



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE
AFILIADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y SU
REPERCUSIÓN FINANCIERA HOSPITAL II-2 TARAPOTO 2020**

PRESENTADO POR
TEOFILO JUAN HORNA REATEGUI

TESIS PARA OPTAR
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA DE
SERVICIOS DE SALUD

ASESOR
MGTR. PAÚL FERNANDO CUÉLLAR VILLANUEVA

LIMA – PERÚ
2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE
AFILIADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y SU
REPERCUSIÓN FINANCIERA HOSPITAL II-2 TARAPOTO 2020**

TESIS

PARA OPTAR

**EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA DE
SERVICIOS DE SALUD**

**PRESENTADA POR
TEOFILO JUAN HORNA REATEGUI**

**ASESOR
MGTR. PAÚL FERNANDO CUÉLLAR VILLANUEVA**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Dr. Carlos Alfonso Bada Mancilla

Miembro: Dr. Ricardo Alberto Aliaga Gastelumendi

Miembro: Mtra. Cybill Andrea Chávez Rivas

A mi madre Betty Reátegui Ruiz,
por permitirme nacer, por ser mi
maestra y hacer de mí su mejor
lección; A mi padre Esaú Otoñel
Horna Arévalo, más que padre,
un gran amigo, el mejor colega y
a mi esposa Flor de Liz Aquino
Saavedra, por ser mi cómplice,
por enseñarme a conocer el
verdadero sentido del amor y
darme fortaleza

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, por guiarme y apostar, por la paciencia y la perseverancia, por entregar vuestra vocación y profesionalismo para culminar esta investigación.

A mis familiares y amigos por escucharme tantas veces, por creer ciegamente en mí.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	21
IV. RESULTADOS	24
V. DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
FUENTES DE INFORMACIÓN	39
ANEXOS	43

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la calidad de registro de las historias clínicas de los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) y la repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto 2020.

Metodología: El estudio fue observacional, analítico, retrospectivo, transversal y el diseño fue cuantitativo. Se usó la técnica de registro de datos tomados de 251 historias clínicas. Se utilizó la prueba de correlación de Spearman, un nivel de significancia de 0.05.

Resultados: El 75.3% de las historias clínicas evaluadas fueron rechazadas; la repercusión financiera fue de 304 409.06 soles (82.4% del costo total evaluado). La incoherencia de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos registrados fue el principal motivo de rechazo prestacional; Cirugía fue el departamento médico del cual provenían el 33.86% de las prestaciones rechazadas. Mediante la prueba estadística se obtuvo un coeficiente de -0.771, con un nivel de significancia <0.05 , validando una correlación fuerte e inversamente proporcional entre calidad del registro de las historias clínicas y repercusión financiera.

Conclusiones: Existe relación entre la calidad de registro de las historias clínicas de afiliados al SIS y la repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto, 2020. La calidad del registro de las historias clínicas evaluadas fue inadecuada. Existe un alto grado de repercusión financiera que generan los rechazos prestacionales que realiza el SIS. El principal motivo de rechazo prestacional fue la discordancia de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos indicados entre la Historia Clínica y el Formato Único de Atención (FUA). El Departamento Médico de Cirugía es el servicio médico asistencial que presentó mayor rechazo prestacional.

Palabras clave: Historia clínica, Control de Calidad, Prestación de Atención de Salud, Seguro de Salud.

ABSTRACT

Objective: Decide the relationship between the quality of registration of the medical records of SIS affiliates and the financial impact on Hospital II-2 Tarapoto 2020.

Methodology: The investigation was observational, analytical, retrospective, cross-sectional and the design was quantitative. The technique of recording data taken from 251 medical records was used.

Results: 75.3% of the evaluated medical records were rejected; the financial repercussion was 304 409.06 soles (82.4% of the total cost evaluated). The inconsistency of the diagnostic and / or therapeutic procedures recorded was the main reason for refusal of benefits; Surgery was the medical department from which 33.86% of the rejected benefits came. By means of the statistical test, a coefficient of -0.771 was obtained, with a level of significance <0.05 , validating a strong and inversely proportional relationship between the quality of the record of medical records and financial impact.

Conclusions: There is a relationship between the quality of registration of the medical records of SIS affiliates and the financial impact on Hospital II-2 Tarapoto, 2020. The quality of the record of the evaluated medical records was inadequate. There is a high degree of financial repercussion generated by the denials of benefits made by the SIS. The main reason for refusal of benefits was the discrepancy of the diagnostic and / or therapeutic procedures indicated between the Clinical History and the FUA. The Medical Department of Surgery is the medical assistance service that presented the greatest denial of benefits.

Key words: Medical Records, Quality Control, Delivery of Health Care, Insurance, Health.

I. INTRODUCCIÓN

Es muy importante que el médico tratante documente adecuadamente el manejo de un paciente bajo su cuidado. Dicho registro es mediante la realización de una historia clínica.

A nivel internacional, la gestión adecuada de los registros sanitarios y el mantenimiento de registros completos y precisos se están volviendo cada vez más imprescindibles para la presentación de informes administrativos y reclamaciones legales, así como una condición absoluta para cualquier estructura que quiera ser una excelencia dentro de un sistema de salud ⁽¹⁾. Cada vez es más relevante la evaluación sistemática de los costos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) toda vez que sus demandas económicas y financieras obligan a reconocer que la calidad de los registros médicos constituyen la piedra angular para buscar la eficiencia de los servicios sanitarios, enfatizando el papel que puede desempeñar un registro médico preciso, legible y accesible para reducir los errores médicos y aumentar la producción financiera mediante las diferentes formas de asistencia y la eficiencia de la prestación de servicios, exigiendo a que exista un progreso de la concepción de la información de costos que se generan dentro de las IPRESS ^(2, 3).

En el Perú, existe un continuo rechazo sobre las prestaciones realizados por las aseguradoras, mediante sus procesos de validación, debido a la inadecuada calidad del registro en la historia clínica y sus formatos. Ello conlleva a un desfinanciamiento progresivo del Hospital II-2 Tarapoto y a una deficiente calidad de atención de salud de sus pacientes ⁽⁴⁾.

En este sentido, el Seguro Integral de Salud (SIS), principal Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pública del Perú, mediante sus procesos de validación prestacional realiza rechazos de las prestaciones, amparados en el incumplimiento de la normativa vigente, principalmente, debido a la inadecuada calidad del registro en la historia clínica y sus formatos ⁽⁴⁾.

Dichos rechazos prestacionales se traducen en ajustes financieros negativos para la IPRESS con la consecuente repercusión financiera negativa, lo que conlleva a un desfinanciamiento del Hospital II-2 Tarapoto, y este, a su vez, a un incremento de la brecha entre la oferta y la demanda de salud con la consecuente deficiente atención de nuestros pacientes ⁽⁴⁾.

El adecuado registro de las historias clínicas garantiza menos rechazos prestacionales para las IPRESS y un óptimo recupero económico, ello sucede con mayor frecuencia en instituciones privadas, toda vez que, las aseguradoras requieren esta información para proceder al reembolso, si los registros clínicos son inconsistentes el financiador desconoce la prestación total o parcialmente, perjudicando financieramente a la IPRESS. Asimismo, debemos recordar que la historia clínica es un documento con carácter médico-legal, por tanto, se exige su registro correcto ⁽⁵⁾.

A pesar de la impetuosa necesidad de mejorar la calidad del registro de las historias clínicas, incluso conociendo los procesos de validación que realiza el SIS a las prestaciones brindadas a sus afiliados, aún existe repercusión financiera negativa para las IPRESS.

Tal es el caso que, en nuestra actividad cotidiana como Médico Auditor de la Unidad de Seguros del Hospital II-2 Tarapoto, participamos en procesos de validación prestacional que realiza el SIS y son frecuentes los rechazos prestacionales que dicha IAFAS realiza debido a la inadecuada calidad del registro de las historias clínicas, perjudicando financieramente a la IPRESS.

Asimismo, existe una escasa identificación por parte de los profesionales de la salud que laboran en los servicios asistenciales a fin de mejorar la calidad de los registros de las historias clínicas, siendo renuentes al cambio que se proponen como consecuencia de los procesos de validación que realiza el SIS.

Si esta situación continúa, se incrementarán los rechazos prestacionales realizados por el SIS mediante sus procesos de validación, debido a la inadecuada calidad en el registro de la historia clínica y sus formatos en el Hospital II-2 Tarapoto, con el consiguiente ajuste financiero negativo con grave repercusión financiera para la IPRESS; ello conllevará a una disminución de la oferta de salud, toda vez que la cartera de servicios se vería afectada, debido a la falta de recursos económicos que permita mantener las especialidades médicas que a la fecha se ofrece, lo que conllevaría a una constante insatisfacción de los usuarios, con disminución de la demanda y perjudicando colateralmente el prestigio de la IPRESS.

La pregunta principal fue: ¿Cuál es la relación entre la calidad de registro de las historias clínicas de los afiliados al SIS y la repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto 2020?

El objetivo general fue determinar la relación entre la calidad de registro de las historias clínicas de los afiliados al SIS y la repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto 2020.

Los objetivos específicos fueron: Determinar el nivel de calidad de registro de las historias clínicas de los afiliados al SIS, asimismo, determinar el grado de repercusión financiera que generan los rechazos prestacionales que realiza el SIS, identificar los principales motivos de rechazo prestacional e identificar los servicios médicos asistenciales que presentan mayor porcentaje de rechazo prestacional en el Hospital II-2 Tarapoto.

La calidad de los registros de la historia clínica y sus formatos que la conforman están previstos en la normativa vigente establecidas por el Ministerio de Salud, su incumplimiento genera motivos de rechazos prestacionales por parte de las IAFAS con la subsecuente afectación financiera a las IPRESS.

