



006622  
2e

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CONTADURÍA Y  
ADMINISTRACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO

**ARCHIVO CLÍNICO,  
REESTRUCTURACIÓN EN EL HOSPITAL  
DE LA ASOCIACIÓN PARA EVITAR LA CEGUERA EN  
MÉXICO**

CASO PRÁCTICO  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN  
MÉDICA Y DE HOSPITALES

PRESENTA

FERNANDO VIVALDO LIMA  
MÉDICO CIRUJANO

ASESOR  
DR. CARLOS MARTÍNEZ GUTIÉRREZ

MÉXICO. 1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

273238



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PAGLIACIOTA

PAISCOATTIVA

**A mis padres:**

Dr. Lauro Vivaldo Fernández,  
Maestra Lupita Lima de Vivaldo.

Gracias por el ejemplo brindado con su diario vivir.

**A mis hermanos:**

Javier, Jorge, Arturo, Lupita, Raúl y Eduardo.

Gracias por su compañía y su apoyo.

**A mis suegros:**

Don Felix Solana Orea,  
Doña Guadalupe Abaonza de Solana.

Gracias por el valioso fruto de tan hermoso matrimonio:  
Celia.

**Al amor de mi vida, mi esposa:**

Dra. Celia Solana de Vivaldo.

Gracias por TODO.

**A mis hijos:**

Juan Francisco, Dulce María y María Fernanda.

No crean en lo que yo diga, crean en lo que yo haga.

Gracias por su valiosa cooperación, este trabajo es nuestro.

**Al pueblo de México:**

Con respeto y admiración, gracias al esfuerzo de todos he tenido la oportunidad de estudiar en instituciones tan valiosas como la Secretaría de Educación Pública y la Universidad Nacional Autónoma de México.

**Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología:**

Gracias por el financiamiento de la beca con la que pude realizar mis estudios.

**A la Universidad Nacional Autónoma de México:**

Con exigencia académica y con la colaboración de todos seguirá siendo nuestra máxima casa de estudios.

**Al Dr. Carlos Martínez Gutiérrez:**

Gracias por su apoyo para la realización del presente trabajo y por su interés en mi desarrollo profesional.

**Al Dr. Jorge Ruiz de Esparza:**

Su mejor enseñanza, su ejemplo.

## **Los buenos maestros nunca se olvidan:**

**Dr. Manuel Barquín Calderón.  
Dra. Olga Carreño de Esparza.  
Dr. Diego Cuevas Cancino.  
Srita. María Luisa de la Garza.  
Dr. Guillermo Fajardo Ortíz.  
Dr. Jorge Gage Barragán.  
Maestra Guadalupe Lima de Vivaldo.  
Hno. Rafael Martínez Cervantes.  
Dr. y Pbro. Jorge Antonio Palencia Ramírez de Arellano.  
Dr. Antonio Ríos Vargas.  
Dr. Luis Sánchez Bulnes.  
Hno. Manuel Velasco Arzac.  
Dr. Manuel Velasco Suárez.  
Dr. Lauro Vivaldo Fernández.**

**Y a Usted ... ¡ Gracias !**

## **A las instituciones donde he colaborado:**

**Asociación Mexicana de Hospitales.  
Casa Hogar para Ancianos "Dr. Ignacio Medina Lima."  
Escuela Secundaria Anexa a la Normal Superior.  
Escuela Superior de Administración de Instituciones.  
Escuela Fundación Mier y Pesado.  
Hospital de la Asociación para Evitar la Ceguera en México.  
Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Instituto Nacional de Cardiología.  
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.  
Secretaría de Salud.  
Universidad la Salle.  
Universidad Nacional Autónoma de México.**

**Gracias por su confianza.**

**A mis sinodales:**

- Dr. Carlos Martínez Gutiérrez.
- Dr. Jorge Ruiz de Esparza García.
- Dr. Antonio Gómez Bautista.
- Dr. Ramón Echenique Portillo.
- M. en C. Rocío Llarena de Thierry.
- M.S.P. Hilda Guadalupe Reyes Zapata.
- M.A.S. María Gilma Arroyave Loiza.

Con todo respeto y admiración.

**A mis revisores:**

- Hno. Manuel Velasco Arzac.
- Dr. Eduardo Vivaldo Lima.
- Dr. Raúl Vivaldo Lima.

Gracias por la paciencia y el cuidado puesto en esta petición, errores u omisiones son responsabilidad del suscrito.

**Al Dr. Eduardo Moragrega Adame,**  
**Director del Hospital de la Asociación para Evitar la Ceguera en**  
**México:**

Gracias por su autorización para la presentación del presente trabajo, así como el interés mostrado en el mismo.

## **Presentación**

El Caso Práctico que se somete a su consideración, es el resultado del análisis 18 años después de una de mis experiencias durante 1981, tiempo en que laboré como jefe de la Unidad de Organización y Métodos del Hospital de la Asociación para Evitar la Ceguera en México, APEC, Institución de Asistencia Privada; versa sobre la reorganización del archivo clínico de la institución.

El objetivo del presente trabajo es promover la importancia que en el personal del equipo de salud se le debe dar al archivo clínico del hospital. Se muestra en el marco de referencia información nacional e internacional sobre el expediente clínico y archivo clínico, que puede ayudar al equipo de salud a entender su relevancia, haciéndose énfasis en el proceso histórico que ha generado este proceso.

Se presenta el entorno histórico del Hospital de la APEC así como los antecedentes institucionales relevantes con relación al archivo clínico y el proyecto que llevó a su reestructuración.

Como base para establecer el diagnóstico situacional para planear la reestructuración del archivo clínico se utilizó la técnica de observación directa y entrevistas cualitativas no estructuradas a personas clave relacionadas con el problema presentado, posteriormente se diseñó un cuestionario estructurado, de tipo autoadministrado dirigido a los jefes de servicio en base al cual se jerarquizaron las prioridades de la institución y el proyecto de reestructuración del archivo clínico.

Se exponen la conclusión y recomendaciones posteriores a la elaboración del presente Caso Práctico, 18 años después.



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO, I. A. P.  
HOSPITAL DR. LUIS SANCHEZ BULNES  
FUNDADA EN AGOSTO DE 1918  
VICENTE GARCIA TORRES No. 46 COL. SAN LUCAS COYOACAN 04030 MEXICO, D.F.  
TEL: 659-35-97 FAX: 659-33-08

México, D.F. a 8 de enero de 1999.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Por la presente me es grato informar a Uds. que se autoriza al DR. FERNANDO VIVALDO LIMA a presentar su experiencia obtenida en nuestra Institución, en relación al Archivo Clínico, con el objeto de obtener su grado académico de Maestro en Administración de la Atención Médica y de Hospitales.

Se presenta el fruto de la labor en equipo del personal del Hospital concebido con una extraordinaria visión por el Dr. Luis Sánchez Bulnes, Presidente del Patronato y del Dr. Diego Cuevas Cancino, Director del Hospital en esa época.

Sirva este documento como Testimonio de lo que se puede hacer con esfuerzo y dedicación en favor de nuestros pacientes.

A t e n t a m e n t e,

DR. EDUARDO MORAGREGA ADAME  
Director General

ASOCIACION PARA EVITAR LA  
CEGUERA EN MEXICO, I. A. P.  
R. F. C. P. C. 220123-703  
S. N. C. A. 2004010532

ep

## INDICE

1.	Introducción.....	4
2.	Marco de referencia.....	8
2.1	<b>Expediente clínico</b> .....	8
2.1.1	Importancia de su uso.....	8
2.1.2	Expediente clínico y normatividad vigente.....	13
2.1.3	Resolución de controversias en esquemas alternos a la disputa judicial.....	16
2.1.4	Manejo y uso.....	18
2.1.5	Expediente clínico en las instituciones de salud.....	19
2.1.6	De su conservación.....	20
2.2	<b>Archivo clínico</b> .....	21
2.2.1	Antecedentes históricos.....	22
2.2.2	Definición de archivo clínico.....	31
2.2.3	Funciones principales.....	31
2.2.4	Localización.....	32
2.2.5	Sistemas de identificación de expedientes.....	34
2.2.6	Funcionamiento:.....	35
2.2.7	Problemática en el Archivo Clínico.....	36
2.2.8	Sistema ideal de archivo clínico.....	38
2.2.9	Alternativas de solución.....	39
2.2.9.1	Microfilmación.....	39
2.2.9.2	Sistemas de información hospitalaria.....	42
2.2.10	Personal.....	47
2.2.11	Acreditación de hospitales y archivo clínico.....	50
2.3	Bioética y Sistemas de Información.....	54
2.4	Seguridad de los Registros Médicos Electrónicos.....	56
3.	<b>Entorno: Asociación para Evitar la Ceguera en México</b> .....	58
3.1	Antecedentes históricos.....	58
3.2	Objetivos de la Asociación.....	59
3.3	La APEC y la Asistencia Privada.....	59
3.4	Evolución física de las instalaciones.....	60
3.5	Organización.....	63
3.6	Asesoría externa al Archivo Clínico de la APEC.....	69
3.7	<b>Estadísticas del Hospital de la APEC, 1980</b> .....	70

3.7.1	Distribución de recursos humanos por área de trabajo .....	70
3.7.2	Origen de los recursos económicos .....	71
3.7.3	Destino de los egresos .....	72
3.7.4	Recursos materiales .....	73
3.7.5	Estadística de morbilidad durante el año de 1980 .....	74
3.7.6	Tipo de consulta externa durante 1980 .....	75
3.7.7	Pacientes hospitalizados durante el año de 1980 .....	76
<b>4.</b>	<b>Diseño y metodología del caso .....</b>	<b>77</b>
4.1	Antecedentes del Hospital de la APEC relacionados con el archivo clínico .....	77
4.2	<b>Objetivo del Estudio .....</b>	<b>78</b>
4.3	Enfoque dimensional .....	78
4.4	Investigación preliminar .....	79
4.4.1	Área física y equipamiento inicial .....	79
4.4.2	Área física y equipamiento realizado .....	79
4.4.3	El paciente y el expediente clínico .....	80
4.5	Organización del archivo clínico .....	81
4.5.1	Funciones .....	81
4.5.2	Normatividad .....	82
4.5.3	Plantilla de personal .....	82
4.6	<b>Diagnóstico Situacional .....</b>	<b>82</b>
4.7	Jerarquización de prioridades en la institución .....	82
4.7.1	El punto de vista del personal médico .....	83
4.7.1.1	Instrumento de captura de la información .....	83
4.8	<b>Resultados .....</b>	<b>84</b>
4.8.1	Objetivos del servicio .....	84
4.8.2	Planeación del Servicio .....	88
4.8.3	Requerimientos para el paciente .....	89
4.8.4	Expediente clínico: .....	90
4.8.5	Personal .....	92
4.8.6	Área física .....	94
4.9	Una respuesta especial: .....	96
<b>5.</b>	<b>Reorganización del archivo clínico .....</b>	<b>97</b>
5.1	Personal .....	97
5.2	Área física .....	99
5.3	Mobiliario y equipo .....	99
5.4	Expediente clínico .....	100

5.5	Reglamento interno del archivo clínico .....	100
5.6	Manual de procedimientos del archivo clínico .....	101
5.7	Archivo clínico e importancia de la historia clínica. Presentación ante la Sociedad Médica del Hospital .....	101
5.8	Programa de implementación.....	102
6.	<b>Grado académico/ Caso Práctico</b> .....	103
6.1	<b>Dieciocho años después</b> .....	103
6.2	El personal .....	103
6.3	Organización de la Institución .....	104
6.4	El archivo clínico .....	105
6.5	Nuevo centro de cómputo.....	105
6.6	Utilización posterior de expedientes clínicos .....	106
7.	<b>Conclusiones a la elaboración del Caso Práctico</b> .....	109
8.	<b>Recomendaciones</b> .....	113
8.1	Al Hospital de la APEC.....	113
8.2	Archivo clínico del Hospital .....	114
8.2.1	Jefe del archivo clínico .....	115
8.3	Autoridades del Sector Salud.....	115
8.4	Autoridades educativas.....	116
9.	Bibliografía .....	117
10.	Anexo .....	121

## 1. Introducción

El Dr. Thomas Mac Eacharn en su obra tradicional *“Hospital Organization and Management”* publicada en los Estados Unidos en el año de 1957 al referirse al departamento de archivo clínico señala lo siguiente:

**“El departamento de archivo clínico es un desarrollo moderno en los hospitales, es el reflejo de una necesidad creada por los cambios en la sociedad moderna y en la ciencia de la medicina.**

**Lo mismo sucede con el expediente clínico, el cual es una descripción escrita del estado de salud del paciente, de su enfermedad en el caso de que ésta se presente, el tratamiento utilizado, así como el resultado del mismo.**

**El expediente se utiliza desde la antigüedad, pero su uso se incrementó en los tiempos modernos dada la necesidad de esta herramienta de comunicación en el hospital para ayudar al paciente, al médico, al equipo de salud no solo en la asistencia médica sino también en la docencia y la investigación.**

**Guardar los registros del enfermo o lesionado no es un procedimiento nuevo del presente siglo, los registros de enfermedades han existido a lo largo de los milenios .”<sup>(1)</sup>**

Los primeros registros, antecesores de los registros médicos actuales, están presentes desde épocas muy tempranas de la humanidad. El procedimiento médico era registrado sobre las paredes de cuevas en la antigua Edad de Piedra, como es el caso de España, donde se han encontrado trepanaciones y amputación de dedos que han quedado plasmadas en cuevas, desde aproximadamente 2, 500 años a. C.

Sin embargo, la mayoría de los registros tempranos, son los encontrados en tablillas de arcilla en Nínive y Babilonia; sobre papiros, en las paredes de

---

<sup>1</sup> (1) Malcolm T. Mac. Eachern, M.D. *The medical record department*. Págs. 719-721

tumbas y templos en Egipto, así como en los pergaminos enrollados en Grecia y Roma.

Algunos de los registros sobre papiros y rollos de pergamino son de primer orden, contienen escritos sobre Hipócrates, Celsus, Galeno y Antyllus.

Una visión retrospectiva a las condiciones en que se llevaba a cabo el cuidado del enfermo durante el siglo XIX, muestra un cambio marcado en la forma de vida del paciente, en la relación con su médico y la manera de practicar la medicina para su autocuidado.

El individuo que nació antes del siglo XX lo hace en un mundo donde la mayoría de la gente no se congregaba en las grandes ciudades, como en la actualidad. En esas épocas había aire fresco en abundancia, las condiciones de trabajo y de diversión eran simples. La mayoría de los alimentos se hacían en un hogar tranquilo. Todos estos factores permitían una buena condición física, mental y social que contribuía a una buena relación del paciente con su médico, al cual consideraba un consejero y un amigo.

La vida de médico era igualmente sencilla. La profesión médica no estaba dividida en tantos grupos de especialidades. Al médico de antaño en la sociedad se le tenía en alta estima profesional, los familiares del paciente pudieron ser tratados por el mismo facultativo o haber estado bajo los cuidados del padre del médico. El conocimiento que él tenía de la historia familiar era íntimo. Los años de convivir con las familias en mutua asociación lo llevaban a estar enterado de las enfermedades que habían padecido ya que las había atendido; conocía su idiosincrasia y sus costumbres al convivir con ellos.

Desde el punto de vista de su profesión, carecía de instrumentos de precisión para pesar y medir y poder evaluar los síntomas que le referían sus pacientes; el médico era un clínico.

Al no existir un baumanómetro, por ejemplo, estaba obligado a estimar la presión del pulso de su paciente por medio de la palpación, para lo cual estaba entrenado. Al carecer del equipo de radiodiagnóstico se veía forzado a utilizar sus conocimientos de anatomía, debía ser capaz de visualizar el cuerpo humano lo suficientemente bien para permitirle reducir una fractura y restaurar la salud de su paciente.

Los cambios vertiginosos en la vida del individuo y de la sociedad en general durante la historia, también se ven reflejados en la medicina, en su ciencia y en su arte; fueron tan rápidos que han llevado a diferencias en la relación entre el paciente y su médico.

La esperanza de vida del paciente ha aumentado. Al haber llegado a la ciudad, ya no vive más una vida tan simple como era la de la provincia, como la de sus padres y abuelos. Él ahora vive comparativamente en condiciones más difíciles, el aire que respira está contaminado, los espacios en que habita son más pequeños. Sus placeres externos ya no son tan simples, gasta su tiempo en el trabajo o en transportarse, su tren de vida ya no le permite fácilmente una actividad física adecuada para mantener la salud. Muchos alimentos los toma fuera del hogar, los preparados en casa ya no son naturales, son industrializados, se utilizan medios químicos para conservarlos, se venden semicocidos, existe la posibilidad de un rápido descongelamiento.

Al incrementarse los conocimientos y desarrollos tecnológicos, aunado a importantes cambios económicos y sociales desde mediados del siglo XX, se ve reflejado en el individuo en el proceso salud-enfermedad, éste se vuelve más complejo y más difícil de comprender.

Estos cambios sociales y económicos han alterado la relación del médico y su paciente. Ya no es fácil para el médico el conocer a su paciente, el recordar sus enfermedades pasadas, su idiosincrasia, condiciones todas ellas importantes para un diagnóstico y tratamiento correctos. El paciente ya no cuenta en ocasiones con "su médico de familia", debe acudir con el o los médicos que le asignan las instituciones de asistencia social, de seguridad social o su compañía de seguros.

Al mismo tiempo que el individuo y su relación con su médico cambian, la práctica de medicina ha avanzado tan rápidamente que el médico debe utilizar gran parte de su tiempo en el estudio a fin de actualizarse y estar informado de los últimos adelantos técnicos y científicos. Hay nuevo equipo, instrumental de precisión, ya no es solo el estetoscopio y el termómetro. A éstos se han agregado el baumanómetro, el electrocardiógrafo, el ultrasonido, la tomografía, la resonancia magnética. etc.

Los estudios de laboratorio y gabinete dan ahora información más exacta con respecto a la condición de diferentes órganos del cuerpo humano, sobre cómo funciona éste, la radiografía no solamente muestra a detalle una fractura, permite al médico visualizar otras partes del cuerpo. La terapia para las enfermedades ha llegado a ser muy completa y compleja, se cuenta con todo un arsenal de medicamentos, se pueden prevenir algunas enfermedades susceptibles a la vacunación.

Todo esto lleva a una complejidad en la relación médico-paciente. Esa relación íntima, viva y creciente se va perdiendo, debido a los adelantos en la medicina moderna, su socialización y la mayor facilidad de acceso a servicios de salud. A partir de entonces es más importante un historial del paciente, escrito desde un punto de vista médico: la historia clínica.

Se han presentado otros cambios adicionales. Las condiciones de vida del individuo, y la sofisticación de la medicina, hacen que en ocasiones ya no sea posible para el médico atender a un miembro enfermo de la familia en el hogar, es necesario llevar al paciente al hospital.

Debido a los avances de la medicina, el médico ya no puede abarcar todos los conocimientos, nacen las especialidades médicas, tiene que seleccionar la rama del conocimiento más interesante para él, necesita de especialistas en otras ramas del saber médico que colaboren con él en el tratamiento del paciente, se requiere del apoyo de auxiliares de diagnóstico y tratamiento; es decir, se necesita la colaboración de un equipo multidisciplinario de salud para poder atender integralmente al paciente.

La importancia de la información reunida alrededor de la patología del enfermo, aunado a la necesidad de utilizar el hospital para tratarlo han cambiado el modo de vivir y practicar la medicina.

**“El hospital se convierte en el hogar del individuo durante la enfermedad, el médico responsabiliza a la institución de la custodia de los registros médicos del individuo durante su internamiento, agregándose un nuevo departamento en la organización del hospital, el departamento de archivo clínico”<sup>(2)</sup>**

---

<sup>2</sup> (1) Malcolm T. MacEachern, M.D.. *The medical record department*. Pág. 721

## **2. Marco de referencia**

### **2.1 Expediente clínico**

#### **2.1.1 Importancia de su uso**

La **Dra. Olga Carreño de Esparza**, quien trabajó durante más de 18 años de su vida como jefe de archivo clínico, con postgrados en **Biestadística, Salud Pública y Administración de Hospitales**, señalaba en el año de 1976 en su artículo “Concepto y definición del expediente clínico” lo siguiente:

**“No es solo una documentación organizada que los hospitales necesitan para poder evaluar la calidad del trabajo realizado, en él gira gran parte de la actuación del médico.**

**Tanto las informaciones detalladas, como los datos cualitativos que se obtienen de la observación e investigación de un paciente, deberán ser ordenados, analizados y finalmente interpretados, de ahí que todos los datos que se refieren a un mismo caso sean recopilados en el expediente clínico.**

**La necesidad de coordinar las atenciones que se prestan a un enfermo debido al progreso de las ciencias médicas puede provenir de diversos campos lo cual ha determinado la existencia de una sistematización de los datos del expediente clínico.**

**El uso de este expediente es en la actualidad indispensable tanto para el médico particular como para las grandes instituciones médicas, ya que la medicina ha dejado de tener un carácter de beneficencia para pasar a ser un derecho de la colectividad.**

**Las instituciones están en la obligación de ofrecer responsabilidad en la atención que imparten a sus pacientes, para lo cual es necesario que los datos contenidos en los expedientes sean veraces, completos y oportunos y que se pueda garantizar que tales observaciones serán utilizadas por quienes tengan derecho a hacerlo, siempre poniendo sobre todo los intereses del paciente.**

Los expedientes clínicos también tienen funciones de información tanto para la institución como para los investigadores, para lo cual deberán estar ordenados de tal manera que lo que se pretende pueda ser localizado en forma inmediata.”<sup>(3)</sup>

### **a) Para el paciente**

“ El expediente clínico es importante para el paciente por lo que las notas registradas en él deberán ser precisas y claras, así como sus formas cuidadosamente ordenadas y conservadas para permitir la unificación del criterio del grupo de profesionales y técnicos que intervienen en la atención del paciente, evitar confusiones y repetición en la obtención de datos que causen molestias y gastos al enfermo y tiempo a la institución además de retardar su curación.

Es importante también por ser un documento que permitirá al paciente comparar afecciones, lesiones, accidentes de trabajo, incapacidades que ameriten indemnización o pensión, y fundar así demandas judiciales.”<sup>(3)</sup>

### **b) Para el personal médico**

“Es indispensable que los médicos y enfermeras hagan la anotación detallada de todos los datos relativos a la atención de los pacientes, ya que esto les permitirá actuar con más eficiencia y facilidad, y sobre todo se logrará la coordinación de los diferentes turnos de profesionales que atienden a los enfermos.

La precisión y calidad de las notas del expediente clínico ayuda al perfeccionamiento del profesional y además representa una constancia escrita de la calidad y cantidad de la atención prestada al paciente, que servirá como prueba legal ante la justicia cuando un enfermo formule cargos en contra del personal médico o del equipo de salud por daños atribuidos a deficiencias u omisiones en su trabajo.”<sup>(3)</sup>

---

<sup>3</sup> (9) Carreño de Esparza Olga, Dra.  
Concepto y definición de expediente clínico. Págs. 26-27

### **c) Para la institución**

**“La importancia del expediente clínico en relación con la institución es enorme, ya que permite a sus autoridades darse cuenta a través de auditorías médicas de la cantidad y calidad de la atención que se está impartiendo por los diferentes servicios y el trabajo individual de los diferentes profesionales alrededor del paciente, comparando los resultados obtenidos con los de otras instituciones similares.**

**Con la información obtenida de los datos de los expedientes clínicos, una institución puede ajustar su economía y puede cumplir con sus funciones de enseñanza, investigación y estudio.”** <sup>(4)</sup>

### **d) Para la evaluación de la calidad de la atención médica**

**El Dr. Héctor Gerardo Aguirre Gas, especialista en Medicina Interna, presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, miembro de la Academia Mexicana de Medicina en el sitio de Administración Médica y Salud Pública en su libro “Calidad de la Atención Médica” al referirse al expediente clínico y la institución hospitalaria hace las siguientes reflexiones:**

**“ Desde los primeros intentos realizados en nuestro país para conocer la calidad con que se otorga la atención médica, el expediente clínico representó el instrumento fundamental.”** <sup>(5)</sup>

**“ La responsabilidad de la evaluación de la calidad y de la eficiencia con que se otorga la atención médica recae en el director de la unidad médica y su cuerpo de gobierno, a través del Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia, presidido por el propio director con el apoyo del cuerpo de gobierno, personal de confianza y personal de base interesado en este procedimiento. ”** <sup>(6)</sup>

---

<sup>4</sup> (9) Carreño de Esparza Olga, Dra.

Concepto y definición de expediente clínico, Pág. 26

<sup>5</sup> (15) Aguirre Gas Dr. Calidad de la atención médica, bases para la evaluación, mejoramiento continuo y acreditación, Pág. 141

<sup>6</sup> (15) Pág. 32

**“ Como apoyo directo a la gestión del Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia, se contará con Subcomités, tanto del área médica como del área administrativa. Los Subcomités del área médica serán los de Evaluación del Expediente Clínico, Tejidos; Mortalidad; Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias; Investigación Médica y de Análisis y Evaluación de Quejas Médicas.”** <sup>(7)</sup>

**“ El eje sobre el cual giran los Subcomités es el Subcomité de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica a través del expediente clínico, éste genera dos productos importantes mediante procedimientos específicos, primero la evaluación del expediente clínico, que lo acredite como un documento útil, completo y confiable para los propósitos que fue creado y segundo, la evaluación de la calidad a través del análisis de la revisión del expediente, previamente realizado.”** <sup>(8)</sup>

**“ La revisión, análisis y evaluación del expediente clínico y de la calidad con que se otorgó la atención serán fuente de información esencial a los Subcomités de Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias y en caso de que se requiera, de los Subcomités de Tejidos, Mortalidad y Quejas.”** <sup>(9)</sup>

## **e) Para la educación**

**“ Los procedimientos de la educación se evaluarán a través de la revisión de los pacientes durante la visita médica en que el médico encargado del paciente o el jefe de servicio hacen sus comentarios o correcciones a la información asentada en el expediente clínico por el personal becario o de base, la revisión de casos en los diferentes comités médicos, sesiones clínicas, de valoración quirúrgica, anotado clínicas o clínico patológicas, tienen en el expediente clínico su apoyo esencial.”** <sup>(10)</sup>

**“ El expediente clínico es de reconocida ayuda no únicamente en la formación del estudiante de medicina sino que también es una fuente**

<sup>7</sup> (15) Aguirre Gas, Dr. Calidad de la atención médica, bases para la evaluación, mejoramiento continuo y acreditación, Págs.32-33

<sup>8</sup> (15) Págs. 32-33

<sup>9</sup> (15) Pág. 264

<sup>10</sup> (15) Pág. 141

inagotable de conocimiento para el médico en su práctica diaria. Cuando los miembros del hospital analizan el trabajo efectuado en un periodo de tiempo, estudian en detalle los éxitos y fracasos de la institución.. Este estudio basado íntegramente en el expediente, permite comparar los resultados obtenidos con los de otros centros. En caso de que los resultados de este análisis no sean satisfactorios de acuerdo a los promedios generales, es primordial la pregunta de cuáles son las razones. “Es aquí donde el expediente clínico proporciona el mayor número de respuestas.” <sup>(11)</sup>

### **f) Para la investigación médica y científica**

“ El expediente clínico representa el más importante documento para la investigación ya que todos los descubrimientos científicos, los experimentos de laboratorio, la aplicación de nuevas terapéuticas, etc., para que sean de valor reconocido deben probar su bondad en la aplicación en los enfermos. Siendo el expediente clínico la recopilación de datos de un paciente, es un instrumento indispensable para la coordinación de la actividad profesional alrededor de un enfermo y una fuente inapreciable de experiencias para el desarrollo de la Medicina. ” <sup>(11)</sup>

“ La revisión de expedientes clínicos como elemento indispensable para la realización de trabajos de investigación representa un apoyo insustituible, especialmente cuando su calidad permite recuperar información y ésta es completa. ” <sup>(12)</sup>

### **g) Para la colectividad**

“ Basados en el expediente clínico se puede aislar a individuos que representen un peligro para la colectividad, por padecer enfermedades mentales, contagiosas, etc. Igualmente el expediente servirá a estos

---

<sup>11</sup> (9) Carreño de Esparza Olga, Dra. Concepto y definición de expediente clínico. Pág. 27

<sup>12</sup> (15) Aguirre Gas,Dr. Calidad de la atención médica, bases para la evaluación, mejoramiento continuo y acreditación, Pág. 142

enfermos para justificar su retorno a la sociedad por haber evolucionado satisfactoriamente.

