



Pilares de la Atención Médica: Historia Clínica y Expediente clínico

Pillars of Medical Care: Medical History and Clinical Record

Samia Giselle Castillo Blanco¹

Resumen

<https://doi.org/10.25009/rmuv.2024.2.125>

La historia clínica es un documento fundamental en medicina, que sirve para recopilar información relevante sobre la salud y los procedimientos médicos de un paciente. Se rige por cuatro características principales: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. El expediente clínico, por su parte, es el conjunto de información que abarca diversos documentos, incluidos los electrónicos, y es obligatorio para los prestadores de servicios de salud. Ambas herramientas son fundamentales para garantizar una atención médica adecuada, facilitando el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes, a la vez que cumplen una función administrativa y legal crucial.

La historia y el expediente clínicos son pilares esenciales en la atención médica, al proporcionar una estructura clara, organizada y accesible de la información del paciente. Sin embargo, en México, la implementación de estos sistemas enfrenta importantes desafíos, como la omisión en la integración adecuada del expediente clínico, relacionada con la calidad del trabajo y las deficiencias en infraestructura tecnológica.

Este artículo reflexiona sobre las problemáticas asociadas a la elaboración y manejo de la historia y el expediente clínicos, destacando su impacto en la calidad del servicio médico. Asimismo, se analizan las acciones necesarias para la mejora de su implementación, como el fortalecimiento de la formación profesional, el desarrollo de infraestructura tecnológica adecuada.

El uso de expedientes clínicos electrónicos (ECE) ofrece ventajas significativas, como la disponibilidad inmediata de información, la uniformidad en el registro, la automatización de procesos administrati-

Recibido: 20/11/2023

Aceptado: 16/12/2023

Estudiante de décimo semestre en la Facultad de Medicina de Ciudad Mendoza, Universidad Veracruzana México
samiagisellec@gmail.com

vos y la mejora en la calidad de la atención médica. El director general del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Zoé Robledo, ha destacado que la implementación del expediente clínico electrónico es crucial para crear un sistema universal capaz de almacenar el historial médico de toda la población, asegurando que este sea accesible sin importar la institución médica a la que acuden los pacientes.

Palabras clave: Expediente clínico, expediente clínico electrónico, historia clínica, atención médica y calidad de atención

Abstract

The medical history is a fundamental document in medicine, used to gather relevant information about a patient's health and medical procedures. It is governed by four key characteristics: professionalism, typical execution, objectivity, and legality. The medical record, on the other hand, is a set of information that includes various documents, including electronic ones, and is mandatory for healthcare providers. Both tools are essential to ensure proper medical care, facilitating diagnosis, treatment, and follow-up of patients, while also serving an important administrative and legal function.

Medical history and the medical record are essential pillars in healthcare, providing a clear, organized, and accessible structure of patient information. However, in Mexico, the implementation of these systems faces significant challenges, such as the failure to properly integrate the medical record, which

is linked to work quality and technological infrastructure deficiencies.

This article reflects on the issues related to the creation and management of medical history and the medical record, highlighting their impact on the quality of medical services. It also examines the necessary actions to improve their implementation, such as strengthening professional training and developing adequate technological infrastructure.

The use of electronic medical records (EMR) offers significant advantages, such as the immediate availability of information, uniformity in documentation, the automation of administrative processes, and an improvement in the quality of medical care. Zoé Robledo, Director General of the Mexican Social Security Institute (IMSS), has emphasized that the implementation of electronic medical records is crucial to creating a universal system capable of storing the medical history of the entire population, ensuring it is accessible regardless of the healthcare institution the patient visits.

Keywords: Medical record, electronic medical record, medical history, healthcare, and quality of care.

Introducción

La Ley General de Salud en sus artículos 77-BIS y 37 fracción VII, determina que los usuarios de servicios de salud tienen el derecho de contar con un expediente clínico, el cual será administrado por las Instituciones de Salud. (Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, 2021)

En la NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico” se establecen criterios obligatorios para su elaboración, integración, uso y archivo, con el objetivo de garantizar un registro claro, preciso y completo que sirva para documentar la atención médica, facilitar la continuidad del cuidado, respaldar decisiones clínicas y administrativas, así como cumplir con requisitos legales, y que tenga la información necesaria.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos ha identificado omisiones en la elaboración del expediente clínico por parte del personal de salud en diversas instituciones públicas. Abordar esta problemática es fundamental, ya que dichas prácticas afectan negativamente la calidad de los servicios de salud, al dificultar el seguimiento adecuado del estado del paciente y limitar la toma de decisión. (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2022)

El presente documento aborda en mayor profundidad las causas de las omisiones en la elaboración del expediente clínico, así como algunas de las soluciones propuestas por la CNDH. Además, se analiza la historia clínica, el expediente clínico y los datos que los conforman, destacando su relevancia en la atención médica. Entre las soluciones planteadas, se incluye la implementación del expediente clínico electrónico, al que se un análisis más detallado, ya que, según el director general Zoé Robledo, esta será la base para construir un sistema universal capaz de almacenar el historial médico de toda la población, dedicando su disponibilidad independientemente de la institución médica a la que acudan. (IMSS, 2024)

Historia clínica

La historia clínica se trata de un documento legal que recopila datos derivados de la práctica médica y en el cual se detallan los procedimientos a los que ha sido sometido el paciente.

