligencia entendido como descuido o desatención, imprudencia entendido como el exceso de confianza sin medir consecuencias o inobservancia de normas y reglamentos.

La seguridad del paciente busca reducir los riesgos mediante el diseño de sistemas que prevengan el error humano, según el modelo del Queso Suizo de James Reason, los eventos adversos ocurren cuando se alinean las fallas o agujeros en las diferentes capas de defensa del sistema; por tanto, las barreras de seguridad son esenciales (Balanzategui et al., 2022) para tapar estos agujeros y detener la cadena causal del error antes de que alcance al paciente, en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde se toman decisiones complejas en cortos periodos de tiempo, el entorno es más propenso a errores, haciendo indispensable la implementación de estas barreras sistémicas.

Para fortalecer estas barreras, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido seis Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, las cuales son aplicables en las unidades críticas para mitigar riesgos (OMS, 2006):

1. Identificar correctamente a los pacientes antes de cada procedimiento.
2. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales de salud.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías y procedimientos en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.
6. Reducir el riesgo de caídas.

El Consentimiento Informado (CI) se rige por principios bioéticos fundamentales, no maleficencia, beneficencia, justicia y especialmente, la autonomía, dado que los pacientes menores de edad carecen de capacidad legal y de competencia cognitiva para tomar decisiones complejas (Herrera, 2024), la autonomía se ejerce a través de los padres, tutores o representantes legales, quienes se constituyen en los decisores para efectos de los procedimientos médicos.

Legalmente, el CI es la potestad de aceptar o rechazar procedimientos tras recibir información clara sobre beneficios y riesgos, sin embargo, existen excepciones críticas en las unidades de terapia intensiva, en situaciones de emergencia o riesgo de vida inminente, donde el tiempo es vital, el consentimiento puede obviarse momentáneamente si su obtención perjudica la salud inmediata del paciente o si los padres no están presentes, esta excepción está respaldada por el Artículo 44 de la Constitución Política del Estado, que permite la intervención quirúrgica o médica sin consentimiento cuando existe peligro inminente para la vida (Calle et al., 2022), en estos casos, se debe informar a los familiares lo antes posible sobre las acciones heroicas o de soporte vital realizadas.

2.11 Marco normativo

2.11.1 Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico

La Ley N° 3131, promulgada el 8 de agosto de 2005, tiene por objeto regular el ejercicio profesional médico en Bolivia y su ámbito de aplicación abarca todo el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores público, seguridad social donde se encuentran los entes gestores y privado con o sin fines de lucro, esta ley define el Acto Médico como toda intervención profesional respaldada por protocolos y normativa vigente, realizada con calidad y calidez humana.

En cuanto a los derechos y deberes, la norma establece que el médico tiene derecho a ejercer la profesión en forma libre y sin presiones, a que se respete su criterio médico, diagnóstico y terapéutico, y a trabajar en condiciones adecuadas para el desempeño de sus funciones. Asimismo, entre sus deberes fundamentales destaca el cumplimiento de los principios éticos, la colaboración a las autoridades del Sistema Nacional de Salud y el respeto al consentimiento expreso del paciente. Respecto a la auditoría médica, el artículo

15 la define como un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, preventivo y correctivo, destinado a emitir un dictamen o certificación independiente sobre el acto médico y la gestión de calidad, siendo realizada exclusivamente por profesionales médicos debidamente acreditados.

2.11.2 Decreto Supremo N° 28562

Este decreto, promulgado el 22 de diciembre de 2005, reglamenta la Ley 3131 y establece que la gestión de calidad es inexcusable para los médicos en todos los establecimientos de salud. Para ello, dispone que en los hospitales de segundo y tercer nivel se implemente el Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación, el cual tiene bajo su responsabilidad a los comités de asesoramiento, incluyendo el Comité de Auditoría Médica y Expediente Clínico.

El articulado diferencia claramente los tipos de auditoría:

- **Auditoría Médica Interna (Art. 16):** Es un proceso unitario, educativo y preventivo de aplicación regular para el aseguramiento de la calidad, conducido por los Comités de Auditoría Médica bajo supervisión institucional.
- **Auditoría Médica Externa (Art. 17):** Es un procedimiento que se realiza ante denuncias de mala práctica médica. Consiste en la verificación del cumplimiento de normas y protocolos vigentes mediante el análisis del expediente clínico y es conducida por la Autoridad Departamental de Salud (SEDES) o la autoridad de la Seguridad Social actualmente ASUSS cuando corresponda.

2.11.3 Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo

La ASUSS, creada mediante el Decreto Supremo N° 3561 del 16 de mayo de 2018, tiene la finalidad de regular, controlar, supervisar y fiscalizar la Seguridad Social de Corto Plazo, protegiendo los intereses de los asegurados y beneficiarios. Entre sus funciones específicas de control, la ASUSS tiene la atribución de realizar auditorías médicas externas previa realización de una auditoría médica interna y de fiscalizar la correcta prestación de los servicios de salud institucionales.

En relación con las Normas de Diagnóstico y Tratamiento, la ASUSS aprueba y pone en vigencia documentos normativos de aplicación obligatoria para todos los entes gestores.

Estas normas, como las aplicadas a Pediatría y Neonatología aprobadas mediante Resoluciones Administrativas como la N° 074/2019, estandarizan la atención basándose en la mejor evidencia científica. Son instrumentos de cumplimiento obligatorio que deben ser utilizados para la realización de auditorías médicas internas y externas, y no pueden ser modificadas sin fundamentación técnica a través de la ASUSS. Estas normas definen criterios de admisión a terapia intensiva, protocolos de manejo clínico y requisitos de infraestructura y equipamiento para la atención de pacientes críticos pediátricos y neonatales.

III. Marco metodológico

3.1 Enfoque

La presente investigación se adscribe a un enfoque cuantitativo, fundamentado en el paradigma positivista, ya que busca medir de manera objetiva el grado de cumplimiento de las normas mediante la recolección y el análisis de datos numéricos. Este enfoque permite traducir los hallazgos de la auditoría médica en indicadores estadísticos de cumplimiento. Según Hernandez-Sampieri, (2018) “el enfoque cuantitativo es aquel que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías”.

A través de la aplicación de instrumentos estructurados, se cuantificará el estado del llenado de expedientes clínicos y adherencia del tratamiento a la guías clínicas en la UTIN y UTIP. El uso de este enfoque garantiza la replicabilidad y la objetividad del estudio, facilitando la identificación de brechas críticas mediante el procesamiento de datos en software estadístico, lo que a su vez permite emitir conclusiones basadas en evidencia medible y verificable.

3.2 Tipo y diseño de estudio

La presente investigación se define como un estudio de tipo observacional, dado que se limita a describir y analizar las variables de interés sin intervenir o manipular el estado clínico de los pacientes ni los procesos de atención del personal de salud. Según Manterola, (2014) “el estudio observacional es esencial en el ámbito de la salud para identificar la frecuencia y distribución de eventos, permite describir la realidad de los servicios sin introducir sesgos por experimentación”.

Asimismo, posee un carácter evaluativo, puesto que busca confrontar la práctica médica real documentada frente a un estándar o norma preestablecida para emitir un juicio de valor sobre su cumplimiento.

El diseño de la investigación es una auditoría médica retrospectiva, se fundamenta en el análisis de eventos ya ocurridos, utiliza como fuente primaria de información los registros secundarios contenidos en los expedientes clínicos, este diseño permite examinar la coherencia de las decisiones médicas y la calidad de los registros en un periodo de tiempo determina, garantiza la objetividad al basarse exclusivamente en la evidencia documental existente.

3.3 Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Petrolero de Obrajes, perteneciente a la Caja Petrolera de Salud en la ciudad de La Paz, Bolivia. Específicamente, la investigación se circunscribe a las áreas de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) y la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Estas unidades han sido seleccionadas debido a su alta complejidad técnica y la rigurosidad normativa que exige la atención de pacientes en estado crítico, lo que las convierte en puntos estratégicos para la evaluación de la gestión de calidad y seguridad del paciente.

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población

La población del presente estudio es de carácter finito y está constituida por un universo de 93 historias clínicas correspondientes a pacientes que recibieron atención en las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal y Pediátrica (UTIN /UTIP) del Hospital Petrolero de Obrajes durante el periodo de la gestión 2025, estos expedientes representan la totalidad de la evidencia documental del acto médico realizado en dichas unidades y constituyen la base para la evaluación del cumplimiento normativo.

Tabla 1 Población

Mes	Población UTIN	Población UTIP	Total
Enero	7	4	11
Febrero	4	2	6
Marzo	7	3	10
Abril	3	0	3
Mayo	4	2	6
Junio	4	3	7
Julio	6	2	8
Agosto	6	2	8
Septiembre	9	3	12
Octubre	9	3	12
Noviembre	3	3	6
Diciembre	6	3	9
Total	62	31	93

3.4.2 Muestra

Dada la magnitud de la población y con el objetivo de dotar a la investigación de la mayor validez posible, se ha definido como una muestra del UTIP y UTIN. Por tanto, la muestra es probabilística de tipo muestreo aleatorio simple. Es decir, se analizarán los 75 Expedientes clínicos de la gestión 2025. Su distribución mensual y de la gestión 2025 se describe a continuación:

Tabla 2 Muestra

Mes	Muestra UTIN	Muestra UTIP	Total
Enero	5	2	7
Febrero	3	2	5
Marzo	5	2	7
Abril	2	0	2
Mayo	3	1	4
Junio	3	2	5

Julio	4	1	5
Agosto	4	1	5
Septiembre	7	3	10
Octubre	7	3	10
Noviembre	2	2	4
Diciembre	4	2	6
Total	50	25	75

3.4.3 Técnica de Muestreo

Para la presente investigación se empleó un muestreo aleatorio simple, seleccionando un total de 75 historias clínicas correspondientes a las unidades de cuidados intensivos neonatal (UTIN) y pediátrica (UTIP), la población de referencia estuvo conformada por 93 historias clínicas (62 de UTIN y 31 de UTIP), de las cuales se extrajo la muestra proporcional de 50 casos de UTIN y 25 casos de UTIP, la técnica de muestreo aleatorio simple garantiza que cada historia clínica de la población tenga la misma probabilidad de ser incluida en la muestra, reduciendo sesgos de selección y asegurando la representatividad de los datos.

3.5 Operacionalización de variables

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Categoría	Instrumento
Analizar la calidad técnica de los registros en los expedientes clínicos de la UTIN y UTIP.	Calidad del Registro Clínico	Conjunto de características de legibilidad, pulcritud, integridad y autoría de los	Evaluación del ordenamiento, foliación, presencia de firmas, sellos y	Cualitativa Ordinal	Cumple / No Cumple / No Registra	Formulario N° 3 (Ítems 1 al 17, 27 al 29, 45, 68, 69)

			documentos médicos.	claridad de las notas de evolución y enfermería.			
Determinar el grado de adherencia de los procedimientos médicos a los protocolos de diagnóstico y tratamiento.	Adherencia Normativa y Clínica	El nivel de concordancia entre el acto médico realizado y los protocolos establecidos por la autoridad de supervisión.	Contraste entre el diagnóstico de ingreso, los exámenes solicitados y el tratamiento farmacológico administrado.	Cualitativa Nominal	No Coherente ⁸⁸⁸⁸	/	Formulario N° 3 (Ítems 18 al 26, 30, 31, 76 al 79, 83)
Establecer recomendaciones basadas en los hallazgos para optimizar la gestión de calidad.	Plan de Acción Correctiva	Conjunto de medidas propuestas para subsanar las no conformidades detectadas en la auditoría.	Identificación de fallas técnicas y legales para la formulación de sanciones, capacitaciones o instructivo.	Cualitativa Nominal	Recomendación Técnica / Recomendación Administrativa	/	Matriz de Hallazgos y Formulario N° 4

3.6 Técnicas de investigación

3.6.1 Técnica de revisión documental

La revisión documental constituye el centro de esta investigación, se define según Martínez et al., (2023) “como un proceso complejo que integra actividades de diversas disciplinas, como la lingüística, la documental, la cognitiva y la social, destacando el rol del analista como un investigador o profesional que debe poseer competencias técnicas y científicas para realizar un análisis exitoso” (Martínez et al., 2023)

Su aplicación práctica implica el acceso a los archivos del Hospital Petrolero de Obrajés para someter a las 75 historias clínicas de la muestra a un observación detallada, se utiliza esta técnica para verificar la presencia de documentos obligatorios y para constatar que el contenido de dichas notas guarde coherencia con la evolución del paciente neonatal o pediátrico, transformando la información cualitativa del médico en datos verificables para la auditoría.

3.6.2 Técnica hipotético-deductivo

Según (Arbulu, 2023) “método hipotético-deductivo implica definición estricta de variables, medición y control, muestreo estructurado y generalización desde una muestra a hacia una población”

Esta investigación emplea la técnica del método hipotético-deductivo, la cual permite articular la teoría con la realidad observada, el proceso inicia con la formulación de una hipótesis basada en la sospecha científica de que existe una brecha entre la praxis médica y la norma, a partir de esta premisa general, se deducen consecuencias lógicas que serán puestas a prueba durante la auditoría en las unidades de UTIN y UTIP.

En la práctica, se aplica comparando el deber ser la normativa del Seguro Social a Corto Plazo con el ser la atención documentada. Si los hallazgos de la revisión documental muestran discrepancias constantes, el método permite deducir el grado de incumplimiento normativo y, finalmente, validar o rechazar la hipótesis planteada.

