



Trabajo Final Integrador de la  
Especialidad en Auditoría Médica

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE  
HISTORIAS CLÍNICAS EN CONSULTORIO EXTERNO DE  
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL MIRA Y LÓPEZ**

Autora: Anziliero, Paula Estefania

Directora: Lic. Matta, María Cecilia

- Año 2021 -

## *Agradecimientos*

*A mi familia: mi esposo Alejandro por su ayuda y apoyo incondicional,  
y a mi hija Luisana que me enseña de amor todos los días.*

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la calidad del registro y analizar el grado de cumplimiento de los estándares establecidos por normas provinciales de las historias clínicas del consultorio externo de Psiquiatría del Hospital Polivalente Dr. Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe, las cuales son fundamentales en el proceso de control de calidad de la atención médica.

En el Capítulo 1, se introduce la temática de historias clínicas y de calidad de las mismas para poder evaluar luego, la relación que existe entre calidad de historia clínica y calidad en los servicios de salud en general y de salud mental en particular. Para esto, se analizaron las regulaciones nacionales y provinciales que establecen los criterios de calidad y la forma de organización de las historias clínicas en el Hospital objeto del estudio.

En el Capítulo 2, se presentan los materiales y métodos empleados para el trabajo de investigación que consistió en un estudio de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal realizado sobre una muestra aleatoria, no probabilística, de 100 historias clínicas del Hospital iniciadas en el consultorio externo entre los años 1980 y 2009.

En el Capítulo 3, se presentan los resultados obtenidos y se analizan los 15 (quince) criterios de calidad de las historias clínicas seleccionados. Los mismos se encuentran agrupados según su naturaleza como criterios de asientos, como fechas, datos identificatorios del paciente, del núcleo familiar y del profesional interviniente, registros, antecedentes, actos médicos realizados o indicados, y criterio de integridad como el consentimiento informado y la legibilidad de la historia clínica.

Por último, en el Capítulo 4 se presentan las conclusiones y una serie de recomendaciones tendientes a mejorar la calidad de los servicios prestados en el consultorio externo de psiquiatría, dado que se pudo observar que, tanto en el hospital como entre los profesionales de salud mental del mismo, no existe un

consenso unificado de como plasmar la información obtenida en cada consulta en pos de generar y mantener historias clínicas de calidad.

# ÍNDICE GENERAL

---

Resumen.....	i
Índice General .....	iii
Índice de Tablas .....	vi
Índice de Figuras.....	vii
Pregunta de Investigación .....	1
Objetivo General .....	1
Objetivos Específicos .....	1
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	
1.1 Historias clínicas .....	2
1.1.1 Definiciones .....	3
1.1.2 Reglamentación de referencia Nacional y Provincial .....	4
1.1.3 Características de la historia clínica.....	8
1.1.4 Tipos de Historias clínicas .....	9
1.1.4.1 Beneficios y desventajas de la historia clínica informática .....	11
1.2 Historias Clínicas y Salud Mental .....	13
1.2.1 Salud Mental según la OMS .....	13
1.2.2 Salud Mental según la Ley N° 26.657 .....	14
1.2.3 Historia Clínica en Salud Mental .....	16
1.3 Calidad e Historias Clínicas.....	18

1.4 El Hospital Mira y López.....	20
-----------------------------------	----

## CAPÍTULO 2: MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Muestreo .....	22
--------------------	----

2.2 Metodología.....	23
----------------------	----

## CAPÍTULO 3: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Datos identificatorios del paciente.....	23
--	----

3.2 Datos identificatorios del familiar .....	23
---	----

3.3 Motivo de consulta .....	23
------------------------------	----

3.4 Antecedentes genéticos y patológicos del paciente .....	27
---	----

3.5 Antecedentes patológicos familiares .....	27
---	----

3.6 Examen físico.....	27
------------------------	----

3.7 Examen psiquiátrico .....	29
-------------------------------	----

3.8 Diagnóstico presuntivo .....	30
----------------------------------	----

3.9 Datos identificatorios de los profesionales y fecha.....	30
--	----

3.10 Registro de los actos realizados por otros especialistas distintos a psiquiatría .....	30
--	----

3.11 Prescripción y suministro de medicamentos .....	30
--	----

3.12 Estudios complementarios .....	33
-------------------------------------	----

3.13 Consentimiento informado.....	33
------------------------------------	----

3.14 Integridad de la historia clínica .....	33
--	----

3.15 Legibilidad del contenido de la historia clínica.....	33
--	----

3.16 Resumen de resultados.....	36
---------------------------------	----

## CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES

4.1 Conclusiones.....38

4.2 Recomendaciones.....40

BIBLIOGRAFÍA .....42

## ÍNDICE DE TABLAS

---

Tabla 1. Comparación historia clínica en soporte papel e informática .....	12
--	----



## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 1. Año de Inicio de las Historias Clínicas .....	23
Figura 2. Datos Identificatorios del familiar.....	26
Figura 3. Motivo de Consulta.....	26
Figura 4. Antecedentes genéticos y patológicos del paciente .....	28
Figura 5. Antecedentes patológicos familiares .....	28
Figura 6. Examen Físico .....	29
Figura 7. Examen psiquiátrico .....	29
Figura 8. Diagnóstico Presuntivo.....	31
Figura 9. Datos identificatorios de los profesionales y fecha.....	31
Figura 10. Registro de los actos realizados por otros especialistas distintos a psiquiatría.....	32
Figura 11. Prescripción y suministro de medicamentos .....	32
Figura 12. Estudios complementarios .....	34
Figura 13. Consentimiento informado .....	34
Figura 143. Integridad de la Historia Clínica.....	35
Figura 15. Legibilidad del contenido de la historia clínica .....	35

## **Pregunta de investigación**

¿Cuál es el grado de cumplimiento de los estándares establecidos por normas provinciales en las historias clínicas de los pacientes que son atendidos en el consultorio externo de psiquiatría del Hospital Mira y López en la ciudad de Santa Fe?

## **Objetivo general**

- Evaluar estándares de calidad de las historias clínicas pertenecientes a pacientes que asistieron al consultorio externo del Hospital Mira y López.

## **Objetivos específicos**

- Describir los estándares establecidos de la Historia Clínica en la Provincia de Santa Fe.
- Analizar las historias clínicas en el marco de los estándares establecidos.
- Detectar debilidades y fortalezas de la Historia Clínica del servicio.

# CAPÍTULO 1

## Introducción

---

La historia clínica es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones: docencia, investigación (principal fuente de información de estudios retrospectivos), evaluación de la calidad y gestión de recursos. Para ello, la historia clínica ha de reunir una serie de características en cuanto a contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, recogidas en diversas normas y recomendaciones.

El presente trabajo tiene como objeto de estudio las historias clínicas del Hospital Polivalente Dr. Emilio Mira y López, las cuales son fundamentales en el proceso de control de calidad de la atención médica.

La investigación se basa en el análisis de historias clínicas en el marco de la Ley N° 26.529 de “Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado”, y en la Resolución Provincial N° 1278/2011.

La Historia Clínica es el elemento clave para el ejercicio profesional del equipo de salud, tanto desde el punto de vista asistencial, ya que actúa como guía en el manejo clínico del paciente, como desde el punto de vista del investigador y del docente, permitiendo el análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales.

### 1.1 Historias clínicas

En el presente apartado se definirá conceptualmente la historia clínica, sus características y formatos.

### **1.1.1 Definiciones**

Según la Ley 26.529: *entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud [1].*

Según Resolución N° 1278/2011: *Define la Historia Clínica como el conjunto de documentos que recoge toda la información de la atención médica que se ofrece al paciente. Tiene que ser única por cada paciente que se atiende en la institución, independientemente de que el régimen de atención sea hospitalario o ambulatorio [2].*

Según Libro de Medicina Legal, autor Patitó JA [3]: *Puede definirse a la historia clínica como el documento o instrumento escrito en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada la narración de todos los sucesos acaecidos y comprobaciones realizadas por el médico o el equipo médico, durante la asistencia de un paciente en un establecimiento público o privado desde su ingreso hasta el momento de su egreso por alta o por muerte.*

*Constituye la prueba elemental, básica y fundamental a la hora de determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas. Una historia clínica imperfecta por su redacción, omisiones, poco legible o incompleta puede dificultar notoriamente cuando se trata de delimitar responsabilidades.*

*Además, la historia clínica, en otro aspecto, es un elemento de colaboración, orientación y comunicación entre otros profesionales que pueden participar simultáneamente o suceder en la atención del enfermo.*

La historia clínica es el documento en el cual se registra la totalidad de las prestaciones médicas recibidas por el paciente, los exámenes realizados, las solicitudes de estudios complementarios y todo lo que se quiera dejar constancia con relación a la patología del paciente y a las acciones desarrolladas para obtener el diagnóstico y tratamiento. Es única para el establecimiento, es un documento reservado, y en relación con el médico y al personal involucrado, está protegida por el secreto profesional.

