



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Calidad de historia clínica y concordancia diagnóstica de
referencia y contrarreferencia en dos establecimientos de
salud, Abancay 2021**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los servicios de la salud

AUTORA:

Soria Donaires, Matilde Nancy (orcid.org/0000-0002-5527-5023)

ASESORA:

Mg. Cabrera Santa Cruz, María Julia (orcid.org/0000-0002-5361-6541)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

Lima - Perú
2022

Dedicatoria

A ti Fredcito mi ángel que desde el cielo me acompañas y fortaleces mi deseo de superación.

A mi esposo por su apoyo y mi hija quien es mi motivo y razón de vivir.

A mi madrecita, hermanos y familiares por sus consejos y apoyo en todas las etapas de mi vida.

A mis amigos y compañeros por el apoyo incondicional.

Agradecimiento

A Dios por la vida, la oportunidad y fortaleza que me da para continuar mi estudio soñado, a la Virgen María por cuidarme y guiar mis pasos con la corte de sus santos ángeles.

A mi estimada docente y asesora por la paciencia y entereza, quien compartió su sapiencia como guía en el estudio realizado. A la Universidad certificada que cuenta con docentes de experiencia y profesionalismo que ofrecen servicio académico de calidad. Muchas gracias.

Índice de contenidos

| | |
|--|-----|
| Caratula | |
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Índice de contenidos | iv |
| Índice de tablas | v |
| Resumen | vi |
| Abstrac | vii |
| I. INTRODUCCIÓN | 01 |
| II. MARCO TEÓRICO | 06 |
| III. METODOLOGÍA | 14 |
| 3.1 Tipo y diseño de investigación | 14 |
| 3.2 Variables y operacionalización | 15 |
| 3.3 Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis | 17 |
| 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 18 |
| 3.5 Procedimientos | 20 |
| 3.6 Método de análisis de datos | 20 |
| 3.7 Aspectos éticos | 20 |
| IV. RESULTADOS | |
| V. DISCUSIÓN | 22 |
| VI. CONCLUSIONES | 34 |
| VII. RECOMENDACIONES | 35 |
| REFERENCIAS | 36 |
| ANEXOS | |

Índice de Tablas

Tabla 1: Referencia del primer nivel de atención

Tabla 2: Nomina de expertos

Tabla 3: Calidad de historia clínica- según dimensión

Tabla 4: Concordancia diagnostica – patologías.

Tabla 5: Prueba Chi-cuadrado – dimensión calidad de historia clínica y concordancia diagnostica

Tabla 6: Prueba Chi-cuadrado – dimensión única y concordancia diagnostica

Tabla 7: Prueba Chi-cuadrado – dimensión disponibilidad y concordancia diagnostica

Tabla 8: Prueba Chi-cuadrado – dimensión completa y concordancia diagnostica

Tabla 9: Prueba Chi-cuadrado – dimensión legible y concordancia diagnostica

Tabla 10: Prueba Chi-cuadrado – dimensión veraz y concordancia diagnostica

Resumen

La investigación tuvo como objetivo, establecer la relación entre la calidad de historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Metodología, cuantitativa, diseño no experimental, descriptivo correlacional, transversal, población 291, muestra 106, técnica recolección de datos, exploración documental de historias clínicas, hojas de referencia y contrarreferencia de donde recopilamos información de las variables investigadas, los instrumentos fueron: Fichas de evaluación de calidad de historia clínica y evaluación de concordancia diagnóstica y ficha de validación de instrumentos de investigación, los que fueron validados por jueces expertos quienes aprobaron su aplicabilidad; la confiabilidad se realizó con muestra piloto de 36 historias clínicas, logrando un coeficiente de 8.14 en la tabla de KR-20.

Con los resultados de la investigación evidenciamos que el registro de historia clínica es de mala calidad en un 55,7 %, regular calidad 31,1% y buena calidad 13,2% a su vez sus dimensiones en promedio tienen regular calidad. En lo referente a la concordancia diagnóstica en dos niveles de atención se obtuvo que concuerdan en un 54,7%, no hay concordancia en un 45,3 de referencia y contrarreferencia.

Palabras Claves: *calidad de historia clínica y concordancia diagnóstica.*

Abstract

The objective of the research was to establish the relationship between the quality of the clinical history and the diagnostic concordance of reference and counter-reference in two health establishments in Abancay, 2021.

Quantitative methodology, non-experimental design, descriptive correlational, cross-sectional, population 291, sample 106, data collection technique, documentary exploration of medical records, reference sheets and counter-reference from where we collected data of the variables investigated, the instruments were: Clinical history quality evaluation sheets and diagnostic concordance evaluation sheet and validation sheet of research instruments, those that were validated by expert judges who approved their applicability; reliability was performed with a pilot sample of 36 medical records, achieving a coefficient of 8.14 in the KR-20 table.

With the results of the research, we show that the record of medical history is of poor quality in 55.7%, regular quality 31.1% and good quality 13.2% in turn its dimensions on average have regular quality. Regarding the concordance diagnostica in two levels of attention it was obtained that they agree in a 54.7%, there is no agreement in a 45.3 of reference and counter-reference.

Keywords: *quality of medical history and diagnostic concordance.*

I. INTRODUCCIÓN

En el universo, establecimientos acreedores de salud se encargan de atender la salud de su población, con ese fin diseñan estrategias para brindar servicio con oportunidad, calidad y calidez, dentro de este contexto se encuentra enmarcado el manejo de las historias clínicas y el sistema de referencia y contrarreferencia, algunos países lo conocen como sistema de derivación de pacientes, el propósito principal del sistema es ampliar la vigilancia de salud del paciente en un establecimiento de mejor capacidad resolutive, pero es sabido que en el cosmos los regímenes de salud concentran su cuidado en la parte hospitalaria donde cuentan con expertos, mejor tecnología y prestan servicio las veinticuatro horas al día; en cambio, los nosocomios de primer nivel están obligados a referir pacientes en vista de que cuentan con lo básico para atender a sus pacientes.

La Organización Mundial de Salud (OMS), señalan que los patronatos del universo entre ellos países de Latinoamérica, se encargan de garantizar la salud de su población, siendo acorde y accesible a sus insuficiencias, apaleando a desplegar sus diligencias en la Atención Primaria de la Salud (APS) y deben hacer copartícipe de sus labores a entidades de su jurisdicción para así buscar progreso, restitución y conservación de la salud y debe ser mediante las redes de salud protegiendo la integralidad y reduciendo la demora en el servicio, este medio es conocido como el sistema de Referencias y Contrarreferencias (SRCRP) Fernández (2016).

El procedimiento de referencia tiene dentro de sus lineamientos el propósito de mejorar la actividad de atención a pacientes, reducir las demoras en el cuidado, evitar duplicidad de energías y recursos, evitar precios excesivos, impedir aprietos en los tratamientos y traslados innecesarios, busca integrar la comunicación en los otros niveles de atención, dentro de todo este enfoque está el manejo de historias clínicas y el procedimiento de referencia y contrarreferencia las que deben ser prolijas y satisfactorias para los usuarios. Considero trascendental referirme al estudio que realizaron, Casado et al (2016), sobre la calidad de diagnóstico entre atención primaria y secundaria, quienes señalan que la calidad de diagnóstico del nivel primario es insatisfactoria y este mejoró en el nivel secundario de atención, por lo que las medidas de efectividad son satisfactorias.

El Perú no es extraño a esta realidad y busca transformar las rutinas actuales en los niveles de atención; por ello, elaboro la Norma Técnica N°018 (2005) de referencias y contrarreferencias, la misma que cada año tiene contribuciones de mejora, pese a eso, en la práctica diaria hay inconvenientes para acceder a establecimientos de mejor capacidad decisiva a raíz de una serie de dificultades, cabe señalar que al igual que en otros países del mundo los nosocomio de primer nivel en el Perú cuentan con lo esencial en infraestructura, equipamiento, insumos y personal, restringiendo la atención de salud a pacientes con síndromes crónicos inciertos que requieren cuidado por expertos en un nivel superior, todo ello se transforma en servicio erróneo, retraso en la admisión, incremento de dolencias en la salud, insatisfacción en pacientes y familiares que incluso genera situaciones irreparables; dentro de todo este régimen está el manejo de historias clínicas y la concordancia diagnóstica. Para defender nuestra afirmación mostramos la publicación elaborado por la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima, quienes señalan que el sistema de referencias y contrarreferencias tiene implementación incipiente, no cuentan con normas en el establecimiento, el adiestramiento del personal es irregular con limitaciones que producen retrasos y demoras en la aceptación de referencias, hay lentitud para programar las citas desde la fecha en que se generó las referencias y el tiempo de espera es muy angustioso, por último el control de citas atendidas es inadecuado. Parra (2017).

Por otro lado, debo señalar que los galenos y profesionales no médicos, aparte de su especialidad, solicitan opinión de ciertos casos en un nivel superior para la atención de algunos pacientes, con el único propósito de ayudar en la recuperación y bienestar asistencial; por ello, la referencia/contrarreferencia, manejo de historias clínicas y concordancia diagnóstica deberían de caminar adecuadamente y en Abancay Apurímac, nuestro escenario es similar a la vivida en diversas zonas de Perú, puesto que hay asistencia especializado insuficiente para pacientes de un primer nivel de atención, igualmente observamos apuros y deficiencias en las referencias, manejo de historias clínicas y concordancia diagnósticas; además de todo lo señalado cuando inició la pandemia por COVID 19, se agudizó el servicio a pacientes, porque el personal de salud se vio forzado a suministrar asistencia casi con exclusividad a pacientes enfermos por esta patología y diversos profesionales lastimosamente perdieron la vida atendiendo a

pacientes contagiados con COVID 19, agravándose la situación porque muchos se vieron forzados a brindar servicio de forma virtual lo que origino descenso de personal en otros servicios, posponiendo la atención de pacientes por otras patologías entre ellos, la referencia y contrarreferencia; sin embargo, en países prósperos que cuentan con establecimientos excelentemente implementados y personal competente dotado de todos lo necesario para el servicio hallaron prontamente dinámicas y tácticas de enfrentar el escenario e intensificar la atención en otros servicios, este hecho tomo más tiempo en países como el nuestro en el que está inmerso establecimientos de Abancay Apurímac, a partir de los primeros días del año (2021), se ha ido aumentando gradualmente la apertura en los servicios, esto, debido al aumento de personal en los establecimientos ya sea por el regreso de algunos recursos humanos virtuales o por contratos nuevos, en este momento la atención es más dinámica y solícita teniendo mayor demanda los servicios de medicina y ginecobstetricia.

