

**Especialización en  
Administración Hospitalaria**

**Proyecto de Mejora de la Calidad de las  
Historias Clínicas del Servicio de Cirugía de un  
Hospital General de Niños**

---

**Alumno:** Hugo Alberto Sánchez

**Promoción:** 2012 – 2013

**Buenos Aires,  
Diciembre de 2013**

## Índice de Contenidos

1. Resumen Ejecutivo.....	3
2. Introducción .....	4
3. Marco Conceptual .....	5
4. Problema.....	8
5. Objetivos .....	14
6. Análisis de Situación y Diagnóstico Estratégico .....	15
7. Actividades y Cronograma.....	16
8. Mecanismo de Evaluación .....	19
9. Conclusiones .....	20
10. Bibliografía.....	21
11. Anexos.....	22

## 1. Resumen Ejecutivo

- **Resultados esperados:**  
Una mejora objetivamente mensurable en la calidad de las historias clínicas del Servicio de Cirugía del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- **Beneficiarios:**  
Los beneficiarios directos son los profesionales del Servicio de Cirugía, quienes al finalizar la implementación del proyecto habrán mejorado sus habilidades para la confección de las historias clínicas.  
Los beneficiarios indirectos serán varios: a) los profesionales y administrativos de Arancelamiento y Facturación quienes contarán con la información necesaria y suficiente para tramitar el recupero del gasto en la internación de cirugía; b) los integrantes de la comunidad hospitalaria a quienes les incumba la información generada en el Servicio de Cirugía (Dirección, Estadística, servicios interconsultores, etc.); y c) especialmente los pacientes que verán mejorada la calidad en su atención como resultado de los puntos anteriores.
- **Necesidades de financiamiento:**  
Ninguna. De cumplirse el proyecto se hará dentro del 20% de horas profesionales de capacitación que ya se encuentran financiadas en los hospitales públicos dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- **Conclusiones generales:**  
El presente es un proyecto social que busca mejorar un aspecto de la calidad de atención de la salud pero que puede tener un impacto directo en el financiamiento de la atención de la salud. Existe un problema de calidad en la confección de las historias clínicas del Servicio de Cirugía del Hospital Elizalde, demostrado objetivamente con indicadores de calidad específicos, que impide completar cabalmente la misión de la institución en lo que a resultados se refiere. Este proyecto pretende que se cumpla la Misión del Hospital Elizalde fundamentándose en los valores de mejora continua de la calidad y distribución equitativa de los recursos.
- **Palabras clave:**  
Historia clínica. Registros médicos. Calidad de los registros.

## 2. Introducción

Este trabajo es presentado por el médico Hugo Alberto Sánchez, profesional de planta de la División Coordinación y Arancelamiento del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, parte del Sistema Público de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El autor es Especialista Universitario en Auditoría Médica (UBA) y la división en la que trabaja lleva a cabo importantes actividades de auditoría dentro del Hospital Elizalde, entre otras tareas, por lo que también se la conoce como Servicio de Auditoría.

En este contexto la tarea de Auditoría Médica que se realiza es el eje de todas las acciones del servicio, y se trata de cumplir lo más adecuadamente posible con la definición del Prof. Escudero, cuando expresa:

“Auditoría Médica es la especialidad médica dedicada al análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, mediante la evaluación de estructuras, procesos y resultados, considerando contextos y entornos en que se desarrolla y centrada en los principios bioéticos; orientada a mejorar la calidad asistencial, el rendimiento de la actuación del equipo de salud y a favorecer la mejor calidad de vida de las personas; constituyéndose en la base esencial de la educación y capacitación continua.

En resumen el propósito fundamental de la auditoría es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad.” (Escudero, 2013: 52)

Se llega así a una situación en la que, por un lado, después de diecisiete años continuos de trabajo ha quedado más que claro el déficit de calidad en la confección de las historias clínicas en general y las del Servicio de Cirugía en particular; y por otra parte, la necesidad de realizar un Trabajo Final Integrador que presente un proyecto factible de intervención en la gestión de hospitales por parte del autor. En consecuencia, se considera justificado unir estas dos circunstancias plasmándolas en el presente proyecto.

### 3. Marco Conceptual

#### Aspecto Institucional

El Hospital General de Niños Pedro de Elizalde forma parte del Sistema Público de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es uno de los integrantes de la Región Sanitaria I que abarca las comunas 1, 3 y 4 del sur de la ciudad. Es hospital de referencia en Medicina Infantil, recibiendo pacientes del Área Metropolitana de Buenos Aires, del interior del país y de países limítrofes. En el año 2005 finalizó una completa reestructuración que incluyó el componente edilicio, equipamiento completo y de última generación y modificación de las modalidades de atención para mantenerse a la vanguardia como institución asistencial de alta complejidad a pesar de contar con más de doscientos años de existencia. El Hospital General de Niños Pedro de Elizalde es el hospital pediátrico más antiguo del continente americano. La misión del Hospital Pedro de Elizalde es brindar atención de la salud de baja, media y alta complejidad en los tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria) a toda la población pediátrica que concurra sin distinción ni discriminación, dentro de lo que permitan las circunstancias (capacidad operativa); cumpliendo con las indicaciones estratégicas surgidas tanto del Nivel Central como de la Dirección Hospitalaria referidas específicamente a la calidad de atención, la eficacia y la eficiencia, realizando también actividades de docencia e investigación para la mejora continua de la calidad de atención. Para todo ello cuenta con un cuerpo de profesionales médicos y no médicos especialistas en las diversas ramas de la Medicina Infantil, además de técnicos, auxiliares y administrativos, espacios físicos adecuados, aparatología necesaria, insumos suficientes, normativa general y específica y metodología propia para el desarrollo de sus actividades. El hospital pone en práctica su misión atendiendo en las modalidades de urgencias, consulta externa e internación en áreas de cuidados especiales y también por cuidados progresivos, en todas las especialidades pediátricas tanto clínicas como quirúrgicas, docencia de pre y posgrado e investigación básica y aplicada.

La División Coordinación y Arancelamiento del Hospital Elizalde cumple diversas funciones, algunas de ellas son:

1. Revisa la historia clínica de los pacientes internados que cuentan con algún tipo de cobertura luego de su egreso y determina los códigos de arancelamiento con los que la División Facturación debe confeccionar la documentación necesaria para el recupero del gasto incluido en estos pacientes.
2. Evalúa la calidad de las historias clínicas acorde al baremo establecido para tal efecto y lleva un registro de la evaluación en una base de datos propia.
3. Realiza la recolección, análisis y elevación al Nivel Central de los indicadores de calidad de atención según lo estipulado por la Resolución N° 356/96 de la antigua Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.
4. Confecciona el informe trimestral de Metas Físicas para el monitoreo de la ejecución presupuestaria.
5. Analiza la estadística hospitalaria y calcula la producción de los servicios profesionales médicos y no médicos, relacionándolos con las horas profesionales asignadas, brindadas y requeridas.

6. Forma parte activa de los Comités de Historias Clínicas, Gestión de Calidad y Normas de Diagnóstico y Tratamiento.
7. Realiza tareas docentes programadas en servicios y en aulas en temas de su incumbencia.
8. Cumple tareas asignadas por el Nivel Dirección de manera no programada, generalmente a requerimiento de la conducción de la Región Sanitaria I o del Ministerio de Salud del GCABA.