Como es cada vez mayor el ejercicio de la medicina a través de instituciones profesionales de seguridad social, organizaciones gremiales, etc. se deduce la gran importancia del expediente clínico para la sociedad, puesto que en muchos casos es la principal fuente de información para normar actos de esas instituciones con la finalidad de proporcionar mejor atención, crear seguros, pensiones, planear nuevos servicios y, factor importante colaborar con programas de Salud Pública para combatir epidemias y prevenir enfermedades. ” (13)

## **h) Marco legal**

“ El expediente clínico es también un instrumento jurídico por lo que su ausencia o si contiene registros insuficientes, pueden presumir ausencia o descuido en la atención médica proporcionada. Frecuentemente en una investigación jurisdiccional, el expediente clínico es la prueba más importante para establecer o descartar responsabilidad profesional. ”  
(14)

### **2.1.2 Expediente clínico y normatividad vigente**

La Secretaría de Salud, en su carácter de autoridad sanitaria nacional, emitió a través de la Subsecretaría de Servicios de Salud “La Norma Técnica Número 52 para la Elaboración, Integración y Uso del Expediente Clínico. (15)

Esta norma es acorde al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, destinado a regular los servicios de salud. Indica como objetivo, el uniformar la actitud y los criterios

<sup>13</sup> (9) Carreño de Esparza Olga, Dra.

Concepto y definición de expediente clínico. Pág. 27

<sup>14</sup> (7) Fernández Várela, Dr. Una necesidad inaplazable la conveniencia de la norma en la calidad del Expediente Clínico. Pág. 13

<sup>15</sup> (3) Subsecretaría de Servicios de Salud. Norma técnica No. 52

de operación del personal del Sistema Nacional de Salud en relación con la elaboración, integración y uso del expediente clínico.

En la conformación de esta norma participaron representantes del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Grupo Interinstitucional de Atención Médica y el área de asesoría técnica de la Subsecretaría de Servicios de Salud.

A continuación se resaltan algunos aspectos de la normatividad vigente que son importantes para el personal que maneja el archivo clínico:

### **a) Definición**

**“ El expediente clínico es el conjunto de documentos en que se identifica al usuario y se registra el estado clínico, los estudios de laboratorio y gabinete, los diagnósticos y el tratamiento que se le proporciona, así como la evolución de su padecimiento. Es de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución. ” Artículo 3 <sup>(16)</sup>**

**“ El expediente clínico es único en cada unidad de salud que atiende al usuario; el número y tipo de documentos de que consta, están en relación con la complejidad del servicio. ” Artículo 4 <sup>(16)</sup>**

### **b) Integración**

**“ El expediente clínico puede constar de los siguientes documentos:**

- **Notas iniciales.**
- **Historia clínica.**
- **Hoja frontal.**
- **Notas médicas.**
- **Informes de estudios de laboratorio y gabinete.**
- **Otros documentos y registros.” Artículo 5 <sup>(16)</sup>**

---

<sup>16</sup> (3) Subsecretaría de Servicios de Salud. Norma técnica No. 52

**“ La historia clínica la elabora el médico al usuario que lo amerita, de acuerdo con los diagnósticos o problemas clínicos establecidos en las notas iniciales. ” Artículo 8 <sup>(17)</sup>**

**“ La historia clínica consta de interrogatorio y exploración física y se elabora en el orden siguiente:**

- Interrogatorio.
- Ficha de identificación.
- Padecimiento actual.
- Aparatos y sistemas.
- Síntomas generales.
- Resultados de estudios de laboratorio y gabinete previos.
- Terapéutica empleada y resultados obtenidos.
- Antecedentes personales y familiares.
- Exploración física.
- *Habitus exterior.*
- Signos vitales y antropometría.
- Cabeza, cuello, tórax, abdomen, y extremidades.
- Diagnósticos o problemas clínicos.” Artículo 9 <sup>(17)</sup>

### **c) Utilización**

**“ El expediente clínico se utiliza para los propósitos siguientes:**

- Atención médica.
- Enseñanza.
- Investigación.
- Evaluación.
- Médico legal y administrativo. ”Artículo 24 <sup>(17)</sup>

#### **• Atención médica**

**“ El expediente clínico con el propósito de atención médica, permite disponer de un registro organizado del proceso salud-enfermedad del usuario y tomar las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación.” Artículo 25 <sup>(17)</sup>**

---

<sup>17</sup> (3) Subsecretaría de Servicios de Salud. Norma técnica No. 52

- **Enseñanza**

**“ El expediente clínico con el propósito de enseñanza permite utilizar los datos clínicos y terapéuticos del usuario consignados con método científico como un instrumento de apoyo para el proceso enseñanza-aprendizaje del personal de la salud. ” Artículo 26 <sup>(18)</sup>**

- **Investigación**

**“ El expediente clínico con el propósito de investigación permite utilizar los datos clínicos y terapéuticos del usuario consignados con método científico como un instrumento de apoyo para llevar a cabo investigaciones en el campo de la salud. ” Artículo 27 <sup>(18)</sup>**

- **Evaluación**

**“ El expediente clínico con el propósito de evaluación, permite obtener información para mejorar la calidad de las acciones médicas que se llevan a cabo en la unidad de salud. ” Artículo 28 <sup>(18)</sup>**

- **Médico legal y administrativo**

**“ El expediente clínico con el propósito médico legal y administrativo permite utilizar la información relativa al usuario como instrumento de apoyo cuando sea requerido por la autoridad judicial o administrativa para llevar a cabo acciones relacionadas con el usuario, el personal y la unidad de salud. ” Artículo 29 <sup>(18)</sup>**

### **2.1.3 Resolución de controversias en esquemas alternos a la disputa judicial**

El Dr. Héctor Fernández Varela Mejía, cirujano pediatra, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico al referirse en su artículo: “El expediente clínico: documento de gran valor en la práctica médica” publicado en la

---

<sup>18</sup> (3) Subsecretaría de Servicios de Salud. Norma técnica No. 52

revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED, señala lo siguiente:

**“ La resolución de controversias mediante esquemas alternos a la disputa judicial a través de las figuras jurídicas de la conciliación y el arbitraje, es el trabajo cotidiano de los servidores públicos de la CONAMED**

**A estos procedimientos, las partes en conflicto se sujetan de manera voluntaria y de buena fe, con la confianza de que las inconformidades por posibles irregularidades en la prestación de servicios médicos serán investigadas, analizadas y valoradas por personal calificado en las áreas de la medicina y del derecho.**

**Por ello es preciso que las partes aporten los elementos de convicción suficientes para que la CONAMED valore los hechos con total objetividad e imparcialidad. De esta manera se solicita al paciente que se ha inconformado que además de narrar las posibles irregularidades que atribuye al prestador de servicios, entregue todos aquellos documentos relacionados con su padecimiento, como pueden ser estudios de laboratorio, recetas médicas, radiografías y demás que el mismo considere pueden sustentar su queja.**

**Por su parte la CONAMED requiere al prestador de servicios un informe sobre la queja prestada, así como el envío de un documento de vital importancia: el expediente clínico.**

**Un expediente clínico bien integrado, permite valorar en su cabal dimensión la actuación del médico, de tal suerte que para la CONAMED contar con el expediente clínico no sólo facilita los procesos de conciliación y de arbitraje, sino que auxilia en la integración de una opinión propia al aportar los elementos indispensables para determinar la actuación del profesional médico involucrado en la queja, a quien se le garantiza que la información proporcionada en el expediente será manejada como lo que es, un documento de carácter legal y confidencial”.<sup>(19)</sup>**

---

<sup>19</sup> (4) Fernández Varela Mejía, Dr. El expediente clínico: documento de gran valor en la práctica médica, Págs. 24-25.

## **2.1.4 Manejo y uso**

### **a) Uso personal**

En su artículo “Concepto y definición del expediente clínico”, la Dra. Olga Carreño de Esparza recomendaba desde el año de 1976 lo siguiente:

**“ El expediente no podrá salir de la institución, salvo en casos especiales, en que por ejemplo tenga que llevarse a un juzgado para problemas de tipo judicial. Aún en estos casos el expediente clínico debe ser debidamente custodiado por un empleado del hospital de reconocida honorabilidad, insobornable y de absoluta confianza con el fin de evitar la posible mutilación o alteración de las notas de dicho expediente.**

**Como documento personal no es accesible a las compañías de seguros, excepto con el consentimiento escrito del paciente. Los familiares de los enfermos no tienen ningún derecho para poder enterarse del contenido del expediente clínico, por lo que será necesario ser precavidos sobre todo cuando el expediente se encuentra aún en el piso de los encamados.**

**El expediente es accesible para el uso del paciente si él personalmente o por escrito, solicita la información contenida en el mismo. El hospital no puede negarse a darla. No se debe olvidar que por cortesía el médico tratante debe conocer que se ha pedido tal información. Si en consultas subsecuentes el enfermo es visto por otro médico, éste debe tener acceso al expediente clínico. ”** <sup>(20)</sup>

### **b) Documento impersonal**

**“ El expediente clínico tiene muchos usos. El más frecuente es la formación de los diferentes informes que serán entregados mensualmente, semestral o anualmente acerca del trabajo desarrollado por el hospital.**

---

<sup>20</sup> (9) Carreño de Esparza Olga, Dra.  
Concepto y definición de expediente clínico. Pág. 27

**El uso del expediente clínico en investigación científica cae en dos categorías, cuando estas son efectuadas por un miembro del cuerpo médico del hospital y el caso de investigaciones hechas por un médico ajeno a la institución. En el primer caso no es necesario el consentimiento del médico tratante, mientras que en el otro caso sí, además del consentimiento del director del hospital. ” (21)**

### **c) Integración**

Los documentos que integran un expediente clínico son de tres tipos: administrativos, médicos y de enfermería, todos se complementan para formar una unidad que representa todo lo que acontece a un enfermo durante su afección, en relación con el establecimiento que lo atiende y con el medio que lo rodea.

## **2.1.5 Expediente clínico en las instituciones de salud**

El Dr. Héctor Fernández Varela Mejía, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, señalaba durante su ponencia: “Una necesidad inaplazable: La conveniencia de la norma de calidad en la calidad del expediente clínico” estas reflexiones:

**“ Las instituciones de salud más relevantes del país están conscientes de la importancia del expediente clínico tanto en la evaluación de la calidad de la atención, como en su utilización como documento médico legal.**

**Las instituciones de seguridad social han integrado instructivos y manuales para la elaboración y el manejo de expedientes clínicos en la atención médica tanto para sus unidades de consulta externa o medicina familiar, como para sus hospitales de segundo o tercer nivel.**

**En el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Dr. Luis Castelazo Ayala en el tiempo que fungió como Subdirector General Médico, actualizó el Instructivo en la Atención Médica, dirigido al área hospitalaria de dicha institución. En ese documento se refiere lo siguiente:**

---

<sup>21</sup> (9) Carreño de Esparza Olga, Dra.  
Concepto y definición de expediente clínico. Pág. 27

**La atención profesional que se proporciona al derechohabiente tiene que ser de calidad, y quedar registrada y ordenada en el expediente clínico, cuyo contenido tiene que ser uniforme, y quedar registrada y ordenada en el expediente clínico, cuyo contenido debe ser uniforme en todas las unidades, por lo que se debe seguir esas instrucciones para que el estudio de los pacientes se haga de manera sistematizada y completa.**

**En relación con las unidades de consulta externa, en agosto de 1992 se realizó una reunión nacional de médicos familiares, con el propósito de actualizar el expediente clínico para agilizar el registro de sus acciones y uniformar los criterios, este evento dio como resultado en Instructivo para el Manejo del Expediente Clínico de Medicina Familiar que fue dado a conocer en octubre de 1993.**

**Respecto al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, hace pocos años se elaboró el Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, a través del Expediente Clínico en Unidades Médicas del Segundo y Tercer Nivel, impreso por la Subdirección General Médica cuando el Dr. Rodolfo Rojas Rubí estaba a cargo. Este documento se describe como “normativo, de observancia obligatoria y con fines de auditoria.**

**En el caso del manual del ISSSTE, no solo se dan instrucciones para el llenado del expediente clínico, sino que además se indica cómo deberá ser integrado el Comité de Evaluación de la Calidad a través del expediente clínico, los procedimientos que deberá realizar y el puntaje que deberá considerarse en la revisión. ”<sup>(22)</sup>**

### **2.1.6 De su conservación**

**Debe ser mantenido en buenas condiciones para su uso en cualquier tiempo, cuando un enfermo está hospitalizado o en tratamiento como externo, el cuerpo médico es el encargado del registro de notas y de la preservación del expediente clínico. Una vez que el paciente ha sido dado de alta, el**

---

<sup>22</sup> (7) Fernández Varela Dr. Una necesidad inaplazable, la conveniencia de la norma en la calidad del Expediente Clínico. Págs. 9-11

## **2.2 Archivo clínico**

El integrar un expediente clínico conlleva mucho esfuerzo, interés, tiempo y dinero, ya que no solo contiene la apreciación del personal del equipo de salud en forma de análisis por escrito, en él están integrados en forma de reportes los resultados de laboratorio y de gabinete que brindan información sobre el estado de salud o enfermedad de un paciente.

Muchas personas y departamentos del hospital han intervenido en su conformación: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, personal de los departamentos de laboratorio, gabinetes como los de anatomía patológica, etc.

Todo este esfuerzo se pierde al no integrarse adecuadamente el expediente clínico o al extraviarse; se afecta no solo al paciente y a su familia, también se daña al equipo de salud, a la institución, a la comunidad ya que no se cuenta con el apoyo adecuado para la realización de las funciones de prevención, curación, rehabilitación, enseñanza e investigación.

Al terminarse de utilizar el expediente clínico este conjunto de documentos valiosos quedan bajo la custodia del hospital en un área especial: el archivo clínico, donde es resguardado, fácilmente localizable y está a la disposición para su uso por personal autorizado en el futuro.

**Este departamento es comparable en su importancia por lo anteriormente expuesto a cualquier departamento del hospital, por lo que debe ser cuidadosamente planificado, ubicado y organizado, contando con reglamentos y manual de procedimientos bien definido. Se le debe dotar de personal capacitado, motivado y bien remunerado; mobiliario y equipo adecuados a la situación económica de la institución, evaluándose cuidadosamente los avances tecnológicos existentes para su posible utilización.**

**“ El alto crecimiento demográfico, así como la demanda de atención médica en la población asegurada por las instituciones de seguridad social, ha hecho que el departamento de archivo clínico de un hospital,**

sea uno de los ejes a través del cual se maneja un nosocomio, instrumento muy importante para medir su productividad . ”<sup>(23)</sup>

## 2.2.1 Antecedentes históricos

Lilian H. Erickson, presidente de la Asociación Americana de Archivistas Clínicos de 1938 a 1939 señalaba:

“ El servicio de archivos clínicos, tal como se entiende actualmente es el resultado de la sabia dirección del Dr. Malcom T. Mac Eachern, quien desarrolló la conciencia del papel que tienen las historias clínicas para evaluar la competencia de los cirujanos dedicados a la enseñanza de procedimientos quirúrgicos. ” <sup>(24)</sup>

**1912:** “ La Biblioteca Treadwel, del Hospital General de Massachusetts, se reunieron cinco mujeres encargadas de mantener archivos clínicos para discutir asuntos de interés común y formar un club profesional. ” <sup>(24)</sup>

**1918:** “ La inclusión del “requisito de tener archivos clínicos adecuados y accesibles en el hospital” entre las normas mínimas que exige el Colegio Americano de Cirujanos a los hospitales, marca el comienzo de las actuales prácticas de archivos clínicos.

La Comisión Conjunta sobre Acreditación de Hospitales, que substituyó al programa de normas del Colegio Americano de Cirujanos, otorgó considerable importancia al programa de archivos clínicos del hospital, en la valoración de éste. < El criterio que se usa para evaluar una historia es decidir si contiene o no suficiente información para justificar el diagnóstico, el tratamiento y los resultados finales > ” <sup>(24)</sup>

**1928:** “ La Academia de Medicina de Nueva York convocó una conferencia para discutir la necesidad de uniformidad en la nomenclatura de las enfermedades.

<sup>23</sup> (10) Carreño de Esparza, Dra.  
Como organizar un Departamento de Archivo Clínico eficiente. Pág. 13

<sup>24</sup> (8). H. Erickson, Lilian, R.R.L, Servicio de Archivo Clínico, Pág 472

Durante el mes de octubre archivistas clínicos de Estados Unidos se reunieron en Boston, con motivo de una asamblea del Colegio Americano de Cirujanos, invitados por el Dr. Mac Eachern. En esta reunión se fundó la Asociación de Archivistas de Norteamérica, la que después se llamó Asociación Americana de Archivistas Clínicos.

Entre los propósitos de la Asociación estaban:

- Mejorar la calidad y la eficiencia de las historias clínicas de hospitales, dispensarios y otras instituciones de salud y médicas.
- Establecer las normas y criterios de competencia y fomentar la educación del personal encargado de los archivos clínicos.
- Mejorar y desarrollar la práctica la enseñanza y la práctica de la ciencia de los archivos clínicos, de manera que pueda prestarse mejor servicio a la ciencia de la medicina y de la salud del pueblo.

A los archivistas clínicos de los Estados Unidos se les unieron sus vecinos de Canadá, quienes más tarde formaron su propia asociación. <sup>(25)</sup>

**1930:** “ La Asociación Americana de Archivistas Clínicos publica una revista para intercambiar ideas y experiencias: < *Journal of the American Association of Medical Records Librarians* > con la función de proporcionar un medio de intercomunicación e intercambio de experiencias e ideas entre nuestros propios miembros y también con otras organizaciones hospitalarias y médicas, para ayudar a los archivistas clínicos a integrar un departamento que satisfaga los requisitos de las agencias acreditadoras de los hospitales y anticipar las necesidades de la investigación del mañana, estimular la investigación profesional entre nuestros miembros, al enterarnos de los progresos técnicos y en el equipo y de las actividades corrientes de la asociación.”  
(25)

**1932:** “ Bajó los auspicios de los fondos comunales y editado por el Dr. H.B. Logie, se publicó la *Standard Classified Nomenclature*,

<sup>25</sup> (8). H. Erickson, Lilian, R.R.L., Servicio de Archivo Clínico, Págs. 473, 479

posteriormente la Asociación Médica Americana publica la *Standard Nomenclature of Diseases and Operations*, se utiliza terminología médica uniforme y precisa y la Organización Mundial de la Salud presenta la Clasificación Internacional de Enfermedades.”<sup>(26)</sup>

**1933:** “ La Asociación estaba preparada para establecer una junta de registro (función posterior del Comité de Educación y Registro), cuya finalidad era examinar y conceder certificados de registro a los miembros calificados. Así empezó a usarse el título de <Archivista registrado>.”<sup>(27)</sup>

**1935:** “ Se formuló el primer plan de estudios de la Asociación Americana de Archivistas Clínicos, se aprobaron programas de enseñanza en cuatro escuelas, la del Hospital General de Boston Massachusetts, la del Hospital General de Rochester, Nueva York, la del Hospital de Santa María Duluth, Minnesota, la del Hospital de San José, en Chicago, Illinois.

El Hospital de Santa María estaba afiliado al Colegio de Santa Escolástica y fue la primera escuela que otorgó el título.”<sup>(27)</sup>

**1942:** “ La responsabilidad para la aprobación de escuelas fue transferida al Consejo de Educación Médica y Hospitales de la Asociación Médica Americana, a solicitud de la Asociación Americana de Archivistas Clínicos.”<sup>(27)</sup>

**1948:** “ Se organizó en Inglaterra una Asociación de Funcionarios de Archivos Clínicos, la mayoría de sus miembros eran varones.

Gracias al establecimiento de líneas de comunicación con personas dedicadas a los archivos clínicos en otros países se puso de manifiesto que las normas internacionales, particularmente con lo que respecta a la clasificación de las enfermedades, sólo podrían desarrollarse por medio

---

<sup>26</sup> (8) Pág. 479

<sup>27</sup> (8). H. Erickson, Lilian, R.R.L., Servicio de Archivo Clínico. Págs. 472, 474

de la participación en escala mundial de personas instruidas en el campo.”<sup>(28)</sup>

**1950:** “ El Dr. Horacio Uzeta Gudiño, eminente cirujano y maestro de muchas generaciones de médicos mexicanos a cargo de los Servicios Médicos del Seguro Social entre los años de 1946 a 1952, proyectó en el año de 1950 la salida de los primeros médicos y contadores mexicanos, a adiestrarse en diversas universidades de los Estados Unidos de Norteamérica, con el objeto de que una vez graduados se utilizaran sus servicios en la organización de los hospitales y de las unidades médicas del IMSS.

Después el grupo, con el entusiasmo de los doctores José Alvarez Amézquita y Antonio Ríos Vargas fundó la Asociación Mexicana de Hospitales. ”<sup>(29)</sup>

**1952:** “ A invitación del Reino Unido se reúnen en Londres representantes de la labor de archivos clínicos en lo que fue el Primer Congreso Internacional. ”<sup>(30)</sup>

**1953:** “ Los miembros de la Asociación Americana de Archivistas Clínicos buscaron la manera de identificar a los bibliotecarios y archivistas clínicos cuya educación y experiencia indicasen notable competencia en su campo de trabajo, se establece el título de <Archivista Clínico Registrado>, se creía que los miembros de este grupo serían elegidos para encabezar programas que requieren mayor conocimiento, iniciativa e imaginación. ”<sup>(31)</sup>

**1955:** “ La aguda escasez de personal de archivos clínicos en los hospitales particulares y gubernamentales, así como en otras instituciones de salud, se corrige parcialmente gracias a la introducción de un programa de adiestramiento para personal auxiliar, a cuyos miembros se les da el título de <Técnicos de Archivos Clínicos >.

---

<sup>28</sup> (8) Págs. 472-473

<sup>29</sup> (13) Barquín Calderón Manuel. Dirección de Hospitales, Pág. IX

<sup>30</sup> (8) H. Erickson, Lilian, R.R.L., Servicio de Archivo Clínico. Pág. 473

<sup>31</sup> (8) Pág. 475

**El requisito de admisión a este curso es haber terminado la enseñanza secundaria. Hay 12 escuelas que ofrecen habitualmente cursos, de acuerdo con este problema de adiestramiento de nueve meses. Proporciona instrucción sobre los aspectos técnicos básicos de los archivos clínicos a las personas capaces de realizar tareas de menor responsabilidad que las ejecutadas por los archivistas clínicos, pero que pueden prestar valiosa ayuda bajo la supervisión de un archivista clínico titulado.**

**Se establece un curso por correspondencia para personal empleado en los hospitales en archivos clínicos, por la Asociación Americana de Archivistas Clínicos, gracias al donativo de la Fundación W. K. Kellogs.**

**Dentro de los antecedentes históricos importantes relacionados con la preparación del archivista clínico se tiene el que la Asociación Americana de Archivistas Clínicos ante la necesidad de evaluar el papel del archivista clínico como miembro del equipo hospitalario dio origen a un estudio financiado económicamente por ellos en la Escuela para Graduados en Salud Pública de la Universidad de Pittsburg para establecer:**

- **Las funciones que ordinariamente son de la competencia de los archivistas clínicos y estudiar aquellas consideradas deseables para el aprovechamiento futuro por la sociedad.**
- **El conocimiento y las destrezas necesarias para la ejecución adecuada de dichas funciones.**
- **Adecuación de los programas educativos a la luz de los hallazgos y recomendaciones resultantes del estudio.**
- **Clase y contenido del programa educativo que diera como resultante personal con los conocimientos y destrezas requeridas.**
- **La necesidad de varias clasificaciones o grados de personal registrado, con graduaciones en los niveles de educación formal y en las responsabilidades.**

**Entre las recomendaciones que hicieron los grupos de estudio están las siguientes:**

- **Las funciones de los archivistas clínicos deben conciliar el desarrollo, conservación, análisis y usos de las historias clínicas desde el tiempo**

en que se registra al enfermo, a través de los servicios de hospitalización y consulta externa y de los procedimientos de vigilancia.

- La temática de los cursos que se deberían llevar durante un periodo debería estar destinada a presentar en amplia perspectiva los temas relacionados con el hospital y las disciplinas médicas en general.
- Es importante tocar temas como: economía médica, lógica médica y razonamiento científico en medicina, ética profesional, y principios médico legales, así como las funciones y el servicio de las organizaciones de la colectividad y sobre los recursos médicos de la población.
- Cursos de anatomía, fisiología, bacteriología, anatomía patológica y terminología médica. Estudio de archivos clínicos y de salud mediante la introducción de unidades didácticas concretas. La secuencia debe seguir el desarrollo de la historia clínica desde el primer contacto del paciente con la institución hasta su alta, y abarcar las actividades de vigilancia ulteriores a la salida.
- Conferencias, trabajos de laboratorio y proyectos asignados, actividades de grupo: exposiciones teóricas, seminarios, proyectos etc. afocadas con el fin de animar a los estudiantes a trabajar conjuntamente y a desarrollar la capacidad de dirección de los individuos.
- Se sugirió un programa a desarrollarse en un futuro próximo para elaborar materiales docentes para uso de los instructores y los alumnos de las escuelas de archivistas clínicos y técnicos especializados en este campo, y tales materiales incluirán historias clínicas ejemplares de todas clases, sistemas de índices y archivo, modelos, tiras cinematográficas y otros medios de enseñanza audiovisual.
- Se señaló la creación de una serie de métodos para el desarrollo de materiales docentes para los instructores y futuros instructores de la ciencia de los archivos clínicos.
- Se tomarían las providencias necesarias para el trabajo de graduados, con el fin de preparar archivistas para enseñar en los colegios y universidades o escuelas de las universidades la ciencia de los archivos clínicos; asumir cargos administrativos en organizaciones grandes, tales como agencias federales, programas médicos industriales, departamentos de salud estatales y municipales, etc.