3.6.3 Técnica estadística

La técnica estadística se utilizó para el procesamiento, organización y presentación de los resultados obtenidos tras la auditoría, dado el enfoque cuantitativo del estudio, se empleará la estadística descriptiva para tabular las frecuencias y porcentajes de cumplimiento de cada indicador evaluado en la lista de cotejo. Según (Martínez et al., 2015) “la estadística estudia los métodos científicos para recoger, organizar, resumir y analizar datos, así como para sacar conclusiones válidas y tomar decisiones razonables basadas en tal análisis.”

Su aplicación consiste en trasladar las observaciones al software SPSS, donde se generarán medidas de tendencia central y de distribución de frecuencias, esto permitirá cuantificar, el porcentaje exacto del estado de llenado de expedientes clínicos y adherencia del tratamiento a la guías clínicas. Esta técnica facilita la elaboración de gráficos estadísticos que visualizan las áreas de intervención, permite una interpretación objetiva de las no conformidades detectadas en el hospital.

Como instrumento principal, se utilizó el formulario tres de Auditoría Médica, diseñada específicamente bajo los criterios de la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico del Ministerio de Salud y la normativa de la ASUSS, este instrumento permitirá evaluar de forma dicotómica (Cumple / No cumple) la presencia y calidad de documentos críticos como la hoja de admisión, notas de evolución, órdenes médicas, consentimiento informado y epicrisis.

Los hallazgos serán registrados en una Matriz de Cumplimiento Normativo. esta matriz servirá para tabular los datos obtenidos y compararlos directamente con los estándares de protocolos de diagnóstico y tratamiento para las unidades de cuidados críticos, permitiendo cuantificar el nivel de adherencia a la normativa del Seguro Social a Corto Plazo.

3.6.4 Análisis de datos

El procesamiento de la información se realizó mediante un análisis estadístico descriptivo, los datos recolectados serán sistematizados en una base de datos en SPSS, donde se calcularán frecuencias y porcentajes.

Asimismo, se llevó a cabo una clasificación de los hallazgos según su gravedad, categorizando las deficiencias detectadas en, Leves, Moderadas y Graves, esta jerarquización permite que la auditoría proporcione recomendaciones prioritarias

3.6.5 Consideraciones éticas

La presente investigación se rige estrictamente por los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la normativa nacional vigente, se garantiza la absoluta confidencialidad de la información mediante el proceso de anonimización; esto significa que no se registrarán nombres, números de cédula ni ningún dato que permita identificar a los pacientes o al personal médico auditado, utilizando en su lugar códigos de identificación únicos para cada expediente.

Al tratarse de un estudio que utiliza datos secundarios, no se requiere contacto directo con los pacientes; sin embargo, se respetará la propiedad institucional de la información. Para la ejecución del estudio, se gestionará la autorización oficial de la Dirección Médica del Hospital Petrolero de Obrajes y se someterá el protocolo a la revisión del Comité de Ética e Investigación correspondiente, asegurando que el uso de los datos sea exclusivamente con fines científicos y de mejora de la calidad hospitalaria.

3.7 Instrumento

El instrumento de recolección de datos seleccionado para esta investigación es el Formulario N° 3 de Verificación Documental (Anexo A), el cual constituye una herramienta técnica estandarizada dentro del Sistema de Salud de Bolivia. Este formulario tiene como propósito fundamental realizar una evaluación del expediente clínico para determinar el cumplimiento de la normativa vigente en el Seguro Social a Corto Plazo.

Su estructura se basa en 86 ítems de evaluación, diseñados para registrar datos de forma dicotómica mediante las opciones: SI, NO, NO APLICA y NO REGISTRA. El instrumento permite auditar desde aspectos formales del expediente hasta aspectos de fondo relacionados con la praxis médica, tales como la coherencia diagnóstica, la adherencia a protocolos farmacológicos y la presencia del consentimiento informado.

El formulario se organiza en secciones que cubren todas las etapas del acto médico, inicialmente, evalúa la calidad de los registros de evolución y prescripción, posteriormente, profundiza en la seguridad del paciente y protocolos terapéuticos, analizando la administración de fármacos, la gestión de interconsultas y el manejo de complicaciones.

Finalmente, el instrumento verifica la validez legal, el cierre del caso y el correcto llenado de la epicrisis y notas de egreso.

3.8 Aporte esperado

En el ámbito técnico-normativo, este estudio proporcionará datos sobre el grado de concordancia que existe entre la práctica clínica diaria y el marco legal, el aporte principal radica en la identificación sistemática de las no conformidades en los registros de la UTIN y UTIP, permitiendo que la institución cuente con evidencia objetiva para corregir omisiones legales.

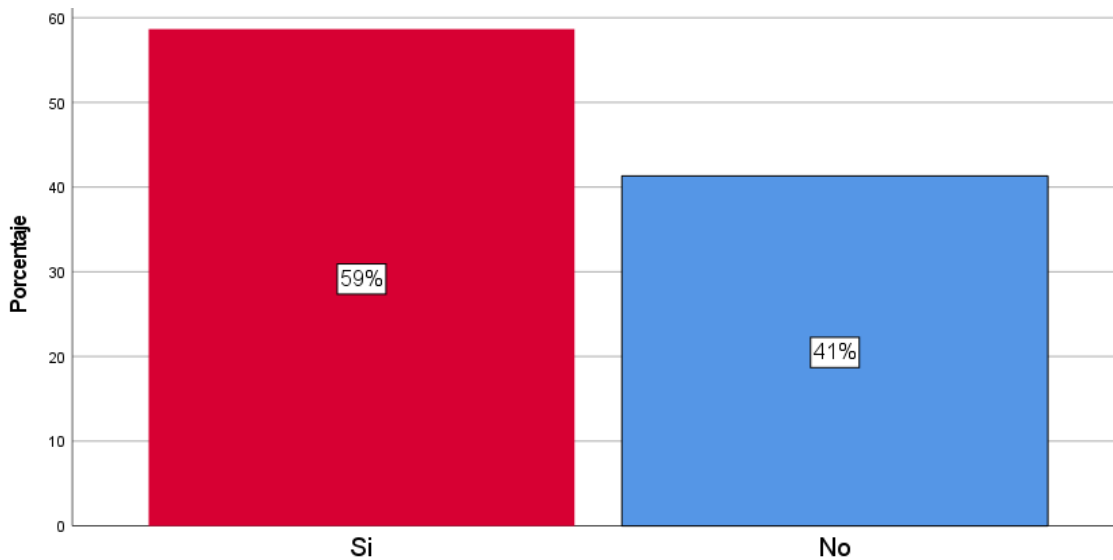
A nivel institucional, la investigación entregará un Plan de Acción Correctiva diseñado bajo los lineamientos de la auditoría médica, este documento servirá como una herramienta de gestión para las autoridades del hospital, facilitando la implementación de programas de capacitación. Con esto, se espera optimizar los procesos administrativos y reducir la vulnerabilidad del hospital ante posibles procesos de auditoría externa o contingencias médico-legales; El aporte social se traduce en una mejora en la seguridad del paciente neonatal y pediátrico, al garantizar que los procedimientos de diagnóstico y tratamiento se adhieran estrictamente a los protocolos de atención clínica y a las normas de conducta médico-sanitaria, se minimiza el riesgo de eventos adversos y reacciones medicamentosas no controladas.

IV. Resultados

4.1 Resultados sobre la calidad técnica de los registros

4.1.1 Integridad y responsabilidad medica

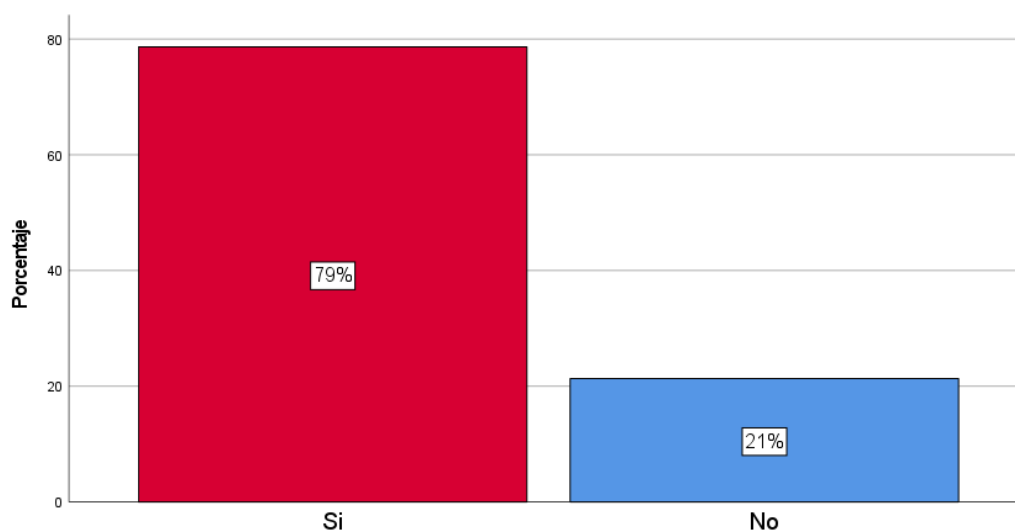
Gráfico. 1 El expediente médico esta completo



Fuente: Elaboración propia.

Se observa que solo el 59% de los expedientes clínicos están completos, mientras que el 41% restante no están completos este alto porcentaje de deficiencia deja en evidencia la falta de documentación y cumplimiento de la normativa.

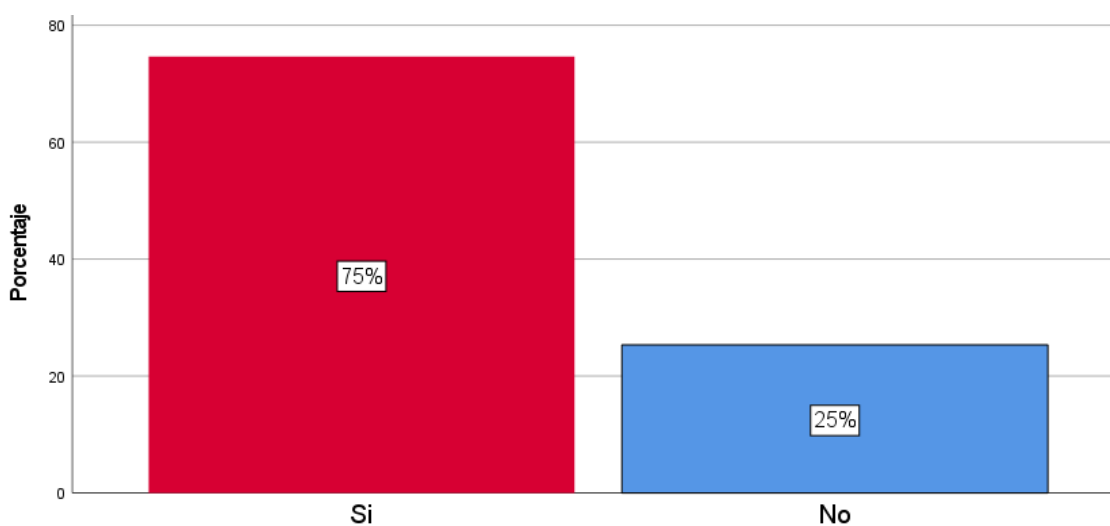
Gráfico. 2 El expediente clínico esta ordenado de acuerdo con la norma



Fuente: Elaboración propia.

Se observa que existe un cumplimiento mayoritario de las normas establecidas de los expedientes clínicos, donde el 79% se encuentran ordenados de acuerdo con la normativa frente a un 21% que no cumplen con los criterios normativos.

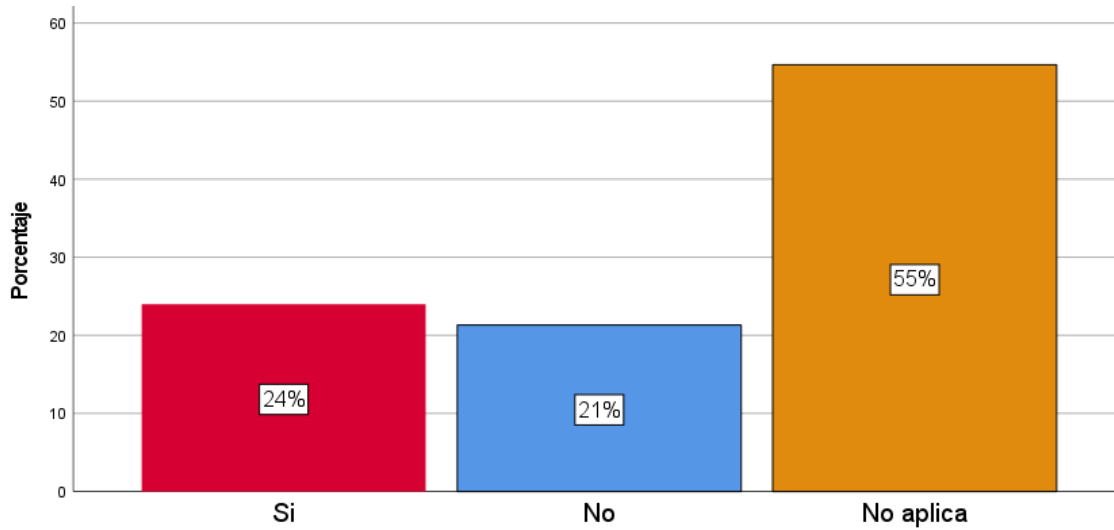
Gráfico. 3 En el expediente clínico se identifica con precisión al principal médico tratante o "médico de cabecera" del paciente



Fuente: Elaboración propia.