### Aspecto Específico

La historia clínica, como principal componente de los registros clínicos, es el único espacio donde queda consignada fehacientemente la información referida a la atención de los problemas de salud de las personas, en todos los subsistemas sanitarios y en cualquier nivel y modalidad de atención. La información referida es amplia y completa, incluye los datos aislados, la información propiamente dicha originada en su análisis y las conclusiones y decisiones de los profesionales que determinan las acciones de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes atendidos.

Hay diversos motivos que hacen necesario componer estos documentos con la mayor calidad posible y es por ello que se deben buscar las causas y solucionarlas cuando se encuentran registros con insuficiente calidad en su confección, como sucede en el servicio al que se refiere este escrito.

A continuación de describen someramente:

- a. La función asistencial de los registros médicos es la fundamental. A partir de los datos consignados en ellos originados en la anamnesis, el examen físico y los estudios complementarios los profesionales pueden elaborar de manera racional, analítica, reflexiva e incluso heurística los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de monitoreo de la patología y evolución de los pacientes.
- b. Desde el punto de vista legal y ético se encuentra abundante normativa que obliga a la correcta confección de los registros médicos en general y de la historia clínica en particular. Comenzando por la Ley 17132 de Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración hasta la más reciente Ley 26529 de Derechos de los Pacientes, Historia Clínica y Consentimiento Informado, y no se puede dejar de mencionar, dentro del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, a la Ley 153 de Salud del GCABA; estas últimas se enfocan primariamente sobre la garantía de cumplimiento de los derechos de los pacientes, como por ejemplo: gratuidad, no discriminación, información, pronta atención, atención calificada y respeto por los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Los mismos conceptos se pueden encontrar también en el Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina.
- c. En lo administrativo considérese que en los registros médicos se consignan datos filiatorios, demográficos, de uso previsional, escolar y laboral, y son fuente de información estadística para estudios epidemiológicos y sanitarios.
- d. Para la gestión constituye el soporte físico del registro de los procesos asistenciales, protocolizados o no, de donde podrán obtenerse los indicadores que demuestren el correcto desarrollo de los procesos o los desvíos producidos en los mismos.
- e. En el aspecto financiero constan en la historia clínica y demás registros la utilización de insumos, las horas profesionales brindadas y se pueden calcular los recursos utilizados para cada paciente. Estos datos son imprescindibles para

justificar, por un lado, el presupuesto a solicitar a futuro, y por otra parte, para facturar a las entidades pagadoras de servicios de salud las prestaciones que se suministraron a sus afiliados.

- f. La historia clínica es una herramienta docente muy útil para los estudiantes de las carreras de Salud, en la que pueden contrastar la teoría estudiada en los libros con las realidades asistenciales del aquí y ahora.
- g. En la historia clínica es donde se van a consignar, generalmente en forma de protocolos, los datos necesarios para los trabajos de investigación prospectiva; y únicamente en la historia clínica es donde podrán recolectarse los datos requeridos para los trabajos de investigación retrospectiva.
- h. El conjunto de los registros clínicos, vistos como documentos de archivo, conforma el fondo documental histórico de la institución.

## 4. Problema

- **Análisis del problema**

### Definición del problema e identificación de indicadores

Bajo nivel de calidad en la confección de las historias clínicas de internación del Servicio de Cirugía en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Indicadores utilizados y línea de base:

1. Porcentaje de historias clínicas por debajo de 61 puntos: 93,87%
2. Porcentaje de historias clínicas por debajo de 81 puntos: 99,07%
3. Porcentaje de asientos firmados por médicos de planta: 3,1%.
4. Legibilidad: aquí se debe considerar que el equipo auditor está formado por médicos con más de veinte años de experiencia, por lo que resulta más fácil “descifrar” los grafemas de los registros clínicos; sin embargo, es consenso general que las tres cuartas partes de los asientos son de dificultosos a muy difíciles de leer. Por lo tanto, se asigna una legibilidad del 25%.
5. Cumplimiento del estándar por formulario y general:

<i>Formulario Estandarizado</i>	<i>Cumplimiento</i>
<i>Protocolos quirúrgico, anestésico, etc.</i>	80,92%
<i>Ingreso a Sala</i>	65,70%
<i>Epicrisis</i>	57,31%
<i>Indicaciones Médicas</i>	54,60%
<i>Orden</i>	39,28%
<i>Hojas de Enfermería</i>	37,05%
<i>Evolución Cotidiana</i>	24,28%
<i>Hoja de Guardia</i>	19,08%
<i>Consentimiento Informado</i>	18,11%
<i>Laboratoriograma</i>	4,18%
<i>Clinicograma</i>	3,62%
<i>Total de Historia Clínica</i>	36,22%

Tabla 1: Cumplimiento del Estándar por formulario y en general

Casos: 359

Período: 31/08/2010 al 15/04/2013

Fuente: Elaboración propia

### Descripción del problema y sus consecuencias

La baja calidad de los registros se evidencia al obtenerse un promedio inferior a 61 puntos sobre 100 en la calificación de las historias clínicas del Servicio de Cirugía utilizando el baremo (*ver Anexo 1*) diseñado para evaluar las historias clínicas de



internación, acorde a la estandarización establecida a partir de enero de 2011 (*ver Anexo 2*)

El trabajo cotidiano en el Servicio de Auditoría del Hospital Elizalde permite comprobar materialmente la baja calidad de los registros de marras, objetivando dicha observación con una calificación promedio de 36,1 sobre 100 en las historias clínicas del Servicio de Cirugía entre enero de 2011 y septiembre de 2012. Este indicador clasifica la calidad de las historias clínicas, en cuanto a su confección, de la siguiente manera:

- Muy Buena: 91 a 100 puntos.
- Buena: 81 a 90 puntos.
- Regular: 61 a 80 puntos.
- Mala: menos de 61 puntos.

La descripción del problema se hace identificando una variedad de características negativas, a saber:

1. Baja legibilidad, entendiéndose por legibilidad a la propiedad intrínseca de un escrito tal que cualquier persona lúcida con instrucción primaria o equivalente pueda reconocer los caracteres gráficos a nivel letra, sílaba, palabra y frase, aunque no comprenda su significado.
2. Ausencia de firma y/o aclaración en los asientos. Condiciones necesarias para que la documentación clínica tome el carácter de instrumento (documento legal), sea público o privado, tal como lo establecen los artículos 988 y 1012 del Código Civil de la República Argentina.
3. Registros incompletos, sea por la ausencia de datos indicados por norma, protocolo, usos y costumbres o por dejar ítems en blanco en formularios estructurados.
4. Datos equivocados o incoherentes, por incompatibilidad entre la información de una parte de la documentación clínica con respecto a otra; p. ej.: en la hoja de Enfermería se consigna "temperatura axilar 38,8°" y en la actualización médica del mismo momento consta "paciente lúcido, **afebril** y normohidratado". Como ambos asientos tienen el mismo valor testimonial, ambos se anulan mutuamente y se pierde la información que podría extraerse de ellos.
5. Asiento diferido; por definición los asientos consignados en la historia clínica son cronológicos y contemporáneos con respecto a la prestación que relatan, aceptándose una demora mínima por cuestiones operativas; pero es inaceptable el retraso de días en su confección. Esto es más común en Epicrisis y Protocolos Quirúrgicos y Anestésicos.
6. Ausencia de justificación en el pedido de estudios complementarios. Cualquier estudio complementario implica consumo de recursos, incomodidad para el paciente y demora en la toma de decisiones tanto diagnósticas como terapéuticas. Por lo tanto, la no justificación de una solicitud de este tipo no implica solamente un desperdicio de recursos sino una falta ética contra el paciente.
7. Ausencia de análisis y conclusiones en los resultados de estudios complementarios. Como complemento del punto anterior la existencia de estudios complementarios, incluso correctamente justificados, sin el consiguiente análisis de sus resultados lleva a la pregunta retórica "¿para qué se hizo si no tiene valor agregado en el proceso de atención del paciente?". Nuevamente hay desperdicio de recursos y falta ética.
8. Falta de orden cronológico y del formato estándar.