Sin embargo, en nuestro medio no existen reportes de esta repercusión financiera debido al inadecuado registro de las prestaciones SIS del Hospital II-2 Tarapoto que antecedan a la presente investigación. Este estudio es importante porque nos

permitirá estimar la repercusión financiera que genera la calidad del registro de las historias clínicas de pacientes beneficiarios del SIS en el Hospital II-2 Tarapoto en 2020. Los resultados del presente estudio permitirán la implementación de estrategias y la toma de decisiones pertinentes que conlleven a una mejora de la calidad de registros de las prestaciones y consecuentemente a disminuir los rechazos prestacionales por parte de la IAFAS SIS.

El investigador tuvo la disponibilidad de tiempo y el acceso a los recursos materiales necesarios para la investigación, toda vez que al laborar en Auditoría Médica del Hospital II-2 Tarapoto tuvo la factibilidad adecuada para ejecutar el presente estudio.

Los resultados del presente estudio pueden ser generalizados sólo al ámbito del Hospital II-2 Tarapoto, es decir, nuestros resultados no se podrán interpolar a otras IPRESS por tener características distintas.

II. MARCO TEÓRICO

Entre los antecedentes encontrados, relacionados al presente tema de investigación, se tienen los siguientes:

En Guayaquil, Chávez M, en 2020, realizó un estudio de enfoque mixto con método inductivo, diseño no experimental, de tipo descriptivo, corte transversal, con el objetivo de evaluar la calidad de las historias clínicas del área de terapia intensiva de adultos y el impacto que representa en el costo del Hospital Clínica San Francisco. Evaluó 275 registros clínicos electrónicos, en donde identificó inconsistencias en la anamnesis, diagnóstico, plan de trabajo y tratamiento completo; determinando que la calidad de las historias clínicas es baja y su impacto financiero para la IPRESS es alto ⁽³⁾.

En Colombia, Marin A, Segura C y Villalobos L, en 2018, elaboraron un estudio de tipo descriptivo con el objetivo de valorar el grado de ejecución de los estándares de calidad de las historias clínicas de atenciones domiciliarias en diciembre del año 2017. De un total de 200 historias clínicas, aleatoriamente, seleccionaron 80. La investigación determinó que el lugar de nacimiento fue el criterio con mayor porcentaje de incumplimiento (93.8%), seguido de la ocupación (83.8%), letra legible (60%), informe de los paraclínicos (52.5%) y antecedentes (51.2%) ⁽⁵⁾.

En Ecuador, Vega A, en 2017, ejecutó una investigación documental, aplicada al caso, tipo descriptiva, a través de una revisión retrospectiva de las características cualitativas de historias clínicas de pacientes atendidos en la Clínica Odontológica - Universidad Católica Santiago de Guayaquil, con el fin de determinar la calidad del registro de los datos. Utilizaron como muestra 167 historias clínicas y evaluaron 12 variables. La investigación encontró que solo un 13% de la muestra estuvo correctamente registrada; el 84% presentaba llenado parcial y el 3% de las historias clínicas tenían registro incompleto ⁽⁶⁾.

En Nicaragua, Zeron C y Sánchez J, en 2015, elaboraron un trabajo de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, con el objetivo de evaluar la calidad

del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron, en el primer semestre del año 2015; fueron 1064 embarazadas su universo de estudio, mediante muestreo probabilístico, de tipo aleatorio y sistemático determinó una muestra de 69 historias perinatales de gestantes activas. El estudio determinó que, en la sección de identificación, el registro del teléfono, lugar de parto/ aborto y el número de identidad presentan limitaciones en su registro, mientras que la sección de antecedentes presenta registros completos. El inadecuado registro de los exámenes de laboratorio, generalmente, corresponden a chagas, paludismo/malaria, bacteriuria, glicemia en ayunas y prueba de estreptococo. En cuanto a los registros de la gestación actual, el mayor *déficit* se encuentra en el llenado de la curva de ganancia del peso materno, curva de altura uterina, la fase del parto y la consejería en lactancia materna ⁽⁷⁾.

En Perú, Romero A, en 2018, desarrolló una investigación descriptiva, cuantitativa, de corte transversal, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de la historia clínica en la evolución y epicrisis en internos de medicina del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) y Hospital Docente las Mercedes (HRDLM) en los meses de agosto a diciembre de 2016; utilizó una ficha de recolección de datos, para su elaboración se basó en el análisis cuantitativo de los criterios de la normativa vigente para la gestión de la historia clínica del Ministerio de Salud. La investigación determinó que, en la evolución, la interpretación de exámenes fue el ítem con menor proporción de cumplimiento: 34.7% en el HRDLM y 26.3% en el HNAAA), mientras que en la evaluación de las epicrisis determinó que, en el HRDLM, la hora de egreso (1.3%) y complicaciones (11.3%) fueron los ítems con menor cumplimiento ⁽⁸⁾.

En Perú, Carbajal L y Samaniego E, en 2017, realizaron un trabajo que, por su naturaleza, fue básica, por el periodo de secuencia del estudio transversal retrospectiva y de acuerdo al nivel fue descriptiva, y el diseño utilizado fue no experimental descriptivo. La muestra fue no probabilística con muestreo por conveniencia, con el fin de determinar la calidad del llenado de los datos de historias clínicas, en la clínica de Rehabilitación Estomatológica del Adulto I y II de una universidad privada en Huancayo, realizadas por estudiantes del séptimo y octavo

semestres de formación académica, de 2015 a 2017. La investigación determinó que, en la clínica mencionada, el 70.7% de una muestra de 82 historias clínicas es deficiente en el registro y el 29.3% está por mejorar; asimismo, en la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto II, el 36.6% resultó deficiente y el 20.7%, por mejorar ⁽⁹⁾.

Barrera K, en 2017, en Perú, desarrolló un estudio descriptivo, cuantitativo, no experimental y de corte transversal, con el objetivo de establecer el nivel de calidad del registro de la historia clínica en el servicio de Observación de la Emergencia del Centro Médico Naval durante el III trimestre, año 2016. La investigación evidencia que, de las 85 historias clínicas evaluadas, en general, el 98.8% tuvo una calidad de registro regular. En la dimensión completo, el 87.1% de los registros fueron de calidad regular; en la dimensión legible, la calidad del registro fue de mala calidad, en el 50.6% de los casos y regular, en el 49.4%. Finalmente, hubo un 97.6% del registro con calidad regular en la dimensión veraz ⁽¹⁰⁾.

En Perú, Guevara C y La Serna P, en 2016, realizaron una investigación de tipo descriptiva y retrospectiva, con el objetivo de evaluar la calidad del registro de la historia clínica de una Clínica de la Ciudad de Chiclayo en el segundo semestre 2015 y primer semestre 2016; para ello, revisaron 1418 historias clínicas en total. La investigación determinó que, en 2015, la filiación fue la dimensión del registro que, en la mayor parte de los casos, estaba completa; mientras, en 2016, el examen clínico fue la dimensión que, en la mayoría de los casos, estaba completa; y en ambos años, el Plan de tratamiento fue la dimensión que frecuentemente se encontraba incompleta ⁽¹¹⁾.

En Perú, Quispe-Juli et al., en 2016, realizaron un estudio de tipo observacional, transversal y retrospectivo, cuyo objetivo fue determinar las características de registro de las historias clínicas de hospitalización en el Hospital III Yanahuara de la ciudad de Arequipa, Perú; para ello, revisaron 225 historias clínicas. Utilizaron una lista de 15 ítems; cada cual fue evaluado a través una escala de evaluación del registro de: muy mal, mal, aceptable, bien y muy bien. La investigación encontró que la indicación de pruebas y procedimientos, identificación del médico y alergias

fueron los ítems muy bien registrados; mientras que la indicación terapéutica clara, evolución, juicio clínico, indicación terapéutica completa y ordenada, enfermedad actual y exploración física fueron los ítems que tuvieron registro aceptable; entre tanto, el motivo de ingreso, hábitos vitales y tratamiento previo fueron los ítems muy mal registrados ⁽¹²⁾.

Galagarza G, en Perú, en 2015, desarrolló una investigación retrospectiva, tipo descriptiva, cuantitativa y de corte transversal, a través de un método no experimental, cuyo objetivo fue realizar oportunamente la validación prestacional de las prestaciones de salud de asegurados SIS, mediante la aplicación del Proceso de Control Presencial Posterior (PCPP), con la finalidad de determinar su conformidad o rechazo y su valorización durante los años 2012, 2013 y 2014 respectivamente. Evaluó 200 historias clínicas de prestaciones realizadas en la Unidad de Vigilancia Intensiva de un Hospital nivel III encontrando que 172 prestaciones (86.5%) fueron rechazadas, mientras que 165 prestaciones (83%) tuvieron rechazo total, y solo 7 prestaciones (4%) tuvo rechazo parcial. Del total de prestaciones rechazadas, el 57% (98) de los rechazos se dan porque no se dispone físicamente de la Historia clínica, el 15% (26) porque no se dispone físicamente del FUA, el 8% (13) fueron rechazados por no contar con el sello y firma del responsable de laboratorio y/o anatomía patológica. Finalmente, calculó que, las 172 prestaciones rechazadas, significarían una repercusión financiera de S/.1'973,000 (un millón novecientos setenta y tres mil nuevos soles); que generalizada a las 1194 atenciones de salud (universo de su estudio) significarían una repercusión de 10'027,362 (diez millones veintisiete mil trescientos sesenta y dos nuevos soles) en los tres años evaluados ⁽¹³⁾.

En 2014, en Perú, Suárez K realizó un estudio tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar el nivel de calidad de la historia clínica del paciente hospitalizado en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional Docente de Trujillo período enero-junio 2013. Estimó la calidad del llenado de 385 historias clínicas de pacientes hospitalizados en el servicio médico de Cirugía General del Hospital Regional de Trujillo. Utilizaron formatos y atributos de la norma técnica de la historia clínica. En la investigación encontró que el 93.25%

de las historias clínicas presentaron un llenado regular; el 4.42%, un mal registro; tan solo el 2.34% presentó buen nivel en su llenado y ninguna logró un registro excelente ⁽¹⁴⁾.