El 75% de los expedientes clínicos identifica con precisión al médico tratante, por otra parte, el 25% restante no especifica quien es el principal médico tratante.

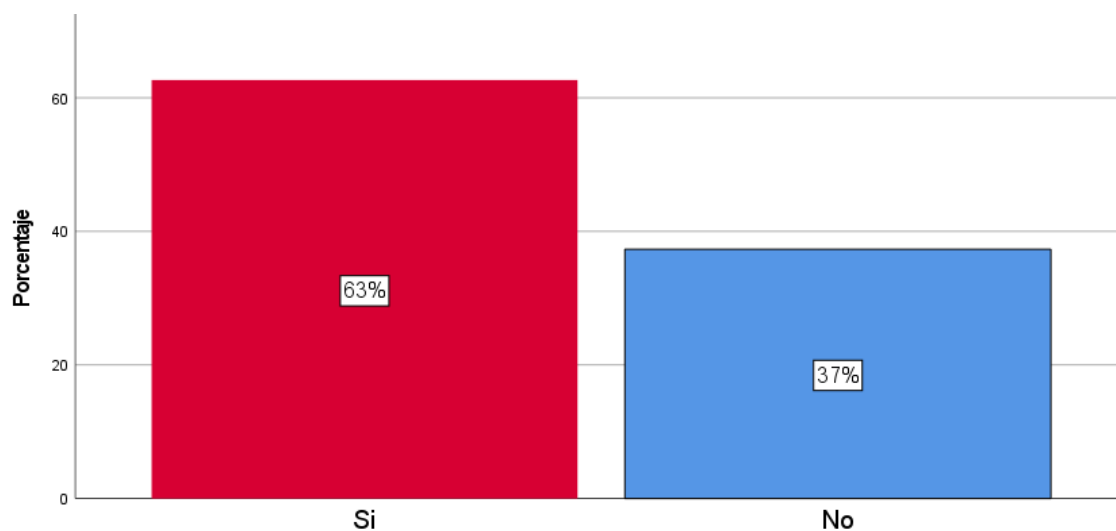
Gráfico. 4 El expediente clínico contiene Consentimiento Informado para todos los procedimientos especiales y cirugías realizadas



Fuente: Elaboración propia.

Respecto al cumplimiento legal de intervenciones invasivas, se refleja que un 55% de los expedientes clínicos no aplican, por lo cual no requirieron procedimientos especiales, sin embargo, un 24% si presentaba Consentimiento Informado debidamente firmado y un 21% restante de los expedientes clínicos no presentaba Consentimiento informado.

Gráfico. 5 La nota de resumen, nota de alta y epicrisis del expediente clínico están debidamente firmadas por el médico tratante principal

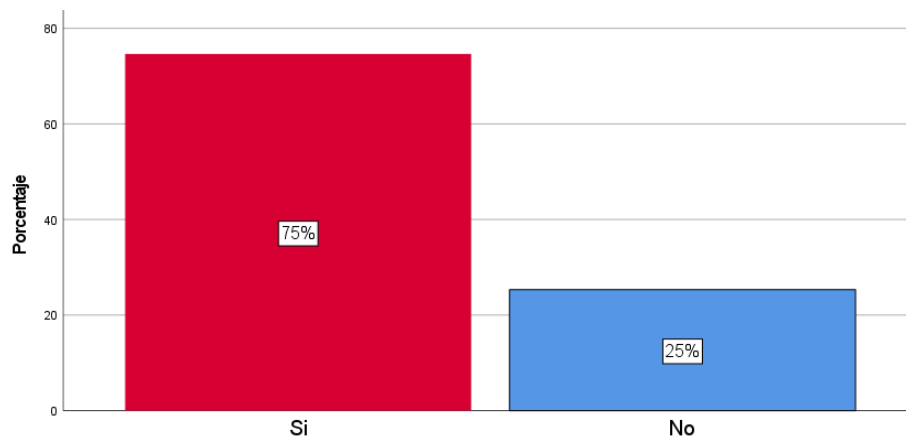


Fuente: Elaboración propia.

En relación con el cierre del expediente clínico los resultados reflejan que un 63% de los documentos están debidamente firmadas por el medico tratante, un 37% no está firmado por el médico tratante.

4.1.2 Validación de la evolución y prescripción medica

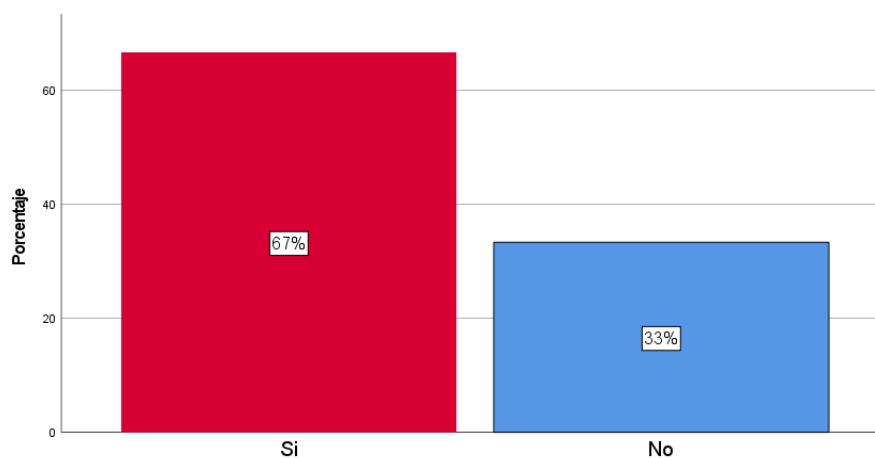
Gráfico. 6 Todas las notas de evolución están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la consistencia del seguimiento médico, los datos revelan que el 75% de las notas de evolución se encuentran completas y mantienen un orden cronológico en orden, garantizando la trazabilidad de la información, sin embargo, el 25% no cuenta con notas de evolución lo cual implica falta de trazabilidad y dificulta la reconstrucción de la atención brindada.

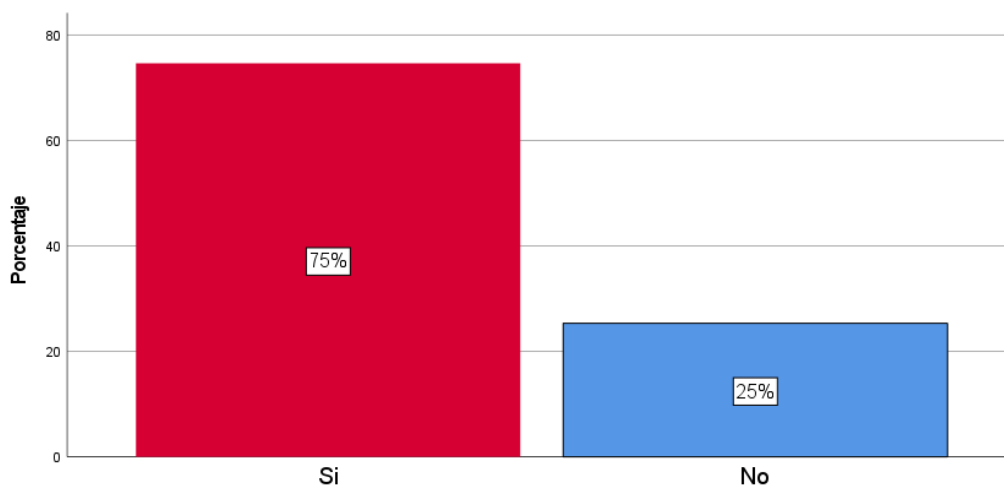
Gráfico. 7 Todas las notas de evolución llevan nombre, firma y sello de quien las elaboro



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la formalización de expedientes clínicos, se evidencia que el 67% incluyen correctamente el nombre, firma y sello por otra parte, un 33% carece de estos datos de validación.

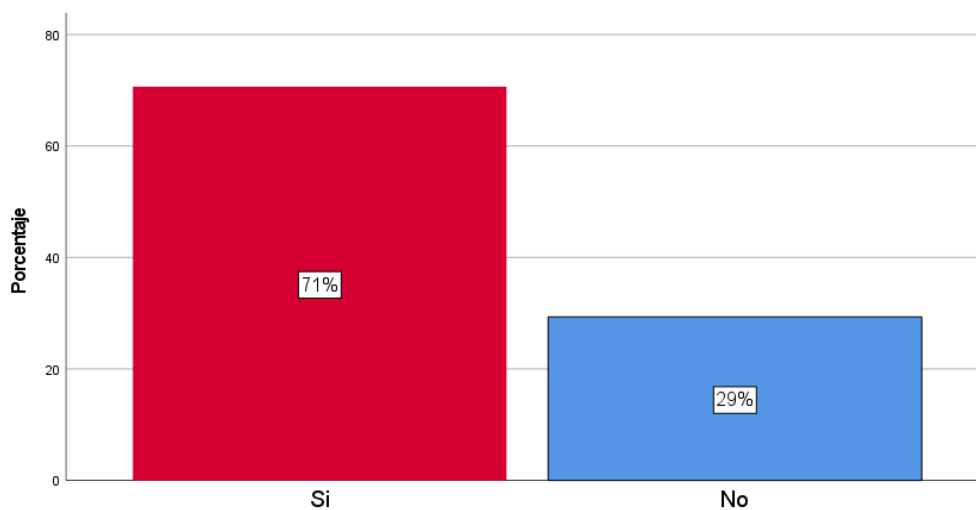
Gráfico. 8 Todas las notas de prescripción o indicaciones están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la prescripción médica si están completas un 75% de los expedientes clínicos están completos por otra parte, un 25% no cuentan con la información completa.

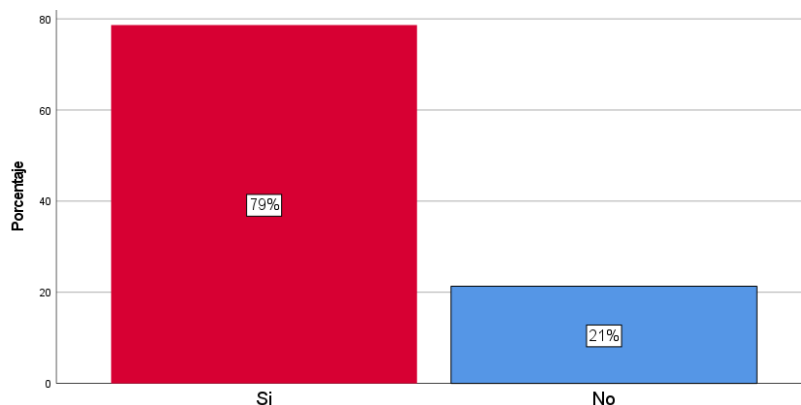
Gráfico. 9 Todas las notas de prescripción o indicaciones son claras y legibles



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la calidad de las notas de prescripción los resultados reflejan que el 71% de estos tienen indicaciones claras y legibles, un 29% de las prescripciones no cuentan con indicaciones claras y legibles cual provoca errores en la interpretación.

Gráfico. 10 Todas las notas de prescripción o indicaciones llevan nombre, firma y sello de quien las elaboro



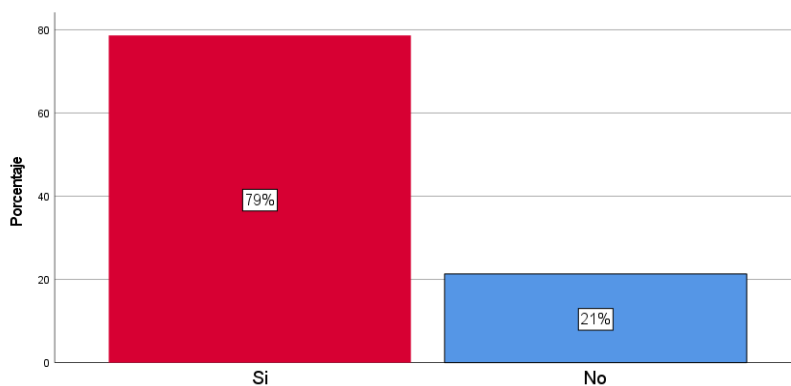
Fuente: Elaboración propia.

Se observa que las indicaciones medicas están predominantemente identificadas con su correspondiente nombre, firma y sello con un 79% cumpliendo la normativa establecida, el 21% no cuenta con estos elementos de identificación.