La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. El motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de la historia clínica y a continuarla a lo largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente.

Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar asistencia [4].

El incumplimiento o la no realización de la historia clínica, puede tener las siguientes repercusiones [4]:

- Mala praxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal.
- Defecto de gestión de los servicios clínicos.
- Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración.
- Riesgo médico legal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por mala praxis médica.

### **1.1.2 Reglamentación de referencia Nacional y Provincial**

La regulación básica de la historia clínica se encuentra comprendida en el capítulo IV en los artículos 12 a 21 de la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Ley N° 26.529 (modificada por la ley 26.742) [5], que en el primero de esos artículos define a la historia clínica como “el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la Salud” [1].

Esta ley regula los derechos de los pacientes respecto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica. Independientemente que sea atendido por un médico particular o en un establecimiento público, siendo

indiferente si la vinculación contractual responde a un contrato con una empresa de medicina prepaga, por medio de una obra social, por un seguro de salud o cualquier medio de asistencia médica.

La misma reglamenta los asientos y la integridad de la historia clínica:

*ASIENTOS:*

1. Fecha de inicio de confección.
2. Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar.
3. Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad.
4. Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes.
5. Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere.
6. Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción, suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

*INTEGRIDAD:*

Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarías, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

Por otro lado, establece los principios de unicidad e inviolabilidad. El primer principio responde a que debe existir una sola historia clínica por nosocomio y debe estar identificada con una clave única que debe ser informada al paciente. La

inviolabilidad significa que los establecimientos son depositarios de la historia clínica, con las obligaciones de guarda y custodia correspondientes, debiendo instrumentar los medios y recursos de acceso a la información sólo para las personas autorizadas.

La provincia de Santa Fe en la Resolución N° 1278/2011 reglamenta algunos aspectos de la Ley Nacional N° 26.529, de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento informado, el Decreto Provincial N° 692/09, que regula el acceso a la información pública, y la Resolución Conjunta N° 65/11 (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos) y N° 278/11 (Ministerio de Salud), que aprueba el Programa Interministerial de Cooperación, Asistencia Técnica y Capacitación en el Tema Referido al Acceso, Tratamiento y Custodia de las Historias Clínicas de Pacientes depositadas en los Hospitales Públicos Provinciales [2].

Esta Resolución N° 1278/2011, en su artículo 2° aprueba el instructivo para la confección y archivo de Historias Clínicas. Distinguiendo entre la historia clínica en hospitales y la historia clínica en centro de salud.

Todo el personal de la institución está obligado a mantener reserva sobre el contenido de la historia clínica, según lo establece la ley de secreto estadístico N° 17.622.

La Resolución N° 1278/2011 comparte lo dispuesto por el artículo 15 de la Ley N° 26.529 sobre asientos e integridad de la historia clínica.

En la Provincia de Santa Fe se dispone que la conservación de las historias clínicas deba efectuarse por un término mínimo de quince años de la última actuación registrada, según Resolución N° 040/94.

En aquellas circunstancias en que el Hospital intervenga en situaciones atinentes al primer nivel de atención, será aplicable todo lo regulado para la Historia Clínica en Centros de Salud, como se explica a continuación:

En el primer nivel de atención se trabaja con el Legajo Familiar y la Historia Clínica individual, según indica la Resolución N° 1278/2011.

La Historia Clínica y el Legajo Familiar son los documentos en los cuales se inicia y registra la atención integral del paciente, siendo obligatoria su utilización para toda atención que se brinde al paciente en un centro de salud.

En el sistema de salud de la Provincia, a través de su red virtual, donde el personal de salud aporta y accede a información disponible en distintos sistemas, tanto provincial como nacional.

1. *Sala de Situación Provincial – SaSiPro*: La Sala de Situación es un espacio de integración de datos estadísticos, epidemiológicos, de producción de servicios y de recursos para la toma de decisiones, que proceden de distintas fuentes. Desde ese espacio se alimentan y articulan los procesos decisorios tanto en el nivel central como en los niveles regionales para dar respuesta a los problemas de salud que se priorizan. Para esos fines están a disposición de los responsables de la gestión distintas herramientas web desarrolladas por la Sectorial Informática en Salud para ingreso y consulta de datos.
2. *Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina – SISA*: En el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) se encontrará el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) que incluye a todos los establecimientos sanitarios del país del sector público y privado, con y sin internación, que se encuentran funcionando en cada una de las jurisdicciones provinciales según la reglamentación vigente en ellas.
3. *Sistema de Atención Primaria – SICAP*: Este sistema permite la automatización de diversos procesos administrativos y asistenciales llevados a cabo en los Centros de Atención Primaria de Salud tales como: carga de historia clínica familiar y otorgar turnos programados, registro de pacientes vacunados, etc. El sistema fue desarrollado por la Sectorial de Informática, perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.[6]
4. *Sistema de Gestión Hospitalaria – DIAGNOSE*: Este sistema se encuentra en los efectores públicos donde hay internación, y los datos que registra



son principalmente el motivo de la internación, más que nada las patologías de denuncia obligatoria.

### 1.1.3 Características de la Historia Clínica

A continuación, se describen diferentes características de la historia clínica [4]:

- *Confidencialidad:* El secreto médico es uno de los deberes principales del ejercicio médico cuyo origen se remonta a los tiempos más remotos de la historia y que hoy mantiene toda su vigencia. El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan. La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe en una persona.
- *Seguridad:* Debe constar la identificación del paciente, así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.
- *Disponibilidad:* Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.
- *Única:* La HC debe ser única para cada paciente por la importancia de los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial, y por la gestión y economía sanitaria.
- *Legible:* Una HC mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.
- *Veracidad:* La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito

puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.

- *Exacta*
- *Rigor técnico de los registros:* Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesionales o bien hacia la institución.
- *Completa:* Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.
- *Identificación del profesional:* Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de matrícula.

La historia clínica original debe quedar en el establecimiento y solo se pueden extender copias certificadas de la misma a las siguientes personas: [1]

- Al paciente y su representante legal
- Al cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no del mismo sexo,
- A los herederos forzosos con autorización del paciente, salvo que este se encuentre imposibilitado de darla
- Cualquier médico o profesional del arte de curar siempre y cuando tenga autorización del paciente o de su representante legal.

#### **1.1.4 Tipos de Historias clínicas**

La historia clínica puede ser confeccionada de forma analógica y en soporte magnético siempre y cuando se adopten todos los medios para conservar su

integridad y no adulteración. La titularidad de la historia clínica es del propio paciente, por lo tanto, ante su requerimiento o de la persona autorizada a tales efectos, el médico o la clínica debe hacer entrega de copia certificada de la misma dentro de las 48 horas (salvo urgencia) de haberse solicitado.

Podrá ser en papel o informatizada, siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. En el caso de historias clínicas informatizadas deberá adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

En ella se inicia y registra la atención integral del paciente, tanto durante su hospitalización como en la atención ambulatoria, siendo obligatoria su utilización para toda atención que se brinde en una institución de salud.

Se podrá confeccionar una historia clínica ambulatoria y una de internación para un mismo paciente siempre y cuando la clave de identificación utilizada sea la misma. En tal caso, será necesario incorporar a la historia clínica ambulatoria las epicrisis relacionadas con los eventos de internación.

La Dirección del efector y el área de Estadística son los responsables de la guarda y cuidado de la Historia Clínica.

La historia clínica informatizada facilita la investigación, la docencia, la asistencia médica, la labor de enfermería, la gestión administrativa y económica.