Sobre este tema, también existen estudios como el realizado en el 2018, por Soto A, el estudio fue de tipo básico, con un alcance descriptivo correlacional; tuvo como objetivo determinar la relación entre la gestión de calidad y la repercusión financiera, en el Hospital de la localidad de Tarapoto. Ello incluyó también la calidad del llenado de las historias clínicas y del FUA, aunque no se evaluó de manera directa. Los resultados nos mostraron que existe una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables, el cual fue una asociación directa ⁽⁴⁾.

Respecto a las bases teóricas, se mencionan las siguientes:

Historia clínica: La Organización Panamericana de la Salud acepta que la historia clínica es un conjunto de formatos normativos, gráficos y de ambas formas, en los cuales se consignan en forma minuciosa y sistemática la información pertinente y hallazgos relacionados con la salud de una persona. Estos registros constituyen la base para la toma de decisiones médicas en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud y permiten su evaluación ⁽¹⁴⁾.

Los propósitos de la historia clínica, según la OPS, es servir como instrumento para planificar la atención al paciente y contribuir para que esta sea continuada, proporcionar un medio de comunicación entre el médico y otro personal de salud que contribuya a la atención del paciente, proporcionar evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente, servir como base para el estudio y evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente, proporcionar información para usos de investigación y docencia, contribuir al sistema de información, proporcionando datos para la programación, control y evaluación de actividades de salud a nivel local, de área, regional y nacional, ayudar a proteger los intereses legales del paciente, del hospital y del cuerpo médico ⁽¹¹⁾.

La historia clínica es considerada como la herramienta básica e imprescindible para el desempeño sanitario, toda vez que permite la recopilación de datos clínicos en el tiempo, y de manera integral en el desarrollo de toda prestación de salud, que adquiere su mayor relevancia legal, donde se destaca el ejercicio médico, junto con la ética, principios y obligaciones del trabajador de la salud ⁽⁴⁾.

Como lo mencionamos, la historia clínica, también, es tributaria a implicancias legales, según la utilidad que le dé el personal sanitario e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS); además, en su contenido se refleja el desempeño médico y los atributos de la prestación de salud. Constituye el fundamento para la demostración de la atención médico-hospitalaria, mediante la cual se pretende identificar el registro de una atención sanitaria de calidad y oportunidad, ya que, en ella, se recopilan y describen los datos más relevantes de la prestación, desde las funciones vitales básicas, como el control de los mismos, exámenes de laboratorio clínico, imágenes de ayuda diagnóstica, registros del equipo multidisciplinario que participan en toda la prestación ⁽⁴⁾.

La historia clínica detalla el criterio clínico que se utiliza en la práctica, la cual constituye el conglomerado sistematizado de métodos dirigidos a lograr un diagnóstico, tratamiento y pronóstico correctos para cada individuo ⁽⁴⁾.

La calidad del registro está supeditada a múltiples factores, tales como: el grado de exigencia de la IPRESS, el adiestramiento y conocimiento de quienes la registran y los inconvenientes que puedan suscitarse durante su elaboración, por lo que los errores en el registro pueden ocurrir, debido a la falta de conocimiento y al aligeramiento que demanda la atención sanitaria ⁽⁴⁾.

Por razones administrativas y financieras, la historia clínica es fuente trascendental para avalar por escrito, los procedimientos ejecutados, las complicaciones acontecidas, entre otros eventos suscitados durante la prestación de salud, por lo que este documento debe estar disponible todas las veces que se requiera y facilitar en casos que la ley lo solicite, siempre que se protejan los datos contenidos en ella ⁽⁴⁾.

Mediante Resolución Ministerial N.º 214-2018/MINSA del 13 de marzo de 2018, el Ministerio de Salud del Perú aprueba la NTS N.º 139-MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, establece que la historia clínica es el documento médico legal, en el que se registran los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS ⁽¹⁵⁾.

La misma normativa dispone que las atenciones de salud brindadas a los usuarios de salud en las IPRESS públicas privadas, y mixtas deben registrarse obligatoriamente en una historia clínica, y deben consignarse: fecha, hora, nombre(s) y apellidos completos, firma y número de colegiatura, registro de especialidad (de corresponder) del profesional que brinda la atención, independientemente de la modalidad de atención ⁽¹⁵⁾.

La Organización Internacional para la Estandarización (ISO) puntualiza que la calidad es la totalidad de rasgos y características de un producto o servicio que conllevan la aptitud de satisfacer necesidades preestablecidas o implícitas ⁽¹¹⁾.

Donabedian planteó que el procedimiento para valorar la calidad de la atención puede aplicarse a tres componentes del sistema: la estructura, el proceso y los resultados ⁽¹⁶⁾. La calidad de los procesos constituye un aspecto trascendental en las evaluaciones de calidad ⁽¹¹⁾. En el contexto de la evaluación de la calidad del registro de la historia clínica, la elaboración de la misma, constituye ese aspecto trascendental ⁽¹²⁾.

Por ende, la calidad de los registros en la historia clínica, es la base fundamental del sistema hospitalario, es el principal documento para toda atención sanitaria, con implicancias jurídicas y que, además, se utiliza para el desempeño de otras actividades como: investigación, evaluación de calidad, docencia y gestión

hospitalaria; asimismo, la historia clínica presenta particularidades en cuanto a su orden lógico y secuencial de los procesos relacionados con la atención sanitaria, su contenido informativo, y su legibilidad, dichas características son establecidas a través de dispositivos y normas que la regulan y son de cumplimiento obligatorio. En resumen, este instrumento clínico debe incluir suficiente información para identificar al paciente, justificar su diagnóstico y su tratamiento ⁽¹¹⁾.

Análisis de las historias clínicas: Según la normativa peruana vigente, la evaluación técnica de la historia clínica consta de dos partes: análisis cuantitativo y análisis cualitativo ⁽¹⁵⁾.

El análisis cuantitativo es la revisión de la historia clínica para comprobar su integridad y asegurar que se ajusta a la presente norma y a lo establecido por el Comité Institucional de Historias Clínicas del establecimiento o de la Dirección de Redes Integradas de Salud del ámbito de Lima Metropolitana o la Dirección Regional de Salud o el que haga sus veces a nivel regional, según corresponda. Es responsabilidad de la unidad de archivo, velar por la custodia e integridad de la historia clínica y del Comité Institucional de Historias Clínicas que esta se ajuste a lo establecido en la presente norma técnica de salud ⁽¹⁵⁾.

El análisis cualitativo es la revisión de la historia clínica para asegurar que esta contiene datos suficientes para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final, que todas las opiniones estén debidamente fundamentadas, que no existan discrepancias ni errores. Asimismo, que el registro sea con letra legible (en el caso de historias clínicas manuscritas), que consigne el nombre, firma y sello del personal de salud que presta la atención. Es responsabilidad del Comité Institucional de Historia Clínica de la IPRESS, verificar el cumplimiento de las Auditorías de Calidad del Registro; en las IPRESS que tienen constituidos el Comité de Auditoría Médica o el Comité de Auditoría en Salud, se realiza a través de estos equipos, en ausencia de estos será asumido por el Comité Institucional de Historias Clínicas ⁽¹⁵⁾.

La evaluación de calidad del registro es la verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la historia clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la Auditoría de Gestión Clínica ⁽¹⁷⁾.

La auditoría es una palabra que proviene del vocablo audire y significa escuchar, oír. Auditor era la persona que aprendía por instrucción (de oídas), quien escuchaba judicialmente y trataba casos como en la Audiencia de la Corte ⁽¹⁸⁾.

En el contexto sanitario, el término auditoría médica ha sido utilizado desde hace tiempos con diferentes significados, de acuerdo a las circunstancias en las que se aplicaba. Recién, después de la publicación de los documentos de trabajo para la reestructuración del Sistema Nacional de Salud Británico (NHS), es que se da la siguiente definición, ampliamente aceptada y utilizada por los profesionales de salud, especialmente en Europa: Es el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica e incluyen procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente ⁽¹⁹⁾.

La auditoría, en un sentido amplio del término, se ha llevado a cabo desde varios siglos atrás; empezó con el desarrollo de estadísticas nacionales de nacimientos y muertes en el Libro Domesday de 1066, los Registros de París de 1597, el Acta de Población de 1840 y el primer Censo Nacional de Inglaterra en 1801. Ernest Hey Groves propuso, en 1908, una organización nacional para el recojo de datos de manera uniforme, para lo cual solicitó a 15 grandes hospitales descubrir la mortalidad operativa de varias cirugías aceptables ⁽¹⁸⁾.

En 1914, Godman, en Boston, propugnó un método en base al cual se intentaba establecer los resultados del tratamiento de los pacientes hospitalizados; se quería saber si el tratamiento había sido exitoso y en caso negativo por qué, a fin de prevenir los errores posteriores. Para ello, se analizaba el estudio de los pacientes egresados (en lo concerniente a enfermedad atendida), luego de un prolongado y

exhaustivo seguimiento prospectivo. En 1918, el American College of Surgeons define los principios de la estructuración orgánica hospitalaria y los criterios mínimos de acreditación por auditoría ⁽¹⁸⁾.

Incluso, desde 1955, la auditoría fue aceptada como una herramienta de mejora de la calidad. Slee desarrolla el tema de auditoría médica como un proceso educativo que debe permitir mejorar la calidad de atención mediante la disminución de la morbilidad. En este mismo sentido, el primer gran intento inglés por auditar realizado por el Royal College of General Practitioners, en 1977, percibía deficiencias en la calidad de la práctica general y reconocía la influencia de la auditoría médica como una manera de mejorar los estándares de atención ⁽²⁰⁾.