Una lista no taxativa de las probables consecuencias de la baja calidad de los registros es la siguiente:

1. Fallas en la comunicación entre profesionales que atienden al paciente.
2. Retrasos en la atención.
3. Redundancia en la práctica de procedimientos por no consignarse que ya fueron realizados.
4. Subvaloración de los costos por prestación.
5. Subfacturación de las prestaciones en los pacientes con cobertura médica.
6. Incumplimiento de protocolos ya sea consensuados por normas u obligatorios por ley.
7. Desvalorización testimonial (probatoria) del documento.
8. Inexactitud de las estadísticas sanitarias.
9. Incompleta información para la gestión.
10. Incumplimiento del Deber de Información.
11. Incumplimiento de obligaciones administrativas.
12. Incremento de los riesgos personales y patrimoniales ante la litigiosidad en continuo aumento.
13. Insuficiente respaldo a las actividades docentes y de investigación.

- **Análisis de las causas**

Se identifican dos áreas en las que se pueden ubicar las causas principales del problema: Proceso de confección de las historias clínicas y Recursos Humanos encargados del proceso (*ver figura 1*)

### **1. Incumplimiento del proceso estandarizado de confección de historias clínicas**

Desde el 1º de enero de 2011 se encuentra vigente en el Hospital Elizalde la Estandarización de la Historia Clínica de Internación (Actas del Comité de Historias Clínicas, 2010: 10), que es aplicable a todos los egresos hospitalarios —como es norma, no se cuentan las prestaciones en Hospital de Día—, y cuyos pasos son los siguientes (*ver Anexo 3*):

1. Ingreso: para cualquier sector de internación el paciente puede ingresar por el sector de urgencias o de manera programada. En todos los casos debe ser registrado en la Guardia y el profesional que indica su internación debe confeccionar la Hoja de Guardia.
2. Oficina de Admisión: los representantes legales del paciente realizan el trámite administrativo de ingreso y el personal de esta oficina confecciona la primera parte del Formulario Estadístico de Internación, también conocido como formulario 1004. Éste es completado por el médico de cabecera del paciente al egreso del mismo y no se archiva con la historia clínica sino que se remite al Nivel Central. También en este paso se abre una historia clínica en blanco si el paciente no tuvo internaciones previas en el hospital.
3. Al llegar a la sala de internación el médico que esté de guardia o el médico a cargo de la cama donde se ubica al paciente debe confeccionar el Cuadernillo de Historia Clínica de Ingreso (4 páginas) y la Hoja de Resumen y Comentarios que incluyen enfermedad actual, antecedentes, examen físico, datos positivos, diagnósticos presuntivos, plan de estudios y tratamiento inicial. Sea quien sea el que confeccione estos formularios, el responsable final de los mismos es el médico a cargo de la cama.
4. Todos los días se debe realizar al menos un asiento en la Hoja de Evolución, bajo la responsabilidad en días hábiles del jefe del sector correspondiente y en los fines de semana y feriados el Jefe de Guardia del día.

5. En caso de que se solicite la consulta a especialistas médicos o no médicos, éstos deben confeccionar la Hoja de Interconsultas.
6. Si en necesario realizar algún procedimiento invasivo al paciente es responsabilidad del Jefe de Unidad de internación la confección del Consentimiento Informado (Resolución 356/09/MSGC), aunque es de buena práctica que sea realizado por el médico tratante. Es obligatoria su confección por duplicado.
7. El médico tratante es responsable de la confección del Clinicograma, del Laboratoriograma y de la Hoja para pegar informes de laboratorio.
8. El médico tratante también debe asegurarse de que se incluyan los Formularios de Informes de ecografías, electroencefalogramas, ecocardiogramas, electrocardiogramas, de tomografías computadas, resonancias magnéticas, estudios neurofisiológicos, etc.
9. Debe constar al menos un registro por día en las Hojas de Indicaciones Médicas, aún en días de fin de semana y feriados. Los responsables son: en días hábiles el Jefe del sector correspondiente y en fin de semana y feriados el Jefe de Guardia del día.
10. Debe constar al menos un registro por turno en las Hojas de Enfermería, aún en días de fin de semana y feriados, bajo la responsabilidad de la Supervisora de Enfermería de turno.
11. Los Partes Quirúrgico y Anestésico deben confeccionarse en toda intervención quirúrgica y todo procedimiento que requiera anestesia general (fondo de ojo, TAC, endoscopías) o local. Es responsabilidad del especialista interviniente.
12. El médico tratante debe confeccionar la Hoja de Egreso por duplicado, un ejemplar para el paciente y otro para la historia clínica. (Ley de salud de la ciudad de Buenos Aires)
13. Si el paciente debe pasar de un sector de internación a otro el médico que realiza el pase debe confeccionar la Hoja de Pase de Sala.
14. La Hoja de Epicrisis debe ser confeccionada por el médico tratante y controlada y firmada por el Jefe de la Unidad de internación.

Este proceso no se cumple en alguna de sus partes, dando como resultado historias clínicas en las que falta información de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que efectivamente se llevaron a cabo con el paciente, información necesaria para la atención del paciente, la evaluación de la calidad de atención, la gestión de la institución, el análisis de costos, la docencia e investigación, para la retroalimentación del ciclo de calidad, etc.; en consecuencia, no se puede cumplir completamente con la Misión del Hospital.

## **2. Déficit en las competencias actitudinales del Recurso Humano Profesional del Servicio de Cirugía con respecto a la documentación clínica.**

El incumplimiento del proceso estandarizado de confección de las historias clínicas no se produce por casualidad. La raíz del problema se encuentra en estos dos aspectos dependientes de las personas.

