

CONSENSO PARA LA EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS COMO ESTRATEGIA PARA EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CÁNCER GÁSTRICO Y SUS INSTRUMENTOS PARA IMPLEMENTACIÓN

María Isabel Ulloa

Directora Ejecutiva
ProPacífico

Daniel Humberto Echeverri

Director Proyecto de Salud
ProPacífico

EXPERTOS LOCALES

Dra. Cielo Sopó

Secretaría de Salud de Cali

Dr. Cristhian Penagos

Secretaría de Salud de Cali

Dr. Carlos Velasco

Secretaría de Salud de Cali

Jefe Francia Cuesta

Secretaría de Salud de Cali

Jefe Mayerly Vidal

Registro Poblacional de Cáncer de Cali

Jefe Luz Miriam Cardoso

Secretaría de Salud del Valle del Cauca

EXPERTOS TEMÁTICOS

Paola Andre Guancha, especialista en auditoría

Consultora - ProPacífico

Andrés H. Pérez Bustos, sociólogo y magister en salud pública

Consultor - ProPacífico

Carmen Rosario Palta Galíndez, Enf. MSC

Consultora - ProPacífico

Francisco Antonio Escobar Aguilón, Md. MSC Esp

Consultor - ProPacífico

**CONSENSO PARA LA EVALUACIÓN DE HISTORIAS
CLÍNICAS COMO ESTRATEGIA PARA EL DIAGNÓSTICO
OPORTUNO DE CÁNCER GÁSTRICO Y SUS
INSTRUMENTOS PARA IMPLEMENTACIÓN**

INTRODUCCIÓN

El presente documento técnico expone el Instrumento de Evaluación y Co-evaluación de la Calidad de la Historia Clínica, consolidado como producto de un riguroso proceso de consenso interinstitucional desarrollado a lo largo del año 2025. Su construcción fue posible gracias a un ciclo continuo de mesas de trabajo y reuniones técnicas sostenidas entre el equipo de Propacífico y las Secretarías de Salud Distrital de Cali y Departamental del Valle del Cauca. Este esfuerzo colaborativo surge como respuesta a la necesidad de articular visiones y fortalecer las estrategias de detección temprana del cáncer gástrico en el nivel primario de atención, focalizándose en el seguimiento de cohortes de pacientes con diagnósticos trazadores de dispepsia y enfermedad ácido-péptica.

Su propósito fundamental es auditar la adherencia a las guías de práctica clínica y la calidad del registro de información, trascendiendo el mero cumplimiento administrativo para evaluar la gestión del riesgo en salud de manera unificada en la región. El instrumento está estructurado para identificar brechas en la atención, tales como la falta de caracterización de factores de riesgo, la inercia clínica ante síntomas recurrentes y la oportunidad en la solicitud de ayudas diagnósticas confirmatorias. A través de este enfoque concertado, la herramienta busca generar una cultura de mejoramiento continuo que impacte positivamente en los desenlaces clínicos de la población, garantizando que los signos de alarma sean gestionados con la celeridad que la patología oncológica requiere.

1. COMPONENTES DE PROCESO

El instrumento se estructura a través de cinco dimensiones secuenciales que simulan el flujo de atención del paciente en el nivel primario, permitiendo identificar puntos críticos en la gestión clínica de la patología gástrica.

El primer componente es la Identificación y Selección de la Cohorte. Este paso establece el universo de auditoría mediante la búsqueda activa de pacientes con diagnósticos trazadores relacionados con dispepsia y enfermedad ácido-péptica, definidos por los códigos CIE-10 de la serie K (K21, K25-K30). Se utiliza un rango temporal de seis meses para garantizar la captación de casos recientes y evaluar la prevalencia de consultas repetitivas que podrían sugerir cronicidad o falla terapéutica.

El segundo componente aborda la Integralidad del Registro Clínico. En esta fase se evalúa la calidad del dato como insumo fundamental para la toma de decisiones. Se verifica que la historia clínica contenga información explícita sobre determinantes sociales y factores de riesgo biológicos y conductuales, tales como el consumo de tabaco y alcohol, la obesidad, la procedencia geográfica y los antecedentes familiares de cáncer. La ausencia de estos datos se considera una barrera para la correcta estratificación del riesgo individual.

El tercer componente se centra en la Pertinencia y Análisis del Caso. Aquí se analiza el razonamiento clínico del profesional frente a la recurrencia de los síntomas. Se audita si el médico realiza una correlación efectiva entre la persistencia de la sintomatología y los factores de riesgo identificados previamente. Este componente busca detectar la inercia clínica, entendida como la repetición de conductas terapéuticas basales en

pacientes que ya han demostrado falta de respuesta al tratamiento estándar.