La informatización de los historiales tiene como inconveniente principal el poner en peligro algunos de los derechos fundamentales del paciente, como son el derecho a la intimidad y confidencialidad del enfermo [4]. Por otro lado, puede suceder la pérdida brusca, total o parcial de los datos. Para evitar tales inconvenientes sería necesario educar al personal que manipula la información y asegurar un acceso restringido.

#### **1.1.4.1 Beneficios y desventajas de la historia clínica informática [7]**

Entre los principales beneficios, la informatización de la historia clínica tiene un costo más económico a mediano y largo plazo y permite tener la información siempre disponible ocupando un mínimo lugar de almacenamiento. De esto surge invariablemente una mejora en la calidad del servicio de Salud.

Además, una historia clínica informática puede estar disponible en varios consultorios al mismo tiempo y puede ser trasladada a otros hospitales (en la Argentina o en el mundo) en cuestión de segundos.

Por supuesto esta nueva tecnología genera riesgos que deben ser superados, como son los hackers, por lo que habría que garantizar que esto no ocurra con las historias clínicas, ya que contienen datos sensibles que deben ser guardados con el mayor celo posible. Asimismo, se debe garantizar que los datos guardados no se extravíen y que podrán ser accedidos con el *hardware* correspondiente.

En la Tabla 1, se describen a modo de comparación los atributos de una historia clínica realizada en soporte papel y una informática [7].

La Ley 26.529, en su artículo 13, estableció especialmente para la historia clínica informática como mínimo que se "... arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma".

**Tabla 2. Comparación historia clínica en soporte papel e informática.**

<b><i>Punto a comparar</i></b>	<b><i>Historia clínica informática</i></b>	<b><i>Historia clínica manuscrita</i></b>
Disponibilidad	Siempre disponible en todo momento y en varios lugares simultáneamente.	Disponible en un solo lugar físico y a veces extraviada.
Contenido	Siempre completa.	A veces fragmentada para atender las necesidades de varios usuarios.
Tipografía	Siempre legible.	Algunas veces ilegible.
Firma	Siempre firmada.	A veces sin firma.
Datación	Siempre con fecha y hora.	A veces sin fecha y hora.
Continuidad	Los hechos y actos son expuestos cronológicamente.	Es posible modificar la continuación temporal de los sucesos.
Calidad de la información	Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes que implican potenciales tratamientos redundantes reducidos.	Incompleta y a la vez plagada de información duplicada e innecesaria.
Ingreso de datos	Es estandarizado.	Varía según la necesidad de cada servicio.
Celeridad en la confección	Debido a la estandarización, veloz en completar datos identificadores de profesionales y pacientes.	Se pierde tiempo en completar datos repetidos y por ende lleva más tiempo su confección
Cantidad de información	Con el debido software y carga de datos, puede contar con antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere.	Sólo contiene lo que se escribe del paciente.
Almacenamiento	Es más económico el soporte físico y su reproducción. Ocupa un espacio reducido.	Es más costoso y ocupa un mayor espacio físico.
Errores	Suele ser menor la cantidad de errores.	Suele ser mayor la cantidad de errores.

La información que se encuentra en la red virtual de la provincia es muy limitada, se basa en los datos personales y familiares de cada paciente y en el motivo de su consulta o internación. No aporta mayores especificaciones sobre la internación ni consulta ambulatoria.

El principal registro de las internaciones en los hospitales y consultas en centros de salud continúa siendo la historia clínica analógica.

## **1.2 Historias Clínicas y Salud Mental**

### **1.2.1 Salud Mental según la OMS [8]**

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La OMS dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base considera que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos.

El malestar en salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos.

También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.

### **1.2.2 Salud Mental según la Ley N° 26.657**

La Ley de Salud Mental N° 26.657 reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas [9].

La Ley establece: “Derechos de las personas con padecimiento mental” y, en su artículo 7, relata: El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;

- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que este designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;



- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.”

Los nuevos modelos asistenciales en Salud Mental promueven que la Red de Servicios se organice con base a la Atención Primaria de la Salud como estrategia. Eso implica prácticas clínico-políticas que lean los problemas subjetivos, sociales, jurídicos y culturales de manera integral. Uno de los objetivos básicos del Ministerio de Salud es velar por el cumplimiento de la Ley Nacional 26.657.

### **1.2.3 Historia Clínica en Salud Mental**

La historia clínica en salud mental es un documento legal de los profesionales de la salud, que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que los profesionales brindan al paciente, es decir, constituye el registro de varios hechos o eventos de la vida de un ser humano con relación a la salud y diagnóstico de situación. Adicionalmente, se involucran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado por su confidencialidad.

El objetivo de la historia clínica es dejar documentada la práctica profesional realizada.

La misma intenta encuadrar el problema del paciente, orienta la terapéutica, posee un contenido científico investigativo, constituye importante elemento administrativo, tiene implicaciones legales.

Permite la recolección y valoración de datos que fundamenten el diagnóstico, den idea de una posible evolución y pronóstico, orienten a una terapia y a los estudios necesarios, y se realice un seguimiento del caso, que implique la confirmación o cambio del diagnóstico situacional como de la terapia implementada.

La historia clínica en salud mental debe respetar una estructura, como indica la ley 26.529, en la cual no puede faltar la identificación del paciente con sus datos personales, el registro de la atención de salud con el registro de todas las atenciones en salud que ha tenido el paciente, e información complementaria que serían todos los resultados de exámenes auxiliares del paciente.

La normativa de la Ley de Salud Mental N° 26.657, agrega solicitudes de internación y egreso, donde deben contener datos personales del peticionante, los oficios judiciales y disposiciones de autoridades policiales, copia de comunicaciones y notificaciones, con constancia de recepción por los destinatarios, resultados de estudios realizados, permisos de salida transitorias.

En el tratamiento ambulatorio o de internación voluntaria, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado. Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal según sea el caso, consignando nombres, apellidos y N° de DNI. En caso de analfabetos se coloca su huella digital. Nombres y apellidos, firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la atención.

En la internación involuntaria el paciente no firma el consentimiento informado y se deja en claro los fundamentos de dicha internación, explicitando los riesgos ciertos o inminentes para sí o terceros. Se adjunta el ingreso a internación con sus respectivas indicaciones.

### 1.3 Calidad e Historias Clínicas

A continuación, se presenta una breve reseña del significado de calidad, desde el punto de vista general al específico en el área de la salud.

La calidad se define según Oxford Dictionary, como el conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite caracterizarla y valorarla con respecto a las restantes de su especie.

En los manuales de normas ISO (ISO 29004-2), se define la calidad como el conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.

Calidad en salud se define, según la OMS (Organización Mundial de la Salud), como el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso [10]. Además, la misma OMS establece como necesarios los siguientes requisitos para alcanzar la Calidad en Salud: un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, y la valoración del impacto final en la Salud.

Por otro lado, Avedis Donabedian de la Universidad de Michigan, define a la calidad en salud como: "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención" [11]. Según el modelo de atención de Donabedian, se considera que la auditoría médica debe ser una herramienta de gestión de calidad que ayude a mejorar el desempeño del sistema de salud y priorice la salud de la población, centrada en el paciente.

Así, el concepto de calidad integral, aplicado a la atención de la Salud se construye desde cada puesto de trabajo, a partir de cada uno de los trabajadores de la salud. La calidad depende entonces del grado de compromiso de cada uno de los trabajadores.

Se puede afirmar que la historia clínica debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia. Sin embargo, la historia clínica lejos de ser un producto individual es fruto de un equipo por lo que, habitualmente, en la confección de la misma intervienen diferentes y diversos profesionales (médicos, enfermería, fisioterapeutas, farmacéuticos, y otros). Por otra parte, la cumplimentación de esta documentación constituye una actividad derivada de la atención al paciente, la cual en ocasiones se presta en circunstancias poco favorables. Todo ello da lugar a que la documentación presente en la historia clínica no sea la adecuada o no se halle tan completa como sería deseable.