- Especialización en estadística para asegurar la participación efectiva en los programas de investigación médica.
- Las escuelas para técnicos de archivos clínicos deberían ser organizadas mediante el adiestramiento en el hospital durante 9 meses, excepto que la anatomía se enseñará como parte de la terminología médica en lugar de constituir una materia separada. ”

(32)

**1956:** “ En el recién inaugurado “Hospital la Raza” se inició el procedimiento para la revisión de expedientes clínicos. ” (33)

“ Se realiza el Segundo Congreso Internacional en Washington, asisten más de 800 participantes. ” (34)

“ La Organización Mundial de la Salud diseña y publica la Clasificación Internacional de Enfermedades, su propósito primario proporcionar datos cuantitativos que puedan responder a preguntas sobre los casos de enfermedades.

Se efectuó un estudio por la Asociación Americana de Hospitales sostenido parcialmente por la Asociación Americana de Archivistas Clínicos bajo un donativo del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos para estimar si con algunas modificaciones la Clasificación Internacional podría ser aprovechable; se demostró que este sistema proporciona al hospital un medio eficiente de clasificar las enfermedades. ” (35)

**1957:** “ Se integró la Comisión de Supervisión Médica del IMSS. ” (36)

**1959:** “ Se constituyó la Auditoría Médica del IMSS cuya organización y funciones quedan formalizadas a través de su publicación en el Boletín

<sup>32</sup> (8) H. Erickson, Lilian, R.R.L. Servicio de Archivo Clínico. Pág. 474

<sup>33</sup> (15) Aguirre Gas, Héctor Gerardo Dr. Calidad de la atención médica, bases para la evaluación, mejoramiento continuo y acreditación, Pág. 43

<sup>34</sup> (8) Pág. 473

<sup>35</sup> (8) H. Erickson, Lilian, R.R.L., Servicio de Archivo Clínico. Pág. 479

<sup>36</sup> (15) Aguirre Gas, Héctor Gerardo Dr. Calidad de la atención médica, bases para la evaluación, mejoramiento continuo y acreditación. Pág. 43

**Médico del IMSS sentándose las bases para la evaluación de la calidad de la atención a través de la revisión del expediente clínico. ”<sup>(37)</sup>**

**“ En el mes de diciembre de 1959 el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos publica la Clasificación Internacional de Enfermedades adaptada para la formación de índices de las historias clínicas de los hospitales y la clasificación de operaciones de los mismos.”<sup>(38)</sup>**

**1960:** Tercer Congreso Internacional celebrado en Edimburgo, Escocia, acudieron participantes de 18 naciones.

**“ Se fundó la Escuela de Administración de Hospitales de México. ”<sup>(39)</sup>**

Para ese año H. Erickson en su artículo “Servicio de Archivos Clínicos”<sup>(40)</sup> señala que habían aprobado los exámenes 4500 archivistas clínicos, de los cuales 3000 trabajaban en ese entonces. Había 29 escuelas con 1700 graduados en EUA.

**1962:** “ Con base en la publicación previa en el Boletín Médico del I.M.S.S. se editó el documento: “Auditoría Médica, Instrucciones Médicas y Médico Administrativas.”<sup>(41)</sup>

**1963:** “ Se efectuó en Estados Unidos el Cuarto Congreso Internacional.

La conciencia de la inmensa contribución que el personal de archivos clínicos puede hacer con su trabajo ha despertado el interés internacional de los círculos médicos. Los médicos saben bien que los datos médicos científicamente recopilados por muchos países pueden ser otro paso hacia la solución de los problemas de salud de la familia de naciones. Ha surgido de estas reuniones internacionales un grupo bien informado de las prácticas aplicables a los archivos clínicos. El trabajo

---

<sup>37</sup> (16) Subdirección General Médica Auditoría Médica

<sup>38</sup> (8) Pág. 479

<sup>39</sup> (13) Barquín Calderón Manuel, Dr. Dirección de Hospitales

<sup>40</sup> (8) H. Erickson, Lilian, R.R.L., Servicio de Archivo Clínico.

<sup>41</sup> (16) Subdirección General Médica Auditoría Médica

ininterrumpido fomentará el uso de una nomenclatura médica común.”  
(42)

**1972:** “ La Auditoría Médica evoluciona hacia la < Evaluación Médica >, termino más identificado con el quehacer médico que el de auditoría, de una connotación más administrativa; se edita un fascículo conteniendo las instrucciones para su elaboración . ”(43)

**1973:** “ La Subdirección General Médica del IMSS publicó: < El expediente clínico en la atención médica, instrucciones >, complemento indispensable en su realización sobre criterios previamente establecidos.”(44)

**1975:** La Subdirección Médica del ISSSTE publica “ Evaluación del expediente clínico en las Unidades Médicas. ” (45)

La Dra. Lee Ramos y su grupo hacen aportaciones sobre la evaluación de la calidad de la atención médica como el estudio llevado a cabo en el IMSS:

“ Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur y del Valle de México. ” (46)

**1981:** El ISSSTE publica el “Manual de evaluación de la calidad de la atención médica a través del expediente clínico en Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel. ” (47)

**1982:** La Dirección de Servicios Médicos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia presenta su publicación: “ Auditoría Médica”. (48)

<sup>42</sup> (8) H. Erickson, Lilian, R.R.L., Servicio de Archivo Clínico. Pág. 473

<sup>43</sup> (17) Subdirección General Médica. Evaluación Médica. Instrucciones Médicas y Médicoadministrativas.

<sup>44</sup> (18) Subdirección General Médica. El expediente clínico en la atención médica, instrucciones.

<sup>45</sup> (19) Subdirección Médica. Evaluación del expediente clínico en las unidades médicas.

<sup>46</sup> (22) Lee Ramos, A.F Dra. et al. Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur y del Valle. de México.

<sup>47</sup> (20) ISSSTE Manual de evaluación de la calidad de la atención médica a través del Expediente clínico en Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel

<sup>48</sup> (21) Dirección de Servicios Médicos Auditoría Médica

## 2.2.2 Definición de archivo clínico

El Dr. Manuel Barquín Calderón, Maestro en Salud Pública y Administración de Hospitales señaló, en su libro “ Dirección de Hospitales ” al referirse al archivo clínico lo siguiente:

**“ El servicio o departamento de archivo clínico es aquél que se encarga de la recolección de los datos clínicos, del arreglo correcto de los expedientes, de intercalar los diversos resultados para integrar el expediente, de guardarlos, de su conservación, en su caso del microfilmado; es decir todas las funciones que están en relación con el movimiento y conservación del expediente clínico y, por otra parte de la recolección de datos generales y específicos en relación con la prestación médica, que concurren a integrar los aspectos de la estadística general y de la bioestadística.”** <sup>(49)</sup>

## 2.2.3 Funciones principales

**“ Archivar expedientes clínicos.**

- **Recopilar y analizar en forma estadística los datos de los expedientes clínicos comparándolos con los estándares aceptados.**
- **Proporcionar material para la enseñanza e investigación del personal médico y paramédico.**
- **Servir de información base para estadísticas de salud, para enseñanza e investigación a nivel científico.**
- **Base en el área administrativa para planear y evaluar el programa hospitalario.”** <sup>(50)</sup>

Se añaden otras actividades señaladas por el Dr. Guillermo Fajardo Ortiz, profesor de Administración de la Atención Médica en la Facultad de Medicina de la UNAM en su libro < Teoría y práctica de la Atención Médica y de Hospitales > :

**“ Con frecuencia el departamento de archivo clínico combina sus funciones con las de admisión y biestadística; en algunas instituciones**

<sup>49</sup> (13) Barquín Calderón Manuel, Dr.; Departamento de Archivo Clínico. Pág. 464

<sup>50</sup> (13) Pág. 13

suele tener a su cargo la “vigencia de derechos” - registro de las personas que tienen derecho a la atención.” <sup>(51)</sup>

## 2.2.4 Localización

“ Se deberán tomar en cuenta las funciones que desempeñará, sus necesidades para los próximos diez años, ya que el archivo activo debe conservarse por lo menos durante 5 años y el pasivo otros 5 años.

Considerándose que tiene funciones de centro nervioso, ya que está relacionado con todas las partes del hospital, por lo que debe ubicarse en el lugar más accesible para el paciente, los médicos, enfermeras y personal paramédico.

El área de la sección administrativa se considera una área adecuada, procurando que el local esté seco, ventilado y con iluminación adecuada, de preferencia con luz natural.” <sup>(52)</sup>

### a) Espacio

“ Las funciones del archivo clínico determinaran el espacio requerido, tomándose en cuenta los siguientes factores:

- Tipo de hospital: crónico, agudo, de especialidad, de enseñanza, de investigación,
- Número de médicos que integran el cuerpo médico.
- Número anual de altas.
- Tiempo que el expediente clínico requiere ser activo.
- Posibilidad de microfilmación o de otros medios para dar de baja el expediente inactivo.
- Tipos de archiveros que se van a usar: anaquel o carpeta.
- Sistema de archivo que se va a usar.
- Localización de puertas o ventanas y otras estructuras que interfieran con el espacio.
- Planeación de cambios futuros.

<sup>51</sup> (14) Fajardo Ortiz Guillermo, Dr.; Archivo clínico. Pág. 135

<sup>52</sup> (10) Carreño de Esparza, Dra.

Como organizar un Departamento de Archivo Clínico eficiente. Pág. 13

- Número de camas.
- Actividad de los expedientes.
- Tamaño y espesor de los expedientes. ” (53)

## **b) Descentralización o centralización**

Un punto muy importante al organizar un archivo clínico es el determinar si se utiliza un sistema descentralizado o centralizado.

### **• Descentralizado**

“ En el sistema descentralizado en todos los servicios clínicos, la zona de hospitalización y la consulta externa tiene por separado un lugar de guarda de expedientes, pueden tener sistemas diferentes de localización e integración del expediente clínico.

**Ventajas:** Está el que un servicio puede tener un control más estricto de sus expedientes al formar parte de una institución donde este no es adecuado; no existe pérdida de tiempo para tener los expedientes cuando se requieren.

**Desventajas:** Sistema más costoso para el servicio y para la institución; ocupa espacio físico que pudiera ser utilizado en otras actividades; se deben tener: stocks de papelería impresa en el área, personal capacitado para el control del expediente clínico; funciones de bioestadística se deben hacer en el servicio; en el caso de interconsulta a otros servicios o especialidades de hospital por desconfianza no se prestan los expedientes clínicos, teniendo que ser los médicos residentes o personal paramédico custodios de los mismos.” (54)

### **• Centralizado**

---

<sup>53</sup> (10) Carreño de Esparza, Dra.

Como organizar un Departamento de Archivo Clínico eficiente. Pág. 13

<sup>54</sup> (13) Barquín Calderón Manuel, Dr.; Departamento de Archivo Clínico. Pág. 471

“ Todos los servicios clínicos, la zona de hospitalización y de consulta externa tienen el mismo lugar de guarda, tiene el mismo sistema de localización de expedientes.

**Ventajas:** economía de tiempo, personal y dinero, en lo que a archivar se refiere; ahorro de espacio y material; evitar duplicación y multiplicación, que conducen a confusión o extravío de expedientes; se facilita la búsqueda de expedientes y su localización rápida; facilitar la investigación científica; se aumentan las facilidades para la labor del servicio de estadística

**Desventajas:** de no existir una organización adecuada del departamento son frecuentes los extravíos de expedientes, tardan en llegar a las áreas que se requieren, no se recogen a tiempo, pueden no encontrarse bien integrados, pueden estar en malas condiciones de mantenimiento por polvo o humedad si no existe una organización adecuada o motivación de su personal en su cuidado. ”<sup>(55)</sup>

## 2.2.5 Sistemas de identificación de expedientes

En la guarda de expedientes clínicos señala el Dr. Guillermo Fajardo Ortiz:

“ ...tanto en el archivo clínico centralizado como descentralizado se deben considerar los expedientes activos (vigentes) y los pasivos (no vigentes); en ambos casos la guarda de expedientes debe tener cierta disposición o arreglo.

Las formas de disposición son muy variadas: alfabético; según nombre del paciente; área geográfica de procedencia, padecimiento; número de filiación etc. El más usado es el numérico ya que el número puede asignarlo la unidad de atención médicas u otro organismo. En todo caso conviene que todo paciente tenga un solo número; si el procedimiento es numérico los expedientes pueden agruparse por el método numérico convencional o por el método digito-terminal; bajo este último procedimiento se colocan los expedientes clínicos en un archivero dividido- en 100 partes, de 00 a 99; los expedientes se van colocando en

<sup>55</sup> (13) Barquín Calderón Manuel, Dr.; Departamento de Archivo Clínico. Pág. 471

ellos, de acuerdo a sus dos últimos dígitos, estableciéndose subpartes con sus correspondientes dígitos medio; este sistema hace más fácil localizar y colocar los expedientes, prestándose, además a la codificación recurriendo a colores, la que consiste en asignar un dígito de 0 a 9, facilitándose la identificación de los expedientes. <sup>(56)</sup>

## 2.2.6 Funcionamiento:

### a) Control interno

“ Sirve para localizar, dentro del área de este departamento, los expedientes rápidamente.

A la apertura de un expediente clínico, se deberá elaborar una tarjeta alfabética que funcione como control interno del departamento. La información básica que debe contener: nombre del paciente, número de expediente, edad y sexo (con el objetivo de identificar homónimos) pudiendo anotar en el algún otro elemento que ayude a la localización del expediente según las necesidades de cada hospital. ” <sup>(57)</sup>

### b) Control externo

“ Control que se lleva para localizar un expediente fuera del área de archivo clínico, se lleva por medio de un vale sencillo, un vale múltiple o una guía de faltantes. ” <sup>(57)</sup>

#### • Vale sencillo

“ Este vale indica donde se encuentra el expediente fuera del área del archivo y contiene los siguientes datos: nombre del paciente, número de expediente, el servicio que lo solicita, la fecha de la solicitud, firma del responsable de ese expediente.” <sup>(57)</sup>

<sup>56</sup> (14) Fajardo Ortiz Guillermo, Dr.; Archivo clínico. Pág. 662

<sup>57</sup> (10) Carreño de Esparza, Dra. Como organizar un Departamento de Archivo Clínico eficiente. Pág. 13

- **Vale múltiple**

**“ Este vale es usado generalmente para la consulta externa, se lleva diariamente por servicio y por médico, conteniendo en la parte superior los siguientes datos: nombre del médico, el servicio, la fecha. En forma de lista se detallan los expedientes clínicos solicitados, anotando nombre del paciente y su número de expediente.**

**Los expedientes clínicos solicitados en el vale múltiple se deben regresar el mismo día; a falta de un expediente se elaborará un vale sencillo. ”** <sup>(58)</sup>

- **Guía de faltantes**

**“ En una cartulina del tamaño del expediente clínico que contiene en la parte superior los siguientes datos: número de expediente, nombre del paciente, fecha y servicio al que se presta. Esta cartulina se coloca dentro del archivero donde se debería encontrar el expediente. ”** <sup>(58)</sup>

## **2.2.7 Problemática en el Archivo Clínico**

La Dra. Olga Carreño de Esparza, quien fungió como Jefe del Departamento de Bioestadística y Archivo Clínico del Centro Hospitalario 20 de Noviembre del ISSSTE en su artículo: < Una solución al espacio en el archivo clínico > señaló lo siguiente, respecto a la problemática de este departamento lo siguiente:

**“ Todo hospital confronta en algún momento el problema de espacio, y esto se agudiza cuando se trata del archivo clínico, el tiempo en que un archivo clínico es insuficiente depende de varias causas, entre las más importantes están:**

- 1. Tipo de hospital (general o de subespecialidad; regional, de concentración; privado o de seguridad social, etc.)**

---

<sup>58</sup> (10) Carreño de Esparza, Dra.  
Como organizar un Departamento de Archivo Clínico eficiente. Pág. 13

2. Sistema de archivo que se utiliza: centralizado o descentralizado.
3. Presencia o ausencia de consulta externa en el hospital (da mayor actividad en el hospital).
4. Necesidad de que el archivo permanezca activo:
  - a) por necesidad del paciente ( continua en atención o ya no se ha presentado)
  - b) por necesidad del médico: enseñanza, investigación
  - c) necesidades de la institución, sobre todo requerimientos de tipo legal.
5. Interés de la institución en la elaboración del expediente clínico: formatos uniformes, previamente diseñados, posibilidad de tenerlos mecanografiados.

Dado que la institución tiene el deber de proveer el resguardo del expediente clínico en forma segura, recalándose el hecho de que el paciente tiene el derecho a la privacidad en el manejo del mismo.

5. Los principales problemas en cualquier archivo clínico son:
  - Amontonamiento de expedientes en los archiveros. Se piensa que este problema se soluciona con más equipo, más espacio y más personal. Al aumentar el espacio del área asignada al archivo (si esto fuera posible), aumenta el espacio que tiene que recorrer un archivista, ya que se calcula que el 55% de los expedientes archivados en un período de un año son inactivos al final del mismo, en los hospitales de tipo general. Al abrir más áreas de archivo, aumenta también la posibilidad de error al archivar.
  - Control difícil en las condiciones de amontonamiento, existiendo mayores omisiones en el control de los expedientes que salen del archivo. Entre los factores humanos que hacen más disperso el control está la creencia del personal de que no es posible saber quién prestó el expediente, reduciéndose por lo tanto la responsabilidad.

- Los médicos, cuando desconfían del sistema de archivo, crean su propio archivo, o se quedan con los expedientes del archivo central en forma de archivo pasivo. ” (59)

Con objeto de tener una panorámica más amplia de la problemática presentada en el departamento de archivo clínico se añade: lo siguiente expuesto por el Dr. Guillermo Fajardo Ortiz:

“ Expedientes incompletos, mutilados, desordenados.

- Formas no contestadas.
- Extravío o pérdida de expedientes.
- Expedientes duplicados.
- Expedientes sin número de registro.
- Ausencia de archivo muerto o pasivo.
- Falta de espacio.
- Ausencia de comités de archivo clínico y evaluación médica interna.
- Falta de uniformidad en las normas y procedimientos de trabajo.
- Falta de manuales de procedimientos.
- Falta de uniformidad en terminología utilizada
- Diagnósticos mal definidos
- Personal no preparado.
- Falta de integración entre el personal del archivo
- Falta de programas de adiestramiento
- Ausentismo de personal
- Sueldos insuficientes y ausencia de programas de incentivos al personal”. (60)

## 2.2.8 Sistema ideal de archivo clínico

“ Un sistema debería reunir las siguientes condiciones:

- Reducir o eliminar problemas de archivo
- Rápido y expedito el envío de expedientes solicitados

---

<sup>59</sup> (11) Carreño de Esparza, Dra.

Una solución al problema de espacio en el Archivo Clínico. Págs. 6-7

<sup>60</sup> (14) Fajardo Ortiz Guillermo, Dr.; Archivo Clínico. Pág. 665

- Eliminar pérdidas, evitándose la salida de expedientes sin el control adecuado
- Satisfacer la demanda de expedientes clínicos
- Respetarse los procedimientos establecidos.”<sup>(61)</sup>

## 2.2.9 Alternativas de solución

“ 1. Aumentar el área de archivo. En pocos hospitales es posible hacer esto porque no hay espacio accesible o porque el costo que significa la adaptación, más el equipo y el personal necesario lo hacen poco práctico y costoso.

2. Depuración de archivo, separando el archivo activo del pasivo, enviándose todo el pasivo a un almacén que cubra las siguientes condiciones:

- Cercanía al archivo activo.
- Condiciones de equipo y área semejante al archivo activo.
- Personal responsable de esta área y mensajería adecuada.”<sup>(62)</sup>

### 2.2.9.1 Microfilmación

“ Es la fotografía de documentos sobre película. Su objetivo es la reducción de espacio. Un rollo de película de 30 metros de largo con un diámetro de 10 cm. puede mantener hasta 2,500 documentos tamaño carta, reduciendo el espacio de los originales a 2%. Es un sistema utilizado frecuentemente en bancos. ”<sup>(62)</sup>

La planeación de la microfilmación implica:

- “ 1. Conocer los diferentes sistemas de microfilmación.

---

<sup>61</sup> (11) Carreño de Esparza, Dra.  
Una solución al problema de espacio en el Archivo Clínico. Págs. 7-8

<sup>62</sup> (11) Carreño de Esparza, Dra.  
Una solución al problema de espacio en el Archivo Clínico. Págs. 7-8

- Conocer las siguientes características del archivo que se quiere microfilmear:
- Existe insuficiencia y hay necesidad de mayor espacio.
- Valorar conjuntamente con el cuerpo médico y autoridades del hospital qué expedientes habrá que microfilmear (defunciones, expedientes pasivos, expedientes pasivos muy voluminosos, etc.).
- Qué partes del expediente se microfilmearán. Se microfilmeará todo el expediente, depuración del expediente (notas de enfermería, papelería de tipo administrativo).
- Motivación del cuerpo médico y autoridades a adoptar este sistema.
- Estimación del costo, principalmente se considerará estos aspectos: equipo, aparato de lectura, aparato para duplicación de sistemas microfilmados, mobiliario, material necesario, personal.
- Es importante considerar el volumen de trabajo al calcular el personal necesario. Puede ser útil microfilmear el 10% de los expedientes clínicos para estimar la cantidad de expedientes que se quiere microfilmear.” <sup>(63)</sup>

**Respecto al área física:**

“ Se debe tomar en cuenta que esta sección tiene que estar dentro del archivo o en la vecindad del mismo, tomándose en cuenta los siguientes espacios:

- Preparación de expedientes
- Área de microfilmación y revisión de rollos
- Área de catálogos
- Área para el médico, para que pueda consultar cómodamente el expediente clínico.” <sup>(64)</sup>

**El procedimiento de microfilmación incluye:**

- “ 1. Determinación de expedientes a microfilmear: expedientes activos e inactivos.
2. Preparación del expediente clínico de acuerdo a orden previamente

---

<sup>63</sup> (11) Pág. 10

<sup>64</sup> (11) Carreño de Esparza, Dra.  
Una solución al problema de espacio en el Archivo Clínico. Pág. 10

establecido y acordado con el área médica, listándose las formas clínicas que deben microfilmarse y en orden cronológico.

3. Antes de microfilmación identificación adecuada del rollo. ”<sup>(65)</sup>

En la preparación de los expedientes para microfilmación se tienen las siguientes actividades:

- Ordenarlos progresivamente.
- Prepararlos de acuerdo a indicaciones previamente especificadas.
- Verificar que la papelería se refiere al paciente del expediente clínico.
- Respetar el orden diseñado, realizarlo cronológicamente (iniciar con la primera consulta o primer internamiento).
- Depuración de formas que no se consideró conveniente microfilmarse; previa autorización.
- Remoción de la papelería de broches, grapas y clips para no dañar el equipo.
- Después de revelarse el rollo debe compararse con las formas originales del expediente, imagen por imagen, en el lector. En caso en que la imagen no sea legible o exista algún otro error, se deberá hacer la microfilmación parcial o total del rollo.
- Una vez microfilmado el expediente pasivo, se archivará el tiempo que se considere necesario. Para expedientes activos la hoja de admisión, hoja de egreso con resumen clínico y últimas notas de evolución deben archivar en la carpeta original y colocarse en el anaquel correspondiente.
- Se debe registrar la siguiente información: número de rollo; fecha de microfilmación; nombre de la persona que microfilmó; clave del expediente en el lugar del rollo; nombre completo del paciente; número de expediente; última fecha de consulta.
- Rollos revelados deben quedar perfectamente rotulados para su correcta localización. ”<sup>(65)</sup>

Con relación a la evaluación del sistema se señala:

“ Después del sistema de microfilmación, se harán evaluaciones en el sistema en forma periódica, con el fin de cambiar los procedimientos

<sup>65</sup> (11) Carreño de Esparza, Dra.

Una solución al problema de espacio en el Archivo Clínico. Pág. 10

cuando sea necesario. Es necesario conocer que sólo la práctica del sistema en un período nos da a conocer las fallas que puede tener ya que la perfección pocas veces se alcanza.

Las ventajas y desventajas solo se conocen una vez que el sistema ha sido puesto en uso, siendo necesaria la flexibilidad para ajustarse a los cambios. ”<sup>(66)</sup>

### **2.2.9.2 Sistemas de información hospitalaria**

El Dr. Jairo Reynales Londoño, coordinador técnico del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia, Monitor del Plan de Gerentes del Ministerio de Salud del Banco Mundial en el libro: “Administración Hospitalaria”, opina sobre el particular lo siguiente:

“ Al considerarse al hospital como un cúmulo de personas, infraestructura y tecnología para el desarrollo y prestación de servicios de salud en su ámbito asistencial es necesario tener en cuenta, que es éste, el generador de una serie inmensa de datos que tácitamente están enmarcados en un sistema de información.

En el fortalecimiento del hospital, el proceso de planeación programación, es el eje dinamizador e integrador de las decisiones y acciones que se efectúan en los diferentes niveles, en este sentido se hace necesario que el sistema de información responda oportunamente a los requerimientos siempre cambiantes intra y extrainstitucionales.

Se le ha dado mucha importancia al dato; es más importante hacer énfasis en el análisis de la información con el fin de que la producción de nuevos conocimientos permita tomar decisiones de igual forma, siendo necesario establecer los mecanismos para el seguimiento y evaluación para poder realizar oportunamente los ajustes necesarios.

En el proceso de análisis cada institución tiene sus particularidades, a pesar de que existen aspectos comunes a los sistemas de información.”<sup>(67)</sup>

<sup>66</sup> (11) Carreño de Esparza, Dra.

