

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
ENFERMERÍA NUTRICIÓN Y TECNOLÓGICA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**ESTRATEGIA DE MEJORA PARA EL CORRECTO MANEJO DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL
HOSPITAL DE 2DO. NIVEL DE VIACHA DE LA RED N° 6,
VIACHA, LA PAZ, GESTIÓN 2018**

POSTULANTE: Dra. María Irene Apaza

TUTOR: Dr.M.Sc.Cristiam G. Villarroel Salazar

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de
Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica**

La Paz - Bolivia
2021

Dedicatoria

El presente trabajo es dedicado.

A mi Madre Justina Apaza por la bendición y gracia de vida que me da día y por el apoyo incondicionalmente en todo el transcurso de mis estudios, que me ayudaron a culminar esta gran meta.

Agradecimiento

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutor Dr. M.Sc. Cristian G. Villarroel Salazar, quien con sus conocimientos y apoyo me guió a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados que buscaba.

También quiero agradecer a Universidad Mayor de Andrés, a la Facultad de Medicina, enfermería, Nutrición y Tecnología médica; y a la Unidad de Post Grado por brindarme todos los recursos y herramientas que fueron necesarios para llevar a cabo el proceso de investigación. No hubiese podido arribar a estos resultados de no haber sido por su incondicional ayuda.

Por último, quiero agradecer a todos mis compañeros y a mi familia, por apoyarme aún cuando mis ánimos decaían. En especial, quiero hacer mención de mi señora madre, que siempre estuvo ahí para darme palabras de apoyo y un abrazo reconfortante para renovar energías.

Muchas gracias a todos.

ÍNDICE	Paginas
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES DE OTROS AUTORES	5
2.1. ANTECEDENTES DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.	7
2.2. EXPEDIENTE CLÍNICO.....	8
2.2.1. Contenido del expediente clínico	9
2.2.1.1. Contenido general	9
2.2.1.2. Contenido específico	9
2.2.1.3. Contenido adicional.....	19
2.2.3. Expediente clínico de emergencias	22
2.2.4. Indicaciones para el manejo asistencial del E.C.	23
2.2.4.1. Ordenamiento y paginación.....	23
2.2.4.2. Claridad y pulcritud.....	24
2.2.4.3. Precisión en la descripción	24
2.2.4.5. Apoyo grafico	24
2.2.4.6. Identificación	25
2.2.4.7. Registros	25
2.2.4.8. Prescripciones.....	25
2.2.4.9. Asignaciones de responsables y confidencialidad	26
2.2.4.10. Expediente clínico para docencia	27
2.3. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	27

2.4. ANTECEDENTES HISTÓRICOS UBICACIÓN, POBLACIÓN ASIGNADA, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL HOSPITAL 2DO NIVEL DE VIACHA	29
3. RELACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA	32
3.1. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO.....	32
3.2. LEY Nª 1178, DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL GUBERNAMENTALES (LEY SAFCO)	33
3.3. LEY Nª 3131 DEL EJERCICIO DEL PROFESIONAL MÉDICO	33
3.4. DECRETO SUPREMO Nº 0181, NORMAS BÁSICAS DEL SISTEMA ADMINISTRACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	34
3.5. RESOLUCIÓN MINISTERIAL 00090 DE 26 DE FEBRERO 2008, NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	34
3.6. REGLAMENTO INTERNO DE PERSONAL DEL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD	35
4. JUSTIFICACIÓN.....	37
5. ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR	43
5.1. SITUACIÓN INICIAL.....	43
5.2. SITUACIÓN FUTURA.....	43
5.3. SITUACIÓN DESEADA	44
6. ANÁLISIS DE ACTORES SOCIALES	45
6.1. SERVICIO DE EMERGENCIAS	46
6.2. ANÁLISIS DE ACTORES DIRECTOS	46
6.2.1. MÉDICO GENERAL (guardia)	46
6.2.3. MÉDICOS ESPECIALISTAS	47
6.2.3.1. Pediatría.....	47
6.2.3.2. Gineco obstetra	48
6.2.3.3. Medicina Interna.....	48
6.2.4. ENFERMERA.....	48
6.2.5. PERSONAL DE AFILIACIÓN DEL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.....	49