El cuarto componente corresponde a la Búsqueda Activa de Signos de Alarma. Esta dimensión evalúa la seguridad del paciente mediante la verificación de la solicitud o revisión de ayudas diagnósticas claves, como la sangre oculta en heces y el cuadro hemático para descartar anemia. Asimismo, incluye el monitoreo objetivo del peso corporal en consultas sucesivas, considerando la pérdida de peso no intencional como un indicador crítico de patología maligna subyacente.

El quinto y último componente es la Oportunidad y Conducta Resolutiva. Se examina la toma de decisiones finales frente a la sospecha diagnóstica. Se evalúa la racionalidad en la prescripción de inhibidores de bomba de protones a largo plazo frente a la indicación de estudios invasivos. El indicador de calidad en este punto es la generación oportuna de órdenes para endoscopia de vías digestivas altas o la remisión a gastroenterología en tiempos congruentes con la identificación de signos de alarma o falla terapéutica.

2. METODOLOGÍA

El cáncer gástrico representa un desafío de salud pública prioritario para la región. En América Latina, es el quinto tipo de cáncer más frecuente tanto en incidencia como en mortalidad. En Colombia, la situación es aún más crítica: aunque es el cuarto en incidencia, se ha convertido en la primera causa de muerte por cáncer, representando el 12,2% de todos los fallecimientos oncológicos en 2022.

La detección tardía es el principal determinante de esta alta mortalidad. Según la Cuenta de Alto Costo (2022), el 52% de los casos nuevos en el país se diagnostican en Estadio IV (metastásico) y solo el 24% en estadios localmente avanzados, lo que limita severamente las opciones terapéuticas y la supervivencia. Adicionalmente, se evidencian brechas significativas en la oportunidad de atención, con tiempos de espera para el inicio del tratamiento que superan los 76 días para el 25% de los pacientes.

El enfoque de esta propuesta se basa en la evaluación de historias clínicas (HC), la cual puede hacerse desde dos perspectivas:

- a) Evaluación hacia la completitud y la calidad: se revisan y actualizan las HC con la persona que diligenció en el primer momento. Este enfoque está basado en el manejo de riesgo. Este proceso puede ser cuantitativo (completitud, orden) o cualitativo (se analizan por pares buscando evaluar los contenidos de las HC).
- b) Revisión de las HC e informe a las instituciones que las generaron, buscando el ajuste de dichos formatos de HC, sin terminar de completar aquellos ya evaluados.

La temporalidad de las revisiones de HC pueden ser retrospectivas (implica apren-

der para el futuro, pero permite revisar el trasegar del paciente) o concurrentes (implicando un esfuerzo de personal y tiempo adicional, pero permitiendo ajustes a los procesos en casi tiempo real).

Este documento propone un modelo de evaluación y gestión clínica que busca adaptar esta estrategia a contextos específicos para así lograr la identificación temprana de riesgos y la optimización de la ruta de atención.

2.1 Enfoque General y Estrategia SARA

El fortalecimiento de los procesos de atención en cáncer gástrico requiere de mecanismos sistemáticos que permitan evaluar la calidad de la atención brindada, identificar puntos críticos de ruptura o reproceso en la ruta, y proponer acciones de mejora institucional. En este marco, el proyecto adopta un modelo dual de evaluación, que articula auditoría externa (coevaluación) y auditoría interna (autoevaluación), tomando como base metodológica la estrategia SARA desarrollada por la Secretaría de Salud Pública de Cali en alianza con ProPacífico y City Cancer Challenge.

La auditoría, entendida aquí como evaluación estructurada de la calidad de la atención, se concibe como una estrategia orientada al mejoramiento continuo de los procesos clínico-administrativos. El modelo propuesto no responde a una lógica sancionatoria, sino a una lógica de aprendizaje institucional, mejora continua y articulación entre actores del sistema de salud.

El modelo de evaluación propuesto se estructura según las cuatro fases de la estrategia SARA:

- **S – Socialización:** revisión técnica de las guías clínicas y la vía clínico-administrativa para cáncer gástrico, entrega de materiales y lineamientos a las ESE, IPS y EAPB.

- **A – Aceptación:** proceso concertado de adopción o adaptación de las guías por parte de las instituciones, dejando constancia formal de su compromiso.
- **R – Replicación:** despliegue interno de las guías dentro de las instituciones, mediante formación del personal y ajustes organizativos.
- **A – Adherencia:** aplicación sistemática de los lineamientos en la práctica clínica, verificada mediante instrumentos de evaluación, revisión de historias clínicas y seguimiento de indicadores.

Este enfoque permite que el modelo de auditoría no sea un ejercicio puntual, sino parte de un ciclo de implementación y mejoramiento continuo, donde la calidad se monitorea, retroalimenta y fortalece con base en datos concretos.