Una solución al problema de espacio en el Archivo Clínico. Pág. 10

<sup>67</sup> (24) Malagón Londoño Gustavo Dr. Sistema de información hospitalaria. Págs. 451-452

## a) Definición

**“ Sistema de información hospitalario es el conjunto de personas, datos, procesos y procedimientos que funcionan articulados y que buscan facilitar y apoyar el desempeño de los funcionarios para cumplir con las actividades previstas para el funcionamiento y desarrollo de la organización. Se debe dar importancia a la comunicación de los datos procesados, la presentación de la información obtenida, la administración de las actividades y la toma de decisiones. ”** <sup>(44)</sup>

## b) Finalidad y características

**“ La principal finalidad del sistema de información es apoyar la toma de decisiones en todos los niveles del hospital.**

- **El reto de las organizaciones y de las personas que las conforman, no está en adquirir la tecnología de los sistemas de información, sino en desarrollar la capacidad necesaria para su administración y desarrollo productivo.**
- **El sistema de información se le debe considerar como un medio, no como un fin.**
- **Prioritario enfocar la atención en los funcionarios para desarrollar en ellos las aptitudes necesarias para mejorar la operación del sistema, para mejorar la eficacia, eficiencia, oportunidad.**
- **El conocimiento, la operación y la utilización del sistema de información en todos sus aspectos, se debe convertir en el objetivo de la organización, tomándose en cuenta que la información es un recurso básico para el desarrollo de todas las actividades que se realizan en el hospital.”** <sup>(68)</sup>

## c) Procesos para operarlo

**“ Recepción de datos**

- **Procesamiento de datos**
- **Salidas**

---

<sup>68</sup> (24). Malagón Londoño Gustavo Dr. Sistema de información hospitalaria. Págs. 452-453

## **d) Condicionantes que generan su uso**

**“ Acelerado proceso de cambio**

- **Complejidad de la administración**
- **Interdependencia con otras instituciones**
- **Mejoramiento de la productividad**
- **Reconocimiento de la información como recurso**
- **Participación del personal de la institución en la toma de decisiones.”<sup>(69)</sup>**

## **e) Objetivos**

**“ Identificar las causas de morbimortalidad, población atendida, demanda de servicios, etc.**

- **Diagnosticar la situación de salud de la comunidad, identificando y enfatizando los problemas prioritarios**
- **Desarrollar y evaluar las diferentes actividades que se realizan en los servicios que presta la organización a los usuarios**
- **Identificar la capacidad de respuesta de la institución a la demanda de servicios**
- **Identificar y cuantificar el consumo de los diferentes recursos de la institución.”<sup>(69)</sup>**

## **f) Requisitos**

**“ Los funcionarios deben participar en todas las etapas del proceso de planeación-programación**

- **Los resultados del sistema de información deben de estar orientados a apoyar la toma de decisiones**
- **Sistemas de información deben de ser flexibles y dinámicos para obtener información útil, oportuna, confiable y económica para responder en forma adecuada a los cambios intra y extra institucionales que generan la demanda de servicios.”<sup>(69)</sup>**

---

<sup>69</sup> (24). Malagón Londoño Gustavo Dr. Sistema de información hospitalaria. Págs. 453-454

## **g) Diseño, requerimientos generales**

**“ Determinación de necesidades específicas, los usuarios deben ser partícipes del diseño del sistema.**

- **Elaboración de normas, procedimientos y actividades para la adquisición y tratamiento de la información de acuerdo con las necesidades de los usuarios, en cuanto a los formatos de captura, definición y clasificación.**
- **Establecimiento de normas, procedimientos para la recuperación, organización y difusión de la información.**
- **Establecimiento de mecanismos para retroalimentar a los generadores de la información.**
- **Definición y establecimiento de mecanismos de evaluación.** <sup>(70)</sup>

## **h) Información útil, características**

- **Suficiente, precisa y no excesiva**
- **Fiable, exacta, oportuna y significativa**
- **Localizada y disponible.** <sup>(70)</sup>

## **i) Información, problemática**

**“ Quien debe decidir no puede basarse con frecuencia en la información generada por el sistema, ya sea porque ésta no es la que necesita o por que es deficiente en calidad y oportunidad. Al no poder tomar decisiones con la información disponible, no hay motivaciones para introducir mejoras en la recolección de datos, procesamiento, análisis y entrega de resultados:**

- **La forma de presentar la información no motiva ni facilita la toma de decisiones**
- **La transmisión de un número masivo de datos e indicadores sin ninguna selección, dificulta la identificación de problemas y la forma de resolverlos**
- **Existe un buen número de funcionarios en todos los niveles, que ignoran la existencia de información y por este motivo no la utilizan;**

---

<sup>70</sup> (24). Malagón Londoño Gustavo Dr. Sistema de información hospitalaria. Págs. 453-454

o hay otros que la reciben pero no saben cómo usarla, por tanto no la incorporan al proceso de toma de decisiones

- El sistema de información por lo general esta basado en informes sistemáticos de datos relacionados con actividades de asistencia médica institucional, poniendo más énfasis en los procedimientos y en las actividades realizadas que en los resultados traducidos en términos de eficiencia, eficacia, impacto etc.
- Los esfuerzos para el diseño y desarrollo de los sistemas de información, así como la capacitación para su operación y la puesta en marcha, se han limitado a la captura y el procesamiento de los datos, dándole relativamente poco peso al análisis.
- En los niveles de la organización el sistema de información funciona como una actividad propia de la Unidad de Informática y no como un recurso para la gestión institucional.
- Problemas en la recolección y procesamiento de datos, deficiencias en su cobertura, integridad, veracidad y consistencia además de la inoportunidad han contribuido a que la información sea poco confiable.”<sup>(71)</sup>

## j) Bases del Sistema Informático Hospitalario

- **Definición**

“ Sistema basado en la información médica y administrativa de un hospital con funciones de almacenamiento y transferencia de información de acuerdo con los objetivos propios del hospital.”<sup>(72)</sup>

Las principales características de la información hospitalaria son las siguientes:

- “ No es homogénea

- Función relativa, en función de su utilidad
- Requerida por diferentes usuarios: médicos, empleados, servicios, departamentos.
- Diferentes aspectos: estadísticos, científicos, administrativos, etc.”<sup>(73)</sup>

---

<sup>71</sup> (24). Malagón Londoño Gustavo Dr. Sistema de información hospitalaria. Págs. 451-452

<sup>72</sup> (24). Pág. 462

<sup>73</sup> (24). Malagón Londoño Gustavo Dr. Sistema de información hospitalaria. Pág. 458

El uso de las computadoras y los sistemas de información tiene las siguientes ventajas:

- “Mejoran calidad y velocidad con que se capturan los datos
- Permiten rápida y exacta manipulación de los datos numéricos para la información de datos estadísticos
- Facilitan el mantenimiento de las bases de datos.” <sup>(74)</sup>

## 2.2.10 Personal

### a) Jefe del Departamento

Diferentes autores consultados <sup>(75)(76)(77)</sup> coinciden en la apreciación de que es recomendable que el jefe del departamento sea del sexo femenino. Mi punto de vista es que independientemente del sexo lo importante es que el jefe del departamento debe cubrir las características del perfil de puesto.

Edna Huffman, en su libro *The Medical Record Librarian* señala entre estas características del puesto las siguientes:

- “ Personalidad estable.
- Inspirar confianza en quien acude a ella.
- Desenvoltura, capacidad para la toma de decisiones.
- Diplomacia, iniciativa, deseos de superación.
- Capacidad para adaptarse, gusto a la exactitud.
- Cooperación, persuasión, imaginación
- Tacto para dirigir a su equipo de trabajo.
- Capacidad para entablar relaciones con el equipo con quien labora.
- Capacidad para manejar datos del pasado.
- Conocimiento del sistema de salud de su país.
- Experiencia para trabajar en hospitales.
- Con conocimientos de los objetivos y de la institución en que trabaja para una coordinación de su departamento con las autoridades y con toda la institución.

---

<sup>74</sup> (24) Pág. 459

<sup>75</sup> (1) Malcolm T. MacEachern, Md. *The medical record department.*

<sup>76</sup> (8) H. Erickson, Lilian, R.R.L., *Servicio de Archivo Clínico.*

<sup>77</sup> (25) Huffman K. Edna. *The medical record librarian.*

- Debe tener conciencia de la responsabilidad de su trabajo, del carácter ético y legal del mismo tanto para el paciente como para el equipo de salud.
- Con conocimientos de estadística y metodología de la investigación.”<sup>(78)</sup>

El Dr. Mac Eachern en el artículo: “Registros médicos en el hospital” señala las siguientes características que complementan lo anterior:

“ Ella debe ser una persona educada, honesta, industriosa, con personalidad progresista, digna, tenaz y versátil. ”<sup>(79)</sup>

## • Funciones

Lilian Erickson señala las siguientes funciones concretas:

- “ Interpretar la política administrativa y profesional para sus colaboradores y su personal.
- Planear, dirigir y administrar el programa del departamento.
- Supervisar la correcta utilización de formatos para el expediente clínico.
- Supervisar el que se tenga un expediente clínico integro.
- Promover la utilización de índices de diagnóstico y operaciones acordes a la normatividad de la institución, promoviendo la utilización de índices mundialmente aceptados.
- Colaborar en el desarrollo de los trabajos de investigación de los equipos de salud.
- Desarrollar métodos y proyectar formas para proporcionar estadísticas médicas y administrativas.
- Planear, organizar, supervisar y evaluar el sistema de numeración de expedientes clínicos.
- Proporcionar métodos para el retiro de expedientes clínicos.
- Orientar al personal médico sobre el uso de nomenclatura aceptada internacionalmente.

<sup>78</sup> (25). Huffman K. Edna. *The medical record librarian*. Págs. 115-119

<sup>79</sup> (1) Malcolm T. Mac.Eachern, Md. *The medical record department*. Págs. 760-762

- Supervisar y promover que se tenga el Manual de Procedimientos, llevando a cabo el funcionamiento del departamento de acuerdo a indicaciones del mismo.
- Proteger que se respete el secreto del expediente clínico.
- Conducir el adiestramiento de personal de su departamento, al que enseña terminología médica, fundamentos de información estadística, preparación de todo tipo de informes.
- Elegir el equipo más adecuado para el mejor desarrollo de las actividades de su departamento.
- Preparar y vigilar el presupuesto de su departamento.
- Supervisar que al ingreso de enfermos se capturen con exactitud los datos necesarios para la plena identificación del paciente dándole una adecuada asignación del número de registro.
- Responsabilizarse ante autoridades de la institución de tener la adecuada información de casos o reportes a agencias sanitarias de enfermedades transmisibles, nacimientos, muertes, etc. de acuerdo a la normatividad vigente. ”<sup>(80)</sup>

## **b) Personal de apoyo: Archivista clínico**

Dentro de sus funciones están: controlar los tarjeteros tanto alfabéticos como numéricos, controlar y descargar la forma de cita previa para que los expedientes estén oportunamente el día de la cita previa. Controlar la hospitalización de los pacientes, dando noticias sobre información del número de camas, camas censables. Coordina sus actividades con las del estadígrafo y la del codificador para la formulación de la estadística clínica.

De acuerdo a las posibilidades del hospital se puede contar con un ayudante de archivista clínico o el archivista también realiza dichas funciones.

---

<sup>80</sup> (8). H. Erickson, Lilian, R.R.L., Servicio de Archivo Clínico. Pág. 475

## **2.2.11 Acreditación de hospitales y archivo clínico**

La Organización Mundial de la Salud a través de la Organización Panamericana de la Salud y la Federación Latinoamericana de Hospitales generó en el año de 1991 el documento: Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe <sup>(81)</sup> donde se establecen instrumentos que regulen y garanticen la calidad de la atención a través de procedimientos de evaluación de los establecimientos asistenciales, públicos o privados, dentro de los cuales tenemos la acreditación.

### **a) Conceptos generales:**

**Acreditación de hospitales: “ Es el procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente aceptados. Los estándares pueden ser mínimos (definiendo el piso o base) o más elaborados y exigentes, definiendo distintos niveles de satisfacción.**

**Un establecimiento asistencial “acredita” o es “acreditado” cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad.**

**El manual se compone de dos grupos de requisitos de acreditación, estándares obligatorios y no obligatorios. Los estándares incluidos en el primer grupo deben ser considerados mínimos y obligatorios para todo establecimiento que solicite la acreditación.**

**Todos los estándares están ordenados por nivel de nivel de satisfacción adecuada crecientes y correlativos, de manera que para alcanzar un nivel superior, deben haberse satisfecho necesariamente los niveles anteriores.**

**En cada estándar deberá considerarse acreditado el nivel cuyas exigencias son totalmente satisfechas.**

---

<sup>81</sup> (26) Federación Latinoamericana de Hospitales. La garantía de Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe.

**Para ser acreditado:**

- El establecimiento debe cumplir por lo menos el nivel 1 de satisfacción de calidad en todos los estándares.
- Cuando de uno tres estándares, los requisitos de calidad no se cumplan totalmente, por deficiencias que puedan subsanarse dentro de un año, podrá otorgarse la acreditación provisoria por ese plazo.
- Los estándares tienen igual jerarquía, no existen requisitos eximibles; los requisitos preliminares definirán las limitaciones para acceder al programa de acreditación.”<sup>(82)</sup>

## **b) Estándares Para Acreditar. Archivo Clínico**

### **Nivel 1**

“ Posee Historia Clínica, HC, de la totalidad de las personas asistidas en el establecimiento, tanto ambulatorias como internadas. La HC es legible, está firmada por el médico tratante y tiene cierre (epícrisis, resumen o diagnóstico de egreso

- Existen normas difundidas y conocidas sobre la confección de la HC Más del 80% de una muestra de HC de pacientes internados se halla actualizada al día anterior al de la evaluación.
- Posee un local exclusivo para este fin.
- El registro de HC está organizado por doble entrada: por número de orden y por orden alfabético.

**Interrogar en primera instancia a la máxima autoridad médica del establecimiento y verificar:**

- Si se confecciona HC en todos los casos,
- Los distintos lugares donde se archivan,
- El mecanismo administrativo de apertura de HC y de entrega a los profesionales, a su pedido.

**Interrogar especialmente sobre las HC de internación, consultorios externos, guardia de urgencias y principales servicios.**

---

<sup>82</sup> (26) Federación Latinoamericana de Hospitales. La garantía de Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe.

**En una muestra de 20 HC seleccionadas entre las últimas internaciones registradas en el libro de egresos, verificar si están firmadas, son legibles y cuentan con epícrisis. Interrogar a la autoridad sobre la existencia de normas, de que forma fueron difundidas e instruido el personal profesional. Verificar si se encuentran accesibles ejemplares de las normas en las áreas de descanso de médicos, oficinas de enfermería etc. Interrogar a varios profesionales sobre su conocimiento de las normas. En la misma muestra de HC verificar el cumplimiento de las normas. Tomar una muestra, representativa de las áreas de internación, excepto las de los pacientes críticos, seleccionadas en forma aleatoria y no menor de 20 HC en los establecimientos de más de 20 camas. Verificar si está consignada la evolución el día hábil anterior al de la evaluación, por lo menos en el 80% de las HC revisadas. Efectuar el mismo procedimiento con HC del archivo.**

**Hay uno o varios locales donde se archivan las HC, y no son utilizadas para ninguna otra actividad administrativa o asistencial. La selección de las HC puede realizarse a partir del número de orden de la apertura o por el apellido y nombre del paciente, en forma indistinta, independientemente del modo en que están ordenadas en los estantes (dígito terminal, número de orden u orden alfabético).”<sup>(83)</sup>**

## **Nivel 2**

**“ Existe supervisión de HC. ”<sup>(83)</sup>**

## **Nivel 3**

- “ Existe una única HC, tanto para la atención ambulatoria como en su internamiento.**
- **Existe un Comité de HC.**
  - **El movimiento de las HC está registrado y se hace un seguimiento de ruta.**
  - **Verificar en las HC de consultorio externo del día sí existen registros de atenciones anteriores.**
  - **Verificar en la misma muestra de HC en el nivel 2, si existen registros sobre atención ambulatoria. Se entiende por HC única, la**

<sup>83</sup> (26) Federación Latinoamericana de Hospitales. La garantía de Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe Págs. 55-56.

concentración de todos los datos médicos de un paciente, en un mismo sobre, carpeta o continente.

- Se registran todos los movimientos de la HC en cuadernos, tarjetones o planillas donde figura fecha de salida, persona responsable, servicio y fecha de retorno. Si la HC debe ser derivada de un servicio a otro está previsto el mecanismo para informar al archivo clínico sobre el cambio de ruta. ”<sup>(84)</sup>

#### Nivel 4

“ Existe personal exclusivo para este fin y hay acceso al archivo las 24 hrs.

- El archivo es atendido por personal exclusivo para esta finalidad. Si durante su horario de trabajo, dicho personal cumple otras tareas afines (como estadísticas, otros registros, turnos etc.), debe ser considerada exclusivo si esta siempre disponible para atender necesidades del archivo clínico. Está prevista la atención del archivo clínico las 24 horas, lo cual se puede verificar en la planilla de distribución del personal responsable del servicio.”<sup>(84)</sup>

---

<sup>84</sup> (26) Federación Latinoamericana de Hospitales. La garantía de Calidad.  
Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe Págs. 55-56.

## 2.3 Bioética y Sistemas de Información

Como corolario a marco teórico se presentan las siguientes reflexiones, fruto de la inquietud no solo del suscrito, son de muchas personas interesadas en el apasionante mundo de la Bioética.

La relación médico paciente ha cambiado en forma drástica, ahora podemos hablar de la relación equipo de salud-paciente. Todo este equipo debe estar interesado en el **paciente**, el cual debe ser tratado como **“él personaje principal de la atención médica”**

Se pasa de un concepto de beneficencia con una actitud paternalista del médico hacia su paciente; a uno donde el paciente toma parte activa en las decisiones que afectan su estado de o enfermedad, comparte con el equipo de salud la responsabilidad de su cuidado. Debe existir un compromiso y respeto mutuo entre todos, pues todos buscan el mismo fin: la salud no sólo del paciente sino también de la comunidad.

Un expediente clínico ya no es solo consultado por el equipo médico, de enfermería, trabajo social, etc. ahora también es solicitado y utilizado por los nacientes **Comités de Bioética** que se están formando las instituciones de salud de nuestro país.

Esto nos habla de un nuevo enfoque en la utilización del expediente clínico, ahora también otros sectores de la sociedad están interesados en él, debiéndose protegerse la guarda de la confidencialidad de la información del paciente. Existen derechos y obligaciones plasmados por las diferentes legislaciones; se muestran a continuación algunos fragmentos de ellos con relación al presente Caso Práctico.

- **Juramento de Hipócrates**

**“ Cualquier cosa que vea u oiga en el ejercicio de mi profesión y aún fuera de él lo callaré siempre, si no hay razón para darlo a conocer. Comprendo que es obligación mía de estado callar, en estas circunstancias.”** <sup>(85)</sup>

---

<sup>85</sup> (27) Organización Panamericana de la Salud. Códigos internacionales de ética Págs. 226-238

- **Juramento de Ginebra**

**“ Respetaré el secreto de quien lo haya confiado en mí.”<sup>(86)</sup>**

- **Código de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial**

**“ Deberes hacia los enfermos:**

**VII El médico debe conservar el secreto absoluto de lo que fue informado por su paciente así como aquello de que tuvo conocimiento como consecuencia de la confianza que se le otorgó.”<sup>(86)</sup>**

- **Declaración de Lisboa, derechos del paciente**

**b) El paciente tiene derecho a ser tratado por un médico que goce de libertad para hacer juicios clínicos y éticos sin ninguna interferencia exterior.**

**c) Después de haber sido adecuadamente informado sobre el tratamiento, el paciente tiene el derecho a aceptarlo o rechazarlo.**

**d) El paciente tiene el derecho a confiar en que su médico respete la confidencialidad de todos los datos médicos y personales que le conciernen.”<sup>(86)</sup>**

- **Declaración de derechos del paciente.  
Asociación Americana de Hospitales**

**“ 2. El paciente tiene derecho a obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos razonablemente comprensibles para él.**

**Cuando hay otras opciones de atención o de tratamiento médicamente significativas o cuando el paciente quiere conocer otras posibilidades, tiene derecho a recibir dicha información.**

---

<sup>86</sup> (27) Organización Panamericana de la Salud. Códigos internacionales de ética Págs. 226-238

**4. El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley. También tiene el derecho a ser informado de la consecuencia médica de su acción.**

**5. El paciente tiene derecho a que se tenga en cuenta su intimidad en relación con su propio programa de atención. La discusión del caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento son confidenciales y deben conducirse con discreción. Quienes no estén directamente implicados en su atención deben tener autorización del paciente para estar presentes.**

**6. El paciente tiene el derecho a que todas las comunicaciones y registros relativos a su atención sean tratados confidencialmente.**

**9. El paciente tiene derecho a ser advertido en caso de que el hospital se proponga realizar experimentación humana que afecte su atención o tratamiento. El paciente tiene derecho a rechazar el participar en dichos proyectos de investigación.**

**Es por ello de importancia el preservar la confidencialidad e integridad del expedientes clínico, debiendo existir un archivo clínico integrado por personal capacitado y motivado hacia el cumplimiento de sus funciones.**  
”<sup>(87)</sup>

## **2.4 Seguridad de los Registros Médicos Electrónicos**

Señalaba Alvaro Sevilla, de la Universidad de Granada en una mesa redonda sobre este tema:

**“ En los últimos años, la metamorfosis realizada en los registros médicos ha sido grande: estos han pasado de ser fichas anotadas a mano a contener gran cantidad de información médica (imágenes, resultados de laboratorio, prescripciones...) y de ahí a la forma de registro informatizado en buena parte hospitales y consultas médicas.**

**La llegada y crecimiento exponencial de la red Internet ofrece una plataforma técnica única para poder tener los registros médicos y toda**

<sup>87</sup> 27. Organización Panamericana de la Salud. Códigos internacionales de ética Págs. 226-238

la información relacionada accesible en las diferentes circunstancias. Desgraciadamente también hace que la vulnerabilidad de los datos aumente, y que los mismos se vean frecuentemente expuestos a amenazas intolerables para los deseos de intimidad del paciente y para la propia profesión médica.

Sin embargo el desarrollo e implementación en los últimos años de numerosas herramientas que permiten la confidencialidad y el acceso condicionado a los datos, la autenticidad de los mismos, la imposibilidad de repudiación y la posibilidad de compartir sin riesgos hacen que estas técnicas se muestren como un aliado eficaz en la utilización más amplia del Internet con fines médicos. Entre estas técnicas están el encriptamiento de datos, las firmas digitales individuales y de grupo, la compartición de secretos o las firmas inteligentes.

Todas ellas, combinadas adecuadamente, permiten ofrecer un escenario de registros médicos electrónicos que satisfaga las necesidades de utilización de los profesionales de la salud, las de intimidad del paciente y las reglas deontológicas de la profesión médica. Ello no obstante ofrece solo la "infraestructura" informática en este asunto. Son además necesarias legislaciones específicas, ya adelantadas en otros países, que den cobertura legal a estas medidas, junto con la definición de prácticas comunes de seguridad, planes de evaluación y seguimiento, y concientización y formación de usuarios profesionales del sistema y pacientes, debe dar lugar a un marco definido para el tratamiento de la información médica en la nueva "era de la información".<sup>(88)</sup>

---

<sup>88</sup> (28) Martínez Sevilla, Alvaro. Seguridad en los registros médicos electrónicos

### **3. Entorno: Asociación para Evitar la Ceguera en México.**

#### **3.1 Antecedentes históricos**

En su obra “ Historia de un gran Esfuerzo”, el Dr. Luis Sánchez Bulnes, Director y Presidente del Patronato señala, al hacer una semblanza de la institución, los siguientes hechos históricos importantes para entender a la Asociación y al personal que en ella labora:

**“ Durante el V Congreso Médico Nacional, celebrado en la ciudad de Puebla, en 1918 el eminente oftalmólogo mexicano Dr. José de Jesús González informó con datos estadísticos que la ceguera era una azote del pueblo de México, señalando las causas más importantes que podían generarla, muchas de ellas prevenibles a través de la detección y tratamiento oportuno, comentando como un problema de igual magnitud, la falta de medios y centros adecuados para hacer frente a esos problemas y propone a dicho Congreso la creación de una institución que tuviera como objetivo la atención a la población, que por diversas razones de índole biológico y de su condición social, pudiera ocasionar o favorecer la privación de la vista.**

**La sección de Oftalmología del Congreso, por unanimidad, hizo suya la propuesta del Dr. González y quedó consignada como un mandato de realización inaplazable la lucha contra las causas de la ceguera, y como un ideal, la restitución al seno activo de la sociedad, del numeroso grupo de estos inválidos.**

**En ese mismo momento, el Dr. José Terres, uno de los más sagaces y prestigiados médicos que ha tenido México, recoge el reto, abocándose de inmediato a la tarea de crear una organización que ofreciera, en primer término, asistencia médica oftalmológica gratuita al mayor número de enfermos pertenecientes a los grupos más desprotegidos de la sociedad, sin dejar de considerar para su operación los aspectos de enseñanza e investigación, indispensables para ofrecer servicios de excelencia que en ella se deberían de implantar. <sup>(89)</sup>**

<sup>89</sup> (2) Sánchez Bulnes Luis, Dr. Historia de un gran esfuerzo. Pág. 6

Bajo su liderazgo se materializa el proyecto al firmarse el 13 de agosto de 1918 el acta de la “Junta para la Prevención de la Ceguera en México” primer nombre que tuvo la institución.

“ Tres años después, el 22 de junio de 1921 se registra legalmente la misma ante Notario señalándose nuevas funciones y alcances y el cambio de nombre de Junta para la Prevención de la Ceguera por el de “Junta Central de la Asociación para Evitar la Ceguera en México”, cambio que obedece a la especificación de las áreas y líneas de trabajo que se abordarían, así como la proyección nacional que permitiría atender a la población hasta lugares apartados de la República.”<sup>(90)</sup>

### 3.2 Objetivos de la Asociación

“ Quedaron claramente estipulados desde la cláusula segunda del registro legal de la misma, donde se señalan tres acciones fundamentales que fueron elementos determinantes del curso que ella tomaría en el desarrollo de la oftalmología y la asistencia social privada:

1. La atención gratuita curativa y preventiva de los pacientes de escasos recursos con padecimientos oftalmológicos.
2. De manera prioritaria, junto con la labor asistencial, la educación general y la enseñanza a profesionales de la Medicina con orientación oftalmológica, con objeto de crear un sólido binomio de enseñar para curar.
3. Investigar de la mejor manera posible, las causas que en el país conducen con mayor frecuencia a la ceguera y proponer las medidas más adecuadas para suprimirlas, llevando a la práctica todo lo que hubiere a su alcance.<sup>(91)</sup>

### 3.3 La APEC y la Asistencia Privada

“ La Asociación era lanzada a la vida pública de México, en una época de gran convulsión política, económica y social nacional e internacional.

<sup>90</sup> (2) Sánchez Bulnes Luis, Dr. Historia de un gran esfuerzo. Pág. 6

<sup>91</sup> (2) Pág. 9

**Las condiciones estructurales, institucionales y de vida de la población se ven caracterizadas por un gran deterioro, sobre todo de las clases sociales más desprotegidas de la sociedad.**

**Los conflictos políticos y el restablecimiento del orden a partir de la promulgación de la Constitución de 1917 se advierten como las acciones prioritarias de la nueva etapa del desarrollo nacional, quedando en segundo término la solución a problemas de índole social, con acciones inicialmente paliativas.**

**La asistencia social privada adquiere en ese momento singular relevancia, ante la difícil situación social que tuvo que enfrentar el gobierno, asumiendo un papel histórico de gran significación al organizarse y otorgar servicios que apoyen y complementen las tareas del Estado.**

**Es en ese contexto que la Asociación se crea con el esfuerzo y la convicción de particulares para favorecer y mejorar al menos alguna situación de salud de la población más necesitada de atención médica.<sup>(92)</sup>**

El 8 de julio de 1921 se autorizó ante Notario Público la Sociedad de Beneficencia, incorporada a la Junta de Asistencia Privada; 6 meses después el General Alvaro Obregón, Presidente de la República otorgó personalidad jurídica a la Junta Central de la Asociación para Evitar la Ceguera en México a través de un decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación.

