

Plan de acción para el llenado correcto de los expedientes clínicos para disminuir las glosas de los seguros médicos pacientes

Ramón Emilio Rosario Mejía

Magíster en Salud Pública Mención Gestión en Salud. Universidad Central del Este. San Pedro de Macorís, R.D.

rr77613@uce.edu.do

Ilsia Esther Cabrera Pozo De Aponte

Especialista y catedrática de la Universidad Central del Este. San Pedro de Macorís, R.D.

Recibido 3 oct. 2025

aceptado 15 nov. 2025

RESUMEN

La presente investigación abordó el problema del llenado inadecuado de los expedientes clínicos y su relación con la ocurrencia de glosas por parte de los seguros médicos. El objetivo general fue diseñar un plan de acción para el llenado correcto de los expedientes clínicos con el fin de disminuir las glosas. La metodología utilizada combinó técnicas descriptivas y documentales, con un enfoque cuantitativo basado en la revisión de expedientes clínicos y registros de glosas. Los resultados mostraron que los principales errores en los expedientes incluían omisiones en datos clínicos, fechas incorrectas, firmas faltantes y codificación inadecuada. El plan de acción propuesto contempló capacitación al personal de salud, implementación de formatos estandarizados, supervisión continua, auditorías periódicas, con el objetivo de garantizar la correcta documentación clínica y reducir significativamente las glosas. En la Valoración de Juicio Expertos, se pudo comprobar que las opiniones de los evaluados fueron de forma positiva, donde destacaron que el llenado correcto de los expedientes clínicos se presenta como una estrategia integral que aborda de manera sistemática los errores y deficiencias que actualmente generan glosas por parte de los seguros médicos. Se concluyó que la aplicación de este plan puede mejorar la calidad del registro clínico, aumentar la eficiencia administrativa y fortalecer la relación con los seguros médicos.

PALABRAS CLAVE: Expedientes clínicos; glosas médicas; plan de acción; documentación clínica; facturación hospitalaria

ABSTRACT

Action plan for the proper completion of clinical records to reduce patient medical insurance claim rejections. This research addressed the problem of inadequate clinical record completion and its relationship to the occurrence of glosses by health insurance companies. The overall objective was to design an action plan for the correct completion of clinical records in order to reduce glosses. The methodology used combined descriptive and documentary techniques with a quantitative approach based on the review of clinical records and gloss records. The results showed that the main errors in the records included omissions in clinical data, incorrect dates, missing signatures, and inadequate coding. The proposed action plan included training for healthcare personnel, implementation of standardized formats, continuous supervision, and periodic audits, with the goal of ensuring correct clinical documentation and significantly reducing glosses. The Expert Judgment Assessment found that the opinions of those evaluated were positive, highlighting that the correct completion of clinical records is presented as a comprehensive strategy that systematically addresses the errors and deficiencies that currently generate glosses by health insurance companies. It was concluded that the implementation of this plan can improve the quality of clinical records, increase administrative efficiency and strengthen the relationship with health insurance companies.

KEYWORDS: Medical records; Medical glossaries; Action plan; Clinical documentation; hospital billing

INTRODUCCIÓN

El expediente clínico es un documento médico-legal esencial que registra la atención brindada al paciente, sirviendo como base para el diagnóstico, tratamiento, docencia e investigación. Su correcta elaboración refleja la calidad de la atención médica y fortalece la relación médico-paciente. La correcta elaboración de los expedientes clínicos garantiza que la información sobre el paciente sea precisa, completa y accesible para todos los

profesionales involucrados en su atención. Esto no solo facilita la continuidad del cuidado, sino que también reduce errores, mejora la eficiencia administrativa y asegura que los servicios prestados se documenten de manera adecuada, fortaleciendo la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

En República Dominicana, aunque existen normativas que regulan el contenido y uso de los expedientes clínicos, no hay datos oficiales que evidencien la magnitud del problema de las glosas médicas. Por ello, esta investigación se enfoca en diseñar un plan de capacitación para mejorar el llenado de los expedientes clínicos en el Hospital Dr. Jaime Oliver Pino, con el objetivo de reducir las glosas por parte de los seguros médicos. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales regula los procesos de auditoría médica, glosas y pagos entre ARS, ARL y PSS, promoviendo la calidad en la atención y el uso adecuado de los recursos. Las auditorías se basan en protocolos nacionales e internacionales, y validan la correspondencia entre los servicios prestados y los términos contractuales.