2.2 Tipos de auditoría considerados

El modelo integra cuatro modalidades de evaluación que funcionan de manera complementaria para cubrir todas las dimensiones de la calidad: técnica, administrativa, clínica y humana.

a) Auditoría Externa (Coevaluación)

Esta modalidad busca una mirada sistémica sobre la red de atención, superando la visión fragmentada por institución

- **Responsables:** Liderada por las Secretarías de Salud Municipales y las EAPB.
- **Enfoque Metodológico:**
 - Opción 1: Se basa en el seguimiento del "Paciente Trazador". Esto implica reconstruir la trayectoria completa de un paciente específico a través de los diferentes niveles de atención para detectar dónde se rompe la continuidad.

- Opción 2: Se basa en el análisis retrospectivo de casos a través de evaluación de calidad de las historias clínicas, enfocándose en la completitud y/o pertinencia de la conducta.

• **Objetivos Específicos:**

- Identificar reprocesos, demoras administrativas y desviaciones frente a la Vía Clínica Administrativa (VCAM) de cáncer gástrico.
- Medir la oportunidad real tanto diagnóstica como terapéutica desde la perspectiva del usuario, no solo de la institución.
- Verificar la adherencia a la integralidad de la atención, identificando brechas en la contratación o en la red de servicios.
- Promover la corresponsabilidad entre asegurador y prestador.

b) Auditoría Interna (Autoevaluación)

Es la herramienta de gestión diaria para las IPS, centrada en el cumplimiento de sus propios estándares y la calidad del dato.

- **Responsables:** Realizada directamente por las IPS, ya sea de forma manual o con soporte de herramientas de IA.
- **Metodología de 9 Pasos:** Se propone un ciclo estructurado de evaluación que aborda al paciente desde el ingreso hasta el egreso:
 - Planeación: Definición de la muestra y objetivos.
 - Recolección (HC): Revisión de la calidad del registro clínico.
 - Recolección (Recorrido): Trazabilidad de hitos clave: primera consulta, completitud de la historia clínica, sospecha inicial, diagnóstico histológico (biopsia/endoscopia).
 - Identificación de Hallazgos: Detección de no conformidades

- Evaluación de Tiempos: Cotejo contra la VCAM.
- Evaluación de Resolutividad: Capacidad real de la institución para gestionar el caso.
- Evaluación de Trazabilidad: Calidad de la gestión documental.
- Plan de Mejora: Formulación de acciones correctivas y preventivas inmediatas.
- Seguimiento: Verificación de impacto y cierre del ciclo.

c) Auditoría de Profundización Clínica

Evaluación técnica exhaustiva enfocada en los desenlaces clínicos y la adherencia a la evidencia científica para el manejo del cáncer gástrico. A realizarse en coordinación de las EAPB con las IPS de baja y alta complejidad.

- **Alcance:** Revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico confirmado o presuntivo (CIE-10 de interés) aplicando listas de chequeo basadas en la VCAM
- **Indicadores de Calidad a Monitorear (KPIs):**
 - Proporción de pacientes con clasificación de riesgo individual para cáncer gástrico.
 - Porcentaje de completitud de la historia clínica.
Oportunidad Diagnóstica:
 - *Tiempo transcurrido entre la sospecha clínica y la realización de la endoscopia diagnóstica. (Aplica para todos los pacientes, segmentado por niveles de riesgo)
 - *Tiempo transcurrido entre la endoscopia/biopsia y la entrega de resultado al paciente.
- **Indicadores recomendados para el futuro, en articulación de toda la red de prestación y el asegurador:**

- Efectividad de la Detección: Porcentaje de pacientes diagnosticados en estadios tempranos vs. avanzados.
- Seguridad del Paciente (Propuesta): Tasa de complicaciones postquirúrgicas y toxicidad post-quimioterapia.
- Supervivencia: Tasa de mortalidad a 30 días y a 6 meses.
- Humanización: Proporción de pacientes con acceso oportuno a cuidados paliativos y manejo del dolor.

d) Auditoría de Satisfacción de Experiencia y Resultados

Componente cualitativo que pone al paciente en el centro, evaluando su percepción y las barreras invisibles del sistema.

- **Metodología:** Aplicación de encuestas de satisfacción a pacientes y cuidadores, y análisis de PQRS (Peticiónes, Quejas, Reclamos y Sugerencias).
- **Dimensiones a Evaluar:**
 - Índice de Satisfacción Global: Percepción de la calidad de la atención recibida.
 - Percepción de Tiempos: Evaluación subjetiva de los tiempos de espera y su impacto en la calidad de vida.
 - Comunicación Efectiva: Nivel de comprensión que tiene el paciente sobre su diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.
 - Continuidad: Evaluación de la fluidez en los procesos de referencia y contrarreferencia entre instituciones.
 - Identificación de Barreras: Descripción cualitativa de obstáculos administrativos, económicos o sociales durante la atención.