### **3.4 Evolución física de las instalaciones**

**13 de agosto de 1918:** Consultorio médico en la calle de Donceles 106.

**1921:** Tres años después de su inauguración se habían atendido 12,805 pacientes. Al no ser suficiente el espacio físico, el consultorio se traslada a la calle de Justo Sierra No. 25.

---

<sup>92</sup> 2) Sánchez Bulnes Luis, Dr. Historia de un gran esfuerzo. Pág. 5

**1924:** El Presidente de la República, General de División Plutarco Elías Calles, dona a la Asociación la casa de Arista No. 19, inmueble que es reconstruido y adaptado, ya que se recibe en condiciones ruinosas. Esta donación es gracias a la gestión del Dr. Cesar R. Margain contándose con la ayuda del Secretario de Hacienda y Crédito Público Ing. Alberto J. Pani.

“ Con la adquisición e inauguración de esta propiedad se inauguraba la vida futura de la institución. Por primera vez se disponía de un local diseñado especialmente para su actividad, al que podía llamarse hospital, ya que contaba con una pequeña sala de operaciones, un cuarto para pacientes con dos camas para hombres y dos para mujeres, separados por una cortina, un cuarto de curaciones y dos pequeños consultorios, instalaciones que permitieron proporcionar 6,008 consultas y practicar 653 intervenciones quirúrgicas.” <sup>(93)</sup>

**1938:** Al presentarse limitaciones económicas en la Asociación, los doctores Covarrubias, De los Cobos, Sánchez Bulnes y Martínez renuncian a la gratificación que venían percibiendo estableciéndose una pequeña óptica y farmacia. Al morir el Dr. Manuel Covarrubias, director de la institución y uno de los más valiosos y capacitados colaboradores que prestó sus servicios a la institución desde su fundación se designa para sustituirlo al Dr. Luis Sánchez Bulnes.

**20 de nov. 1938:** Se adquiere la casa ubicada en la calle de Gómez Farías No. 19 la cual se remodela y adapta como hospital, inaugurándose el 30 de agosto de 1939. En este periodo se da un notable impulso a la labor asistencial y docente de la institución.

“ En este lugar dan principio los servicios de subespecialidad en México en la década de los 40, con médicos que se dedican específicamente a alguna rama de la oftalmología.” <sup>(94)</sup>

“ Se contaba con un patio que era la sala de espera, un cuarto adaptado como farmacia y óptica, dos salas para consulta, tres salas para las especialidades de glaucoma, retina y estrabismo, cuatro salas de

---

<sup>93</sup> (2) Sánchez Bulnes Luis, Dr. Historia de un gran esfuerzo Pág. 22

<sup>94</sup> (2) Pág. 26

internamiento con cinco camas cada una, sala de operaciones con dos mesas quirúrgicas, área de lavado de cirujanos que fungía como sala de esterilización, almacén de instrumental, servicios sanitarios, cocina, un pasillo comedor, sala de administración que también era Sala del Consejo y ropería; laboratorio de citobacteriología, departamento de fotografía de segmento anterior y de fondo de ojo, cinematografía y edición de películas, un aula que servía como Secretaría de la Dirección y biblioteca, la cual se convertía en dormitorio con camas plegadizas para los primeros residentes por oposición, dos cuartos para religiosas y el primer laboratorio de anatomía patológica que hubo en México. El volumen de pacientes atendidos llegó a 48,000. ”<sup>(95)</sup>

**29 de mayo de 1976:** Inauguración del nuevo hospital en la calle de Vicente García Torres No. 46, en Coyoacán, diseñado exprofeso como hospital para la especialidad de oftalmología. La planeación de la obra inició el 15 de marzo de 1974.

“ La responsabilidad técnica quedó distribuida como sigue:

- a) Compañía constructora: GUTSA Construcciones, S.A.
- b) Proyecto y dirección arquitectónica: Arq. Fernando Peña Castellanos.
- c) Perito responsable: Arq. Fernando Peña Castellanos.
- d) Coordinador general: Ing. Luis Sánchez Fontán
- e) Asesores médicos: Dr. Jorge Ruiz de Esparza, perito en administración de hospitales y un comité de cuatro médicos de la Asociación integrado por los Doctores Luis Sánchez Bulnes, Presidente del Patronato, Virgilio Morales Ledesma, Teódulo M. Agundis y Rafael Sánchez Fontán.”<sup>(96)</sup>

**23 de octubre de 1990:** Inauguración de la nueva remodelación y ampliación del Hospital cambiando su nombre de Hospital de la Asociación para Evitar la Ceguera en México por el nombre de Hospital de la Asociación para Evitar la Ceguera en México, Dr. Luis Sánchez Bulnes.

---

<sup>95</sup> (2) Sánchez Bulnes Luis, Dr. Historia de un gran esfuerzo Pág. 28

<sup>96</sup> (2) Pag. 43

### 3.5 Organización

En 1981, período de tiempo en que se desarrolla el presente Caso Práctico, la institución estaba constituida por un órgano supremo de gobierno, el Patronato, del cual dependía una Dirección, con dos Subdirecciones: Médica y Administrativa. No se contaba con organigrama, manual de organización de la institución ni con manuales de procedimientos de los departamentos que la constituían.

Se describen a continuación los departamentos más importantes en relación con el presente estudio; asimismo se hace una semblanza de las autoridades que lo constituían.

#### a) El Patronato

**“ Nuestros ilustres patrones, puñado de hombres emprendedores y voluntariosos.**

**Dr. Teódulo M. Agundis. ”<sup>(97)</sup>**

Integrado por personalidades de la sociedad mexicana interesadas en impulsar de una manera altruista organizada la labor asistencial de personal médico capacitado hacia los pacientes con padecimientos oftalmológicos con escasos recursos.

Constituido por un Presidente y un Comité Ejecutivo que asume el mando diario de la institución. El Comité Ejecutivo estaba integrado por el Presidente del Patronato, dos Vicepresidentes y el Tesorero de la Asociación, a los que acompañaban con carácter informativo el Director y el Subdirector Administrativo del Hospital. El Comité Ejecutivo se reunía mensualmente para conocer la actividad asistencial y vigilar el fondo de equipo y ampliación de sus instalaciones. El resto del Patronato estaba formado por un número variable de personas que ostentan el nombramiento de Vocales del Patronato.

El Patronato se reunía dos veces al año para conocer el informe del Comité Ejecutivo y revisar, y en su caso renovar, los estatutos.

---

<sup>97</sup> (2) Sánchez Bulnes Luis, Dr. Historia de un gran esfuerzo Pág. 50

**“ Las personas que han ocupado los puestos de decisión y orientación de políticas nos muestra, con su solo nombre, el hecho de que todos fueron personajes destacados en la vida cultural, política y económica de México.**

**Director fundador Dr. José Terrés, diez son los presidentes del Patronato que siguieron su labor de dirección, siendo mencionados en orden alfabético:**

- 1. Lic. Antonio Armendariz: ex Subsecretario de Hacienda y Crédito Público y director de Banco.**
- 2. Ing. Javier Barros Sierra: ex Secretario de Obras Públicas y ex Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.**
- 3. Dr. Joaquín Casasús: prominente hombre de las finanzas en México.**
- 4. Dr. Luis de los Cobos, uno de los fundadores de la APEC y profesional muy distinguido.**
- 5. Sra. Adela Formoso de Obregón Santacilia: mujer de extraordinario dinamismo y fundadora de la Universidad Femenina de México.**
- 6. Sr. Don José de la Macorra, prominente industrial, propietario y Gerente de las Fábricas de Papel San Rafael y Anexas.**
- 7. Dr. Cesar R. Margain: persona sumamente estimada en las esferas sociales y políticas de México, quien consiguió en donación del Gobierno de la República, la casa de Arista 19, que fue la cuna de la evolución física de la Asociación y uno de los más entusiastas miembros del Patronato durante toda su vida.**
- 8. Don Santiago Ortañón: uno de los más prominentes hombres de negocios en la rama alimenticia de su época.**
- 9. Dr. Luis Sánchez Bulnes director del Hospital de la Asociación durante 37 años y Presidente del Patronato del 16 de abril de 1970 al 1 de marzo de 1984.**

**10.Lic. Don Agustín F. Legorreta, Presidente actual del Patronato a cuyo esfuerzo se debe en forma muy importante la construcción de la última etapa del hospital.** <sup>(98)</sup>

## **Dr. Luis Sánchez Bulnes**

Médico oftalmólogo mexicano, ingresa a la Asociación en el año de 1931, en 1936 asciende a Subdirector del Hospital, en 1938 Director del Hospital, en 1941 publica el primer trabajo de la especialidad de retina: "Formaciones quísticas en el vítreo, un caso clínico"-

En los años cuarenta funda en la Asociación los servicios especializados de retina, glaucoma, poco tiempo después el servicio de anomalías neuromusculares. Posteriormente se crean nuevos servicios especializados: anatomía patológica, córnea, estrabismo, órbita y párpados, ultrasonografía, visión subnormal y como servicios de apoyo fotografía y microbiología ocular, dotándoseles del mejor equipo de trabajo que era posible adquirir.

El Dr. Sánchez Bulnes, Director de Hospital y primer Jefe del Servicio de retina. creó el primer procedimiento quirúrgico para el tratamiento del desprendimiento de retina por resecciones esclerales radiales, mundialmente conocido por "Técnica de resección radiada Sánchez Bulnes".

Fue Director del Hospital durante 37 años y Presidente del Patronato de abril de 1970 al primero de marzo de 1984.

Durante el año de 1981, fungía como Presidente del Patronato, debido a su solicitud el suscrito ingreso a laborar a la institución. Siempre brindó su apoyo y se interesó en el desempeño de mi trabajo contándose con su aval en los proyectos en que colaboré.

## **b) Dirección del Hospital**

Estatutariamente existe el derecho concedido por el Comité Ejecutivo a los médicos del hospital para presentar al Patronato a través de su Consejo Consultivo una terna cada 6 años, de la que el Patronato puede elegir el

---

<sup>98</sup> (2) Sánchez Bulnes Luis, Dr. Historia de un gran esfuerzo Págs. 13-14

nuevo Director del Hospital, por un período inicial de tres años, renovable un sólo período más a solicitud del Consejo y se establece que este Organismo estará formado exclusivamente por el Director, Subdirector Médico y Administrativo y los Jefes de Servicio, quienes están facultados entre ellos para nombrar un Presidente.

La dirección del hospital, que marca paso a paso el deseo de superación que ha animado siempre a la APEC y que amalgama y estimula indiscutiblemente el esfuerzo de su personal, ha sido confiado en orden sucesivo a los Señores Doctores:

Francisco Hinojosa, Luis de los Cobos, Manuel Covarrubias, **Luis Sánchez Bulnes**, Virgilio Morales Ledesma, **Diego Cuevas Cancino**, Rafael Sánchez Fontán, Everardo Barojas Weber; actualmente, el **Dr. Eduardo Moragrega Adame**.

## **Dr. Diego Cuevas Cancino**

Médico oftalmólogo mexicano que se inició en el Hospital de la Asociación como Jefe de Servicio de clínica general, acumulando gran experiencia en el terreno de la patología de córnea, manejando el diagnóstico de distrofias, degeneraciones y neoplasias corneales junto con el Dr. Alfredo Gómez Leal. Posteriormente se le designó titular del servicio de córnea.

**“ El interés personal que siempre demostró el Dr. Cuevas Cancino por la cirugía de cornea lo situó como un excelente cirujano de trasplantes, terreno que siempre tocó con reconocida prudencia, lo que le granjeó el respeto de un gran número de cirujanos oftalmólogos de su época.**

**En su oportunidad decidió incursionar y autorizó al personal de su servicio a practicar con prudencia técnicas agresivas de cirugía refractiva que hoy se realizan el hospital con plena autoridad y suficiente perfección. ”** <sup>(99)</sup>

Durante el año que laboré en la institución el Dr. Cuevas Cancino brindó todo su apoyo y confianza, interesado en su responsabilidad como director de la

---

<sup>99</sup> (2) Sánchez Bulnes Luis, Dr. Historia de un gran esfuerzo Pág. 99

institución. Era autodidacta en lo que respecta a su preparación directiva, conocía y comentaba con el suscrito el libro: "Dirección de Hospitales" publicado por el Dr. Manuel Barquín Calderón <sup>(100)</sup> el cual llegó a comentar conmigo..

## c) Personal médico:

### • Directivo

Integrado por médicos que llegan a estos puestos después de haber desarrollado una labor asistencial y docente en la institución, comprometidos con los objetivos de la misma. Especialistas en oftalmología, algunos de ellos habían tenido la oportunidad de haber llevado estudios de posgrado en hospitales del extranjero.

El último escalafón al que puede optar un médico de base del hospital, es la Jefatura de un Servicio, puesto que se adquiere por oposición, con duración que le otorga el derecho a jubilación y a su paso voluntario al Decanato de su Servicio de base, con pase opcional al Colegio de Decanos del Hospital, puesto de máximo honor que puede alcanzar un médico de la Asociación, como culminación de su carrera hospitalaria.

La Jefatura de Servicio permite además a un médico, el ser nominado por el Consejo Consultivo del Hospital para su designación por el Patronato de la Asociación como Director del Hospital.

### • Adscrito

Médico de base del hospital. A este puesto podía aspirar el becario con suficientes méritos, que halla cumplido como mínimo con dos años cubriendo esta función.

---

<sup>100</sup> (13) Barquín Calderón Manuel, Dr Dirección de Hospitales

## • Residente

“ Médico que ingresa al Hospital por riguroso examen de oposición en dos fases: “orientación médica general” y otro de carácter “psicosomático” además de una entrevista con alguno de los médicos de la Comisión de Admisión .

Los médicos de la institución se dedican durante los tres primeros meses de la residencia a iniciar al nuevo residente en la ciencia de la oftalmología y en la ética profesional del hospital, con sus compañeros, con el enfermo y con sus superiores jerárquicos.

Posteriormente se emplea el tiempo en la enseñanza de materias básicas en oftalmología y en la forma de elaborar historias clínicas, así como el seguimiento minucioso del enfermo hasta su alta del hospital, bajo la supervisión tutelar directa de los médicos de mayor ascendencia hospitalaria.” <sup>(101)</sup>

## • Becario

Residente que desea continuar en el Hospital por dos años más al término de su residencia de tres años, estancia que solicitaba a la Dirección del Hospital en algún servicio o clínica de especialidades y que el Director puede escoger a su voluntad, conforme a su conducta, a su aprovechamiento y posibilidades económicas de la institución, con libertad absoluta de suspenderlos si no cumplen a satisfacción sus nuevas funciones, que son básicamente de colaboración final en el entrenamiento de los residentes y de cumplimiento con las labores asistenciales o docentes que pudiera asignarles su jefe de servicio.

## d) Personal de enfermería

Constituido por auxiliares de enfermería, organizadas y dirigidas por una religiosa con vocación de labor asistencial hacia los pacientes, la cual era

---

<sup>101</sup> (2) Sánchez Bulnes Luis, Dr. Historia de un gran esfuerzo Pág. 130

reconocida por sus compañeros de trabajo y autoridades de la institución por su labor desarrollada..

### **e) Personal administrativo encargado del archivo clínico**

Personal habilitado para el trabajo durante el desempeño de sus actividades, sin conocimientos en organización y funcionamiento del archivo clínico, con gran mística de servicio y respeto a la institución.

### **f) Subdirector Administrativo**

Personaje con amplia estima y confianza por parte del Patronato y de las autoridades del Hospital, con conocimientos administrativos y de finanzas, así como interés en la labor asistencial de la institución.

### **g) Unidad de Organización y Métodos**

Puesto diseñado en 1981 por el suscrito al ingresar al hospital. Dependía directamente del Director del Hospital, con función de asesoría a las subdirecciones médica y administrativa. Se desempeñó este cargo al terminar mi preparación académica en la Maestría en Administración de la Atención Médica y de Hospitales.

## **2.6 Asesoría externa al Archivo Clínico de la APEC**

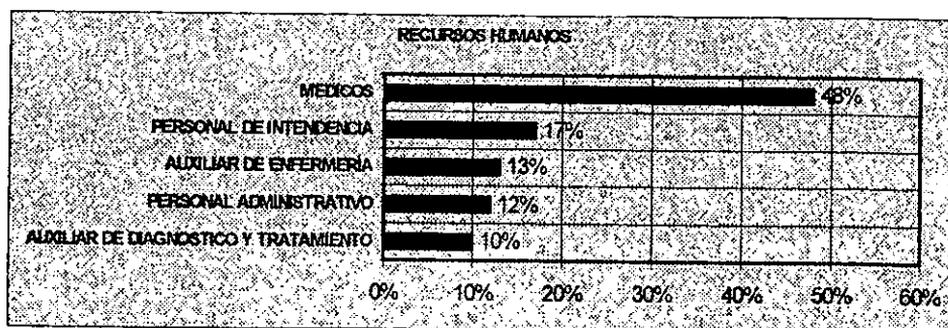
Fue brindada por la Señorita María Luisa de la Garza, jefe del Departamento de Archivo clínico del Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”, INC,. Se le envió a la Señorita de la Garza a prepararse a Estados Unidos en la organización del archivo clínico al existir interés por parte de las autoridades del INC por contar con un Departamento organizado, útil para el desarrollo de labores asistenciales, docentes y de investigación.

Se señala que durante el periodo de Residencia Administrativa en la Maestría, se me asignó al Archivo Clínico del INC donde se conoce el Departamento, organización y funcionamiento y se tiene la oportunidad de compartir profesionalmente con la jefe del mismo sus inquietudes y

### 3.7 Estadísticas del Hospital de la APEC

#### 3.7.1 Distribución de recursos humanos por área de trabajo en el Hospital de la APEC, 1980

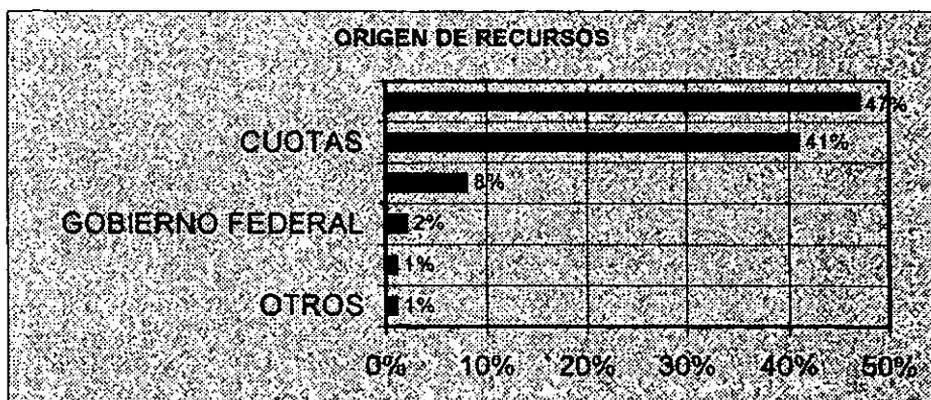
Recursos humanos	Cantidad	Porcentaje
Médicos	55	48
Personal de intendencia	19	17
Auxiliares de enfermería	15	13
Personal administrativo	14	12
Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	12	10
<b>TOTAL</b>	<b>115</b>	<b>100</b>



FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto.  
Estadística de Asistencia y Servicios Médicos  
1980

### 3.7.2 Origen de los recursos económicos del Hospital de la APEC, 1980

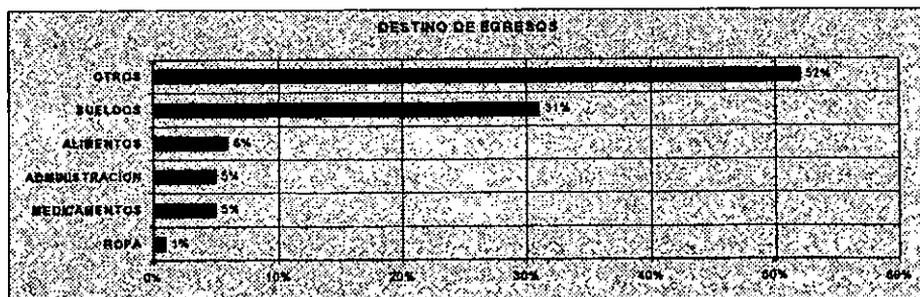
Origen	Porcentaje
Recursos propios	47
Cuotas de recuperación	41
Sociedades anónimas	8
Gobierno Federal	2
Fundaciones	1
Otros orígenes	1
Total	100



FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto.  
 Estadística de Asistencia y Servicios Médicos  
 1980

### 3.7.3 Destino de los egresos del Hospital de la APEC, 1980

DESTINO	PORCENTAJE
Otros egresos	52
Sueldos, salarios y prestaciones	31
Alimentación	6
Medicamentos	5
Gastos de administración	5
Ropa	1
<b>Total</b>	<b>100</b>



FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto.  
 Estadística de Asistencia y Servicios Médicos  
 1980

### **3.7.4 Recursos materiales del Hospital de la APEC durante el año de 1980**

<b>Tipo de recurso</b>	<b>Número</b>
Camas censables	57
Consultorios	41
Quirófanos	4
Laboratorio de anatomía patológica	1
Laboratorio de análisis clínicos	1
Gabinete de radiología	0

**FUENTE:** Secretaría de Programación y Presupuesto.  
Estadística de Asistencia y Servicios Médicos  
1980

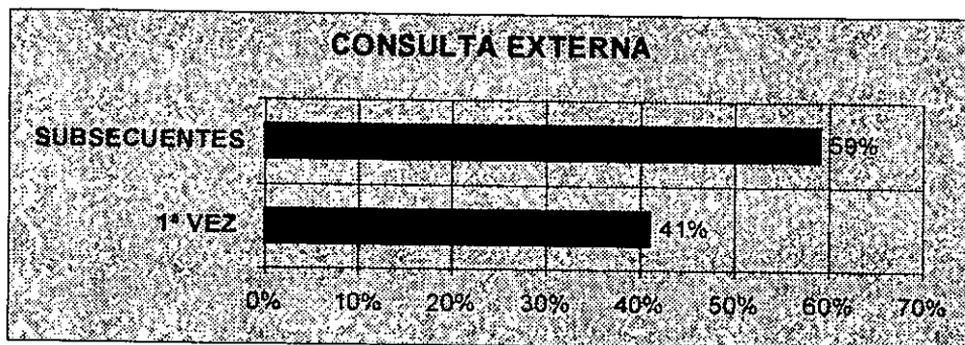
### 3.7.5 Estadística de morbilidad del Hospital de la APEC durante el año de 1980

Clave	Diagnóstico Definitivo	Grupo	Total	Porcentaje	
				Hombres	Mujeres
115	Enfermedades del ojo y sus anexos	Menos de 1	62	58	42
		1-4	232	67	33
		5-9	235	51	49
		10-14	150	56	44
		15-44	732	51	49
		45-49	138	43	57
		50 o más	939	39	61
		TOTAL	2488	48	52

**FUENTE:** Secretaría de Programación y Presupuesto.  
Estadística de Asistencia y Servicios Médicos  
1980

### 3.7.6 Tipo de consulta externa en el Hospital de la APEC durante 1980

Tipo	Número	Porcentaje
Subsecuentes	34405	59
Primera vez	24105	41
<b>TOTAL</b>	<b>58510</b>	<b>100</b>



FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto.  
 Estadística De Asistencia y Servicios Médicos  
 1980

### **3.7.7 Pacientes hospitalizados en el Hospital de la APEC durante el año de 1980**

	<b>Número</b>
Pacientes ingresados al año	2489
Pacientes egresados al año	2488
Promedio de días estancia al año	4
Defunciones	0

**FUENTE:** Secretaría de Programación y Presupuesto.  
Estadística de Asistencia y Servicios Médicos  
1980

## 4. Diseño y metodología del caso

### 4.1 Antecedentes del Hospital de la APEC relacionados con el archivo clínico

La Asociación para Evitar la Ceguera en México durante el año de 1981:

- Cumplía 63 años de brindar asistencia social como institución de asistencia privada a la población mexicana a través de la atención médica oftalmológica especializada.
- Estaba en proceso de consolidación, logrando un prestigio nacional e internacional al cumplir con sus funciones de prevención, curación, rehabilitación, enseñanza e investigación.
- De un solo consultorio con que inició el 18 de agosto de 1918, contaba ya con un hospital previamente diseñado para cumplir con sus objetivos.
- Con el propósito de cumplir con los objetivos de asistencia, docencia e investigación, que le dieron origen a la institución <sup>(102)</sup> el Dr. Luis Sánchez Bulnes, Presidente del Patronato y el Dr. Diego Cuevas Cansino, Director del Hospital, interesados en que la institución contara con un archivo clínico útil para apoyar dichas funciones solicitaron en el año de 1980 a un jefe de servicio y al jefe de residentes la reorganización del departamento.
- Las autoridades médicas a quienes se les solicitó el trabajo presentaron un documento sobre las modificaciones del archivo clínico en el hospital, diseñando como resultado del mismo un expediente clínico integrado por los formatos de ficha de ingreso, historia clínica, notas de evolución, informe preoperatorio, solicitud de operaciones, registro de anestesia, hoja para exámenes de laboratorio, integrados todos ellos en un fólder con logotipo de la institución.

---

<sup>102</sup> (2) Sánchez Bulnes Luis, Dr. Historia de un gran esfuerzo Pág. 9

- Se adaptó una bodega del hospital, localizada en el sótano del mismo, como departamento de archivo clínico, comprándose un sistema modular de guarda expedientes de cartón comprimido, movable integrado por carpetas con capacidad cada una para cuarenta expedientes.
- Ingreso del suscrito a la institución en el año de 1981 a solicitud del Presidente del Patronato, contándose desde el principio con el apoyo del Director del Hospital. En el brindis de principio de año el Director de la institución me presentó con el personal médico y con el Subdirector Administrativo como Jefe de la Unidad de Organización y Métodos.
- A petición del Presidente del Patronato se visitó el hospital, contándose con un salvoconducto elaborado por él, de puño y letra, donde se solicitaba que se me brindara la información que yo requiriera.
- Al comentar con él mis impresiones sobre esta primera visita se le señaló la importancia, de que la institución contara con un expediente clínico único en un archivo clínico centralizado el cual debería cumplir además de la función de custodia de expedientes, con otras atribuciones de utilidad para el hospital tales como es el caso de la bioestadística.
- El Dr. Sánchez Bulnes, señaló como primera función del suscrito en la institución el “echar a andar el archivo clínico”.

