

# EVALUACIÓN CRÍTICA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE INTERNACIÓN DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL DE CLÍNICAS “JOSÉ DE SAN MARTÍN”

**Lic. Cecilia Mariné Caceres\***

**Lic. Claudia Sztrum\*\***

**Damián Zopatti\*\*\***

**Juan Bourbotte\*\*\*\***

**Sergio Villaverde\*\*\*\*\***

## Resumen

El presente trabajo de investigación está enfocado en analizar y determinar la evaluación crítica de la calidad de la información de las historias clínicas con una perspectiva archivística. Los documentos de salud cumplen con la triple función social: fuente para la historia, memoria de la institución y garantía en el ejercicio de los derechos.

Se desarrolló un estudio descriptivo para diagnosticar el nivel de calidad y grado de cumplimentación de historias clínicas de internación en servicios de medicina interna sobre una población total de 1633 personas. Por lo tanto, la muestra es de 312. Las variables que se observaron fueron los tipos documentales “Hoja Principal”, “Consentimiento Informado de Ingreso”, “Epicrisis” y “Evolución Clínica” y se ha determinado la ausencia o presencia completa/incompleta del documento.

Como resultado, obtuvimos que la “Epicrisis” tiene un alto grado de cumplimentación. No obstante, la “Hoja Principal” y el “Consentimiento informado” están ausentes. La “Evolución Clínica” nos muestra que, aunque la documentación está presente, la calidad de la información es regular, dado que, el valor “presente” no significa que esté completo.

La calidad de la historia clínica parece estar comprometida y podría repercutir en el desempeño de las distintas áreas del hospital. Se recomienda el trabajo en conjunto con las áreas asistenciales y técnico-administrativas a fin de asegurar el cumplimiento

---

\* Lic. en Gestión Universitaria, Universidad de Buenos Aires y Lic. en Archivología, UFASTA. Departamento de Revisión y Codificación. Hospital de Clínicas “José de San Martín”. Argentina. E-mail: cmceci@hot-mail.com

\*\* Lic. en Gestión Universitaria, Universidad de Buenos Aires. Jefa del Departamento de Revisión y Codificación. Hospital de Clínicas “José de San Martín”. Argentina.

\*\*\* Médico Director de la Dirección de Estadística, Internaciones y Archivo médico del Hospital de Clínicas “José de San Martín”. Argentina.

\*\*\*\* Médico Especialista Universitario en Clínica Médica- Jefe del Depto. de Planificación y Control de Gestión. Hospital de Clínicas “José de San Martín”. Argentina.

\*\*\*\*\* Departamento de Revisión y Codificación. Hospital de Clínicas “José de San Martín”. Argentina.

de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

**Palabras clave:** Historia clínica, Calidad de información, Revisión y Codificación, Gestión hospitalaria

## Critical evaluation of hospitalization records of internal medicine Hospital de Clínicas “Jose de San Martin”

### Abstract

The present research work is focused on analyzing and determining the critical evaluation of the quality of the information in medical records, with an archival perspective. Health documents fulfill the triple social function; source for the history, memory of the institution and guarantee the exercise of rights.

A descriptive study was developed to diagnose the level of quality and degree of completion of hospitalization medical records on internal medicine services. The total population is 1633 medical records, therefore the sample is 312. The variables to be observed were the document types “Main Sheet”, “Informed Consent for Admission”, “Epicrisis” and “Clinical Evolution”, determining the absence or complete/incomplete presence of document.

The “Epicrisis” has a high degree of completion, however, there is an absence in the “Main Sheet” and the “Informed Consent”. The “Clinical Evolution” shows that, although the documentation is present, the quality of the information is regular, since the “present” value does not mean that is complete.

The quality of the medical history seems to be compromised, and could impact the performance of the different areas of the Hospital. It is recommended that healthcare and technical-administrative areas work together to ensure compliance with the standards established for the correct completion and adequate management of medical history.

**Keywords:** Clinical history, quality of information, Review and Coding, hospital management.

### Introducción

La historia clínica es la fuente de información que provee los datos biomédicos y demográficos de los pacientes, que, contenido en un conjunto de datos, otorgan costo a las tecnologías de información y a la indagación científica.