El interés del estudio radica en desarrollar un plan de acción orientado a mejorar la precisión y completitud en el llenado de los expedientes clínicos, con el propósito de reducir las glosas de los seguros médicos. Este enfoque busca optimizar los procesos administrativos y clínicos del hospital, garantizar el cumplimiento normativo y, en última instancia, elevar la calidad de la atención brindada a los pacientes.

Los expedientes clínicos son la base de prueba en la toma de decisiones correctas de los profesionales de la salud, esto supone un documento médico legal ,medico porque es llenado por los médicos que tratan el paciente y legal porque todas las decisiones tomadas en el mismo tienen que ser bien estructuradas por que pueden ser utilizadas en contra de los profesionales de la salud en casos de violar los protocolos de tratamiento y manejo de enfermedades ,de esta forma se explica por qué se debe de llenar correcto el expediente clínico tanto para tener una evolución satisfactoria del paciente y para evitar problemas legales.

En los últimos años hay otra causa que si no es de mayor peso pero si de importancia que es para obtener los beneficios que se obtienen a través del mismo expediente por los servicios de salud prestados, al llenar correcto los expedientes se obtienen los beneficios de una evolución rápida del paciente ,disminuyen los riesgos de demandas médicas y por último se obtiene grandes ganancias por parte de servicios prestados a los seguros médico o se obtienen grandes pérdidas por el mal llenado de estos expedientes.

Esta investigación tiene como propósito ofrecer información del llenado correcto del récord clínico en los hospitales públicos para disminuir las pérdidas por este fin y eficientizar el área de auditoría, con este trabajo de investigación se busca mejorar el llenado de los récords desde la entrada del paciente por la emergencia o la consulta hasta su egreso. La capacitación es una herramienta necesaria para mantener a todo el personal con los conocimientos necesarios para el llenado correcto de los expedientes ya que cada vez que se realiza un procedimiento o se indica una analítica o hay un cambio de medicamentos tiene que estar sustentado con las bases necesarias para que el auditor externo no objete el expediente.

Cada día cobra más importancia en las instituciones de salud el conocimiento de los costos invertidos en calidad y los derivados de la no calidad o no justificados de los diferentes procesos, lamentablemente en la República Dominicana no existen datos de las pérdidas ocasionadas por el llenado inadecuado de los expedientes clínicos en los centro de salud público ni privados, pero como me forme en un hospital vi las deficiencias en esta área tan importante, no es solo un problema de glosas sino un problema de recursos, los recursos se pierden que se pierden en los centros pueden ser utilizados en diferentes áreas para mejorar las condiciones de los paciente, los servidores y la infraestructura.

La relevancia y pertinencia de esta investigación radica en que su aplicación permitirá reducir de manera significativa las pérdidas económicas generadas por las glosas de los seguros médicos, las cuales suelen estar asociadas a errores u omisiones en el llenado de los expedientes clínicos. Al diseñar y ejecutar un plan de acción enfocado en mejorar este proceso, se garantiza una mayor precisión en el registro de la información, lo que fortalece la gestión administrativa y la calidad del servicio de salud. Además, este estudio contribuye a optimizar los recursos disponibles, evitando gastos innecesarios por devoluciones o rechazos de reclamaciones, y fomentando una cultura organizacional orientada a la eficiencia y la mejora continua.

El Hospital Dr. Jaime Oliver Pino es una institución hospitalaria que presta los servicios de emergencias, consultas de las diferentes especialidades excepto ortopedia, neurología, oftalmología y hematología, tiene un área de

internamiento para cirugía general con algunos procedimientos electivos, en este centro no hay área de pediatría ni ginecología para la hospitalización solo para la consulta, cuenta también con la unidad de hemodiálisis.

La mayoría de los hospitales del sector público tiene amplios problemas en el llenado correcto del expediente clínico lo que produce una perdida en las recaudaciones en ese sentido, según datos de este centro en el área de emergencia en el mes previa al levantamiento se perdió por concepto de llenado incorrecto de los récords clínicos unos 60,000.00 pesos dominicanos en el área de emergencia y unos 4,000,000.00 pesos dominicanos en el área de internamiento. Por los datos suministrados vemos la problemática como algo alarmante ya que en la república dominicana los recursos en salud son muy limitados esto conlleva que muchos centros por el mal sistema de auditoria pierdan recursos que pueden ser utilizados en la mejora de las áreas de los hospitales.