Por todo lo señalado, hemos planteado la tesis de investigación que nos permitió conocer el problema de a) ¿Cuál es la calidad de historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021?, así mismo los problemas específicos de, b) ¿Cuál es la calidad de la dimensión completa de la historia clínica y la relación diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud?, c) ¿Cuál es la calidad de la dimensión disponible de la historia clínica y la relación diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud?, d) ¿Cuál es la calidad de la dimensión única de la historia clínica y la concordancia diagnóstica entre la referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud?, e) ¿Cuál es la calidad de la dimensión legible de la historia médica y analogía diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud?, f) ¿Cuál es la calidad de la dimensión veraz de la historia médica y concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud?, g) ¿Cuál es la calidad de la dimensión patología ginecobstetricia de la historia clínica y la concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud?, h) ¿Cuál es la calidad de la dimensión patología medico quirúrgica de la historia clínica y la concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud?.

La tesis se justifica porque aportara al conocimiento existente sobre calidad de historia clínica y concordancia diagnóstica en establecimientos de salud y los resultados servirán para proponer e incorporar estrategias en el manejo de historias y diagnósticos de pacientes. En los establecimientos de primer nivel de atención se observa dificultades en el profesional que refiere pacientes hacia un nivel superior, ocasionando reclamo de la entidad superior y de los usuarios, esta situación despertó el interés de realizar la tesis de investigación, la misma que consideramos mejorara la satisfacción del público beneficiario, así como el manejo de historias clínicas y el diagnóstico de pacientes; para la elaboración y aplicación de instrumentos de nuestras variables utilizamos el métodos científicos de tipo aplicada, la validez lo dieron tres expertos, así mismo la confiabilidad lo hicimos guiados con los aportes de Kuder Richardson, por todo ello consideramos que se contribuirá a otros trabajos de investigación y se fortalecerá los procesos en el manejo de historias clínicas y diagnósticos de pacientes. También debo señalar que el Ministerio de Salud a fin de perfeccionar la atención en los establecimientos y servicios de Salud efectúa normas, métodos, materiales administrativos y asistenciales mediante los cuales procura garantizar el acceso a los diferentes niveles de atención con calidad y oportunidad, sin embargo, la falencia se genera del profesional de la salud a cargo del proceso de referencias.

Con tal propósito el objetivo general ha sido, determinar la calidad de historia clínica y relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contrarreferencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021, y los objetivos específicos: Determinar la calidad de la dimensión completa de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contrarreferencia en dos niveles de atención, como también la determinación en sus dimensiones, disponible, única, legible, veraz, patología gineco obstétrica, patología médico quirúrgico .

Finalmente, mediante el diseño de la hipótesis general se ve que, existe una relación significativa entre la calidad de historia clínica y concordancia diagnóstica de referencia y contrarreferencia en dos establecimientos de salud de Abancay, y en las hipótesis específicas: Existe una relación significativa entre la dimensión completa de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contrarreferencia en dos niveles de atención de Abancay, como

también en sus dimensiones de, disponible, única, legible, veraz, patología gineco
obstétrica, patología médico quirúrgico.

II. MARCO TEÓRICO:

Se realizó investigación sobre la eficacia de historia clínica y analogía diagnóstica en dos establecimientos de salud, porque es una táctica de gestión que integra las redes asistenciales a través de los aparatos de referencia y contrarreferencia; con tal propósito se revisó estudios concernientes al tema hallando referencias Internacionales como:

Pérez, et al., (2016), ensayaron en el hospital galeno terapéutico educativo “Joaquín Albarrán” de Cuba, el objetivo fue ver la concordancia de calidad de anamnesis, examen corporal, horario de ingreso y continuación caritativa con el diagnóstico al entrada y salida, para ello operaron el método descriptivo colateral, inspeccionaron 292 historias clínicas de pacientes ingresados, el resultado es que hay correlación diagnóstica en 57.9 % de pacientes, 74,1 % tuvieron anamnesis correcta y 61.6 % tienen examen corporal correcto, finalizan imprimiendo que la correspondencia entre los diagnósticos al entrada y salida corresponde a una mayor actividad de anamnesis e indagación corporal en la junta de guardia, con estancia hospitalaria más corta, esencialmente en pacientes ingresados en el horario matutino.

García et al., (2016) investigaron en el dispensario Escuela Docente de Honduras, el objetivo fue decretar la diferencia clínica-patológica y la analogía con distintas variables en autopsias, el método fue de tipo mixto; descriptivo y correlacional, trabajaron con 159 etiquetas de autopsia, ultimaron que en 46 % de cuestiones hay divergencia diagnóstica, encomendando se generalice protocolos y reuniones clínico-patológicas completos y habituales.

Chávez, et al, (2016), investigaron en un nosocomio de Cuba con el objetivo de evaluar la analogía que coexiste entre análisis similares al momento de la admisión y salida con la eficacia de indicación de búsquedas suplementarios, manipularon técnica descriptivo transversal, población 292 pacientes admitidos de enero a junio de 2011, el efecto es que hay semejanza diagnóstica de entrada y salida en 57,9 % de casos, eficacia de indicación de análisis de entrada y efecto al término es 68%, ultimaron que no obstante la indicación de exploraciones adicionales es predominantemente equivocada no hay relación entre el dictamen de entrada y salida.

Reyes et al., (2016), ejecutaron estudio en un dispensario educativo de Cuba, con la finalidad de perfeccionar el horizonte de profesionalidad de los galenos en la exposición indiscutible del juicio en la atención a pacientes, con método ha sido aplicado y experimental, las consecuencias fueron que con un buen interrogatorio se logra conseguir al 60% del diagnóstico; acrecentando el análisis físico la autenticidad remonta al 80%, más el uso de sucesos sistemáticos la contingencia escala al 95%, finiquitan sellando que el método clínico es un nortede compromiso para el galeno, flexible en las reuniones médicas, poseyendo como columna la confianza médico-paciente y su herramienta de examen la historia clínica con el objeto de conseguir un dictamen.

Vicente et al., (2017), En Cuba, fabricaron propuesta para apreciar historias clínicas de pacientes con presión arterial elevado en cuidado primario de salud, el objetivo fue ofrecer reflexiones, indicadores y estándares para la valoración de historias clínicas, método cuantitativo, teóricos, empíricos, precisaron la construcción eficaz de cada uno de los juicios, indicadores y modelos a operar en la exploración de historias clínicas.

García et al., (2018), investigaron en España, el propósito fue describir las peculiaridades del Programa de Soporte y explorar la correspondencia diagnóstica entre Galenos/as de Atención Primaria y Psicólogos/as, procedimiento de estudio descriptivo-prospectivo y longitudinal, ejemplar de 1722 pacientes, la resolución es que el Programa de Soporte a la Primaria brinda intervenciones temporales y peritas a partir de atención primaria, la correlación diagnóstica entre expertos sigue estando bajo; por ello, es necesario extender los proveedores de interconsulta y formación.

Casuriaga et al., (2018), ejecutaron auditoria de historias clínicas en Uruguay, la intención fue evaluar la eficacia de historia clínica de niños internados, técnica de estudio de corte transversal, muestreos aleatorios; inspeccionaron 385 historias clínicas, resultado el 17% es aceptable, 49.6% pequeños y ultimán quees justo ejecutar procedimiento de auditoria permanentemente y corregir el avance de registros electrónicos para perfeccionar la misión clínica.

En lo que respecta antecedentes nacionales encontramos.

Quispe et al., (2016), estudiaron Yanahuara – Arequipa- la intención fue ver particularidades de historias clínicas, técnica observacional, transversal y retrospectivo, muestra 225 historias clínicas, trascendiendo que el 84% de conjeturas de procedimiento son claras, 70.7% tiene sensatez clínico, 74.7% tiene avance, 97.3% tienen adecuado registro de historias clínicas, finiquitan que la generalidad de historias clínicas son admitidos en ítems apreciados y hay déficit significativo en cierto ítems.

Bartra et al., (2012 – 2017), Lima, intentaron apreciar el que hacer en análisis imperceptible de enfermedad infecciosa en red de laboratorios nacional de Terciana, método descriptivo; la analogía de laboratorios evaluados mejoró su cometido en el diagnóstico y reconocimiento de género y recinto de *P. vivax* y *P. falciparum*; sin embargo, hay escaso proporción de laboratorios con evaluación idóneo en evaluación de atracción parasitaria. Este hecho se logra en algunas exploraciones, asimismo marcan que la instrucción y amaestramiento establecen iniciativas para afinar el entrenamiento microscópico en el análisis de la malaria, terminan señalando que con el tiempo el porcentaje de laboratorios que diagnostican y reconocen el estadio de especies ha incrementado, mas no el reconocimiento de densidad parasitaria.

Cabrera et al., (2017), Lima, realizaron un experimento para establecer el nivel de similitud diagnóstica, método observacional transversal, muestra 350 sujetos entre 19 y 70 años. Emplearon explicaciones de SM como Organización Mundial de Salud, Conjunto Europeo para el estudio de firmeza a la insulina, Sección de procedimiento de personas mayores de edad, Sociedad Americana del Corazón, Confederación Universal de Trastornos, Afirmación temporal vinculada y juicios de Szabo. La semejanza entre los esclarecimientos se dedujo con el factor Kappa. Tenacidad de insulina estimada mediante con el índice HOMA, concluyen que coexiste enorme analogía entre las pautas NCEP-ATPIII, IDF, JISy el SM, como sensateces de Szabo se consiguiera nueva expectativa para investigación activa SM en localidades.