La evaluación de la calidad de las historias clínicas [12], en la práctica, se plantea desde dos enfoques diferentes que a su vez implican planteamientos y resultados distintos:

1. Un primer tipo de evaluación cuyo objetivo es lograr historias completas o de "calidad". En este contexto, calidad, no es más que el grado en que la historia cumple una serie de requisitos establecidos previamente. Para ello, se revisan las historias y las deficiencias detectadas en las mismas se corrigen en un plazo de tiempo determinado y pactado previamente con el autor de la historia. A su vez dentro de este enfoque podemos distinguir dos tipos de análisis o revisión de la historia clínica: la revisión cuantitativa y la cualitativa. - La revisión cuantitativa, en la que se revisa la presencia de los diferentes documentos que integran la historia, la cumplimentación de los mismos, así como, otros aspectos tales como su ordenación. Se trata, por tanto, de una evaluación objetiva que es realizada por personal formado en Documentación Médica. - La revisión cualitativa, es una evaluación con una mayor carga de subjetividad y en la que se analiza el contenido informativo

de la historia. Corresponde su realización a los facultativos de los servicios clínicos.

2. Un segundo planeamiento consiste en la realización de una revisión (que puede ser cuantitativa o cualitativa) de las historias y de cuyos resultados se informa a los autores (servicios clínicos) para que conozcan los posibles déficits y se adopten las medidas de corrección, si procede, en la futura elaboración de las historias. Es decir, no se completan las historias en las que se han detectado las deficiencias [4].

## **1.4 El Hospital Mira y López**

El Hospital E. Mira y López organiza sus historias clínicas siguiendo la normativa de la Provincia de Santa Fe en la Resolución N° 1278/2011 y la Ley Nacional N° 26.529, de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.

Establece en las Historias Clínicas el siguiente orden:

1. Hoja de identificación del paciente y familiar.
2. Registro de la primer atención en salud y sus evoluciones.
3. Interconsultas realizadas.
4. Exámenes complementarios.
5. Laboratorios.
6. Prescripciones médicas.
7. Hoja de Enfermería.
8. Notas judiciales y policiales.

El hospital presenta un servicio de estadísticas donde son responsables del orden y guardado de las historias clínicas, las cuales se encuentran en su totalidad registradas en papel, y hay un registro digital de los diagnósticos colocados por los médicos en las fichas de turnos que es realizado por personal administrativo del hospital.

El nosocomio tiene servicio de internación de psiquiatría y pediatría, lo que corresponde al consultorio externo hay de psiquiatría, pediatría, clínica médica, ginecoobstetricia, neurología, psicología, psicopedagogía, cardiología y dermatología.

Al leer una Historia Clínica se puede evaluar la clase de atención que recibe el paciente. Es fundamental que contenga los datos que serán utilizados en el transcurso de la atención y seguimiento, consigne correctamente la atención de enfermería y de otros departamentos técnicos, con letra legible y si fuera posible en formato digital. De esta manera es útil al establecimiento y a los profesionales, como a la justicia si es requerida su intervención.

La Historia Clínica es un elemento clave para el ejercicio profesional del personal sanitario, desde el punto de vista asistencial (actúa como guía en el manejo clínico del paciente) como del investigador y docente, permitiendo el análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales sanitarios.

## CAPITULO 2

### Materiales y Métodos

---

El presente es un estudio de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en el consultorio externo de Psiquiatría del Hospital Mira y López de la Ciudad de Santa Fe.

#### 2.1. Muestreo

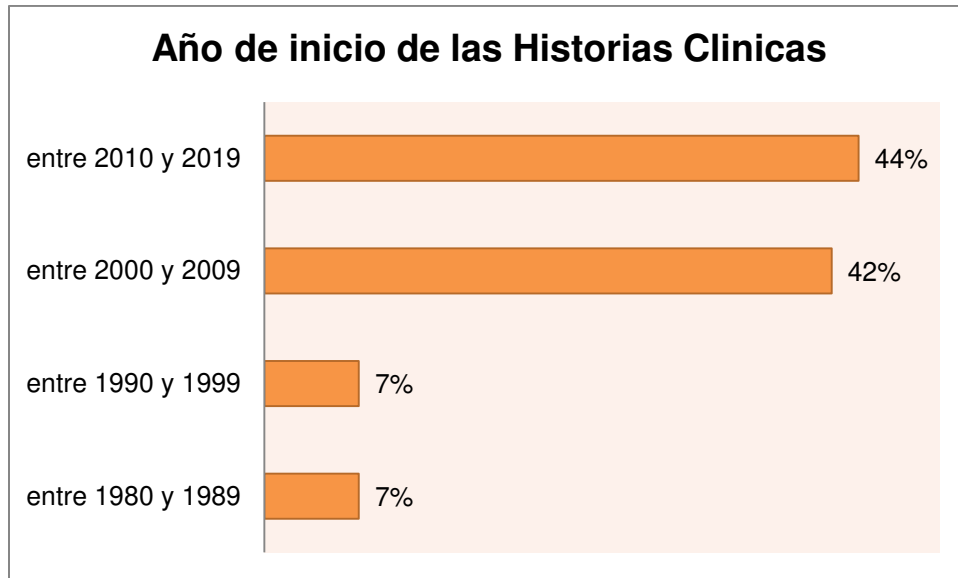
El Hospital posee 76140 historias clínicas creadas hasta el momento, las mismas se encuentran en revisión constante y pueden catalogarse como activas o inactivas, dependiendo del tiempo que transcurra sin utilizarse. Cuando una historia clínica activa deja de utilizarse durante 10 años se archiva como inactiva.

Muchos pacientes realizan una consulta en su primera infancia y hasta la edad adulta no realizan otra, por tal motivo las historias clínicas no se destruyen.

El análisis se realizó sobre una muestra aleatoria, no probabilística, de 100 historias clínicas del Hospital, específicamente del consultorio externo, considerando los criterios de inclusión y de exclusión que se detallan a continuación:

- Criterios de Inclusión: historias clínicas en las que hubo participación de especialistas del área de la salud mental en el consultorio externo, ya sea pediátrica o de adultos.
- Criterios de Exclusión: historias clínicas inactivas en los últimos 10 años, historias clínicas archivadas, historias clínicas abiertas en los años 2020 y 2021, correspondientes a la pandemia por SARS CoV 2.

Del total de historias clínicas analizadas, el 7% fueron iniciadas entre 1980 y 1989, 7% entre 1990 y 1999, 44% entre 2010 y 2019, por último 42% entre 2000 y 2009 (Figura 1). Además, de las 100 historias clínicas, 6 fueron iniciadas por el área de pediatría.



**Figura 1. Año de Inicio de las Historias Clínicas**

## 2.2. Metodología

La investigación se basó en el análisis de 15 (quince) requisitos que fueron seleccionados de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 15 y 16 de la Ley N° 26.529 y en la Resolución Provincial N° 1278/2011. Los mismos se dividieron en registros de asiento y de integridad de historia clínica según se detalla a continuación:

- *Registros de Asiento:*
  - 1 Datos identificatorios del paciente
  - 2 Datos identificatorios del núcleo familiar.
  - 3 Motivos de consulta
  - 4 Antecedentes genéticos y patológicos del paciente
  - 5 Antecedentes patológicos familiares
  - 6 Examen físico
  - 7 Examen psiquiátrico
  - 8 Diagnóstico presuntivo
  - 9 Datos identificatorios de los profesionales y fecha
  - 10 Registro de los actos realizados por otros especialistas distintos a psiquiatría



- 11 Prescripción y suministro de medicamentos
- *Registros de Integridad:*
  - 12 Estudios complementarios
  - 13 Consentimientos informados
  - 14 Integridad de la historia clínica
  - 15 Legibilidad del contenido de la historia clínica

Con la ayuda de una check list, se analizó cada uno de los requisitos para cada historia clínica de la muestra, indicando si la información requerida se encontraba ausente, presente o incompleta.

A continuación, se presentan los principales resultados y discusiones obtenidos para cada uno de los criterios evaluados.

#### **3.1 Datos identificatorios del paciente**

De las 100 historias clínicas evaluadas, la totalidad de estas presenta los datos identificatorios del paciente. El registro de esta variable no depende de los profesionales, sino que la misma es registrada por personal del sector estadísticas del hospital y se realiza por ventanilla de turnos en el momento que el paciente asiste a la primera consulta.