La Ley Nacional de Protección de los Derechos del Paciente en su relación con la de los Profesionales e Institutos de Salud N° 26.529, con su consiguiente reforma por la Ley N° 26742/12 y su decreto reglamentario N° 1089/12 regulan expresamente la historia clínica en el Capítulo IV: “el documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud, cada institución establecerá protocolos de utilización y conservación”<sup>1</sup>:

La autora Criado Del Río define la historia clínica como:

Como el documento médico-legal en donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico sanitarios realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia.<sup>2</sup>

Los documentos de salud plasman, además de un valor científico e informativo, un valor social e histórico. Alberch Fugueras (2012) indica que un documento de archivo es producto de una acción continua y forma parte de una secuencia de producción documental, al mismo tiempo que refleja las funciones y actividades de los individuos y las instituciones que lo han generado.<sup>3</sup>

## Objetivos

### Objetivo general

- Evaluar el nivel de calidad de información de las historias clínicas de internación de medicina interna de pacientes egresados, en el periodo entre el 1 de julio al 31 de diciembre del 2021, resguardadas y custodiadas por el Archivo Médico del Hospital de Clínicas “José de San Martín”.

### Objetivos específicos

- Identificar los tipos documentales que exige la Ley 26.529 para que la historia clínica sea completa y de calidad.
- Determinar los atributos de los tipos documentales para observar: Hoja de Identificación, Consentimiento Informado, Epicrisis y Evolución Clínica.
- Examinar el grado de cumplimentación, presencia o ausencia, de tipos documentales, de las historias clínicas de internación de medicina interna.

---

1 Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm> [Fecha de consulta: 18-06-2022]

2 María Teresa CRIADO DEL RÍO, 1993: p.23.

3 Ramón ALBERCH FUGUERAS “Los archivos, entre la memoria histórica y la sociedad del conocimiento.” *Los archivos, entre la memoria histórica y la sociedad del conocimiento* (2012): 1-224.

- Analizar la calidad de la información de la presencia de los tipos documentales, completa o incompleta, de las historias clínicas de internación de medicina interna.
- Determinar el nivel de calidad de información de las historias clínicas de internación de medicina interna de pacientes egresados, en el periodo entre el 1 de julio y el 31 de diciembre del 2021.

## Fundamentación

Los archivos están estrechamente arraigados con la memoria. Tanodi<sup>4</sup> plasma que la memoria retiene parcialmente lo observado, experimentado y vivido. Además, está sumada a la información suministrada por los documentos de archivo y contribuye a formar conciencia e ideología.

La información es un recurso esencial para el desempeño de la organización. Sus procesos de registro, organización y procesamiento clínicos son ocupaciones de apoyo que definen el desempeño de la red asistencial. Todas las actividades administrativas, la gestión de recursos clínico-asistenciales, de investigación y de docencia implican el registro, almacenamiento de datos, su tratamiento y su emisión posterior para transmitir la información documentada. Para ello, en cuanto al contenido informativo, la historia clínica debe reunir una serie de características, ordenación lógica y normalización documental fundadas en diversas normas y recomendaciones:

La Ley 26.529 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” nos indica lo siguiente:

- Capítulo IV art. 12 Factores de información sanitaria.
  - a. Completa: El registro debe incluir todas y cada una de las actuaciones en relación con el paciente. No deben omitirse anotaciones que puedan ser relevantes.
  - b. Cronológica: en el tiempo transcurrido.
  - c. Coherente: Redacción sencilla y comprensible.
  - d. Diligenciado: Respetar el orden y llenar todos los ítems requeridos.
  - e. Firmada y aclarada correctamente: identifican a cada profesional involucrado que interviene.
- Capítulo IV art. 15 Asientos. Según lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:
  - a. La fecha de inicio de su confección.
  - b. Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar.
  - c. Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad.
  - d. Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes.
  - e. Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos, si los hubiere.

---

4 Aurelio, TANODI. *Temas archivísticos: reedición de algunos trabajos*. Centro Interamericano de Desarrollo de Archivos, 1992.