Reyes et al., (2020), En Hospital de las Fuerzas Armadas de Lima, valoraron la eficacia de exploración de historias clínicas, la forma fue descriptivo, retrospectivo

de corte transversal, modelo 378 historias clínicas seleccionadas con muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático, la clasificación fue en dos categorías (admisible). \geq a 80%, por corregir $<$ de 80%), resultado el 68,5% (259) de historias clínicas se debe mejorar, finiquitan señalando que las dos terceras partes de historias hospitalarias poseen calidad de registro “por corregir”

Llanos et al., (2021), investigaron en la DIRIS Lima norte, con el objetivo de señalar las referencias de nosocomios de salud de nivel 1-4 al hospital y el tiempo que ocupa las citas, método de estudio cuantitativo observacional de tipo transversal; consecuencias, el 23:14% de pacientes fueron aprobados en 24 horas, los sobrante tomaron entre 80 a 85 días, hay pequeño porcentaje de contrarreferencias y acaban señalando que la realización es naciente, no tienen normatividad, preparativo anómalo y altos rebotes de referencias, tiempo de posibilidad para citas muy largo, no hay registro de citas atendidas.

Llave & Rodríguez., (2016), realizaron estudio en Trujillo, el objetivo fue elaborar y ejecutar plan de referencia y contrarreferencia, forma, descriptivo, explicativo y analítico. Finiquitan imprimiendo que hay desgaste en la oferta de servicio en consultorio externo por falta de edificación, equipamiento, recursos humanos y organización; estos resultados importaron para mantener la prosperidad de oferta de servicios de salud con diligencia internacional de calidad, tratamiento de sufrimiento y caída de la mortalidad materna y neonatal para el periodo 2014-2016”.

En lo que concierne a los datos de investigación local.

Gallegos et al., (2017), estudiaron sobre correlación diagnóstica en Atención Primaria, la técnica ha sido descriptiva, examinaron 203 lesiones dermatológicas y piensan que la similitud completa es grata.

En Apurímac Abancay no se encuentra estudios referidos al tema de nuestra investigación por lo que será aporte importante para estudios venideros. En tal sentido la investigación que realizamos tuvo como objetivo establecer la calidad de historia clínica en el establecimiento que genera la referencia y la analogía diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021, el método fue de tipo aplicada, cuantitativo, no experimental,

correlacional, transversal y retrospectivo, población 291, muestras 106 ejemplares, los que examinamos para determinar la calidad de historias clínicas y la concordancia diagnóstica de referencia /contrarreferencia.

Para ilustrar mejor la tesis que investigamos, detallamos algunos estudios anteriores:

Las originarias historias médicas perfeccionadas están en los textos. Las infecciones I y III del Cuerpo Hipocrática. Se afina contenido amplio del tiempo en época XVIII, perfeccionamiento de tecnologías fisiopatológicas, anatomo medicas periodo XIX. Siglo XX personifica progreso vertiginoso de experiencias agregadas con incremento de complicación de historia médica convirtiéndose en pluridisciplinario de cometido ineludible. Posada (2012).

Historia Clínica: Documento en el que se recoge información que proviene de la experiencia clínica relativa a un paciente, y donde se indican todos los procesos a los que ha sido sometido¹. Este instrumento forma parte transcendental en la atención adecuada e integral del paciente. Chero et al (2017). La historia clínica: Se inicia con el primer acontecimiento de padecimiento de salud atendiendo al paciente en un nosocomio, foco de atención primaria o clínica médico. El documento puede precisar de varias conveniencias; herramienta primordial en el ejercicio de salud, todas las empresas de salud lo pueden utilizar; en ella se evidencia las acciones, las identificaciones y curso de salud del usuario, así como la relación del profesional de salud con el paciente desde su nacimiento hasta su fallecimiento. La historia clínica tiene el objetivo de almacenar datos del estado de salud del paciente y consentirá ubicar un panorama integral que facilite su asistencia. (Silva Velito & Tejada Soriano (2010).

Historia Clínica: También puede definirse desde el área de la medicina legal, como el documento médico-legal donde se recoge y queda registrada toda la información relativa a la relación del personal sanitario con el paciente, todas las actividades médico-sanitarias realizadas y todos los datos relativos a la salud del paciente. Ruiz et al., (2021)

Historia clínica médica: La historia clínica médica desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención médica y es vital en la interrelación entre

los diferentes niveles de atención, es aquella que refleja de forma fidedigna todas las características clínicas del paciente y su evolución periódica. González & Cardentey (2015)

Calidad total y cultura de calidad: Son metas organizacionales que admiten ofrecer una mayor complacencia al usuario de un servicio o sistema, en el marco de sus políticas organizacionales. La creación de un Modelo de Calidad posee cualidades para transformar y concede un valor agregado al servicio, con su marca en la eficiencia organizacional, mejoramiento continuo, intervención o reingeniería de procesos y optimización de recursos, acrecentamiento del ejercicio y productividad. Chacón & Rugel (2018).

Gestión de calidad: Es una estrategia que promueve la competitividad empresarial desde una representación integral, con ese fin se ve a la organización como un conjunto de procesos conectados para lograr la satisfacción del cliente. Hernández (2018).

Sistema de gestión de calidad en salud: Conjunto de elementos que están conectados con el fin de conducir, regular, dar asistencia técnica, evaluar a entidades de salud, para ello se toma en cuenta componentes de planificación, organización, garantía y mejora continua de procesos institucionales hacia una cultura de calidad. MINSA (2021).

Historia clínica de calidad: Documento galeno legal de eficacia, en él se registra la relación del personal sanitario con el paciente, los hechos, diligencias, antecedentes referentes a su salud. Es instrumento asistencial, se maneja en enseñanza, investigación, valoración de la calidad asistencial y administrativas. Velito y Tejada (2010).

Calidad de historia clínica: La Organización Internacional para la estandarización (ISO) define la calidad como la totalidad de rasgos y características de un producto o servicio que conllevan la aptitud de satisfacer necesidades preestablecidas o implícitas.

Registro médico/ legal: El documento debe tener detallado todos los procedimientos ejecutados del trato médico – paciente. En vista que la historia clínica tiene oficio legal, con el cual se realiza un juicio y juzgado de las prácticas clínicas en la relación médico – paciente. Bata médica (2020).

Seguridad del paciente y cultura de seguridad. – Evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un mecanismo fundamental de calidad asistencial y las primeras circunstancias para realizar actividades clínicas. Mientras que la cultura es conjunto de valores y normas unidas a las personas internamente de una misma organización. Roco & Garrido (2017).

Diagnóstico: Es un procedimiento ordenado, sistemático que se realiza con el fin de establecer de forma clara un suceso en base a la observación y antecedentes concretos que permite una evolución, y valoración. Sousa (2021). En idiomas nuevas, el vocablo alcanzo inicialmente al inglés diagnostic en 1625, al alemán diagnose el siglo XVII, el siglo XVIII al italiano y al francés diagnostic, al español el siglo XIX, para ser incorporado a la reproducción del repertorio de 1843. El objetivo central del suceso médico es realizar un diagnóstico emparejando la enfermedad a través de sintomatologías que un sufrido muestra. Coronado (2015).

Diagnóstico médico: Es el arte de identificar un padecimiento a través de un síndrome presentado por un paciente, el fin del diagnóstico médico se centra en la relación médico-paciente. Coronado (2015)

Diagnóstico clínico: Es el procedimiento mediante el cual el profesional de la salud identifica una enfermedad o el estado del paciente con la ayuda de varias herramientas que permiten definir su cuadro clínico. León (2018)

Concordancia diagnóstica: Término o valor de origen de padecimiento de un paciente o de su sufrimiento mediante el uso mixto de examen físico, conversación, prueba de laboratorio, investigación de historia médica, comprensión de la raíz de sintomatologías observados y el establecimiento diferencial a partir de las posibles raíces. Lexus de la salud (2016).

Referencia: Asunto administrativo asistencial ejecutado por recurso humano de una entidad a otro llevando la necesidad de atención de salud. Envío de sufridos o componentes de asistencia diagnóstica para cuidado o complementación diagnóstico suministrando respuesta a necesidades de salud. MINSa (2018).

Contrarreferencia: Medio administrativo asistencial del establecimiento de mayor capacidad resolutoria que restituye al paciente referido, es respuesta del aceptante al emisor de servicios de salud. MINSa (2018).

Referencia y contrarreferencia: Conjunto de técnicas, instrucciones, trabajos sistemáticas y oficiales que amplían productos de salud a sufridos con aptitud, cordialidad, congruencia, persistencia e integralidad. Clínica la paz(2019).

Primer nivel de atención: Establecimiento de salud conformado por módulos de atención ambulatorio, galenos de primera relación, cuenta de 1 hasta 30 consultorios, botica, medicina anticipada, puede o no contar con laboratorio, atendida por galenos, asistentes, auxiliares y pasantes en prestación social. Objetivo primordial, impulsar la salud y prevenir enfermedades por ejemplo con vacunación y formación para salud, asimismo localización temprana de carcinoma cervicouterino, seno, próstata, males congénitos, diabetes, obesidadentre otras. Los nosocomios tienen la condición de: Categoría I-1. Puesto de posta con profesional no médico. Categoría I-2. Puesto de salud con médico.

Categoría I-3. Centros de salud, médicos, médicos especializados y policlínicos. Categoría I-4. Centros de salud con camas de internamiento. ESAN (2018).

Segundo nivel de atención: Hospitales comunes, proporcionan cuidado a magnas necesidades y complicaciones que requieren hospitalización o vigilancia exigida. Forman: medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, urgencias, admisión, hospitalización, banco de sangre, central de esterilización, quirófanos, farmacia, consulta externa, entre otros. Condición de establecimientos nivel II son: Categoría II-1. hospitales y clínicas general. Categoría II-2. Hospitales y clínicas con mayor especialización. Categoría II-E. Hospitales y clínicas con cuidado especializado., ESAN (2018).