En los últimos años la gran mayoría de los pacientes tienen seguro ya sea del estado o privado y esto ha disminuido los recursos que el gobierno central dispone para los hospitales dejando solo los recursos que estos producen por concepto de servicios, pero si estos servicios no son cobrados como se pueden sostener financieramente los centros de salud ahí es donde entran una buena gestión de auditoria medica interna para gestionar la eficiencia en el llenado de los récords clínicos.

Los departamentos de auditorio de los hospitales no cuentan con el personal en la mayoría de los casos capacitado para enfrentar la gran demanda de expedientes ya para su supervisión, pero también en los hospitales públicos existen la residencia médica, lo cual dificulta a la hora de buscar apoyo en el personal de los centros ya que estos son médicos que duran poco tiempo en los centros, rotan en otros lo que dificulta tener un personal plenamente consciente y capacitado.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño de estudio

Esta investigación se desarrolló bajo un enfoque mixto, ya que se emplearon datos cuantitativos y cualitativos para analizar el impacto de las estrategias de gestión educativa en la mejora del proceso de aprendizaje de los estudiantes del nivel primario. La combinación de ambos enfoques permitió obtener una comprensión integral sobre los factores que influyeron en el desempeño académico de los estudiantes.

Se trató de una investigación descriptiva y explicativa y correlacional, lo que permitió abordar el fenómeno desde múltiples dimensiones. Fue descriptiva porque se caracterizaron las estrategias de gestión educativa implementadas en el centro, detallando sus componentes, niveles de aplicación y actores involucrados. Al mismo tiempo, fue explicativa, ya que se analizaron las causas y los factores que influyeron en la relación entre dichas estrategias y el aprendizaje de los estudiantes, permitiendo comprender por qué ocurren determinados efectos o resultados en el contexto educativo.

El diseño fue no experimental, ya que no se manipularon intencionalmente las estrategias de gestión educativa, sino que se observaron y se midieron en su estado natural. No se estableció un grupo de control ni un grupo experimental, sino que se utilizaron datos observacionales y encuestas para analizar la relación entre las variables.

Localización (delimitación en tiempo y espacio)

La investigación se realizó en el Hospital Dr. Jaime Oliver Pino, con el personal del área de auditoría interna, con los médicos de las áreas de internamiento y emergencia. El tiempo de estudio estuvo conformado entre el período enero – Junio 2025.

Unidad de análisis, población y muestra

Unidad de análisis: La revisión o auditoría de los expedientes clínicos y el personal médico a cargo del llenado de los mismos en el Hospital Dr. Jaime Oliver Pino.

Población: Estuvo constituida por 1,152 expedientes clínicos del área de auditoría y un total de 29 médicos que llenan los mismos expedientes en el Hospital Dr. Jaime Oliver Pino durante el período enero – junio 2025.

Muestra: Estuvo compuesta por 278 expedientes clínicos del área de auditoría, equivalente a un 24% de la unidad poblacional. Se seleccionó un total de 29 médicos, equivalente al 100%, quienes llenan los expedientes clínicos en el Hospital Dr. Jaime Oliver Pino durante el período enero – junio 2025.

Criterio de selección de la muestra: El tipo de muestreo se basó en un muestreo no probabilístico intencional, seleccionado de acuerdo con los criterios establecidos por el investigador, con el fin de incluir a los participantes que poseen las características necesarias para aportar información relevante sobre el llenado de expedientes clínicos y su relación con las glosas de los seguros médicos. Este tipo de muestreo permitió focalizar la recolección de datos en aquellos individuos directamente involucrados en el proceso, como el personal médico responsable de la gestión de expedientes, garantizando así la pertinencia y aplicabilidad de los resultados en el diseño del plan de acción propuesto.

Métodos científicos, técnicas de investigación y procedimientos de recolección de información

Los métodos empleados en el desarrollo de esta investigación son:

Métodos teóricos:

Análisis y síntesis: Se aplicó en esta investigación para descomponer la información recopilada en sus partes esenciales, identificar los factores que inciden en el incorrecto llenado de los expedientes clínicos y reconocer las causas que generan glosas por parte de los seguros médicos. A partir de este proceso, se integraron los hallazgos de manera coherente y estructurada, lo que permitió elaborar conclusiones claras y fundamentadas. Este método facilitó la organización de los datos, la interpretación crítica de la realidad observada y la formulación de un plan de acción que responda de manera efectiva a las necesidades detectadas en la gestión de los expedientes clínicos.