6.2.6. USUARIO EXTERNO	49
6.2.7. USUARIO INTERNO	49
6.2.8. Oponentes.....	49
7. CONTEXTO DEL LUGAR DE INTERVENCIÓN	50
8. OBJETIVOS.....	52
8.1. OBJETIVO GENERAL.....	52
8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	52
9. RESULTADOS.....	53
10. ACTIVIDADES	55
10.1. TALLERES DE ACTUALIZACIÓN DE LA NORMATIVA AL PERSONAL DE FILIACIÓN	55
10.2. TALLERES DE ACTUALIZACIÓN DE LA NORMATIVA AL PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS	55
10.3. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS	55
10.4. SE REALIZAN AUDITORIAS INTERNAS DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE EMERGENCIAS.....	55
11. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE LOS OBJETIVOS	56
12. FUENTES DE VERIFICACIÓN	57
13. SUPUESTOS.....	58
14. ANÁLISIS DE VIABILIDAD	59
14.1. VIABILIDAD TÉCNICA	59
14.2. VIABILIDAD LEGAL.....	59
14.3. VIABILIDAD ECONÓMICA	60
14.4. VIABILIDAD AMBIENTAL.....	60
14.5. VIABILIDAD DE GESTIÓN	60
15. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	61
15.1. FACTIBILIDAD SOCIAL	61
15.2. FACTIBILIDAD ECONÓMICA.....	61
15.3. FACTIBILIDAD DE GÉNERO	61

15.4. FACTIBILIDAD CULTURAL.....	62
16. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO	63
16.1. SOSTENIBILIDAD SOCIAL	63
16.2. SOSTENIBILIDAD POLÍTICA	63
17. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO	65
18. FUENTE DE FINANCIAMIENTO	65
19. BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS.....	67
ANEXOS 1 - SECTOR SALUD.....	68
ANEXOS 2 – ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	72
ANEXOS 3 – CONTENIDO DE ANÁLISIS ALTERNATIVO	75
ANEXOS 4 – ESTRUCTURA DEL MARCO LOGICO.....	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - DATOS ESTADÍSTICOS DE COMPONENTES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	40
---	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 - ORDEN DE LOS COMPONENTES DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS	22
Tabla 2 - Bioestadística: Datos Epidemiológicos: Viacha Gestión 2018	31
Tabla 3 – EXPEDIENTE CLINICO (E.C.) DE EMERGENCIAS	39
Tabla 4 - PRESUPUESTO EN EL POA.....	65

ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN

Ilustración 1 – ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL 2DO. NIVEL VIACHA.....	45
---	----

RESUMEN

La calidad del registro de un expediente clínico se define el destino del paciente, desde que recurre a su atención, hasta su alta esto genera información que servirá para la información epidemiológica, para la acreditación del hospital, de donde sea posible recabar información con relación al diagnóstico, gravedad, morbilidad, mortalidad, características del sistema de atención y datos sobre la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, en la solución del problema de salud del enfermo.

En este sentido, la temática abordada se sujeta a un enfoque técnico de evaluación del Expediente Clínico, bajo este parámetro, el Expediente Clínico es el instrumento para planificar, organizar, coordinar la atención continua y de calidad del paciente. De la misma forma, es menester mencionar que es imperativa la participación de distintas disciplinas para la intervención en el proceso de atención de la salud, que deriva en función del equipo y en razón de la complejidad de la organización de los servicios de atención.

Con el presente trabajo realizara una estrategia a través de estudios epidemiológicos que dan información que directamente transmite a los respectivos centros, basan sus fuentes de datos en la Historia Clínica. Control de Calidad a través del análisis, actividad asistencial y la propuesta de las mejores en la misma nace del estudio del grado del cumplimiento de objetivos reflejado en la historia clínica. Gestión, administración control de actividad sanitaria requiere tener una base de estudio, análisis de donde sacaremos conclusiones para la adecuada administración de recurso y planteamiento de planes y objetivos, esta base la proporciona la historia clínica.