La elaboración de la historia clínica se basa en cuatro características clave: profesionalismo, ejecución adecuada, objetividad y legalidad. El profesionalismo implica que solo un profesional de la medicina está autorizado para realizar un acto médico, ya que en esencia son los médicos quienes tienen la habilidad para elaborar correctamente una historia clínica. La ejecución adecuada se refiere a que el acto se realiza siguiendo las normas de la práctica médica vigente, conocida como *lex artis ad hoc*, garantizando que se cumplan los estándares de calidad en el ejercicio de la medicina, a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno. El objetivo de la historia clínica es reflejar de manera precisa todo lo relacionado con la situación del paciente. La licitud se debe a que la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable (Guzmán & Arias, 2012).

La historia clínica es sumamente importante porque se encarga de recabar datos de cada uno de los pacientes que sirven para llevar un orden cronológico y correlacionar sus diferentes datos para llegar a un diagnóstico y en base a eso de igual forma ayuda a plantear un manejo.

Además de la importancia que la historia clínica tiene para cada uno de los pacientes de forma individual para optimizar su diagnóstico y tratamiento, también sirve como elemento administrativo para registrar todos los procedimientos que se le han realizado al paciente, las complicaciones que ha experimentado y los costos.

Según la NOM-004-SSA3-2012

La historia clínica debe ser elaborada por el personal médico y otros profesionales de la salud, teniendo en cuenta las necesidades particulares de información de cada uno de ellos. Debe incluir, en el orden indicado, los siguientes apartados (Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente, clínico 2012):

1. Interrogatorio. ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos y no patológicos, padecimiento actual e interrogatorio por aparatos y sistemas.

2. Exploración física. Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales, peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud

3. Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros

4. Diagnósticos o problemas clínicos: Conocer la naturaleza, la duración y la intensidad de los síntomas es crucial para realizar un diagnóstico preciso y determinar el grado de urgencia en la atención.

El proceso diagnóstico pasa por las siguientes etapas:

- etapa anatómica
- etapa de diagnóstico funcional
- ubicación en estereotipos de síndromes
- integración fisiopatológica
- confirmación paraclínica
- investigación etiológica
- confirmación anatomicopatológica

5. Pronóstico

6. Indicación terapéutica

Una historia clínica completa facilita la planificación de estrategias terapéuticas específicas, ya sea mediante cambios en el estilo de vida, medicamentos o intervenciones más invasivas.

Expediente clínico

Se trata de un conjunto único de información y datos personales de un paciente, el cual puede estar compuesto por documentos escritos, gráficos, imágenes, archivos electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos,

magnetoópticos y otras tecnologías. A través de estos, se registra en distintos momentos del proceso de atención médica las diversas intervenciones del personal de salud, así como el estado de salud del paciente, incluyendo, en su caso, información sobre su bienestar físico, mental y social.

Los prestadores de servicios de atención médica en establecimientos públicos, sociales y privados tienen la obligación de integrar y conservar adecuadamente el expediente clínico de cada paciente. Esta responsabilidad recae en los propios establecimientos, quienes serán solidariamente responsables del cumplimiento de esta obligación por parte del personal que preste servicios en ellos, sin importar la forma en que dicho personal haya sido contratado. Esto asegura que todos los trabajadores, sin excepción, cumplan con el manejo adecuado de la información clínica de los pacientes, garantizando la calidad en la atención médica.

Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales (Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, 2012):

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece
- En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario
- Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente
- Los demás que señalen las disposiciones sanitarias

- El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.

Importancia del expediente clínico

Seguridad del paciente: el expediente clínico brinda al paciente un registro escrito de su estado de salud tanto en el momento de la atención como en eventos futuros, lo que permite una atención médica más precisa, centrada en sus necesidades específicas, y con altos estándares de calidad y seguridad. Además, tener un expediente completo y bien gestionado refleja una atención adecuada, lo que sin duda influye positivamente en la satisfacción del paciente.

Seguridad del médico: es una evidencia de que el médico actúa basado en principios científicos y trabaja guiando al equipo de apoyo.