3. PLAN DE ACCIÓN: AUDITORÍA Y CIERRE DE BRECHAS

Este apartado define la operatividad del ciclo de calidad: cómo medir (auditoría) y cómo intervenir (mejora).

3.1 Metodología de Auditoría (Identificación del Riesgo)

- **Determinar el Tamaño Total de la Muestra (n)**

Primero, debe definir cuántas historias clínicas en total tiene capacidad de auditar o cuántas son necesarias para tener validez estadística sobre el total de la población (N).

Si desea validez estadística (ej. 95% confianza, 5% margen de error), utilice la fórmula para poblaciones finitas:

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

- **N:** Total de pacientes con diagnósticos K21, K25-K30.
- **Z:** Nivel de confianza (1.96 para 95%).
- **p x q:** Varianza máxima (usualmente $0.5 \times 0.5 = 0.25$).
- **E:** Error máximo admisible (usualmente 0.05 o 5%).

Si el cálculo estadístico supera la capacidad operativa del equipo auditor, se recomienda auditar una muestra mínima del 10% del universo, siempre y cuando $N > 100$.

- **Calcular el Peso del Estrato**

Una vez tenga su muestra total (n), debe

decidir cuántos casos le tocan a cada CIE-10. Para esto, calculamos el peso

$$W_h = \frac{N_h}{N}$$

- **Wh:** Peso del estrato (ej. peso de la Gastritis K29).
 - **Nh:** Cantidad de pacientes con ese diagnóstico específico.
 - **N:** Población total.
- **Asignar la Muestra por Estrato (\$n_h\$)**
Multiplique el tamaño total de la muestra por el peso de cada diagnóstico.

$$n_h = n \cdot W_h$$

• **Ejemplo práctico**

Para que el equipo auditor entienda la lógica, incluye este ejemplo con números redondos:

- **Escenario:** Se tiene una población total de 1.000 **pacientes (N)** con diagnósticos digestivos. Se ha definido auditar una muestra total de **100 historias (n)**.

CIE-10	Diagnóstico	Población (Nh)	Peso (Wh = Nh / N)	Cálculo (n·Wh)	Muestra a Auditar (nh)
K29	Gastritis/ Duodenitis	600	0.60 (60%)	100 x 0.60	60
K30	Dispepsia	300	0.30 (30%)	100 x 0.30	30
K25	Úlcera Gástrica	50	0.05 (5%)	100 x 0.05	5
K21	Reflujo (ERGE)	50	0.05 (5%)	100 x 0.05	5
Total		1.000	1.00		100

4. ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN (LISTA DE CHEQUEO):

La auditoría verificará el cumplimiento de hitos críticos en la Historia Clínica :

Paso	Ámbito / Dimensión	Items a Evaluar (Variable)	Criterio de Auditoría (Búsqueda y Verificación)	Marco Temporal / Regla
0	Inicio / Identificación	Selección de la Cohorte (Casos Trazadores)	Pacientes con diagnóstico principal o relacionado: K21 (Reflujo), K25-K27 (Úlceras), K28 (Yeyunal), K29 (Gastritis/Duodenitis), K30 (Dispepsia).	Últimos 6 meses desde la fecha de corte.
1	Registro y Completitud	Identificación de Comorbilidades	La historia clínica registra explícitamente la presencia o ausencia de: Hipertensión, Diabetes, EPOC.	Registro en la consulta índice o lista de problemas.
1	Registro y Completitud	Factores de Riesgo Asociados (Estilos de vida)	Se documenta el estatus de: Consumo de tabaco (fumador activo/pasivo/exfumador), consumo de alcohol y obesidad (IMC > 30).	Registro en la consulta actual o historia reciente.