En la búsqueda de una definición de auditoría médica, diversos autores postulaban posibles definiciones: Asistir a la mejora de la calidad del cuidado médico, a través de la medida del rendimiento de aquellos que brindan dicho cuidado, considerar aquel rendimiento de acuerdo a los estándares deseados y mejorar estos rendimientos ⁽²¹⁾. Otra definición similar a la anterior: Auditoría es el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica con el fin de identificar deficiencias que puedan ser remediadas ⁽²²⁾. Estas definiciones destacan que la finalidad de la auditoría médica es mejorar la calidad de la atención sanitaria, sin descuidar la necesidad de ejecutar su revisión sistemática ⁽²¹⁾; buscar identificar las inconsistencias y disfunciones, tanto en el ámbito asistencial como administrativo, para plantear alternativas en aras de un mejor funcionamiento en ambos contextos. Más aún cumple una función formativa para el personal sanitario ⁽²¹⁾.

La auditoría médica es un tipo de auditoría sobre un acto médico, realizada por profesionales médicos que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica ⁽¹⁶⁾. La auditoría médica es el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, que incluyen procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente ⁽¹⁸⁾.

Asimismo, la auditoría de gestión clínica es la modalidad de auditoría de gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada ⁽¹⁷⁾.

Según el diccionario, finanza se refiere a hacienda, caudal y negocios. Se le define como el conjunto de actividades mercantiles relacionadas con el dinero de los negocios, de la banca y de la bolsa y como el grupo de mercados o instituciones financieras de ámbito nacional o internacional. Así, la palabra finanzas se puede definir como el conjunto de actividades que, a través de la toma de decisiones, mueven, controlan, utilizan y administran dinero y otros recursos de valor ⁽²³⁾.

Finanzas es una palabra que provoca reacciones distintas, las cuales pueden ir desde el interés y la curiosidad hasta el temor y la angustia. Para la mayoría de las personas, las finanzas se perciben como algo complejo, poco accesible y que solo es manejado por los estudiosos; en realidad, estas pueden ser tan sencillas, interesantes y útiles, si se cuenta con los conocimientos financieros esenciales ⁽²³⁾.

Las finanzas son el conjunto de actividades que, a través de la toma de decisiones, mueven, controlan, utilizan y administran dinero y otros recursos de valor. Dependiendo del ámbito de las actividades y de la esfera social en que se toman las decisiones, las finanzas, se pueden clasificar en públicas, corporativas y personales. Las actividades que llevan a cabo los gobiernos y las empresas para tomar decisiones financieras son conocidas como finanzas públicas y finanzas corporativas, respectivamente. Las finanzas personales son las actividades que realizan los individuos para tomar sus decisiones financieras ⁽²³⁾.

La situación financiera se refiere a la capacidad de la empresa para hacer frente a las deudas que posee ⁽²⁴⁾. La situación financiera de la empresa se refleja en el estado de situación financiera a una fecha determinada; su estructura lo conforman las cuentas de activo, pasivo y patrimonio ⁽²⁴⁾. El activo es un recurso controlado por la entidad como resultado de sucesos pasados, del que la entidad espera obtener, en el futuro, beneficios económicos ⁽²⁴⁾. El pasivo es una obligación presente en la entidad, surgida a raíz de sucesos pasados, al vencimiento de la

cual, y para cancelarla, la entidad espera desprenderse de recursos que incorporan beneficios económicos ⁽²⁴⁾. El patrimonio es la parte residual de los activos de la entidad, una vez deducidos los pasivos ⁽²⁴⁾. Los activos y pasivos deben estar clasificados en corriente y no corriente. La información debe ser transparente y comparable para los usuarios, en todos los períodos que se presenten. Provee la información necesaria para los propietarios y demás usuarios de la empresa, suministra información de la situación actual y sus resultados; estudiando el desempeño del período anterior. Dicha información será utilizada para la toma de decisiones ⁽²⁴⁾.

Repercusión financiera: La administración financiera se ocupa de la adquisición, el financiamiento y la administración de bienes con alguna meta global en mente ⁽²⁵⁾. Puede desagregarse en tres áreas importantes:

1. Decisión de inversión. La más importante en cuanto a la creación de valor. Inicia con la decisión de qué bienes serán necesarios para la empresa ⁽²⁵⁾.

2. Decisión financiera. En esta decisión, el director financiero se encarga de los componentes del extremo derecho del balance. Si se observa la mixtura de financiamientos de las empresas en todos los negocios, veremos acentuadas diferencias ⁽²⁵⁾. Ciertas empresas poseen inmensas deudas, mientras que algunas están casi sin ningún endeudamiento ⁽²⁵⁾.

El cálculo de las ganancias debe aceptarse como parte integral de la decisión financiera de la organización ⁽²⁴⁾. La razón de pago de dividendos determina la cantidad de utilidades que puede retener la organización. Retener una mayor cantidad de utilidades actuales en la empresa significa que habrá menos dinero disponible para los pagos de dividendos actuales. Por lo tanto, el valor de los dividendos pagados a los accionistas debe estar equilibrado con el costo de oportunidad de las utilidades retenidas como medio de financiamiento de capital ⁽²⁵⁾.

Una vez que se decide la mezcla de financiamiento, el director financiero aún debe determinar la mejor manera de reunir los fondos necesarios. Debe entender la mecánica para obtener un préstamo a corto plazo, hacer un acuerdo de arrendamiento a largo plazo o negociar una venta de bono o acciones ⁽²⁵⁾.

1. Decisión de administración de bienes. Una vez obtenidos los bienes y si se consigue el financiamiento adecuado, hay que tutelar esos bienes eficientemente ⁽²⁴⁾. El director financiero tiene a su cargo responsabilidades operativas de diferentes grados en relación con los bienes existentes. Estas responsabilidades requieren que se ocupe más de los activos corrientes que de los activos fijos. Una gran parte de la responsabilidad de la administración de activos fijos recae en los gerentes operativos que emplean esos bienes ⁽²⁵⁾.

El objetivo de la administración financiera es maximizar la utilidad actual por cada acción del capital existente ⁽²⁶⁾. Entonces, la meta de la maximización del valor de los accionistas evita los problemas asociados con las distintas metas. De manera explícita, quiere decir que la meta es maximizar el valor actual de las acciones ⁽²⁶⁾.

Tal es así que, si esta meta parece un poco fuerte o unidimensional, es necesario tener presente que accionistas de una empresa son propietarios residuales; esto quiere decir que solo tienen de hecho a lo que queda después de que se han pagado las deudas con los empleados, proveedores y acreedores (y con cualquier otra persona con derechos legítimos). Si cualquiera de estos grupos se queda sin recibir el pago que le corresponde, los accionistas no obtienen nada. Por lo tanto, si los accionistas ganan en el sentido de que la porción residual y sobrante debe ser cierto que todos los demás también ganan ⁽²⁶⁾. Toda vez que la finalidad de la administración financiera es maximizar el valor de las acciones, es necesario aprender a identificar las inversiones y acuerdos de financiamiento tienen un efecto favorable sobre el valor de las acciones ⁽²⁴⁾.

El análisis financiero es el conjunto de técnicas utilizadas para determinar la situación actual de la empresa, su finalidad es facilitar la toma de decisiones. Permite entender y comprender el movimiento de las operaciones, recopila la

información necesaria, de acuerdo a las necesidades del usuario (inversionistas, acreedores, gerencia, etc.) ⁽²⁴⁾

El análisis financiero corresponde al estudio de la situación actual de una empresa. Es importante para llevar los resultados a su punto óptimo, si los resultados esperados son bajos, la labor de la gerencia será concentrar sus esfuerzos para incrementar dichos resultados; en cambio, si los resultados indican un nivel cercano o superior a lo esperado, se trabajará para mantener dichos niveles ⁽²⁷⁾.

Gestión financiera: a finales del último siglo e inicios de la primera década del presente se han suscitado cambios drásticos que actualmente se traducen en el estilo de administración de las empresas ⁽²⁸⁾. El origen de estos cambios es el surgimiento de un nuevo tipo de gerencia que centra todo su interés en la creación de valor para los accionistas y el respeto de los derechos de quienes pueden afectar o son afectados por las actividades de la empresa ⁽²⁹⁾.

Los autores han escrito mucho sobre el concepto de valor y creación de valor, tanto así que estos han adquirido muchos significados. Una empresa crea valor para sus accionistas cuando la rentabilidad para los accionistas supera el costo de oportunidad exigida a las acciones (el costo de las acciones) ⁽³⁰⁾. De la misma manera, los gerentes crean valor cuando identifican y llevan a cabo inversiones cuyos retornos superan al costo de oportunidad de las empresas; es decir, que deben superar al costo de obtener los fondos ⁽²⁴⁾.

El acto médico es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de estos ^(15, 17).

La atención de salud es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad ⁽¹⁵⁾.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud ⁽¹⁵⁾.

La repercusión financiera es un término compuesto. La repercusión, según la Real Academia Española, proviene del latín *repercussio*, -ōnis, que es la acción y efecto de repercutir o circunstancia de tener mucha resonancia algo ⁽³¹⁾. Repercutir proviene del latín *repercutĕre* rechazar de golpe; como verbo intransitivo significa: Trascender, causar efecto en otra ⁽³²⁾.

Financiera: La Real Academia Española menciona que la palabra financiera proviene del francés *financier*. Se trata de un adjetivo perteneciente o relativo a la hacienda pública, a las cuestiones bancarias y bursátiles o a los grandes negocios mercantiles ⁽³³⁾. Por tanto, la repercusión financiera se refiere al efecto o consecuencia económica que afecta a la institución.

El formato único de atención (FUA) es el instrumento en el que se registra, en físico o en medio magnético, los datos requeridos por el SIS, tanto de la prestación brindada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud como del asegurado que la recibe. Se caracteriza por contener una numeración única que lo identifica y se utiliza como fuente de información para los registros informáticos del SIS, así como para los procesos de validación prestacional y como comprobante del pago de prestaciones ⁽³⁴⁾.

Ante lo descrito, la hipótesis alterna que se formuló fue que existe relación entre la calidad del registro de las historias clínicas de afiliados al Seguro Integral de Salud y la repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto 2020. La hipótesis nula fue que no existe relación entre la calidad del registro de las historias clínicas de

afiliados al Seguro Integral de Salud y la repercusión financiera en el Hospital II-2
Tarapoto 2020.