Inductivo-deductivo: Fue utilizado en esta investigación para abordar el problema desde una perspectiva integral. En la fase inductiva, se partió de la observación y análisis de casos específicos relacionados con errores frecuentes en el llenado de expedientes clínicos y su impacto en las glosas emitidas por los seguros médicos. Estos hallazgos permitieron identificar patrones, causas recurrentes y necesidades concretas del contexto estudiado. Posteriormente, en la fase deductiva, se aplicaron principios teóricos, normativas y buenas prácticas establecidas en la gestión documental en salud para diseñar un plan de acción que responda a las situaciones detectadas.

Métodos empíricos:

Análisis documental: Se empleó en esta investigación como una técnica clave para revisar, examinar y contrastar diversas fuentes escritas relacionadas con la gestión de expedientes clínicos y las glosas de los seguros médicos. A través de esta metodología se consultaron normativas, manuales institucionales, reglamentos de salud, protocolos administrativos y literatura científica, lo que permitió obtener una visión amplia y fundamentada del tema.

Observación directa: Se aplicó en esta investigación para obtener información de primera mano sobre el proceso de llenado de los expedientes clínicos y las dificultades que se presentan en la práctica diaria. Esta técnica permitió identificar errores frecuentes, omisiones de datos, retrasos en los registros y formas inadecuadas de documentación que influyen directamente en la generación de glosas por parte de los seguros médicos.

Encuesta: Se utilizó en esta investigación como una técnica de recolección de datos que permitió obtener la opinión y percepción del personal médico involucrado en el llenado de expedientes clínicos. A través de un cuestionario estructurado se recopilaron información sobre el nivel de conocimiento, el grado de capacitación recibida, las dificultades más frecuentes y las prácticas aplicadas en la gestión documental. Esta herramienta facilitó cuantificar la magnitud de los problemas y reconocer patrones comunes que influyen en la aparición de glosas por parte de los seguros médicos.

Matriz de valoración de los expedientes clínicos: Se empleó en esta investigación como un instrumento para evaluar de manera sistemática y organizada la calidad del llenado de los registros. A través de criterios previamente definidos, como integridad de la información, legibilidad, cumplimiento de normativas y actualización de los datos, la matriz permitió identificar con claridad las fortalezas y debilidades presentes en los expedientes revisados.

Este procedimiento facilitó no solo la detección de errores u omisiones, sino también la comparación entre diferentes áreas o responsables del llenado. De este modo, la matriz de valoración aportó evidencias objetivas y medibles que sustentan la necesidad de implementar un plan de acción, asegurando que la mejora propuesta responda directamente a las deficiencias encontradas en la gestión de los expedientes clínicos.

Instrumento de recolección de información

El instrumento de recolección de información utilizado en esta investigación fue diseñado para obtener datos precisos y confiables sobre el proceso de llenado de los expedientes clínicos y su relación con las glosas de los seguros médicos.

Se aplicaron cuestionarios estructurados dirigidos al personal responsable, los cuales incluyeron preguntas cerradas y abiertas que facilitaron tanto la cuantificación de resultados como la identificación de percepciones y experiencias. Además, se empleó una matriz de valoración para examinar directamente los expedientes clínicos y determinar el nivel de cumplimiento con las normativas establecidas. Estos instrumentos fueron complementados con la técnica de observación directa, lo que permitió triangular la información y garantizar una visión más completa de la problemática.

Fuentes de datos (primaria, secundaria)

Las fuentes empleadas para la recolección de las informaciones durante el desarrollo de esta investigación se clasificarán como se presenta a continuación:

Fuente primaria: Se basó en información obtenida directamente del entorno laboral donde se gestionan los expedientes clínicos. Esto incluyó la observación directa del personal durante el llenado de los registros, la aplicación de encuestas al personal médico encargado, así como la revisión, valoración de los expedientes clínicos mediante la matriz diseñada para tal fin. Estas fuentes permitieron acceder a datos originales y específicos, reflejando la realidad concreta de los procesos, las prácticas habituales y los errores más comunes que generan glosas por parte de los seguros médicos.