Los alcances del presente trabajo de Estrategia de Mejora para el Correcto Manejo del Expediente Clínico del Servicio de Emergencias del Hospital de Segundo Nivel de Viacha Red N°6, Viacha La Paz, Bolivia Gestión 2018.

Palabras claves: Estrategia, Manejo, Expediente, Servicio, emergencias

ABSTRACT

The quality of the registration of a clinical Record defines the destination of the patient, from the time he / she resorts to his care, until his discharge, this generates information that will be used for epidemiological information, for the accreditation of the hospital, from where it is possible to collect information in relation to the diagnosis, severity, morbidity, mortality, characteristics of the care system and data on the application of scientific and technical knowledge in solving the patient's health problem.

In this sense, the topic addressed is subject to a technical approach to the evaluation of the Clinical Record, under this parameter, the Clinical Record is the instrument to plan, organize, coordinate the continuous and quality care of the patient. In the same way, it should be mentioned that the participation of different disciplines is imperative for intervention in the health care process, which derives depending on the team and due to the complexity of the organization of care services.

With the present work, I will carry out a strategy through epidemiological studies that provide information that is directly transmitted to the respective centers, basing their data sources on the Clinical History. Quality Control through analysis, care activity and the proposal of the best in it is born from the study of the degree of fulfillment of objectives reflected in the clinical history. Management, administration, control of health activity requires having a study base, analysis from which we will draw conclusions for the adequate administration of the resource and the planning of plans and objectives, this base is provided by the clinical history.

The scope of this work on the Improvement Strategy for the Correct Management of the Clinical Record of the Emergency Service of the Second Level Hospital of Viacha Red N ° 6, Viacha La Paz, Bolivia Gestión 2018.

Keywords: Strategy, Management, File, Service, emergencies

1. INTRODUCCIÓN

La mejora en los servicios de salud es uno de los principales objetivos del sistema de salud, que destaca a nivel mundial. En Bolivia, el objetivo de mejorar los servicios de salud consta de varias razones, que va desde la elevación de gastos secundarios, deficiencias en la atención de los pacientes y el aumento en las demandas de orden legal, debido a errores en el momento de establecer el diagnóstico o instaurar la acción terapéutica, esto deriva a un análisis de evaluación de los expedientes clínicos y de sus componentes general, específico y, general, en este caso, del Expediente Clínico de Emergencias y su tratamiento en unidades de archivos de las diferentes instituciones de salud.

Dentro de los objetivos específicos de la norma del expediente clínico, la evaluación del Expediente Clínico del Servicio de Emergencias, fue utilizada como la principal herramienta para medir la calidad de la atención médica según la serie documentales técnicos normativos n°7. (1) , actualmente esto ha cambiado, no se debe ignorar el hecho que, para aplicar los métodos de evaluación de la calidad, se requieren fuentes de información e instrumentos precisos y confiables, que permitan analizar adecuadamente la calidad del servicio médico. Por lo tanto, el análisis del Expediente Clínico, como el principal registro de todas las acciones del personal de salud de una institución, es un indicador que responde a las necesidades en materia de salud, reflejando resultados sanitarios; el desempeño del sistema en relación con aspectos como la atención oportuna, dignidad, comunicación, autonomía, confidencialidad de la información, entre otros atributos de calidad en la atención.

Sin embargo, aún se requiere fortalecer los esfuerzos para mejorar la atención de la salud, como en el caso del HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE VIACHA que si bien las unidades de atención médica desean mejorar la calidad del servicio que prestan, requieren cumplir con la Normativa Técnica del Manejo del Expediente Clínico, Expedientes Clínicos en este caso de Emergencias que

