

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO

PLAN EXCEPCIONAL DE TITULACIÓN DE ANTIGUOS ESTUDIANTES NO GRADUADOS



MONOGRAFÍA

“MARCO JURÍDICO PARA ESTABLECER LOS MECANISMOS PRINCIPALES PARA ELABORAR UN PROYECTO DE LEY QUE GARANTICE AL CIUDADANO BOLIVIANO OBTENER SU HISTORIA CLÍNICA”.

(Para optar el título Académico de licenciatura en Derecho)

POSTULANTE: Martha Luz Fernández Espinoza

TUTOR: Dr. Luis Fernando Torrico Tejada

La Paz-Bolivia

Octubre,2013



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
HONORABLE CONSEJO UNIVERSITARIO
La Paz - Bolivia

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS
CARRERA DE DERECHO
“PETAENG”

Defensa de Monografía:

**“MARCO JURIDICO PARA ESTABLECER LOS MECANISMOS
PRINCIPALES
PARA ELBORAR UN PROYECTO DE LEY QUE GARANTICE
AL CIUDADANO BOLIVIANO OBTENER SU HISTORIA CLINICA.”**

Presentada por: Univ. Martha Luz Fernández Espinoza

Para optar el grado académico de: Licenciada en Derecho

Nota Numeral:

Nota Literal:

Ha sido: Aprobado con distinción

Director de Carrera de Derecho: Javier Tapia Gutiérrez

Tutor: Dr. Luis Fernando Torrico Tejada

Tribunal: Dra. Karina Ingrid Medinaceli Díaz

Tribunal: Dr. José María Rivera Ibáñez

Tribunal: Dr. Jaime Mamani Mamani

Dedicatoria

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida.

A la Dra. María Luisa Lara Figueroa, abogada y politóloga que me impulsó a estudiar esta linda carrera.

Agradecimientos

Al Dr. Luis Fernando Torrico, mi tutor, por brindarme su tiempo y la información para elaborar ésta investigación Monográfica.

A todos mis docentes, compañeros y amigos; los cuales me brindaron todo su apoyo y proporcionaron información para la culminación de este trabajo.

Gracias.

**“MARCO JURÍDICO PARA ESTABLECER LOS MECANISMOS PRINCIPALES
PARA ELABORAR UN PROYECTO DE LEY QUE GARANTICE AL CIUDADANO
BOLIVIANO OBTENER SU HISTORIA CLÍNICA”**

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
	Págs.
ÍNDICE	III
Prologo.....	VII
Diseño de la Investigación	1
1. Enunciado del Tema	1
2. Fundamentación e Importancia	1
3. Delimitación	3
a). Delimitación Temática	3
b). Delimitación Temporal	3
c). Delimitación Espacial	3
4. Marco de Referencia	3
a). Marco Teórico	3
b). Marco Histórico	6
c). Marco Conceptual	6
5. Planteamiento del Problema.....	11
6. Objetivos	12
a). Objetivo General	12
b). Objetivos Específicos.....	12
7. Diseño Metodológico	12

INTRODUCCIÓN

Introducción.....	13
-------------------	----

CAPÍTULO I

PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES SOBRE DERECHO A LA SALUD Y LA OBTENCIÓN DEL HISTORIAL CLÍNICO EN BOLIVIA.

1. Derecho a la Salud.....	15
2. Principios Constitucionales.....	17
2. 1. La Constitución Política del Estado.....	17
La protección social en salud.....	18
Principales causas para no lograr acceder al Historial Clínico.....	19
Accesibilidad y protección social.....	20

CAPÍTULO II

LA HISTORIA CLÍNICA EN BOLIVIA

1. Conservación de la Historia Clínica	25
2. Confidencialidad y Accesibilidad a la Historia Clínica	26
3. Documentos que forman la Historia Clínica... ..	26
3. 1. Informe de Alta	27
3. 2. Hojas de datos de enfermería	29
3. 3. Hojas de seguimiento de enfermería	28
3. 4. Farmacia Hospitalaria	28
3. 5. Hojas de quirófano.....	28
3. 6. Hojas de prescripciones médicas	29
3. 7. Hojas de resultados y/o informes de otros Servicios y hojas de exploraciones específicas por Servicios.....	29
3. 8. Registros de enfermería	29
3. 9. Hoja social.....	30

3. 10. Hojas de autorización.....	30
3. 11. Hojas de autorización.....	31
4. Apartados de la Historia Clínica y su Contenido.....	31
5. Historia orientada por problemas.....	34
6. Establecimiento de una Base de Datos.....	36
7. Lista de Problemas	37

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

1. Datos estadísticos de historias clínicas existentes en Bolivia.....	45
2. Encuestas y entrevistas para determinar los factores del porque no se obtiene rápido y fácilmente el historial médico.....	46

CAPÍTULO IV

MARCO JURÍDICO PARA ESTABLECER LOS MECANISMOS PRINCIPALES PARA ELABORAR UN PROYECTO DE LEY QUE GARANTICE AL CIUDADANO BOLIVIANO OBTENER SU HISTORIA CLÍNICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Marco Legal.....	50
1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.....	51
2. Código de Salud Boliviano	52
3. Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2015.....	52
4. Código de Ética y Deontología Médica.....	53
5. Mecanismos Principales	55
5. 1. Control Social.....	55

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES.....	56
-------------------	----

RECOMENDACIONES.....	58
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS.....	62
1. Fotografías del Hospital Obrero	63
2. Cuestionario	66
3. Fichas de Ingreso (Modelos).....	68
4. Tabla de Características de los pacientes.....	70

Prólogo

Quiero agradecer a la señora postulante Martha Luz Fernández Espinoza, quien me honra, al pedirme que prologue este trabajo académico. Esta “monografía jurídica”, es bastante interesante, en contenido, en análisis y desarrollo, ofrece una serie de datos que el ciudadano común desconoce.

Abarcar este tema es un desafío para la actual normativa, pues la problemática expuesta no se refleja con la norma vigente y sus teorías sobre nuestra realidad social.

El obtener la historia clínica en los centros de salud; hospitales en nuestra ciudad, es un problema de gran magnitud, me refiero, a, que, cuando una persona que por el lapso del tiempo ha seguido un tratamiento médico y ha abierto una historia clínica y por circunstancias de la vida necesita cambiarse de ciudad, ya sea por enfermedad o trabajo; debe llevar consigo su historial clínico para continuar con su tratamiento. Pero el problema se genera cuando este va al hospital a solicitar su historial clínico y no le dan curso, por razones de ética. Y así, el paciente queda desprotegido, y debe abrir otra historia clínica, los funcionarios de los centros de salud se limitan a decir que no son sus funciones y que es el médico que le atendió quien debe decir si se le proporciona la copia simple de su historia clínica.

En este trabajo podemos ver con la fundamentación documental y jurídica, que es necesario contar con una norma que coadyuve a obtener la copia de la historia clínica en detalle, además contiene un análisis jurídico bastante entendible, pues antes de leer el análisis comparativo documental, mis conocimientos sobre el tema eran tan simples.

La Paz, Octubre 2013.

Dr. Alberto Figueroa Paz

Médico Internista HOSPITAL OBRERO

Introducción

La presente monografía jurídica es fruto de la formación académica en la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la carrera de Derecho; es un trabajo metodológico, fundamentado en bases doctrinales, jurídicas y conceptuales. El trabajo se trata de proponer un Marco Jurídico para establecer los mecanismos principales para elaborar un Proyecto de Ley que garantice al ciudadano boliviano obtener su historia clínica. Dicho tema es necesario estudiarlo para precautelar o garantizar el Derecho a tener una mejor atención en el área de salud, y poder contar con la información adecuada, evaluada y tratada.

Por lo que se desarrollará la importancia y las características de la Historia clínica con el fin de demostrar que todos los diagnósticos están prescritos y corroborados en el expediente custodiado por los centros de salud (hospitales, consultorios particulares, módulos sanitarios).

Así también demostrar que las instituciones públicas y privadas dedicadas en el área de salud como los Hospitales, han logrado aplicar un enlace administrativo con respecto a la obtención del historial clínico de los pacientes bastante moroso, transgrediendo uno de los derechos fundamentales que garantiza la Constitución Política del Estado Plurinacional “El derecho a la información”.

También evaluamos el tiempo del proceso de solicitud del historial clínico de un paciente. Demostramos cuantas personas por segunda o tercera oportunidad han tenido que volver a abrir un nuevo historial clínico (se respaldará este dato con; Encuestas o con datos estadísticos e informes, que puedan proporcionarnos los hospitales que fueron delimitados) Las fuentes consultadas; bibliografía (libros relacionados a la temática), páginas virtuales en internet de periódicos.

Martha Luz Fernández Espinoza
POSTULANTE

Diseño de Investigación Monográfica

1. Enunciado del tema

“Marco jurídico para establecer los mecanismos principales para elaborar un proyecto de ley que garantice al ciudadano boliviano obtener su historia clínica”.

2. Fundamentación y Justificación

Todo paciente por norma tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, la información obtenida en todos sus procesos asistenciales (médicos), realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada a lo largo de su vida.

El paciente tiene derecho a que su historia clínica sea completa, debiendo constar en la misma toda la información sobre su estado de salud y de las actuaciones clínicas y sanitarias de los diferentes sucesos asistenciales realizados en el transcurso de su vida.

En Bolivia, el poder acceder a este legajo de manuscritos médicos; en donde se registra cada suceso, es un gran problema, el obtenerlos implica unos 2 a 3 meses de espera, pues en los nosocomios del país la tramitación de esta documentación debe ser impulsada por el titular de la historia clínica o un pariente hasta el segundo grado de consanguinidad.

La importancia de esta investigación tiene como finalidad proponer un marco jurídico para establecer los mecanismos jurídicos para la elaboración de un proyecto de ley que agilice y garantice la obtención de la historia clínica del titular de la misma.

Uno de los motivos para tal propuesta se debe, a, por ejemplo: una persona que fue atendida en un hospital “X” y ésta persona no estuvo conforme con el servicio y solicita la misma atención médica en otro nosocomio, éste segundo al no contar con el legajo médico inicia la elaboración de la historia clínica de cero. Esto implica para el interesado, un perjuicio, pues si se trata de una enfermedad que adolece o que le aqueja el esperar un solo día significa

atentar contra la vida; es el caso de solamente obtener información para sentirse seguro de que está sano o enfermo es transgredir derechos fundamentales.