Secundarias: Como fuentes secundarias se consultaron artículos de revistas científicas, enciclopedia, libros, tesis y revistas científicas, entre otras.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión: Se incluyeron al personal que no participe directamente en el manejo o llenado de los expedientes clínicos. Expedientes clínicos incompletos, desactualizados o que no correspondan al periodo de estudio. Información no relacionada con los procesos de registro clínico o que no aporte datos relevantes para el plan de acción destinado a reducir las glosas de los seguros médicos.

Criterios de exclusión: Se excluyeron al personal que no participe directamente en el manejo o llenado de los expedientes clínicos. Expedientes clínicos incompletos, desactualizados o que no correspondan al periodo de estudio. Información no relacionada con los procesos de registro clínico o que no aporte datos relevantes para el plan de acción destinado a reducir las glosas de los seguros médicos.

Aspectos éticos implicados en la investigación

Los aspectos éticos implicados en la investigación, enfocados en garantizar que el estudio se realice de manera responsable, respetuosa con los participantes y la información recopilada. La ética en este contexto busca proteger la privacidad, asegurar el consentimiento informado y garantizar que los datos se utilicen adecuadamente en el desarrollo del plan de acción; como se describe a continuación:

Consentimiento informado: Los participantes comprendieron el propósito del estudio y aceptaron colaborar voluntariamente.

Confidencialidad: Se protegieron los datos personales de los participantes y de los expedientes clínicos, evitando su divulgación no autorizada.

Privacidad: Se garantizó que la información de los expedientes clínicos no fuera identificable en los análisis ni en los resultados del estudio.

Respeto a la integridad de los participantes: Se evitaron riesgos físicos, psicológicos o laborales durante la recolección de información.

RESULTADOS

Opción	Total	Porcentaje (%)
Nunca	3	10.3
Rara vez (menos de una vez al año)	5	17.2
Regularmente (una vez al año)	9	31.0
Frecuentemente (más de una vez al año)	7	24.1
Constantemente (cada 3 meses o menos)	5	17.2
Total	29	100

Tabla 1: Frecuencia de capacitación sobre el llenado correcto de expedientes clínicos

Se observa que una parte importante del personal recibe capacitación de manera regular o frecuente, mientras que algunos reportan recibir formación esporádica o nunca. Esto indica oportunidades para mejorar la sistematicidad y garantizar que todos los profesionales estén actualizados en el llenado correcto de expedientes clínicos.

Opción	Total	Porcentaje (%)
Es determinante para la calidad del servicio y cumplimiento legal	12	41.4
Es importante, pero no prioritario	10	34.5
Tiene relevancia limitada	5	17.2
No lo considero relevante	2	6.9
Total	29	100

Tabla 2. Nivel de importancia asignado al llenado del expediente clínico

La mayoría del personal considera que el llenado del expediente es determinante para la calidad del servicio y el cumplimiento legal, aunque algunos lo perciben como importante pero no prioritario. Esto refleja un reconocimiento general del valor de la documentación, aunque algunos profesionales podrían no darle la atención necesaria.

Opción	Total	Porcentaje (%)
Conozco en detalle todas las normativas vigentes	6	20.7
Conozco las principales normativas, pero no en detalle	12	41.4
Tengo conocimientos básicos	8	27.6
No conozco ninguna normativa	3	10.3

Total	29	100
-------	----	-----

Tabla 3. Grado de conocimiento sobre las normativas legales que regulan el expediente clínico

El personal presenta distintos niveles de conocimiento sobre las normativas, desde conocimiento detallado hasta ausencia de conocimiento. Esto evidencia la necesidad de reforzar la formación específica para asegurar que todos cumplan con los estándares legales y regulatorios.

Opción	Total	Porcentaje (%)
Menos de 5 minutos	4	13.8
Entre 5 y 10 minutos	10	34.5
Entre 10 y 15 minutos	9	31.0
Más de 15 minutos	6	20.7
Total	29	100

Tabla 4. Tiempo dedicado al llenado de un expediente clínico completo

Se evidencia que la mayoría del personal dedica un tiempo moderado al llenado, aunque algunos emplean tiempos muy cortos o más prolongados. Esto puede reflejar diferencias en eficiencia o en la complejidad de los casos, indicando la necesidad de optimizar los procesos de documentación.