Paso	Ámbito / Dimensión	Items a Evaluar (Variable)	Criterio de Auditoría (Búsqueda y Verificación)	Marco Temporal / Regla
1	Registro y Completitud	Caracterización Sociodemográfica y Antecedentes	Registro completo de: Procedencia geográfica (Urbano/Rural/Disperso), Pertenencia étnica (Población indígena), Antecedentes familiares	NA (Dato administrativo/clínico permanente).
2	Calidad / Pertinencia	Criterio de Recurrencia / Cronicidad	Paciente que consulta por segunda vez (o más) por códigos K21-K30 sin resolución de síntomas.	Dos consultas o más en un lapso de 6 meses.
2	Calidad / Pertinencia	Análisis Clínico Integral	El médico registra en el análisis la correlación entre síntomas actuales y factores de riesgo positivos (edad, antecedentes, comorbilidades).	Evidencia en el texto de la evolución médica.
2	Oportunidad / Conducta	Pertinencia de la Remisión	Ante la persistencia de síntomas tras tratamiento estándar (falla terapéutica), se genera remisión a Gastroenterología.	Fecha de la orden de remisión coincide con el criterio de falla terapéutica.
3	Registro / Seguridad	Búsqueda Activa de Signos de Alarma (Paraclínicos)	Solicitud o revisión de resultados de: Sangre oculta en heces y Hemoglobina/Hematocrito (descarte de anemia).	Órdenes generadas en los últimos 6 meses.
3	Registro / Seguridad	Monitoreo Clínico (Pérdida de Peso)	Registro objetivo del peso del paciente en consultas sucesivas para evidenciar pérdida de peso no intencional.	Comparativa de peso en los últimos 6 meses.
4	Calidad / Pertinencia	Manejo Farmacológico Crónico	Identificación de prescripción de Inhibidores de Bomba de Protones (IBP) de manera continua sin endoscopia previa o sin reevaluación.	Prescripción > 6 meses continuos.
4	Oportunidad / Acceso	Priorización de Endoscopia (Ruta Cáncer)	Ante signos de alarma (Pérdida de peso + Anemia + Dispepsia refractaria), se genera orden de Endoscopia de Vías Digestivas Altas.	Fecha de orden de endoscopia igual a la fecha de identificación de signos de alarma (Día 0).

4.1 Aplicación del instrumento

La operatividad de este recurso de evaluación se ha diseñado bajo un modelo híbrido y escalable que permite su implementación mediante dos modalidades distintas, adaptándose a las capacidades tecnológicas y operativas de la institución prestadora de salud y al volumen de la población objeto de análisis.

En primer lugar, el instrumento puede ser aplicado de forma manual a través de procesos convencionales de auditoría clínica o de calidad. En este escenario, el equipo auditor revisa individualmente los registros seleccionados y diligencia la matriz de verificación, permitiendo un análisis cualitativo detallado de casos específicos o de muestras aleatorias representativas. Esta modalidad tradicional facilita la discusión de hallazgos en comités de historias clínicas y es idónea para ejercicios de sensibilización directa con los equipos médicos durante las fases iniciales de la estrategia.

En segundo lugar, y respondiendo a la necesidad de gestionar grandes volúmenes de información en salud pública, el instrumento está parametrizado para ser integrado con herramientas de inteligencia artificial, específicamente a través de plataformas de aprendizaje automático como Arkangel AI. Esta tecnología permite la automatización del proceso de lectura, teniendo la capacidad de analizar datos no estructurados dentro de las notas textuales de evolución médica. La aplicación mediante inteligencia artificial facilita el procesamiento masivo de la cohorte completa de pacientes en tiempos reducidos, aumentando la sensibilidad para detectar patrones de riesgo y variables clínicas que usualmente no quedan registradas en los códigos administrativos, garantizando así una vigilancia epidemiológica más exhaustiva y eficiente.

4.2 Lista de Chequeo para Auditoría de Adherencia a Guías de Atención de Dispepsia y Cáncer Gástrico

Este instrumento está dirigido al evaluador par o auditor médico y tiene como objetivo cuantificar el nivel de cumplimiento del profesional en la atención de pacientes con sintomatología gástrica. Para su diligenciamiento, el evaluador debe marcar con una X en la casilla correspondiente. La opción No Aplica (NA) debe usarse exclusivamente cuando la condición clínica del paciente no requiere el criterio evaluado (por ejemplo, solicitar tamizaje en un paciente que ya trae resultados recientes).

Sección 1: Calidad del Registro y Caracterización del Riesgo (Paso 1)

1. Registro de Comorbilidades: ¿El profesional registra explícitamente en la anamnesis o lista de problemas si el paciente sufre de hipertensión, diabetes o EPOC? (Cumple / No Cumple / NA)
2. Estilos de Vida: ¿Se encuentra documentado el estatus actual de consumo de tabaco y alcohol del paciente? (Cumple / No Cumple / NA)
3. Antecedentes Familiares: ¿Existe registro sobre antecedentes familiares de cáncer gástrico en primer grado de consanguinidad? (Cumple / No Cumple / NA)
4. Procedencia y Etnia: ¿Se identifican datos sociodemográficos claves como procedencia rural/urbana o pertenencia a grupos étnicos de riesgo? (Cumple / No Cumple / NA)

Sección 2: Pertinencia Clínica y Análisis de Recurrencia (Paso 2)

5. Identificación de Cronicidad: Si el paciente ha consultado más de dos veces en 6 meses por lo mismo, ¿el

médico hace mención a esta recurrencia en el análisis? (Cumple / No Cumple / NA)