IV. METODOLOGÍA:

La investigación tuvo lo siguiente:

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo aplicada porque el objetivo fue indagar sobre las destrezas de perfeccionamiento en la calidad de las historias clínicas y analogía diagnóstica entre referencia y contrarreferencia, para ello, se compilo datos que permitieron formar conocimientos hábiles. Según, Rus (2020), Investigación aplicada tiene como objetivo resolver problemas precisos y prácticos de la sociedad o empresa, se apoya en la investigación básica.

Utilizamos enfoque cuantitativo porque, ahondamos en los descubrimientos al momento de la colección de datos y utilizamos herramientas matemáticas, estadísticas e informáticas que nos permitió medirlos. Hernández & Samperio (2018), dicen que el enfoque cuantitativo constituye un proceso general y que a su vez constituye diversos procesos es secuencial y probatorio.

El diseño ha sido no experimental, no maniobramos las variables intencionadamente y nos hemos apoyado principalmente con el escenario que se nos presentó en el contexto natural y con ello comparamos los antecedentes. Según Mata (2019). Señala que, no toda investigación con enfoque cuantitativo implica experimentación, no siempre buscan o requieren examinar el comportamiento de los fenómenos o hechos a partir de la operación de cambios intencionados en las variables que los componen.

También fue correlacional porque asumió la característica de describir la correspondencia entre dos o más variables en un tiempo definitivo en forma correlacional según causa-efecto, nos permitió identificar y medir las variables por medio de hipótesis y técnicas estadísticas que induce la similitud y el hecho de saber que dos nociones o variables se pertenecen, contribuye en averiguación interpretativa. Hernández & Mendoza, (2018).

Así mismo el estudio ha sido transversal porque se observó de forma particular y se apreció sus variables en un instante dado. Según Hidalgo (2016), la investigación transversal observacional estudia antecedentes de variables recogidas en un solo corte en el tiempo sobre una población, muestra o subconjunto

predestinado.

También nuestra investigación fue retrospectiva porque, investigamos cuál era la calidad de las historias clínicas y la concordancia diagnóstica de remisión y contra remisión de enero a junio en dos establecimientos de salud de Abancay el 2021. Para, Coronado & Fonseca (2021). La investigación es retrospectiva si el desenlace ya ocurrió y el estudio será realizado con carácter de obras, hechos o desenlaces pasados.

Por último, la investigación fue de campo, ya que se desarrolló en un lugar semejante y un tiempo específico donde se mostró el fenómeno de estudio. Arias (2020).

3.2. Variables y operacionalización

Calidad. - Es algo complejo y requiere de un largo y gran recorrido para ser comprendido tanto en la vida económica como en la vida social. ISO 9001 (2015), y calidad total. – Es la que otorga valor agregado al servicio con eficiencia, mejoramiento continuo, reingeniería, optimización de recursos e incremento del desempeño y la productividad. Chacón y Rugel (2018)

Historia clínica. – Es un documento médico legal donde se registran todos los datos personales de la relación médico–paciente. En el documento se expresan progresivamente los acontecimientos desde que el paciente inicia el padecimiento de la enfermedad y situaciones personales del mismo, desde hábitos sanos hasta referencias familiares. Bata Medica (2020)

Para desarrollar la variable 1. Se tomó como base teórica a Velito & Tejada (2010), quienes señalan que en la historia clínica se plasma inequívocamente todas las peculiaridades clínicas del paciente, su progreso periódico y piensan que son trascendentales las extensiones de veraz, legible, completa, única y disponible.

Para desarrollar la variable 2. tomamos como base teórica a Martínez, (1998), porque es una eminencia en administración y gestión.

Definición operacional:

La tesis considero dos variables. Calidad de la historia y concordancia

diagnóstica en referencia y contrarreferencia, estas variables están operacionalizadas metodológicamente y tiene lazo angosto con el instrumento y técnica que se propuso, mediante ello se recolecto datos e información que consintió cumplir con los objetivos trazados en el trabajo de investigación.

3.2.1 Variable 1.- Historia clínica. Definida desde el área de la medicina legal como documento médico-legal del que se recoge y queda asentada toda la información concerniente a la relación médico-paciente, actividades realizadas relativos a la salud del paciente. La historia clínica se confecciona con el fin de proporcionar asistencia sanitaria y debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente. Ruiz (2021)

La calidad de la historia clínica lo precisamos operacionalmente como el arma esencial en el que hacer médico que debe ser elaborada con pulcritud durante todo el proceso y quedo conforme a las dimensiones de: Veraz (07 ítems), única (03 ítems), disponible (02 ítems), completa (11 ítems) y legible (6 ítems), han sido medidas con contestaciones dicotómicas y su valoración final fue, Malo < 40%, Regular 41% - 80 %, Bueno > 81%.

Se midió con KR-20 por ser nominal dicotómica, el instrumento que diseñamos consto de 29 ítems. (Tejada y Velito 2010).

3.2.2 Variable 2.- Concordancia diagnóstica. La definición operacional en esta proposición de investigación fue: Cuál es la concordancia diagnóstica entre la referencia y contrarreferencia de pacientes.

La concordancia diagnóstica de referencia y contrarreferencia, lo precisamos operacionalmente como: Cierre del estudio de investigación de una situación, expresada en sensatez comparativa sobre un escenario mostrado la cual se examinó, y está acorde a las dimensiones patologías médico quirúrgicos y patología gineco obstétrica con respuestas dicotómicas (Si- No).

- Escala de medición:

La escala de medición respecto a la calidad de la historia clínica tendrá como valor final: Malo < 40%, Regular 41% - 80 %, Bueno > 81%. Por otro lado, la escala

de medición de la concordancia diagnóstica de referencia y contrarreferencia es ordinal porque permitió conocer los porcentajes en cada una de las alternativas (Si-No).

3.3. Población, muestra y muestreo.

3.3.1 Población: Nuestra población según información recabada de la oficina de referencia y contrarreferencia de un establecimiento de primer nivel, ha sido 291 de enero a junio del 2021.

Tabla 1

Referencias efectuadas de un primer nivel de atención

| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | TOTAL |
|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|
| 17 | 36 | 51 | 75 | 55 | 57 | 291 |

Fuente: Oficina de referencias y contrarreferencias

Población de estudio. - Conjunto de casos, definido, limitado y accesible, que formará el referente para la elección de la muestra, y que cumple con una serie de criterios predeterminados. Arias et al (2016).

3.3.2 Muestra: En base a los datos de la población se obtuvo una población muestra de 106. Muestra Parte representativa de la población, con las mismas características generales de la población. Arias et al (2016).

3.3.3 FÓRMULA:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot (1-P)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

- N: Tamaño poblacional = 291
- Z: Nivel de confianza = 1,96
- P: Proporción = 0,5
- e: Precisión o error máximo aceptado 0,05

n: Tamaño de muestra

$$n = \frac{291 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times (1-0,5)}{(291-1) (0,05)^2 + (1,96)^2 \times 0,5 \times (1-0,5)}$$

$$n = \frac{291 \times (3,8416) \times 0,5 \times (0,5)}{(290) \times 0,0025 + (3,8416) \times (0,5)}$$

$$n = \frac{279,4764}{0,725 + 1,9208} = \frac{279,4764}{2,6458}$$

n = 105,630206 = 106 Tamaño de muestra.

3.3.3. Criterios de selección:

Criterio de Inclusión:

Se trabajo con historia clínicas y hojas de referencia y contrarreferencia disponible.

Criterios de exclusión:

Excluimos historias Clínicas y formatos que no se encontraron o ubicaron, y las que no tenían datos de las variables.

3-3-4. Muestreo:

Utilizamos un tipo de muestreo probabilístico, aleatorio simple.

Muestreo, es una herramienta de la investigación científica que tiene como principal propósito determinar la parte de la población que se debe estudiar. Hernández & Carpio (2019).

3.3.5. Unidad de análisis:

Historias clínicas y formatos de referencia y contrarreferencias.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Hernández & Duana (2020), señalan que técnicas de recolección de información es una etapa donde se examina y se transforman los datos con el objetivo de resaltar información útil.

3.4.1 Técnica.

La habilidad radica en la exploración documental de historias clínicas y hojas de referencia/contrarreferencia de donde reunimos datos concernientes con las variables involucradas en la investigación. Según Rus (2020) La exploración documental es la obtención de información de la recopilación, organización y análisis de orígenes documentales escritas, habladas o audiovisuales.

3.4.2 Instrumento (S).

Se aplico instrumentos como: ficha de revisión para cada variable. Hernández y Duana (2020), refieren que el instrumento es el que incorpora el recurso o medio que ayuda a realizar la investigación-

Elaborar la ficha requiere comprensión previa del fenómeno que pondremos en claro y nos lleva a la producción de datos de la situación y reconoce a los indicadores del estudio.

Validez:

El cuestionario que midió la variable calidad de la historia clínica y analogía entre los diagnósticos de referencia y contra referencia, fue aprobado mediante la técnica de juicio de expertos y posteriormente los resultados se procesaron mediante habilidad binominal, consiguiendo un cociente de $p < 0,05$ con el que fue estimado como válido. Las fichas de cada variable fueron validadas por tres expertos y se puede evidenciar en anexos. Según Santos (2017). Validez se refiere al grado en el que un instrumento mide lo que se supone que debe medir.

Tabla 2
Nómina de expertos que validaron las fichas

| Apellidos y nombres | Grado |
|----------------------------------|---|
| Soto Palomino Paul Marino | Dr. En gestión pública y gobernabilidad Mg. Odontólogo. |
| Alarcón Juárez Rosario | Mg. en Administración y Gestión de los servicios de salud |
| Santos Vargas Hugo | Especialista en alto riesgo obstétrico, responsable de calidad, experiencia en |

docencia.

Confiabilidad:

Para demostrar la confiabilidad de nuestros instrumentos y en vista que las respuestas fueron dicotómicas, utilizamos el índice de Kuder Richardson (KR-20), el resultado se encuentre en anexos.