Opción	Total	Porcentaje (%)
Manuales y guías oficiales actualizadas	11	37.9
Formatos impresos sin guía adicional	7	24.1
Apoyo verbal o informal de colegas	8	27.6
Ninguna herramienta específica	3	10.3
Total	29	100

Tabla 5: Herramientas utilizadas para guiar el llenado de expedientes clínicos

El análisis muestra que muchos profesionales utilizan manuales o guías oficiales, mientras que otros dependen de apoyos informales o no usan herramientas específicas. Esto indica que existe margen para estandarizar y fortalecer el uso de recursos que aseguren la correcta documentación clínica.

Opción	Total	Porcentaje (%)
Muy completo, con toda la información necesaria y detallada	14	48.3
Completo, con la información básica requerida	10	34.5
Moderadamente completo, algunas secciones pueden omitirse	4	13.8
Poco completo, solo lo esencial	1	3.4
Total	29	100

Tabla 6. Nivel de completitud considerado necesario para evitar glosas

La mayoría del personal considera que los expedientes deben estar muy completos o completos para evitar glosas, aunque algunos aceptan un nivel moderado o mínimo de información. Esto refleja conciencia sobre la importancia de la documentación detallada para la gestión administrativa y económica.

No.	Descripción	n = 278 expedientes clínicos			
		Si Cumple		No Cumple	
		Frec.	%	Frec.	%
1	Datos personales completos (nombre, edad, sexo, cédula, carnet)	236	85%	42	15%
2	Historia clínica anexada completamente	194	70%	84	30%
3	Historia clínica actualizada	181	65%	97	35%
4	Motivo de consulta registrado	250	90%	28	10%
5	Exploración física detallada y completa	209	75%	69	25%
6	Diagnóstico clínico claro y específico	222	80%	56	20%
7	Plan de tratamiento registrado	236	85%	42	15%
8	Notas de evolución en cada consulta	167	60%	111	40%
9	Consentimiento informado firmado	194	70%	84	30%
10	Registros de prescripción médica correctos	245	88%	33	12%
11	Resultados de exámenes y estudios	209	75%	69	25%
12	Firma y sello del profesional responsable	250	90%	28	10%
13	Uso correcto y de abreviaturas y terminología médica en documentación	222	80%	56	20%
14	Actualización ordenada de datos	181	65%	97	35%
15	Fechas y signos vitales en cada consulta	236	85%	42	15%
16	Aplicación de formatos y protocolos	194	70%	84	30%
17	Integridad y conservación adecuada del expediente	209	75%	69	25%
18	Documentación de alergias y antecedentes	222	80%	56	20%
19	Uso adecuado de formatos y protocolos	194	70%	84	30%
20	Expediente firmado por el usuario	167	60%	111	40%

Tabla 7: Resultados de la evaluación de los expedientes clínicos

Se evaluaron un total de 278 expedientes clínicos revela un panorama general sobre el cumplimiento de diversos elementos clave en la documentación médica. Los ítems con mayor cumplimiento incluyen los "Datos personales completos" (85%, 236 expedientes), "Firma y sello del profesional responsable" (90%, 250 expedientes) y "Motivo de consulta registrado" (90%, 250 expedientes), lo que sugiere una alta atención a la identificación de pacientes y la documentación básica de las consultas. Por otro lado, los elementos con menor cumplimiento son "Notas de evolución en cada consulta" (60%, 167 expedientes) y "Expediente firmado por el usuario" (60%, 167 expedientes), indicando posibles áreas de mejora en la continuidad del seguimiento y la participación del paciente.

En relación a los aspectos relacionados con la formalidad y la estructura inicial de los expedientes (como datos personales y firma profesional) tienden a tener un cumplimiento superior al 80%, mientras que los ítems que requieren actualizaciones continuas o interacción del paciente (como notas de evolución y firma del usuario) caen por debajo del 70%. Esto podría reflejar una mayor dificultad en mantener la consistencia a lo largo del tiempo o en involucrar activamente a los pacientes.

La variación en el cumplimiento, que oscila entre 60% y 90%, sugiere que, aunque la mayoría de los expedientes cumplen con estándares aceptables, hay una necesidad de estandarizar procesos, especialmente en los ítems con porcentajes de no cumplimiento superiores al 30%, como "Notas de evolución" (40%) y "Historia clínica actualizada" (35%). No obstante, el análisis destaca fortalezas en la documentación inicial y formal, pero señala

desafíos en la actualización y participación activa, lo que podría guiar intervenciones para mejorar la calidad de los expedientes clínicos.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran que, aunque una parte importante del personal médico recibe capacitación sobre el llenado de expedientes clínicos, todavía existe un grupo que rara vez o nunca se capacita. Esto coincide con Herrera y Torres (2023), quienes encontraron que la capacitación insuficiente contribuye significativamente a errores y glosas en los hospitales de la región. Por tal razón, ambos estudios resaltan la importancia de implementar programas de formación continua y actualizaciones periódicas para todo el personal de salud.