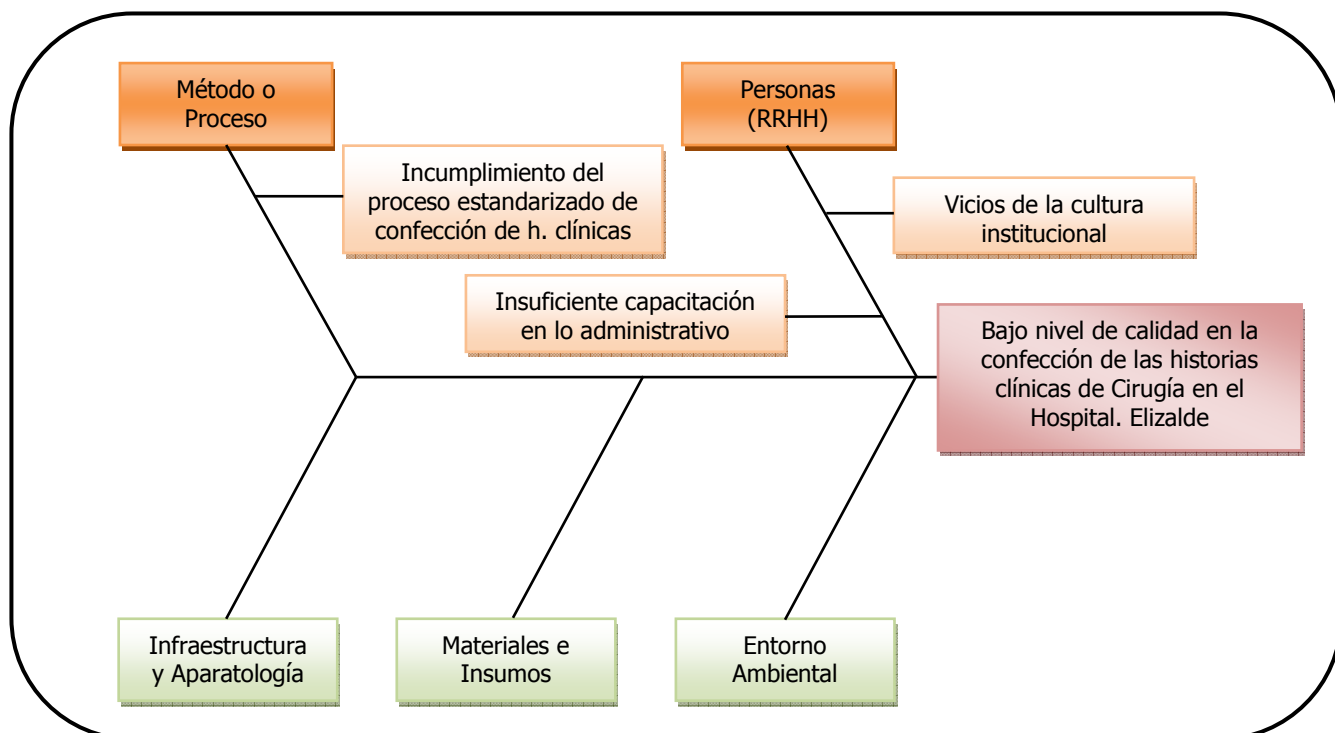
Por distintos motivos la mayoría de los involucrados no conoce ni reconoce el estándar de confección de las historias clínicas de internación y actúa, en este aspecto, de manera empírica después de aprender los aspectos formales de confección de los registros médicos de manera inductiva, lo que es común dentro de la gran mayoría de las instituciones sanitarias. Sin embargo, nuestro hospital cuenta con la ventaja de

tener un método para el aspecto constructivo formal de las historias clínicas<sup>1</sup> que se debe difundir y utilizar para obtener información clínica de la mejor calidad posible.

Además del desconocimiento, no se puede negar la existencia de algunas actitudes dentro de la cultura institucional que van en contra de la calidad de la información consignada en los registros. Es este aspecto es una conducta generalizada el considerar a la confección de los registros como una actividad sin importancia comparada con la práctica de prestaciones asistenciales directas, de donde deriva la conocida frase "*yo vengo a atender pacientes y no a hacer papelitos*".

Sin ponernos a meditar si la asistencia directa y el registro de la asistencia son igual de importantes o no, este proceder no resiste el menor análisis a la luz de lo que desde hace varios años se denomina "Sociedad de la Información". La información contenida en los registros médicos en general y en la historia clínica en particular no es necesaria solamente para cumplir la misión profesional con un paciente específico sino también para cumplir con otros aspectos ya nombrados (gestión, costos, docencia, etc.) con los que se pretende hacer efectiva la mejora continua de la calidad, de la eficiencia, de la eficacia, de la equidad y la satisfacción tanto de los usuarios como del personal de la institución.

Esta actitud contraproducente debe ser corregida.



**Fig. 1: Diagrama de Causa-Efecto**  
**Fuente: Elaboración propia**

- **Análisis de los involucrados**

<sup>1</sup> El hospital también tiene Normas de Diagnóstico y Tratamiento y Vademécum Clínico que dan fundamento al componente de fondo de las historias clínicas, pero no forman parte de este escrito.

1. **Dirección:** En este caso, interesa contar con información adecuada de la producción hospitalaria de toda la institución —incluyendo el Servicio de Cirugía— para la gestión institucional, confección del presupuesto anual, justificación de las estructuras ya sea de las existentes o de las modificaciones e incorporaciones requeridas, planificación de actividades, etc.
2. **División Estadística:** Esta área del hospital requiere de la más exacta información de las prestaciones brindadas para cumplir con su propia misión dentro de la institución.
3. **Jefatura de Departamento Cirugía:** Si no cuenta con la completa información de las actividades llevadas a cabo dentro de uno de los componentes del departamento, esta jefatura no puede obtener la realimentación necesaria para verificar o descartar la existencia y magnitud de desvíos en el cumplimiento de sus funciones al relacionar los recursos disponibles en el servicio con las prestaciones producidas.
4. **División Coordinación y Arancelamiento (Servicio de Auditoría):** Los datos originados en la producción hospitalaria en general y de Cirugía en particular sirven para dos propósitos. Uno es la comprobación del nivel de calidad técnica de las prestaciones de acuerdo con las normas de diagnóstico y tratamiento publicadas y en vigencia. El otro es el análisis de la documentación necesaria para el proceso de codificación → arancelamiento → facturación establecido por la reglamentación de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.
5. **División Facturación:** Como culminación del proceso recién nombrado, esta división debe adjuntar a la factura confeccionada para cada pagador las fotocopias de la documentación clínica respaldatoria de las prestaciones facturadas, cosa imposible si las prestaciones no fueron registradas debidamente.
6. **Profesionales del servicio:** Este grupo es un caso especial, pues al mismo tiempo que son los ejecutores del problema son también un grupo interesado en que la información de la producción sea completa y fidedigna. Su interés radica en que las estadísticas de la producción del servicio son el fundamento para la creación de nuevas estructuras funcionales acordes con los avances científicos y técnicos de la especialidad —como por ejemplo Cirugía Laparoscópica y Coloproctología Infantil—, y sirven también para justificar el incremento de horas profesionales médicas asignadas al servicio de Cirugía y, en consecuencia, la incorporación de médicos especialistas de planta.

En resumen, es de esperar que todos los involucrados apoyen las estrategias a diseñar para solucionar las causas que originan la mala calidad de las historias clínicas de internación del Servicio de Cirugía.

## 5. Objetivos

### **Objetivo General:**

Contribuir al incremento en la calidad y cantidad de información producida en el Servicio de Cirugía del Hospital Elizalde por intermedio de la mejora en la confección de las historias clínicas de los pacientes internados.