La confiabilidad nos indica el grado en el que la aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto, produzca los mismos resultados. Santos (2017)

Para el trabajo de investigación se diseñó ficha de calidad de historia clínica adaptada a nuestra realidad, tomando algunas referencias de Carlos Manuel Da Costa Carballo, y para la concordancia diagnóstica fue elaboración propia; gracias a estos instrumentos recogimos datos de historias clínicas y hojas de referencia y contrarreferencia.

Para la confiabilidad se tomó una muestra piloto 36 historias clínicas a las que se aplicó la ficha obteniéndose un coeficiente de 8.14 en la tabla de KR-20.

3.5. Procedimientos:

Para encaminar el estudio de investigación realizamos solicitud dirigida al jefe de establecimiento de salud pidiendo autorización para aplicar los instrumentos, posteriormente se recoge de respuesta del documento con resultado favorable lo que permitió coordinar con las jefas las áreas de admisión y referencia /contrarreferencia, seguidamente aplicamos las fichas, seleccionamos los datos para cada variable, acumulación de antecedentes en archivo Excel, procesamiento y tabulación de datos, análisis, discusión, conclusión y recomendación.

Método de análisis de datos:

La investigación se realizó tomando en cuenta los objetivos trazados, los instrumentos que empleamos y registrando los datos en herramienta diseñada. Se utilizó la técnica descriptiva manejando las tablas de frecuencia y de contingencia, la técnica inferencial con el que se demuestra la relación entre la calidad de la historia clínica y la concordancia diagnóstica mediante el Chi cuadrado, mientras que un paso previo para conocer la concordancia diagnóstica

de la referencia y contrarreferencia fue utilizando el índice Kappa de Cohen y el programa Excel.

3.6. Aspectos éticos:

La investigación lo realizamos ciñéndonos al código de ética de nuestra Universidad Cesar Vallejos, la misma que fue aprobada con Resolución de Consejo Universitario N° 0262-2020/UCV, en Trujillo, 28 de agosto de 2020. UCV (2020).

Procesamos el documento en el software de turnitin, para contar con la información de similitud y evitar aspectos antiéticos.

La recolección de datos de la historia clínica, referencia y contrarreferencia se ajusta al tipo y diseño del trabajo de investigación, se tomó historias clínicas, hojas de referencia y contrarreferencia de los servicios de medicina y ginecología obstetricia imposibilitando conflictos éticos. En todo instante conservamos el anonimato y confidencialidad de los documentos y datos logrados manejando únicamente en la investigación y respetando los principios éticos de la investigación del binomio salud y paciente. (CONICYT, 2005).

Al efectuar la investigación hemos mantenido la confidencialidad y no se expuso a pacientes publicando innecesariamente lo obtenido y se respetó los principios éticos biomédicos de los seres humanos. Autonomía, Beneficencia y Justicia.

Confidencialidad es el acuerdo entre el investigador y el participante sobre el manejo, almacenamiento, manipulación de la información que debe ser privada de identificación. CEPAL (2020)

V. RESULTADOS:

4.1 Análisis descriptivo

Presentamos los resultados obtenidos de los instrumentos de evaluación las que se analizó según las variables que estudiamos, dichos datos fueron procesados en Excel y exportados a SPSS v.25, estos datos se aprecian en las tablas de frecuencia y contingencia.

4.1.1 Resultado de calidad de historia clínica.

VARIABLE 1.

En la evaluación de calidad de historia clínica el instrumento que utilizamos nos ha permitido conocer la calidad de registro que tienen las historias clínicas en un establecimiento de salud desde donde se realiza una referencia.

TABLA – 3

CALIDAD DE HISTORIA CLINICA SEGÚN DIMENSIONES

| Calidad de historia clínica | D1. Única | | D2. Disponibilidad | | D3. Completo | | D4. Legible | | D5. Veráz | | | |
|-----------------------------|-----------|------|--------------------|------|--------------|------|-------------|------|-----------|------|-----|------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | | |
| Mala | 59 | 55,7 | 56 | 52,8 | 28 | 26,4 | 47 | 44,3 | 23 | 21,7 | 39 | 36,8 |
| Regular | 33 | 31,1 | 26 | 24,5 | 47 | 44,3 | 47 | 44,3 | 67 | 63,2 | 60 | 56,6 |
| Buena | 14 | 13,2 | 24 | 22,6 | 31 | 29,2 | 12 | 11,3 | 16 | 15,1 | 7 | 6,6 |
| Total | 106 | 100 | 106 | 100 | 106 | 100 | 106 | 100 | 106 | 100 | 106 | 100 |

Fuente: Ficha calidad de historia clínica

En la tabla 3, se muestra los resultados de la revisión de las historias clínicas correspondientes a 106 atenciones que fueron realizadas por profesionales de la salud de enero a junio del año en curso, evidenciándose que la calidad de la historia clínica tiene un nivel bueno en el 13,2%, regular en el 31,1% y malo en el 55,7%. Respecto a la dimensión única, el nivel de la calidad bueno se dio en el 22,6%, regular en el 24,5% y malo en el 52,8%. Por su parte en la dimensión disponibilidad el nivel bueno estuvo presente en el 29,2% de las historias clínicas, regular en el

44,3% y malo en el 26,4%. Referente a la dimensión completo, un 11,3% fue catalogado como bueno, 44,3% como regular y 44,3 como malo. Mientras que, en la dimensión legible, el 15,1% de las historias clínicas fueron catalogadas de nivel bueno, 63,2% de nivel regular y 21,7% de nivel malo. Finalmente, sobre la dimensión veraz, el 6,6% fue de nivel bueno, 56,6% de nivel regular y el 36,8% de nivel malo.

VARIABLE 2:

La variable 2 tiene que ver con la concordancia diagnóstica entre la referencia y contrarreferencia en dos establecimientos de salud, Abancay 2021. Con ese fin aplicamos el instrumento que previamente se diseñó, gracias a eso podemos conocer la concordancia diagnóstica entre un establecimiento de primer nivel y según nivel de atención.

TABLA – 4

CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA-PATOLOGÍAS

| | Concordancia diagnóstica | | Patologías gineco obstétricas | | Patologías abdominales | | Patologías renales | | Patologías traumatológicas | |
|-------|--------------------------|-------|-------------------------------|------|------------------------|------|--------------------|-----|----------------------------|-----|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| No | 48 | 45,3 | 34 | 32,1 | 9 | 8,5 | 2 | 1,9 | 3 | 2,8 |
| Si | 58 | 54,7 | 32 | 30,2 | 15 | 14,2 | 4 | 3,8 | 7 | 6,6 |
| Total | 106 | 100,0 | 66 | 62,3 | 24 | 22,6 | 6 | 5,7 | 10 | 9,4 |

Fuente: Ficha de evaluación de concordancia diagnóstica

En la tabla 4, se muestra los resultados de la concordancia diagnóstica, en la que se evaluaron 106 formatos de referencia y contra referencia, habiéndose encontrado que en el 54,7% existe concordancia diagnóstica y en el 45,3% no hubo concordancia diagnóstica. Respecto a la concordancia de las patologías gineco obstétricas, hubo concordancia en el 30,2% y no concordancia en el 32,1%. Por su parte en las patologías abdominales, los diagnósticos concordantes se dieron en el 14,2% y no concordantes en el 8,5%. Con referencia a las patologías renales en el 3,8% hubo concordancia diagnóstica, y en el 1,9% no hubo concordancia. Finalmente, en las patologías traumatológicas la concordancia diagnóstica, se dio

en 6,6% y la no concordancia en el 2,8%.

4.2 Contrastación de hipótesis.

Para el contraste de la hipótesis, se adoptó los parámetros de las pruebas no paramétricas, es así que la hipótesis general y las específicas fueron analizadas a través de la prueba chi cuadrado.

Hipótesis de investigación general

H₀: No existe calidad significativa de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre la referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

H₁: Existe calidad significativa de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Hipótesis estadística: H₀= 0 - H₁ ≠ 0

Tabla 5

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | Df | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 13,430 ^a | 2 | ,001 |
| Razón de verosimilitud | 13,878 | 2 | ,001 |
| Asociación lineal por lineal | 11,819 | 1 | ,001 |
| N de casos válidos | 106 | | |

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,34.

Pruebas de chi-cuadrado entre la dimensión calidad de la historia clínica y concordancia diagnóstica

En la tabla, se presenta el estadístico chi cuadrado, con un valor de 13,430 con p-valor = 0.001 (< 0.05), por lo que existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. En consecuencia, se puede afirmar que existe una relación significativa entre la calidad de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de

Abancay, 2021.

Hipótesis de investigación **específica 1**

H₀: No existe calidad significativa de la dimensión única de historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

H₁: Existe una calidad significativa de la dimensión única de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Hipótesis estadística: H₀= 0 - H₁ ≠ 0

Tabla 6

Pruebas de chi-cuadrado entre la dimensión única y concordancia diagnóstica

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | Df | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 2,031 ^a | 2 | ,362 |
| Razón de verosimilitud | 2,040 | 2 | ,361 |
| Asociación lineal por lineal | 1,725 | 1 | ,189 |
| N de casos válidos | 106 | | |

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,87.

En la tabla, se presenta el estadístico chi cuadrado, con un valor de 2,031 con p-valor = 0.362 (> 0.05), por lo que existe suficiente evidencia estadística para no rechazar la hipótesis nula. En consecuencia, se puede afirmar que no existe una relación significativa entre la dimensión única de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Hipótesis de investigación **específica 2**

H₀: No existe calidad significativa de la dimensión disponibilidad de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

H₁: Existe calidad significativa de la dimensión disponibilidad de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Hipótesis estadística: H₀= 0 - H₁ ≠ 0

Tabla 7

Pruebas de chi-cuadrado entre la dimensión disponibilidad y concordancia diagnóstica

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | Df | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 6,345a | 2 | ,042 |
| Razón de verosimilitud | 6,409 | 2 | ,041 |
| Asociación lineal por lineal | 5,943 | 1 | ,015 |
| N de casos válidos | 106 | | |

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,68.