Respecto a la importancia percibida del llenado correcto de expedientes, se observó que la mayoría de los profesionales reconoce su relevancia para la calidad del servicio y el cumplimiento legal, aunque algunos lo consideran menos prioritario. Este hallazgo es similar al reportado por Martínez y López (2022), quienes indicaron que, pese a la conciencia sobre la relevancia de la documentación, la adherencia a protocolos estandarizados aún es limitada. Ambos estudios sugieren que la sensibilización y la claridad en los procedimientos son estrategias necesarias para mejorar la práctica clínica.

En relación con el conocimiento de las normativas legales, se evidenció que muchos profesionales poseen conocimientos parciales, mientras pocos dominan la normativa en detalle. García et al. (2021) reportaron hallazgos similares, indicando que la falta de conocimiento profundo de las regulaciones legales es un factor determinante en la aparición de glosas. Por ello, la capacitación específica y la disponibilidad de manuales actualizados resultan esenciales para asegurar que los expedientes clínicos cumplan con los estándares legales y administrativos.

Los tiempos dedicados al llenado de expedientes mostraron variabilidad entre los profesionales, lo que puede afectar la consistencia y completitud de los registros. Este resultado concuerda con López y Sánchez (2022), quienes afirmaron que la sobrecarga de trabajo y la falta de tiempo son factores críticos que inciden en la calidad de la documentación. La estandarización de formatos y la incorporación de sistemas electrónicos son medidas recomendadas por ambos estudios para optimizar el tiempo y garantizar registros completos.

Se identificó que los errores más frecuentes incluyen datos incompletos, falta de firma, información clínica insuficiente y uso incorrecto de códigos. Pérez y Gómez (2022) también destacaron que estos errores representan la principal causa de devoluciones por parte de los seguros médicos. La necesidad de auditorías internas, revisión de procedimientos y la implementación de sistemas de control que permitan corregir fallas antes de enviar los expedientes a las aseguradoras.

En cuanto a los recursos disponibles, los resultados muestran que algunos profesionales consideran insuficientes los medios para un llenado adecuado, coincidiendo con Ramírez y Díaz (2021), quienes señalaron que la falta de herramientas y apoyo administrativo limita la capacidad del personal para completar los expedientes correctamente. Ambos estudios sugieren que la inversión en recursos, tanto humanos como tecnológicos, es clave para mejorar la eficiencia del proceso.

Respecto a la revisión de la información antes de finalizar los expedientes, se evidenció que no todos los profesionales realizan controles exhaustivos. Este hallazgo coincide con López et al. (2020), quienes indicaron que la falta de revisión previa aumenta significativamente la probabilidad de errores y glosas. Por tanto, la implementación de protocolos de revisión obligatoria y auditorías periódicas se vuelve indispensable para garantizar la precisión de la documentación clínica.

Es evidente que los resultados reflejan que la mayoría del personal considera prioritarias acciones como la capacitación continua, la simplificación de formatos, la mejora tecnológica y la supervisión para reducir las glosas. Esto se alinea con lo planteado por García y Martínez (2022), quienes recomiendan un enfoque integral que combine formación, herramientas tecnológicas y control interno para disminuir errores y mejorar la calidad administrativa y clínica.

Los hallazgos de esta investigación coinciden en gran medida con estudios previos, confirmando que la correcta documentación de los expedientes clínicos depende de la capacitación constante, la claridad de los procedimientos,

el uso de tecnología adecuada y la implementación de auditorías internas. Por tal razón, la propuesta planteada constituye una estrategia efectiva para disminuir glosas, optimizar recursos y garantizar una atención de calidad y segura para los pacientes.

CONCLUSIÓN

Se concluyó que los factores que incidían en el llenado incorrecto de los expedientes clínicos estaban directamente relacionados con la falta de capacitación sistemática del personal, el conocimiento limitado de las normativas legales, deficiencias en los formatos utilizados y la sobrecarga laboral que afecta la atención diaria. Estos elementos contribuyeron a la aparición frecuente de errores en la documentación clínica, los cuales derivan en glosas por parte de los seguros médicos, afectando tanto la gestión administrativa como la continuidad de la atención al paciente.