4.2 Adherencia a protocolos y seguridad

4.2.1 Seguridad farmacológica

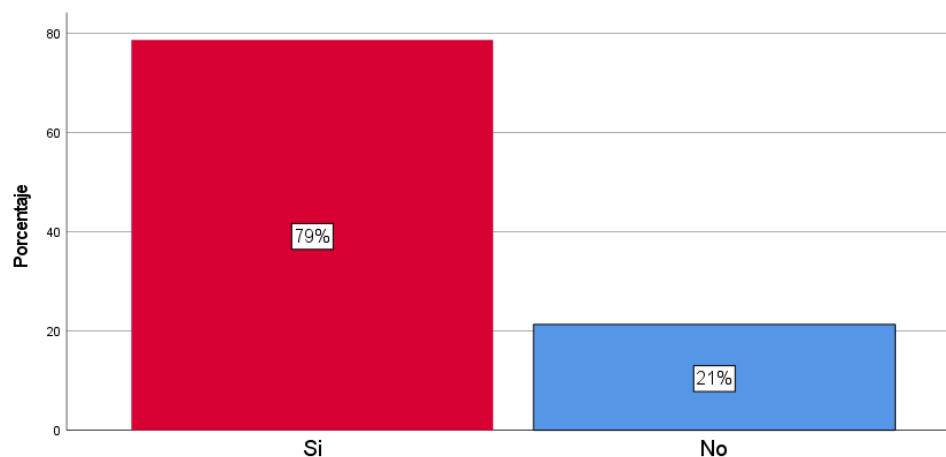
Gráfico. 11 Todas las prescripciones e indicaciones están escritas de acuerdo la norma de manejo del expediente clínico



Fuente: Elaboración propia.

En lo referente a la adherencia a los estándares técnicos, los resultados evidencian que el 79% de las prescripciones e indicaciones se encuentra escrito de acuerdo con la norma, lo que refleja un cumplimiento mayoritario de los protocolos establecidos; no obstante, un 21% de las notas que se aparta de la normativa vigente.

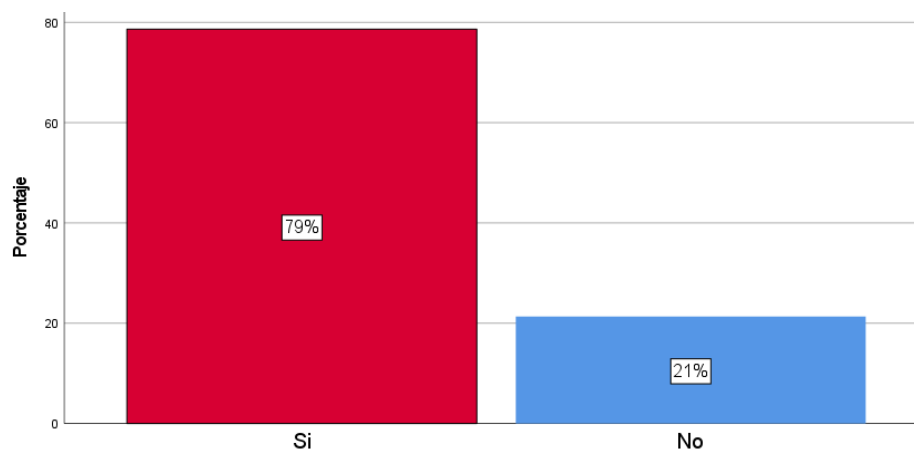
Gráfico. 12 En todos los casos se controló la fecha de vencimiento de los fármacos antes de su administración al paciente



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la seguridad farmacológica, los datos indican que en el 79% de los casos se verificó correctamente la fecha de vencimiento de los medicamentos antes de su administración; sin embargo, existe un 21% de omisión en este control.

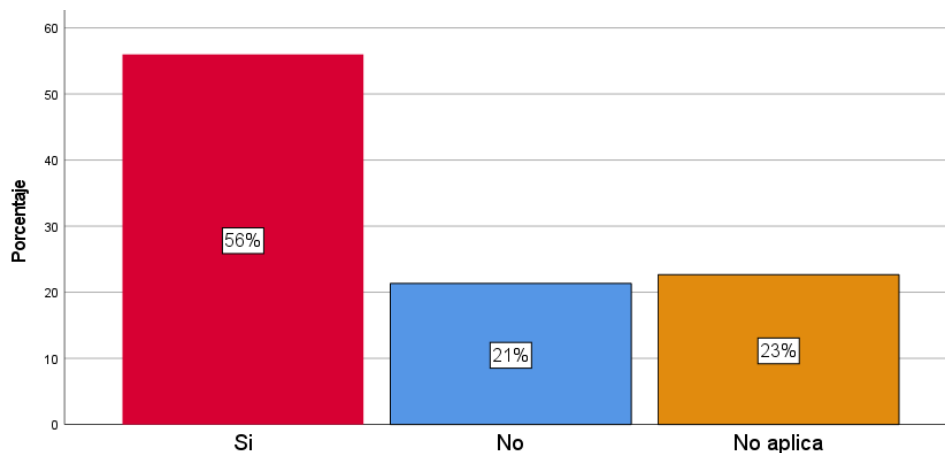
Gráfico. 13 En todos los casos se supo el principio activo de los fármacos antes de su administración al paciente



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la seguridad en la administración de fármacos, los datos reflejan que el 79% conocía el principio activo del fármaco antes de administrarlo, un 21% desconocía los principios del fármaco antes de administrarlo en el paciente.

Gráfico. 14 La administración de fármacos u otras sustancias en todas las circunstancias fue realizada por personal autorizado o debidamente supervisado

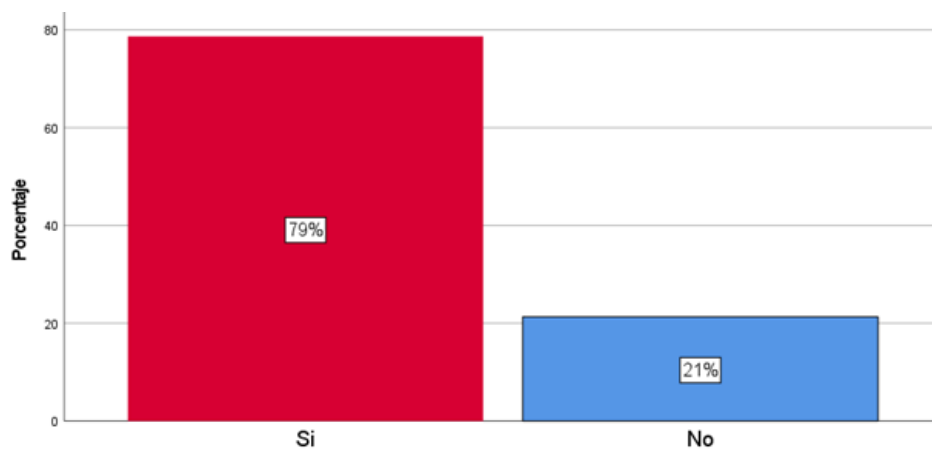


Fuente: Elaboración propia.

Los resultados muestran que en el 56% de las intervenciones la administración fue ejecutada por profesionales debidamente autorizados o bajo la supervisión requerida; si bien en un 23% de los casos este criterio no aplicó, es importante señalar que en el 21% restante no se realizó por personal debidamente autorizado.

4.2.2 Continuidad y oportunidad de atención

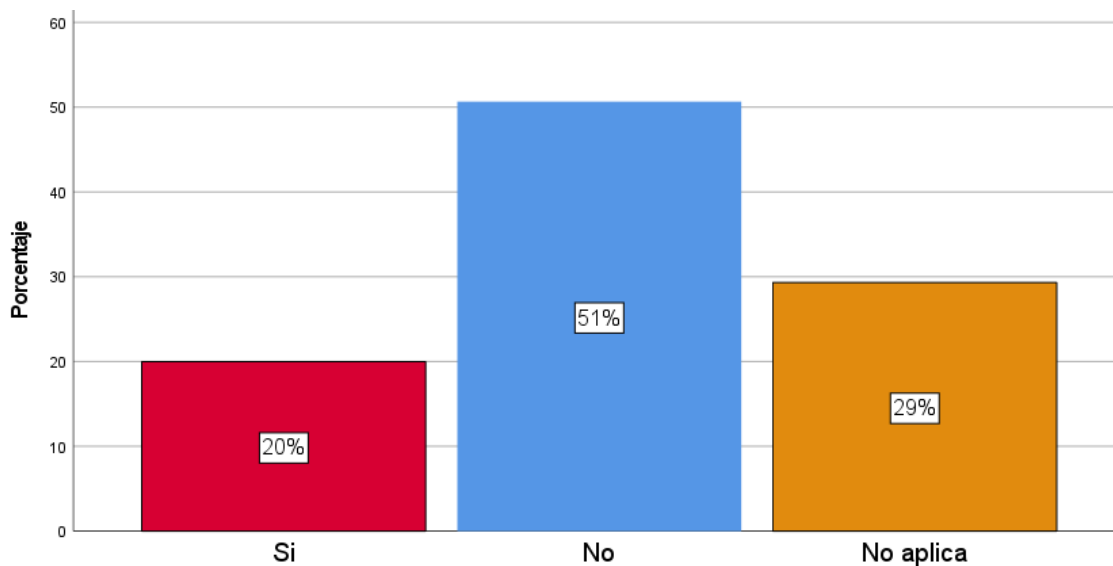
Gráfico. 15 El paciente fue controlado regular y cotidianamente por su médico tratante



Fuente: Elaboración propia.

En relación con la continuidad de la atención médica, se observa que el 79% de los pacientes recibió un control regular por parte del médico tratante, un 21% no cuenta con constancia escrita de este seguimiento.

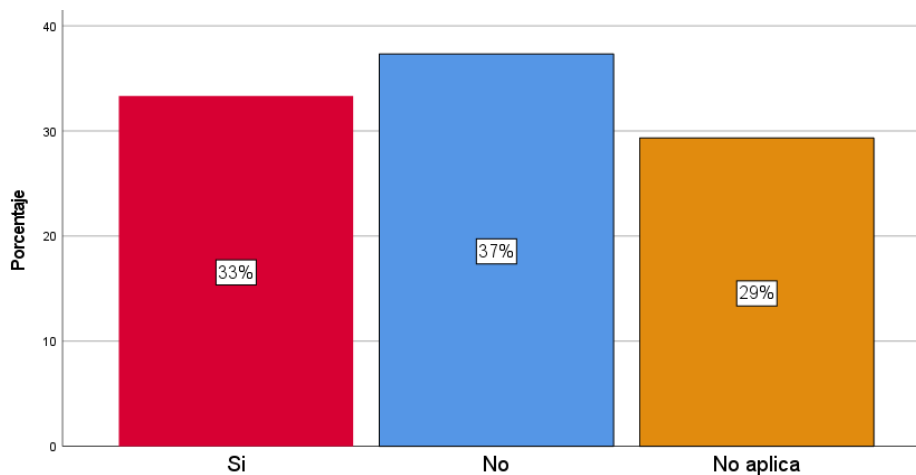
Gráfico. 16 Todas las interconsultas fueron atendidas dentro de las 12 horas de solicitud



Fuente: Elaboración propia.

Los datos reflejan que un 29% no se aplicó de este criterio, ya que no requirió interconsultas, un 20% si requirió interconsulta y fue atendido dentro del plazo estándar de 12 horas y un 51% no recibió interconsulta dentro del plazo establecido.

Gráfico. 17 Las interconsultas de urgencia fueron atendidas en forma inmediata

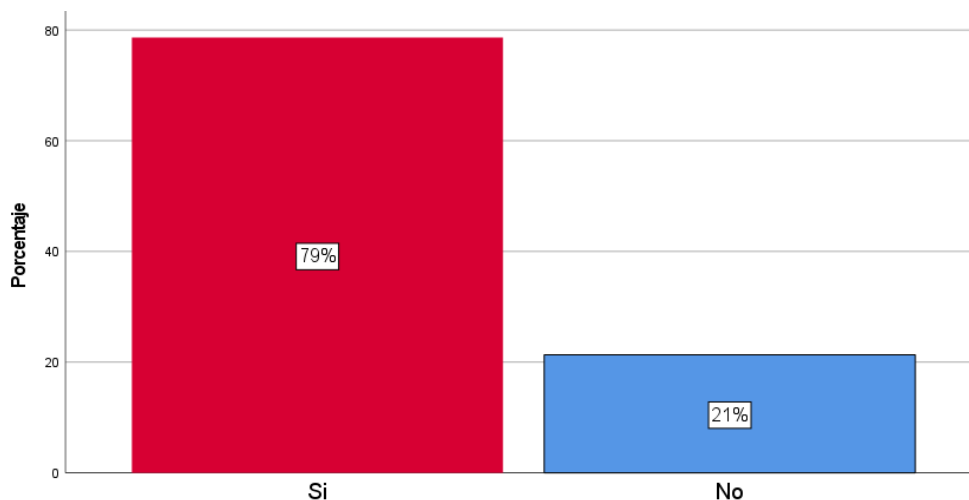


Fuente: Elaboración propia.

Si bien en un 29% de los expedientes clínicos este indicador no aplicó, en los casos donde sí fue requerida una interconsulta de urgencia, solo el 33% recibió atención inmediata, el 37% no fue atendida de manera inmediata.

4.3 Coherencia clínica

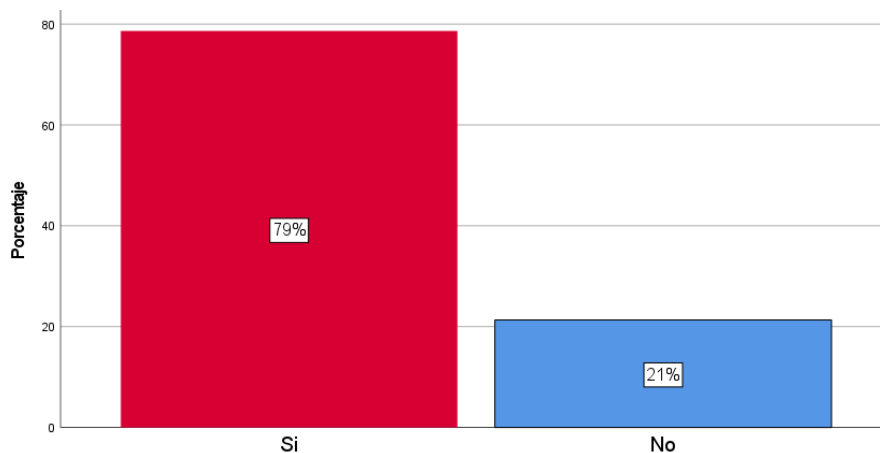
Gráfico. 18 El diagnóstico de ingreso es coherente con el cuadro clínico



Fuente: Elaboración propia.