La principal información de la historia clínica es la asistencial ya que permite; primero, evaluación constante a los pacientes. Para cumplir ésta información y otras, la historia clínica debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento y con letra legible. Como podemos darnos cuenta la historia clínica es un cúmulo de información que debe serle útil a su titular.

3. Delimitación del tema

a). Delimitación temática

El tema de la investigación monográfica se circunscribirá en el área jurídica de la salud, específicamente en los servicios de salud, apoyada en la norma jurídica, en este caso, el sondeo tratará de recoger datos sobre el procedimiento administrativo que se debe seguir para obtener una copia del historial clínico del paciente.

b). Delimitación espacial

El tema de investigación se realizó en el municipio de la ciudad de La Paz, específicamente en la zona de Miraflores donde se visitará el hospital Obrero para el presente estudio.

c). Delimitación temporal.

La Investigación trabaja con la normativa y los datos que se generaron entre la gestión 2008, año en el que se puso en vigencia la norma técnica para el manejo del expediente clínico y la gestión 2012, para fundamentar los posibles mecanismos para elaborar el marco jurídico de esta investigación.

4. Marco de referencia

a). Marco Teórico

Definición de marco jurídico

Conjunto de disposiciones, leyes, reglamentos y acuerdos a los que debe apegarse una dependencia o entidad en el ejercicio de las funciones que tienen encomendadas.

Características de un marco jurídico

Objetivo: el principal objetivo es el de establecer y clarificar las relaciones, definiendo los límites y las condiciones en que deben desenvolverse todas las actuaciones.

Claro: Debe estar enfocado a su aplicación diaria por eso debe ser claro, tanto en sus contenidos como en sus expresiones.

Participación: En su elaboración son distintos los elementos que deben estar presentes.

Contenido: Debe ser amplio, sin que adolezca de redundancias y complicaciones.

Documentos médicos oficiales

ARTICULO 12.- (EXPEDIENTE MEDICO). El Expediente médico, está constituido por el conjunto de la Historia clínica y los documentos relacionados con el caso que surjan por fuera del proceso asistencial¹.

La Historia clínica es el conjunto de documentos escritos e iconográficos generados durante cada proceso asistencial de la persona atendida.

Derechos y deberes, obligación de difundir

ARTÍCULO 14.- (DIFUSION). Es obligatoria la difusión de los derechos y deberes y de los pacientes y de los derechos y deberes de los médicos en todos los sectores del Sistema Nacional de Salud. Esta debe realizarse en todos los establecimientos e Instituciones de salud, en forma pública y visible, al alcance de los pacientes y público en general.

¹ D.S. No. 28562. Capítulo V – Documentos médicos oficiales.

Consentimiento expreso, se refiere a la voluntad o decisión del paciente de rechazar el tratamiento u hospitalización indicados por el médico tratante, registrado en la historia clínica y debidamente respaldado por la firma del paciente o de su familiar o responsable legal.

En situaciones donde el paciente no tiene capacidad de decidir sobre su persona, requiere intervención profesional médica y no cuenta con un familiar, pariente o responsable legal, la Institución de salud asume la decisión terapéutica siguiendo las normas y protocolos vigentes.

Es obligación del médico registrar en la historia clínica, la información brindada al paciente respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad; este registro debe ser suscrito por el paciente, familiar, pariente o representante legal².

Hospital nosocomio de salud

Un hospital (o nosocomio o casa de salud) es un establecimiento sanitario donde se atiende a los enfermos para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de enfermedades que atienden: como los hospitales psiquiátricos.

Definición OMS

Los hospitales son un componente importante del sistema de atención de salud. Son instituciones sanitarias que disponen de personal médico y otros profesionales organizados y de instalaciones para el ingreso de pacientes, y que ofrecen servicios médicos y de enfermería y otros servicios relacionados durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana³.

²D.S. No. 28562. Capítulo VI – Derechos y deberes, obligación de difundir.

³ Organización Mundial de Salud, Organización Panamericana de la Salud

Expediente clínico.

El Expediente Clínico (EC), es el conjunto de documentos escritos e iconográficos evaluables que constituyen el historial clínico de una persona que ha recibido o recibe atención en un establecimiento de salud. Su manejo debe ser escrupuloso porque en él se encuentran todos los datos que nos permiten encarar de la mejor manera el estado de salud - enfermedad del paciente y su respectivo tratamiento⁴.

La historia clínica.

Es uno de los elementos claves para el ejercicio profesional en salud, tanto desde el punto de vista asistencial –pues actúa como el primer documento para el manejo clínico del paciente- como desde el investigador y docente, permitiendo el análisis retrospectivo del quehacer profesional de los profesionales sanitarios. Por lo tanto la “Historia Clínica” esta reconocida por la ley, por lo tanto su base legal es el texto constitucional⁵, La regulación normativa de la historia clínica es única para cada paciente en un hospital y su gestión está centralizada desde un archivo único, en el cual garantiza que todos los sucesivos episodios de ese paciente queden conservados juntos. La historia clínica en esta circunstancia viene a ser un instrumento que proporciona información para proteger la vida, que goza de un régimen jurídico especial, en este sentido la Constitución, objetivamente protege su manipulación, pero lo más importante protege los derechos de los pacientes que solicitan su historia clínica según el artículo 24 del texto constitucional boliviano, sin perjuicio de otros usos legítimos, **tiene como finalidad principal facilitar la asistencia sanitaria al paciente**, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio del profesional sanitario, permitan el conocimiento actualizado del estado de salud.

⁴Capítulo I, Disposiciones generales, Artículo 5 – Definiciones. Norma técnica para el manejo del expediente clínico.

⁵Riccardo Guastini; Teoría de la Constitución. Madrid-Barcelona, 2005.

b). Marco Histórico

Hipócrates nace en el Asclepiom de Cos en el s. V a.C., pertenece a la 28 generación de descendientes de Asclepio, sus viajes le llevan a conocer la ciencia matemática con Pitágoras y la medicina ejercida en los templos Egipcios. Con estos conocimientos funda una escuela que revolucionó la medicina de la Antigua Grecia. Las primeras 42 historias clínicas completas y bien caracterizados de las que se tiene noticia están recogidas en “las epidemias IyII”. Con ellas nace el documento elemental de la experiencia médica que representa también el documento fundamental del saber médico⁶.

El ejercicio de la medicina institucionalizada como la privada, está basado en la relación médico-paciente de la que se derivan derechos y deberes recíprocos. El profesional sanitario para prestar una buena y adecuada asistencia tiene que respetar los derechos del paciente y cumplir con todos sus deberes, lo cual resulta muchas veces difícil dada nuestra realidad asistencial.

Dentro el contexto médico-legal y deontológico del ejercicio de la profesión sanitaria, la historia clínica adquiere su máxima dimensión en el área jurídica, porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente: entre los principales; el deber de asistencia, el deber de informar; convirtiéndose en la prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de demandas de responsabilidad a los profesionales sanitarios y/o a las instituciones públicas.

Todo lo expuesto nos indica la gran importancia de la historia clínica desde varios puntos de vista: asistencial, ético, médico-legal. Todos los aspectos que rodean y afectan a la historia clínica no pueden ser obviados por el profesional sanitario.

⁶Ma José Fombella Posada, Ma José Cereijo Quinteiros, Story of the Medical History, servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti SERGAS.

La historia clínica cuenta con un respaldo jurídico disperso, no existe una norma de ámbito nacional con rango de ley que unifique y aporte las soluciones más adecuadas a todos los problemas legales que surgen por contar con la copia del historial clínico

c).Marco Conceptual.

Los siguientes conceptos ayudarán a delimitar el campo de acción de la investigación monográfica.

- 1. Derechos fundamentales.** Conjunto básico de facultades y libertades garantizadas judicialmente que la constitución reconoce a los ciudadanos de un país determinado. Aulló Chaves M; Pelayo Pardos S. Responsabilidad legal profesional.
- 2. Deontología.** Ciencia que trata de los deberes y normas morales. Ciclo de Conferencias; Prevención y Control en Bolivia, Instituto de Investigación carrera de Bioquímica UMSA, 2010.
- 3. Deontología Médica.** Conjunto de reglas que regulan las relaciones de los médicos entre ellos, o, entre sus enfermos, o entre la sociedad y ellos. Ciclo de Conferencias; Prevención y Control en Bolivia, Instituto de Investigación carrera de Bioquímica UMSA, 2010.
- 4. Historia Clínica.** Historial médico o historial clínico, es el **“conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”**. Aulló Chaves M; Pelayo Pardos S. Responsabilidad legal profesional.
- 5. Información Médica.** Conjunto de informes que, que contienen información sobre hechos o sucesos patológicos o de enfermedades que aquejan las personas, tiene por objeto definir, tratar y estudiar esos males que causan alguna enfermedad. Diccionario Medico, La Porrúa. Buenos Aires Argentina, 2009.

6. **Mecanismos.** Combinación de principios o ejes temáticos dispuestos de manera que se obtenga un resultado determinado. Ciclo de Conferencias; Prevención y Control en Bolivia, Instituto de Investigación carrera de Bioquímica UMSA, 2010.
7. **Veracidad**La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental. AULLÓ Chaves M; Pelayo Pardos S. Responsabilidad legal profesional.
8. **Confiability.** El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan. La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe una persona. Ciclo de Conferencias; Prevención y Control en Bolivia, Instituto de Investigación carrera de Bioquímica UMSA, 2010.
9. **Proyecto de ley.** Un **proyecto de ley**, en términos generales, es la propuesta de ley presentada ante el órgano legislativo competente (Congreso, Parlamento o Asamblea), y que aún no ha sido aprobada o ratificada por el mismo.

5. Planteamiento del Problema

La falta de un Marco Jurídico que establezca mecanismos fundamentales para iniciar el tratamiento de un proyecto de ley que garantice la obtención rápida y segura de una copia del historial clínico al ciudadano en Bolivia, le permitirá tener toda la información específica de su estado de salud en tiempo prudente, lo cual ayudará a prevenir y controlar enfermedades y dolencias, acudiendo gracias a esta a la valoración médica de otros profesionales en casos que así lo requiera, con los antecedentes ya diagnosticados.