#### **3.2 Datos identificatorios del familiar**

Los datos identificatorios del familiar (Figura 2) están presentes en 96 historias clínicas. Esta variable también es registrada por personal del área estadística. La ausencia de esta información en algunas historias clínicas puede deberse a que se tratan de casos sociales.

#### **3.3 Motivo de consulta**

El motivo de consulta (Figura 3) se encuentra en 80 historias clínicas. El registro de este factor depende del profesional que intervenga.

En las 20 historias clínicas restantes, esta información se encuentra de manera incompleta, ya que contienen registradas de forma parcial en la evolución médica la sintomatología que presenta el paciente en el momento de la consulta.

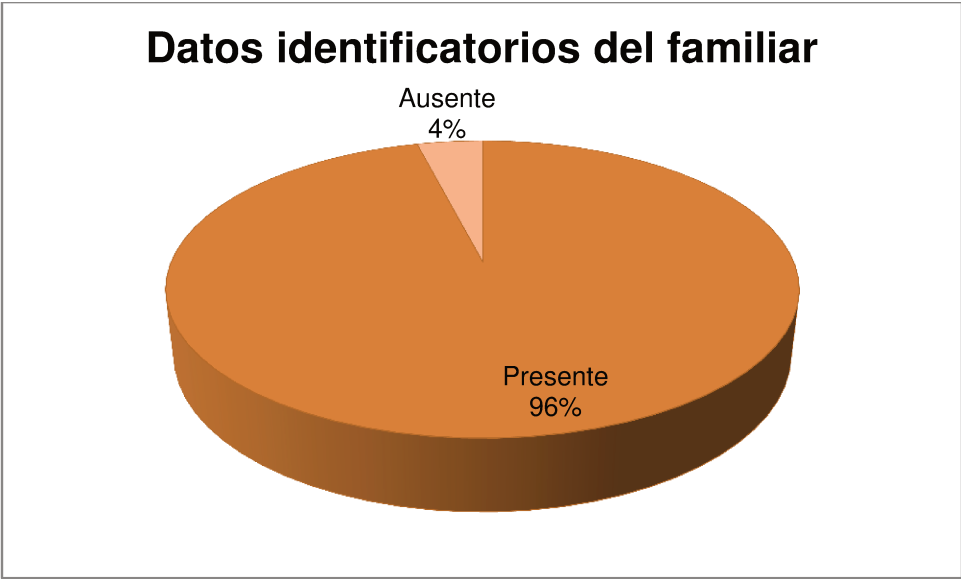


Figura 2. Datos Identificatorios del familiar.



Figura 3. Motivo de Consulta

### **3.4 Antecedentes genéticos y patológicos del paciente**

Los antecedentes genéticos y patológicos del paciente (Figura 4) se encuentran presentes en 25 historias clínicas. Esta variable también depende directamente del profesional actuante y se observó que las historias clínicas iniciadas por pediatras todas tenían los datos completos. Por otro lado, las historias clínicas de adultos no presentaban los antecedentes en la evaluación inicial y algunos registros dependían del profesional actuante. Se encuentra ausente en 75 de las historias clínicas.

### **3.5 Antecedentes patológicos familiares**

Los antecedentes patológicos familiares (Figura 5) se encuentran presentes solo en 20 historias clínicas. Los datos fueron registrados luego de algunos meses de iniciado un tratamiento y dependieron del profesional actuante. Por lo tanto, al inicio de la historia clínica no se encuentran los antecedentes patológicos familiares, sino que se incorporan en evoluciones posteriores. Sin embargo, en las 80 historias clínicas restantes que se analizaron, esos datos se encontraban ausentes.

### **3.6 Examen físico**

El examen físico (Figura 6) está presente en 20 historias clínicas. Se observó en la totalidad de las historias clínicas pediátricas y solo en 14 historias clínicas de adultos que cursaron internación en algún momento de su tratamiento, ya que la sala de internación consta con un médico clínico que realiza el seguimiento.

El alto nivel de ausencia del examen físico (80 historias clínicas) puede deberse a que en el consultorio externo el servicio de clínica médica no se trabaja con las historias clínicas del hospital.

### Antecedentes genéticos y patológicos del paciente

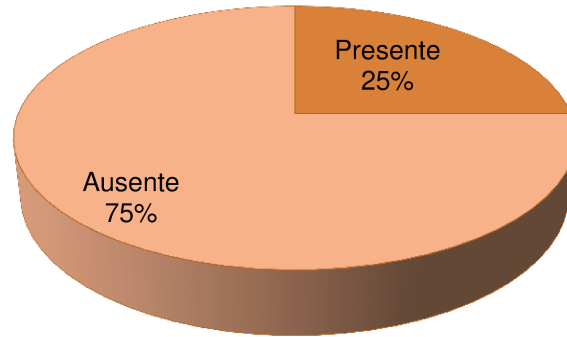


Figura 4. Antecedentes genéticos y patológicos del paciente.

### Antecedentes patológicos familiares

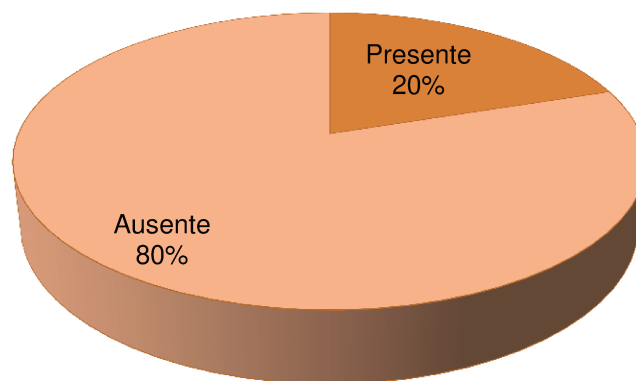
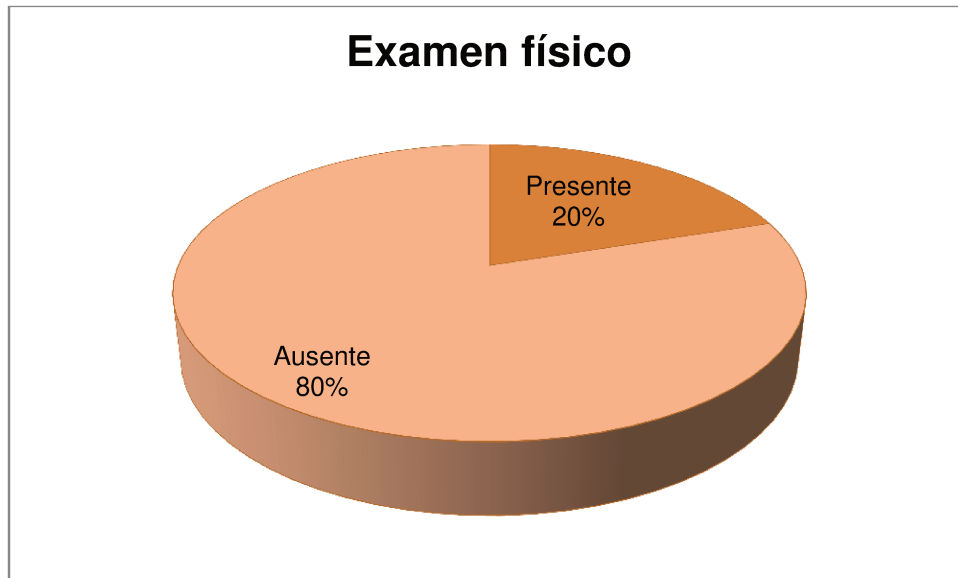


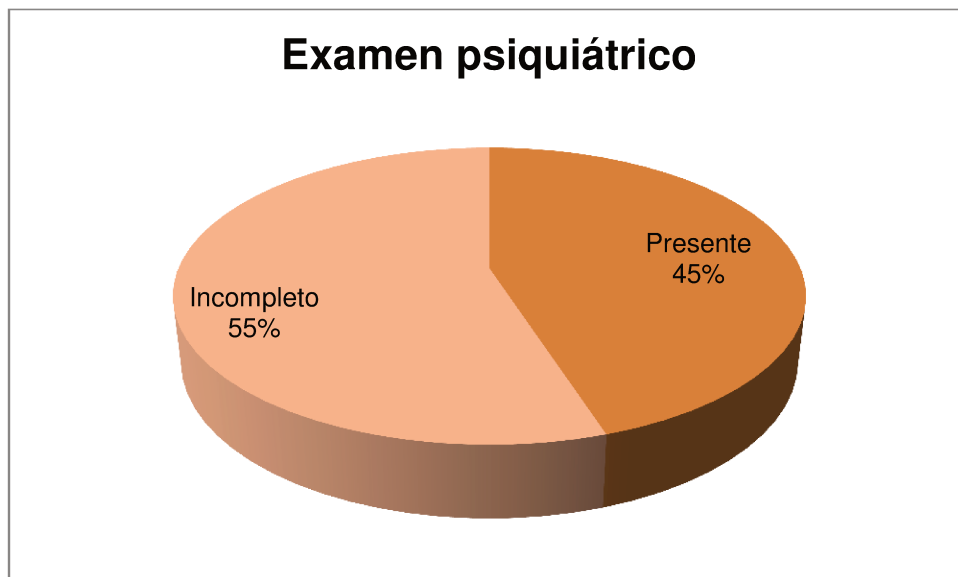
Figura 5. Antecedentes patológicos familiares.