- f. Todo acto médico realizado o indicado que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y, en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

- Capítulo IV art. 16: establece la integridad que deben tener los formularios que pertenecen a la historia clínica. Eso incluye el consentimiento informado, hojas de indicaciones médicas, planillas de enfermería, protocolos quirúrgicos, prescripciones dietéticas, estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas. Se debe acompañar en cada caso un breve sumario del acto de agregación y el desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional tratante.

La obligatoriedad de firmar la historia clínica lo impone el principio general que parte del art. 288 del Código Civil y Comercial, como así también, de la buena práctica profesional.

La Legislación Argentina define el consentimiento informado y su instrumentación en el art. 59 del Código Civil y Comercial de la Nación, como así también, en el Código de Ética para el equipo de la Salud (2011) en su art. 177.

La Organización Panamericana de la Salud (1990) declara: "Historia clínica, para efectos operativos, se entiende como: el conjunto de los formularios en los cuales se registran en forma detallada y ordenada todos los datos relativos a la salud de una persona".

La historia clínica implica reunir en un solo documento, debidamente detallado e identificado, toda la información concerniente a la salud de un paciente, sus alteraciones y evoluciones a través de toda su vida. Es el documento principal de un sistema de información hospitalario y es necesario para la asistencia y administración. Además, constituye un registro completo de la atención prestada durante su enfermedad, de allí es que deriva su trascendencia como documento legal. El estudio de un paciente requiere de la acumulación de numerosos datos de gran valor que, en muchas ocasiones, son resultado de la actividad de diversos médicos.

En el Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria (DELS), el abogado, especialista en Administración de Justicia (UBA) y profesor adjunto en Regular de Contratos Civiles y Comerciales (UBA), Gustavo Caramelo, indica que la historia clínica es un valor probatorio ante fallos judiciales, según lo establecido en el artículo 319 del CCyCN.

Como bien detallamos anteriormente, una historia clínica no puede ser insuficiente, ilegible o inexistente, es una presunción de la culpa profesional lo que podría determinar la inversión de la prueba. Es decir, lo que obliga al profesional a aportar las pruebas para demostrar que actuó con diligencia, prudencia y cuidado

Si bien, los documentos que se retienen en una institución de salud pueden haber perdido el valor principal de la organización, siguen conservando su valor secundario. Esto último incluye: el valor de la información, que se trata de la utilidad permanente que tienen los documentos para aportar grandes cantidades de datos a la hora de realizar investigaciones en cualquier campo del conocimiento; valor científico, que es cuando los documentos pierden interés en las instituciones, y su uso ya no es propio de las mismas, sino que es social; y valor probatorio, es decir, el uso permanente del documento, dado que, reflejan la evolución del organismo administrativo que creó el documento.

Una de las funciones básicas de este proceso de archivo es la correcta valoración de la importancia de los documentos. Por consiguiente, se formula como hipótesis que los datos registrados en las historias clínicas de internación de medicina interna de pacientes egresados en el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre del 2021 son insuficientes para evaluar la buena calidad de información de la práctica clínica. Tampoco sirven para llevar a cabo la correcta valoración o evaluación documental que ha de partir de una correcta identificación que permita reconocer los valores primarios y secundarios de los documentos que nos lleven a su selección, para poder concluir qué eliminar y qué conservar para el futuro.<sup>5</sup>

## Metodología - Material y Métodos

El Departamento Archivo Médico, en conjunto con el Departamento Revisión y Codificación, procesan las historias clínicas de internación en una evaluación documental tanto cuantitativa como cualitativa. El análisis cuantitativo es la revisión de las historias que se realizan con el fin de asegurar que estén completas, exactas y reúnan las normas establecidas por la institución. Por su parte, el análisis cualitativo está relacionado con la revisión de la historia clínica para asegurar que esta contenga datos suficientes para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final; garantiza que todas las opiniones estén debidamente respaldadas; y verifica que no existan discrepancias ni errores.

El tamaño de la muestra es el resultado de un intervalo de confianza del 95,5 %. Tiene un margen de error permitido de muestreo del 5 %, suponiendo que en la varianza poblacional el caso más desfavorable de  $p$  igual a 50, luego  $q = 50$ , indicada por Sierra Bravo (2005).

Se examinaron 312 historias clínicas seleccionadas mediante un muestreo aleatorio simple, del total de 1633 egresos (altas-defunción) del Servicio de Medicina Interna, durante el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre de 2021.