6. Correlación Clínica: ¿El análisis médico vincula los síntomas del paciente con sus factores de riesgo (ej: edad + dolor epigástrico + tabaquismo)? (Cumple / No Cumple / NA)

Sección 3: Seguridad y Búsqueda de Signos de Alarma (Paso 3)

7. Registro de Peso: ¿Se encuentra registrado el peso del paciente en la consulta actual para comparar con históricos y descartar pérdida de peso? (Cumple / No Cumple / NA)
8. Tamizaje de Anemia y Sangrado: ¿El médico ordenó o revisó resultados de hemoglobina/hematocrito y sangre oculta en heces? (Cumple / No Cumple / NA)

Sección 4: Conducta Resolutiva y Oportunidad (Paso 4)

9. Racionalidad Terapéutica: En pacientes con uso crónico de Inhibidores de Bomba de Protones (IBP) por más de 6 meses, ¿se solicitó endoscopia antes de renovar la fórmula? (Cumple / No Cumple / NA)
10. Pertinencia de Endoscopia: Ante la presencia de signos de alarma (pérdida de peso, anemia, masa) o falla terapéutica, ¿se generó la orden de endoscopia de vías digestivas altas? (Cumple / No Cumple / NA)
11. Oportunidad de Remisión: ¿Se realizó la remisión al especialista (Gastroenterología/Cirugía) de manera congruente con los hallazgos clínicos? (Cumple / No Cumple / NA)

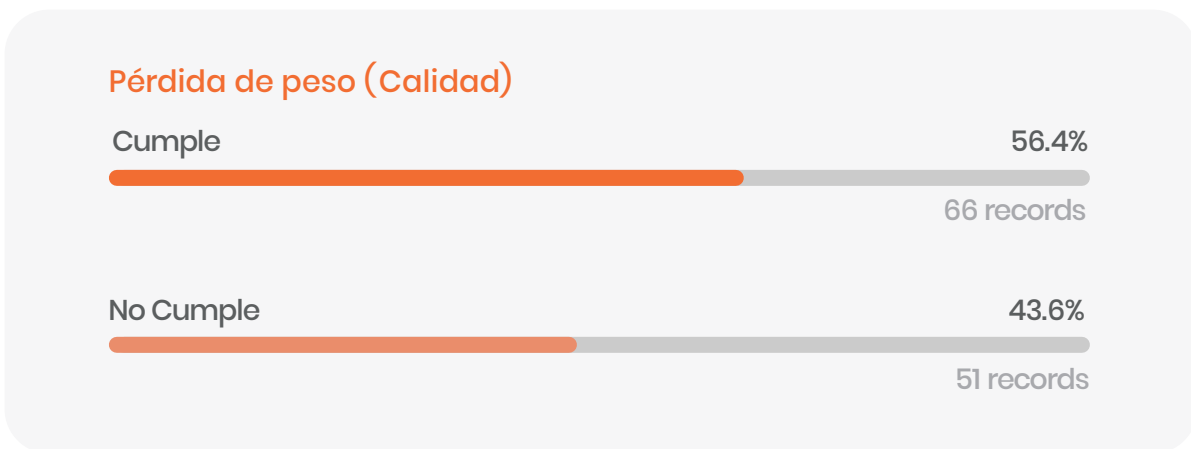
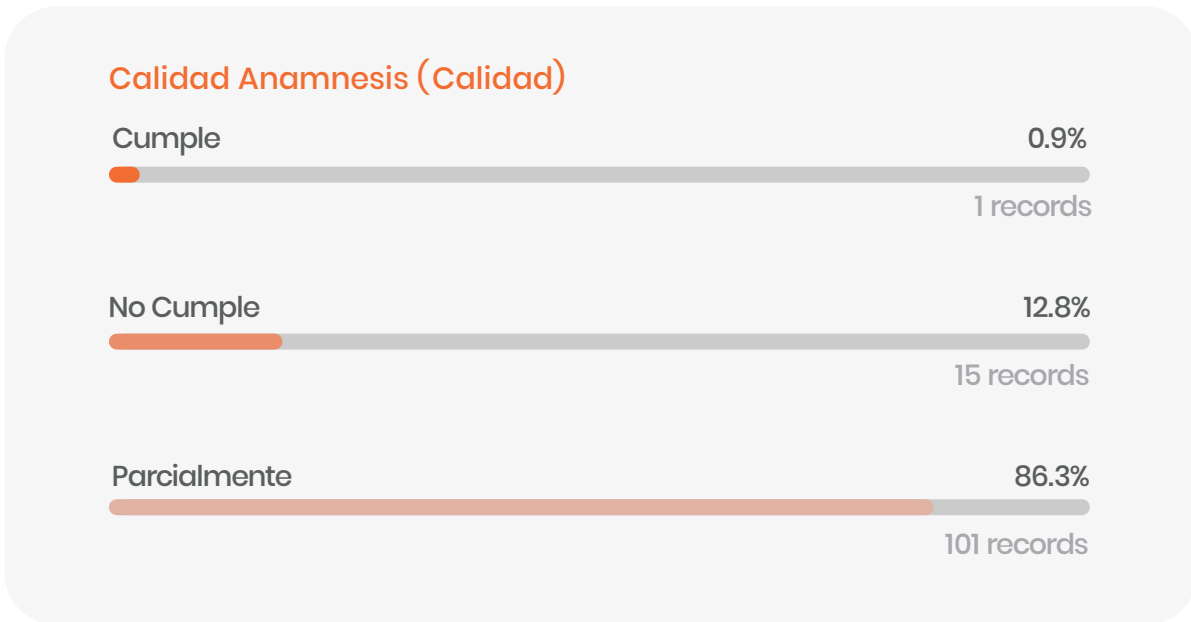
4.3 Instructivo para el cálculo del puntaje final (Aplica para la evaluación manual)