Evaluación del desempeño médico: ofrece una herramienta bastante útil para evaluar el desempeño del médico, proporcionando un indicador de sus habilidades y destrezas adquiridas a lo largo de su formación continua y su experiencia profesional. Además, sirve como base para compararse con pares a nivel institucional, nacional e, incluso, internacional.

Evidencia jurídica: El expediente clínico puede ser requerido por autoridades judiciales, como jueces, tribunales, comisiones de arbitraje o procuradores de justicia, en casos donde se investigue la posible mala práctica médica, responsabilidad civil o profesional, daño moral o incluso delitos como lesiones, homicidio, suicidio asistido, eutanasia, abandono de paciente, entre otros. (Nasielsker, Handal, Jiménez, & Ross, 2015)

El expediente clínico se integra por toda la información generada de la atención médica que se ha brindado al paciente desde su ingreso hasta la última consulta en el Instituto.

- Historia Clínica
- Hoja Frontal
- Nota de evolución

Esta documental deberá elaborarla el médico, cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

- Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas)
- Signos vitales, según se considere necesario
- Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente
- Diagnósticos o problemas clínicos
- Pronóstico
- Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad
 - Resultados de laboratorio y gabinete, realizados en el Institución de salud
 - Ficha de registro
 - Notas médicas
 - En caso de internamiento nota de ingreso y nota de egreso.
 - Hojas de Trabajo social
 - Otros documentos:
 - Consentimiento informado
 - Hoja de enfermería
 - Hoja de indicaciones médicas

El artículo 24 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental manifiesta que sin perjuicio de lo que dispongan otras leyes, sólo los interesados o sus representantes podrán solicitar a una Unidad de Enlace o su equivalente, previa acreditación, que les proporcione los datos personales que obren en un sistema de datos personales. Aquella deberá entregarle, en un plazo de diez días hábiles contados desde la presentación de la solicitud, en formato comprensible para el solicitante, la información correspondiente, o bien, le comunicará por escrito que ese sistema de datos personales no contiene los referidos al solicitante.

Problemática

Como se mencionó al principio, es común que el personal de salud cometa omisiones al elaborar el expediente clínico. Entre las principales deficiencias se encuentran la falta de información completa sobre los antecedentes médicos del paciente, la ausencia de actualización de los datos en cada consulta, y en algunos casos, la omisión de la identificación del profesional responsable de cada intervención o diagnóstico. También es frecuente el uso de abreviaciones no estándar o registros poco claros, lo que puede generar confusión, así como la omisión de los resultados de pruebas diagnósticas o estudios complementarios relevantes.

Esta situación se atribuye, en gran medida, a las condiciones laborales a las que se enfrentan los médicos, las cuales dificultan el adecuado registro de la información reque-

rida. Destaca, especialmente, la sobrecarga de trabajo derivada de la elevada cantidad de pacientes que deben atender en un corto período de tiempo, lo que imposibilita la integración completa y precisa del expediente clínico.

En consonancia con lo anterior, el informe de actividades de la CNDH del año 2022 señala la existencia de deficiencias en infraestructura, recursos tecnológicos y la falta de implementación de sistemas automatizados, los cuales son fundamentales para facilitar al personal de salud la correcta integración del expediente clínico. (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2022)

Registros médicos electrónicos

El Registro Médico Electrónico, también conocido como Expediente Clínico Electrónico o Historia Clínica Electrónica, es un archivo digital que recopila información sobre la salud de una persona o de un grupo. Este registro comprende el estado de salud en diferentes etapas de la vida, así como las intervenciones realizadas para evaluarlo o modificarlo. (OPS, 2024)

El uso de un expediente clínico electrónico ayuda a mejorar la calidad de la atención médica que integre su historial de atención médica y esté disponible en donde el paciente solicite el servicio médico (1ero, 2 o y 3er nivel).

En septiembre de 2010 se publicó la NOM-024-SSA3-2010, la cual define los objetivos y funciones que deben cumplir los sistemas de

expediente clínico electrónico. Esta norma busca asegurar la interoperabilidad, el procesamiento, la interpretación, así como la confidencialidad, seguridad y el uso adecuado de estándares y catálogos en los registros electrónicos de salud.

Esta Norma establece reconoce la validez de los expedientes electrónicos por sí mismos y no sólo como auxiliares, así como la obligatoriedad de medidas que garanticen la confidencialidad y seguridad de la información. (INAI, 2019)

Características deseables del expediente clínico

- Disponibilidad inmediata de la información
- Acceso ubicuo
- Veracidad e integridad de la información
- Confidencialidad, seguridad y calidad de la información
- Intercambio y actualización de información en línea
- Posibilidad de integrar información dispersa (externa)
- Capacidades para interoperar

Un Sistema de ECE debe cumplir con los siguientes componentes funcionales:

- Administración de órdenes y resultados.
- Manejo de medicamentos, solicitudes para atención de pacientes, referencia y contra referencia, perfiles de diagnóstico, etc.