Se analizaron las siguientes variables e indicadores.

---

5 HEREDIA HERRERA, Antonia "El proceso de evaluación documental". *Conferencia pronunciada en el Vº Congreso de Archivología del MERCOSUR* - Huerta Grande (Cba.), Argentina - 28 - 30/08/2003

- Tipos documentales

- Hoja principal: información de identificación del paciente (datos filiatorios, personales y de su entorno, cobertura o financiador en salud y teléfonos de contacto). Esta documentación se imprime desde el Sistema de Camas, por lo tanto, ya contienen los datos arriba mencionados.
- Consentimiento informado de internación: aceptación y aprobación libre por parte del titular de un acto diagnóstico o terapéutico. Allí, se detallan los beneficios y riesgos, después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica. En el mismo, debe constar su nombre y apellido, firma, aclaración y documento; firma del responsable, firma de testigo, y, en caso de que se trate de pacientes menores de 21 años, firma de padre, madre o tutor
- Epicrisis: Documento que se confecciona al momento del egreso del paciente donde el médico resume los aspectos más relevantes de la enfermedad que cursó. La epicrisis debe contener: diagnóstico presuntivo de ingreso, antecedentes, comorbilidades, procedimiento principal, complicaciones, procedimientos realizados con sus resultados, diagnósticos principales y secundario/s, pautas de alta: listado de medicamentos conciliados, dieta, turno de control ambulatorio, signos de alarma, tratamiento y actividades que puede realizar. En la parte superior de cada hoja se debe registrar los datos del individuo que permita su identificación (nombre y apellido y número de historia clínica).
  - Datos Personales del paciente en cada hoja (A-N-D)
  - N<sup>o</sup> de Historia Clínica
  - Fecha de Ingreso (día/mes/año)
  - Fecha de Egreso (día/mes/año)
  - Diagnóstico de Egreso

Se considera presencia incompleta al faltar dos (2) indicadores o más.

- Evolución clínica: registro de todos los datos referidos a los posibles cambios de los síntomas y de los signos al transcurrir el día, la terapéutica instituida, los cambios en los signos vitales, los resultados de los exámenes efectuados, aparición de nuevos síntomas y/o signos. Se debe realizar una vez al día y debe quedar registrada la firma y sello del médico interviniente. Debe identificarse en la parte superior de cada hoja el nombre y apellido y número de historia clínica del paciente.

El Código de Ética para el Equipo de Salud<sup>6</sup> (2011) establece en su artículo 172: “Las hojas de las Historias Clínicas deben ser foliadas y cada una de ellas debe tener el nombre del paciente, del miembro del Equipo de Salud y la fecha”, de la misma manera que lo afirma la Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, en el artículo 12.

---

6 Hurtado-Hoyo, E., Dolcini, H. A., & Yansenson, J. F. (2011). Código de Ética para el Equipo de Salud.

- Indicadores
  - Presencia: Existencia del documento elegido
  - Ausencia: Inexistencia de los tipos documentales: Hoja principal, Consentimiento informado de internación, Epicrisis, Evolución clínica en la HC.
  - Presencia completa: Existencia los tipos documentales: Hoja principal, Consentimiento informado de internación, Epicrisis, Evolución clínica debidamente completados.
  - Presencia incompleta: Existencia de los tipos documentales: Hoja principal, Consentimiento informado de internación, Epicrisis, Evolución clínica con falencias de algún dato requerido en los formularios.

Al examinar los documentos, se ingresaron en una planilla excel las variables e indicadores mencionados, se utilizaron como ponderación de los resultados y se estableció una valoración diferencial de los factores para evaluar: presencia (1) o ausencia (0).

Se definieron funciones de la información asentada en la historia clínica.