6. Objetivos.

a). Objetivo General

Demostrar que las instituciones públicas y privadas dedicadas en el área de salud como los Hospitales, han logrado aplicar un enlace administrativo con respecto a la obtención del historial clínico de los pacientes bastante moroso, transgrediendo uno de los derechos fundamentales que garantiza la Constitución Política del Estado Plurinacional “El derecho a la información”.

b). Objetivos Específicos.

1. Evaluar el tiempo del proceso de solicitud del historial clínico de un paciente.
2. Analizar los procedimientos y alternativas de solicitudes de información.
3. Demostrar cuantas personas por segunda o tercera oportunidad han tenido que reabrir un nuevo historial clínico (se respaldará este dato con; Encuestas ó con datos estadísticos o informes, que puedan proporcionarnos los hospitales que fueron delimitados)
4. Proponer un marco jurídico que establezcan mecanismos principales para elaborar un proyecto de ley en el área de salud en el tema descrito.

7. Diseño Metodológico.

7. 1. Tipo de la Investigación. La investigación es de tipo explicativa, se dará a conocer datos estadísticos que se obtendrán por medio de las técnicas de la encuesta.

7. 2. Población y Muestra

7. 2. 1. Población. La investigación toma como elementos de la población a los pacientes, a los profesionales en salud y trabajadores administrativos en salud, todos ellos relacionados directamente con el objeto de muestra investigación.

7. 2. 2. Muestra. La investigación toma como muestra las respuestas de 50 personas entrevistadas pacientes internos del Hospital Obrero de la ciudad de La Paz y en el hospital de la Mujer de donde se tomaron las prescripciones médicas.

7. 2. 3. Tipo de muestreo; Aleatorio Simple

7. 3. Métodos

a). Método inductivo

Es el razonamiento que, partiendo de casos particulares, se eleva a conocimientos generales. Este método permite la formación de hipótesis, investigación de leyes científicas, y las demostraciones. La inducción puede ser completa o incompleta.

b). Método deductivo

Un investigador propone una hipótesis como consecuencia de sus inferencias del conjunto de datos empíricos o de principios y leyes más generales. En el primer caso arriba a la hipótesis mediante procedimientos inductivos y en segundo caso mediante procedimientos deductivos. Es la vía primera de inferencias lógico deductivo para arribar a conclusiones particulares a partir de la hipótesis y que después se puedan comprobar experimentalmente

c). Método exegético.

La tarea del intérprete y la del investigador es tratar de descifrar lo más auténticamente posible lo que el legislador quiso decir. En efecto, la exegesis a partir de este supuesto considera, la norma como al perfecto y estático: Lo que el legislador diga, dicho está, y lo que calla, callado está; tanto lo afirmado como lo omitido es inobjetable; el legislador sabe lo que hace, nunca se equivoca. En este sentido toda controversia debe, necesariamente, encontrar respuesta en los textos legales, y al juez le compete aplicar la ley.

7. 4. Técnicas de Investigación

7. 4. 1. Cuestionario.

El cuestionario es una técnica antigua, pues ha sido utilizada desde hace mucho en diferentes áreas como la psicología, el derecho, la economía, la sociología y, desde su notable desarrollo en educación. De hecho, en estas ciencias, el cuestionario constituye un instrumento viable porque permite obtener datos que de otro modo serían muy difíciles de conseguir, se aplicará esta técnica a la muestra que se estableció; hospital Obrero y el hospital de la Mujer de donde se tomaron las prescripciones médicas, ambos quedan en la ciudad de La Paz.

Capítulo I

PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES SOBRE DERECHO A LA SALUD Y LA OBTENCIÓN DEL HISTORIAL CLÍNICO EN BOLIVIA.

1. Derecho a la Salud.

El derecho a la salud es un derecho humano, universal, integral e interdependiente del resto de los derechos humanos, es así que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) establece lo siguiente:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología, políticas o condición económica o social.

Como antecedentes próximo a la Declaración Universal de los derechos humanos es importante citar que en 1944, la Conferencia de la Organización Mundial, presenta la Declaración de los fines y objetivos de los principios que deberían inspirar la política de sus miembros en su título III, establece...”la conferencia reconoce la obligación solemne de O.M.S., de fomentar entre todas las naciones del mundo que permitan extender medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa”. Que a pesar de lo señalado anteriormente no se cumple con las personas que solicitan el historial médico, esto origina mayor índice de enfermedades tanto en los adultos y niños, a consecuencia de no contar con la información pronta y oportuna⁷.

La Declaración Universal de Derechos Humanos⁸ en su Art. 25, señala: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los

⁷ Documento Organización Mundial de la Salud, 2011.

⁸ Se toma como referencia normativa la Declaración Universal de los Derechos Humanos; porque en su contenido legal precautela los derechos fundamentales de las personas, con relación a preservar la vida, y darle al individuo las mejores condiciones de vida.

servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos, como pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Pero este derecho a obtener la historia clínica debería ser una respuesta a los problemas en salud, en el legajo de todo ese conjunto de documentos encontramos la realidad de un derecho exclusivo, ya que a la población de recursos medios y bajos, no se los atiende de manera oportuna y apropiada en los principales factores de salud, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, lo cual genera que estas personas sientan discriminación y atentado sobre su condición física por parte del Estado, el cual estará violentando su derecho que le corresponde.

El derecho a la salud tiene dos dimensiones una individual y otra social la primera significa que es inherente al ser humano la segunda verifica en la relación entre individuo y Estado. “Un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades bienes y servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud”.

El derecho a la salud está estrechamente vinculado, con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se anuncian respecto al derecho a la alimentación, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, acceso a la información y a la libertad de asociarse, reunión y circulación, esos y otros derechos y libertades abordan los componentes del derecho a la igualdad. Las personas con discapacidad, lamentablemente teniendo derechos reconocidos como personas, sin embargo no gozan de este derecho a la salud, provocando mayor desigualdad con el resto de la población asegurada.

Se puede establecer que el principio de la seguridad social es restringido en cuanto a la cobertura de lograr la historia clínica y, tan solo su campo de aplicación cubre a todas las personas que tienen una relación de trabajo y no se enmarca en el principio de universalidad.

Por su parte establece que existe un porcentaje de personas que no están incorporados a la seguridad social, postergándolos a un aseguramiento diferido, debido a razones técnicas administrativas y financieras, no obstante que esta disposición legal data del 30 de septiembre de 1959, a la fecha no ha podido efectivizar su incorporación, porque no hubo capacidad política, ni estudios técnicos que permitan acceder a la información de la historia clínica en su integridad ni a la seguridad social.

2. Principios Constitucionales.

2. 1. La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia

En su artículo 18 párrafos I, II y III establece que: Todas las personas tienen derecho a la salud. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. El sistema de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

De lo que establece en el art. 22 de los Derechos Humanos y ratificado en nuestra Constitución Política del Estado Plurinacional, en el art. 18 y 70 párrafo 2, podemos observar que el Estado no ha trazado políticas sociales destinadas a mejorar las condiciones de vida, salud de las grandes mayorías, sino por el contrario se ha marginado de estos derechos fundamentales de la seguridad social quedaron como simples enunciados constitucionales.

Por lo enunciado el Estado tiene la obligación no solamente de precautelar el capital humano más valioso del país, sino esta conminado a mejorar las condiciones de vida, para ello tiene la obligación de crear medios que se requieran para superar la actual problemática la obtención del historial clínico de los ciudadanos bolivianos, que no se efectiviza, por falta de una normativa específica que regule el tema que tratamos.

Los principios y garantías reconocidos por nuestra Constitución Política del Estado Plurinacional, sirven para que todos los bolivianos encaremos nuestra participación en la

sociedad, en este sentido el Estado deberá responder esencialmente a principios de justicia social, creando proyectos para el ejercicio de salud.

La no discriminación y la igualdad de trato son dos elementos más importantes del derecho a la salud, y el no proporcionar el historial clínico de una persona pone en riesgo la vida del interesado y queda desprotegidos, pese a que tiene derechos constitucionales establecidos en la Constitución, debiendo asistir en lo físico, económico y lo social, para así poder cumplir con la conservación de su salud y sus derechos.

La protección social en salud.

La salud debe ser considerada al mismo tiempo un objetivo y un medio para el desarrollo humano como condición para el crecimiento económico y la competitividad, con el objetivo en sí mismo que representa la salud, en su carácter de derecho humano y por su reconocida repercusión en la calidad de vida de las personas con discapacidades existe un consenso generalizado en el sentido que la buena salud, es vital para combatir las condiciones de pobreza que afectan a nuestro país; y por ende la protección social en salud ha venido adquiriendo cada vez más importante en las agendas nacionales.

En cuanto a la protección en salud se puede definir: “como la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo, se pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo. Los grupos que no puedan hacer uso efectivo de esta garantía constituye los excluidos en salud”.

La falta de universalidad de la atención de la salud, es antigua y siempre ha estado presente, a pesar del progreso alcanzado en los sistemas de atención de la salud, esta inclusión debe interpretarse en un sentido, como una variedad de situaciones, todas las cuales comparten una intolerancia a la enfermedad y la mortalidad prevenible, en términos éticos una sociedad sin protección descuida su vida, y esta falta de cuidado se manifiesta tanto en las esferas institucionales como en las no institucionales, esto no solo significa que la

prestación de servicios de salud es insuficiente, sino existe una inadecuada provisión de servicios de atención en un sentido más amplio, tales circunstancias pueden incluir la ausencia total de acceso a la atención de salud, incapacidad para obtener algunos servicios suplementarios de salud.

A pesar de que existen consignados el derecho a todos los ciudadanos de algún tipo de cobertura de salud, en la práctica esto vista de ser así, ya que existen personas que carecen de protección contra sus riesgos, mientras que la población urbana no puede acceder a los servicios de salud.

Principales causas para no lograr acceder al Historial Clínico⁹

1. Irresponsabilidad en el manejo de la información.
2. La prepotencia de los pacientes.
3. La falta de conocimiento para qué sirve la historia clínica.
4. El acceso a la historia clínica es restringido porque está asociado directamente con las enfermedades del paciente.

Estos factores que son las principales causas para que el Hospital Obrero no atienda las solicitudes del acceso a una copia del Historial clínico, se da a falta de atención oportuna de enfermedades que pueden ser prevenibles, a la ausencia de personal de servicios de salud, esto dificulta el acceso a la información requerida.