**Figura 6. Examen Físico.**

### 3.7 Examen psiquiátrico

El examen psiquiátrico (Figura 7) se encontró presente en 45 historias clínicas. El registro de este también depende del profesional actuante. Se observó además que en las 55 historias clínicas que tenían el examen realizado de manera incompleta, ninguno se hizo en la primera consulta, sino que se realizó en evoluciones posteriores y tampoco se encontró en todas las evoluciones.



**Figura 7. Examen psiquiátrico.**

### **3.8 Diagnóstico presuntivo**

El diagnóstico presuntivo (Figura 8) estaba presente en 52 historias clínicas evaluadas. El mismo se encuentra en la hoja inicial junto con los datos personales y familiares del paciente y depende del médico tratante. Si bien en un principio se entiende que el diagnóstico puede ser impreciso, luego de algunos años de tratamiento el diagnóstico presuntivo debería estar presente. Sin embargo, esta información está ausente en 48 historias clínicas.

### **3.9 Datos identificatorios de los profesionales y fecha**

Los datos identificatorios de los profesionales y fecha (Figura 9) se encontraron presentes en 71 historias clínicas. En 29 historias clínicas están incompletos, encontrándose la firma del profesional sin el sello donde figura nombre, apellido y número de matrícula.

### **3.10 Registro de los actos realizados por otros especialistas distintos a psiquiatría**

El registro de los actos realizados por otros especialistas distintos a la disciplina de psiquiatría (Figura 10) está presente en 62 historias clínicas y ausente en 38. Del total de los registros, 20 corresponden a clínica médica (evaluación por guardia o sala de internación, no consultorio externo) y 42 a pediatría, neurología, psicología y psicopedagogía. Se observa además que el resto de las especialidades no registran sus actos en las historias clínicas del hospital.

### **3.11 Prescripción y suministro de medicamentos**

La prescripción y suministro de medicamentos (Figura 11) se encuentra presente en 90 historias clínicas. La actualización de las prescripciones, orden y claridad de estas dependen del médico actuante. Las historias clínicas de pacientes que cursaron internación en algún momento de su tratamiento están más organizadas y presentan hoja de prescripciones. La prescripción y suministro de medicamentos está ausente en 10 historias clínicas.

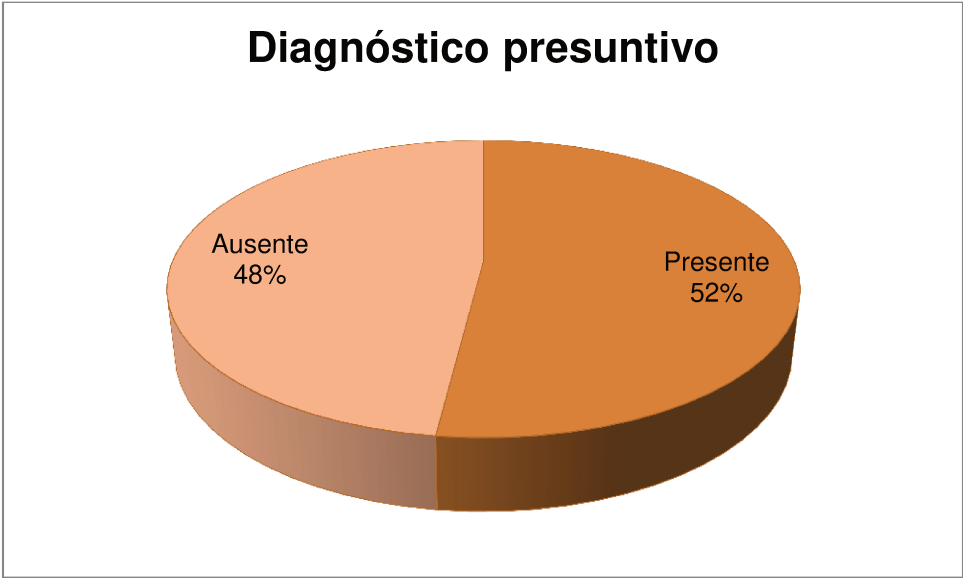


Figura 8. Diagnóstico Presuntivo.

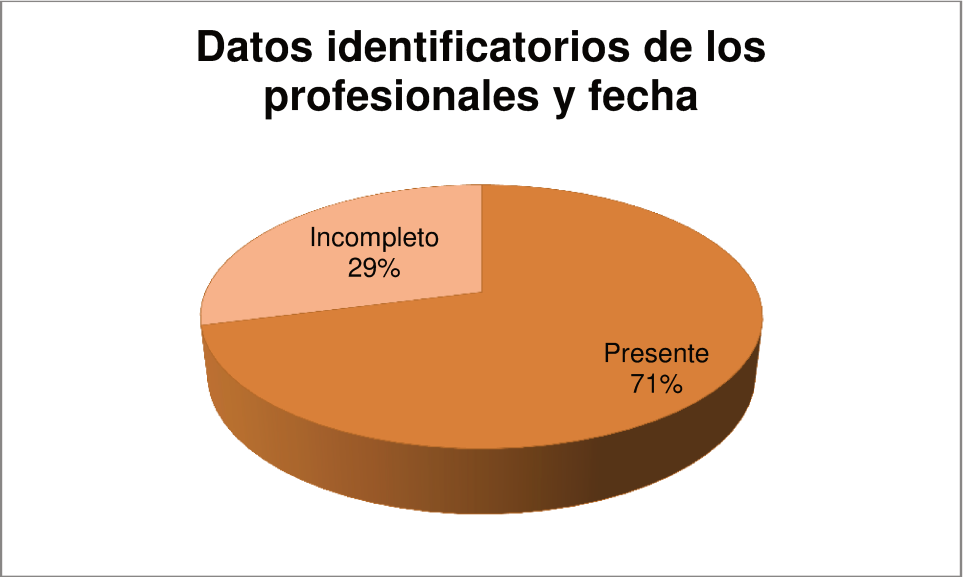


Figura 9. Datos identificatorios de los profesionales y fecha.



### Registro de los actos realizados por otros especialistas distintos a psiquiatría

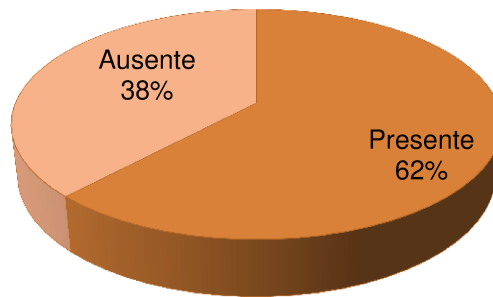


Figura 10. Registro de los actos realizados por otros especialistas distintos a psiquiatría.