- 1) Función médica: reúne los datos necesarios que permitan evaluar los tratamientos y criterios para desarrollar frente al paciente los distintos profesionales que pueden intervenir en su atención.
- 2) Función jurídica: al ser un registro de los distintos actos y prácticas que desarrollan los profesionales de la salud, se convierte en un documento de carácter probatorio de la responsabilidad médica en posibles juicios de mala praxis por la atención, tanto en el ámbito penal como en el civil.
- 3) Función estadística: el procesamiento y elaboración de los datos surgidos de las historias clínicas puede aportar información valiosa para la elaboración de políticas sanitarias.
- 4) Función académica y científica: con previo consentimiento del paciente (art. 59, CCyCN) la información que contiene la historia clínica puede constituir una valiosa fuente para el estudio y la investigación de determinadas patologías, como así también, para la eficacia de determinados tratamientos.
- 5) Función contable/ liquidación: compatibilizar una buena relación entre eficiencia, costos, calidad y seguridad de la atención brindada.

## Resultados

En la presente investigación, se evaluaron 312 HC y se observaron las cuatro variables establecidas.

La “Hoja Principal” se encuentra ausente en un 62,2 % del total estudiado. El 30,8 % está presente y contiene todos los indicadores que se analizan (datos personales del



paciente, apellido y nombre, DNI, cobertura médica y fecha de vencimiento de la misma, y servicio responsable).

Respecto del “consentimiento informado de ingreso”, el 86,2 % está ausente. El porcentaje restante 24,7 % indica presencia, aunque su ausencia más incompleta es la firma del paciente y su representante.

En la “epicrisis”, el 92 % está presente en las historias clínicas. Al mismo tiempo, demuestran que solo el 84 % cuenta con presencia completa. El 16 % de presencia incompleta las características con más ausencias o falencias radican en datos personales del paciente en cada hoja: apellido, nombre, número de Historia Clínica, como así también en la fecha de egreso.

Por último, respecto de la “evolución clínica”, el 88,8 % está presente. La documentación, no obstante, tiene un 72,6 % del total de presencia incompleta, dado que los datos ausentes más relevantes son: datos personales, apellido, nombre en cada hoja un 70,4 % del total de registros; número de historias clínicas en cada hoja el 73,6 %; evolución diaria (día/mes/año) un 22,4 %; el sello y firma del médico interviniente un 15,6 %; y fecha y condición de egreso un 19,8 %.

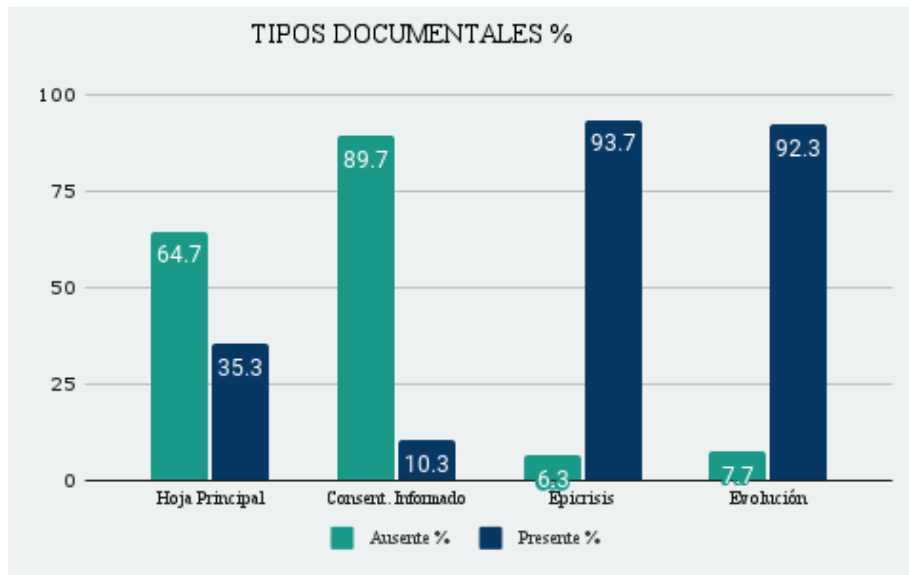
**Tabla 1. Evaluación de la calidad de la Historia clínica.  
Tipos documentales y atributos analizados**

Tipos Documentales	Ausente	A %	Presente	P %	Incompleto	I %	Completo	C %
Hoja Principal	216	62.2	96	30.8	1	1.0	95	99.0
Consent. Informado	235	86.2	77	24.7	67	87.0	10	13.0
Epicrisis	25	6.1	287	92.0	46	16.0	241	84.0
Evolución	35	7.4	277	88.8	201	72.6	76	27.4