### **Objetivos Específicos:**

1. Mejorar el cumplimiento del proceso establecido en el Estándar para la Confección de Historias Clínicas de Internación en el Servicio de Cirugía del Hospital Elizalde.
2. Mejorar las competencias del personal profesional del Servicio de Cirugía del Hospital Elizalde en lo que respecta a su actitud hacia la documentación médica en general y la historia clínica en particular.

## 6. Análisis de Situación y Diagnóstico Estratégico

### Matriz FODA

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estándar de Confección de Historias Clínicas de Internación en el que participó el Jefe de Unidad Cirugía</li> <li>2. Suficientes formularios en blanco de todo tipo para la confección de las historias clínicas</li> <li>3. Se requiere tecnología de bajo nivel</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Política institucional que promueve la calidad en los registros</li> <li>2. Comité de Historias Clínicas activo</li> <li>3. Servicio de Auditoría que analiza el cumplimiento de las normas de diagnóstico y tratamiento y el formato de los registros</li> </ol>
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Componente cultural que minimiza la importancia de los registros</li> <li>2. Desconocimiento del Estándar de Confección de Historias Clínicas de Internación</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema obsoleto de estadística hospitalaria</li> </ol>

**Tabla 2: Análisis FODA**

**Fuente: Elaboración propia**

## 7. Actividades y Cronograma

### Actividades

<b>N°</b>	<b>Actividad</b>	<b>Responsable Operativo</b>	<b>Meta</b>
1	Determinar el porcentaje de médicos que conocen la Estandarización de la Historia Clínica de Internación del Hospital Elizalde. Esto permitirá tener una idea global del punto de partida para las acciones correctivas a diseñar	Médico/s Auditor/es a cargo de la encuesta	Todos los cirujanos (17) en una semana
2	Determinar cuáles son los ítems con mayor dificultad en su confección. En este caso, se podrá confeccionar un orden de prioridades acerca de cuáles son las partes de la historia clínica sobre las que se deben profundizar las acciones	Médico/s Auditor/es a cargo de analizar la encuesta	Una semana para ambos puntos
3	Determinar cuáles son las normativas legales relativas a la confección de los registros médicos que son desconocidas por los profesionales del Servicio de Cirugía. Similar al anterior, mostrará cuál es la reglamentación obligatoria que debe tratarse con mayor intensidad	Ídem anterior	
4	Solicitar aval y autorización para la intervención al Jefe de División Cirugía	Jefe de División Coordinación y Arancelamiento	Un día
5	Para alcanzar el Objetivo Específico 1: Diseñar e implementar una estrategia de capacitación que permita solventar las falencias encontradas en la encuesta, basándose en cuáles son las áreas que necesitan mejorarse y cuál es la magnitud de los desvíos a solucionar	Médico/s Auditor/es a cargo de las actividades docentes	Tres semanas con concurrencia de todos los cirujanos
6	Para alcanzar el Objetivo Específico 2: Diseñar e implementar una estrategia de cambio de mentalidad y concientización de la importancia de los registros médicos	Ídem anterior	Ídem anterior

**Tabla 3: Actividades, responsables y metas**  
Fuente: Elaboración propia



---

Nota: en todos los casos el Responsable Final es el Jefe de División Coordinación y Arancelamiento

## Cronograma

**Etapas 0:** Línea de base de indicadores. Ya establecida.

**Etapas 1:** Diseño de la entrevista. Dos días. El tiempo es breve pero la entrevista es muy sencilla y se completa una fila por cada profesional (*ver Anexo 4*)

**Etapas 2:** Implementación de las entrevistas a los Cirujanos de Planta. Cinco días. Se necesita una semana para cubrir la asistencia de todos los profesionales.

**Etapas 3:** Análisis estadístico, evaluación y conclusiones de los datos recolectados. Tres días.

**Etapas 4:** Presentación del caso y propuesta de mejora al Jefe de Cirugía. Un día.

**Etapas 5:** Programación de las actividades de mejora. Cinco días. Como en la Etapa 2, se requiere conocer la disponibilidad horaria de todos los cirujanos.

**Etapas 6:** Implementación de las actividades, una hora dos veces por semana, por ejemplo: martes y jueves, que no son días quirúrgicos. Se cumplirá durante seis semanas. En cada semana se tratará el mismo tema, se realiza en dos oportunidades para que todos los profesionales puedan concurrir.

El detalle del programa y los contenidos mínimos para la capacitación en servicio de los cirujanos es el siguiente:

1. Semana 1:
  - a. Pirámide Legislativa.
  - b. Ley 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Historia Clínica y Consentimiento Informado.
  - c. Atención especial a sus modificatorias: Ley 26812 —que hace especial referencia a la confección de la historia clínica— y Ley 26742 —que amplía la reglamentación del Consentimiento Informado—; Decreto Reglamentario 1089/12.
2. Semana 2:
  - a. Ley 153 de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Con detalles de los aspectos normativos relativos a los registros clínicos y la información a entregar a los pacientes.
  - b. Código de Ética del Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina; deberes de los médicos; deberes de informar y registrar.
  - c. Imperativo categórico.
3. Semana 3:

Estandarización de la Historia Clínica de Internación del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Análisis de cada uno de sus formularios, su estructura, momento de confección, responsable, características formales y evaluación.
4. Semana 4:

Seminario. Tomando como base las causas consignadas en la tabla 1, se realizará intercambio de saberes, opiniones, experiencias y redacción de conclusiones consensuadas, sin dejar de recordar que lo planteado en las tres primeras semanas es de cumplimiento obligatorio.
5. Semana 5:

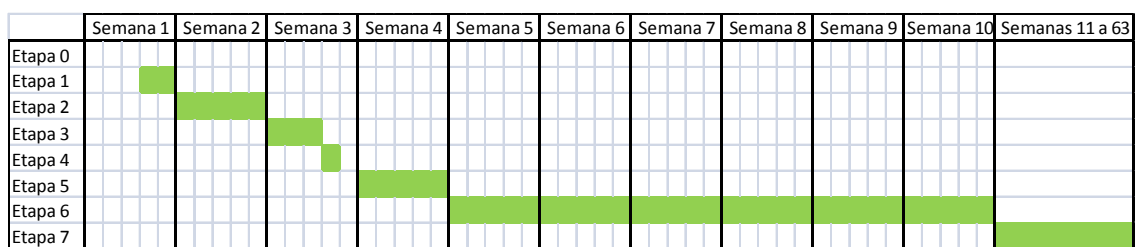
Grupo de reflexión para que los propios cirujanos puedan diseñar herramientas y métodos que permitan mejorar la confección de las historias clínicas.
6. Semana 6:

Prácticas supervisadas.

Nota: semanas 1, 2 y 3 tienen contenido informativo, en las semanas 4, 5 y 6 se pretende cambiar el componente actitudinal de los profesionales.

**Etapa 7:** Evaluación de los resultados según la calificación por baremo según lo consignado en las metas. Se realizará a los seis y doce meses luego del proceso de capacitación. Sin embargo, la utilización de registros informáticos para esta tarea permitirá conocer el progreso de los indicadores en períodos de tiempo menores, incluso diariamente.