Para obtener el porcentaje de cumplimiento por historia clínica evaluada, el auditor deberá sumar el total de respuestas marcadas como Cumple. Este valor se divide por el total de ítems evaluables (es decir, el total de preguntas menos aquellas marcadas como No Aplica). El resultado se multiplica por 100 para obtener el porcentaje final. Se considera una historia clínica conforme aquella que supera el 90% de cumplimiento, indicando una gestión adecuada del riesgo de cáncer gástrico según los consensos establecidos con la Secretaría de Salud.

4.4 Procesamiento y presentación automatizada de resultados

La generación de los reportes de evaluación a través de la plataforma Arkangel AI se realiza de manera completamente automática y se encuentra estructurada para reflejar la arquitectura secuencial del modelo diseñado. El algoritmo procesa la información clínica y presenta los resultados desagregados por cada uno de los componentes o pasos definidos en el instrumento, desde la identificación de la cohorte hasta la conducta resolutiva final. Esto significa que el sistema no se limita a entregar un porcentaje global de cumplimiento, sino que calcula y visualiza de forma independiente el desempeño en el registro de datos, la evaluación de la cronicidad, la búsqueda de signos de alarma y la oportunidad del diagnóstico. Esta automatización segmentada permite a los gestores de salud identificar con precisión en qué eslabón específico de la cadena de atención se encuentran las fallas, ofreciendo un diagnóstico operativo inmediato sin requerir tabulaciones manuales posteriores.

Imagen 1. Algunos ejemplos de la visualización de la salida de resultados tras usar Arkangell



4.5 Periodicidad de la evaluación

Con el fin de garantizar un seguimiento sistemático de la cohorte y la medición efectiva de los indicadores de calidad, se sugiere que la aplicación de este instrumento se realice con una periodicidad semestral. Este intervalo de seis meses resulta idóneo para observar la evolución de las conductas clínicas y la adherencia a las guías de práctica, permitiendo un tiempo prudente para la implementación de planes de mejora derivados de los hallazgos previos. Asimismo, esta frecuencia se alinea con la metodología planteada en apartados anteriores.

5. PRINCIPIOS ORIENTADORES

El modelo de evaluación propuesto se basa en una serie de principios orientadores que aseguran su utilidad, legitimidad y sostenibilidad. Estos principios no solo guían el diseño metodológico, sino que también orientan la implementación práctica, la relación entre actores y la interpretación de los resultados.

5.1 Pertinencia clínica y territorial

La evaluación se centra en casos y situaciones que representan trayectorias reales de pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer gástrico. La selección de casos, instrumentos y criterios de análisis se adapta al contexto epidemiológico, institucional y operativo del territorio. Esto permite que los hallazgos reflejen la práctica concreta y no escenarios ideales.

5.2 Trazabilidad de la atención

Cada proceso de auditoría se estructura a partir del seguimiento de pacientes trazadores, lo cual permite reconstruir de forma sistemática el camino que recorren dentro del sistema de salud: desde el primer contacto en atención primaria, pasando por el diagnóstico, la confirmación histopatológica, la remisión y la atención especializada. Esta reconstrucción permite identificar rupturas, reprocesos, demoras críticas y oportunidades de mejora tanto clínicas como administrativas.

5.3 Transparencia y retroalimentación

Los resultados de la evaluación serán compartidos con todos los actores involucrados: IPS, ESE, EAPB y autoridades sanitarias locales. Esta transparencia fomenta la apropiación del proceso, la generación de consensos y la formulación conjunta de planes de mejora. La evaluación no se limita a la recolección de datos, sino que implica espacios de análisis conjunto y socialización de hallazgos.