Tal organización se considera como uno de los factores determinantes de la exclusión social, es importante señalar sistemas caracterizados porque han demostrado históricamente tener una limitada capacidad de satisfacer adecuadamente las necesidades de la población.

⁹ Las causas que señalamos, es información informal de Dr. Ramiro Olivares Peña, médico internista en medicina general, quien nos manifiesta que por la irresponsabilidad de los pacientes las solicitudes al acceso a la historia clínica se han restringido a emergencias.

Accesibilidad y protección social.

Los servicios de salud son indispensables en la atención de las personas en cuanto a la prevención, tratamiento, habilitación y rehabilitación. El abordaje de la discapacidad tuvo un fuerte sesgo biométrico, sin considerar la multi-determinaciones en su emergencia como ola multi-dimensional para su tratamiento. Se privilegió el enfoque de daño con el que se aún se organizan los servicios de salud a las cuales acceden las personas con discapacidad; de tal manera que la atención se reduce a un tratamiento clínico, el que es asumido con severas restricciones por las deficiencias técnicas, tecnologías y de especialización.

La ausencia de programas de promoción y prevención en salud ha sido entendida generalmente como un problema de administrativo, pero no como un problema de responsabilidad social que se produce por factores prevenibles respecto a los cuales la intervención oportuna puede tener incidencia en la disminución de las enfermedades. Actualmente existen vacíos a la información a la población, a los padres y madres ante situaciones de prevención; falta de diagnóstico tempranos, ausencia de la atención integrada; factores de riesgo y servicios públicos con déficit de calidad que provocan secuelas que derivan en enfermedades y discapacidades.

La reducción del gasto público ha limitado el acceso a los servicios de salud y ha disminuido notablemente la calidad de los mismos. En general, el sistema de salud no cuenta con los recursos necesarios para servicios de prevención, atención y rehabilitación integral a las personas con discapacidad.

Los servicios de salud han perdido su carácter universal y presentan dificultades para el acceso de la población, con persistencia de las asimetrías en los servicios. Existe una mayor concentración en el eje troncal urbano y una oferta casi nula para el área rural, que hace que una minoría de los casos acuda a los servicios urbanos.

Entre algunos factores identificados que inciden en servicios inadecuados y de baja calidad se puede señalar:

- No se cuenta con un enfoque integral para la atención de las personas que solicitan su historial clínico.
- La oferta institucional se mantiene como insuficiente y deficiente.
- Los recursos humanos no cuentan con conocimiento actualizado y especializado.
- La actitud estereotipada y discriminatoria de personal de salud.

La poca capacitación del personal médico y paramédico acerca del manejo del historial clínico y físico del paciente accidentado, la ignorancia sumada a casos de negligencia, han sido factores decisivos para negar la información detallada en el historial clínico.

Capítulo II

La Historia clínica en Bolivia

La asistencia a los pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios genera una serie de información médica y administrativa sobre los mismos. Dicha información se registra en varios documentos, siendo el conjunto de estos documentos lo que constituye la historia clínica.

La historia clínica debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente en el hospital, debiendo existir un sistema eficaz de recuperación de la información clínica.

La principal función de la historia clínica es la asistencial ya que permite la atención continuada a los pacientes por equipos distintos. Otras funciones son: la docencia, el permitir la realización de estudios de investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, la planificación y gestión sanitaria y su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera¹⁰.

Para cumplir estas funciones la historia clínica debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento y con letra legible.

La historia clínica debe tener un formato unificado, tiene que haber una ordenación de los documentos y a ser posible, una unificación en el tipo de historia a realizar (narrativa, orientada por problemas).

1. Conservación de la Historia Clínica.

En la mayoría de hospitales, la conservación de la historia clínica es responsabilidad del departamento de Documentación Médica quién se responsabiliza de su custodia, de dictar normas sobre el contenido y forma de realizar la historia, así como de establecer las normas para el acceso de los profesionales sanitarios a dicha información.

¹⁰ I. Castro y M Gámez, la Historia Clínica

En la mayoría de hospitales la conservación de las historias clínicas se realiza mediante un archivo central para todo el hospital. El departamento de Documentación Médica debe establecer así mismo sistemas de recuperación de la información eficientes mediante sistemas eficaces de localización de las historias y sistemas de codificación de la información más relevante: diagnósticos, procedimientos quirúrgicos.

2. Confidencialidad y Accesibilidad a la Historia Clínica.

La historia clínica con todos sus documentos tiene carácter confidencial. Por lo tanto, todos los profesionales que tienen acceso a dicha información en su actividad diaria, tienen la obligación de mantener la confidencialidad.

En caso de utilización de algunos de los datos de la historia clínica con fines docentes, epidemiológicos, debe hacerse sin revelar ningún dato que pueda identificar al paciente.

Normalmente, en la mayoría de hospitales está establecida una normativa de acceso a la documentación clínica para los profesionales que trabajan en el centro. El farmacéutico clínico, como cualquier otro profesional sanitario, debe conocer estas normas y actuar de acuerdo a ellas. Cuando sea preciso recoger información o consultar alguna historia clínica que se encuentre en el archivo, se seguirá el procedimiento establecido en el hospital¹¹.

Cuando se precise acceder a las historias clínicas en las plantas de hospitalización, como parte del trabajo diario del farmacéutico, normalmente no será necesario realizar ningún trámite especial, pues es algo que normalmente ya se ha acordado entre el Director del Servicio de Farmacia y los facultativos responsables de las salas de hospitalización, cuando el farmacéutico clínico inicia sus actividades de Atención Farmacéutica. Sin embargo como norma, es aconsejable que el farmacéutico clínico cuando inicie su trabajo en algún área del hospital, comente previamente con el equipo médico y de enfermería que va a acceder a la documentación clínica del paciente.

¹¹I. Castro y M Gámez, la Historia Clínica (ibídem)

3. Documentos que forman la Historia Clínica.

La historia clínica consta de diferentes bloques de información. Generalmente toda la información que se genera de un paciente se almacena en unos grandes sobres identificados con el nombre del paciente y su número de historia clínica. Dentro de dicho sobre se archivan todos los documentos, normalmente en una carpeta con anillas que permita la introducción de nuevos documentos y en sobre o sobres aparte aquellas pruebas diagnósticas de gran tamaño (ej., pruebas de radiodiagnóstico).

Es conveniente que los diferentes documentos u hojas que constituyen la historia clínica se archiven con un orden preestablecido.

A título de ejemplo se citan los diferentes documentos de que consta la historia clínica del Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz:

3. 1. Informe de Alta

- Datos relativos al centro.
- Nombre, dirección, teléfono.
- Servicio o Unidad donde se produce el alta.
- Facultativo responsable del alta.
- Datos de identificación del paciente.
- Nombre y apellidos.
- N° de historia clínica.
- Fecha de nacimiento y sexo.
- Datos referidos al proceso asistencial.

- Fecha de admisión y alta.
- Motivo del ingreso.
- Estado en el momento del alta.
- Destino.
- Diagnóstico principal.
- Otros diagnósticos (si procede).
- Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos.
- Otros procedimientos significativos (si procede).
- Resumen clínico (antecedentes, exploración física, exploraciones complementarias, curso clínico y recomendaciones terapéuticas).
- Hoja de Historia Clínica
- Hojas de Curso Clínico

En dichas hojas se recogen todos los datos de la evolución del paciente. En cada nota que se escribe debe figurar el nombre y apellido del médico que la realiza, la fecha y la hora.

3. 2. Hojas de datos de enfermería

La información que se recoge en estas hojas, complementada con la historia médica y la valoración que hace la enfermera al ingreso del paciente, constituyen el eje fundamental para la elaboración de la lista de problemas del paciente y la planificación de la atención que ha de prestársele.

3. 3. Hojas de seguimiento de enfermería

En dichas hojas debe constar al igual que en las hojas de curso clínico, la identificación de la enfermera que realiza las anotaciones, la fecha y la hora.

3. 4. Farmacia Hospitalaria

Debe constar también información sobre la evolución del paciente y un resumen de las actividades realizadas sobre el paciente.

3. 5. Hojas de quirófano

- Hoja preoperatoria o de consulta preanestésica
- Hoja operatoria
- Hoja de anestesia

En la hoja preoperatoria se anota el estado general del paciente previamente a la intervención. En la hoja operatoria y de anestesia se recoge todo lo acontecido durante la intervención quirúrgica y los datos de los parámetros controlados durante la anestesia, respectivamente. Todas ellas deben ir también firmadas por el anesmiólogo o cirujano, según las hojas de que se trate, y con fecha y hora.

3. 6. Hojas de prescripciones médicas

La normativa para la cumplimentación de dichas hojas es variable según los diferentes hospitales y los sistemas de que dispongan para la distribución de medicamentos.

En algunos hospitales en las hojas de prescripción médica se incluye tanto la terapia farmacológica como no farmacológica, mientras que en otros hospitales se hace en hojas independientes. En cualquier caso, deben constar apellidos y firma del médico prescriptor, fecha y hora de la prescripción. La prescripción debe ser completa es decir debe constar el nombre del fármaco (preferentemente genérico), dosis, vía de administración y duración si procede. La letra debe ser legible.

En el hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz las prescripciones médicas constan de dos partes, una en la que se prescribe la terapia farmacológica y otra en la que se prescribe la terapia no farmacológica (dieta, movilización del paciente, controles a realizar, frecuencia. Así mismo debe especificarse si se ha solicitado determinación de niveles plasmáticos de algún medicamento. Semanalmente debe realizarse revisión de todas las prescripciones médicas del paciente. En la actualidad algunos hospitales tienen la prescripción médica informatizada.

3.7. Hojas de resultados y/o informes de otros Servicios y hojas de exploraciones específicas por Servicios.

- Hojas de Anatomía Patológica.
- Otros resultados de laboratorio y radiodiagnóstico.
- Hoja de programación de exploraciones.
- Hojas de exploraciones específicas por Servicios.

3. 8. Registros de enfermería

– Plan de atención de enfermería consta de dos partes:

- listado de problemas a partir de la observación del paciente, recogida de datos y revisión de la historia clínica.

- plan de atención, se elabora a partir de la lista de problemas y sirve de base para la elaboración del plan de curas.