## **4.2 Objetivo del Estudio**

Reestructurar el archivo clínico del hospital para que sea de utilidad en las funciones de prevención, curación, rehabilitación, enseñanza e investigación de la institución.

## **4.3 Enfoque dimensional**

Estudio microadministrativo planteado a la Unidad de Organización y Métodos por las autoridades de la institución al existir sólo la función de guarda del expediente clínico en el archivo clínico de la institución.

## **4.4 Investigación preliminar**

Con objeto de establecer el diagnóstico situacional del departamento, se realizaron las siguientes actividades:

- Revisión bibliográfica sobre el tema.
- Revisión y análisis de la documentación descriptiva existente sobre archivo clínico en la institución.
- Estudio del “Caso Problema” utilizándose la técnica de observación directa y entrevistas cualitativas, no estructuradas con personas clave: personal que labora en el archivo clínico y jefes de servicio de consulta externa.

### **4.4.1 Área física y equipamiento inicial**

El archivo clínico, cuando fue diseñado originalmente el hospital actual, tenía una localización ideal; estaba situado físicamente en el área de recepción de pacientes de la planta baja, junto a la zona de consulta externa. Contaba con ventilación adecuada, sin humedad, bien iluminado con luz artificial y cerca de las secciones de contabilidad y trabajo social.

Su problemática principal radicaba en el hecho de que fue diseñado para utilizar una máquina Kard Beller para la guarda de informes médicos en hojas engrapadas y dobladas. Al pretenderse implantar un expediente clínico encarpetaado tanto esta área física como el equipo, mobiliario y personal eran insuficientes.

### **4.4.2 Área física y equipamiento realizado**

Con objeto de tener un área física más amplia se decidió utilizar una bodega del sótano del hospital, donde se instaló en forma paralela un sistema de guarda de expedientes clínicos constituido por módulos de cartón comprimido, movibles, con capacidad para la guarda de 40 expedientes clínicos por módulo.

Estos módulos se colocaron en varios niveles, siendo necesaria la utilización de escaleras para la localización del expediente en los niveles superiores. Se contaba con un escritorio y una silla para el personal del departamento.

Al cambiar el archivo clínico al sótano del hospital, se tenían los siguientes problemas:

- Incremento en la circulación del personal al tenerse que subir y bajar expedientes a los diferentes pisos del hospital.
- Era un local sin ventilación, con la posibilidad únicamente de luz artificial, siendo necesario el que se instalara un sistema de prevención de incendios adecuado por la cantidad de papel flamable almacenado.
- No se contaba con un sistema de intercomunicación directa entre departamento de archivo clínico y el resto del hospital.

#### **4.4.3 El paciente y el expediente clínico**

La atención médica oftalmológica especializada se proporcionaba a todo paciente que acudía a solicitarla. No existía preconsulta; previo estudio socioeconómico, se le otorgaba al paciente un carnet con su número de expediente y un formato para información médica básica, pasando posteriormente a consulta externa donde era evaluado por médicos residentes, asesorados y supervisados por médicos adscritos y el jefe de servicio.

El enfermo podía ser dado de alta al solucionarse el problema, enviarse a refracción para graduación de lentes, o continuar siendo visto por el servicio que lo evaluó con citas posteriores, de acuerdo a la indicación médica. Para seguir su tratamiento médico o quirúrgico, se contaba con el apoyo de auxiliares de diagnóstico o tratamiento.

La evaluación del paciente se asentaba en los formatos antes mencionados; posteriormente se archivaban en la máquina Kard Beller por personal del archivo clínico, el cual lo proporcionaba para consultas subsecuentes al servicio solicitante.

A este documento se le añadían hojas de notas médicas subsecuentes las cuales se engrapaban a la hoja inicial. Si lo requería el jefe de servicio, se realizaba historia clínica.

Previa autorización del jefe de servicio, el paciente podía ser enviado a interconsulta de las subespecialidades de glaucoma, córnea, estrabismo, órbita, retina o medicina interna; todo envío debería ser acompañado de la historia clínica respectiva.

Los servicios receptores, de acuerdo a indicación del jefe de servicio, integraban su expediente. Existía la posibilidad de hacerlo en un fólder, el cual se conservaba para la actividad asistencial de docencia e investigación, si era necesario. Sólo podía salir este material si lo autorizaba el jefe de servicio.

Al requerirse interconsulta entre los servicios se realizaban notas de interconsulta, o un médico residente llevaba al paciente y al expediente clínico.

El personal médico residente, o en ocasiones damas voluntarias, preparaban los expedientes del servicio que se conservaban allí para la consulta subsecuente, la cual se realizaba de manera programada, o los recibían del archivo clínico para su utilización.

## **4.5 Organización del archivo clínico**

### **4.5.1 Funciones**

Sólo se realizaban las funciones de guarda y control del expediente clínico para la consulta externa y hospitalización; no se realizaban funciones relacionadas con bioestadística, estudios de morbilidad o mortalidad dependientes de un departamento específico.

No se contaba con sistemas de localización de expedientes cruzados con número de registro, nombre del paciente o morbilidad presentada. No se proporcionaba toda la información estadística útil para la toma de decisiones en la dirección de la institución.

## **4.5.2 Normatividad**

No se contaba con ningún tipo de normatividad, manual de procedimientos, ni reglamento interno del departamento.

## **4.5.3 Plantilla de personal**

Constituido por una encargada, Srita. Flora Quiroz y un auxiliar, las cuales tenían preparación empírica sobre el funcionamiento del departamento de archivo clínico. La persona encargada tenía una antigüedad de 22 años, con sueldo de \$7,800, la asistente con seis meses en el puesto percibía \$ 6,387.

Fueron habilitadas para el trabajo durante el desempeño de sus actividades, sin conocimientos ni experiencia previa en el manejo de archivo clínico. Es importante señalar que realizaban su trabajo con gran dedicación; eran respetadas por todo el personal y autoridades de la institución.

## **4.6 Diagnóstico Situacional**

**Institución hospitalaria de asistencia privada con 63 años de existencia, especializado en oftalmología y funciones de prevención, curación, rehabilitación, enseñanza e investigación. Archivo clínico centralizado y descentralizado, por la desconfianza del personal médico en el control y custodia del expediente clínico por parte del personal del archivo clínico. Existía amplio interés por parte de las autoridades de la institución en la solución de esta problemática para obtener una mejor proyección nacional de la institución.**

## **4.7 Jerarquización de prioridades en la institución**

Una vez que se autorizó el realizar la reestructuración del archivo clínico, se procedió a determinar la prioridad que este proyecto tendría para la institución. Para ello el Presidente del Patronato me pidió colaborar con él en la elaboración de un documento que se entregaría a los jefes de servicio para

conocer su opinión sobre los proyectos a corto y mediano plazo del hospital, entre los que se consideraba al archivo clínico.

#### **4.7.1 El punto de vista del personal médico**

Elaboramos un cuestionario a los jefes de servicio (anexo), donde se les solicitó "su opinión sobre la situación actual y sus inquietudes de cambio" sobre los siguientes tópicos de interés:

- Ingreso de enfermos a servicio de especialidad.
- Servicio de cirugíaEquipo.
- Personal.
- Funcionamiento actual de los servicios de especialidad del hospital.
- Enseñanza.
- Un apéndice optativo para los médicos que quisieran dar su opinión sobre ampliación en la capacidad instalada del hospital.

##### **4.7.1.1 Instrumento de captura de la información**

El cuestionario constaba de 47 preguntas abiertas en las que se solicitaba esta información; era de tipo autoadministrado, dirigido a los jefes de servicio con el objeto de conocer su opinión sobre áreas de interés para las autoridades de la institución, quienes lo usarían para tomar decisiones relacionadas con proyectos a corto plazo. Se les entregó a los jefes de servicio el 31 de marzo de 1981 el documento firmado por el Presidente del Patronato, el Director del Hospital y el suscrito, como Jefe de la Unidad de Organización y Métodos, con la siguiente leyenda:

"Sabemos que usted, como Jefe de Servicio, consciente de sus responsabilidades, nos contestará de manera completa el siguiente material."

Se solicitó que se regresara contestado para el día 10 de abril de ese año. De la información recabada se seleccionaron 14 preguntas relacionadas con el archivo clínico, las cuales serán de utilidad para el presente Estudio de Caso.

<u>Preguntas</u>		%
Número	47	100
Relacionadas con archivo clínico	14	30

## 4.8 Resultados

### • Cuestionarios contestados

<u>Cuestionarios:</u>		%
Solicitados	11	100
Contestados	9	82
No contestados	2	18

Se presentan las respuestas “**textuales**” de los jefes de servicio relacionadas con el Caso Práctico con relación al proyecto de modificaciones para el Archivo Clínico, respetándose su anonimato. El objetivo es mostrar el interés o desinterés del personal con relación a las modificaciones en proyecto.

El orden que se utiliza es con el fin de presentar el material acorde a las finalidades del Caso Práctico. Se separaron las respuestas en explícitas: las que brindaban información amplia e implícitas: las que denotaban la actitud del encuestado sin brindar mayor información.

El número con que se identifica la pregunta es la del cuestionario solicitado a los jefes de Servicio. Las respuestas en que existe subrayado se hizo por el suscrito con el objeto de recalcar su importancia, esto se realizó únicamente para el presente Caso Práctico.

#### 4.8.1 Objetivos del servicio

##### 1A ¿ Cuales son los objetivos asistenciales, docentes y de investigación de su servicio?

El propósito de la pregunta era conocer cual era la percepción que se tenía acerca de los objetivos de su servicio. Las respuestas fueron las siguientes, de acuerdo con el tipo de objetivo.

## • Asistenciales

TIPO RESPUESTA	DE	No.	%
Explícita		4	45
Implícita		3	33
No. de metas		2	22
TOTAL		9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio, APEC, 10 abril, 1981

Respuestas explícitas:

**“ Con un concepto de beneficencia, dar consulta clínico, quirúrgica a los pacientes que ingresan al hospital ”**

**“ Tratar de dar al paciente de escasos recursos la atención con equipo más caro, igual que a una persona pudiente ”**

**“ Los objetivos asistenciales del servicio son los mismos que condicionan, justifican y animan la creación y funcionamiento del hospital, es decir la atención y tratamiento de los pacientes que por carecer de los recursos no pueden buscar alivio de su enfermedad con médicos o instituciones particulares. ”**

**“ Proporcionar al paciente el mejor trato posible desde el punto de vista humano como científico. ”**

Respuestas implícitas:

**“ Los del hospital. ” , “ Respuesta obvia. ” y “ Objetivos de superación.”**

## • Docentes

TIPO DE RESPUESTA	No.	%
Explicita	5	56
Implicita	2	22
Ausencia de objetivos	1	11
No contestada	1	11
Total	9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio, APEC, 10 abril, 1981

### Respuestas explícitas:

“ Adiestramiento oftalmológico en la especialidad a los residentes que rotan en el servicio tomando como base la enseñanza cotidiana de los casos clínicos. ”

“ Entrenar personal médico que se dedique a esta subespecialidad, crecerá sus requerimientos en el futuro (aumento de la población diabética). ”

“ Por el momento, el impartir lecciones de pregrado a alumnos de la Facultad de Medicina y de posgrado en los capítulos de cirugía, revisión de literatura respecto a los problemas clínicos más interesantes que se presentan en el servicio en los que solicitamos la colaboración de otras instituciones como son los institutos de Oncología y Nutrición.”

“ Preparar al residente, becario y adscrito en los conocimientos propios de la especialidad, así como en las técnicas quirúrgicas manejadas dentro del servicio. ”

“ Los del hospital + enseñanza clínica con pacientes y trabajos científicos individuales. ”

### Respuestas implícitas

“ Respuesta obvia ”, “ Objetivos de superación ”

## • Investigación

TIPO RESPUESTA	DE	No.	%
Explícita		4	45
Implícita		3	33
Ausencia de objetivos		1	11
No contestada		1	11
Total		9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio, APEC, 10 abril, 1981

Respuestas explícitas:

“ Modificaciones a técnicas quirúrgicas, desarrollo de algunos métodos quirúrgicos nuevos para problemas de cirugía mutilante, implantes neumáticos y aparatos para reconstrucción. ”

“ El objetivo de investigación es insuficiente ya que no contamos con archivo clínico adecuado ni con la posibilidad de hacer investigación básica. ”

“ Se contempla la posibilidad de efectuar los estudios prospectivos una vez que el servicio este trabajando adecuadamente, con personal paramédico. ”

“ Investigar nuevos métodos de tratamiento y nuevos procedimientos quirúrgicos. ”

Respuestas implícitas:

“ Respuesta obvia. ” , “ Objetivos de superación. ” , “ Investigación clínica. ”

## 4.8.2 Planeación del Servicio

1.B) ¿Qué promedio de consultas tiene usted en su servicio? ¿ Tendría usted manera de prever cual pudiera ser el crecimiento de su servicio en los próximos 5 años?

- El interés al presentar esta pregunta era conocer la percepción sobre que bases se tenían para poder realizar actividades de planeación con los recursos con que contaban.

TIPO DE RESPUESTA Promedio de consultas	No.	%
Contestadas	9	100
Total	9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio, APEC, 10 abril, 1981

TIPO DE RESPUESTA Posibilidad de previsión	No.	%
Posible	4	45
No posible	2	22
Ignora	1	11
"5% anual"	2	22
TOTAL	9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio, APEC, 10 abril, 1981

Posibilidad de previsión:

“ Creo que el incremento en la consulta en los últimos cuatro años ha sido del 10%, estabilizándose o disminuyendo, en los últimos cuatro años debido entre otras cosas al costo de la consulta, el incremento en la consulta estará relacionado a este aspecto. ”

“ Si se comparan los promedios diarios de consulta en los últimos 5 años y vemos su gráfica ascendente podríamos calcular sus aumentos también en los próximos 5 años. ”

“ Con los datos que se deben tener en el archivo y calculando el incremento de cinco años anteriores se podría sacar el incremento probable en los próximos 5 años. ”

“ El poder prever el crecimiento observado durante estos primeros meses puede obedecer a causas diversas que solo un mayor tiempo de observación permitiría analizar con fundamento, pero de todos modos imagino que el trabajo actual se verá aumentado considerablemente, calculo un crecimiento anual de 5% aproximadamente. ”

### 4.8.3 Requerimientos para el paciente

#### • Ingreso al servicio

2A ¿Qué requisitos deben reunir los pacientes para ingresar a su Servicio ? (Historia Clínica Oftalmológica, exámenes de laboratorio, etc.)

Con el objeto de constatar el interés que se tenía en los documentos del expediente clínico se presentó esta pregunta, presentándose las siguientes respuestas:

REQUISITOS	No.	%
Expediente Clínico con Historia Clínica	6	66
Sin respuesta	3	34
TOTAL	9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio, APEC, 10 abril, 1981

#### • Interconsulta

2E ¿ Cuando necesita una interconsulta con otro servicio, que tramite sugiere usted seguir?

Para los jefes de servicio el conservar el expediente clínico en su servicio era importante, se realizó la pregunta para conocer cual era su consenso general.

Tipo de respuesta	No.	%
Explicitas	5	55
Sin respuesta	4	45
TOTAL	9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio, APEC, 10 abril, 1981

Respuestas explícitas:

“ Lo mejor es que el médico residente lleve al enfermo con todo y el expediente al servicio que se va a referir, pero si esto no es posible porque no este funcionando la consulta, se puede hacer una forma de interconsulta, donde se explique el motivo de la misma y entregarlo al control de consulta externa, donde se encargaría de tramitarlo en el servicio indicado. ”

“ El médico interesado debe llevar al paciente y verlo conjuntamente para enseñanza. ”

“ Una hoja de traslado en que sucintamente se explique el motivo y que acompañe al expediente general. ”

“ Solicitarse por escrito y apegarse al reglamento interno de cada servicio. ”

“ Solicitar la consulta telefónicamente, con los adscritos o jefe de servicio. ”

#### 4.8.4 Expediente clínico:

##### • Evaluación

- Las siguientes tres preguntas se hicieron para conocer el interés que le dan los médicos jefes de servicio al expediente clínico como medio de supervisión del trabajo realizado por sus médicos adscritos y residentes.

6A ¿ Revisa usted los expedientes elaborados por los médicos de su servicio?

Revisa expedientes	No.	%
Si	6	67
Sin respuesta	3	33
TOTAL	9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio, APEC, 10 abril, 1981

**6B ¿ Pone anotaciones en los expedientes clínicos revisados?**

Anotaciones	No.	%
Si	6	67
Sin respuesta	3	33
TOTAL	9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio, APEC, 10 abril, 1981

**6C Si no hace usted revisiones, especifique los motivos.**

Motivos para no revisarlos	No.	%
Si lo hace	6	67
Sin respuesta	3	33
TOTAL	9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio, APEC, 10 abril, 1981

• **Formatos adicionales**

**2D ¿ Qué formas adicionales requerirá el expediente clínico general del enfermo al pasar a su servicio?**

- Con este reactivo se buscaba conocer cual era la aceptación que tenían los formatos actuales del expediente clínico.

Formatos adicionales	No.	%
Mejorar Historia Clínica	3	33
Ninguna	1	11
Sin respuesta	4	45
Otros documentos	1	11
TOTAL	9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio, APEC, 10 abril, 1981

## 4.8.5 Personal

### • Apoyo administrativo

5A ¿ Cuenta su servicio con personal administrativo específico?  
¿Que funciones desempeña, horas de trabajo, escolaridad, etc.

Personal de apoyo	No.	%
Si	1	11
Explicita	1	11
No	7	88
TOTAL	9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio, APEC, 10 abril, 1981

Si: “ una archivista, 2 recepcionistas. ”

Explicita: “ Esa respuesta la puede contestar mejor el Dr. Vivaldo . ”

### • Incremento en plantilla de personal

5B ¿ Con los cambios en estudio requeriría personal médico o administrativo adicional? En caso afirmativo. ¿Qué horario, funciones, y preparación académica les solicitaría?

- Se presenta el tipo de personal que se solicitó para los servicios:

TIPO DE PERSONAL	No.	%
Secretaria	4	45
Archivista	2	22
Ayudante quirúrgico	1	11
Recepcionista	1	11
No necesario	1	11
Total	9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio, APEC, 10 abril, 1981

**1G De realizarse las modificaciones en proyecto. ¿Qué personal requeriría su servicio y qué preparación clínica y académica sería deseable exigirles?**

Se integra este reactivo a este "Estudio de caso" por presentarse una respuesta explícita de un jefe de servicio relacionada con el archivo clínico. Se transcribe por considerarse de interés:

TIPO DE PERSONAL	No.	%
Personal específico	4	45
Respuesta explícita	1	11
Respuesta implícita	1	11
Sin respuesta	3	33
TOTAL	9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio APEC, 10 abril, 1981

**Respuesta explícita:**

“ Supongo que en principio lo primero es un orden: en horarios, actividades, servicios auxiliares (archivo, refracción, curaciones) y en forma posterior trabajando adecuadamente integrados desde arriba hacia abajo, con toda la fuerza de trabajo integra, programarse para que juntos se planee el trabajo de todo tipo: investigación, bibliografía, enseñanza, etc. ”

## Respuesta implícita:

“ El personal adecuado en las modificaciones en servicio. ”

### 4.8.6 Área física

- Siendo interés de las autoridades de la institución el conocer la opinión de los jefes de servicio en relación con ampliaciones en el área física se les presentó una serie de preguntas:

**1F ¿ De acuerdo con su experiencia en los últimos tres años, considera usted que el espacio físico actual de su servicio llena los requisitos necesarios de funcionamiento para un incremento lógico de 5 años más a partir de 1982, utilizando al máximo la capacidad instalada del hospital y cuales serían sus sugerencias concretas para lograrlo?**

Suficiencia de espacio	No.	%
Suficiente	7	78
Insuficiente	2	22
Total	9	100

Fuente: Cuestionario a Jefes de Servicio, APEC, 10 abril, 1981

#### • Alternativa de incremento a la capacidad instalada

**A1 Si usted considera que no es suficiente la utilización de nuestra capacidad instalada actual, y que el hospital necesita ampliaciones sustanciales para su funcionamiento en los cinco años venideros. ¿Qué modificaciones en su concepto serían necesarias de implantar en su propio servicio para lograrlo?**

Las dos respuestas de los médicos que lo consideraron necesario (22%) fueron:

“ Ampliar planta física del servicio, aumento al número de cubículos de exploración (seis), ampliar zona de archivo, ampliar el despacho con el fin de realizar sesiones clínicas y bibliográficas en el servicio. ”

**“ Mi servicio es insuficiente en extensión y distribución ya que por no haber sido planeado en la construcción del hospital hemos tenido que adaptarlo en un espacio insuficiente. En caso de llevarse a cabo la ampliación tendría que estudiarse su mejor instalación.”**

**Uno de los jefes de servicio (11%) que no lo consideraron necesario, señaló lo siguiente:**

**“ En mi servicio no hace falta espacio, pero sí mejor equipo. Intimamente relacionado con el mejor funcionamiento del servicio, hay que mejorar o mejor cambiar los sistemas de archivo y el servicio de refracción.”**

#### **4.9 Una respuesta especial:**

Un jefe de servicio añadió al final del cuestionario lo siguiente

“ QUIERO destacar dos carencias con las que ha arrastrado el HOSPITAL, a mi juicio fundamentales:

- 1o. La falta de archivo adecuado que permita la codificación de historias clínicas.
- 2o. La imposibilidad de descifrar las historias existentes.

Estas dos circunstancias, son culpables de que el cúmulo de observaciones e investigación, que podría obtenerse con la riqueza clínica del HOSPITAL, se pierda.

La única forma de evitarlo es: la adopción de un sistema de archivo adecuado y la escritura de historias a máquina. El gasto que generen estas modificaciones, se justifica ampliamente.

(Esto se ha dicho mucho, pero no está por demás repetirlo)

En segundo lugar de importancia, está la necesidad de contar con un Servicio de Radiología, sin el que no podemos considerar completo nuestro HOSPITAL y representa otra carencia a la que nos hemos acostumbrado.

**A t e n t a m e n t e: ”**

## 5. Reorganización del archivo clínico

Se turnaron al Presidente del Patronato y al Director del Hospital los 9 cuestionarios contestados (82%). Ellos tomaron la decisión de considerar al proyecto de modificaciones al archivo clínico como prioritario y se autorizaron las erogaciones económicas para implantarlo.

El poder “arrancar el proyecto de reestructuración del archivo clínico” era una realidad. El paso siguiente consistía en integrar el personal; escoger área física, mobiliario, equipo; integrar el expediente clínico; realizar el manual de procedimientos del departamento y establecer el reglamento para el archivo clínico.

### 5.1 Personal

El elemento más importante para poder hacer funcionar este departamento es el humano.

El reestructurar este departamento con una nueva proyección, considerando no sólo la guarda y entrega de expedientes clínicos, sino cubriéndose también funciones de bioestadística, con una importante coordinación con el área médica para apoyar en las funciones de asistencia, rehabilitación, enseñanza e investigación presentaba el reto de reclutar personal especializado.

En México era difícil conseguir a este tipo de personal, ya que no se trataba de una preparación común. No existían escuelas donde se formara personal especializado en la administración de archivo clínico para unidades hospitalarias.

El hecho de haber realizado mi residencia administrativa en el Instituto Nacional de Cardiología, “Dr. Ignacio Chávez”, INC me permitió conocer el Departamento de Archivo Clínico de la institución y el personal que en él laboraba. Era un departamento planeado *ex profeso* y bien organizado. Estaba equipado cuidadosamente en todos sus detalles: expediente clínico diseñado de acuerdo a sus necesidades. Lo más importante era que contaban con personal capacitado.

La jefe del Departamento del Archivo Clínico era la Srita. María Luisa de la Garza. Las autoridades de su institución tuvieron la visión de enviarla a capacitar en los Estados Unidos, con estudios formales y reconocidos internacionalmente sobre administración del archivo clínico en hospitales. A su regreso a México, las autoridades de la institución le permitieron implementar sus ideas. El compartir con ella sus inquietudes profesionales me permitió valorar la importancia del departamento y la proyección que se le puede dar en la institución.

El ingresar al hospital de la APEC y recorrerlo me hizo recordar el archivo clínico del INC, era sistema de organización que se podía adaptar en la APEC; se tenía el proyecto, el interés de las autoridades y su confianza, por ello acudí a la Srita. De la Garza, le expuse mis inquietudes y le solicite su asesoría para conseguir personal preparado.

Se dio la oportunidad de que ella se jubilaba del INC, lo comenté al Dr. Diego Cuevas Cancino, Director del Hospital de la APEC y con su autorización, se le invitó a trabajar con nosotros. Ella accedió a asesorarnos “por un tiempo”, ya que quería “gozar de su jubilación”. Lo hizo con todo su profesionalismo, señalándonos que se integraría un equipo de personal adecuado a la institución.

El archivo clínico contaría inicialmente con un jefe, un responsable de bioestadística, uno de archivo clínico y una secretaria. La señorita De La Garza invitó a trabajar a dos personas que habían laborado anteriormente bajo sus ordenes en el INC La secretaria se contrató como personal externo al hospital.

Se tenía lo más preciado: “personal capacitado”. La idea original era que el suscrito se encargara del Departamento, pero la responsabilidad adicional que tenía al colaborar en otros proyectos del hospital además del de archivo clínico, me impedía asumir el cargo por lo que invité a la señorita De la Garza a tomarlo, aprovechando el contexto favorable que se dio en ese entonces.

Consideré muy importante el involucrar al personal directivo de la institución en el desarrollo del proyecto, con el fin de disminuir la resistencia al cambio. Para ello, solicité al director del hospital un asesor médico especialista en

oftalmología, él accedió de muy buen grado a mi petición, señalándome que él personalmente sería el asesor, constituyendo el vínculo entre el archivo clínico y el hospital.

La señorita De la Garza brindó a las personas contratadas la inducción al puesto. Mi idea original era que el personal contratado recibiera un sueldo acorde a su preparación. El tipo de contratación y el monto del salario del personal fue fijado por el subdirector administrativo de la institución.

Dentro del proyecto original estaba contemplado contratar al año siguiente un técnico en microfilmación, y dos años después a un especialista en computación.

## 5.2 Área física

Se valoraron como inadecuados la ubicación original y funciones que en ese momento tenía el archivo clínico.

Las autoridades de la institución facilitaron un área frente a la bodega donde originalmente se pensaba instalar el archivo clínico en el sótano del hospital, la cual se utilizó para la guarda del archivo activo. Dicha área tenía iluminación artificial y buena ventilación. Se le dotó de comunicación telefónica interna con el hospital.