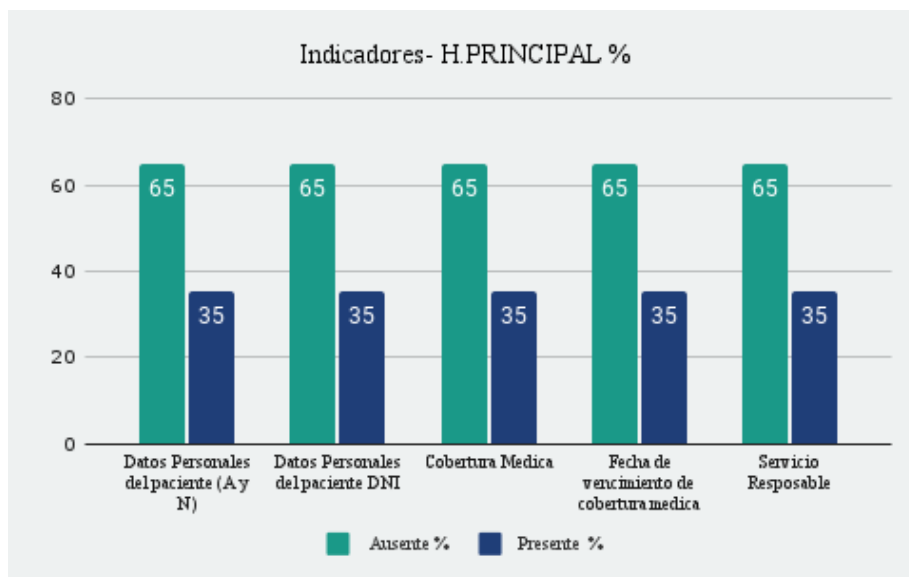
## Conclusiones

La ausencia de datos en los campos de los documentos de salud establecida por normativas vigentes, permiten observar que la “presencia” no es sinónimo de “completa”.

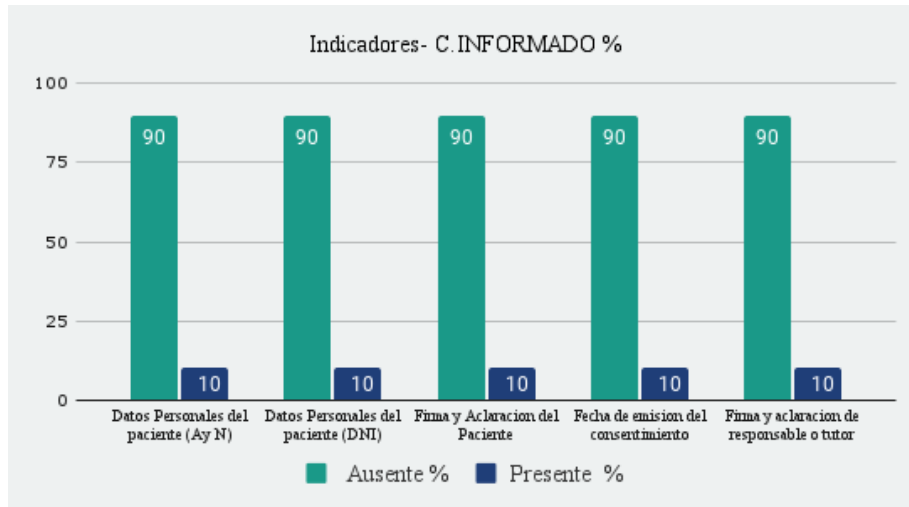
**Gráfico 1. Tipos documentales analizados en las Historias Clínicas**