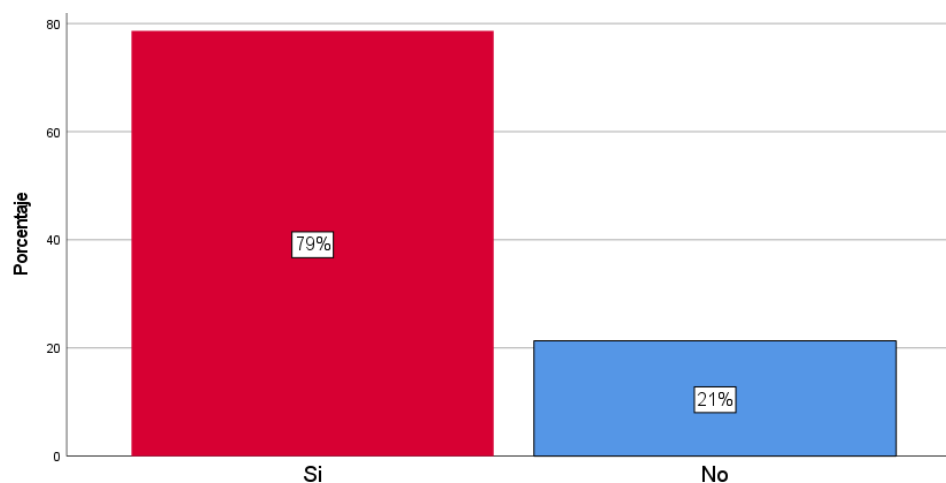
Respecto a la consistencia clínica inicial el 79% de los diagnósticos de ingreso guarda una coherencia con el cuadro clínico registrado en la anamnesis y el examen físico; sin embargo, se detectó una discrepancia en el 21%, lo cual indica que el diagnóstico preliminar no está debidamente sustentado.

Gráfico. 19 Los exámenes complementarios realizados están de acuerdo con el cuadro clínico



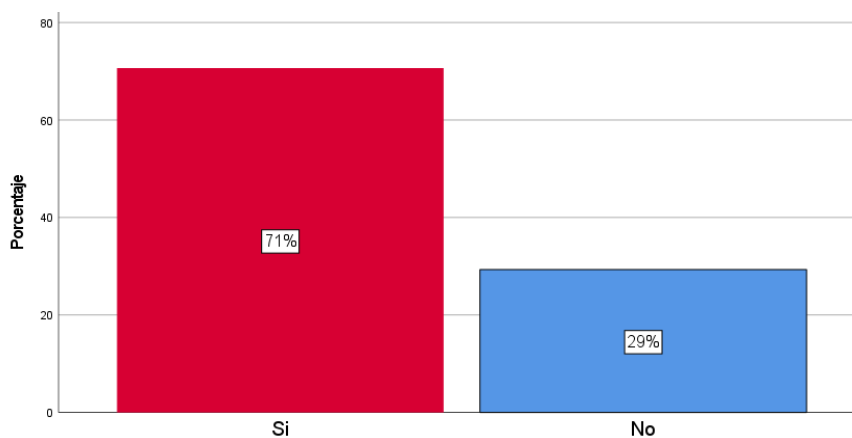
Fuente: Elaboración propia

En relación con la pertinencia de los diagnósticos el 79% de los exámenes complementarios realizados concuerdan con el cuadro clínico del paciente y un 21% no correspondía al diagnóstico.

Gráfico. 20 El tratamiento realizado tiene coherencia con el diagnóstico establecidos

Fuente: Elaboración propia.

El 79% de los tratamientos guarda una estricta coherencia con los diagnósticos establecidos; no obstante, en el 21% de los expedientes se están aplicando medidas que no corresponden con su patología, lo cual incrementa el riesgo de ineficacia del tratamiento.

Gráfico. 21 El paciente respondió favorablemente al tratamiento instaurado

Fuente: Elaboración propia.

El 71% de los pacientes respondió favorablemente al tratamiento instaurado; sin embargo, persiste un 29% no presentó una evolución favorable.

Tabla 3 Calidad técnica del expediente clínico

Criterio de Calidad Técnica	Cumplimiento Global (%)	Gravedad del Incumplimiento	Impacto en la Gestión
Integridad y completitud del expediente	53.3%	Leve	Administrativo/Orden
Orden y paginación normativa	65.3%	Leve	Administrativo/Trazabilidad
Legibilidad y pulcritud de las notas	60.0%	Leve	Comunicación/Claridad
Autoría (Firmas, nombres y sellos)	49.3%	Moderada	Responsabilidad Legal
Cronología, registro de fecha y hora	72.0%	Moderada	Continuidad de la Atención
Presencia de Consentimiento Informado	57.3%	Grave	Vulneración de Derechos/Riesgo Legal
Cierre administrativo (Epicrisis firmada)	57.3%	Grave	Validez Legal del Egreso

Esta jerarquización permite que la auditoría no sea un simple listado de errores, sino una herramienta de gestión estratégica para el Hospital Petrolero de Obrajés. Al identificar las fallas Graves, el hospital debe priorizar las siguientes acciones:

Capacitación inmediata, se debe reforzar el manejo de la norma técnica de obtención del Consentimiento Informado y la administración segura de medicamentos por vía endovenosa. Sanciones y memorándums, se debe aplicar llamadas de atención escrita ante inobservancias de normas de seguridad que pongan en riesgo la vida del paciente crítico.

Tabla 4 Resultados de adherencia a protocolos y normas técnicas

Criterio de Adherencia	Cumplimiento Global (%)	Gravedad del Incumplimiento	Impacto en la Seguridad
Coherencia diagnóstica con cuadro clínico	90.6%	Grave	Error Diagnóstico/Mala Praxis
Relación de exámenes con la patología	85.3%	Moderada	Eficiencia en el Diagnóstico
Oportunidad en interconsultas de emergencia	69.3%	Moderada	Retraso en el Tratamiento
Coherencia del tratamiento con el diagnóstico	76.0%	Grave	Seguridad Terapéutica
Cumplimiento de protocolos de fármacos	62.6%	Grave	Riesgo de Evento Adverso
Control de seguridad y reacciones adversas	56.0%	Grave	Integridad del Paciente
Respuesta favorable al tratamiento	85.3%	Grave	Pronóstico y Recuperación

Para fortalecer la adherencia normativa y clínica en el Hospital Petrolero de Obrajes, se recomienda la implementación inmediata de un Programa de Capacitación Continua mediante talleres teórico-prácticos de asistencia obligatoria para el personal médico y de enfermería de las unidades de UTIN y UTIP. Estos talleres deben priorizar el abordaje de los hallazgos graves detectados, tales como el manejo de la Norma de Consentimiento Informado, la correcta administración de medicamentos de alto riesgo y la seguridad en el uso de vías de infusión.

4.4 Discusión

Esta discusión pretende dar cumplimiento a los objetivos de la investigación al contrastar la realidad institucional con la normativa técnica vigente, se analiza la importancia del registro clínico como una herramienta administrativa o legal y como un reflejo de la calidad del acto médico y un instrumento esencial para la comunicación multidisciplinaria.

Los resultados obtenidos en la presente auditoría revelan una calidad técnica deficiente en el manejo del expediente clínico en las unidades de UTIN y UTIP, con un cumplimiento global del 53.3% en integridad y un crítico 49.3% en autoría firmas y sellos. Estos hallazgos presentan una marcada similitud con lo reportado por Polo (2023) en Bolivia, quien identificó que más del 70% de los expedientes auditados carecían de integridad y claridad técnica, concluyendo una insuficiente capacidad metodológica en el llenado de los registros.

Este hallazgo sugiere que la problemática del registro documental no es aislada de la institución, sino un desafío sistémico en el sistema de salud boliviano que vulnera la seguridad jurídica del acto médico.

En cuanto a la autoría y legibilidad, los hallazgos de esta investigación muestran una diferencia negativa respecto a lo expuesto por Colque (2024) en su estudio realizado en el Hospital Militar Central. Mientras que Colque reportó que un 79% de los registros identificaba correctamente al responsable con firma y sello, en el Hospital Petrolero este indicador desciende al 49.3%.

No obstante, se encuentra una similitud en la persistencia de inobservancias cotidianas como la falta de veracidad y las enmiendas, lo que refuerza la teoría de que el incumplimiento de la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico es una constante que requiere intervención administrativa inmediata.

Respecto a la adherencia a protocolos clínicos, los resultados del 62.6% en el cumplimiento de protocolos de fármacos y un 56% en controles de seguridad muestran una brecha significativa en comparación con los estándares de calidad esperados en unidades críticas. Esta situación se alinea con lo planteado por Betancourt et al. (2025), quienes subrayan que la mera existencia de guías de práctica clínica no garantiza su aplicación efectiva. Al igual que en el estudio de Betancourt, se evidencia que la falta de adherencia no solo

aumenta los costos institucionales, sino que eleva el riesgo de eventos adversos, lo que valida la necesidad de medir la adherencia para orientar la capacitación técnica basada en evidencia científica.

En cuanto a la dimensión del acto médico en unidades críticas, los hallazgos presentan convergencia con la investigación de Herrera (2024) realizada en Perú. Herrera determinó niveles de calidad preocupantes en dimensiones de identificación y registro del acto médico en UCI Neonatal, una realidad que se replica en el Hospital Petrolero donde el Consentimiento Informado (57.3%) y el cierre administrativo (57.3%) se encuentran en niveles críticos.

Desde una perspectiva teórica, este estudio reconoce la premisa de Betancourt et al. (2025), quienes sostienen que la sola existencia de guías y normativas no garantiza la práctica clínica efectiva, la presente investigación refuerza la teoría de que la auditoría médica es la herramienta indispensable para cerrar la brecha entre el deber ser normativo y la realidad asistencial. Los hallazgos sugieren que el conocimiento técnico de los profesionales no es suficiente si no se acompaña de una cultura de registro que fortalezca el valor del expediente clínico como un documento científico y legal.

En la práctica, los resultados tienen implicaciones directas sobre la seguridad del paciente y la gestión del riesgo, la omisión del consentimiento informado donde era requerido representa una vulnerabilidad legal para el personal de salud. Asimismo, la baja tasa de atención inmediata en urgencias exige una reestructuración de los procesos de triaje y respuesta médica. La implementación de programas de supervisión continua, como sugiere Rivera (2024), podría mitigar estas deficiencias al relacionar directamente la calidad del llenado con una mejor organización del tiempo asistencial y una reducción de la carga administrativa.

Una limitación relevante de esta investigación radica en su diseño transversal y descriptivo, el cual permite capturar un momento del estado de los expedientes en un tiempo dado, pero no permite observar el proceso de registro en tiempo real. Esta restricción metodológica impide determinar si las omisiones documentales se deben a una sobrecarga de trabajo inmediata, a una falta de capacitación o a una desmotivación del personal. Al basarse exclusivamente en la revisión de expedientes ya concluidos, se pierde la posibilidad de

analizar las barreras del panorama real que enfrentan los médicos durante el acto asistencial.

Además, el tamaño de la muestra y el enfoque centrado en la calidad técnica limitan la generalización de los resultados a otros servicios que podrían tener dinámicas distintas, como el área de consulta externa o emergencias. También debe considerarse el posible sesgo de los auditores, que, aunque mitigado por el uso de instrumentos estandarizados, siempre conlleva un componente de subjetividad en la evaluación de la claridad y pertinencia de las notas médicas.

Se propone la realización de estudios longitudinales que evalúen el impacto de intervenciones educativas en salud sobre la calidad del registro clínico, sería de gran valor académico investigar si la implementación de registros médicos electrónicos con campos obligatorios y alertas en tiempo real logra reducir la incompletitud detectada.

Al identificar las falencias, se propone la implementación del Programa de talleres de educación en salud, Gestión Clínica como una solución directa a las falencias detectadas en la auditoría. Dado que se evidenció que una parte importante de los expedientes clínicos se encuentran incompletos y que existen notas de evolución que carecen de trazabilidad cronológica, estos talleres teórico-prácticos permitirán estandarizar el manejo documental y reforzar la seguridad en la atención. Esta intervención apunta a cumplir con los estándares normativos y se alinea con la evidencia que sostiene que la educación continua es el factor determinante para reducir errores en la administración de fármacos y garantizar la seguridad del paciente.

La discusión de los resultados pone de manifiesto que la institución se encuentra en una etapa de cumplimiento formal adecuado, pero con oportunidades de mejora, la desconexión entre el acto médico y su documentación refleja una necesidad de cambio en la cultura institucional hacia una gestión basada en la seguridad. La integración de los hallazgos con la literatura previa confirma que los desafíos identificados no son aislados, sino que forman parte de una problemática en la gestión de expedientes clínicos de manera general. Para alcanzar los estándares de calidad deseados, es imperativo que la dirección médica asuma un rol activo en la capacitación y supervisión, entendiendo que un expediente clínico incompleto es, para fines legales y de calidad, una atención no realizada.