5.4 Carácter no punitivo

El modelo propuesto evita enfoques sancionatorios o fiscalizadores. Se privilegia una lógica de aprendizaje institucional y mejora continua, en la cual los errores, reprocesos o desviaciones se consideran oportunidades para ajustar procesos, redistribuir recursos o fortalecer capacidades. Este enfoque busca reducir la resistencia institucional y favorecer el compromiso activo con la evaluación.

5.5 Estándares comunes y adaptados

Todas las auditorías —tanto internas como externas— se fundamentarán en estándares previamente consensuados, incluyendo guías clínicas actualizadas, vía clínico-administrativa local, y formatos de historia clínica estandarizada. Estos estándares garantizan que las evaluaciones sean objetivas, comparables y alineadas con las mejores prácticas clínicas y regulatorias. Al mismo tiempo, se reconoce la necesidad de ajustes locales para responder a las condiciones específicas de cada institución o municipio.

5.6 Uso estratégico de la información

El proceso de auditoría se concibe como una herramienta de gestión estratégica. Los resultados deberán alimentar procesos de planeación, rediseño de rutas, asignación de recursos y evaluación de desempeño. En el caso de las autoevaluaciones, se promueve el uso de la IA para consolidar información clave y construir tableros de control que permitan un seguimiento continuo de la calidad.

5.7 Coordinación interinstitucional

El modelo requiere la articulación entre actores del sistema: autoridades sanitarias, aseguradores y prestadores. Esta coordinación se traduce en una ejecución sinérgica de la estrategia SARA y en la corresponsabilidad de todos los niveles en la garantía del derecho a una atención oportuna, continua y de calidad.

6. VINCULACIÓN CON LOS PRODUCTOS DEL PROYECTO

La auditoría y el plan de mejora se operativizan mediante el uso de herramientas estandarizadas desarrolladas y validadas por el proyecto:

Vía Clínico-Administrativa (VCAM):

Algoritmo de decisión que define los tiempos máximos de atención: endoscopia en <5 días para pacientes con signos de alarma o refractariedad al tratamiento .

8. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN: GESTIÓN DIFERENCIAL Y NAVEGACIÓN

Los hallazgos de la auditoría deben activar rutas de respuesta inmediata para cerrar las brechas detectadas.

A. Activación de la Ruta de Navegación: Para pacientes con demoras o barreras identificadas, se asignará un Navegador de Pacientes con las siguientes funciones:

- **Educación:** Explicar el diagnóstico y la importancia de los estudios para reducir el miedo y la deserción.
- **Gestión de Barreras Administrativas:** Apoyo directo en trámites de autorización y agendamiento prioritario.
- **Seguimiento Activo:** Contacto telefónico para recordar citas y verificar la realización de procedimientos.

B. **Vía Diferencial para Población de Alto Riesgo:** Se establecerá un "carril rápido" para pacientes que cumplan criterios de vulnerabilidad clínica (Riesgo alto o medio), garantizando endoscopia y consulta especializada prioritaria.

C. Plan de Mejoramiento Institucional:

▪ Capacitación:

Reentrenamiento del personal médico en el manejo de casos sospechosos de cáncer gástrico, usando el curso virtual enfocado en la detección oportuna y desarrollado en conjunto por ProPacífico y la Secretaría de Salud de Cali.

▪ Reentrenamiento del personal técnico o que cumpla funciones de auditoría en las IPS en el curso virtual de evaluación y auditoría de historias clínicas para la detección oportuna de cáncer gástrico.

▪ **Posibilidad de mejora:** Parametrización de la HC electrónica para hacer obligatorios los campos de riesgo.

CONCLUSIONES

La implementación de este modelo de calidad representa un cambio de paradigma: pasamos de una auditoría administrativa centrada en la factura, a una auditoría clínica centrada en el valor para el paciente.

La historia clínica diligenciada correctamente es la herramienta fundamental para identificar el riesgo. Sin embargo, el dato por sí solo no salva vidas; es la articulación de ese dato con una estrategia de Navegación de Pacientes y una Vía Diferencial lo que permitirá reducir los tiempos de diagnóstico y mejorar la supervivencia del cáncer gástrico en nuestra población. Invitamos a todos los actores a adoptar estos lineamientos como un compromiso ético con la salud pública de la región.

**CONSENSO PARA LA EVALUACIÓN DE HISTORIAS
CLÍNICAS COMO ESTRATEGIA PARA EL DIAGNÓSTICO
OPORTUNO DE CÁNCER GÁSTRICO Y SUS
INSTRUMENTOS PARA IMPLEMENTACIÓN**



@propacificoorg
www.propacifico.org

CALI - COLOMBIA