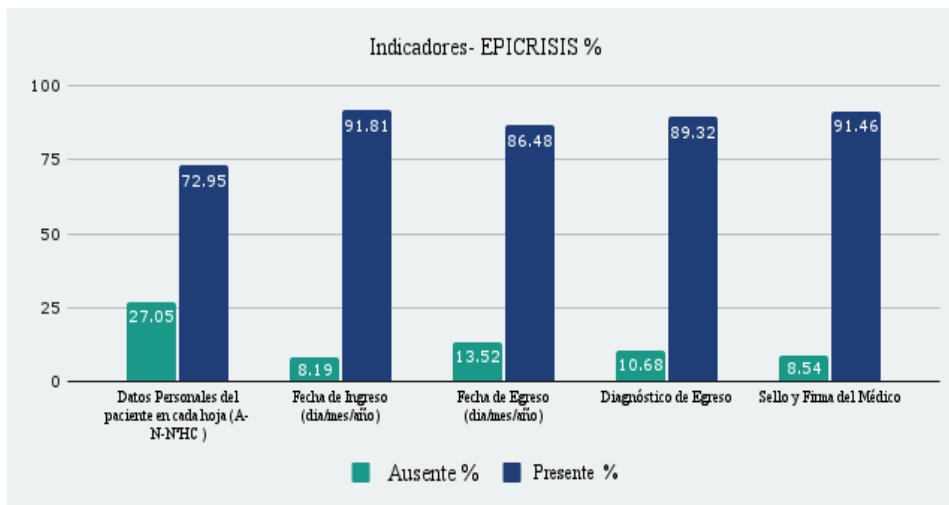
**Gráfico 2. Análisis de los indicadores Hoja Principal**



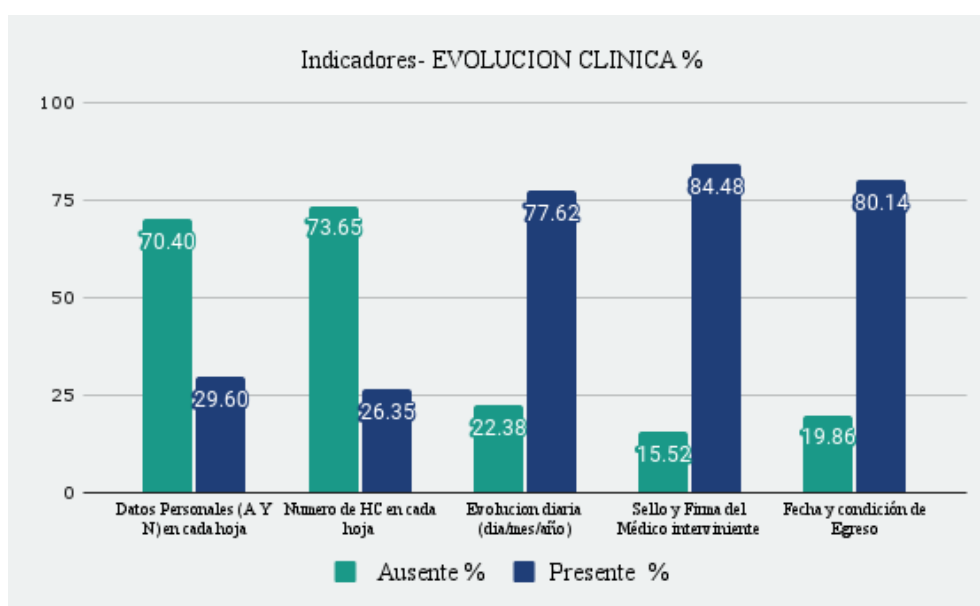
**Gráfico 2. Análisis de los indicadores del Consentimiento informado de internación**



**Gráfico 3. Análisis de los indicadores de Epicrisis**



**Gráfico 4. Análisis de los indicadores de la evolución clínica**



Consecuentemente, esta información no registrada en las historias clínicas de internación producirán una variación en las funciones del documento de salud, médica, jurídica, estadística, docencia e investigación y calidad asistencial.

Existe un alto grado de cumplimentación en la epicrisis, con un déficit significativo en las ausencias de la documentación, Hoja Principal y el Consentimiento informado de ingreso. Asimismo, la Evolución Clínica nos muestra que, aunque la documentación está presente, la información se encuentra incompleta. Por ello, la calidad del documento está comprometida.

Podemos concluir que, la calidad de la información de las historias clínicas de internación de medicina interna de pacientes egresados en el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre del 2021 resulta regular.

Es fundamental dejar constancia escrita de los datos requeridos para cada documentación, incluir consentimientos informados cuando sean necesarios y cumplimentar correctamente todos los datos del paciente en la epicrisis, realizar a diario las hojas de evolución y tratamiento por parte del médico tratante y dejar asentado con el sello y firma que lo identifique.