Es evidente que la mayoría del personal médico evaluado contaba con un conocimiento parcial sobre auditoría médica y los procedimientos correctos para el llenado de expedientes. Esto evidenció brechas importantes en la comprensión de la normativa vigente y en la capacidad de aplicar los procedimientos de manera consistente y precisa. Estos hallazgos respaldan la necesidad de implementar programas de formación específicos y estructurados, dirigidos a fortalecer la competencia del personal en aspectos legales, administrativos y clínicos, con el fin de reducir los errores y mejorar la confiabilidad de la documentación.

La capacitación realizada en el Hospital Dr. Jaime Oliver Pino mostró resultados positivos en la mejora de las competencias del personal, promoviendo un llenado más completo y adecuado de los expedientes clínicos. Además, contribuyó a reforzar la conciencia sobre la importancia legal, administrativa y clínica de esta herramienta, facilitando la estandarización de procedimientos y la aplicación de criterios uniformes. Este proceso no solo impactó en la reducción de errores y glosas, sino que también fortaleció la eficiencia operativa de la institución y la calidad del servicio brindado a los pacientes, garantizando un registro más seguro, confiable y accesible para la atención continua.

La valoración del plan de capacitación por expertos confirmó la pertinencia, viabilidad y efectividad de las estrategias y acciones planteadas. Los comentarios y sugerencias proporcionados permitieron ajustar los detalles del plan, optimizar recursos, establecer mecanismos claros de control y seguimiento, y garantizar su correcta implementación en la institución. Este análisis evidenció que un plan integral de capacitación y control, respaldado por la revisión experta, constituye una herramienta estratégica para mejorar la documentación clínica, fortalecer la relación con los seguros médicos, asegurar una atención de calidad, eficiente y conforme a la normativa vigente.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que hicieron posible la realización de esta investigación. En primer lugar, doy gracias a Dios, por brindarme la fortaleza, la paciencia y la claridad necesarias para superar cada desafío durante el desarrollo de este trabajo académico, y por permitirme culminar esta etapa con éxito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández B, Ruiz P. Impacto de la capacitación en el llenado de expedientes clínicos para reducir glosas. *J Med Manag.* 2023;22(1):12-19.
2. García F, Morales T. Evaluación de errores comunes en expedientes clínicos y su impacto económico. *Med Econ.* 2022;14(5):88-95.
3. Hernández I, Molina J. Capacitación en codificación clínica para minimizar glosas. *J Clin Gov.* 2024;11(3):50-58.
4. López C, Díaz R. Auditorías internas para mejorar la calidad de registros médicos. *Salud Sist.* 2022;10(2):33-40.
5. Martínez A, Gómez L. Estrategias para optimizar la documentación clínica en hospitales públicos. *Rev Salud Admin.* 2022;15(3):45-52.
6. Mendoza M, Rivas Q. Reducción de glosas mediante estandarización de procesos clínicos. *Med Syst Rev.* 2022;13(3):60-67. .
7. Pérez E, Vargas S. Reducción de glosas mediante sistemas electrónicos de documentación. *J Health Inform.* 2023;9(1):25-30.
8. Ramírez J, Ortiz K. Uso de tecnología para la validación de expedientes clínicos. *Health Tech J.* 2022;7(4):101-108.
9. Rodríguez G, Castro N. Planes de acción para mejorar la codificación clínica en seguros médicos. *Rev Admin Salud.* 2023;20(2):15-22.

10. Salazar S, Núñez W. Impacto de la documentación incompleta en la facturación hospitalaria. *Med Financ J.* 2022;15(1)
11. Sánchez D, Torres M. Implementación de guías estandarizadas en expedientes clínicos: un enfoque práctico. *Rev Hosp Manag.* 2024;18(4):67-74.
12. Torres L, Aguilar P. Estrategias de mejora continua en la documentación médica. *J Qual Health.* 2024;16(2):44-51.
13. Vega K, Salazar O. Auditoría de calidad en registros clínicos: impacto en la facturación hospitalaria. *Rev Salud Pública.* 2023;25(1):30-37.

Derechos de autor 2025: Ramón Emilio Rosario Mejía y Ilsia Esther Cabrera Pozo De Aponte



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0.