estén con los contenidos general, específico y adicional con calidad, como son la Historia Clínica propiamente dichos con datos generales y aspectos técnicos médicos, que son datos que integran la parte asistencial y administrativa, respecto al formulario de consentimiento informado, ordenes médicas, notas de evolución, interconsulta o informes de junta médica, informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica, elementos de enfermería, resumen de atención, orientación y prescripción al paciente, son los específicos de los componentes del expediente clínico, nota de ingreso o admisión, nota de egreso, nota de referencia y contra referencia, informes de emergencias, e informes adicionales como son los informes de auditoría interna, especial e inducida, ficha social, autorización temporal, son documentos adicionales del Expediente Clínico de Emergencias. En la revisión que se realizó de los expedientes clínicos de emergencias que se encuentran en Archivos, se verificó que existen expedientes clínicos que cuentan con Historias Clínicas propiamente dichas, notas de internación, notas de evolución, notas de tratamiento en algunos expedientes clínicos, entonces se deben buscar estrategias de mejora para el correcto manejo del expediente clínico del Servicio de Emergencias, del Hospital de Segundo Nivel de Viacha correspondiente a la red N°6, Viacha.

La calidad del registro de un expediente clínico es el que define el destino del paciente, desde que recurre a su atención, hasta que es dado de alta esto genera información que servirá para la información epidemiológica, para la acreditación del hospital, de donde sea posible recabar información con relación al diagnóstico, gravedad del padecimiento, morbilidad, mortalidad, características del sistema de atención y datos sobre la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, en la solución del problema de salud del enfermo.

En este sentido, la temática abordada se sujeta a un enfoque técnico de evaluación del Expediente Clínico, bajo este parámetro, el Expediente Clínico es el instrumento para planificar, organizar, coordinar la atención continua y de calidad del paciente. De la misma forma, es menester mencionar que es

imperativa la participación de distintas disciplinas para la intervención en el proceso de atención de la salud, que deriva en función del equipo y en razón de la complejidad de la organización de los servicios de atención.

Para que el Expediente Clínico con sus componentes general, específico y adicional, pueda satisfacer en forma eficiente sus propósitos, los formularios que la forman deben estar dispuestos en la carpeta, según un orden establecido. Este orden debe estar de acuerdo a la norma técnica para el manejo del expediente clínico coordinado con el Comité de Auditoría Médica y el Comité del Expediente Clínico, si el establecimiento cuenta con él; o por el cuerpo médico, en este sentido, el ordenamiento puede variar de un establecimiento a otro, según lo que se considere más cómodo o útil para el establecimiento de salud.

Cuando se habla del orden de los componentes general, específico y adicional del Expediente Clínico, se estipulan ordenamientos distintos en el Expediente Clínico tanto como en la sala de Hospitalización, como también cuando está en archivos, puesto que, durante la hospitalización, ese orden facilita una mejor respuesta a las necesidades inmediatas de atención del paciente. Sin embargo, para archivo, los expedientes clínicos se ordenan para responder a las necesidades médicas posteriores, o para los usos administrativos de investigación y de docencia.

A través del presente trabajo se pretende realizar estrategias a través de estudios epidemiológicos que dan información que directamente se transmite a los respectivos centros, basan sus fuentes de datos en la Historia Clínica. Control de Calidad a través del análisis de la actividad asistencial y la propuesta de las mejores en la misma nace del estudio del grado del cumplimiento de objetivos reflejado en la historia clínica. Gestión y administración control de actividad sanitaria requiere tener una base de estudio y análisis de donde sacar conclusiones para la adecuada administración de recurso y planteamiento de planes y objetivos, esta base la proporciona la historia clínica.

Los alcances del presente trabajo de Estrategia de Mejora para el Correcto Manejo del Expediente Clínico del Servicio de Emergencias del Hospital de Segundo Nivel de Viacha Red N°6, Viacha La Paz, Bolivia Gestión 2018.

2. ANTECEDENTES DE OTROS AUTORES

Desde que se introducen los expedientes clínicos en el Servicio de Emergencias, son muchos los cambios que han surgido para este registro.

En 1968 teniendo en cuenta el perfil de desempeño del médico de Atención Primaria a nivel mundial, se ha decidido adoptar un sistema de registro de expediente clínico orientado a los problemas, modelo introducido por Lawrence Weed¹. Es meritorio destacar que esta “herramienta”, además de serle útil al paciente y a los médicos que lo atienden, es un material donde está estipulado qué otros integrantes del Equipo de Salud pueden utilizarla, ya sea interpretándolas como agregándoles datos.