– Plan de curas de enfermería:

Comprende varios apartados: respiración, nutrición e hidratación, preparaciones, actividad, higiene y confort, curas, comunicación.

– Controles: Constantes vitales, nivel de conciencia, dolor, peso, diuresis, defecación, vómitos, drenajes y controles diabetológicos).

– Balance de líquidos: Incluye ingesta: oral y enteral, sueros, medicación, nutrición parenteral, hemoderivados y eliminación: orina, heces, vómitos, drenajes y pérdidas insensibles.

– Perfusiones/medicación:

En dichas hojas consta sólo la sueroterapia, nutrición parenteral y hemoderivados. El resto de la medicación se recoge en las hojas de medicación generales.

– Valoración al alta: Es para facilitar información al paciente y a los diferentes niveles asistenciales sobre la evolución del paciente durante su estancia en el hospital y dar orientación sobre sus necesidades de curas, alimentación, movilización, etc.

3. 9. Hoja social

Esta hoja se realiza si el paciente tiene un problema social y es complementada por la asistente social en contacto con el médico responsable.

3. 10. Hojas de autorización

Los pacientes y/o sus familiares o tutores deben estar informados sobre los procedimientos a los que se les va a someter, así como de las posibles complicaciones que de ello pueden derivarse y deben dar su consentimiento por escrito. Existen dos tipos:

- Hoja de autorización para exploraciones e intervenciones quirúrgicas.
- Hoja de alta voluntaria: Debe ir firmada por el paciente o familiar o tutor y por el médico responsable.

3. 11. Hojas de autorización

Hoja de ingreso que se genera a nivel administrativo cuando el paciente ingresa en el hospital en la que se recogen los datos de identificación del paciente, datos asistenciales y económicos. En el momento del alta se debe hacer constar el motivo, el diagnóstico de salida y la identificación legible del médico que la autoriza.

4. Apartados de la Historia Clínica y su Contenido.

Motivo del ingreso. Se inicia describiendo el síntoma que perturba al paciente y la duración del mismo.

Antecedentes familiares. Estado de salud de la familia, edades de los hijos si los hay, enfermedades importantes, causas de fallecimiento de los parientes más cercanos, enfermedades hereditarias.

Historia social. Ambiente de vida y de trabajo, condiciones higiénicas.

Historia médica previa. Enfermedades importantes padecidas por el paciente con anterioridad (incluidas las de la infancia), intervenciones quirúrgicas que se le han practicado.

Hábitos. Dieta, alcohol, tabaco, ejercicio.

Historia de la enfermedad actual. Descripción por el propio paciente de su enfermedad desde el principio.

Historia medicamentosa. Registro de la medicación que está tomando el paciente a su ingreso en el hospital o que ha tomado durante el último año.

Alergias a medicamentos y alimentos. Registro de las alergias sufridas por el paciente a lo largo de su vida.

Revisión por sistemas. El médico realiza una serie de preguntas al paciente acerca del funcionamiento de los diferentes sistemas del organismo desde la cabeza a los pies. Los

diferentes sistemas del organismo se agrupan en: cabeza, ojos, garganta, nariz y oído, sistema respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, genitourinario, piel, huesos, articulaciones y músculos, sistema endocrino y nervioso. El médico debe registrar los síntomas que describe el paciente y realizar una serie de preguntas, anotando los síntomas tanto presentes como ausentes.

Examen físico. El examen físico es lo que evidencia y verifica la información obtenida mediante la revisión por sistemas. En el examen físico hay una parte general y una por sistemas.

En la parte general se hace una breve descripción general y mental del paciente. Registrándose el peso, la talla, pulso, temperatura, respiración así como estado de las mucosas, piel, boca, uñas, pelo, glándula tiroides, ganglios linfáticos, huesos y articulaciones.

Revisión por sistemas:

– *Sistema Cardiovascular:* auscultación cardíaca, observación de las venas del cuello y de las arterias, presión arterial, electrocardiograma o ecocardiograma.

– *Sistema Respiratorio:* ritmo y tipo de respiración, posición de la tráquea, palpación, percusión y auscultación, radiografía de tórax, observación de esputos si los hay, determinación de pruebas de función pulmonar.

– *Abdomen:* forma, distensión, peristaltismo, palpación, hígado, bazo, riñones, otras masas abdominales, ascitis, hernias.

– *Sistema nervioso:* salvo que la dolencia que presenta el paciente tenga una relación neurológica, el examen neurológico que se realiza normalmente es un examen superficial para descartar déficits motores focales.

Examen de orina, heces, vómitos, esputos (si procede) Diagnósticos Resultados de las pruebas de laboratorio.

Sangre, orina, Rx u otras pruebas diagnósticas. Niveles plasmáticos de medicamentos (cuando se ha hecho la extracción de la muestra y cuando se ha cursado).

Tratamiento: Prescripciones médicas y Hoja de medicación de enfermería.

Prescripciones médicas: farmacológicas y no farmacológicas: Se recoge tanto la medicación fija como la medicación condicional. Después de administrar la medicación debe firmarse o anotar con un círculo si el paciente rechaza tomar la medicación.

La información de dichas hojas debería incluir: el nombre del fármaco, dosis, intervalo y vía de administración, firma y fecha de cada toma, alergias, información sobre cómo debe tomarse la medicación, si puede triturarse, fecha de inicio y suspensión, limitaciones o contraindicaciones para administrar una medicación (ej. antihipertensivos según TA, diuréticos según diuresis) y diagnóstico del paciente.

Evolución del paciente.

Curso clínico. Notas de evolución: se realizan cuando el médico pasa visita diariamente para revisar los cambios generales en el estado clínico del paciente así como su respuesta a la terapéutica.

Observaciones de enfermería

Contiene información que se recoge diariamente por el personal de enfermería o el auxiliar. Son datos objetivos y subjetivos que ayudan a documentar la frecuencia y extensión de varias funciones orgánicas e ilustrarla respuesta o reacción adversa al tratamiento. Deben

recogerse una vez al día, cada 8h, en el cambio de turno, dependiendo del estado del paciente.

La información que se registra en el gráfico incluye:

- Datos generales: signos vitales (temperatura, presión, pulso, frecuencia respiratoria), peso actual, hábitos dietéticos, hábito intestinal y urinario, patrón de sueño, disponibilidad vía oral, diuresis, movilidad, higiene.
- Evaluación diaria por la enfermera.
- Inicio de una condición clínica nueva o exacerbación de una condición clínica crónica.
- Respuesta a la terapéutica.
- Documentación de la medicación (prn) administrada al paciente.
- Rechazo del paciente a alguna medicación.
- Aparición de RAM.
- Cambios de catéteres.
- Quejas del paciente.
- Notas de fisioterapeutas, dietistas.

5. Historia orientada por problemas

Hacia el año 1964, Lawrence E. Weed publicó un sistema de redacción de la historia clínica denominado historia orientada por problemas. En los métodos utilizados con anterioridad, cada médico hacía sus propias anotaciones de acuerdo con la dolencia del paciente según su especialidad. En dichas notas se establecía el estado del paciente en ese momento y en caso de realizarse algún procedimiento, el resultado del mismo.

Normalmente no se resumían los datos previos ni se explicaban los procedimientos por los cuales se había llegado a un diagnóstico ni cómo se había decidido un determinado tratamiento.

La historia clínica orientada por problemas es un método lógico de documentar la atención que se presta al paciente, permitiendo una mayor comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al paciente, a lo largo de sus procesos patológicos.

En la actualidad, en la mayoría de centros se sigue este método para la realización de las historias clínicas.

Base de datos: en la base de datos se recogen todos los hechos ocurridos al paciente obtenidos a partir de fuentes como la historia clínica, el examen físico, pruebas diagnósticas, etc.

Lista de problemas: un problema se define como todo aquello que afecte al paciente. Un problema puede ser un signo, un síntoma, un resultado de laboratorio anómalo, una limitación física, etc. La lista de problemas es algo dinámico, ya que pueden ir apareciendo nuevos problemas y los anteriores pueden irse resolviendo. Los problemas se numeran cronológicamente, pero se atienden de acuerdo a su importancia y gravedad.

Datos subjetivos. En estos datos se registra cómo se siente el paciente según lo que él/ella explica o lo que el profesional sanitario observa. Son datos descriptivos que no pueden confirmarse mediante pruebas. Estos datos se obtienen observando cómo se comporta el paciente, escuchando cómo describe sus síntomas y mediante las respuestas a las preguntas que se le hacen en la revisión por sistemas.

Datos objetivos. Estos datos incluyen los signos vitales, los resultados del examen físico, de las pruebas diagnósticas. La medicación que recibe el paciente también puede incluirse en este apartado.

Valoración. Los datos subjetivos y objetivos deben utilizarse para valorar (evaluar) el estado del paciente incluyendo también la evaluación de la terapia que recibe.

El farmacéutico debe tener en cuenta si alguno de los problemas que presenta el paciente puede ser debido a un fármaco o si el paciente presenta algún factor que le pueda predisponer a desarrollar algún problema. Así mismo debe evaluar si la terapia que recibe es necesaria y es la indicada y realizar este proceso con toda la medicación que se le vaya prescribiendo al paciente.

Plan. Una vez evaluados los datos subjetivos y objetivos se debe establecer un plan.

Obtención de información de las historias clínicas. El farmacéutico clínico debe ser capaz de obtener, a partir de las historias clínicas, toda la información que puede tener relación o influir en la farmacoterapia que reciben los pacientes y debe obtenerla de la forma más eficiente. El estar familiarizado con cada apartado o sección de la Historia Clínica y su contenido, hace la documentación de la información y la recogida u obtención de datos más eficiente. Debe tenerse en cuenta que cierta información puede obtenerse en más de un apartado de la historia clínica, siendo a veces necesario obtener dicha información de los profesionales sanitarios que atienden al paciente o del propio paciente.

El objetivo principal del farmacéutico al obtener información de la historia clínica, es la monitorización de la farmacoterapia que recibe el paciente. El sistema de la historia clínica orientada por problemas ha demostrado ser también un sistema idóneo para el farmacéutico.

Por lo tanto, el primer paso en el proceso de la monitorización farmacoterapéutica es la recogida de información para crear una base de datos.