III. METODOLOGÍA

Según la intervención del investigador: es observacional, porque el investigador no controló las variables del estudio

Según el alcance: es analítico, ya que se intenta evaluar la relación que existe entre las variables

Según el número de mediciones de la o las variables de estudio: transversal, pues medimos las variables una sola vez.

Según el momento de la recolección de datos: es retrospectivo, ya que los datos fueron recolectados antes de la ejecución del estudio.

La población universo estuvo representada por todos los afiliados al SIS en el distrito de Tarapoto.

La población de estudio estuvo constituida por 120 996 atenciones registradas en las historias clínicas de afiliados al SIS, en el Hospital II-2 Tarapoto, durante el año 2018.

Para calcular el tamaño de la muestra, al ser una población finita se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{e^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Sustituyendo los símbolos por los valores se obtuvo:

$$n = \frac{(120,996)(1.96)^2 (0.865)(0.135)}{(0.05)^2 (120,996 - 1) + (1.96)^2 (0.865)(0.135)}$$

$$n = 179$$

Por tanto, el tamaño de la muestra estimada fue de 179; sin embargo, con un porcentaje esperado de pérdida del 28.5% se evaluaron 251 historias clínicas de

afiliados al SIS que fueron atendidos en el Hospital II-2 Tarapoto durante el año 2018.

El tipo de muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio simple.

El criterio de inclusión fue que las atenciones evaluadas correspondan a afiliados a la IAFAS SIS en el 2018.

El criterio de exclusión fue que las atenciones financiadas por IAFAS distintas al SIS y aquellas financiadas por el usuario, es decir, atenciones sin fuente de financiamiento en el 2018.

El presente estudio fue de tipo observacional; por ello, la técnica utilizada fue el registro de datos tomados de las historias clínicas, para lo cual se solicitó permiso a la Dirección Ejecutiva del Hospital II-2 Tarapoto para el acceso al archivo de las historias clínicas.

Seguidamente, se realizó una evaluación de las historias clínicas elegidas al azar contrastando con los motivos de rechazo adaptados (anexo n.º 3) del Formato de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Reembolsadas por Consumo del SIS (anexo n.º 4), el cual es utilizado por los médicos supervisores del SIS para realizar la actividad de control prestacional.

La recolección de datos se realizó en la Unidad de Seguros del Hospital II-2 Tarapoto, para lo cual se usó como instrumento una ficha de registros contenido en el anexo n.º 2, la misma que fue validada mediante juicio de expertos temáticos, en donde constan los siguientes datos:

- Número de historia clínica
- N° FUA
- Servicio de procedencia
- Código del motivo de rechazo
- Descripción del motivo de rechazo

- Tipo de prestación según su registro
- Costo total de la prestación (S/.)
- Costo del rechazo (S/.)
- Porcentaje que significa el rechazo (%)
- Repercusión financiera según porcentaje de rechazo.

El procesamiento de los datos recolectados se realizó en la Unidad de Seguros del Hospital II-2 Tarapoto; para el análisis general, se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), software que permitió analizar y describir la base de datos generales que incluyen los datos del instrumento. Para la generación de las tablas, usamos el software Microsoft Excel 2016.

Para la estadística inferencial utilizamos la prueba estadística de Rho de Spearman, se eligió un nivel de significancia de 0.05.

Si se estima un valor p menor o igual a 0.05, entonces rechazo la hipótesis nula y si el coeficiente de correlación se acerca a 1 entonces tendrá una relación fuerte, dado que el signo es negativo, la relación es inversa.

Debido a sus características y su diseño, el presente estudio no vulneró aspectos éticos de la investigación científica. El investigador se comprometió a respetar de manera categórica los derechos de todos los pacientes y profesionales involucrados en el desarrollo de la historia clínica, por lo que no se publicaron datos del paciente ni del personal de salud.

El presente estudio se ejecutó teniendo en cuenta los principios básicos éticos:

- Respeto a las personas y sus derechos
- El bienestar del paciente precede sobre el interés de la ciencia.
- Protección ante todo en la salud del paciente
- Garantizar la confidencialidad de los pacientes y de la información obtenida.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Tipo de prestación según la calidad de registro de las historias clínicas del Hospital II-2 Tarapoto 2020

Tipo de prestación	Frecuencia	Porcentaje
Rechazo total	64	25.5
Rechazo parcial	125	49.8
Conforme	62	24.7
Total	251	100.0

En la presente tabla, se observa que el 75.3% de las historias clínicas evaluadas presentan inadecuada calidad del registro que se traducen en rechazos (parcial o total), mientras que solo la cuarta parte presenta adecuado registro (prestaciones conformes).

Tabla 2. Repercusión financiera según porcentaje de rechazo prestacional de las historias clínicas del Hospital II-2 Tarapoto 2020

Repercusión financiera	Frecuencia	Porcentaje
Baja	84	33.5
Mediana	34	13.5
Alta	62	53.0
Total	251	100.0

La presente tabla muestra que más de la mitad de las prestaciones evaluadas representan una alta repercusión financiera para la institución.

Tabla 3. Prestaciones evaluadas según servicios médicos asistenciales de procedencia del Hospital II-2 Tarapoto 2020

Servicios médicos asistenciales	Frecuencia	Porcentaje	Total por servicio		
			Frecuencia	%	
Consultorios	Medicina física	2	0.8	37	14.7
	Medicina interna	2	0.8		
	Neumología	1	0.4		
	Neurología	11	4.4		
	Odontología	2	0.8		
	Otorrinolaringología	1	0.4		
	Pediatría	2	0.8		
	Traumatología	16	6.4		
Emergencia	Cirugía	11	4.4	60	23.9
	Ginecología	11	4.4		
	Medicina	36	14.3		
	Pediatría	2	0.8		
Hospitalización	Cirugía	52	20.7	129	51.4
	Cirugía pediátrica	4	1.6		
	Ginecología	34	13.5		
	Medicina	27	10.8		
	Neurocirugía	1	0.4		
	Pediatría	11	4.4		
Atención inmediata					
RN	25	10.0	25	10.0	
Total	251	100.0	251	100.0	

En la presente tabla, se observa que, en términos generales, las prestaciones de los servicios de hospitalización representan más de la mitad de las evaluadas; es hospitalización de Cirugía el servicio del que más prestaciones se evaluaron. Mientras que, en los servicios de Emergencia, las prestaciones más evaluadas correspondieron a las que procedían del tópico de Medicina.

Tabla 4. Prestaciones evaluadas y su rechazo según cantidad de prestaciones evaluadas por cada Departamento Médico del Hospital II-2 Tarapoto 2020

	DEPARTAMENTOS										Total	
	Departamento Pediatria		Departamento Medicina		Departamento Cirugía		Departamento Ginecobstetricia		Departamento Odontología			
	Evaluated	Rejected	Evaluated	Rejected	Evaluated	Rejected	Evaluated	Rejected	Evaluated	Rejected	Evaluated	Rejected
Frecuencias	44	28	79	63	81	64	45	33	2	1	251	189
Porcentaje de rechazo	63.64		79.75		79.01		73.33		50.00		75.30	

La presente tabla refleja que el porcentaje de rechazo promedio fue del 75.3 respecto de las prestaciones evaluadas por cada departamento médico; es Medicina el que mayor porcentaje de rechazo presentó (79.75%), seguido muy de cerca por el departamento de Cirugía (79.01%).

Tabla 5. Motivos de rechazo prestacional en el Hospital II-2 Tarapoto 2020

Código	Descripción	Frecuencia	%
A	Discordancia de los exámenes de apoyo al diagnóstico indicados entre la Historia Clínica y el FUA.	1	0.4
B	Discordancia de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos indicados entre la Historia Clínica y el FUA.	87	34.7
C	En la Historia Clínica se evidencia el registro incorrecto de la prestación consignada en el FUA, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente del Minsa.	44	17.5
D	Discordancia de los diagnósticos consignados entre la Historia Clínica y el FUA.	3	1.2
E	El FUA no cuenta con los datos necesarios para la evaluación.	4	1.6
F	No se dispone físicamente del FUA.	11	4.4
G	No cuenta con firma y/o huella digital del asegurado o apoderado, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso.	2	0.8
H	Discordancia de la presentación y de la cantidad prescrita de medicamento e insumos utilizados entre el FUA y la Historia Clínica.	36	14.3
I	Prestación brindada por personal de salud que no corresponde, de acuerdo al tipo de prestación y categoría de la IPRESS.	1	0.4
No refiere		62	24.7
Total		251	100.0

De la presente tabla se desprende que de las 189 prestaciones rechazadas más de la tercera parte lo fueron, debido a que mostraban discordancia de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos indicados entre la Historia Clínica y el FUA, mientras que el 17.5% de las prestaciones evaluadas mostraban llenado incorrecto de la historia clínica, es decir, no estaban registradas de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente del Minsa. Aclaramos que las 62 prestaciones con código “No refiere” corresponden a las prestaciones que estuvieron conformes.

Tabla 6. Motivos de rechazo prestacional por cada departamento médico evaluado del Hospital II-2 Tarapoto 2020

Códigos del motivo de rechazo	DEPARTAMENTOS					Total	%
	Departamento Pediatría	Departamento Medicina	Departamento Cirugía	Departamento Ginecobstetricia	Consultorio Odontología		
A	0	1	0	0	0	1	0.53
B	20	26	24	17	0	87	46.03
C	0	16	17	10	1	44	23.28
D	0	3	0	0	0	3	1.59
E	0	1	3	0	0	4	2.12
F	1	6	3	1	0	11	5.82
G	0	1	1	0	0	2	1.06
H	6	9	16	5	0	36	19.05
I	1	0	0	0	0	1	0.53
Frecuencia	28	63	64	33	1	189	100.00
Total de rechazos	Porcentaje	14.81	33.33	33.86	17.46	0.53	100.00
Conformes		16	16	17	12	1	62
Total evaluado		44	79	81	45	2	251

En la presente tabla, se observa que Cirugía fue el departamento que tuvo más rechazos prestacionales (33.86%) respecto del total de las 189 prestaciones rechazadas, seguido muy de cerca por el Departamento de Medicina (33.33%); el motivo B (discordancia de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos indicados entre la Historia Clínica y el FUA) fue el principal motivo de rechazo en ambos casos; el total fue el 46.03% de todas las prestaciones rechazadas.