### Diagrama de Gantt



**Fig. 2: Diagrama de Gantt**

**Fuente: Elaboración propia**

Nota: la Etapa 0 no registra momento de realización pues ya se completó.

## 8. Mecanismo de Evaluación

Seguimiento de los indicadores establecidos en la línea de base (*ver Indicadores utilizados y línea de base en la página 7*). Se espera alcanzar las siguientes metas:

1. Se pretende lograr luego de un período de seis meses que:
  - a. El promedio de calificación por baremo de las historias clínicas del Servicio de Cirugía del Hospital Elizalde sea de 61 puntos o mayor.
  - b. El 80% de los asientos en las historias clínicas estén firmados por algún médico de planta.
2. Luego de evaluar los resultados y realizar los ajustes correspondientes se espera lograr después de otros seis meses que:
  - a. El promedio de calificación por baremo de las historias clínicas del Servicio de Cirugía del Hospital Elizalde sea de 81 puntos o mayor.
  - b. El 100% de los asientos en las historias clínicas estén firmados por algún médico de planta.

## 9. Conclusiones

1. La confección de las historias clínicas del Servicio de Cirugía del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde es de mala calidad, presentando un puntaje promedio de 36,22 cuando el mínimo de calidad es de 81.
2. Los responsables de la confección de las historias clínicas desconocen, en el ciento por ciento de los casos, la normativa que regula el formato de la documentación clínica.
3. Ya existe, tanto para el diagnóstico de situación como para la evaluación de los resultados, un conjunto de indicadores específicos y estandarizados.
4. El cumplimiento del proyecto no modifica la financiación presupuestada para el hospital.
5. Como parte de las actividades de docencia del hospital es totalmente factible la inclusión de un programa de capacitación para la confección de historias clínicas dirigido a los profesionales del Servicio de Cirugía —y para cualquier otro interesado, no es excluyente— para mejorar la situación actual. Este podría ser una caso de baja relación costo/beneficio, en el que con la utilización de pocos recursos —que ya están financiados— se obtendría un muy importante beneficio directo en la calidad de la información producida por la atención brindada a los pacientes internados, con la consiguiente repercusión positiva en las cuestiones administrativas, legales, asistenciales, docentes y demás ya detalladas en el Marco Teórico.

El problema es real, se conocen las causas, se dispone de los recursos necesarios para solucionarlo, hay voluntad y vocación para resolverlo. Solo falta el empuje de la gestión para *hacer que las cosas sucedan*.



Hugo Alberto Sánchez  
DNI 12.713.555

## 10. Bibliografía

1. Actas del Comité de Historias Clínicas del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Estandarización de la Historia Clínica de Internación en el Hospital Elizalde*. Buenos Aires, diciembre de 2010.
2. Aranguren, Edmundo y Rezzónico, Ricardo. *Auditoría Médica. Garantía de Calidad en la Atención de la Salud*. 2ª edición. Centro Editor de la Fundación Favaloro. Buenos Aires, 1998.
3. Escudero, Carlos. *Manual de Auditoría Médica*. Editorial Dunken. Buenos Aires, 2013.
4. Honorable Congreso de la Nación. *Ley 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Historia Clínica y Consentimiento Informado*. Sancionada el 21 de octubre de 2009; publicada en el Boletín Oficial el 20 de noviembre de 2009.
5. Honorable Congreso de la Nación. *Ley 26742 modificatoria de la Ley 26529*. Sancionada el 9 de mayo de 2012; publicada en el Boletín Oficial el 24 de mayo de 2012.
6. Honorable Congreso de la Nación. *Ley 26812 modificatoria de la Ley 26529*. Sancionada el 28 de noviembre de 2012; publicada en el Boletín Oficial el 21 de enero de 2013.
7. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Ley 153 Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*. Sancionada el 25 de febrero de 1999; publicada en el Boletín Oficial el 28 de mayo de 1999.
8. Malagón-Londoño, Gustavo y col. *Auditoría en Salud. Para una Gestión Eficiente*. 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 2003.
9. Poder Ejecutivo Nacional. *Decreto Reglamentario 1089/12 de la Ley 26529*. Publicado en el Boletín Oficial el 6 de julio de 2012.
10. Spadafora, Santiago. *GUÍA PARA LA FORMULACIÓN DEL TRABAJO FINAL INTEGRADOR.PDF* (en línea) Material bibliográfico distribuido para la Carrera de Especialización en Administración Hospitalaria de la Universidad ISALUD. Consultado el 21 de noviembre de 2013.
11. Spadafora, Santiago y Osa, María. *INDICADORES PARA LA GESTIÓN SANITARIA.PDF* (en línea) Material bibliográfico distribuido para la Carrera de Especialización en Administración Hospitalaria de la Universidad ISALUD. Consultado el 11 de mayo de 2013.

## 11. Anexos

### Anexo 1: Baremo para la Calificación de la Historia Clínica de Internación del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

**Tabla de puntajes**

Formulario a evaluar	Ítems a evaluar	Puntaje por ítem	Total del formulario
HOJA DE GUARDIA	Ausente	0	
	Incompleto	3	
	Completo	6	6
INGRESO A SALA	Ausente	0	
	Motivo de internación	1	
	Enfermedad actual	1	
	Antecedentes	1	
	Plan de estudio	1	
	Examen físico	1	
	Diagnóstico	1	
	Tratamiento	1	
	Firma y aclaración	1	
	Completo	8	8
EVOLUCIÓN DIARIA	Ausente	0	
	Presente sin formato	5	
	Presente con formato	15	
	Completa con formato	30	30
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Ausente, Incompleto o Ilegible	0	
	Completo y legible	8	8
INDICACIONES MÉDICAS	Ausente	0	
	Presente sin formato	2	
	Presente con formato	4	
	Completo con formato	8	8
HOJAS DE ENFERMERÍA	Ausente	0	
	Presente sin formato	2	
	Presente con formato	4	
	Completa con formato	8	8

EPICRISIS	Ausente	0	
	Incompleta	7	
	Completa y legible	15	15
CLINICOGRAMA	Ausente	0	
	Completo	5	5
LABORATORIOGRAMA	Ausente	0	
	Completo	4	4
FORMULARIOS	AUSENTE	0	
	Presente incompleto	2	
	Presente completo	4	4
LEGIBILIDAD	Se evalúa en cada ítem		
ORDEN	No	0	
	Sí	4	4
<b>CALIFICACIÓN</b>			
Muy Bien	91 a 100 puntos		
Bien	81 a 90 puntos		
Regular	61 a 80 puntos		
Mal	60 puntos o menos		

### Conceptos para evaluar en cada formulario

#### HOJA DE GUARDIA

- Completa: debe incluir encabezamiento completo, motivo de internación, examen físico, diagnóstico presuntivo, tratamiento, firma y aclaración del médico que indica la internación y del Jefe de Unidad de Día de Guardia y totalmente legible.
- Incompleta: faltante de al menos uno de los anteriores.
- Ausente: no presencia del formulario.