6. Establecimiento de una Base de Datos.

La información que debe recogerse es aquella que es relevante para el paciente específico al que estamos monitorizando.

En líneas generales la información a recoger incluye:

- Datos del paciente como edad, sexo, peso, altura.
- Historia de la enfermedad actual, historia médica anterior, historia social.
- Alergias, hábitos (alcohol, tabaco, ejercicio), dieta, datos sobre cumplimiento de los tratamientos prescritos.
- Pruebas de laboratorio, constantes vitales.
- Farmacoterapia que está recibiendo o ha recibido.

La forma en como se recoge esta información depende de los diferentes profesionales. Lo más idóneo es la utilización de impresos diseñados para este fin los cuales deben ser lo más completos y al mismo tiempo lo más sencillos posible, a fin de que permitan recoger toda la información necesaria, pero que sean de fácil utilización en el trabajo diario.

A título de ejemplo se muestra en la Figura 1 la hoja utilizada en el Servicio de Farmacia del Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz, para el seguimiento de pacientes con insuficiencia renal. Existen otros muchos en los que figuran todos los apartados relevantes citados.

Los autores recomiendan empezar la nota siempre poniendo: Nota de Farmacia Clínica, escribiendo a continuación una introducción que incluya una descripción básica del paciente y del problema.

Recogida de información de pacientes con función renal Deteriorada

DATOS DEL PACIENTE Día 1ª intervención: _____

Otros: _____

DIA INGRESO: _____

DIA ALTA: _____

PESO: _____ kg. TALLA: _____ cm

MOTIVO DEL INGRESO _____ DIAGNOSTICO: _____

MEDICO: _____

DATOS BIOQUIMICOS

DATOS MICROBIOLÓGICOS

ETIQUETA

(Nombre, N.H., Edad, Cama)

DIA

Na+ SERICO

UREA SERICA

CREATININA SERICA

ACLARAMIENTO DE CREATININA

Fórmula (c-g)

VOLUMEN DE ORINA 24 h

Figura 1. **Recogida de información de pacientes con función renal deteriorada**

7. Lista de Problemas

La elaboración de una lista de problemas es otro paso fundamental. Los problemas deben enumerarse en orden de importancia. Existen dos tipos de problemas: los problemas médicos (ej., diagnóstico, síntoma) y los problemas relacionados con medicamentos (ej., error de prescripción, efecto adverso). Esta lista de problemas tiene como funciones, el generar objetivos farmacoterapéuticos específicos y el ayudar en el diseño de un régimen farmacoterapéutico que consiga dichos objetivos.

Debe describirse la fecha en que se identifica el problema, el problema que se ha detectado así como las acciones o intervenciones que se piensan llevar a cabo para resolverlo o evitarlo y el resultado de las mismas.

En cuanto a los problemas que pueden relacionarse con la farmacoterapia es importante evaluar cada problema teniendo en cuenta una serie de cuestiones como:

- Correlación entre fármaco e indicación.
- Selección apropiada del fármaco.
- Régimen posológico adecuado.
- Duplicidades.
- Alergias e intolerancia.
- Reacciones adversas.
- Intracciones fármaco-fármaco, fármaco-patología, fármaco-dieta, fármaco-prueba de laboratorio.
- Toxicomanías.
- Información del paciente respecto a su farmacoterapia.
- Incumplimiento de la terapia.
- Costes de la terapia.

Capítulo III

Análisis de los Datos Obtenidos

1. Datos estadísticos de historias clínicas existentes en Bolivia

Tabla N° 1.			
<i>Bolivia: Número de historias clínicas a nivel nacional y detallados por departamentos, año 2012.</i>			
<i>Departamento</i>	<i>Total</i>	<i>Expedientes Completos</i>	<i>Expedientes Incompletos</i>
Total	2.812.715	2.545.680	267.035
Chuquisaca	150.075	131.649	18.426
La Paz	852.730	793.937	58.793
Cochabamba	517.711	464.226	53.485
Oruro	152.779	134.816	17.963
Potosí	243.067	219.486	23.581
Tarija	126.820	111.421	15.399
Santa Cruz	648.286	572.741	75.545
Beni	95.484	94.016	1.468
Pando	25.763	23.388	2.375

Fuente: Hospital de Clínicas La Paz Bolivia, datos centralizados de personas que cuentan con historial clínico; completo e incompleto. 2012.

El número de historias clínicas a nivel nacional son un total de 2.812.715, de este total son los departamentos de La Paz y Santa Cruz en los que mayor es la afluencia de las personas que demandan asistencia médica.

2. Encuestas y entrevistas para determinar los factores del porque no se obtiene rápido y fácilmente el historial médico.

Las respuestas tabuladas en este capítulo se aplicaron en el Hospital Obrero a 50 pacientes internados, la mayoría de los pacientes a los cuales se les pidió llenar el cuestionario, fueron internados por segunda vez.

Tabla N° 2

	Si	No	Total
Usted, en alguna oportunidad solicito la copia íntegra de su Historia Clínica.	13	37	50

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Obrero. Elaboración propia.

La tabla N° 2 demuestra que 13 personas de 50, en alguna oportunidad solicito la copia de su expediente clínico a la administración del Hospital; instancia que les derivo a archivos de la institución, donde se les negó tal información porque no tenían instructiva alguna para proporcionarles tal información.

Tabla N° 3

	48 horas	1 semana	1 mes	1 mes o más
<i>Si, solicitó una copia de su Historia Clínica cuanto tiempo tardo la respuesta a su solicitud.</i>	-----	12 (casos de transferencia al exterior)	17	21

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Obrero. Elaboración propia.

La tabla N° 3, muestra que en la mayoría de los casos en los que se solicitó la historia clínica tardo más de un mes o más tiempo, por tanto el tramitarlo significa otro tiempo.

Tabla N° 4

<i>Conoce cuáles son los procedimientos que se debe seguir para solicitar su historia clínica; por cuál de estas vías debe empezar el trámite.</i>	<i>Solicitud al director del Hospital mediante nota escrita</i>	<i>Directamente al Médico que le atendió su última enfermedad</i>	<i>Otra</i>	<i>Total</i>
	13	24	13	50

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Obrero. Elaboración propia.

Las solicitudes de la Historia Clínica en el Hospital Obrero se las deben dirigir de forma oral al último médico que atendió al paciente, a su vez también se puede dirigir una nota al Director del Hospital.

El procedimiento que se debe realizar en el caso número uno, es el siguiente; El paciente o titular de la Historia clínica debe concertar una cita con el último médico que lo atendió, explicarle para que necesita la copia de historia clínica, después de la cita el médico le asignara una fecha para darle una respuesta; si se le dará una copia del informe médico. Dicha respuesta tarda alrededor de 3 a 4 días (si es que nuevamente lo encuentra al médico), pasado este tiempo, y, si, logra la autorización deberá presentar una nota a la institución o al médico; explicando para que necesita el informe médico.

La respuesta de la solicitud a la institución autorizada por el médico tarda 1 semana, si la solicitud es aceptada y fundamentada se llama al concejo de médicos para evaluar el caso y la pertinencia de la solicitud, esto toma 15 días, en caso de que se reúnan y exista el quórum necesario¹², caso contrario tal junta puede tardar en conformar quórum en 20 a 40 días.

En el caso de que se le niegue el informe médico, el titular de la historia clínica debe acudir al Director del Hospital para que éste solicite al último médico el reporte de la dolencia que

¹² La directiva del consejo está conformada por 6 médicos, que desarrollan sus actividades exclusivamente en el Hospital Obrero.

trato recientemente, ese reporte pasa a ser el informe médico del último diagnóstico del paciente.

Las alternativas de solicitudes de información se reducen a solo dos opciones que hemos descrito, el titular de la historia clínica queda desprotegido ante cualquier empeoramiento de su salud, no hay una norma que sancione tales extremos, esta es la realidad con la que los pacientes atraviesan todos los días sin que nadie realice un seguimiento a tales atropellos.

La Administración del Hospital Obrero como de los demás hospitales y centros de salud en sus distintos niveles; no brinda soluciones ni proponen soluciones para regularizar con prontitud y celeridad las solicitudes de copia del Historial Clínico, y se reduce en simple papeleo.

Tabla N° 5

	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>Totales</i>
<i>Usted tuvo que abrir un nuevo historial clínico a falta de no contar con el primer historial clínico.</i>	<i>Por pérdida en la Institución: 12.</i> <i>Por transferencia al interior del país: 19.</i>	<i>19</i>	<i>50</i>
<i>Total</i>	<i>31</i>	<i>19</i>	<i>50</i>

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Obrero. Elaboración propia.

Para concluir la tabulación de los datos recogidos por el cuestionario, con respecto a la última pregunta: Usted tuvo que abrir un nuevo historial clínico a falta de no contar con el primer historial clínico, el resultado es el siguiente: De 50 pacientes internos 31 de ellos tuvieron que abrir un nuevo historial clínico, 12 de ellos a consecuencia de la pérdida total

del expediente clínico y 19 pacientes por transferencia al interior del país; es decir que se fueron a vivir a otro departamento ya sea por trabajo o por enfermedad.

Capítulo IV

Marco Jurídico para establecer los mecanismos principales para elaborar un proyecto de ley que garantice al ciudadano boliviano obtener su historia clínica en el Sistema Nacional de Salud

Mediante la Consulta que se realizó en el Hospital Obrero de la ciudad de La Paz, se pretende canalizar todos aquellos descontentos de los Pacientes o profesionales de la Medicina con respecto a la obtención de una copia del historial clínico.

Marco Legal

El derecho a solicitar y recibir una copia del historial clínico es un derecho de las personas en relación con la salud. Este texto normativo recoge el derecho y su ámbito de aplicación, remitiendo la regulación de su ejercicio a un posterior desarrollo reglamentario.

La citada normativa que presentamos es la base que consolidará un proyecto de ley para regular la solicitud del expediente médico, entre otros aspectos, los supuestos en que puede ejercitarse este derecho, las condiciones para su ejercicio, quién puede efectuar la solicitud, así como la valoración clínica y posterior informe.

No obstante, en la práctica diaria, existen de forma cotidiana otras situaciones de solicitudes, diferentes a las contempladas en la solicitud oficial que el Hospital de Obrero tienen como parámetros.

1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Todas las personas tienen derecho a la salud. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno, art. 18 párrafos I, II, III.