Tabla 7. Repercusión financiera por departamentos médicos de procedencia del Hospital II-2 Tarapoto 2020

Características de los rechazos prestacionales	DEPARTAMENTOS					Total de rechazos	Conformes	Total evaluado
	Departamento Pediatría	Departamento Medicina	Departamento Cirugía	Departamento Ginecobstetricia	Consultorio Odontología			
Cantidad de rechazos	28	63	64	33	1	189	62	251
Costo de las prestaciones (S/.)	30 976.78	79 636.49	168 042.59	25 644.55	108.65	304 409.06	64 976.25	369 385.31
Costo de los rechazos (S/.)	6813.60	50 533.22	93 087.07	15 097.64	108.65	165 640.18	-	165 640.18
Porcentaje de rechazo en función del Departamento (%)	22.00	63.45	55.39	58.87	100.00	54.41		
Porcentaje de rechazo en función del total evaluado (%)	1.84	13.68	25.20	4.09	0.03	44.84		

Las 251 prestaciones evaluadas hacían un costo total de 369 385.31 soles; sin embargo, el monto total de las 189 prestaciones observadas por inconsistencias en el registro, lo que significó un monto de 304 409.06 soles (82.4%), de los cuales 165 640.18 soles fueron rechazadas (54.41% en función de lo rechazado y 44.84% en función del total evaluado) fue rechazado.

También podemos afirmar que, en función de lo evaluado como departamento, Odontología presentó el 100% de rechazo prestacional, seguido de Medicina que tuvo el segundo mayor costo rechazado (63.45%); sin embargo, el Departamento de Cirugía presentó el mayor costo de rechazo (25.2%) en función del total evaluado.

Tabla 8. Costo total de las prestaciones evaluadas según tipos de rechazo prestacional en el Hospital II-2 Tarapoto 2020

Tipo de rechazo prestacional	N.º	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Mediana
Rechazo total	64	108.65	7998.38	1705.74	2091.92	674.51
Rechazo parcial	125	29.21	8688.02	1561.94	1922.30	673.69
Conforme	62	34.97	4294.06	1048.00	1037.82	558.61
Total	251	29.21	8688.02	1471.65	1805.83	645.95

De la presente tabla se puede afirmar que, de las 251 historias clínicas evaluadas el rango del costo total de las prestaciones va desde los 29.21 soles hasta los 8688.02 soles, lo que refleja un amplio recorrido de los datos. Considerando la dispersión de estos valores y por ser la mejor medida de resumen de tendencia central para describir a este tipo de datos (dispersos), utilizaremos la mediana, la misma que, en el caso de las prestaciones con rechazo total, fue de 674.51 soles, lo que demuestra que la mitad de las historias clínicas que tuvieron rechazo total tuvieron un costo total de la prestación de hasta 674.51 soles y la otra mitad de las historias tuvieron un costo total mayor.

El costo total de las prestaciones con rechazo parcial es muy similar a lo mencionado anteriormente; sin embargo, ello difiere con el costo total de las prestaciones conformes.

Tabla 9. Costo de cada prestación rechazada según tipo de rechazo en el Hospital II-2 Tarapoto 2020

Tipo de rechazo prestacional	N.º	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Mediana
Rechazo total	64	102.66	7998.38	1640.17	1950.65	661.77
Rechazo parcial	125	1.00	8688.02	485.35	1087.90	142.35
Conforme	62	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total	251	29.21	8688.02	1471.65	1805.83	645.95

Cada prestación con rechazo total tuvo un costo promedio de 1640.17 soles; sin embargo, la mitad de dichas prestaciones tuvieron un costo de rechazo mayor que 661.77 soles; esto nos permite afirmar que las prestaciones con rechazo total fueron las más costosas.

Tabla 10. Porcentaje de cada prestación rechazada según tipo de rechazo en el Hospital II-2 Tarapoto 2020

Tipo de rechazo prestacional	N.º	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Mediana
Rechazo total	64	79.10	100.00	98.28	5.12	100.00
Rechazo parcial	125	0.16	100.00	30.96	28.19	23.56
Conforme	62	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total	251	0.00	100.00	40.48	41.32	23.75

La presente tabla refleja el porcentaje de rechazo de cada prestación y ratifica lo expuesto en la tabla anterior; las prestaciones con rechazo total son las que tuvieron el mayor costo.

Tabla 11. Tipo de rechazo prestacional y su correlación con la repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto 2020

Prestación		Repercusión Financiera			Total
		Baja	Mediana	Alta	
Rechazo total	N.º	0	0	64	64
	Porcentaje	0.0%	0.0%	25.5%	25.5%
Rechazo parcial	N.º	22	34	69	125
	Porcentaje	8.8%	13.5%	27.5%	49.8%
Conforme	N.º	62	0	0	62
	Porcentaje	24.7%	0.0%	0.0%	24.7%
Total	N.º	84	34	133	251
	Porcentaje	33.5%	13.5%	53.0%	100.0%

En la presente tabla cruzada presentamos ambas variables de la investigación en simultáneo; las filas muestran las prestaciones según tipo de rechazo mientras que las columnas exponen el tipo de repercusión financiera, de donde podemos inferir que las 64 prestaciones que tuvieron rechazo total representan repercusión financiera alta; por otra parte, todas las prestaciones conformes representan baja repercusión financiera; sin embargo, en el caso de prestaciones con rechazo parcial más de la mitad representan repercusión financiera alta (69 de 125 prestaciones) para la institución.

Tabla 12. Relación entre calidad del registro de las historias clínicas de afiliados al SIS y su repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto 2020

		REPERCUSION FINANCIERA	
Rho de Spearman	CALIDAD DEL REGISTRO	Coeficiente de correlación	-,771**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	251

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Con los resultados expuestos en la Tabla 11, se aplicó la prueba estadística, obteniéndose un valor p de $(1.15841351424432)^{-50}$ (que en la tabla se muestra como 0.0000) por lo que corresponde rechazar la hipótesis nula, y se estimó un coeficiente de -0.771 con un nivel de significancia <0.05 , lo que confirma que existe una relación fuerte e inversamente proporcional entre la calidad del registro de las historias clínicas y la repercusión financiera.

V. DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue determinar la relación entre la calidad de registro de las historias clínicas de los afiliados al SIS y la repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto 2020.

A partir de los resultados descritos, se acepta la hipótesis general del presente estudio, ya que se corrobora que existe una relación entre la calidad del registro de las historias clínicas de afiliados al Seguro Integral de Salud y la repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto 2020.

Nuestro estudio determinó que existe una alta repercusión financiera alta debido al inadecuado registro en las historias clínicas lo que es coherente con lo descrito por Chávez, en 2020, quien determinó que existían inconsistencias en el registro clínico electrónico asociadas a ciertas falencias del software, concluyendo que la calidad de las historias clínicas es baja y que el impacto en los costos hospitalarios es alto. En contraste con nuestro estudio, Chávez realizó su investigación en el área de terapia intensiva de adultos y en registros clínicos electrónicos; mientras que la presente se realizó en prestaciones de servicios asistenciales diferentes y en registros clínicos manuales.

Por otra parte, de la presente investigación se desprende que las tres cuartas partes de las historias clínicas evaluadas presentaron algún motivo de rechazo; estos datos son similares a lo reportado por Galagarza, en 2015, quien encontró que, de 200 prestaciones evaluadas, el 86.5% (172 prestaciones) han sido rechazadas; el 83% (165 prestaciones) tiene rechazo total, mientras que el 4% (7 prestaciones) tiene rechazo parcial; ello significó una repercusión financiera de 1'973,000 soles.

Sin embargo, dicha investigación no valorizó el costo total de las prestaciones evaluadas, solamente estimó el monto de las prestaciones rechazadas, ello impide realizar la validación del grado de repercusión respecto al total que en nuestro caso representó el 82.4% del costo del total de atenciones evaluadas; además la investigación de Galagarza fue realizada en prestaciones brindadas en la Unidad

de Cuidados Intensivos de un hospital del III nivel de atención, lo que eleva considerablemente los costos de las prestaciones evaluadas; mientras que nuestro estudio se ejecutó en base a prestaciones de hospitalización, consultorios externos y tópicos del servicio de Emergencia de un hospital de categoría II-2. Finalmente, los motivos de rechazo identificados en nuestro estudio se debieron a la discordancia e incoherencia en los registros de la historia clínica y el FUA, mientras que en el estudio de Galagarza los principales motivos de rechazo fueron por ausencia de la historia clínica y del FUA de las prestaciones evaluadas.

El estudio de Soto A, en 2018, evaluó los procesos de la gestión de calidad y su repercusión financiera en la gestión de la Unidad de Seguros; no evaluó prestaciones registradas en historias clínicas, pero sí reconoce que existe un inadecuado llenado del FUA, lo que coincide con nuestros resultados.

Los siguientes estudios revisados solo determinaron la calidad del registro de las prestaciones más no la repercusión financiera que los rechazos prestacionales ocasionarían en la IPRESS.

Nuestros resultados también guardan coherencia con lo reportado por Vega A, en 2017, quien reportó que solo un 13% de la muestra de historias clínicas estuvieron correctamente registradas, el 84% presentaba llenado parcial y el 3% de las historias clínicas tenían registro incompleto.

Similares resultados encontraron Carbajal L y Samaniego E, en 2017, quienes determinaron que, en la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I, el 70.7% de una muestra de 82 historias clínicas son deficientes en su registro y el 29.3% por mejorar.

Resultados parecidos describió Suárez K, en 2013, en su investigación, encontró que el 93.25% de las historias clínicas presentaron un llenado regular; el 4.42%, un mal registro; tan solo el 2.34% presentó buen nivel en su llenado y ninguna logró un registro excelente.