En la tabla, se presenta el estadístico chi cuadrado, con un valor de 6,245 con p-valor = 0.042 (< 0.05), por lo que existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. En consecuencia, se puede afirmar que existe una relación significativa entre la dimensión disponibilidad de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Hipótesis de investigación **específica 3**

H₀: No existe calidad significativa de la dimensión completo de la historia clínica y

la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

H₁: Existe calidad significativa de la dimensión completo de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Hipótesis estadística: H₀= 0 - H₁ ≠ 0

Tabla 8

Pruebas de chi-cuadrado entre la dimensión completo y concordancia diagnóstica

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | Df | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 2,326 ^a | 2 | ,313 |
| Razón de verosimilitud | 2,340 | 2 | ,310 |
| Asociación lineal por lineal | 2,236 | 1 | ,135 |
| N de casos válidos | 106 | | |

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,43.

En la tabla, se presenta el estadístico chi cuadrado, con un valor de 2,326 con p-valor = 0.313 (> 0.05), por lo que no existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. En consecuencia, se puede afirmar que no existe una relación significativa entre la dimensión completo de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Hipótesis de investigación **específica 4**

H₀: No existe calidad significativa de la dimensión legible de la historia clínica y la

relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

H₁: Existe calidad significativa de la dimensión legible de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Hipótesis estadística: H₀ = 0 - H₁ ≠ 0

Tabla 9

Pruebas de chi-cuadrado entre la dimensión legible y concordancia diagnóstica

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | Df | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|-------------------|----|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,477 ^a | 2 | ,788 |
| Razón de verosimilitud | ,483 | 2 | ,786 |
| Asociación lineal por lineal | ,347 | 1 | ,556 |
| N de casos válidos | 106 | | |

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,25.

En la tabla, se presenta el estadístico chi cuadrado, con un valor de 0,477 con p-valor = 0.788 (> 0.05), por lo que no existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. En consecuencia, se puede afirmar que no existe una relación significativa entre la dimensión legible de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Hipótesis de investigación **específica 5**

H₀: No existe calidad significativa de la dimensión veraz de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en

dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

H₁: Existe calidad significativa de la dimensión veraz de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre la referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Hipótesis estadística: H₀ = 0 - H₁ ≠ 0

Tabla 10

Pruebas de chi-cuadrado entre la dimensión veraz y concordancia diagnóstica

| Pruebas de chi-cuadrado | | | |
|--------------------------------|--------------------|----|--------------------------------------|
| | Valor | Df | Significación asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 7,834 ^a | 2 | ,020 |
| Razón de verosimilitud | 10,472 | 2 | ,005 |
| Asociación lineal por lineal | 6,204 | 1 | ,013 |
| N de casos válidos | 106 | | |

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,17.

En la tabla, se presenta el estadístico chi cuadrado, con un valor de 7,834 con p-valor = 0.020 (< 0.05), por lo que existe suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. En consecuencia, se puede afirmar que existe una relación significativa entre la dimensión veraz de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

VI. DISCUSIÓN:

Para nuestra discusión en el estudio tuvimos dos variables que fueron analizadas con la finalidad de encontrar la relación entre la calidad de historia clínica y la concordancia diagnóstica de la referencia y contrarreferencia entre un establecimiento de primer nivel que genera referencia hacia uno de mayor capacidad resolutoria, el mismo que provee la contrarreferencia.

El principal hallazgo de nuestro estudio viene como resultado de la contrastación de la hipótesis general la cual planteo que existe calidad significativa de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021, los resultados después de haber aplicado la técnica estadística del Chi cuadrado nos muestran un p-valor = 0,01, resultando significativo, esto nos induce afirmar que en los establecimientos evaluados, la calidad del registro de la historia clínica tiene estrecha relación con la concordancia diagnóstica que se hace al momento de realizar la referencia por parte del establecimiento del primer nivel de atención y confirmada o negada con el diagnóstico consignada en el formato de contrarreferencia emitida por los galenos del nivel de atención hospitalario. Además estos resultados son corroborados por los resultados consignados en la tabla 3, en la que se visualiza que una mayor frecuencia de mala calidad de la historia clínica se corresponden con que no haya concordancia en el diagnóstico, lo que nos estaría evidenciando que en el establecimiento del primer nivel de atención existen falencias en realizar un diagnóstico certero de la patología a ser referida y que esto tendría relación directa con un inadecuado registro de la historia clínica, dando como resultado una deficiente calidad de este documento sanitario.

Este resultado al ser confrontado con estudios similares, no se han encontrado estudios que hayan tenido el mismo propósito y analizado las mismas variables, pero cabe confrontarlo con otros que guardan alguna similitud y que son concordantes con nuestro resultado, así tenemos a Pérez, et al. (2016) quien realizó su estudio en un nosocomio de Cuba, manifestando que cuando los registros de los componentes de la historia clínica son correctos existe una correspondencia positiva entre los diagnósticos de entrada y salida. Por su parte García. et al (2018) en una investigación realizada en España sobre la correspondencia diagnóstica entre médicos de atención primaria y profesionales psicólogos, llega a la conclusión

que la concordancia es baja. Por su parte es menester confrontar nuestros resultados con Gallegos et al. (2016), quienes en un estudio sobre diagnóstico de lesiones dermatológicas en la atención primaria y confrontadas el diagnóstico por expertos mencionan que existe similitud buena, este resultado no es concordante con el nuestro, ya que nuestro estudio encontró que hay un alto porcentaje de no concordancia entre los diagnósticos de atención primaria y lo reportado por los galenos del nivel superior.

Referente a nuestra primera hipótesis específica, la misma que buscó encontrar la existencia de relación entre la dimensión completa de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia; los resultados del contraste nos muestran que no se encontró relación significativa entre la dimensión completa y la concordancia diagnóstica ($p= 0,310$), con este resultado no se pudo rechazar la hipótesis nula, al no existir suficiente evidencia estadística para hacerlo; por lo que se puede indicar que el aspecto referido a la completitud de la historia clínica no sería un factor determinante para realizar un diagnóstico adecuado en la atención de emergencia del primer nivel de atención, el mismo que se traduciría en ser concordante con el diagnóstico del nivel superior.

Por otra parte, nuestra segunda hipótesis específica contrastó la relación de la dimensión disponibilidad de la historia clínica con la concordancia diagnóstica, producto del mismo se obtuvo un $p= 0,042$, el cual es significativo, lo que nos demuestra que un instrumento como la historia clínica, en la que se registra eventos importantes que le han sucedido y que vienen sucediendo a los pacientes y que estos están contenidos en su legajo, condiciona a tener un mejor diagnóstico clínico que en etapas posteriores son concordantes con la de especialistas que laboran en establecimientos de mayor capacidad resolutoria.

El contraste de la tercera hipótesis específica, se planteó para demostrar la relación de la dimensión única de la historia clínica con la concordancia diagnóstica, el producto de este procedimiento estadístico nos muestra un $p= 0,361$, el cual no resulta significativo, esto nos conlleva a argumentar que muy a pesar que en las áreas de admisión de los servicios de salud se mantienen los archivos actualizados y muy pocas veces y por distintos motivos como pérdida, o custodia del mismo no se les encuentra, esto no sería un factor para ofrecer un diagnóstico adecuado de

la patología y posteriormente ser refrendado por los especialistas.

La cuarta hipótesis específica, se formuló para contrastar la calidad de la historia clínica en su dimensión legible y su relación con la concordancia diagnóstica, de este proceso se obtuvo como resultado un $p= 0,788$, por lo tanto en nuestro estudio no se encontró suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula, dándonos a entender que la dimensión legibilidad de los registros de la historia clínica no tienen relación con la concordancia diagnóstica, esto nos hace suponer que los parámetros como el orden de los aspectos de la historia clínica, la legibilidad de los registros que hacen los profesionales, la sintaxis y ortografía, si bien es cierto que dicen mucho de la calidad de la historia clínica, pero esto no induce a relacionarse directamente con el diagnóstico al que se arriba, para luego ser confirmado o rechazado por los profesionales especialistas de los niveles de atención superior.

La quinta hipótesis específica contrastó la calidad de la historia clínica en su dimensión veraz y la relación con la concordancia diagnóstica, producto de esto se obtuvo un $p= 0,020$, lo cual nos induce a sostener que cuando la historia clínica cumple con indicadores como no alterar los registros, no recortar los datos, la presencia de resultados auxiliares como respaldo al diagnóstico se corresponden con presentar mayor concordancia diagnóstica, lo que conlleva a mejorar la calidad de atención.

Al respecto sobre los resultados obtenidos de nuestras hipótesis específicas, no se han encontrado estudios que hayan analizado las dimensiones de la calidad de la historia clínica y su correspondiente relación con la concordancia diagnóstica que se da entre el nivel de atención primaria y el nivel hospitalario; esto no ha permitido realizar la confrontación de nuestros hallazgos; pero es importante referirnos a lo señalado por la (OMS), Organización Mundial de la Salud, respecto a la diligencia en la Atención Primaria de la Salud (APS) que debe ser acorde, accesible y coparticipe con instituciones de la jurisdicción a fin de restituir y conservar la salud, así mismo el cuidado debe ser mediante el sistema de referencia y contrarreferencia en las redes de salud de manera que se proteja la prolongación e integralidad en el servicio (SRCRP), En ese entender el (MINSA) Ministerio Nacional de Salud cuenta con la Norma Técnica N°018, de referencias y contrarreferencias, la misma que cada año tiene contribuciones de mejora.

Además, debemos señalar que la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima, realizó una publicación, Parra (2017), sobre el sistema de referencias y contrarreferencias y advierten que este sistema tiene implementación incipiente, no cuentan con normatividad, la preparación del personal es irregular con limitaciones que producen retrocesos enormes y demoras en la aprobación de la referencia, que las citas demoran demasiado desde la fecha que se genera las referencias y además el control de citas atendidas es inadecuado.