La presente tesis sienta las bases para una intervención necesaria que garantice el derecho del paciente a una atención oportuna y debidamente documentada.

V. Propuesta

5.1 Título

Programa de talleres de educación en salud Gestión Clínica

5.2 Problemática identificada

La necesidad de estos talleres surge de una auditoría que reveló deficiencias en la calidad del registro médico, donde el 41% de los expedientes clínicos se encuentran incompletos, lo que evidencia una falta de cultura de documentación que incumple la normativa vigente. A esta carencia se suma un desorden administrativo, ya que el 21% de los expedientes no respetan el orden cronológico establecido y una preocupante falta de identificación de responsabilidades, dado que en el 25% de los casos no se identifica con precisión al médico tratante principal. Además, la validez legal de los documentos está comprometida, pues el 33% de las notas de evolución y el 37% de las notas de cierre carecen de la firma, sello y nombre del profesional responsable.

En el ámbito de la seguridad del paciente, se detectó que el 29% de las prescripciones médicas son ilegibles o poco claras, lo que aumenta el riesgo de errores en la medicación, asimismo, existen fallas en los protocolos de seguridad, ya que en el 21% de las administraciones de fármacos no se verificó la fecha de vencimiento ni se conocía el principio activo antes de su aplicación. Estas inconsistencias se reflejan en el resultado final, donde un 29% de los pacientes no mostró una evolución favorable al tratamiento.

5.3 Justificación

La implementación de este ciclo de talleres se justifica por la necesidad de subsanar las fallas de calidad documental que actualmente vulneran la seguridad de la institución, la auditoría ha evidenciado una falta de integridad en los expedientes clínicos, donde una cantidad considerable de archivos no cumple con los requisitos mínimos de completitud ni con el ordenamiento cronológico exigido por la normativa.

Desde una perspectiva ética, la capacitación es urgente para mitigar los riesgos latentes que amenazan la calidad de atención, se ha detectado una prevalencia de prescripciones médicas poco claras o ilegibles, lo que incrementa la probabilidad de errores en la medicación y dificultades en la interpretación por parte del equipo de enfermería. A esto se suma la falta de adherencia a protocolos de seguridad básicos durante la administración de fármacos, observándose omisiones frecuentes en la verificación de fechas de vencimiento y en el conocimiento de los principios activos antes de la aplicación, estos talleres son precisos para corregir estas prácticas y garantizar que todo procedimiento cuente con el debido respaldo. Este programa busca dotar al personal de herramientas de gestión y razonamiento clínico para asegurar que la atención sea segura y efectiva.

5.4 Descripción

La primera etapa del aborda las deficiencias administrativas y de seguridad a través de los talleres de integridad documental y seguridad farmacológica, en estas sesiones, el personal participa para subsanar la falta de completitud y orden en los historiales, además de interiorizar la obligación de validar legalmente cada actuación con firma y sello. Paralelamente, se ejecutan simulaciones de prescripción y administración de fármacos diseñadas para corregir la escritura ilegible y garantizar la verificación verbal de caducidades y principios activos, erradicando las prácticas de riesgo y el desconocimiento farmacológico que actualmente comprometen la seguridad del paciente.

La segunda fase eleva la competencia técnica mediante los talleres de razonamiento clínico y continuidad y respuesta oportuna, los participantes analizan casos para alinear estrictamente la anamnesis y el diagnóstico con el plan terapéutico, con el objetivo de eliminar las inconsistencias clínicas y la falta de pertinencia en los tratamientos que afectan

la recuperación de los usuarios. Asimismo, mediante dinámicas de gestión de tiempo y análisis de flujos, se reestructuran los canales de comunicación interna para asegurar que las interconsultas de urgencia reciban atención inmediata, superando las barreras burocráticas y logísticas que actualmente dilatan la asistencia.

5.5 Delimitación

Este programa educativo se delimita específicamente al ámbito de la atención clínica intrahospitalaria y la gestión del expediente médico. En cuanto a los participantes, los talleres están dirigidos obligatoriamente a todo el personal médico y de enfermería que tenga interacción con el expediente clínico o la administración de medicamentos, se excluye al personal administrativo que no manipula información clínica directa.

5.5.1 Delimitación Geográfica

La investigación se desarrolla en el Estado Plurinacional de Bolivia, específicamente en el Departamento de La Paz, el entorno geográfico central es la zona de Obrajes, ubicada en la ciudad de La Paz, donde se emplaza la infraestructura hospitalaria de tercer nivel de atención. Esta ubicación estratégica permite al centro de salud constituirse en un núcleo de alta complejidad para la resolución de la problemática sanitaria de la región.

5.5.2 Delimitación de la Institución

El estudio se sitúa en la Caja Petrolera de Salud (CPS), en su Hospital de Tercer Nivel de Obrajes, perteneciente a la Administración Departamental de La Paz. La CPS es una institución de Derecho Público con autonomía de gestión técnica y patrimonio propio, que opera bajo la regulación del Ministerio de Salud y Deportes. Este nosocomio es un establecimiento de alta complejidad diseñado para brindar atención integral con calidad y calidez a una población protegida en constante crecimiento.

5.5.3 Delimitación del Servicio

El ámbito de estudio se circunscribe a las unidades críticas de alta especialidad, la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, ambas ubicadas en

el tercer piso del bloque de internación pediátrica y gineco-obstétrica del hospital. Estos servicios funcionan como unidades funcionales interdependientes que requieren de la interacción coordinada con áreas de apoyo como enfermería, laboratorio, farmacia y banco de sangre para garantizar la seguridad y el tratamiento especializado de los pacientes críticos.

5.5.4 Delimitación de los participantes

La delimitación de los participantes para la capacitación propuesta se centra en el personal sanitario que desempeña funciones directas en las unidades críticas del Hospital de Tercer Nivel de Obrajes de la Caja Petrolera de Salud.

Este grupo está compuesto por profesionales especializados con competencias específicas en medicina crítica, incluyendo médicos especialistas en pediatría, neonatología e medicina interna, así como licenciadas y auxiliares de enfermería asignadas a los servicios de UTIN y UTIP.

La capacitación se dirige a este capital humano debido a que son los responsables directos de la ejecución del acto médico y del registro en el expediente clínico, debiendo cumplir con el manejo correcto de la tecnología médica y la aplicación de protocolos de seguridad bajo la filosofía de primero no hacer daño

5.6 Población beneficiaria

Los beneficiarios directos de este plan son los pacientes que acuden a la institución, la intervención busca revertir las tendencias de evolución desfavorable mediante la garantía de que todo tratamiento prescrito guarde una estricta coherencia con el diagnóstico y el cuadro clínico del usuario.

En segundo lugar, el personal médico y de enfermería se verá ampliamente beneficiado al ejercer su profesión en un entorno de mayor seguridad administrativa, finalmente, la institución prestadora de servicios de salud se beneficia al fortalecer su posición institucional mediante el cumplimiento de la normativa legal y técnica vigente.

5.7 Objetivos

5.7.1 Objetivo general

Capacitar al personal de salud mediante talleres teórico-prácticos para estandarizar el manejo del expediente clínico y optimizar los procesos de atención

5.7.2 Objetivos específicos

- Explicar la normativa y estructura básica del expediente clínico.
- Practicar el registro correcto de la información clínica y administrativa.
- Aplicar ejercicios de simulación para estandarizar el manejo del expediente.
- Reforzar la importancia de la calidad y seguridad en la atención.

5.8 Diseño de los talleres

Tabla 5 Taller 1

Fase	Actividad	Descripción	Tiempo	Materiales
Inicio	1. El diagnóstico legal	Se entrega un cuestionario breve sobre la normativa vigente. Los participantes responden individualmente y luego se nivelan conocimientos, discutiendo por qué los expedientes actuales están incompletos.	15 min	Copias impresas del cuestionario Mitos Legales, bolígrafos.
Desarrollo	2. Práctica del crimen	Los grupos reciben expedientes desordenados. El reto es ordenarlos cronológicamente en tiempo récord, corrigiendo el desorden detectado y	30 min	Expedientes simulados carpetas con documentos sueltos y

		asegurando que la historia tenga lógica temporal.		desordenados, cronómetro.
Desarrollo	3. La firma fantasma	Intercambio de expedientes simulados que contienen notas sin validar. Los participantes deben usar marcadores rojos para circular cada omisión de firma o sello.	30 min	Expedientes simulados con notas anónimas, marcadores rojos de punta gruesa.
Desarrollo	4. Kit de supervivencia	Ante casos clínicos proyectados, los equipos deben seleccionar rápidamente los documentos obligatorios que suelen faltar	30 min	Proyector, tarjetas con nombres de documentos
Cierre	5. El compromiso de la tinta	Redacción simbólica de una Nota de Compromiso gigante donde todos firman y sellan correctamente, reforzando la identidad profesional	15 min	Papelógrafo o cartulina grande, marcadores de colores, sellos personales.

Tabla 6 Taller 2

Fase	Actividad	Descripción Detallada	Tiempo	Materiales
Inicio	1. ¿Qué recetó el doctor?	Se proyectan imágenes de prescripciones reales ilegibles. Los participantes intentan adivinar el fármaco, demostrando el alto	20 min	Proyector, presentación con imágenes de recetas confusas.

		riesgo de error por mala caligrafía.		
Desarrollo	2. Caligrafía	Taller de reescritura. Los participantes deben transcribir correctamente las recetas anteriores, asegurando claridad, dosis y vía. Se rechazan aquellas que no cumplan el estándar de legibilidad.	40 min	Recetarios en blanco, bolígrafos, guía rápida de abreviaturas prohibidas.
Desarrollo	3. Estación de los 5 correctos	Simulacro de administración con maniqués. Los participantes deben detectar fármacos vencidos o etiquetas confusas antes de administrar.	40 min	Maniqués o simuladores de brazo, cajas de medicamentos algunas con fechas vencidas, bandejas, jeringas.
Desarrollo	4. Quiz del principio activo	Dinámica de respuesta rápida. Se menciona un nombre comercial y el participante debe decir el principio activo. Si no lo sabe, no puede administrar.	20 min	Tarjetas con nombres comerciales.
Cierre	5. Yo autorizo, yo administro	Firma de un acta de compromiso donde se delimitan las funciones, asegurando que solo personal autorizado administre medicación	10 min	Acta de compromiso impresa, lista de asistencia.

Tabla 7 Taller 3

Fase	Actividad	Descripción Detallada	Tiempo	Materiales
Inicio	1. Teléfono descompuesto	Dinámica grupal donde se pasa una historia clínica de boca en boca. Se demuestra cómo se distorsiona la información y se genera incoherencia si no se registra bien.	15 min	Tarjetas con historias clínicas breves para el narrador inicial.
Desarrollo	2. Conectando la evidencia	Los participantes reciben tarjetas de Anamnesis y Diagnósticos. Deben emparejarlas lógicamente y descartar aquellas que presentan incoherencias.	40 min	Sets de tarjetas de colores Azul: Síntomas/Signos, Rojo: Diagnósticos)
Desarrollo	3. El tribunal terapéutico	Análisis de casos donde el tratamiento no coincide con el diagnóstico. Un grupo defiende la prescripción y otro la audita con guías clínicas en mano para encontrar el error.	40 min	Casos clínicos impresos, copias de Guías de Práctica Clínica resumidas.
Desarrollo	4. Análisis de causa raíz	Estudio de casos con evolución desfavorable Se usa el diagrama de	30 min	Plantillas impresas de Diagrama de Ishikawa, post-its.

		Ishikawa para identificar si falló el diagnóstico, el tratamiento o el registro.		
Cierre	5. Decálogo	Construcción visual de 10 reglas para mantener la lógica clínica en el expediente. Se coloca el póster resultante en la sala de médicos.	15 min	Cartulinas, rotuladores, cinta adhesiva.

Tabla 8 Taller 4

Fase	Actividad	Descripción Detallada	Tiempo	Materiales
Inicio	1. Minuto de oro	Proyección de un video de caso real donde el retraso en la interconsulta tuvo consecuencias graves. Debate sobre las barreras locales para la atención inmediata	15 min	Proyector, archivo de video, sistema de audio.
Desarrollo	2. Rally de la interconsulta	Simulacro cronometrado. Se activa un código interconsulta. El médico debe llenar la solicitud y contactar al especialista. Se miden tiempos para identificar por qué de urgencias no se atienden ya.	45 min	Cronómetros, formatos oficiales de interconsulta

Desarrollo	3. Mapa de calor de demoras	Sobre un diagrama de flujo del hospital, los participantes pegan etiquetas rojas en los puntos donde se pierden horas	30 min	Papelógrafo continuo, etiquetas adhesivas rojas y verdes.
Desarrollo	4. El diario de evolución	Ejercicio de redacción de notas diarias para un paciente simulado de larga estancia. Se evalúa que no existan días sin registro	30 min	Hojas de evolución clínica en blanco.
Cierre	Protocolo de alerta	Configuración de una red de comunicación rápida	15 min	Lista de contactos institucionales actualizada, celulares de los participantes

5.9 Evaluación

La evaluación del impacto de la propuesta se realizará mediante un esquema de re auditoría comparativa que permitirá medir la efectividad de la capacitación frente a la línea base establecida inicialmente, se verificará si la intervención educativa ha logrado modificar la cultura de registro, evaluando específicamente si se ha superado la deficiencia en la integridad documental para alcanzar niveles óptimos donde la totalidad de los expedientes se encuentren completos y ordenados cronológicamente conforme a la normativa. Asimismo, se medirá la adherencia a los estándares de validación legal, comprobando que las notas de evolución, epicrisis y altas cuenten invariablemente con el nombre, firma y sello del médico responsable, eliminando así los riesgos jurídicos asociados al anonimato profesional detectado previamente.