#### INGRESO A SALA DE INTERNACIÓN

- Ausente: no presencia del cuadernillo y Hoja de Resumen y Comentario en internaciones de primera vez. Ausencia de Hoja de Resumen y Comentario en reingresos.
- Completo: presencia de cada uno de los puntos mencionados a continuación.
  - Motivo de internación.
  - Enfermedad actual.
  - Antecedentes.
  - Plan de estudio.
  - Examen físico: se considera completo si cuenta con signos vitales: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura.
  - Diagnóstico.
  - Tratamiento.
  - Firma y aclaración.

Cada uno de los ítems recibirá puntaje individual.

#### EVOLUCIÓN DIARIA

- Ausente: se considera cuando estén evolucionados menos de la mitad de los días de internación.

- Presente sin formato: cuando se encuentren evolucionados más de la mitad de los días de internación sin formato.  
Considérese formato a la presencia de encabezamiento, diagnóstico, tratamiento, examen físico, firma y aclaración del médico de planta responsable.
- Presente con formato: cuando se encuentren evolucionado más de la mitad de los días de internación con formato.
- Completa con formato: se considera cuando están evolucionados todos los días de internación con formato y totalmente legible.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Ausente.
- Completo: debe presentar datos filiatorios del paciente, práctica propuesta, efectos adversos de la práctica propuesta, firma de médico, jefe de unidad, firma y aclaración de padre o madre y testigo, cumpliendo con todo lo estipulado por la Resolución 356/09/MSGC.

#### INDICACIONES MÉDICAS

- Ausente: Se considera la presencia de menos de la mitad de días con indicaciones.
- Presente sin formato: se considera la presencia de más de la mitad de días con indicaciones que no cumplen el formato, considérese formato la presencia de nombre y apellido del paciente, fecha, indicaciones, firma y aclaración.
- Presente con formato: presencia de más de la mitad de días de indicaciones con formato.
- Completa con formato: todos los días de indicaciones con formato y totalmente legible.

#### HOJA DE ENFERMERÍA

- Ausente: Se considera la presencia de menos de la mitad de días de evolución de enfermería.
- Presente sin formato: se considera la presencia de más de la mitad de días de evolución de enfermería que no cumplen el formato, considérese formato la presencia de nombre y apellido del paciente, fecha, evolución de enfermería, firma y aclaración.
- Presente con formato: presencia de más de la mitad de días de evolución de enfermería con formato.
- Completa con formato: todos los días de evolución de enfermería con formato y totalmente legible.

#### EPICRISIS

- Ausente.
- Incompleto: ausencia de alguno de los ítems considerados abajo.
- Completo: presencia de datos del paciente, número de historia clínica, motivo de internación, diagnóstico, exámenes complementarios realizados, interconsultas realizadas, tratamiento instituido con dosis de medicación y tiempo de uso, firma y aclaración de médico y jefe de servicio.

#### CLINICOGRAMA

- Ausente.
- Completo.

#### LABORATORIOGRAMA

- Ausente.
- Completo.

#### FORMULARIOS

- Se incluyen dentro de éste ítem:
  - Parte quirúrgico, debe ir acompañado de parte anestésico ineludiblemente.



- Parte anestésico.
- Informe de estudios de laboratorio.
- Informe de estudios de imágenes.
- Informe de estudio de diagnóstico complementario (biopsia, hemodinamia, protocolo de alergia, etc.)
- Interconsultas.
- Ausente: teniendo documentada alguna intervención quirúrgica, la no presencia de parte quirúrgico o anestésico. Presencia de menos de la mitad de número de formularios que debieran estar según las prestaciones documentadas en la evolución.
- Presente incompleto: presencia de más de la mitad de número de formularios que debieran estar según las prestaciones documentadas en la evolución en formato completo [Se define completo a la presencia de encabezado (nombre y apellido del paciente, número de historia de clínica) cuerpo del formulario, firma y aclaración del profesional actuante]
- Presente completo: presencia de todos los formularios requeridos con formato completo.

#### LEGIBILIDAD

Propiedad intrínseca de un escrito tal que una persona de intelecto normal, lúcida y con instrucción primaria o equivalente pueda reconocer de manera inmediata los grafemas del escrito sea a nivel letra, sílaba, palabra o frase, aunque no comprenda su significado.

## **Anexo 2: Estandarización de la Historia Clínica de Internación del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde**

A) Se presenta a continuación el modelo actualizado por el Comité de Historias Clínicas. Se describe formato y procedimiento para la confección de cada formulario.

1) **HOJA DE GUARDIA:** provisto por la oficina de Admisión y Egresos (A y E) al momento de realizar el trámite de internación. Será confeccionada en cada ingreso del paciente a cualquier sector de internación. Incluye: sector internación de Guardia, piso de Clínica, Terapia Intensiva e Intermedia, Neonatología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General y especialidades quirúrgicas.

Será responsable de su confección el médico que indique la internación: pediatra clínico, terapeuta, neonatólogo, recuperador cardiovascular, jefe de sección de guardia de cirugía de día, especialista que indica la internación. Debe registrarse obligatoriamente en el Libro de Guardia.

2) **CUADERNILLO DE 4 PÁGINAS DE HISTORIA CLÍNICA:** provisto por la oficina de A y E al momento de realizar el trámite de internación. Deberá ser confeccionado en todo ingreso o reingreso por el médico que recibe al paciente en el sector. Será responsable de su confección el médico tratante.

3) **HOJA DE RESUMEN Y COMENTARIO:** provisto por la oficina de A y E al momento de realizar el trámite de internación. Deberá ser confeccionado en todo ingreso por el médico que recibe al paciente en el sector.

4) **EVOLUCIÓN DIARIA:** disponible en cada sector de internación. Deberá registrarse al menos una evolución por día, aún en días de fin de semana y feriados. Será responsable en días hábiles el jefe del sector correspondiente y en fin de semana y feriados el Jefe de Guardia del día.

5) **HOJA DE INTERCONSULTAS:** disponible en cada sector de internación. Deberá ser confeccionada por el o los médicos tratantes. Incluye las prestaciones de kinesiología.

6) **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** provisto por la oficina de A y E al momento de realizar el trámite de internación. Deberá ser confeccionado por duplicado en todo ingreso por el médico tratante y refrendado por el jefe de sector. Debe quedar un ejemplar en el archivo del jefe de sector. Será responsable el jefe de sector. (Resolución 356/09/MSGC)

7) **CLINICOGRAMA:** disponible en cada sector de internación. Deberá ser confeccionado según criterio del médico tratante y su respectivo jefe.

8) **LABORATORIOGRAMA:** disponible en cada sector de internación. Deberá ser confeccionado según criterio del médico tratante y su respectivo jefe.