- Gestión administrativa
- Gestión clínica
- Salud pública

Soluciones

Una de las medidas mencionadas por la CNDH para evitar las omisiones en el expediente por parte del personal de salud es que se imparten cursos y talleres de capacitación y formación en materia de derechos humanos y sus implicaciones en la protección a la salud. También menciona que, con el fin de que no se cometan errores en el manejo de los expedientes clínicos o en información médica sensible, los médicos internos de pregrado no deben ser encargados de actividades como registrar los datos en el expediente clínico sin supervisión y asesoría de personal médico que esté cualificado. (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2022)

La implementación de un expediente clínico electrónico permite que se realice un registro más completo, legible y accesible de la información médica del paciente, así como también facilita el trabajo del personal de salud al acabar con la necesidad de llenar manualmente la información y reduce el riesgo de errores u omisiones.

En el boletín de prensa emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social en noviembre de 2024, se anunció que el Expediente Clínico Electrónico estará disponible sin importar la institución médica a la que acuda una persona, ya sea el ISSSTE, IMSS-Bienestar u otras unidades de salud. (IMSS, 2024)

Esta medida es sumamente relevante, ya que posibilita la revisión de notas médicas previamente registradas por otros médicos, así como acceso a antecedentes médicos esenciales, diagnósticos previos, tratamientos aplicados, resultados de estudios de laboratorio e incluso incapacidades otorgadas. De este modo, facilita un seguimiento más preciso y oportuno del estado de salud de cada paciente, lo que resulta crucial para la toma de decisiones. (IMSS, 2024)

Otros de los beneficios del expediente clínico son el ahorro de tiempo en las consultas; el acceso remoto a los expedientes permite a los pacientes transferir su información a otras instituciones y utilizarla como prueba documental en casos de disputas legales; permite integrar la información en servidores seguros, eliminando el transporte físico de archivos y el riesgo de que los mismos se dañen.

Conclusiones

Es evidente la gran importancia de una correcta elaboración tanto de la historia clínica como del expediente clínico, ya que, como se ha mencionado, son fundamentales para garantizar una atención de calidad en los servicios de salud. Estos documentos permiten realizar un diagnóstico adecuado y, a su vez, un tratamiento oportuno. Sin embargo, también es cierto que los médicos enfrentan una gran responsabilidad y carga de trabajo, lo que puede llevar a cometer errores u omisiones, como los que hemos señalado anteriormente.

Dentro de las posibles soluciones, la implementación del expediente clínico electrónico se presenta como una de las opciones más prometedoras para abordar esta problemática. Desde una perspectiva personal, considero que no solo mejora la eficiencia en términos de velocidad, sino que, al tratarse de un formato electrónico, también reduce los errores de legibilidad que pueden generar confusión entre el personal de salud al interpretar indicaciones, como tratamientos o diagnósticos. Además, los beneficios ya mencionados del expediente electrónico refuerzan su potencial para mejorar la calidad de la atención médica y reducir las omisiones en la gestión de la información.

Referencias

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2022). Recuperado el 10 de 02 de 2025, de nforme.cndh.org.mx: https://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/30104/RecGral_029.pdf

Fombella, P. J., & Cereijo, Q. J. (2012). Historia de la historia clínica. *Galicia Clin 2012*, 21-26.

Guzmán, F., & Arias, C. A. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb Cir.* 2012;27:15-24, 15-24.

IMSS. (2024). Recuperado el 10 de 02 de 2025, de mss.gob.mx: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202411/067>

IMSS. (2024). *Expediente Clínico Electrónico del IMSS será el origen para construir un sistema universal que almacene historial de toda población:- Zoé Robledo.* Boletín de prensa, IMSS, Unidad de Comunicación Social, Ciudad de México.

INAI. (2019). *Recomendaciones para orientar el debido tratamiento de datos personales en los expedientes clínicos de las instituciones de salud pública.* México.

Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales. (2021). *Recomendaciones sobre el tratamiento de Los Datos Personales en los expedientes clínicos de las instituciones de salud pública.* Recuperado el 10 de 02 de 2025, de inai.org: https://home.inai.org.mx/wp-content/uploads/Recomendaciones_DP_expedientes_clinicos.pdf

Nasielsker, S. L., Handal, R. Y., Jiménez, E. M., & Ross, V. R. (2015). La relevancia del expediente clínico en el quehacer médico. *medigraphic*, 237-240.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. (15 de octubre de 2012). Obtenido de cndh.org.mx: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR26.pdf>

OPS. (2024). *OPS.* Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/areas-de-trabajo/gt10-registros-medicos-electronicos/>