En el ámbito de la seguridad clínica y la eficiencia operativa, la evaluación se centrará en indicadores de proceso y resultado, se monitoreará la calidad de las prescripciones médicas para confirmar que se ha erradicado la ilegibilidad y se auditará el cumplimiento de los

protocolos de administración de fármacos, asegurando que se realicen los chequeos de caducidad y principio activo en cada procedimiento. Finalmente, se analizará el impacto en la atención directa midiendo la reducción en los tiempos de respuesta de las interconsultas de urgencia y verificando la coherencia entre el diagnóstico y el tratamiento prescrito.

Conclusiones

Conclusión sobre la calidad técnica de los registros

El análisis de la calidad técnica en la UTIN y UTIP revela una disconformidad con la Norma Técnica del Manejo del Expediente Clínico vigente, se concluye que la gestión documental presenta una falta de rigurosidad, evidenciada por una alta prevalencia de expedientes que no cumplen con los criterios de integridad y ordenamiento cronológico, lo que fragmenta la historia clínica y dificulta el seguimiento retrospectivo del paciente. Por otra parte, el hallazgo sobre la invalidez legal de numerosas actuaciones médicas; la omisión recurrente de elementos de identificación obligatorios, como la firma, el sello y el nombre claro del profesional responsable en documentos como las notas de evolución y las epicrisis, sitúa a la institución y a su personal en un estado de desventaja frente a potenciales auditorías externas o demandas médico-legales, contraviniendo los principios básicos de responsabilidad profesional.

Conclusión sobre la adherencia a protocolos y seguridad

Respecto a la adherencia a los protocolos de diagnóstico y tratamiento, se determina que las prácticas actuales comprometen la seguridad del paciente, existe una desconexión en el razonamiento clínico, donde una parte significativa de los tratamientos prescritos no guarda relación lógica ni documentada con los diagnósticos de ingreso, lo que deriva en una praxis fragmentada que incide directamente en la evolución desfavorable observada en diversos casos. En términos de seguridad farmacológica, el incumplimiento es multifactorial, persiste el uso de prescripciones manuscritas ilegibles que inducen al error y se ha detectado una omisión sistemática en los controles de enfermería como la verificación de caducidad y principio activo. A esto se suma una ineficiencia en los flujos de comunicación, donde las demoras excesivas en la atención de interconsultas rompen la continuidad asistencial.

Conclusión sobre la propuesta de mejora

Frente a los hallazgos descritos, se concluye que las medidas correctivas aisladas son insuficientes, por lo que se propone una estrategia de capacitación mediante talleres teórico-prácticos diseñados para abordar las deficiencias detectadas. Esta intervención se estructura en ejes temáticos que abordan directamente los puntos a mejorar, como taller de

integridad documental para asegurar el orden y la completitud del expediente; taller de validación legal para instaurar la cultura de la firma y el sello; y sesiones de seguridad clínica enfocadas en mejorar la legibilidad de la prescripción, el razonamiento diagnóstico-terapéutico y la agilidad en la respuesta a interconsultas. La implementación de esta propuesta es necesaria para estandarizar los procesos, elevar la calidad de la atención y garantizar el cumplimiento de la normativa institucional y nacional.

Recomendaciones

- Implementar un filtro de control de calidad obligatorio previo al archivo definitivo, que ningún expediente sea almacenado si carece de orden cronológico, documentos esenciales o de las firmas y sellos que validan legalmente la actuación médica.
- Migrar hacia sistemas de prescripción electrónica o estandarizar rigurosamente la caligrafía para eliminar las indicaciones ilegibles.
- Rediseñar los canales de comunicación interna mediante sistemas de alerta rápida para las interconsultas de urgencia.
- Activar comités de revisión clínica que analicen periódicamente la concordancia entre el diagnóstico y el tratamiento en los casos con evolución desfavorable.
- Investigar las causas profundas y cualitativas, como la carga laboral o el agotamiento profesional, que llevan al personal médico a omitir la firma de documentos legales y a redactar prescripciones poco claras.
- Diseñar estudios longitudinales para medir la efectividad de las capacitaciones continuas, evaluando si la intervención educativa logra reducir de manera sostenida la cantidad de expedientes incompletos y desordenados en el tiempo.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar, P. (2022). Instrumentos Médico Legales: Una revisión desde la perspectiva del derecho médico. *Analysis*, 33. <https://doi.org/https://doi.org/10.63413/analysis.870>
- Aguirre, J., Bermeo, S., & Medina, M. (2025). Auditoría de Gestión a la Clínica de Especialidades Médicas Paucarbamba para el año 2023. *Universidad del Azuay*. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/15856>
- Álava, M., Recalde, L., Paredes, J., & Taranto, F. (2023). Contribución de la auditoría interna para alcanzar una gestión eficaz. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 4(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.56712/latam.v4i4.1280>
- Albuja, C., & Ordóñez, L. (2024). Auditoría de cumplimiento: tendencias y mejores prácticas contables. *Revista Medica*, 7(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.62452/be08yz08>
- Allayca, F. (2022). Aplicación de la metodología Deming (Phva) para la mejora continua en los procesos productivos de la empresa “Inoxidables Élite” en la ciudad de Riobamba. *Universidad Técnica de Cotopaxi*. <https://doi.org/http://repositorio.utc.edu.ec/handle/27000/9210>
- Amaiquema, J. (2024). Optimización de la calidad de atención en consulta externa del Centro de Salud Tipo A de “Fumisa”, Cantón Buena Fe, año 2024. *Repositorio Digital Universidad De Las Américas*. <https://doi.org/http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/16329>
- Araque, C., Moreno, M., & Manciatì, X. (2025). Boosting profitability: the motivation of human talent as a key factor for success in financial auditing companies in the city of Quito. *Herramientas Tecnológicas*, 8(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v8i1.1.3351>
- Arbulu, C. (2023). Definición de método hipotético-deductivo. *Research Gate*. <https://doi.org/https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33789.95200>
- Arosemena, E. (2022). Indicadores claves de desempeño y su aplicación en la gerencia estratégica de las empresas de salud. *Odontología Vital*, 37. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752022000200050
- Aurora, L., Morales, Y., & Toledo, A. (2023). Estado del arte: productividad como concepto en el ámbito de la salud. *Economicas*, 44(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.17981/econcu.44.2.2023.Org.6>

- Balanzategui, R., López, A., & Soto, V. (2022). El proceso administrativo como herramienta para evaluaciones y auditorías. *Repositorio Universidad Nacional de Chimborazo*, 7(7). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9042939>
- Barahona, M., Barahona, M., & Infante, C. (2023). Estimación de la eficiencia del uso de pabellones electivos en el sistema de salud público chileno entre 2018 y 2021. *Investigación Medwave*, 22(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.5867/medwave.2023.02.2667>
- Barrio, S. (2023). Una aproximación práctica a una auditoría operativa. *Revista Auditoría Pública*(82). <https://asocex.es/wp-content/uploads/2023/11/2.pdf>
- Basile, G. (2024). Estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud en el Sur global: implicancias de la descolonización de teorías y políticas sanitarias en el siglo XXI. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 23. <https://doi.org/https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.ecrs>
- Betancourt, A., Cerón, D., Palacio, L., & Palacio, L. (2025). Medición de adherencia a Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de hipertensión arterial y diabetes en el servicio de consulta externa de la E.S.E Hospital La Misericordia de Calarcá, Quindío. *Repositorio Universidad Cooperativa de Colombia*. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/59943>
- Calle, J., Causil, E., & Serpa, K. (2022). Relación entre la Normatividad en Auditoría y los Ejes Temáticos de las Investigaciones del Programa de Auditoría en Salud de una Universidad Pública de Montería, Colombia, 2021. *Repositorio Universidad de Cordoba*. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/entities/publication/8a7c957b-943a-4899-b135-7cbf76893b62>
- Calle, Y. (2022). Evaluación de la Calidad de registro del Expediente Clínico a través de la revisión de los informes de Auditoría Médicas Internas en las 6 redes de Salud del Departamento de Oruro realizadas en la gestión 2020. *Repositorio Universidad Mayor San Andrés*. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/30353>
- Camelo, J. (2017). Herramientas en auditoría en salud. *Fundación Universitaria del área Andina*.
- Capcha, J., Mendez, I., Flores, C., & Flores, G. (2022). Efectividad de la gestión pública y calidad de servicio de programas preventivos de salud bucal: Una revisión sistemática. *Ciencia Latina*, 6(6). https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4296
- Chuctaya, D., Condori, P., Ramos, W., & Cruz, S. (2024). Obesity awareness in Latin America in health centers using a decision tree. *Innovación y software*, 5(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.48168/innosoft.s15.a156>
- Cibrian, S. (2022). Evaluación de políticas públicas en Morelos. *Repositorio Universidad Autónoma del Estado de Morelos*. <https://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/2964/CIGSDR14.pdf?sequence=1>
- Colque, C. (2024). Evaluación de la calidad del llenado del Expediente Clínico de Hospitalización, en base a la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico, en salas de internación del Hospital Militar Central “COSSMIL” en el primer trimestre del 2023. *Repositorio Universidad Mayor San Andrés*. <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/37197>

- Cruz, C., Portilla, D., & Lay, S.-L. (2025). Discursos y prácticas de aceptabilidad en salud desde la perspectiva del personal sanitario y migrantes. *Ciencia y enfermería*(31). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.29393/ce31-9dpcs30009>
- Cruz, F. (2024). Importance of teamwork for the quality of healthcare. *Multidisciplinary & Health Education Journal*, 6(1). <https://doi.org/http://journalmhe.org/ojs3/index.php/jmhe/article/view/121>
- Duque, A., & Crespo, A. (2023). Atención y cuidados al neonato crítico por Covid -19; desafíos, oportunidades, perspectivas Futuras. *Repositorio PUCE*. <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/692>
- Espinoza , G., & López, V. (2024). El control interno y su incidencia en la gestión operativa. *Yachana*, 13(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.62325/10.62325/yachana.v13.n1.2024.882>
- Fernandes, C., Marques, P., & Maroja, L. (2024). Efeitos da mobilização precoce em sujeitos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): revisão integrativa. *Revista cuaderno pedagogico*, 21(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.54033/cadpedv21n4-088>
- Figueira, J., Canova, C., Garrido, M., & Tallarita, D. (2022). Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva - Neonatal. *Enfermería Global*, 21(64). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.508071>
- Forest, M. (2023). Caracterización de eventos adversos en la unidad de terapia intensiva pediátrica del HODE Materno Infantil, Caja Nacional de Salud, segundo semestre gestión 2021 y propuesta de implementación de un formulario de notificación. *Repositorio Universidad Mayor San Andrés*. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/32679>
- Gil, K., Rendón, J., & Vanegas, D. (2024). Análisis de correspondencia entre el plan territorial de salud y el análisis de situación de salud en el municipio de Medellín para el año 2020. *Repositorio Universidad CES*. <https://hdl.handle.net/10946/8554>
- Gómez, M. (2025). Unidad de Cuidado Intensivo. *Repertorio de Medicina y Cirugía*. https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A7%3A2829319/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A184620315&crl=c&link_origin=scholar.google.com
- Hernandez-Sampieri, R. (2018). *Metologia de la investigacion*. Mexico: McGrawHill.
- Herrera, J. (2024). Auditoría de historias clínicas UCI neonatal del Hospital Regional de Ica, enero junio 2018. *Repositorio Universidad Nacional San Luis Gonzaga*. <https://hdl.handle.net/20.500.13028/5110>
- Lasaosa, E., Ramos, F., & Garcia, J. (2025). Manejo de rotación de sedo-analgésia en paciente conectado a ventilación mecánica en unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Repositorio Universidad de Zaragoza*. <https://zagan.unizar.es/record/164335>
- Ledezma, J., & Freddy, R. (2025). La auditoría médica externa como instrumento de garantía clínica y legal: reflexión sobre un caso de trauma esplénico en Bolivia. *Revista Científica de Salud UNITEPC*, 12(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.36716/unitepc.v12i1.2.61>
- Lima, C., & Brasileiro, T. (2024). El impacto de la inversión en salud pública sobre el logro de objetivos en la atención primaria de salud. *Novos Cadernos NAEA*, 27(1). <https://www.researchgate.net/profile/Josue-Carvalho->