Del estudio que realizamos podemos señalar que se trabajó con 106 formatos de referencia y contrarreferencia, de estos formatos recopilamos información que permite apreciar la concordancia diagnóstica de dos establecimientos de salud, encontramos que las diferencias entre diagnósticos concordantes y no concordantes son mínimas, existiendo un ligero predominio de diagnósticos concordante; esto en la práctica sanitaria se traduce como una regular calidad de atención de las emergencias médicas quirúrgicas condicionando diagnósticos inadecuados y que no ayudan a tomar decisiones propicias por parte de los profesionales de los niveles de mayor capacidad resolutive, generando sobre costos al sistema y retrasos en la atención de la emergencia que muchas veces condiciona un mayor quebrantamiento de la salud de los pacientes.

Para la investigación que realizamos el método fue aplicada, la fortaleza de este método es que recogimos información válida, planteamos procedimiento empírico en la ejecución y con los conocimientos que obtuvimos nos permitimos plantear posibles soluciones para profesionales de la salud e instituciones, ello dinamizara y mejorara el manejo de historias clínicas, y los diagnósticos entre las referencias y contrarreferencias. Dentro de las debilidades tuvimos la falta de tiempo.

Nuestro estudio permitirá que otros investigadores realicen estudio en zonas donde no se abordó el tema que hemos desarrollado y crearan conciencia en los miembros de las instituciones prestadoras de salud y pacientes beneficiarios de las referencias y contrarreferencias.

VII. CONCLUSIONES:

Primera: Respecto a la hipótesis general, se demuestra que existe una relación significativa entre la calidad de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Segunda: Con referencia a la hipótesis específica 1, se demuestra que no existe una relación significativa entre la dimensión única de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Tercera: Respecto a la hipótesis específica 2, se demuestra que existe una relación significativa entre la dimensión disponibilidad de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Cuarta: Con referencia a la hipótesis específica 3, se demuestra que no existe una relación significativa entre la dimensión completo de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Quinta: Respecto a la hipótesis específica 4, se demuestra que no existe una relación significativa entre la dimensión legible de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

Sexta: Con referencia a la hipótesis específica 5, se demuestra que existe una relación significativa entre la dimensión veraz de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021.

VIII. RECOMENDACIONES:

Basándonos en el resultado obtenido, consideramos fundamental:

Primera: Recomendar a futuros investigadores de la gestión sanitaria, y a fin de validar nuestros resultados, realizar investigaciones de carácter prospectivo tomando en consideración los instrumentos utilizados y los niveles de atención de salud respectivos.

Segunda: a los maestrandos de la gestión en salud se les recomienda que en futuras investigaciones se consideren a las dimensiones de la calidad de historia clínica: única, disponibilidad, completo, legible y veraz, esto ayudaría a incrementar la línea de investigación calidad de la historia clínica.

Tercera: A los responsables de servicios de salud de la Dirección Regional de Salud Apurímac, mantener operativo el comité para la evaluación de calidad de registro de historias clínicas a su vez un comité de capacitación permanente para mejorar la concordancia diagnóstica entre los niveles de atención en las referencias y contrarreferencias.

Cuarta: Al responsable de salud individual de la Red de Salud Abancay, se le recomienda implementar un sistema de auditoría de historias clínicas y auditoría de diagnósticos de referencia y debe ser de forma permanente e inopinada.

Quinto: A la jefatura del establecimiento de primer nivel, recomendamos involucrarse y comprometerse con las mejoras de los procedimientos en el manejo de historias clínicas y diagnósticos de referencia.

Sexto: Al responsable del área de calidad y capacitación del establecimiento de salud se sugiere desarrollar eventos de capacitación en calidad de historia clínica y retroalimentación de los diagnósticos de contrarreferencia.

REFERENCIAS:

- Arias, J. (2020). Proyecto de tesis, guía para la elaboración.
<http://repositorio.concytec.gob.pe>
- Arias, j. Villasis, M. Miranda, M. (2016). Protocolo de investigación III. Revista Alergia México, vol. 63, núm. 2. <https://www.redalyc.org>
- Bata Medica (2020). Historia clínica. <https://www.batamedica.com>
- Bartra, C. Ramos, J. Mendoza, R. Galindo, N. Gebol, M. Chirinos, F. (2019). Evaluación del desempeño en el diagnóstico microscópico de malaria en la red de laboratorios del Instituto Nacional de Salud De Perú, 2012 – 2017, Volumen 36 (N° 3), <http://dx.org.scielo>
- Cabrera, E. Stusser, B. Calix, W. Orlandi, N. Rodríguez, J. Cubas Dueñas, LI. Echevarría, R. Álvarez, A. (2017). Concordancia diagnóstica entre siete definiciones de síndrome metabólico en adultos con sobrepeso y obesidad, volumen 31 (n°3), <http://www.scielo.org.pe>
- Casado, P. Peña, Y. Reyna, M. Méndez, H. Remón, M. Méndez, O. (2016). Evaluación de la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria y secundaria. Revista Archivo Medico de Camaguey, volumen 20 n°1. <http://scielo.sld.cu>
- Casuriaga, A. (2018). Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial (Scielo Uruguay), volumen 89, n4, <http://www.scielo.edu.uy>
- CEPAL (2020). Gestión de datos de investigación. <http://biblioguias.cepal>.
- Coronado, T. (2015). Diagnóstico médico. Dialnet-DiagnosticoMedico-5646110. <https://dialnet.unirioja.es>
- Conexión ESAN (2018), ¿Cómo funciona la categorización en establecimientos de salud? <http://www.esan.edu.pe>
- Código Nacional de la Integridad Científica - CONCYTEC (2005). Confidencialidad y principios éticos, <http://portal.concytec.gob.pe>
- Clínica La Paz (2019), Referencia y contrarreferencia de pacientes.

<http://ordenhospitalaria.org>

- Chávez, R. Pérez, D. Espinosa, S. Armenteros, S. (2016). Concordancia diagnóstica ingreso-egreso y calidad de la indicación de complementarios en el servicio de urgencias. Volumen 42 (N° 1), ecimed@infomed.sld.cu
- Chero, D. Cabanillas, A. Fernández J. (2017). Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención. Revista de calidad asistencial. Volumen 32, N° 2. <https://www.elsevier.es>
- Chacón, J. Rugel, S. (2018). Teorías, Modelos y Sistemas de Gestión de Calidad. Revista Espacios. Vol. 39, (N° 50). <http://www.revistaespacios.com>
- Fernández M, Roo J, Irigoyen A, Blanco S, Edward A, Juárez V. Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el Rol de la Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Bras Med Fam Comunidad. 2016;11(Suppl 2):37-45. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1384ertebral](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1384ertebral), volumen 31 (n° 3), <http://www.scielo.org.pe>
- García, A. Alberty, A. Ávila, A. Seaman, D. Espinoza, I. Zavala, J. Mezquita, M. Valenzuela, M. Hernández, P. Avilés S. Jauregui, A. Rivera, G. Duran, C. (2016). Discrepancias entre el diagnóstico Clínico y Anatomo-Patológico en el Hospital Escuela Universitario De Honduras, Revista Científica Ciencia Médica, volumen 19 n° 2, <http://www.scielo.org.bo>
- García, C. Marsó, E. Pérez, O. Ochoa, S. Ventura, C. (2018). Estudio descriptivo longitudinal y de concordancia diagnóstica entre Atención Primaria y Psicología del Programa de Soporte a Atención Primaria, Revista Anales de Psicología, volumen 34 n°1, <http://www.elsevier.es>
- Gallegos, A. Peces, F. Elviro, P. Sierra, C. (2017). Concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico de lesiones dermatológicas en Atención Primaria, volumen 13 (n°1), <http://scielo.isciii.es>
- Gonzales, R & Cardentey J. (2015). La historia clínica médica como documento médico legal, Revista médica electrónica, vol. 37 n° 6, <http://scielo.sld.cu>
- Hernández, R.& Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixta. Ciudad de México: McGraw Hill.

- Hernández, C. Carpio, N. (2019) Introducción a los tipos de muestreo, <https://doi.org/10.5377/alerta.v2il.7535>
- Hernández, S. Duana, D. (2020). Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Boletín Científico de las ciencias Económico Administrativas del ICEA. Volumen 9, Núm. 17. <https://repository.uaeh.udu.mx>
- Hernández, S. Samperio, T. (2018). Enfoques de la investigación. Boletín Científico de la Ciencias Económico Administrativas del ICEA, Vol. 7 N° 13, <https://doi.org/10.29057/icea.v7i13.3519>.
- Hernández (2018). Metodología de la investigación 6ta edición, recolección de datos cuantitativos. <http://saludpublica.cucs.udg.mx>
- Hernández- Sampieri & Mendoza. (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta, revista universitaria digital de ciencias sociales. Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p, <http://www.cuautitlan.unam.mx./rudics>
<http://virtual.cuautitlan.unam.mx./rudics>
- Hernández, H. Barrios, I. Martínez, D. (2018). Gestión de la calidad: elemento clave para el desarrollo de las organizaciones, volumen 16 numero 28 <https://doi.org/10.18041/1900-0642/criteriolibre.2018v16n28.2130>
- Vásquez, I. (2016). Tipos de estudio y métodos de investigación. <http://nodougto.mx>
- Llanos, L. Orellana, A. Aguado, H. (2021). Evaluación inicial del Sistema de Referencia y Contrarreferencia ambulatoria en la DIRIS Lima Norte, desde los centros materno infantiles. Revista Médica Herediana, volumen 32 n°2. <http://www.scielo.org.pe>
- Llave, R. Rodríguez, E. (2016). Plan de referencia y contra referencia para mejorar la oferta de servicios de salud en la consulta externa de los hospitales II-1 en la provincia de Trujillo: 2014-2016. Ciencia y tecnología, volumen 11 n°4. <https://revistas.unitru.edu.pe>
- León, T. (2018). Que es el diagnóstico y cuál es su importancia,