### Prescripción y suministro de medicamentos

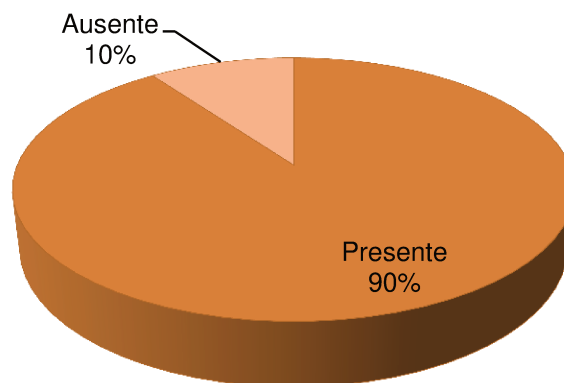


Figura 11. Prescripción y suministro de medicamentos.

### **3.12 Estudios complementarios**

Los estudios complementarios (Figura 12) están presentes en 46 historias clínicas. Se observó fotocopia de los resultados de estudios o los mismos transcritos por el médico tratante. Las 54 historias clínicas que tienen ausente los estudios complementarios no presentan la transcripción de solicitud ni resultados por parte del médico tratante.

### **3.13 Consentimiento informado**

El consentimiento informado (Figura 13) está completo solo en 9 historias clínicas, de las cuales 3 corresponden a adultos y 6 son del servicio de pediatría. El resto de las historias clínicas presentan la hoja del consentimiento informado sin completar. Las historias clínicas pediátricas están completas y organizadas.

### **3.14 Integridad de la historia clínica**

La integridad de la historia clínica (Figura 14) se observó en 74 historias clínicas. Está ausente en 26 historias clínicas que presentan hojas rotas, sueltas, manchas y tachones, se encuentra borrado el número de historia clínica o faltan datos personales del paciente en el membrete de cada hoja.

### **3.15 Legibilidad del contenido de la historia clínica**

La legibilidad del contenido (Figura 15) se encuentra presente en 54 historias clínicas y ausente en las 46 restantes. Depende la legibilidad de la letra de cada profesional interviniente.

### Estudios complementarios

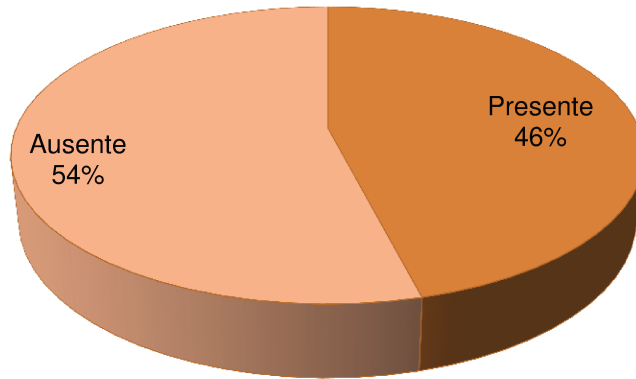


Figura 12. Estudios complementarios.

### Consentimientos informados

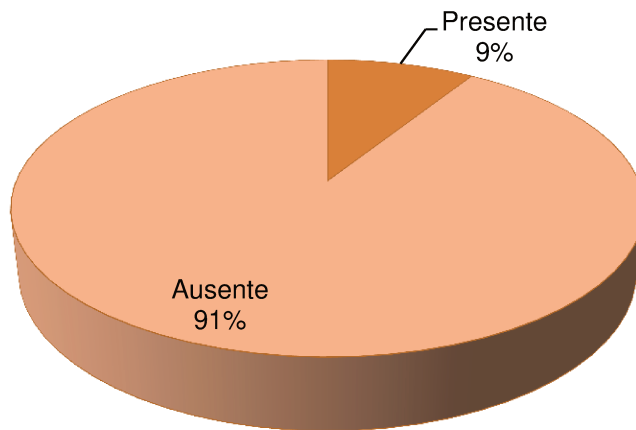


Figura 13. Consentimiento informado.

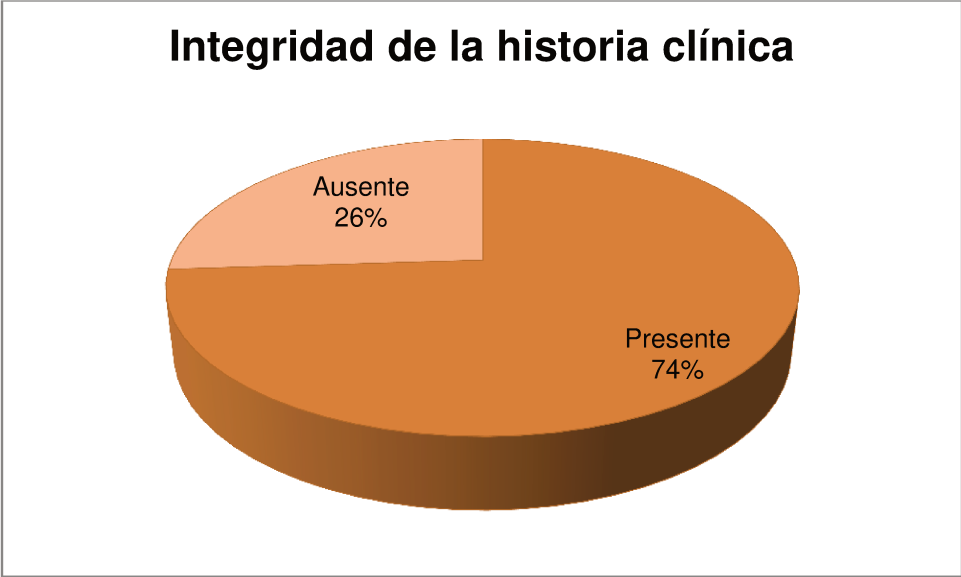


Figura 14. Integridad de la Historia Clínica.

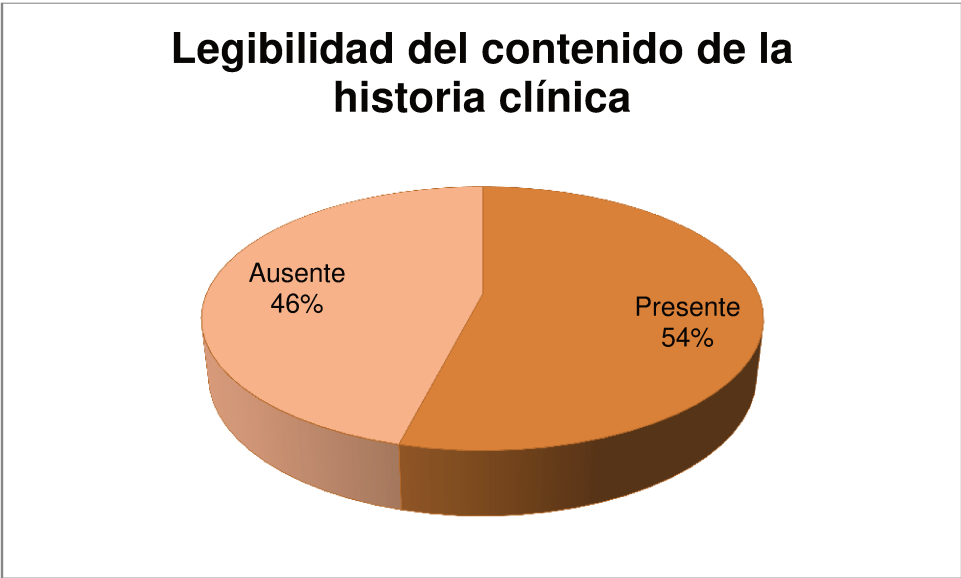


Figura 15. Legibilidad del contenido de la historia clínica.

### 3.16 Resumen de resultados

A continuación, se presenta un resumen de los principales hallazgos realizados en base al análisis de 100 historias clínicas del consultorio externo entre los años 1980 y 2019.