Según la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia en su art. 24, nos dice; Toda persona tiene derecho a pedir de manera individual o colectiva, sea oral o escrita, la obtención de respuesta formal y pronta, información de cualquier naturaleza en instancias que corresponda; estas pueden ser de forma pública y colectiva e individual y privada.

Para el ejercicio de este derecho no se exigirá más requisito que la identificación del peticionario (presentación de la cédula de identidad), ante la institución que solicita.

El Artículo 158 de la Constitución Política del estado en concordancia con el artículo 2 del Código de salud de la República de Bolivia; establece que la salud es un bien de interés público que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud del individuo, la familia y la población en general y garantiza el ejercicio de derechos sin distinción de edad, raza, sexo o condición económica.

2. Código de Salud Boliviano.

El Artículo 3 del Código de Salud establece que es atribución del Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y deportes, define las políticas nacionales de salud, normar, planificar, controlar y coordinar todas las actividades en todo el territorio Nacional en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna¹³.

¹³ Código de Salud de la República de Bolivia, Gaceta Oficial de Bolivia, Capítulo Único.

3. Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2015.

El Plan Nacional de Desarrollo “*Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien*”, implica la concepción, políticas, estrategias y programas de desarrollo del país en todos los ámbitos sectoriales y territoriales, de acuerdo a los siguientes lineamientos: Contribuir al proceso de transformación del país; desmontar el modelo de desarrollo concebido desde el colonialismo y el neoliberalismo, y cambiar el patrón de desarrollo primario exportador¹⁴.

4. Código de Ética y Deontología Médica.

El expediente clínico constituye un conjunto de documentos escritos de orden médico legal, de propiedad del médico en el ejercicio privado y de las instituciones públicas o particulares en el ejercicio institucional. Debe contener toda la información sobre la apreciación y evolución clínicas, los procedimientos médicos efectuados y los exámenes complementarios realizados, art. 128.

La historia clínica elaborada en forma clara y legible debe llevar siempre el sello y la firma del médico tratante, quien es el responsable de su contenido, art. 129.

El expediente clínico, por constituir un documento médico legal, es único y su contenido no puede ser modificado o adulterado en beneficio del médico, terceras personas, o perjuicio del paciente, art. 130.

Falta a la ética, el médico que usa la información contenida en una historia clínica elaborada por otro médico sin su consentimiento, para fines ajenos a la atención del paciente, art. 131.

¹⁴ PND – Ministerio de Educación

En el ámbito privado, el médico tiene la obligación de proporcionar al paciente, cuando solicita, la información contenida en su expediente clínico o facilitar el mismo a otro colega, art. 132.

En el ámbito Institucional, corresponde a la institución empleadora la responsabilidad de otorgar copias del expediente clínico, según Resolución Ministerial N° 028/97; que dice que toda persona tiene derecho a solicitar información de los diagnósticos y sus resultados que están inmersos en el historial clínico, art. 133.

El expediente clínico puede ser utilizado por el médico tratante para fines de investigación y docencia, siempre y cuando, se mantenga en reserva aquellos datos que permitan la identificación del paciente, art. 134.

El médico y en su caso la institución para la que trabaja, está obligado a conservar el expediente clínico completo, durante cinco años a partir de la última atención, art. 135.

Cuando un médico cesa en su trabajo privado, su archivo de expedientes clínicos podrá ser transferido al colega que le suceda, salvo que el paciente manifieste su voluntad en contra, art. 136.

El Médico que quiera conocer el contenido de una historia clínica en el ámbito privado o Institucional, debe hacer el requerimiento al profesional médico o la Institución responsable del paciente, art. 137.

5. Mecanismos Principales

5. 1. Control Social

En este sentido el Control Social, es **el conjunto de instancias y acciones, públicas y privadas, genéricas y específicas, orientadas a la definición, individualización, detección, manejo y/o supresión de conductas calificadas como reprobables, según se encuentren o no expresamente previstas en un cuerpo normativo formal como pasibles de sanción"**.

A los fines de imponerles una sanción. **"El conjunto de instancias formales y públicas dispuestas por el Estado para reprimir conductas amenazadas por una pena en un cuerpo normativo formalizado.**

Conclusiones y Recomendaciones

1. Conclusiones.

La investigación monográfica ha llegado a las siguientes conclusiones:

Con respecto a la falta de un Marco Jurídico que establezca mecanismos fundamentales para iniciar el tratamiento de un proyecto de ley que garantice la obtención rápida y segura de una copia del historial clínico al ciudadano en Bolivia; la propuesta de su creación, le permitirá poder acceder a la información histórica de su estado de salud cambie o no de nosocomio, lo cual ayudará a prevenir futuros conflictos entre paciente y entidad de salud, acudiendo gracias a esta a la valoración médica de otros profesionales en casos que así lo requiera, con los antecedentes ya diagnosticados.

Por lo expuesto, se demuestra que las instituciones públicas y privadas dedicadas al área de salud como los Hospitales, han logrado aplicar un enlace administrativo con respecto a la obtención del historial clínico de los pacientes bastante moroso, transgrediendo uno de los derechos fundamentales que garantiza la Constitución Política del Estado Plurinacional “El derecho de acceso a la información del acto público”. Pero que, además no prestan la información correcta de cómo el titular del historial clínico puede iniciar el trámite para solicitar el expediente médico.

Se pudo evaluar el proceso de solicitud del historial clínico del interesado mediante una encuesta; donde de los 50 pacientes internados a los que aplicamos el cuestionario 38, los mismos, mencionaron que la solicitud para acceder a una copia del historial clínico tarda más de 1 mes, pero que no se les da una copia de todos los diagnósticos sino que le otorgan un informe general de su historial clínico.

De los procedimientos que se deben seguir para obtener el historial clínico; solo existen dos tipos informales: El primero; solicitando directamente mediante nota escrita al Director del Hospital o centro de salud en el que le asistieron y la segunda forma; buscar al médico que le atendió por última vez, para que éste valore y analice la solicitud presentada.

También se obtuvieron los datos de cuantas personas abrieron por segunda oportunidad un nuevo historial clínico (se respalda este dato con el cuestionario aplicado en el Hospital Obrero).

Por último, se propone un marco jurídico que establezca mecanismos principales para elaborar un proyecto de ley en el área de salud para poder concretar y obtener una copia íntegra de todos los diagnósticos que se le practicaron.

Finalizando; es de suma urgencia contar con una norma que garantice obtener el historial clínico; porque en él se encuentran detalladamente todas las dolencias que padece un paciente, y todos los medicamentos que se le suministro; es de gran ayuda porque la información que contiene el historial clínico previene de futuras enfermedades.

2. Recomendaciones.

Como producto de la investigación, se recomienda trabajar en el proyecto de Ley para garantizar el acceso total del paciente al historial clínico, con el fin de darle mayor certidumbre al titular del expediente médico, así podrá prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida que lleva.

A su vez, el marco jurídico demuestra que el régimen legal sobre la obtención del Historial clínico en el área de salud es reducido y obsoleto, por lo que es necesario trabajar en el proyecto de ley para regularizar la obtención de una copia del Historial Clínico, respetando los principios del Código de Ética y Deontología.

Bibliografía

AULLÓ Chaves M; Pelayo Pardos S. Responsabilidad legal profesional: la historia clínica. Madrid, 1997.

BOLIVIA: HABITANTES POR ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN DEPARTAMENTO, Ministerio de Salud y Deportes, Instituto Nacional de Estadística, La Paz Bolivia, 2011.

BONAL de Falgás J, *CASTRO* Cels I. Manual de formación para farmacéuticos clínicos. Ed. Díaz de Santos 1989.

CRIADO del Río Mª T; SEOANE Prado J. Aspectos médico legales de la historia clínica, Madrid, 1999.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA (2009). Gaceta Jurídica. 1ra. Edición. La Paz-Bolivia.

CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA: Normas de ética médica. Consell de Col·legi de Metges de Catalunya, 1997.

Decreto Supremo N° 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”, de 11 de junio de 2008.

GUASTINI, Riccardo. Estudios de la Teoría constitucional, Doctrina Jurídica Contemporánea, 1ra. Edición, México D. F., 2001.

NORMATIVA DE USO Y ORDENACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL HOSPITAL de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, 1993.

LEDO Carmen, PhD, René Soria, MC, MSP, AS. Sistema de salud de Bolivia.

PROGRAMA DE GOBIERNO 2010-2015 “EVO Bolivia Avanza”

*PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO 2010- 2020 “Hacia la Salud Universal”,
(Resolución Ministerial N° 889, de 11 de agosto de 2010).*

SISTEMA DE SALUD DE BOLIVIA- Carmen Ledo, PhD, René Soria, MC, MSP, AS.

PÁGINAS WEB CONSULTADAS

<http://www.ub.es/fildt/edc17.htm>

[http://www.edu.salud-hospital/ech/56,htyu.](http://www.edu.salud-hospital/ech/56,htyu)

<http://www.armacologia/dtesp/barcelona4256.htm>

[http://www.clinicazar/ytere567/23treorg.](http://www.clinicazar/ytere567/23treorg)

ANEXOS

1. Fotografías del Hospital Obrero.



*Hospital Obrero;
Exteriores*

El Hospital Obrero cuenta con un importante número de cama, para atender en emergencias, pero que son insuficientes para atender a la población asegurada.

*Hospital Obrero
visto desde
arriba*





*Hospital
Obrero;
Exteriores*

El Hospital Obrero se caracteriza por tener una amplia cobertura de pacientes en las diferentes áreas, la gente que acude en su mayoría, son personas que cuentan con un seguro médico

*Hospital Obrero;
Interiores, sala de
espera para varias
especialidades*





*Emergencias
Hospital Obrero*

Una de las unidades más concurridas es sin duda Emergencias; acá llegan personas de todo el departamento de La Paz



*Hospital Obrero
y sus alrededores*

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE DERECHOS Y CIENCIAS POLITICAS
Carrera de Derecho

2. Cuestionario.

Por favor lea con atención y marque la opción que elija con una X.

Cuestionario N° 1

Dirigido a pacientes internados en el Hospital; Obrero

1. Datos de Ubicación

Departamento.....