<https://noticias.utpl.edu.ec>

Lexus (2016) Diccionario Lexus de Medicina y Ciencias de la Salud.
<Htths://www.hendyla.com>

Mata, L. (2019). Diseño de investigación con enfoque cuantitativo de tipo no experimental. Investigalia. <https://investigaliacr.com>

MINSA (2018) – Norma del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud, publicado con el apoyo financiero del (DFID Ministerio del Reino Unido para el desarrollo internacional)
<https://www.youtube.com>

MINSA (2021). Sistema de gestión de la calidad en salud. RM N°519–2006/MINSA. <http://www.hep.gob.pe>

Organismos Nacionales de Normalización en Países en Desarrollo (ISO) (ONUDI),
<https://www.iso.org>

Parra, M. (2021). Propuesta de un modelo de gestión pública de referencia-contrarreferencia para optimizar la calidad de servicio al paciente de una Microred hospitalaria de Lima ciudad. Para optar el grado académico de maestro en gestión pública. Universidad San Martín de Porres. <http://repositorio.usmp.edu.pe>

Pérez, D. Chávez, R. Espinosa, R. Armenteros, S. (2016). Concordancia entre diagnóstico de ingreso y egreso y calidad de la historia clínica de urgencias, Volumen 55 (N°2), daylinperez@infomed.sld.cu

Quispe, C. Navarro, R. Velásquez, L. Pinto, F. Olivares. E. (2016). Características del registro de historias clínicas en un hospital al sur del Perú. Horizonte Médico (Lima), volumen 16 n°4. <https://www.scielo.org.pe>

Santos, G. (2017). Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF-36 en mujeres con LUPUS, Puebla. Optar grado de licenciado en Matemáticas Aplicadas. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. <https://up-pe.libguides.com>

Reyes, F. Pérez, M. Figueredo, E. Ramírez, M. Céspedes Y. (2016). Valor del método clínico como herramienta diagnóstica. Revista Cubana de

Medicina, volumen 55, n°1. <http://scielo.sld.cu>

Reyes Armas, E.J. (2020). Calidad de los registros de las Historias Clínicas en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval - Callao, 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/14998>

Roco, C. Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>

Rus, E. (2020). Investigación aplicada. Economipedia, <https://economipedia.com>

Rus, E. (2020) Investigación documental. Economipedia, <https://economipedia.com>

Ruiz, P. Ruiz, J. Acevedo, J. Ginard, A. (2021). Concepto de la historia clínica. Revista Ocronos. Volumen IV, N°5 -Editorial Científico-Técnica, <https://revistamedica.com>

UCV, (2017). Código de Ética. resolución de consejo universitario n°0126-2017/UCV, <http://www.ucv.edu.pe>

Velito, A. Tejada, S. (2010). La historia clínica como instrumento de calidad. <http://www.audotoriamedicahoy.com>

Vicente, B. Vicente, E. Costa, M. Zerquera, G. Blanco, Y. (2017). Propuesta para evaluación de historias clínicas de pacientes hipertensos en la atención primaria de salud. Correo Científico Médico, volumen 21 n°1. <http://scielo.sld.cu>

ANEXOS - I

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

| VARIABLE DE ESTUDIO | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIÓN | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN |
|-----------------------------|--|--|----------------|---|--|
| Calidad de Historia Clínica | <p>La historia clínica es un documento médico legal en el se registra la relación del personal sanitario, sus actos y actividades sanitarias realizadas con el paciente y los datos de su salud, todo ello con el fin de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte. Puede ser utilizada en los centros sanitarios donde el paciente asista.</p> <p>(Tejada y Velito 2010)</p> | <p>La calidad de historia clínica es una variable de salud de naturaleza cualitativa en el que se utilizara sus dimensiones: Veraz (07 ítems), única (03 ítems), disponible (02 ítems), completa (11 ítems) y legible (6 ítems), estas tendrán una valoración final: Malo < 40%, Regular 41% - 80 %, Bueno > 81 %.</p> | Completo | <ul style="list-style-type: none"> . La H.CL, está completa . Tiene antecedentes de interés . Tiene anamnesis y exploración física . Tiene valoración subjetiva . Tiene valoración objetiva La evolución clínica de la enfermedad está bien desarrollada . Tiene planificación de cuidados, ordenes médicas y tratamiento . Tiene interconsulta y el informe esta adecuadamente registrada . La atención es secuencial . Tiene transcripción detallada . Las actividades y procedimientos están firmados y sellados | <p>Malo < 40 % Regular 41%- 80% Bueno > 81 %</p> |
| | | | Disponibilidad | <ul style="list-style-type: none"> . El sistema informático permite ubicar H.CL. . La H.CL, está en el área de archivo y/o admisión | |
| | | | Única | <ul style="list-style-type: none"> . Los datos de identificación del paciente son completas y legibles . Tiene historia clínica adicional . La H.CL. esta en custodia, tiene privacidad y confidencialidad | |
| | | | Legible | <ul style="list-style-type: none"> . H.CL, ordenada . Tiene letra clara. . Tiene separación adecuada entre palabra y palabra . Hay faltas ortográficas . Tiene abreviaturas | |

| | | | | | |
|-----------------------------|---|---|-------------------------------------|---|------------------------------------|
| | | | | . La fecha, sello y firma son legibles | |
| | | | Veraz | . El registro esta alterado . Tiene recorte de otros registros . Registra los datos de los recortes . Los exámenes auxiliares respaldan el diagnóstico. . Tiene frases corregidas y/o palabras usando trazos . Escribe con el mismo lapicero y letra los procedimientos . Tiene sello y firma | |
| Concordancia Diagnóstica | Conclusión del estudio de investigación de una realidad, expresada en sensatez comparativa sobre una situación presentada la cual se analizó. Martínez (1998) | La variable concordancia diagnostica de referencia y contrarreferencia es de naturaleza cualitativa, que se medirá en sus dimensiones patologías ginecobstetricias y patologías médico quirúrgicas, a su vez en sus respectivos indicadores, sus categorías son Dicotómicas | Patologías Ginecobstetricias | Patología (embarazo, parto y puerperio) | Nominal (dicotómica)(Si- No) |
| | | | Patologías Médico Quirúrgicas | Abdominales Renales Traumatismos | |

ANEXO - II

MATRIZ DE CONSISTENCIA INTERNA

CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA Y CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN DOS NIVELES DE ATENCIÓN, ABANCAY- 2021

| PROBLEMA | OBJETIVO | HIPÓTESIS | MÉTODO |
|--|---|--|---|
| General | General | General | Tipo de investigación |
| ¿Cuál es la relación entre la calidad de historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021? | Determinar la calidad de historia clínica y relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021. | Existe una relación significativa entre la calidad de historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021 | Tipo de investigación: Aplicada |
| Específico | Específico | Específico | Diseño de investigación |
| ¿Cuál es la relación entre la dimensión completa de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021? | Determinar la calidad de la dimensión completa de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre la referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021 | Existe una relación significativa entre la dimensión completa de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay, 2021 | Diseño: No experimental, Descriptivo correlacional, transversal Enfoque: Cuantitativo |
| ¿Cuál es la relación entre la dimensión disponibilidad de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos niveles de atención de Abancay, 2021? | Determinar la calidad de la dimensión disponible de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre la referencia y contra referencia en dos niveles de atención de Abancay, 2021 | Existe una relación significativa entre la dimensión disponible de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos niveles de atención de Abancay, 2021 | Técnica, Instrumentos y Fuente para la recolección de datos: Análisis de contenido mediante: Cuestionario y/o fichas Hojas de referencia, contrareferencia e historias clínicas. |

| | | | |
|---|--|--|--|
| ¿Cuál es la relación entre la dimensión única de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos | Determinar la calidad de la dimensión única de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos | Existe una relación significativa entre la dimensión única de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay,2021 | Técnica de Procesamiento y análisis de datos que se recolectara: Se procesaran en software SPSS24 para el análisis estadístico, el cruce de variables de la hipótesis |
|---|--|--|--|

| | | | |
|---|---|---|--|
| establecimientos de salud de Abancay,2021? | establecimientos de salud de Abancay,2021 | | |
| ¿Cuál es la relación entre la dimensión legible de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay,2021? | Determinar la calidad de dimensión legible de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre la referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay,2021 | Existe una relación significativa entre la dimensión legible de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay,2021 | Variables: - Calidad de historias clínicas - Concordancia diagnóstica de referencia y contrarreferencia |
| ¿Cuál es la relación entre la dimensión veraz de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay,2021? | Determinar la calidad de la dimensión veraz de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre la referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay,2021 | Existe una relación significativa entre la dimensión veraz de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay,2021 | |
| ¿Cuál es la relación entre la dimensión patología ginecobstetricia de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay,2021? | Determinar la calidad de la dimensión patología ginecobstetricia de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay,2021 | Existe una relación significativa entre la dimensión patología ginecobstetricia de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay,2021 | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión patología quirúrgica de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay,2021?</p> | <p>Determinar la calidad de la dimensión patología quirúrgica de la historia clínica y la relación de concordancia diagnóstica entre referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay,2021</p> | <p>Existe una relación significativa entre la dimensión patología quirúrgica de la historia clínica y la concordancia diagnóstica de referencia y contra referencia en dos establecimientos de salud de Abancay,2021</p> | <p>Muestra: 106 referencias, contrarreferencias e historias clínicas</p> |
|--|--|--|---|



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CABRERA SANTA CRUZ MARIA JULIA, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "CALIDAD DE HISTORIA CLÍNICA Y CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, ABANCAY 2021", cuyo autor es SORIA DONAIRES MATILDE NANCY, constato que la investigación cumple con el índice de similitud establecido, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 14 de Enero del 2022

| Apellidos y Nombres del Asesor: | Firma |
|---|--|
| CABRERA SANTA CRUZ MARIA JULIA DNI: 10435237 ORCID 0000000253616541 | Firmado digitalmente por: MCABRERACR10 el 15- 01-2022 18:12:55 |

Código documento Trilce: TRI - 0273741