Se recomienda el trabajo en conjunto entre las áreas asistenciales y técnico-administrativas con el fin de asegurar el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

## Bibliografía

- ARROYO, D. C. (2015). Plan de conservación preventiva en archivos: metodología de trabajo para su aplicación. In 8 Jornadas Archivando: valor, sociedad y archivos: León, 5 y 6 de noviembre, 2015: Actas de las Jornadas (pp. 242-259). Fundación Sierra Pambley. Disponible en: Arroyo, D. C. (2015). Plan de conservación preventiva en archivos: metodología de trabajo para su aplicación.
- DEL RÍO, M. T. C. (1999). Aspectos médico-legales de la historia clínica. *MedClin (Barc)*, 112, 24-28. Disponible en: del Río, M. T. C. (1999). Aspectos médico-legales de la historia clínica.
- HEREDIA HERRERA A. (2003, p. 1): El proceso de evaluación documental. Conferencia pronunciada en el Vº Congreso de Archivología del MERCOSUR - Huerta Grande (Cba.), Argentina - 28 - 30/08/2003.
- CÓDIGO DE ÉTICA PARA EL EQUIPO DE SALUD. (2011) Disponible en: Código de Ética para el Equipo de Salud. (2011)
- FUGUERAS, R. (2003, p. 23): Los archivos, entre la memoria histórica y la sociedad del conocimiento, Ed. UOC, Madrid, "Presentación", cap. 1 "La archivística, ciencia de la administración y la información", Cap. 5.1 "La descripción normalizada. Disponible en Fugueras, R. (2003, p. 23): Los archivos, entre la memoria histórica y la sociedad del conocimiento, Ed. UOC, Madrid,
- EQUIPO VÉRTICE. (2010). *Gestión de la calidad (ISO 9001/2008)*. Editorial Vértice. Disponible en: Equipo Vértice. (2010). *Gestión de la calidad (ISO 9001/2008)*
- FERNÁNDEZ, M. T., Alcántara, M. A., Jiménez, C. D., Aceijas, F. M., León, U. P., & Tárraga, R. R. (2001). Programa de calidad en un archivo de historias clínicas. *Papeles Médicos*, 11(3), 107-112.
- FERRER DÍEZ, M. L. (2011). ARCHIVOS DE HISTORIAS CLÍNICAS. Disponible en: Ferrer Díez, M. L. (2011). ARCHIVOS DE HISTORIAS CLÍNICAS
- GUZMÁN, F., & ARIAS, C. A. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Revista colombiana de cirugía*, 27(1), 15-24 Disponible en: Guzmán, F., & Arias, C. A. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico.
- MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS, Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud, 1990. Disponible en: Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios, Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud, 1990
- MINISTERIO DE SALUD (2017). Diccionario Enciclopédico de Legislación Sanitaria. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/>
- QUINTERO HERNÁNDEZ, G. A. (2008) Consecuencias de la misión académica para los hospitales universitarios. Centro de Gestión Hospitalaria.
- RIAÑO-CASALLAS, M. I., & GARCÍA-UBAQUE, J. C. (2016). Gestión estratégica para hospitales universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(4), 615-620. Disponible en: Riaño-Casallas, M. I., & García-Ubaque, J. C. (2016). Gestión estratégica para hospitales universitarios

- SIERRA BRAVO, C. (2015). Plan de Mejoras para los procesos de: certificado de asistencia, contenido de programa, creación de horario, evaluación al docente, gestión académica, ingreso personal administrativo, matriculación, recalificación y registro asistencia administrativa de las Carreras” (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Matemáticas y Físicas Carrera de Ingeniería en Sistemas Computacionales). Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/10230>
- TANODI, A. (1992). Temas archivísticos: reedición de algunos trabajos. Centro Interamericano de Desarrollo de Archivos..
- VARO, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria*. Ediciones Díaz de santos. Disponible en: Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria*

### **Páginas Web consultadas**

- Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud - Decreto 1089/2012  
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>  
<https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/12796.html>  
<https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/ama-codigo-etica-castellano.pdf>  
Historia clínica | DELS