## 5.3 Mobiliario y equipo

**Se adquirió, a sugerencia de la Srta. De la Garza y bajo su supervisión, lo siguiente:**

- Siete muebles guarda visible, diseñados ergonómicamente por una compañía especializada para la función de guarda de expedientes de archivo clínico, con una capacidad para 60,000 expedientes.
- Un mueble tarjetero con seis gavetas, con capacidad para 12,000 tarjetas *cardex* para el índice de enfermedades y cirugía.
- Una calculadora eléctrica con impresora y pantalla y dos máquinas de escribir con mesas rodantes.
- Dos escritorios individuales con silla secretarial rodante.

- Dos mesas de trabajo.
- Seis sillas apilables.

Se tenía previsto para el siguiente año la compra de una microfilmadora y dos años después una computadora.

## **5.4 Expediente clínico**

Siendo de interés primordial el que el hospital contara con un expediente clínico único, uniforme en su integración, se solicitó a los jefes de servicio que valoraran los formatos de hojas de notas médicas y de historia clínica diseñado en el estudio anterior, con el objeto de tener sus apreciaciones, tratar de unificarlas y que se involucraran en el proceso de cambio.

Se diseñó un estilo ergonómico de carpeta del expediente clínico, para un fácil manejo y localización de acuerdo con las indicaciones de la Señorita de la Garza.

## **5.5 Reglamento interno del archivo clínico**

Se recalcó la importancia de que el archivo clínico contara con un reglamento interno que debería considerar las siguientes cláusulas:

- Autorización para entrada al departamento únicamente a personal adscrito al mismo,
- Ninguna persona podría movilizar expedientes clínicos fuera del personal adscrito al servicio,
- El expediente clínico sería propiedad del hospital y sólo puede ser utilizado por personal médico de la institución: jefes de servicio, médicos adscritos, médicos residentes y autoridades médicas de la institución.
- Quedaba estrictamente prohibido sacar de la institución el expediente clínico.
- El expediente clínico no se prestaría a personal ajeno a la institución sin previa autorización por escrito del director o subdirector médico, ya que es un documento legal y confidencial.

- Si el expediente clínico no es utilizado por personal médico debe permanecer guardado en el lugar correspondiente dentro del archivo clínico.
- Cada solicitud de expediente clínico debería hacerse por medio de vale sencillo o múltiple; siempre se debería firmar el documento solicitante por la persona que lo solicitó, adquiriendo la responsabilidad de devolverlo en el tiempo señalado.

**El presente proyecto de Reglamento del Archivo Clínico no llegó a autorizarse durante el año en que laboré en la institución.**

## **5.6 Manual de procedimientos del archivo clínico**

No se llegó al establecimiento oficial del mismo durante el tiempo que se laboró en la institución. Se tenían los elementos necesarios para su elaboración, los cuales se tomarían del proceso de planeación e integración del departamento.

En el Hospital no existía cultura administrativa que justificara su implementación. Mi idea original era partir de la elaboración del Manual de Organización del Hospital y posteriormente promover la elaboración del Manual de Procedimientos del archivo clínico, aprovechándose el conocimiento que se tenía del mismo. Este manual serviría de modelo para que otros departamentos elaboraran el suyo respectivamente con asesoría de la Unidad de Organización y Métodos.

Se verían involucrados en su realización, para lo cual era necesario una capacitación adecuada y motivar a las autoridades para la aprobación del proyecto de elaboración de manuales, al igual que reglamentos de la institución.

## **5.7 Archivo clínico e importancia de la historia clínica. Presentación ante la Sociedad Médica del Hospital**

Con objeto de tener sensibilizado al personal médico de la institución sobre la reorganización del archivo clínico en el hospital, el Dr. Diego

**Cuevas Cancino autorizó al suscrito a presentar en la Sociedad Médica de la Institución el tema de referencia.**

La sesión del hospital duró una hora; tuvo un carácter especial, al no ser una sesión sobre oftalmología y de ser el ponente un médico sin esta especialidad. El objetivo de la sesión fue sensibilizar al personal médico acerca de la importancia del manejo adecuado y cuidadoso del expediente clínico y de un manejo cuidadoso del archivo clínico.

## **5.8 Programa de implementación**

Se utilizó el método de implementación en paralelo, es decir, operación simultánea por un período determinado, tanto del sistema tradicional como el que se trataba de implementar. Esto tenía el objeto de no causar problemas graves en el control de expedientes del hospital con el consecuente daño al paciente y a la institución, lo cual brindaba las siguientes ventajas:

- Mayor facilidad para afrontar contingencias.
- Se permite al personal nuevo el familiarizarse con el nuevo sistema, sin la presión que significa el trabajar en vivo con la posibilidad de causar efectos irreversibles.
- Concientizar al personal del hospital, al ver el nuevo sistema y sus bondades.
- Permitir el funcionamiento normal al nuevo sistema antes de que se suspenda la operación del anterior.
- El personal que llevaba el sistema tradicional con archivo en máquina Kard Beller lo seguiría manejando.
- Los expedientes clínicos en formatos nuevos y encarpados, serían manejados por el nuevo personal, responsabilizándolos de la custodia y control del nuevo material. Esto se llevó a cabo hasta tener el equipo y material requerido.

## 6. Grado académico/ Caso Práctico

Con el objetivo de obtener el grado académico que avalara la preparación recibida en la Maestría en Administración de la Atención Médica y de Hospitales, me inscribí a la nueva modalidad de titulación por el Método de Caso Práctico.

Mi interés era presentar el tema de Comité Hospitalario de Bioética, el cual tenía en preparación con investigación bibliográfica. Se me señaló que un elemento importante para el Caso Práctico era la experiencia del sustentante en el tema., no cubriéndose este requisito ya que no había participado en dichos comités ni en su organización.

**Estas objeciones eran elementos a favor con referencia al archivo clínico de la APEC; se contaba con la experiencia vivida en la reorganización de este Departamento.**

Se trabajó en el diseño del Caso Práctico, **PERO** se me informó “que sería de mucho interés el conocer en que había terminado esta reorganización en la actualidad”.

### 6.1 Dieciocho años después

Con objeto de conocer que había pasado con el archivo clínico del hospital, volví al hospital **“después de tanto tiempo”**.

Acudí con el nuevo Director del Hospital, Dr. Eduardo Moragrega Adame, quien me recibió con todo genero de atenciones e interés, le platiqué sobre mi proyecto de titulación y le solicité su autorización para poder utilizar esta experiencia en mi Caso Práctico utilizándose el nombre del Hospital de la APEC lo cual me fue concedido.

### 6.2 El personal

- El Dr. Luis Sánchez Bulnes, Presidente del Patronato, había fallecido. Como todo buen líder que ama su institución y piensa en su futuro había

redactado sus memorias: “ **Historia de un gran esfuerzo**” <sup>(103)</sup>, el cual, gracias a la sugerencia del Dr. Moragrega, tuve el agrado de leer con mucho interés. Ese documento sirvió de base para la presentación del presente Caso Práctico.

- El Dr. Diego Cuevas Cancino, Director del Hospital en ese entonces, ya formaba parte del Colegio de Decanos del Hospital.
- El entonces Jefe de Residentes, ya era Jefe de Servicio.
- El Jefe de Servicio que había colaborado en el primer proyecto de reorganización del archivo clínico ya había sido director de la institución.

### **6.3 Organización de la Institución**

Por acuerdo del Sr. Agustín F. Legorreta, y siguiendo las directrices trazadas por el Comité Ejecutivo en agosto de 1988, se inició la reorganización de las funciones administrativas y de apoyo a la operación del hospital.

**“ Como primer paso de esta reorganización fijamos un objetivo para el área administrativa, que sirviera de motivación y sustento a nuestras actividades y que fue el siguiente:**

- **Lograr una institución modelo en eficiencia y calidad de los servicios administrativos que se proporcionaban directamente a los pacientes, y que además contribuía a apoyar los excelentes servicios médicos que ya se proporcionaban. Todo ello mediante:**
  1. **Trato humano y cortés a los enfermos.**
  2. **Oportunidad y exactitud en los servicios.**
  3. **Limpieza y orden en las instalaciones.**
- **Como segundo paso, formulamos el organigrama de la Institución, para delimitar con mayor precisión las áreas de responsabilidad y la jerarquía de las diversas funciones, organigrama que ha sido ajustado conforme la experiencia nos lo ha indicado.**
- **Como tercer paso, identificamos y jerarquizamos las principales necesidades, determinando 24 proyectos a realizar, que se han venido**

---

<sup>103</sup> (2) Sánchez Bulnes Luis, Dr. Historia de un gran esfuerzo

ejecutando conforme a las posibilidades de recursos humanos y técnicos.

Dr. Luis Sánchez Bulnes. ” (104)

## 6.4 El archivo clínico

- Continuaba centralizado.
- El área proyectada con anterioridad para archivo clínico con módulos de cartón comprimido era ocupada por el archivo clínico muerto, existiendo además otra área con este fin.
- Se depuraba cada 10 años.
- No se había utilizado la microfilmación de expedientes clínicos.
- Se continuaba utilizando el expediente clínico con formatos integrados.
- La Señorita María Luisa de la Garza colaboró durante tres años más.
- La Srita. Flora Quiroz ya no trabajaba en el archivo clínico.
- El personal invitado a trabajar en el archivo clínico ya no colaboraba en el hospital.
- No se realizó manual de procedimientos del departamento.
- No contaba el archivo clínico con reglamento interno.

## 6.5 Nuevo centro de cómputo

- Se creó y se puso en funcionamiento un Centro de Cómputo utilizándose un EQUIPO Unisys 8.25. “ Ha sido el elemento más importante en la reorganización contable, estadística y administrativa en general que hemos podido llevar a cabo. ” (103)

“ Se inició la captura de los datos de los pacientes de nuevo ingreso existiendo más de 70,000 expedientes ya computarizados con la información general de cada paciente, lo cual proporcionará valiosísima información para los estudios médicos y científicos que lleva a cabo nuestro personal médico. ”

Dr. Luis Sánchez Bulnes ” (105)

<sup>104</sup> (2) Sánchez Bulnes Luis, Dr. Historia de un gran esfuerzo. Pág. 15

<sup>105</sup> (2) Pág. 17

## 6.6 Utilización posterior de expedientes clínicos

Un instrumento útil para valorar la utilidad del archivo clínico por parte del personal médico lo refleja la presentación de investigaciones publicadas por personal de la APEC, utilizándose en ellas el expediente clínico como instrumento de consulta.

Los médicos del hospital tenían una publicación "Archivos de la Asociación para Evitar la Ceguera en México". Posteriormente se suspendió esta publicación por parte de la APEC

Se presenta una selección de artículos entre los años de 1982-1985 en los cuales se reporta revisión de expedientes clínicos como base para sus estudios.

- **Treinta años de queratoplastias**  
**Estudio de 286 casos operados** durante dos años después de haberseles hecho cirugía. Conferencia magistral Dr. Uribe y Troncoso XV Congreso de Oftalmología  
 Dr. Diego Cuevas Cansino  
 Archivos de la APEC  
 Tomo I, No. 6; Págs. 165-170; Jul.-Sept 1982
  
- **Muestreo comparativo por sexo y grupo de edad de padecimientos que se estudian en la consulta de primera vez en un hospital de concentración oftalmológico.**  
 Universo de 100% de la consulta de primera vez, **se estudiaron 496 pacientes, muestra de 52.58%**  
 Dra. Aguirre Chávez Ada Emma  
 Archivos de la APEC  
 Tomo I, No. 7; Págs. 203-212; Oct.-Dic., 1982
  
- **Suturas ajustables en estrabismo**  
 Experiencia de **100 casos operados** con esta técnica  
 Dr. Villaseñor Solares Jaime  
 Archivos de la APEC  
 Tomo II, No. 8; Págs. 17-22; Enero-Mar. 1983

- **Cirugía de segmento anterior con la sonda de corte/succión**  
Reporte de 153 casos operados en el Hospital de la A.P.E.C., junio de 1977a junio de 1978  
Dr. Barojas Weber Everardo, Dra. García Garduño Luz  
Archivos de la APEC  
Tomo II, No. 9; Págs. 39-46; Abr.-Jun., 1983
- **Frecuencia de queratocono por edad y sexo**  
Revisión de archivos de consulta externa, 1 de septiembre 1982-31 de agosto.  
**84 casos de queratocono de primera vez**  
Dr. Celorio Sabina María José, Dr. Fernández Sánchez Everardo,  
Dr. Muller García Henry; Dr. Rico Galindo Juan  
Archivos de la APEC  
Tomo III, No. 3, Págs. 83-84; Jul.-Sept. 1984
- **Demostración de la utilidad de la ecografía en el diagnóstico de desprendimiento coroideo.**  
**Revisión de 15 pacientes atendidos en la A.P.E.C. y consulta privada.**  
Dr. Givaudan Molina Arturo  
Dr. Martínez Almada Julio  
Dr. Moragrega Adame Eduardo  
Archivos de la A.P.E.C.  
Tomo III, No. 4; Págs. 107-112; Oct-Dic 1984
- **Evolución clínica de 250 pacientes con diagnóstico de queratocono en la APEC** Revisión de 250 expedientes de pacientes con diagnóstico de queratocono dentro del Servicio de Córnea, lapso de 36 meses a partir de julio de 1982. Criterio: Ingreso al Servicio de Córnea durante ese periodo con diagnóstico de queratocono  
Dr. Celosina Sabina José María  
Dr. Hernández Sánchez Everardo  
Dr. Rico Galindo Juan. Archivos de la APEC  
Tomo IV, No. 2, Págs. 41-44; Abr-Jun 1985

- **Correlación queratométrica-refractiva en pacientes postoperados de queratotomía radiada**  
**Estudio de 30 pacientes** que correspondieron a 40 ojos sometidos a queratotomía radiada en el Servicio de Córnea. Periodo enero-diciembre de 1984.  
Dr. Fernández Aguilar José Cristóbal  
Dr. Hernández Sánchez Everardo  
Dra. Mier Mercadillo María Elena  
Archivos de la APEC  
Tomo IV, No. 2; Págs. 45-50; Abr-Jun 1985
  
- **Lentes intraoculares en pacientes con maculopatías**  
**Revisión de 221 expedientes de pacientes** sometidos a extracción extracapsular de catarata con implementación de lentes intraoculares de cámara posterior  
Dr. Barojas Webber Everardo  
Dr. Fernández Aguilar José Cristóbal  
Archivos de la APEC  
Tomo IV, Págs. 109-114, Oct-Dic. 1985

## 7. Conclusiones a la elaboración del Caso Práctico

Fue para mí un gran honor el trabajar con el Dr. Luis Sánchez Bulnes y con el Dr. Diego Cuevas Cancino; se presentó una situación coyuntural por el hecho de que ellos tuvieran gran interés en el archivo clínico del Hospital de la APEC.

“Desgraciadamente, por lo general los directivos médicos no han tenido la formación para que comprendan, **por qué necesariamente el director de un hospital tiene que comprender el valor del expediente clínico y por eso el tratamiento del archivo clínico** como objeto de trabajo y como objeto de la administración que tiene necesariamente un proceso de gestión especial”.<sup>(106)</sup>

“Es la historia de la institución y de sus pacientes”: “Es el mejor vínculo histórico que nos permite ver la práctica médica de una institución a través de los años”.<sup>(105)</sup>

Partiendo de que el nombre de archivo clínico es muy modesto: La gente piensa que los archivos clínicos son sótanos, fríos, oscuros y con personal que ya ni ve ni entiende; jubilados, pos jubilados o personal de la tercera edad, las mandaban al archivo.

En vez de llamarle a este lugar “archivo clínico” debemos darle el nombre que le corresponde: “**Departamento de Registros Médicos y Estadísticas Vitales, DREMEV**”.<sup>(105)</sup>

**Las personas que trabajan en el DREMEV y con su expedientes tienen que ser personas con alta formación profesional, ética técnica y humana, reconocidas y con un buen sueldo acorde a su preparación.**

“Desafortunadamente América Latina no tiene profesionalizado el trabajo que realizan los profesionales en este campo. **Es un trabajo complejo que requiere de una decisión gubernamental para normar los contenidos del**

<sup>106</sup> (30) Arroyave Loaiza, María Gilma, M.A.S. Comentarios personales al Estudio de Caso: Archivo, Reestructuración en el Archivo Clínico de la Asociación para Evitar la Ceguera en México

**expediente clínico y la formación que requiere el personal que trabaja con él.**

“Se puede contar para ello con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, tiene personas preparadas en este tema; desafortunadamente, también el trabajo se dejó de lado, pero no se ha perdido porque existen personas como la Dra. María Mercedes Segarra, jubilada, que sigue trabajando en Washington en este tema. Ella es una persona que ha luchado en todo el continente por poner este trabajo del expediente clínico en el nivel que le corresponde”.<sup>(107)</sup>

**El primer paso para acreditar un DREMEV debe ser el que los expedientes clínicos tengan calidad. Si el expediente clínico no está correcto, por muchos esfuerzos que hagamos por tener un archivo clínico estaríamos guardando basura, un documento con muy poco valor.**

**El Comité de Calidad del Expediente Clínico es inicialmente tomado por los médicos punitivamente, pero con el paso del tiempo se valoraría su importancia.**

En estos trabajos se debe involucrar al Sindicato. Lo único que se pide al personal es que se haga a lo que se está comprometido; si un médico tiene que atender un paciente tiene que dejar constancia de lo que hace. El expediente clínico es un documento legal, de esta manera los médicos tienen que entender que escribir está dentro de sus funciones .

**¿Quién es primero, el expediente clínico o el archivo clínico?**

**Tienen que ser los dos.** Siendo muy importante involucrar a todo el equipo de salud en el DREMEV

**Las tecnologías actuales están cambiando la forma tradicional de organizar los archivos clínicos. Muy importante desarrollar y considerar a la computación, pensar en las ventajas que están ofreciendo el *software* para conservar los expedientes clínicos. Con esta tecnología ahora podemos no destruir expedientes, ninguno. Existen métodos que nos permiten evitarlo.**

<sup>107</sup> (30) Arroyave Loaiza, María Gilma, M.A.S. Comentarios personales al Estudio de Caso: Archivo, Reestructuración en el Archivo Clínico de la Asociación para Evitar la Ceguera en México

Desde la captación primaria del primer dato, cuando el paciente llega por primera vez a un hospital y durante toda su historia es importante garantizar la existencia del expediente clínico en él. Es muy importante involucrar al personal médico en el DREMEV durante sus tres momentos fundamentales:

- a) Cuando este expediente es activo completamente.
- b) Momento en que el paciente ya no consulta el hospital, pero que sigue teniendo mucha importancia el expediente porque suponemos que el paciente va a regresar
- c) Expedientes que no se han utilizado durante quince años o más los cuales pasan “al mal llamado archivo muerto”.

Es un objetivo importante para un DREMEV el poder llegar a informar como lo señala la Maestra Arroyave **“En este hospital jamás tiramos un expediente por leve que fuera. Así fuera de una sola hoja o expedientes con información muy defectuosa porque los pacientes regresan con los años”** (108)

El trabajo del resumen de la historia debe ser un trabajo médico, tiene que ser un trabajo médico porque finalmente **con el resumen de la historia es cuando se define el diagnóstico del paciente** y eso no se le puede asignar a otra persona. Quien hace el resumen y sus contenidos estructurales de un paciente que tiene alta hospitalaria o alta ambulatoria debe ser el médico tratante o un médico capacitado para hacerlo.

Al tener un expediente clínico íntegro, bien valorado el trabajo de los codificadores de la Clasificación Internacional de Enfermedades, es fundamental por que permite conocer con más aproximación el perfil epidemiológico de un país, por lo menos de las personas que son atendidas en los hospitales. Ese es un trabajo que tampoco hoy tiene el valor que debería tener ni el reconocimiento que le corresponde.

<sup>108</sup> (30) Arroyave Loaiza, María Gilma, M.A.S. **Comentarios personales al Estudio de Caso: Archivo, Reestructuración en el Archivo Clínico de la Asociación para Evitar la Ceguera en México**

Un trabajo básico del Jefe del DREMEV y las autoridades de la institución es el relacionado a la “ingeniería del manejo del expediente”. En este caso es muy importante ver la estructuración del organigrama de la institución y de las funciones que corresponden en relación a este departamento y del fluxograma de integración con todas los demás departamentos del hospital.

**Canada es uno de los países que tiene profesionalizado el trabajo del expediente clínico, su codificación del diagnóstico, su diseño del archivo clínico es Canadá. En América Latina no se le ha dado la relevancia que tiene este DREMEV**

**Reorganizar un DREMEV no es una experiencia fácil ni sencilla; lo puedo decir por experiencia propia, pero si es una experiencia gratificante el ver que 18 años después se sigue trabajando en ello; hago mías las palabras de la Maestra Arroyave:**

**“He hecho mucho esfuerzo para que las autoridades me escuchen”.** <sup>(109)</sup>

“En esta institución donde se llevo a cabo el presente Caso Práctico se presentó una situación coyuntural de una Dirección que tuvo el hospital que se interesó mucho por estos temas, y lo más importante continúan con renovado interés al conocer las bondades de tener un expediente clínico útil al paciente “personaje principal de la atención médica”, a la institución y a la sociedad en general.

---

<sup>109</sup> (30) Arroyave Loaiza, María Gilma, M.A.S. Comentarios personales al Estudio de Caso: Archivo, Reestructuración en el Archivo Clínico de la Asociación para Evitar la Ceguera en México

## **8. Recomendaciones**

### **8.1 Al Hospital de la APEC**

- **La experiencia adquirida por la Asociación durante toda su trayectoria de servicio a México, a través de las actividades en el Hospital, debe ser capitalizable para organizar hospitales con características similares, adaptables en otras regiones del país, de acuerdo con los requerimientos específicos con lo que se podrá afrontar el reto dejado por el Dr. Luis Sánchez Bulnes.**

**“Nuestra proyección al futuro, la provincia mexicana.**

**El costo será muy alto, pero con su ayuda...**

**TODO ES POSIBLE**

- **Es muy importante para toda institución hospitalaria el contar con Manual de Organización, de procedimientos y reglamentos en sus diferentes áreas para llevar una correcta dirección de la institución. Para ello es recomendable el que personal del hospital colabore en su elaboración, con el objeto de evitar rechazo en su implementación y ser reflejo de la realidad de la institución.**
- **Todo directivo que tenga a su cargo la importante tarea de dirigir el hospital no debe olvidar la manera de hacerlo del Dr. Luis Sánchez Bulnes, al trabajar siempre con un equipo donde siempre promovió la amistad, consultando su opinión y brindándoles confianza para la acción, pensando en el futuro sin olvidar el hoy y el pasado.**
- **En la organización de la Institución es básico el contar con un Comité Hospitalario de Calidad, el cual puede ayudar al logro de los objetivos de la Institución, promoviendo la satisfacción del paciente, “personaje más importante de la atención médica”. Este comité podría brindar las bases para establecer los criterios de selección de expedientes clínicos a conservarse y el método más adecuado de acuerdo a los recursos con que se cuente para tal fin.**

- Se recomienda que las autoridades de la institución conozcan los estándares de “Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”<sup>(110)</sup>, publicados por la Organización Panamericana de la Salud para corregir debilidades y fortalecer logros en la dirección de la institución.
- Al implementarse en México el proceso de Certificación de Hospitales, contará la APEC con un organismo certificador legalmente constituido, con reconocimiento oficial, y con personal capacitado para desarrollar su labor. Es deseable el promover la certificación de la institución.
- Al ser la APEC un hospital escuela para médicos oftalmólogos le permitiría, siempre que se contara con personal preparado para tal fin, ser también escuela para formación de otros profesionistas del sector salud como son enfermeras, trabajadoras sociales, estudiantes de biblioteconomía y residentes administrativos de maestrías como la Administración de Hospitales. La institución recibiría el apoyo de personas capacitadas, con ideas innovadoras y les brindaría la experiencia de tantos años al servicio de la salud.
- Con el objeto de tener y mantener en la institución personal capacitado, es de suma importancia valorar cuidadosamente la política de salarios así como programas de actualización y motivación para todo el personal.

## 8.2 Archivo clínico del Hospital

- Al evaluarse nuevas tecnologías para su utilización en el archivo clínico, como es el expediente clínico mecanizado, se debe considerar el costo de los equipos, un cuidadoso diseño de programas adecuados a las necesidades de la institución, procurándose el colaborar en el diseño de los mimos, el evaluarlos adecuadamente y estar en un

---

<sup>110</sup> (26) Federación Latinoamericana de Hospitales. La garantía de Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe.

constante mantenimiento de los mismos. El personal de la institución debería ser preparado para poder realizar estas funciones.

- **La sistematización de un expediente clínico en un sistema automatizado no sólo debe tomar en cuenta su utilidad en la asistencia, docencia o investigación; también es importante recordar que el expediente clínico es el principal documento para el paciente y hay que preservar su confidencialidad.**

### **8.2.1 Jefe del archivo clínico**

- **Es muy importante que cuente con la preparación necesaria para dirigir este departamento; debe conocer otras instituciones, lectura de bibliografía sobre el tema, evaluar la posibilidad de asistencia a cursos. No obstante, lo más importante es capacitar a su personal y motivar a que se realice el trabajo con calidad.**
- **El contar con el apoyo de personal capacitado en servicio social o en residencias administrativas le será de utilidad, siempre y cuando los motive, no se debe considerar como pérdida de tiempo esta actividad.**

### **8.3 Autoridades del Sector Salud**

- **El archivo clínico es un departamento muy importante en la asistencia médica a nivel sector salud. Debe estar a cargo de personal bien capacitado, con una remuneración económica adecuada y con reconocimiento profesional.**
- **Es de utilidad el buscar la capacitación del personal que dirige e integra estos departamentos para lograr una buena dirección de los mismos. Es posible que sea en el ámbito técnico para personal que labore en el departamento y como especialización en licenciatura, maestría o doctorado, para el personal que dirija este departamento no solo a nivel hospitalario, región o sector salud. Se debe promover el establecimiento de normas adecuadas para el funcionamiento del**

departamento y el proporcionar una supervisión y asesoría adecuada.

## 8.4 Autoridades educativas

- Es recomendable para las autoridades responsables de la formación de directivos de instituciones hospitalarias, el promover que el alumnado participe durante sus residencias administrativas en instituciones donde puedan aprender de la institución y contribuir con su conocimiento a la misma. Es deseable que en estos lugares tengan asesoría de personal directivo de las diferentes instituciones con previa motivación y disposición para colaborar en este proceso de educación para el alumno y la institución que lo recibe.
- El promover que los alumnos egresados de este tipo de programas educativos colabore posteriormente en la asesoría de alumnos durante su residencia es muy importante, ya que no sólo se ayuda al alumno, sino también a la institución donde realiza su residencia. Para que esta labor fructifique, es necesario contar con un buen diagnóstico situacional de la misma, invitándose a participar a los alumnos en áreas conflictivas.
- Es recomendable que los alumnos que participan en residencias administrativas entreguen para evaluación de su desempeño trabajos terminados, como es el caso de manuales de procedimientos de la institución sede. En el caso de trabajos no terminados se puede promover su continuidad con residentes posteriores.
- La presentación de casos prácticos como alternativa de titulación es útil no sólo para el alumno que culmina su preparación con la "certificación requerida". Los acervos bibliográficos son útiles para profesores y alumnos en preparación, siendo deseable el promover el que este material se encuentre en otros programas donde se realiza la preparación de personal directivo, promoviendo el intercambio de estos documentos.