- Se observó que los datos identificatorios del paciente están presentes en el 100% de las historias clínicas analizadas.
- Los datos identificatorios del familiar están presentes en 96% de historias clínicas y en 4% se encuentra ausente.
- El motivo de consulta se encuentra presente en el 80% de las historias clínicas y en el 20% se encuentra la información incompleta.
- Los antecedentes genéticos y patológicos del paciente se encuentran presentes en 25% y ausente en el 75% de las historias clínicas.
- Los antecedentes patológicos familiares se encuentran presentes en 20% y ausentes en el 80% de las historias clínicas.
- El examen físico está presente en el 20% y ausente en el 80% de las historias clínicas.
- El examen psiquiátrico se encontró presente en 45% de las historias clínicas. Se observó que 55% de las historias clínicas tenían el examen realizado de manera incompleta.
- El diagnóstico presuntivo estaba presente en 52% de las historias clínicas evaluadas. Y ausente en el 48% de las mismas.
- Los datos identificatorios de los profesionales y fecha se encontraron presentes en 71% de las historias clínicas y en 29% están incompletos estos datos.
- Los registros de los actos realizados por otros especialistas distintos a la disciplina de psiquiatría están presentes en 62% de las historias clínicas y ausente en el 38%.
- La prescripción y suministro de medicamentos se encuentran presentes en el 90% y está ausente en 10% de las historias clínicas.
- Los estudios complementarios están presentes en el 46% de las historias clínicas y en 54% están ausentes.

- El consentimiento informado está completo en el 9% de las historias clínicas y se encuentra ausente en el 91%.
- La integridad de la historia clínica se observó en el 74% de las historias clínicas y está ausente en el 26%.
- La legibilidad del contenido se encuentra presente en el 54% y ausente en el 46% de las historias clínicas.

### Conclusiones y Recomendaciones

---

#### 4.1 Conclusiones

Con la información obtenida anteriormente se pudo observar que en el hospital y entre los profesionales de salud mental del mismo no se encuentra un consenso unificado de como plasmar la información obtenida en cada consulta, la cual debe estar completa, siguiendo las normas de la ley nacional N° 26.529, a la que adhiere la resolución provincial N° 1.278, y que regulan los derechos de los pacientes respecto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica.

Ante esta situación es necesario plantear una mejora en el registro de los actos médicos realizados, principalmente en los siguientes puntos: antecedentes personales y familiares del paciente ya que los mismos aportan datos elementales para iniciar un tratamiento, el examen físico completo el cual no es registrado por los especialistas en salud mental y, por otro lado, las historias clínicas al no ser integradas hacen que otros especialistas no registren sus consultas en ella.

Las normas también regulan lo concerniente al consentimiento informado del paciente, es decir que, una vez notificado de su diagnóstico el paciente debe prestar conformidad a los estudios y procedimientos médicos que deberán llevarse a cabo para su cura, cuyo dato está ausente en 91 de las 100 historias clínicas analizadas. Este consentimiento es obligatorio para toda actuación profesional en el ámbito médico - sanitario sea público o privado.

Es importante resaltar que el consentimiento informado no es solo un trámite administrativo, se trata de un proceso en el cual el profesional introduce la información relevante y de interés sobre el diagnóstico, tratamiento e intervención que realizara al paciente, para que éste pueda responder, preguntar y valorar la situación a la que se va a enfrentar con los medios más adecuados.

Este proceso suele ser verbal, del cual debe dejarse constancia escrita por ambas partes (profesional y paciente).

Es importante remarcar la importancia de todos los criterios analizadas en el estudio realizado, sobre todo en salud mental, las cuales deben ser cumplidas por la legislación vigente. Esta información debería encontrarse completa, pensando en las múltiples consultas que suelen realizar estos pacientes, muchos de ellos socialmente vulnerables, y considerando la complejidad que conlleva el tratamiento con psicofármacos y sus efectos adversos.

Al no encontrarse de forma completa la información en las historias clínicas, como puede observarse en los diferentes gráficos, los profesionales desconocen los actos realizados en el paciente anteriormente y pueden causarle un daño al mismo. Mejorar la calidad del registro evita futuras iatrogenias de otros profesionales.

Por otro lado, se observó que el control de la medicación recetada se realiza mediante la farmacia del establecimiento, porque en algunas ocasiones los pacientes realizan consulta por guardia, donde no siempre se registra el acto médico, y en otras ocasiones el servicio de estadística está cerrado por lo tanto no hay accesibilidad a las historias clínicas.

Al analizar las historias clínicas, también se pudo observar que registraron sus actos médicos de otras especialidades como neurología, psicología y psiquiatría infanto-juvenil. Los pacientes que durante el tratamiento crónico de su cuadro psicopatológico requirieron internación tienen registro de otras especialidades como por ejemplo clínica médica o trabajo social las cuales se encuentran en la sala de internación.

El Hospital Mira y López también consta de consultorios externos de las siguientes especialidades: ginecoobstetricia, cardiología, fonoaudiología, dermatología, neurología pediátrica, psicopedagogía. De estas especialidades no se encontró registro en las historias clínicas ya que las mismas no la utilizan como método de registro.



De todas las variables, se observaron diferencias entre historias clínicas de pacientes que han cursado internación en el Hospital, ya sea en sala de adultos o pediátrica, las mismas se encontraban completas en todos los criterios analizados independientemente del profesional actuante. Se observó el registro de las interconsultas con otros especialistas diferentes a la salud mental, presentan anexados los estudios complementarios realizados, hoja de prescripciones médicas ordenadas, oficios judiciales y toda documentación que complete la información del paciente. Por otro lado, se observó ausencia del registro del consentimiento informado en los pacientes que cursaron internación donde se encontraba completa la información en general.

Por último, el servicio de pediatría presenta historias clínicas iniciales preestablecidas donde registran toda la información del paciente al iniciar la misma (datos personales y familiares, motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales y familiar, diagnóstico presuntivo y tratamiento), por lo tanto, están más organizadas y completas que las historias clínicas de adultos que dependen exclusivamente del profesional actuante.

## **4.2 Recomendaciones**

De acuerdo con los resultados obtenidos, se sugiere como propuesta de mejora, conformar un comité de auditoría médica basado en la calidad de atención centrando su función en el paciente.

Revisión periódica de las historias clínicas mediante un protocolo de análisis institucional a partir de normas institucionales y provinciales-nacionales.

Equipo de revisión legal con profesionales idóneos el cual evalúe y recomiende cambios en aquellos aspectos con mayor repercusión legal. Con el objetivo de evitar demandas y pleitos por responsabilidad médica las cuales pueden asociarse con la existencia de una documentación incompleta e inadecuada en la historia clínica.

Por otro lado, normatizar la Historia Clínica inicial, utilizando un formulario preestablecido donde se registre cada variable evaluada y que tenga una actualización en lo posible anual por parte del profesional actuante.

Implementar una Historia Clínica integrada donde se registre el acto de todas las especialidades actuantes en el consultorio externo, no limitada al área de salud mental.

Para finalizar, y con el objetivo de mejorar la accesibilidad, se podría digitalizar la Historia Clínica, para que puedan adherirse los profesionales desde cualquier institución de salud y el paciente poseer una atención integral y completa, respetando los derechos de intimidad y confidencialidad del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

---

[1] Ley Nacional N° 26.529 (2009). **“Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado”**. Boletín Oficial, Buenos Aires.

URL <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>.

[2] RESOLUCION N° 1278 (2011) **“Instructivo relativo al Consentimiento informado. Formulario de Consentimiento informado. Instructivo para la confección y Archivo de Historias Clínicas”**. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

URL <http://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/177672>

[3] Patitó, J.A. (2000) **“Medicina legal”**. Ediciones Centro Norte.

[4] Velito, A.S. y Tejada Soriano, S.R. (2010). **“La historia clínica como instrumento de calidad”**, Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán.

[5] Ley 26.742 (2012) **Modifícase la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud**. Promulgada. Boletín oficial, Buenos Aires.

URL <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>.

[6] Santa Fe Provincia. **Herramientas para los Equipos de Salud**.

URL <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114567>.

[7] Zotto, R.S. (2017) **“Historia clínica informática”**. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS)

URL <https://salud.gob.ar/dels/entradas/historia-clinica-informatica>.

[8] Organización Mundial de la Salud (2018) “**Salud mental: fortalecer nuestra respuesta**” URL <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

[9] Ley 26.657 (2010) Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Buenos Aires.

URL <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.

[10] Garcia, R.E. (2001) “**El concepto de calidad y su aplicación en Medicina**”, Rev. méd. Chile, Santiago, v. 129, n. 7, p. 825-826.

[11] Zurita Garza B. (1996) “**Calidad de la Atención de la Salud**”, Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vol. 57, Nº4.

[12] Cartuccia L. (2018) “**Auditoria de Historias Clínicas**”, Asociación Argentina de Auditoria y Gestión Sanitaria (SADAM).