Edad: ()

Genero: a) Masculino () b) Femenino ()

2. Usted, en alguna oportunidad solicito la copia íntegra de su Historia Clínica.

SI () NO ()

3. Si solicito una copia de su Historia Clínica cuanto tiempo tardo la respuesta a su solicitud.

a). 48 horas () b). Una semana () c). Un mes () d). Un mes o más ()

4. Conoce cuales son los procedimientos que se debe seguir para solicitar su historia clínica; por cuál de estas vías debe empezar el trámite.

a). Solicitud al director del Hospital mediante nota escrita.

b) Directamente al Médico que le atendió sus enfermedades.

5. Si no le facilitan el Historial Clínico que tipo de alternativas de solicitudes de información le dan.

.....
.....

6. Usted tuvo que abrir un nuevo historial clínico a falta de no contar con el primer historial clínico.

SI ()

NO ()

3. Fichas de Ingreso (Modelos)

FICHA DE INGRESO EPOC																																																											
SERVICIO DE SALUD VÍA DEL MAR QUILLOTA					N° FICHA EPOC: _____																																																						
Nombre: _____					N° FICHA CLÍNICA: _____																																																						
Rut: _____																																																											
Debilidad: _____																																																											
Edad: _____ Sexo: _____ Fenas: _____ Sala Era de Referencia: _____																																																											
INGRESO																																																											
ANTECEDENTES: FUMADOR: _____ EX FUMADOR: _____ TABACO: N° DE PAQUETES AÑO: _____ FUMADOR PASIVO: _____ NO FUMADOR: _____																																																											
FACTORES AGRAVANTES: LABORALES (inhalación de humos o gases tóxicos): _____																																																											
COMORBILIDAD: RESPIRATORIA: _____ CARDIOVASCULAR: _____ OTRAS: _____																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ESPIROMETRIA (POST BD)</th> <th>VALOR</th> <th>% DEL TEORICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CVP (L)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>VEF1 (L)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>VEF1/CVP (%)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CAPAC. INSP (L)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ESPIROMETRIA (POST BD)	VALOR	% DEL TEORICO	CVP (L)			VEF1 (L)			VEF1/CVP (%)			CAPAC. INSP (L)			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ESCALA DISNEA MMOR</th> <th>NADA 0</th> <th>LEVE 1</th> <th>MODERADO 2</th> <th>SEVERO 3</th> <th>MUY SEVERO 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INDICE MASA CORPORAL</td> <td colspan="5">Valor^m</td> </tr> <tr> <td>TEST DE MARCHA 6 MIN</td> <td colspan="5">Valor en Mts^m</td> </tr> <tr> <td>PIMAX INICIAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>PIMAX FINAL</td> </tr> <tr> <td>RM INICIAL EESS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>RM FINAL EESS</td> </tr> <tr> <td>RM INICIAL EEI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>RM FINAL EEI</td> </tr> </tbody> </table>					ESCALA DISNEA MMOR	NADA 0	LEVE 1	MODERADO 2	SEVERO 3	MUY SEVERO 4	INDICE MASA CORPORAL	Valor ^m					TEST DE MARCHA 6 MIN	Valor en Mts ^m					PIMAX INICIAL					PIMAX FINAL	RM INICIAL EESS					RM FINAL EESS	RM INICIAL EEI					RM FINAL EEI			
ESPIROMETRIA (POST BD)	VALOR	% DEL TEORICO																																																									
CVP (L)																																																											
VEF1 (L)																																																											
VEF1/CVP (%)																																																											
CAPAC. INSP (L)																																																											
ESCALA DISNEA MMOR	NADA 0	LEVE 1	MODERADO 2	SEVERO 3	MUY SEVERO 4																																																						
INDICE MASA CORPORAL	Valor ^m																																																										
TEST DE MARCHA 6 MIN	Valor en Mts ^m																																																										
PIMAX INICIAL					PIMAX FINAL																																																						
RM INICIAL EESS					RM FINAL EESS																																																						
RM INICIAL EEI					RM FINAL EEI																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="6">INDICE DE BODE</th> </tr> <tr> <th>VARIABLE</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>PJE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VEF1 (%)</td> <td>>65</td> <td>50-64</td> <td>35-49</td> <td><35</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ESCALA DISNEA MMOR</td> <td>0-1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IMC</td> <td><21</td> <td>>21</td> <td>150-249</td> <td>>149</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TEST MARCHA 6MIN (MT)</td> <td>>350</td> <td>250-349</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	INDICE DE BODE						VARIABLE	0	1	2	3	PJE	VEF1 (%)	>65	50-64	35-49	<35		ESCALA DISNEA MMOR	0-1	2	3	4		IMC	<21	>21	150-249	>149		TEST MARCHA 6MIN (MT)	>350	250-349				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DIAGNOSTICO DE INGRESO:</th> <th>Etapa GOLD:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1^a</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2^a</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INDICE DE BODE (0-10 PUNTOS)</td> <td>Puntaje Final:</td> </tr> <tr> <td>PUNTAJE DE CALIDAD DE VIDA (SAINT GEORGE) en %</td> <td>% Total:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>% Síntomas:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>% Actividades:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>% Impacto:</td> </tr> <tr> <td>TEST DE DEPRESION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					DIAGNOSTICO DE INGRESO:	Etapa GOLD:	1 ^a		2 ^a		INDICE DE BODE (0-10 PUNTOS)	Puntaje Final:	PUNTAJE DE CALIDAD DE VIDA (SAINT GEORGE) en %	% Total:		% Síntomas:		% Actividades:		% Impacto:	TEST DE DEPRESION	
INDICE DE BODE																																																											
VARIABLE	0	1	2	3	PJE																																																						
VEF1 (%)	>65	50-64	35-49	<35																																																							
ESCALA DISNEA MMOR	0-1	2	3	4																																																							
IMC	<21	>21	150-249	>149																																																							
TEST MARCHA 6MIN (MT)	>350	250-349																																																									
DIAGNOSTICO DE INGRESO:	Etapa GOLD:																																																										
1 ^a																																																											
2 ^a																																																											
INDICE DE BODE (0-10 PUNTOS)	Puntaje Final:																																																										
PUNTAJE DE CALIDAD DE VIDA (SAINT GEORGE) en %	% Total:																																																										
	% Síntomas:																																																										
	% Actividades:																																																										
	% Impacto:																																																										
TEST DE DEPRESION																																																											

EVOLUCIÓN TEMPORAL			
FECHA			
ESPIROMETRIA (Post BD):			
CVP (L): % TEORICO			
VEF1 (L): % TEORICO			
VEF1/CVP (%) % TEORICO			
CAPACIDAD INSPIRATORIA (L)			
ESCALA DE DISNEA (MMOR)			
INDICE DE MASA CORPORAL			
TEST DE MARCHA 6 MIN			
PUNTAJE DE BODE			
CALIDAD DE VIDA (S-G): % TOTAL:			
	% SINTOMAS:		
	% ACTIVIDADES:		
	% IMPACTO:		
PIMAX			
RM EESS			
RM EEI			
FECHA			
ESPIROMETRIA (Post BD):			
CVP (L): % TEORICO			
VEF1 (L): % TEORICO			
VEF1/CVP (%) % TEORICO			
CAPACIDAD INSPIRATORIA (L)			
ESCALA DE DISNEA (MMOR)			
INDICE DE MASA CORPORAL			
TEST DE MARCHA 6 MIN			
PUNTAJE DE BODE			
CALIDAD DE VIDA (S-G): % TOTAL:			
	% SINTOMAS:		
	% ACTIVIDADES:		
	% IMPACTO:		
PIMAX			
RM EESS			
RM EEI			

Fuente; Hospital central de Salamanca España. Ficha de ingreso detallada.

Esta es una ficha de ingreso para realizar un examen médico, que en cuanto sea llenada pasara a ser parte del historial clínico, *Fuente; Hospital Obrero La Paz - Bolivia. Ficha de ingreso detallada.*

Para que este documento tenga validez deberá ser completado en todos sus puntos.

APELLIDO Y NOMBRE:
 TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:
 FECHA DE NACIMIENTO: / / EDAD: SEXO:
 DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES:
 EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: TEL:
 GRUPO SANGUÍNEO: FACTOR RH: (.....)
 OBRA SOCIAL: SOCIO N°: TEL:

- VACUNAS (Adjuntar fotocopia de certificados de vacunación)
- ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con un círculo)

Sarampión
 Varicela
 Tos convulsa
 Paperas
 Reumatismo
 Celíaco

Otitis
 Bronquitis
 Hernias
 Sinusitis
 Cardiopatías
 Epilepsia

Escarlatina
 Meningitis
 Asma
 Prob. neurológicos
 Bronco espasmos
 Diabetes

Otras:

- ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones:

Traumatismos/fracturas:

¿Es alérgico? ¿A qué?

¿Cómo lo evita?

¿Sufrir de diabetes? ¿Tiene problemas de coagulación?

SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA:

Buenos Aires, del mes de de 2009.

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a DNI
 quien se encuentra en condiciones para realizar actividades físicas, gimnásticas y deportivas acordes a su edad.

.....
 Firma del profesional

.....
 Sello aclaratorio y N° de matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.
 Sin APTO FÍSICO no podrá ser calificado.

.....
 Firma del Padre, Madre o Tutor

.....
 Aclaración

Tabla, en la que se registra los datos más importantes, que a su vez llegan a ser los más generales.

Tabla 1. Características de los pacientes

	Grupo I		Grupo II		p
	n	%	n	%	
Pacientes (n)	65		40		
Sexo Masculino	23	35,4	14	35	0,86*
Femenino	42	64,6	26	65	
Edad (años)					
Promedio ± DE	61,3 ± 16		62,9 ± 16,3		0,63**
Rango	30-89		21-86		
Gravedad colangitis					
Ascendente	48	73,8	32	80	0,63*
Severa	17	26,2	8	20	
Riesgo operatorio					
Asa I	19	29,2	8	20	
Asa II	23	35,4	16	40	
Asa III	16	24,6	11	27,5	
Asa IV	7	10,7	5	12,5	0,77*
Intervalo diagnóstico/Tratamiento					
Promedio ± DE (h)	44 ± 37,5		58,9 ± 57,5		0,15**
Rango	6 - 168		3 - 192		

* Chi cuadrado

** Prueba t de Student

Fuente; Hospital Obrero La Paz - Bolivia.

Ficha de características generales de los pacientes.