## 9. Bibliografía

1. Malcolm T. MacEachern, Md. *The medical record department.* Hospital Organization and Management. Pags. 719-834. Physicians Record Company ; Chicago, U.S.A.; 1957
2. Sánchez Bulnes Luis, Dr. Historia de un gran esfuerzo Editorial: Asociación para Evitar la Ceguera en México. Págs: 1-247, México, 1993
3. Subsecretaría de Servicios de Salud. Norma técnica No. 52 Para la elaboración, integración y uso del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación, México, 20 de agosto de 1986.
4. Fernández Varela Mejía, Dr.. El expediente clínico: documento de gran valor en la práctica médica, Revista CONAMED. Págs: 24 - 27, Año 1, NO. 2; Enero-Marzo; México, 1997.
5. CONAMED, El expediente clínico y el consentimiento bajo información. Revista CONAMED, AÑO 1, No.3; abril, México, junio de 1987.
6. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de servicios de atención médica, Diario Oficial de la Federación, México, 14 Mayo de 1986.
7. Fernández Varela Mejía, Dr.. Una necesidad inaplazable, la conveniencia de la norma en la calidad del Expediente Clínico. Revista CONAMED; Año 2, No. 5. Págs. 9-14; Octubre; México, 1997

8. **H. Erickson, Lilian, R.R.L., Servicio de Archivo Clínico.** Conceptos modernos sobre administración de hospitales. Dr. Joseph Karlton Owen. Págs. 472-487. Editorial Interamericana. México, 1962
9. **Carreño de Esparza Olga, Dra. Concepto y definición de expediente clínico** Revista Hospital Actual; Asociación Mexicana de Hospitales. Vol 1, No. 1; Págs. 26 - 27; Julio-Agosto; México, 1976
10. **Carreño de Esparza Olga, Dra. Como organizar un Departamento de Archivo Clínico eficiente.** Revista Hospital Actual. Asociación Mexicana de Hospitales Vol. 1, No. 2. Págs.13-20, septiembre-octubre; México, 1976
11. **Carreño de Esparza, Olga Dra. Una solución al problema de espacio en el Archivo Clínico.** Revista Hospitales y Clínicas; Asociación Mexicana de Hospitales Año 1, Vol. 1, No. 6. Págs. 6-17;. Agosto; México 1968
12. **Carreño de Esparza, Dra. Cibernética y automatización. Sus aplicaciones en las unidades hospitalarias;** Revista Hospital Actual; Año 1, No. 6. Págs: 8-13; México, 1977
13. **Barquín Calderón Manuel, Dr.; Departamento de Archivo Clínico.** Dirección de Hospitales. Págs. 279-300, Editorial Interamericana, SA; México, 1967
14. **Fajardo Ortiz Guillermo, Dr.; Archivo clínico.** Atención Médica. Págs. 656-668, La Prensa Médica Mexicana, México, 1983
15. **Aguirre Gas, Héctor Gerardo Dr. Calidad de la atención médica, bases para la evaluación, mejoramiento continuo y acreditación,** Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México, 1997.

16. Subdirección General Médica Auditoría Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín Médico del IMSS, 1960, (supl 6): México, 1962
17. Subdirección General Médica. Evaluación Médica. Instrucciones Médicas y Médicoadministrativas. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1972
18. Subdirección General Médica. El expediente clínico en la atención médica, instrucciones. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1973
19. Subdirección Médica. Evaluación del expediente clínico en las unidades médicas. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. México, 1975
20. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Manual de evaluación de la calidad de la atención médica a través del Expediente clínico en Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel., México, 1981
21. Dirección de Servicios Médicos Auditoría Médica, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México, 1982
22. Lee Ramos, A.F Dra. et al. Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur y del Valle. de México. Bol. Médico del IMSS, 17:187, México, 1975.
23. Haenzel W. Role of the medical record librarians in Public Health Statics. Am. J. Public Health 43: 1335-1337, U.S.A., Sept. 1953.

24. **Malagón Londoño, Gustavo Dr.** Sistema de información hospitalaria. Administración Hospitalaria Págs. 451-477. Editorial Médico Panamericana, Colombia., 1996
25. **Huffman K. Edna.** The medical record librarian. Manual for medical record librarians. Pags. 111-130. Physicians Record Company; U.S.A., 1960
26. **Federación Latinoamericana de Hospitales.** La garantía de Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. Organización Mundial de la Salud, 1992.
27. **Organización Panamericana de la Salud.** Códigos internacionales de ética. Págs. 226-239. Bioética, temas y perspectivas. Organización Mundial de la Salud. E.U.A. 1990.
28. **Martínez Sevilla , Alvaro.** **Seguridad en los registros médicos Electrónicos.** E-mail: sevilla@goliat.urg.es Universidad de Granada. España. 1999
29. **Amador Fernández, Rosendo.** Exordios. Págs., 163-176. Universidad Nacional Autónoma de México. México. 1982
30. **Arroyave Loaiza, Maria Gilma, M.A.S.** Comentarios personales al Estudio de Caso: Archivo, Reestructuración en el Archivo Clínico de la Asociación para Evitar la Ceguera en México. Noviembre, México, 1999

# 10. Anexo



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA. EN MEXICO  
HOSPITAL OFTALMOLÓGICO

VICENTE GARCIA TORRES 46

544-90-35

COYOACAN 21. D. F.

México, D.F. 31 de marzo de 1981.

INFORMACION SOLICITADA A LOS SRES.  
JEFES DE SERVICIO, DE LOS "SERVI -  
CIOS DE ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL".

Presidente Honorario

Sra. Adela F. de Obregón Santacilia

Presidentes

Dr. Luis Sánchez Bulnes

Vice-Presidentes

Sr. Juan Gómez Domínguez

Sr. Jacobo Pérez Barroso

Sr. Rogelio Casas Alarista C. P.

Tesorero

Sr. Octavio Casas Sanfisteban C. P.

Vocales

Sr. Gabriel Alarcón Jr.

Sr. Antonio Ariza

Ing. Crescencio Ballesteros

Lic. Emilio Carrillo Gamboa

Lic. Miguel García Flores

Sr. Burton E. Grossman

Ing. Antonio Gutiérrez Prieto

Sr. Agustín F. Legorreta

Sr. Antonio Ruiz Galindo

Director del Hospital

Dr. Diego Castro Carrisa

SR. DR.

Estimado Doctor:

Con el objeto de tener una reorganización del personal médico del hospital, en sus diferentes especialidades, queremos conocer su opinión sobre la situación actual, así como sus inquietudes de cambio.

Se le solicita contestar para el día 10 de abril, el siguiente cuestionario de la manera más amplia y real que le sea posible:

1.- DATOS GENERALES.

- A) ¿CUALES SON LOS OBJETIVOS ASISTENCIALES, DOCENTES, -  
DE INVESTIGACION DE SU SERVICIO?
- B) ¿QUE PROMEDIO DE CONSULTAS TIENE UD. DIARIAMENTE EN  
SU SERVICIO?  
¿TENDRIA UD. MANERA DE PREVER CUAL PUDIERA SER EL -  
CRECIMIENTO DE SU SERVICIO EN LOS PROXIMOS 5 AÑOS?
- C) EN EL MOMENTO ACTUAL, QUE PERSONAL TIENE BAJO SUS -  
ORDENES? (CATEGORIA, ANTIGUEDAD, ESCOLARIDAD)



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO  
HOSPITAL OFTALMOLOGICO

VICENTE GARCIA TORRES 46

5-44-90-35

COYOACAN 21, D. F.

= 2 =

- D) ¿ES SUFICIENTE EL PERSONAL ACTUAL DE SU SERVICIO, -  
PARA QUE MEDIANTE UNA DISTRIBUCION ADECUADA SATIS-  
FAGA LAS NECESIDADES ACTUALES?

Presidente Honorario

Sra. Adela F. de Obregón Sotocollia

Presidente

Dr. Luis Sánchez Salinas

Vice-Presidentes

Sr. Juan Gómez Domínguez

Sr. Jacobo Pérez Barruso

Sr. Rogerio Casas Alatríste C. P.

- E) ¿COMO CONTROLA UD. LA PUNTUALIDAD Y EFICIENCIA DE -  
SU PERSONAL?

Tesorero

Sr. Octavio Casas Santisteban C. P.

Vocales

Sr. Gabriel Alarcón Jr.

Sr. Antonio Ariza

Ing. Crescencio Ballesteros

Lic. Emilio Carrillo Gamboa

Lic. Miguel García Flores

Sr. Burton E. Grossman

Ing. Antonio Gutiérrez Prieto

Sr. Agustín F. Legorreta

Sr. Antonio Ruiz Galindo

- F) ¿DE ACUERDO CON SU EXPERIENCIA DE LOS 3 ULTIMOS --  
AÑOS, CONSIDERA UD. QUE EL ESPACIO FISICO ACTUAL-  
DE SU SERVICIO LLENA LOS REQUISITOS NECESARIOS DE  
FUNCIONAMIENTO PARA UN INCREMENTO LOGICO DE 5 AÑOS  
MAS A PARTIR DE 1982, UTILIZANDO A SU MAXIMA CAPA-  
CIDAD LA CAPACIDAD INSTALADA DEL HOSPITAL Y CUALES  
SERIAN SUS SUGERENCIAS CONCRETAS PARA LOGRARLO?

(SI UD. CONSIDERA QUE LAS INSTALACIONES ACTUALES -  
DE SU SERVICIO, DEBIDAMENTE FUNDAMENTADAS NO SERAN  
SUFICIENTES EN EL FUTURO INMEDIATO DE 5 AÑOS, SIR-  
VASE UD. CONTESTAR EL APENDICE ADJUNTO A ESTE CUES-  
TIONARIO).

Director del Hospital

Dr. Diego Casas Cascio

- G) ¿DE REALIZARSE LAS MODIFICACIONES EN PROYECTO, QUE  
PERSONAL REQUERIRIA SU SERVICIO Y QUE PREPARACION  
CLINICA Y ACADEMICA SERIA DESEABLE EXIGIRLES?



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO  
HOSPITAL OFTALMOLOGICO

VICENTE GARCIA TORRES 48

5-44-90-35

COYOACAN 21. D. F.

= 3 =

2.- INGRESO DE ENFERMOS A LOS SERVICIOS DE ESPECIALIDAD.

Presidenta Honoraria  
Sra. Adela F. de Obregón Santacilia

Presidenta  
Dr. Luis Sánchez Bulnes

Vice-Presidentes  
Sr. Juan Gómez Domínguez  
Sr. Jacobo Pérez Barruso  
Sr. Rogelio Casas Alatríste C. P.

Tesorero  
Sr. Octavio Casas Santisteban C. P.

Vocales  
Sr. Gabriel Alarcón Jr.  
Sr. Antonio Ariza  
Ing. Crescencio Ballesteros  
Lic. Emilio Carrillo Gamboa  
Lic. Miguel García Flores  
Sr. Burton E. Grossman  
Ing. Antonio Gullérrez Prieto  
Sr. Agustín F. Legorreta  
Sr. Antonio Ruiz Gallardo

Director del Hospital  
Dr. Diego Casas Cascia

A) ¿QUE REQUISITOS DEBEN REUNIR LOS PACIENTES PARA -  
INGRESAR A SU SERVICIO? (HISTORIA CLINICA OPTAL-  
MOLOGICA, EXAMENES DE LABORATORIO, ETC.)

B) ¿QUIEN DEBE AUTORIZAR EL ENVIO DEL ENFERMO A SU -  
SERVICIO?

C) ¿EN QUE MOMENTO Y QUIEN DEBE VIGILAR LAS ALTAS DE  
FINITIVAS O EL REGRESO DEL ENFERMO A SU SERVICIO  
ORIGINAL?

D) ¿QUE FORMAS ADICIONALES REQUERIRA EL EXPEDIENTE -  
CLINICO GENERAL DEL ENFERMO AL PASAR A SU SERVI-  
CIO?

E) ¿CUANDO NECESITA UNA INTERCONSULTA CON OTRO SERVI-  
CIO, QUE TRAMITE SUGIERE UD. SEGUIR?

3.- SERVICIO DE CIRUGIA.

A) ¿TIENE UD. COLAS DE ESPERA DE PACIENTES PARA CI-  
RUGIA? (MOTIVOS)



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO  
HOSPITAL OFTALMOLOGICO

VICENTE GARCIA TORRES 48

5-44-90-35

COYOACAN 21. D. F.

- 4 -

B) ¿CON CUANTAS HORAS DE QUIROFANO CUENTA SU SERVICIO?

Presidente Honorario  
Sra. Adela F. de Obregón Santacilia

Presidente  
Dr. Luis Sánchez Urines

Vice-Presidentes  
Sr. Juan Gómez Domínguez  
Sr. Jacobo Pérez Barroso  
Sr. Rogelio Casas Alabrado C. P.

Tesorero  
Sr. Octavio Casas Santisteban C. P.

Vocales  
Sr. Gabriel Alarcón Jr.  
Sr. Antonio Ariza  
Ing. Crescencio Ballesteros  
Lic. Emilio Carriño Gamboa  
Lic. Miguel García Flores  
Sr. Burton E. Grossman  
Ing. Antonio Gutiérrez Prieto  
Sr. Agustín F. Legorreta  
Sr. Antonio Ruiz Gallardo

Director del Hospital  
Dr. Diego Gómez Casaña

C) ¿SI UD. CONTARA CON LA EFICIENCIA ADECUADA DE LOS SERVICIOS DE QUIROFANO, SERIAN SUFICIENTES LAS HORAS QUE TIENE ASIGNADAS, O NECESITARIA HORAS EXTRAS?

D) ¿EN CASO DE SUSPENSIÓN DE UNA CIRUGIA, QUIEN DEBE AUTORIZARLA?

E) ¿ES ADECUADA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA?

F) ¿SE DA A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EL TRATAMIENTO QUE INDICAN LOS MÉDICOS DE SU SERVICIO? EN CASO NEGATIVO A QUE SE ATRIBUYE Y QUE MEDIDAS HA TOMADO USTED PARA EVITARLO?

G) ¿SE ORDENAN OPORTUNAMENTE LAS INDICACIONES DIETÉTICAS EN SUS PACIENTES?

H) ¿QUIEN VIGILA EL CUMPLIMIENTO DE DICHAS INDICACIONES Y QUE MEDIDAS HA TOMADO UD., O CUALES SUGIERE PARA QUE SE CUMPLAN?



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO  
HOSPITAL OFTALMOLOGICO

VICENTE GARCIA TORRES 46

5-44-90-35

COYOACAN 21. D. F.

- 5 -

- I) ¿CONSIDERA UD. CONVENIENTE QUE SUS RESIDENTES RINDIERAN A UD. UN INFORME DIARIO EN UN MACHOTE PREPARADO AL RESPECTO?

Presidente Honorario  
Sra. Adela F. de Obregón Santacilla

Presidente  
Dr. Luis Sánchez Buitos

4.- EQUIPO.

Vice-Presidente  
Sr. Juan Gómez Domínguez  
Sr. Jacobo Pérez Barrasa  
Sr. Rogelio Casas Alarista C. P.

- A) ¿CON QUE EQUIPO MEDICO CUENTA SU SERVICIO? ENUME -  
RELO, DESDE CUANDO SE ADQUIRIO?

Tesorero  
Sr. Octavio Casas Santaluzan C. P.

Vocales  
Sr. Gabriel Alarcón Jr.  
Sr. Antonio Ariza  
Ing. Crescencio Ballesteros  
Lic. Emilio Carrillo Gamboa  
Lic. Miguel García Flores  
Sr. Barton E. Grossman  
Ing. Antonio Gutiérrez Prieto  
Sr. Agustín F. Legorreta  
Sr. Antonio Ruiz Gallado

- B) ¿SE LE DA EL MANTENIMIENTO ADECUADO?

- C) ¿HAY EN SU SERVICIO EQUIPO MEDICO NO UTILIZABLE?  
(MOTIVO)

Director del Hospital  
Dr. Diego Correas Campino

5.- PERSONAL.

- A) ¿CUENTA SU SERVICIO CON PERSONAL ADMINISTRATIVO -  
ESPECIFICO? QUE FUNCION DESEMPEÑA? HORARIO DE TRABAJO,  
ESCOLARIDAD, ETC.

- B) ¿CON LOS CAMBIOS EN ESTUDIO REQUERIRIA PERSONAL -  
MEDICO O ADMINISTRATIVO ADICIONAL? EN CASO AFIRMATIVO,  
QUE HORARIO, FUNCIONES, PREPARACION ACADÉMICA LES SOLICITARIA?



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO  
HOSPITAL OFTALMOLOGICO

VICENTE GARCIA TORRES 46

5-44-90-35

COYOACAN 21. D. F.

- 6 -

C) ¿TIENE COOPERACION DE LAS DAMAS VOLUNTARIAS?

Presidenta Honoraria  
Sra. Adela F. de Obregón Santacilia

D) ¿COMO SE ADIESTRA A SU PERSONAL PARAMEDICO?

Presidenta  
Dr. Luis Sánchez Salas

Vice-Presidentes  
Sr. Juan Gómez Domínguez  
Sr. Jacobo Pérez Barroso  
Sr. Rogelio Casas Alarista C. P.

6.- FUNCIONAMIENTO ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE ESPECIALIDAD DEL HOSPITAL.

Tesorero  
Sr. Octavio Casas Santisteban C. P.

A) ¿REVISAS UD. LOS EXPEDIENTES ELABORADOS POR LOS -  
MEDICOS DE SU SERVICIO?

Vocales  
Sr. Gabriel Alarcón Jr.  
Sr. Antonio Ariza  
Ing. Crescencio Ballestares  
Lic. Emilio Carrillo Gamboa  
Lic. Miguel García Flores  
Sr. Burton E. Grossman  
Ing. Antonio Gutiérrez Prieto  
Sr. Agustín F. Legorreta  
Sr. Antonio Ruiz Gallardo

B) ¿PONE ANOTACIONES EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS -  
REVISADOS?

Director del Hospital  
Dr. Diego Carras Cuevas

C) SI NO HACE UD. REVISIONES, ESPECIFIQUE LOS MOTI-  
VOS.

7.- ENSEÑANZA.

A) ¿CONSIDERA UD. ADECUADA LA ENSEÑANZA QUE SE IMPAR-  
TE ACTUALMENTE A LOS MEDICOS RESIDENTES?

B) ¿QUE SUGESTIONES PROPONDRÍA UD. PARA MEJORARLA?



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO  
HOSPITAL OFTALMOLOGICO

VICENTE GARCIA TORRES 46

5-44-90-35

COYOACAN 21. D. F.

- 7 -

C) ¿QUE ENSEÑANZA CONTINUA CONSIDERA UD. QUE DEBERIAN RECIBIR LOS MEDICOS DE SU SERVICIO DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL Y QUE CRITERIO DE SELECCION UTILIZARIA UD. EN CADA CASO PARA OTORGAR DICHS BENEFICIOS?

Presidenta Honoraria  
Sra. Adela F. de Obregón Santacilla

Presidente  
Dr. Luis Sánchez Bulnes

Vice-Presidentes  
Sr. Juan Gómez Domínguez  
Sr. Jacobo Pérez Barroso  
Sr. Rogelio Casas Alatríste C. P.

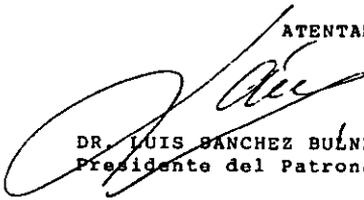
Tesorero  
Sr. Oclavio Casas Santisteban C. P.

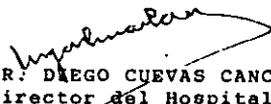
Vocales  
Sr. Gabriel Alarcón Jr.  
Sr. Antonio Ariza  
Ing. Crescencio Ballesteros  
Lic. Emilio Carrillo Gamboa  
Lic. Miguel García Flores  
Sr. Burton E. Grossman  
Ing. Antonio Gutiérrez Prieto  
Sr. Agustín F. Legorreta  
Sr. Antonio Ruiz Gallardo

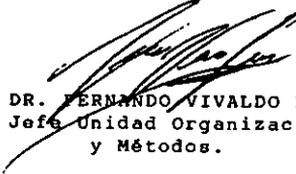
Director del Hospital  
Dr. Diego Cuevas Cancino

SABEMOS QUE USTED, COMO JEFE DE SERVICIO, CONCIENTE DE SUS RESPONSABILIDADES NOS CONTESTARA DE UNA MANERA COMPLETA EL PRESENTE MATERIAL.

ATENTAMENTE

  
DR. LUIS SANCHEZ BULNES  
Presidente del Patronato

  
DR. DIEGO CUEVAS CANCINO  
Director del Hospital

  
DR. FERNANDO VIVALDO LIMA  
Jefe Unidad Organización  
y Métodos.



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO  
HOSPITAL OFTALMOLOGICO

VICENTE GARCIA TORRES 46

5-44-90-35

COYOACAN 21. D. F.

A P E N D I C E .

Presidenta Honoraria  
Sra. Adela F. de Obregón Santacilia

Presidenta  
Dr. Luis Sánchez Bulnes

Vice-Presidentes  
Sr. Juan Gómez Domínguez  
Sr. Jacobo Pérez Barroso  
Sr. Rogelio Casas Alatriste C. P.

Tesorero  
Sr. Octavio Casas Santisteban C. P.

Vocales  
Sr. Gabriel Alarcón Jr.  
Sr. Antonio Ariza  
Ing. Crescencio Ballesteros  
Lic. Emilio Carrillo Campos  
Lic. Miguel García Flores  
Sr. Bertón E. Grossman  
Ing. Antonio Gutiérrez Prieto  
Sr. Agustina F. Legorreta  
Sr. Antonio Ruiz Gallardo

Director del Hospital  
Dr. Diego Cozias Cuevas

1.- ¿SI UD. CONSIDERA QUE NO ES SUFICIENTE LA UTILIZACION DE NUESTRA CAPACIDAD INSTALADA ACTUAL Y QUE EL HOSPITAL NECESITARA AMPLIACIONES SUSTANCIALES PARA SU FUNCIONAMIENTO EN LOS 5 AÑOS VENIDEROS, - QUE MODIFICACIONES EN SU CONCEPTO SERIAN NECESARIAS DE IMPLANTAR EN SU PROPIO SERVICIO PARA LOGRARLO?

2.- A) ¿SI UD. CONSIDERA JUSTIFICADA UNA AMPLIACION DEL HOSPITAL, DIGANOS UD. CUALES DE LOS SERVICIOS MENCIONADOS A CONTINUACION REQUERIRIAN MOVILIZARSE AL ALA EN PROYECTO?

- a) ESTRABISMO?
- b) RETINA?
- c) ORBITA?
- d) GLAUCOMA?
- e) CORNEA?
- f) NUEVOS QUIROFANOS 1er. PISO CONECTADO CON HOSPITALIZACION?

B) ¿CUALES SERIAN LOS REQUERIMIENTOS COMUNES QUE DEBERIAN TENER ENTRE SI LAS NUEVAS INSTALACIONES?

EN SALA DE ESPERA (DEPENDIENTE DEL INCREMENTO PREVISTO).

- a) CONTROL DE DISTRIBUCION DE PACIENTES.
- b) RELACION CON ARCHIVO GENERAL (ENTREGA Y RECOLECCION DE EXPEDIENTES).
- c) CIRCULACION DE ENFERMOS HACIA LA SALA DE ESPERA, DE LA SALA DE ESPERA HACIA EL SERVICIO, DESALOJAMIENTO DEL ENFERMO.
- d) SONORIZACION.
- e) COMUNICACION TELEFONICA, ETC., ETC.



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO  
HOSPITAL OFTALMOLOGICO

VICENTE GARCIA TORRES 46

5-44-90-35

COYOACAN 21. D. F.

- 2 -

C) ¿CUALES SERIAN LOS REQUERIMIENTOS INDIVIDUALES DE SU SERVICIO, SI UD. CONSIDERARA CONVENIENTE SU - AMPLIACION A UNA NUEVA SECCION DEL HOSPITAL?

Presidente Honorario

Sra. Adela F. de Obregón Santacilla

Presidente

Dr. Luis Sánchez Bulnes

Vice-Presidentes

Sr. Juan Gómez Domínguez

Sr. Jacobo Pérez Barroso

Sr. Rogerio Casas Alatríste C. P.

Tesorero

Sr. Octavio Casas Santisteban C. P.

Vocales

Sr. Gabriel Alarcón Jr.

Sr. Antonio Ariza

Ing. Crescencio Ballesteros

Lic. Emilio Carrillo Gamboa

Lic. Miguel García Flores

Sr. Burton E. Grossman

Ing. Antonio Cullítréz Prieto

Sr. Agustín F. Legorreta

Sr. Antonio Ruiz Galindo

Director del Hospital

Dr. Diego Cuevas Cancino

REQUERIMIENTOS ESPECIFICOS.

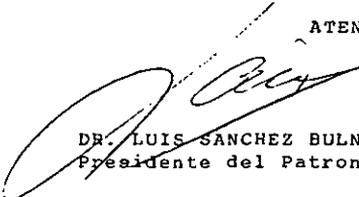
- a) MODUS OPERANDI, REQUERIMIENTOS DE ESPACIO Y EQUIPO BASICO QUE SERIAN NECESARIOS.
- b) DISTRIBUCION FUNCIONAL DE AREAS DE TRABAJO EN CADA SERVICIO.
- c) CIRCULACION DEL ENFERMO DENTRO DEL SERVICIO.
- d) PERSONAL MEDICO NECESARIO.
- e) SUPERFICIE ADECUADA DE LAS DISTINTAS AREAS, DE -- ACUERDO CON EL N° DE MEDICOS.

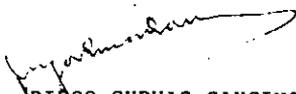
3.- QUE SERVICIOS PODRIAN MOVILIZARSE HACIA LAS AREAS OCUPADAS HOY POR SERVICIOS EN PROYECTO DE CAMBIO?

- a) RECEPCION.
- b) ARCHIVO.
- c) REFRACCION EXPLORACION.
- d) REFRACCION COMERCIAL.
- e) OTROS.

SABEMOS QUE USTED COMO JEFE DE SERVICIO, CONCIENTE DE SUS RESPONSABILIDADES NOS CONTESTARA DE UNA MANERA - COMPLETA EL PRESENTE MATERIAL.

ATENTAMENTE

  
DR. LUIS SANCHEZ BULNES  
Presidente del Patronato

  
DR. DIEGO CUEVAS CANCINO  
Director del Hospital

  
DR. FERNANDO VALDE LIMA  
Jefe Unidad Organización  
y Métodos.