- 3/publication/380133243_El_impacto_de_la_inversion_en_salud_publica_sobre_el_logro_de_objetivos_en_la_atencion_primaria_de_salud/links/664fa413479366623a0afe4c/El-impacto-de-la-inversion-en-salud-publica
- Lino, A., Vargas, R., Sornoza, M., & Lucas, N. (2023). Importancia de una gestión eficiente de la calidad en la atención del paciente. *Polo del conocimiento*, 8(10). <https://doi.org/https://doi.org/10.23857/pc.v8i10.6110>
- Lopez, M., Reyes, I., Almeida, A., Andrade, K., & Salazar, B. (2024). La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en Colombia: Experiencia de Sistematización. *Ciencia Latina*, 8(1). https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9565
- Mamani, E. (2022). Análisis de la ejecución presupuestaria y su incidencia en el nivel de cumplimiento de las metas y objetivos institucionales de la municipalidad distrital de Orurillo, periodos 2017 – 2018. *Universidad Nacional de Juliaca*. <https://hdl.handle.net/20.500.14845/277>
- Manobanda, E., Tirado, M., & García, J. (2025). Terapias farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor del paciente crítico neonatal. *Cienciamatria. Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*, 11(20). <https://doi.org/https://doi.org/10.35381/cm.v11i20.1543>
- Manterola, O. (2014). Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology*, 32(2). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>
- Martínez, J., Palacios, G., & Oliva, D. (2023). Guía para la Revisión y el Análisis Documental: Propuesta desde el Enfoque Investigativo. *Ra Ximhai*, 19(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.35197/rx.19.01.2023.03.jm>
- Martínez, J., Soler, S., Benet, M., & González, V. (2015). Consideraciones acerca los métodos estadísticos y la investigación en salud. *Revista Médica Electrónica*.
- Mejía, M. (2025). Gestión pública en las competencias del personal de enfermería. Revisión sistemática. *Noesis*, 7(14). <https://doi.org/https://doi.org/10.35381/noesisin.v7i14.560>
- Mollinedo, J. (2024). Control de calidad de las características documentales básicas del expediente clínico de internación en el Hospital Municipal de Viacha, en el primer trimestre del año 2023 según la norma técnica del Ministerio de Salud. *Repositorio Universidad Mayor San Andrés*. <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/42218>
- Monsalve, O., & Calvo, J. (2024). Mejora continua en la gestión de servicios de salud: estrategias para la excelencia administrativa. *Epsir*, 9. <https://doi.org/https://doi.org/10.31637/epsir-2024-767>
- Mora, A., Chiriguaya, C., & Rocafuerte, G. (2024). Gestión de la calidad de la atención en salud. *Revista de Ciencias de la Salud*, 6(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.47606/acven/mv0226>
- Morales, E. (2022). Evaluación del consentimiento informado en los hospitales públicos españoles. *Repositorio Universitat Jaume I*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=317642>
- Ocampo, M. (2022). Evaluación de la calidad en la atención al usuario en el servicio de urgencias del Hospital General de la Huasteca, a través del Modelo SERVPERF.

- Revista de Educación e Investigación en EMERGENCIAS*, 4(4).
<https://doi.org/10.24875/REIE.21000129>
- OMS. (4 de mayo de 2006). *apps.who.int*.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf
- Orozco, F., Orozco, R., Cedeño, A., & Almeida, I. (2024). Evaluación de la Calidad en la Atención hospitalaria en el Ecuador: Revisión Sistemática. *Vitalia*, 5(4).
<https://doi.org/https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i4.458>
- Padilla, M. (2022). Inclusion of protocols for the prevention and management of delirium in PICUs: emerging challenges in the care of pediatric critical patients. *Medicina Intensiva*, 46(11). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.medin.2022.05.006>
- Parada, I., Rosas, L., & Rico, I. (2022). Uso del Expediente Clínico Electrónico en Morelos México: Percepción de los proveedores de salud. *Horizonte sanitario*, 21(2).
<https://doi.org/https://doi.org/10.19136/hs.a21n2.4241>
- Pardo, J. (2022). Calidad del llenado del expediente clínico en el Centro de Salud Ambulatorio Bajo San Pedro 2010-2020. *Repositorio Universidad Mayor San Andrés*. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/31570>
- Peña, R. (2025). GESTIÓN DE CALIDAD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD DE LAMARINA, LIMA- 2024. *Repositorio Universidad San Ignacio de Loyola*.
- Polo, S. (2023). Auditoría médica del expediente clínico del servicio de consulta externa en un Hospital de tercer nivel de atención. *Ciencia Latina*, 7(3).
https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5879
- Polos, S. (2023). Auditoría médica del expediente clínico del servicio de consulta externa en un Hospital de tercer nivel de atención. *Ciencia Latina*, 7(2).
https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5879
- Ramírez, D. (2023). Clima organizacional y calidad en la prestación del servicio de salud del departamento de estomatología del Hospital Militar Central, Lima 2023. *Repositorio Universidad San Ignacio de Loyola*.
<https://doi.org/https://hdl.handle.net/20.500.14005/14121>
- Real, R. (2023). Satisfacción con la atención y calidad de vida de los usuarios de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay en 2022. *Revista de salud pública del Paraguay*, 13(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.18004/rspp.2023.abril.04>
- Rivera, C. (2024). La auditoría interna y su influencia en los procedimientos administrativos y financieros del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024. *Repositorio Universidad Andina*.
<https://doi.org/https://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/6075>
- Rivera, Y. (2024). Rivera Huaman, Yesica Lidia. *Repositorio Universidad Nacional Huancavelica*. <https://hdl.handle.net/20.500.14597/8242>
- Rodriguez, L., Jimenez, J., & Agudelo, J. (2024). Estrategias de optimización hacia la calidad y seguridad en los servicios de diagnóstico por imagen. *Revista Nova*, 22(42). <https://doi.org/https://doi.org/10.22490/24629448.8182>
- Rodríguez, U., Rodríguez-Wong, U., & Medina, R. (2022). Evaluación del expediente clínico. *Revista Mexicana de Cirugía del aparato digestivo*, 11(2).
https://amcad.com.mx/wp-content/uploads/2024/01/CAD222-Rev-completa-F_100822M.pdf#page=18

- Santana, V., Mondragón, L., Restrepo, A., & Flórez, H. (2023). Implementation of the Occupational Health and Safety Management System OH&S-MS. *Revista republicana*, 23. <https://doi.org/https://doi.org/10.21017/rev.repub.2023.v34.a145>
- Solís, V., Cueva, A., Ballesteros, M., García, E., & Hernández, Y. (2024). Aplicación de servicios eficaces y de alta calidad para instituciones del sector salud. *Semilla científica*(6). <https://doi.org/https://doi.org/10.37594/sc.v1i6.1630>
- Suárez, N. (2025). Auditoría externa en la central de esterilización IPS SURA Medellín 2025-1. *Repositorio Universidad de Antioquia*. <https://hdl.handle.net/10495/47587>
- Tapia, G. (2024). Propuesta de Herramienta de Evaluación Objetiva Interna para la Residencia de Cirugía General en el HCIMP. Revisión de la literatura. *Repositorio Institucional UASLP*. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/8657>
- Theran, J. (2023). Desarrollo teórico de la auditoría y su evolución hacia los servicios de salud. *Repositotiro Universidad de Antioquia*. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/297aa1a5-f0c1-45ef-9e6b-47f57379f1c2/content>
- Torrez, M. (2021). Implementación de auditoría de calidad del llenado del expediente clínico de pacientes internados en el Instituto Nacional del tórax Gestión 2018. *Repositorio Universidad Mayor San Andrés*. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/27047>
- Urquiaga, E. (2024). Gestión en salud y la calidad de atención al usuario. Revisión sistemática. *Gestio et Productio. Revista Electrónica de Ciencias Gerenciales*, 6(11). <https://doi.org/https://doi.org/10.35381/gep.v6i11.185>
- Valencia, M. (2023). Materialidad y riesgo de auditoría en la planificación de la auditoría. *CPA Panamá*, 1(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.48204/2953-3147.4098>
- Vargas, C. (2023). Evaluación del control interno sobre los inventarios resguardados en una entidad prestadora de salud y plan de acción del equipo de auditoría externa. *Repositorio Universidad de Piura*. <https://pirhua.udep.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/0c926568-d228-4346-b09e-70d4f8c25777/content>
- Vargas, V. (2021). Importancia de la historia clínica en auditoría médica. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 15(1).
- Villa, L. (2022). Calidad percibida por usuarios del servicio de urgencias, Fundación Hospital San Juan de Dios, el Retiro - Antioquia: en el marco de la emergencia Sanitaria COVID -19, 2021. *Repositorio Universidad de Antioquia*. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/entities/publication/ca6f8397-a433-4120-961f-21239884f3ab>
- Viruez, A., & Vera, O. (2024). Normativa asistencial en salud: normas nacionales de atención clínica. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 65(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.53287/cczw6790nm49j>
- Zuñiga, S. (2025). Lineamientos para la organización documental de expedientes prediales. *Repositorio Universidad de Antioquia*. <https://hdl.handle.net/10495/48767>
- Zuvanov, I., Aguiar, S., Sousa, A., & Ramos, Ó. (2023). Camas neonatales en instituciones de salud pública. *Enferm Foco*, 13(1). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202241>

A. ANEXO FORMULARIO 3

B. Variable	N°	Ítem	Si	No	No aplica	No registra
Calidad del Registro Clínico	1	El EC está completo				
Calidad del Registro Clínico	2	El EC está ordenado de acuerdo a norma				
Calidad del Registro Clínico	3	El EC está debidamente paginado				
Calidad del Registro Clínico	4	En el EC se identifica con precisión al principal médico tratante o "médico de cabecera" del paciente				
Calidad del Registro Clínico	5	En el EC es posible identificar a todas las personas que intervinieron en la atención o tratamiento del paciente				
Calidad del Registro Clínico	6	Todas las notas de evolución están, completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora				
Calidad del Registro Clínico	7	Todas las notas de evolución son claras y legibles				
Calidad del Registro Clínico	8	Todas las notas de evolución llevan nombre, firma y sello de quien las elaboró				

Calidad del Registro Clínico	9	Todas las notas de prescripción o indicaciones están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora				
Calidad del Registro Clínico	10	Todas las notas de prescripción o indicaciones son claras y legibles				
Calidad del Registro Clínico	11	Todas las notas de prescripción o indicaciones llevan nombre, firma y sello de quien las elaboró				
Calidad del Registro Clínico	12	Todas las notas de reporte de enfermería están completas y concordantes con un orden cronológico que consigna fecha y hora				
Calidad del Registro Clínico	13	Todas las notas de reporte de enfermería son claras y legibles				
Calidad del Registro Clínico	14	Todas las notas de reporte de enfermería llevan nombre, firma y sello de quien las elaboro				
Calidad del Registro Clínico	15	Todas las notas de enfermería de cumplimiento de las prescripciones o indicaciones están completas y concordantes con un orden cronológico que consigna fecha y hora				
Calidad del Registro Clínico	16	Todas las notas de enfermería de cumplimiento de las prescripciones o indicaciones son claras y legibles				
Calidad del Registro Clínico	17	Todas las notas de enfermería de cumplimiento de las prescripciones o indicaciones llevan nombre, firma y sello de quien las elaboro				
Calidad del Registro Clínico	27	Todas las notas de interconsultas e informes consignan fecha y hora				
Calidad del Registro Clínico	28	Todas las notas de interconsulta e informes llevan nombre, firma y sello de quien las realizó				
Calidad del Registro Clínico	29	Todas las notas de interconsulta e informes son claras y legibles				
Calidad del Registro Clínico	45	El P.O. (Protocolo Operatorio) está escrito sin correcciones ni observaciones				
Calidad del Registro Clínico	68	El EC contiene Consentimiento Informado para todos los procedimientos especiales y cirugías realizadas				
Calidad del Registro Clínico	69	La nota de resumen, nota de alta y epicrisis del EC están debidamente firmadas por el				

		médico tratante principal (médico de cabecera)				
Adherencia Normativa y Clínica	18	Todas las prescripciones e indicaciones están escritas de acuerdo a la norma de manejo del EC				
Adherencia Normativa y Clínica	19	El tratamiento farmacológico se cumplió regularmente				
Adherencia Normativa y Clínica	20	El tratamiento farmacológico fue bien tolerado por el paciente				
Adherencia Normativa y Clínica	21	En todos los casos se controló la fecha de vencimiento de los fármacos antes de su administración al paciente				
Adherencia Normativa y Clínica	22	En todos los casos se supo el principio activo de los fármacos antes de su administración al paciente				
Adherencia Normativa y Clínica	23	Para el uso de fármacos o sustancias que provocan intolerancia u otro tipo de reacciones adversas, se adoptaron medidas de prevención.				
Adherencia Normativa y Clínica	24	La administración de fármacos u otras sustancias en todas las circunstancias fue realizada por personal autorizado o debidamente supervisado				
Adherencia Normativa y Clínica	25	El paciente fue controlado regular y cotidianamente por su médico tratante (constancia en notas de evolución escritas y debidamente firmadas por médico tratante)				
Adherencia Normativa y Clínica	26	El médico tratante dejó personalmente indicaciones y prescripciones regulares y cotidianas para el tratamiento de su paciente				
Adherencia Normativa y Clínica	30	Todas las interconsultas fueron atendidas dentro de las 12 horas de su solicitud				
Adherencia Normativa y Clínica	31	Las interconsultas de urgencia fueron atendidas en forma inmediata				
Adherencia Normativa y Clínica	76	El diagnóstico de ingreso es coherente con el cuadro clínico (anamnesis y examen físico)				
Adherencia Normativa y Clínica	77	Los exámenes complementarios realizados están de acuerdo con el cuadro clínico.				
Adherencia Normativa y Clínica	78	El tratamiento realizado tiene coherencia con el diagnóstico (o diagnósticos) establecidos				

Adherencia Normativa y Clínica	79	El paciente respondió favorablemente al tratamiento instaurado				
Adherencia Normativa y Clínica	83	Las interconsultas estuvieron de acuerdo con el cuadro clínico				