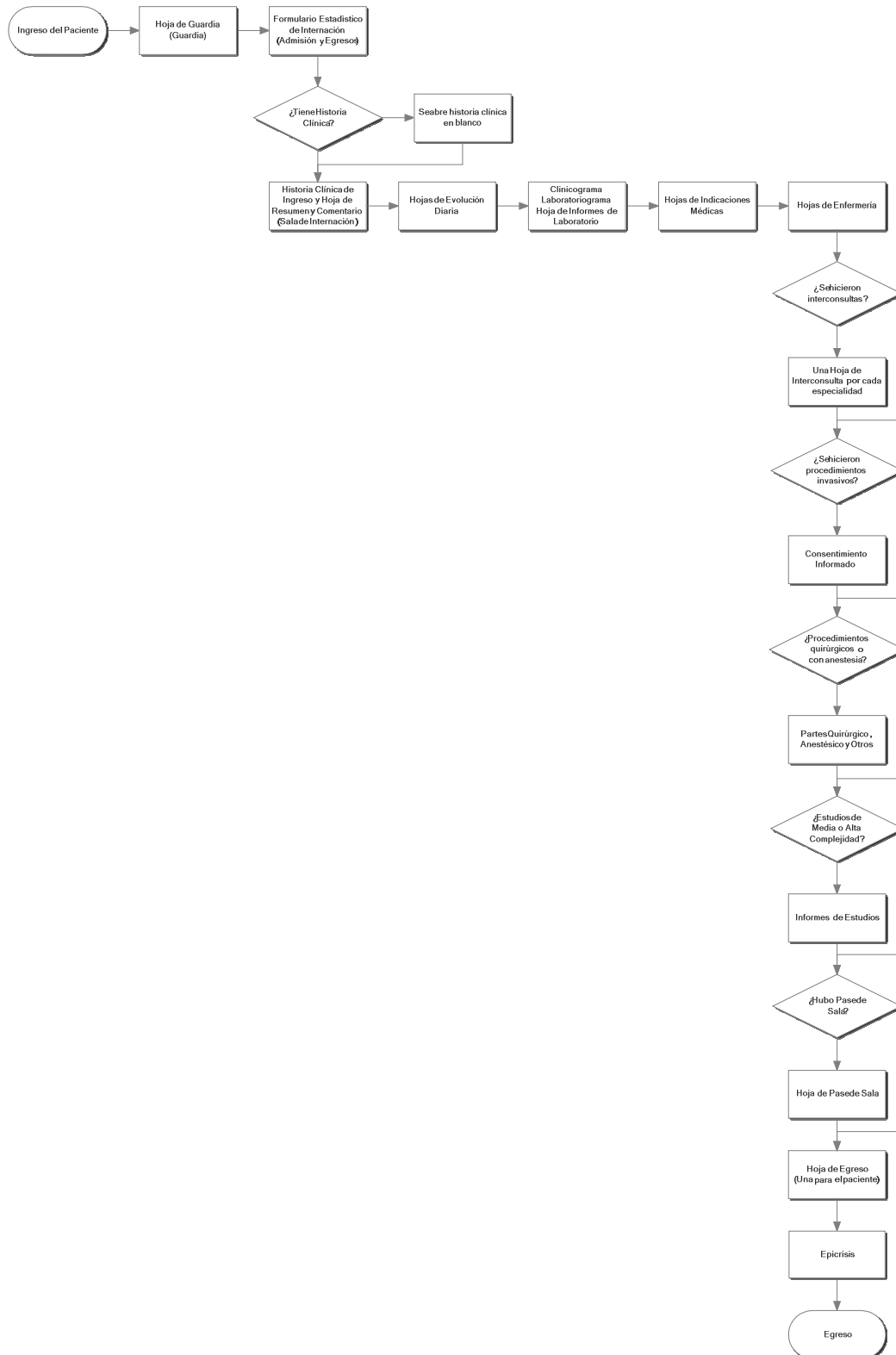
9) **HOJA PARA PEGAR INFORMES ORIGINALES DE LABORATORIO:** disponible en cada sector. Se colocarán en forma correlativa. Será responsable el médico tratante.

10) **INFORMES DE ESTUDIOS Y PRÁCTICAS COMPLEMENTARIOS:** se refiere a informes de ecografía, ecocardiografía, ECG, EEG, estudios neurofisiológicos, etc. Los informes de TAC y RMN se emitirán por duplicado, uno para el paciente y otro para la historia clínica. Será responsable el médico tratante.

11) **INDICACIONES MÉDICAS:** disponible en cada sector de internación. Deberá constar al menos un registro por día, aún en días de fin de semana y feriados.

- 
- Será responsable en días hábiles el jefe del sector correspondiente y en fin de semana y feriados el Jefe de Guardia del día.
- 12) HOJAS DE ENFERMERÍA: disponible en cada sector de internación. Deberá constar al menos un registro por turno con firma y aclaración, aún en días de fin de semana y feriados. Será responsable el Supervisor de Enfermería de turno.
- 13) PARTE QUIRÚRGICO: disponible en quirófano y en cada sector de internación. Deberá confeccionarse en:
- a) Toda intervención quirúrgica.
  - b) Todo procedimiento que requiera anestesia general (fondo de ojo, TAC, endoscopías) o local.
  - c) Hemodinamias.
- Será responsable el especialista interviniente.
- 14) PARTE ANESTÉSICO: disponible en quirófano. Deberá confeccionarse en:
- a) Toda intervención quirúrgica.
  - b) Todo procedimiento que requiera anestesia general (fondo de ojo, TAC, endoscopías) o regional.
  - c) Hemodinamias.
- Será responsable el anesthesiólogo interviniente.
- 15) HOJA DE EGRESO: dos ejemplares provistos por la oficina de A y E al momento de realizar el trámite de internación. Deberá confeccionarse por duplicado por el médico tratante, será entregado un ejemplar al paciente y el otro debe quedar en la historia clínica. (Ley de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)
- 16) HOJA DE EPICRISIS: provista por la oficina de A y E al momento de realizar el trámite de internación. Deberá ser confeccionada por el médico tratante. Comprende todo lo acontecido desde el ingreso al hospital hasta su egreso. Será responsable el médico tratante y refrendado por el jefe de sector.
- 17) HOJA PASE DE SALA: disponible en cada sector de internación. Deberá confeccionarse ante todo pase de sector, a saber: desde o hacia Clínica, UTI, UCIR, CCV, Neonatología, Cirugía. Será responsable el médico que realiza el pase de sector.
- B) Se aprueba la HOJA DE CONTROL PARA LA ENTREGA DE HISTORIAS CLÍNICAS AL ARCHIVO. Será tildado cada ítem por el secretario y refrendado por el jefe de sector quien diligenciará lo faltante previo al envío. Debe quedar en el archivo del jefe de sector. Será responsable el jefe de sector independientemente del especialista interviniente.  
Se recuerda que el plazo de entrega de la historia clínica al archivo NO DEBE exceder las 48 horas hábiles posteriores al egreso.
- C) Toda historia clínica tendrá la Hoja NORMAS DEL SERVICIO que entregará la enfermera a cada paciente al ingreso. Firmará y sellará al egreso el jefe de servicio.

### Anexo 3: Diagrama de Flujo de la Confección Estandarizada de la Historia Clínica



**Anexo 4 - Planilla para recolección de datos de entrevistas.  
 Elaboración propia.**

ENCUESTA SOBRE HISTORIAS CLÍNICAS DE CIRUGÍA  
 Prof. Dr. Hugo Alberto Sánchez

N	Conoce el contenido de la Ley 26539		Conoce el contenido de la Ley 153		Conoce el contenido de la EHC/INHIPE		Usos y costumbres que atentan contra la confección de las historias clínicas	Observaciones
	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								