Sin embargo, el estudio realizado por Barrera K, en 2017, no concuerda con lo descrito en los demás estudios, incluido el nuestro, toda vez que encontró que, de las 85 historias clínicas evaluadas, en general, el 98.8% tuvo una calidad de registro regular.

Como se manifestó, además de determinar la calidad del registro de las prestaciones, esta investigación también muestra la alta repercusión financiera que ocasiona la inadecuada calidad del registro; sobre ello, encontramos que la incoherencia entre los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos indicados en la historia clínica y el FUA fue el principal motivo de rechazo prestacional; Cirugía es el departamento médico del cual provenía el mayor porcentaje de las prestaciones rechazadas y, por ende, fue el departamento que mayor costo de rechazo representó. Debemos mencionar que los procedimientos quirúrgicos son los que generan un mayor costo prestacional en la IPRESS, lo que también se ve reflejado en los costos de rechazos prestacionales.

Asimismo, la presente investigación determinó que el costo promedio de los rechazos totales fue de S/.1640.17, de los cuales, por lo menos la mitad de las prestaciones con rechazo total representaron un costo mayor que S/.674.51; es S/.8688.02 el mayor costo de rechazo total de una prestación; lo descrito nos permite afirmar que las prestaciones con rechazo total representan el mayor riesgo de repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto.

Después del análisis de los resultados de las pruebas estadísticas realizadas y de la interpretación de estos mismos, el presente estudio determinó que existe una correlación fuerte e inversamente proporcional entre la calidad del registro de las historias clínicas y la repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto; todo ello se traduce en menos recursos económicos que conllevan a un serio riesgo financiero de la institución.

Finalmente, debemos precisar que los resultados encontrados en el presente estudio solo pueden ser generalizados al ámbito del Hospital II-2 Tarapoto.

CONCLUSIONES

Existe relación entre la calidad de registro de las historias clínicas de los afiliados al SIS y la repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto 2020.

La calidad del registro de las historias clínicas de afiliados al SIS en el Hospital II-2 Tarapoto en el año 2020 fue inadecuada.

Existe un alto grado de repercusión financiera que generan los rechazos prestacionales que realiza el SIS.

Los principales motivos de rechazo prestacional fueron la discordancia de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos indicados entre la Historia Clínica y el formato único de atención (FUA), así como el registro incorrecto de la prestación consignada en el FUA.

El Departamento Médico de Cirugía es el servicio médico asistencial que presentó el mayor porcentaje de rechazo prestacional, seguido por el Departamento de Medicina.

RECOMENDACIONES

La Dirección del Hospital II-2 Tarapoto debe tomar acciones de mejora al más breve plazo, orientadas a revertir el inadecuado registro de las historias clínicas que conllevan a la alta repercusión financiera identificada en la presente investigación.

La Dirección del Hospital II-2 Tarapoto debe impulsar la implementación de la historia clínica electrónica, lo que optimizaría la gestión clínica de las prestaciones y, a su vez, perfeccionaría el control de la calidad del registro y reduciría el archivo físico de los formatos que conforman las historias clínicas.

Mientras se implemente lo antes mencionado, la Jefatura del Departamento Médico de Cirugía debe coordinar con la Unidad de Seguros y/o Auditoría Médica, a fin de corregir las causas que conllevaron a la alta repercusión financiera identificada a consecuencia de los rechazos prestacionales en su servicio.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Asakura K, Ordal E. Is your clinical documentation improvement program compliant? *Healthc Financ Manage*. 2012;66:96-100.
2. Poscia A, Cambieri A, Tucceri C, Ricciardi W, Volpe M. Audit as a tool to assess and promote the quality of medical records and hospital appropriateness: methodology and preliminary results. *Ig Sanita Pubbl*. 2015;71(2):139-56
3. Chávez, M. Evaluación de la calidad de las Historias Clínicas del área de Terapia Intensiva de adultos y su impacto en el costo del Hospital Clínica San Francisco. Tesis de Maestría. Guayaquil, Ecuador. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2020. 10pp
4. Soto A. Gestión de Calidad y su Repercusión Financiera en la Unidad de Seguros del Hospital II-2 Tarapoto, 2018 [Tesis para optar el grado de Licenciado en Administración]. Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2018.
5. Marin A, Segura C, Villalobos L. Evaluación de la calidad de las historias clínicas de pacientes con atención domiciliaria 2018. Tesis de Especialización. Bogotá, 2018. Universidad Escuela de Administración de Negocios, 2018. 18pp.
6. Vega A. Evaluación de las Historias Clínicas del ministerio de Salud Pública. Pacientes atendidos en la clínica UCSG B-2016. Tesis de Pregrado. Guayaquil, Ecuador. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2017. 15pp.
7. Zeron C, Sánchez J. Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San José de Bocay en el periodo de Enero a Junio del año 2015. Tesis de Pregrado. Managua, Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua, 2015. 21pp.
8. Romero A. Calidad de la Historia Clínica en la Evolución y Epicrisis en Internos de Medicina de Dos Hospitales Provincia de Chiclayo, Período Agosto a Noviembre, 2016. Tesis de Pregrado. Chiclayo, Perú. Universidad San Martín de Porres, 2018. 12pp.
9. Carbajal L, Samaniego E. Calidad del Registro de Historias Clínicas en la Clínica Estomatológica 2017. Tesis de Pregrado. Huancayo, Perú. Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, 2017. 32pp.

10. Barrera, K. Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016. Tesis de Maestría. Trujillo, Perú. Universidad César Vallejo, 2016. 30pp.
11. Guevara C, La Serna P. Calidad del Registro de las Historias Clínicas en una Clínica de la Ciudad de Chiclayo - Perú, 2016. Rev. Salud & Vida Sipanense. (Internet). 2017 (Citado el 15 de octubre de 2018); 4(2):42-49. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/701/613>
12. Quispe-Juli C, Navarro-Navides R, Velásquez-Chahuares L, Frank Pinto-Martínez F, Olivares-Alegría E. Características del registro de historias clínicas en un hospital al sur del Perú. Rev Horiz Med (Internet). 2016 (Citado el 15 de octubre de 2018); 16 (4): 48-54. Disponible en: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/508>
13. Galagarza G. Validación Prestacional Oportuna de las Prestaciones del Servicio de Cuidados Intensivos de un Hospital Nivel III-1, Periodo 2012-2014. Tesis de Maestría. Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres, 2015. 28pp.
14. Suárez K. Evaluación de la Calidad de Historias Clínicas de Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Cirugía General-Hospital Regional Docente de Trujillo. Enero-Junio 2013. Tesis de Pregrado. Trujillo, Perú. Universidad Nacional de Trujillo, 2014. 16pp.
15. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, NTS 139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. (Diario Oficial El Peruano, 13 de marzo, 2018)
16. Donabedian A. Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart 1986; 44:167-70pp.
17. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, NTS 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma técnica de auditoría de la Calidad de Atención en Salud. (Diario Oficial El Peruano, 15 de julio, 2016)
18. Llanos F. Auditoría médica en el primer nivel de atención. Rev Med Hered [Internet]. 2000 Jul [citado 2019 Oct 26]; 11(3): 107-112. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2000000300006&lng=es.

19. Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland, and Scotland. Medical audit. Working Paper 6. London: HMSO, 1989.
20. Fraser RC, Baker RH, Lakhani MK. Evidence-based clinical audit: an overview. En: Evidence-based audit in general practice. Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH eds. Butterworth-Heinemann. Oxford 1998,1-15pp.
21. Marinker M. Principles. En: Medical audit and general practice. Marinker M ed. BMJ Publishing Group. London 1990,1-14pp.
22. Crombie IK, Davies HTO, Abraham SCS, Florey CduV. The Audit Handbook. John Wiley and Sons. Chichester, 1993.
23. García VM. Introducción a las finanzas. Primera edición ebook. México: Grupo Editorial Patria; 2014.
24. Henríquez J. El Planeamiento Financiero y su Incidencia en la Gestión Financiera de las Empresas del Sector Metalmeccánica, del Distrito de Lurín - Lima, 2017. Tesis de Pregrado. Lima, Perú. Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2017.
25. Van Horne J, Wachowicz J. Fundamentos de Administración Financiera. Décimotercera edición impresa. México; 2010.
26. Ortega A. Planeación Financiera Estratégica. Volumen 1. Segunda edición. Estados Unidos de América: Editorial Mc Graw Hill; 2012.
27. Baena, D. Análisis Financiero: Enfoque y Proyecciones. Segunda edición. Colombia: Ecoe Ediciones; 2006.
28. Jiménez JL, Pérez CA, De La Torre A. Dirección Financiera de la Empresa: Teoría y Práctica. Volumen 1. Segunda edición. España: Editorial Pirámide; 2009.
29. Moreno J. Las Finanzas en la Empresa. Volumen 1. Tercera edición. México: Grupo Editorial Patria S.A.; 2012.
30. Chu M. La Creación de Valor en las Finanzas. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Primera edición. Lima 2012, 1-18pp.
31. RAE: Real Academia Española [Internet]. Madrid: RAE; © 2019 (citado el 04 de noviembre del 2019). Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=W1XwtQz>
32. RAE: Real Academia Española [Internet]. Madrid: RAE; © 2019 (citado el 04 de noviembre del 2019). Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=W1aBTQc>
33. RAE: Real Academia Española [Internet]. Madrid: RAE; © 2019 (citado el 04 de noviembre del 2019). Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=Hxhb6kn>

34. Resolución Jefatural N° 107-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GREP-V.01 Directiva Administrativa sobre el llenado del Formato único de Atención (FUA) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Públicas, Privadas o Mixtas en el Marco de los Convenios o Contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud (SIS).
35. Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS, Directiva que Regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud y sus Anexos. Disponible en: http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/resolucion_jefatural/RJ2012_197.pdf

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño del estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE AFILIADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y SU REPERCUSIÓN FINANCIERA HOSPITAL II-2 TARAPOTO 2020	Problema general ¿Cuál es la relación entre la calidad de registro de las historias clínicas de los afiliados al Seguro Integral de Salud y la repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto 2020?	Objetivo general Determinar la relación entre la calidad de registro de las historias clínicas de los afiliados al Seguro Integral de Salud y la repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto 2020.	Hipótesis general Existe relación entre la calidad del registro de las historias clínicas de afiliados al Seguro Integral de Salud y la repercusión financiera en el Hospital II-2 Tarapoto 2020.	Tipo y Diseño de Investigación Diseño: El presente estudio mantiene un diseño cuantitativo. Tipo de Investigación: El presente estudio fue de tipo	Población y Muestra La población universo estuvo representada por todos los afiliados al Seguro Integral de Salud en el distrito de Tarapoto. La población de estudio estuvo constituida por 120 996 atenciones registradas en las historias clínicas de afiliados al Seguro Integral de Salud, en el Hospital II-2 Tarapoto, durante el año 2018.	Ficha de recolección de datos
	Problemas específicos ¿Cuál es el nivel de calidad de registro de las historias clínicas de los afiliados al Seguro Integral de Salud en el Hospital II-2 Tarapoto 2020?	Objetivos específicos Determinar el nivel de calidad de registro de las historias clínicas de los afiliados al Seguro Integral de Salud en el Hospital II-2 Tarapoto 2020.	Hipótesis específicas La calidad del registro de las historias clínicas de afiliados al Seguro Integral de Salud en el Hospital II-2 Tarapoto en el año 2020 es inadecuada.	observacional, analítico, retrospectivo, transversal. Criterios de Inclusión Atenciones evaluadas correspondan a afiliados al Seguro Integral de Salud en el 2018.	Para obtener la muestra, se utilizó la fórmula para el cálculo de proporciones de una población finita.	
	¿Cuál es el grado de repercusión financiera que generan los rechazos prestacionales debido a la calidad del registro de las historias clínicas de afiliados al Seguro Integral de Salud en el Hospital II-2 Tarapoto 2020?	Determinar el grado de repercusión financiera que generan los rechazos prestacionales debido a la calidad del registro de las historias clínicas de afiliados al Seguro Integral de Salud en el Hospital II-2 Tarapoto 2020.	El grado de repercusión financiera que generan los rechazos prestacionales que realiza el Seguro Integral de Salud es alto. Los principales motivos de rechazo prestacional ocurren debido a la incoherencia en los registros clínicos y el Formato Único de Atención. El Departamento de Medicina es el servicio médico asistencial que presenta el mayor porcentaje de rechazo prestacional.	Criterios de Inclusión Atenciones financiadas por Instituciones Administradoras de Fondos en Aseguramiento en Salud distintas al Seguro Integral de Salud y aquellas financiadas por el usuario, es decir, atenciones sin fuente de financiamiento en el 2018.	El tipo de muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio simple Procesamiento de datos Para el análisis general, se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), software que permitió analizar y describir la base de datos generales que incluyen los datos del instrumento. Para la generación de gráficos, usamos el software Microsoft Excel 2016. Para la estadística inferencial utilizamos la prueba estadística de Rho de Spearman, se eligió un nivel de significancia de 0.05.	
¿Cuáles son los principales motivos de rechazo prestacional según la calidad del registro de las historias clínicas de afiliados al Seguro Integral de Salud en el Hospital II-2 Tarapoto 2020?	Identificar los principales motivos de rechazo prestacional según la calidad del registro de las historias clínicas de afiliados al Seguro Integral de Salud en el Hospital II-2 Tarapoto 2020.					
¿Cuáles son los servicios médicos asistenciales que presentan mayor porcentaje de rechazo prestacional en el hospital?	Identificar los servicios médicos asistenciales que presentan mayor porcentaje de rechazo prestacional en el Hospital II-2 Tarapoto 2020.					

3. Motivos de rechazo prestacional adaptados del Formato de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Reembolsadas por Consumo del SIS ⁽³¹⁾

CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL	
Código	Adaptación para la investigación (según códigos de rechazo del SIS)
F	No se dispone físicamente del FUA ⁽³¹⁾ . (I-1)
E	El FUA no cuenta con los datos necesarios para la evaluación ⁽³¹⁾ . (I-2)
G	No cuenta con firma y/o huella digital del asegurado o apoderado, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso ⁽³¹⁾ . (I-5)
C	En la Historia Clínica se evidencia el registro incorrecto de la prestación consignada en el FUA y en el SIASIS, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente del Minsa ⁽³¹⁾ . (IIB-1)
D	Discordancia de los diagnósticos consignados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS ⁽³¹⁾ . (IIB-3)
I	Prestación brindada por personal de salud que no corresponde, de acuerdo al tipo de prestación y categoría de la IPRESS ⁽³¹⁾ . (IIC-1)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO PARCIAL	
Código	Adaptación según descripción SIS
H	Discordancia de la presentación y de la cantidad prescrita de medicamento e insumos utilizados entre el FUA, el SIASIS y la Historia Clínica ⁽³¹⁾ . (IIIA-3)
A	Discordancia de los exámenes de apoyo al diagnóstico indicados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS ⁽³¹⁾ . (IIIA-4)
B	Discordancia de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos indicados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS ⁽³¹⁾ . (IIIA-5)

4. Formato de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Reembolsadas por Consumo ⁽³¹⁾

FORMATO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD REEMBOLSADAS POR CONSUMO			
DATOS GENERALES:			
1. Fecha de evaluación:	□□ / □□ / □□□□	2. Hora de evaluación	□□□□
3. Nombre de EESS y/o Unidad Ejecutora	□□□□□□□□□□□□□□□□	4. Código de EESS:	□□□□□□□□
5. N° de Formato Único de Atención:	□□□□ - □□□□ - □□□□□□□□□□	6. N° Historia Clínica	□□□□□□□□
7. Tipo de prestación (concepto prestacional):	□□□□□□□□□□	8. Nombres y Apellidos del asegurado:	_____
9. Código inscripción/afiliación	□□□□ - □□□□ - □□□□□□□□□□		
I. Evaluación de la conformidad del registro del Formato Único de Atención (ECR-FUA).			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI NO N/A
I-1. Se dispone físicamente del FUA			
I-2. El FUA cuenta con los datos necesarios para la evaluación			
I-3. El FUA es legible, sin enmendaduras ni borrones que cuestionen su legalidad			
I-4. Cuenta con sello y firma del responsable de la atención, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso.			
I-5. Cuenta con firma y/o huella digital del asegurado o apoderado, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso.			
I-6. Cuenta con sello y firma del responsable de farmacia			
I-7. Cuenta con sello y firma del responsable de laboratorio y/o anatomía patológica			
I-8. Cuenta con sello y firma del responsable de Rx e imágenes			
RESULTADO PRIMERA FASE:	CONFORME	RECHAZO TOTAL	
II. Evaluación de la conformidad de la prestación de salud (ECP)			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			
A. AUDITABILIDAD DE LA PRESTACIÓN			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI NO N/A
IIA-1. Se dispone físicamente de la Historia Clínica			
IIA-2. Se dispone físicamente de la Carta de Garantía según corresponda (componente semisub subsidiado)			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO TOTAL	
B. REGISTRO Y CONCORDANCIA DE LAS FUENTES DE VERIFICACIÓN			
CONCORDANCIA: HISTORIA CLÍNICA - FUA - SIA SIS			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI NO N/A
IIIB-1. En la Historia Clínica se evidencia el registro correcto de la prestación consignada en el FUA y en el SIA SIS, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente del MINSA (incluye la concordancia de los datos generales del asegurado y la fecha de atención entre la Historia Clínica, el FUA y el SIA SIS).			
IIIB-2. Cuenta y existe concordancia del número de autorización dada por el SIS/UDR para la atención de cobertura extraordinaria, casos especiales y enfermedades de alto costo (LPIS), entre el FUA y el SIA SIS, según lo establecido en la normatividad vigente.			
IIIB-3. Concordancia de los diagnósticos consignados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIA SIS.			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO TOTAL	
C. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI NO N/A
IIIC-1. Prestación brindada por personal de salud según corresponda (médico especialista, médico general, otro profesional o técnico de la salud), de acuerdo al tipo de prestación y categoría del EESS.			
IIIC-2. Prestación brindada de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO TOTAL	
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO PARCIAL			
A. CONCORDANCIA ENTRE LAS FUENTES DE VERIFICACIÓN			
CONCORDANCIA: HISTORIA CLÍNICA - FUA - SIA SIS			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO PARCIAL			SI NO N/A
IIIA-1. Conformidad/ concordancia en el registro de las fechas de afiliación, ingreso y alta de la prestación en la Historia Clínica con lo consignado en el FUA y en el SIA SIS.			
IIIA-2. Concordancia del monto autorizado por el SIS/UDR para la atención de cobertura extraordinaria, casos especiales y enfermedades de alto costo (LPIS) entre el FUA y el SIA SIS (el monto autorizado es mayor o igual al valor de producción).			
IIIA-3. Concordancia de la presentación y de la cantidad prescrita de medicamento e insumos utilizados entre el FUA, el SIA SIS y la Historia Clínica, verificada en Kardex de enfermería y/u obstetricia, reporte operatorio u otro registro de la Historia Clínica (incluye el registro según denominación común internacional, vía de administración, concentración, presentación, dosis y duración del tratamiento). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.			
IIIA-4. Concordancia de los exámenes de apoyo al diagnóstico indicados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) entre la Historia Clínica, el FUA y el SIA SIS (incluye la verificación de la existencia de los resultados y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.			
IIIA-5. Concordancia de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos indicados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIA SIS (incluye la verificación de la existencia de los informes y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO PARCIAL	
B. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO PARCIAL			SI NO N/A
IIIB-1. Tratamiento indicado (medicamentos e insumos), de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales. En caso de uso de medicamentos fuera del petitorio nacional aprobado se debe contar con el documento de aprobación del comité farmacoterapéutico correspondiente.			
IIIB-2. Exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.			
IIIB-3. Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos solicitados de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO PARCIAL	