E. J. Narváez, (2015) en su estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo evaluó la calidad de registro del EC de los servicios de medicina, gineco-obstetricia, cirugía y pediatría, del Hospital General de Jaén Trujillo – Perú 2014, el tamaño de la muestra fue de 384 EC. Usó una ficha de auditoría de la calidad de atención de hospitales, propuesta por el Ministerio de Salud en su norma técnica 029(39), En conclusión los resultados son: el cumplimiento del llenado de la historia por área Médica fue la mejor, con 180 casos (69.5%) con relación a los otros servicios, y la más deficiente para Gineco-Obstetricia con 73 casos (58.4 %). Dicho estudio concluye mayor supervisión en los otros servicios para el correcto llenado de la historia clínica, capacitación, que favorezcan una mayor habilidad y aptitud para el llenado, indicaciones e incluso aspectos de caligrafía, se sugiere también la realización de otros estudios (2).

A. Mateo, (2015) en su estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de abordaje cuantitativo para evaluar la nota de enfermería en el EC del servicio de cirugía de mujeres del Hospital Nacional de Mazatenango Suchitepéquez Guatemala,

¹ 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.

tamaño de muestra 85 EC, unidad de análisis el personal de enfermería y EC, utilizo el instrumento de cotejo en base a las normas establecidas, para identificar las características en la redacción de las notas de enfermería. En cuanto a la técnica que utilizan para corregir errores de escritura o redacción solo el 16% respondió. Que durante el ejercicio de su profesión la nota de enfermería le ha servido para dejar constancia de su trabajo, del tratamiento cumplido, proceso legal, para dar seguimiento al cuidado del paciente. El 50% indicó que no ha sido capacitado en cuanto a aspectos legales, importancia, normas de elaboración y usos de la nota de enfermería. Ante estos resultados se recomienda supervisión al personal de enfermería en cada turno, para que cumplan con los criterios de redacción normados, capacitación periódicamente sobre las normas e implicaciones legales que conlleva la nota de enfermería en los cuidados brindados al paciente, fomentar en el personal de enfermería, los conocimientos en cuanto a los criterios de redacción en las notas de enfermería en el EC. (3)

O. Dávila,(2014), en su investigación de tipo descriptivo retrospectivo realizada en México, donde se evalúa el EC prenatal del Centro de Salud Comunitario, revisó 246 expedientes seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple del EC de mujeres en control prenatal que ingresaron en 2014, teniendo como variable a evaluar elementos que conformaron el EC que fue medido en una escala ordinal tipo Likert con 3 opciones de respuesta, registro de hoja de identificación general, valoración de riesgo, tarjeta de control prenatal de la embarazada, se observó que la evaluación de manera general con una calificación como bien 93.1 %, con respecto al registro completo se encontró que no estaban completos en un 78.6 % y a su vez para la integración del diagnóstico no se encontraba completos en un 49.5 % de tal forma que señala la falta de integración del expediente en cuanto a la estructura un resultado que destaco en los elementos que conforman el EC prenatal es la evaluación regular, otro aspecto que resulto con calificación regular y deficiente fueron las hojas de evolución con 13 % denotando en general el incumplimiento a su norma. (3)

Se realizó un estudio sobre el manejo del expediente clínico del servicio de emergencias del Hospital de Segundo nivel de Viacha Red N° 6, la unidad de muestra fue todos los Expedientes clínicos de pacientes que asistieron al Hospital, en una lista de cotejo adecuado al contenido de la norma de Auditoría Médica y a las características del hospital.

En conclusión, en el Hospital del servicio de emergencias existen problemas de la elaboración del registro del expediente clínico, siendo más notoria en el área de atención ambulatorio. Cuya recomendación es la difusión de la norma técnica a través de talleres de capacitación dirigida a todo el personal involucrado en el registro de expediente clínico y conformar un Comité de Auditoría Clínica y Gestión de Calidad de Atención.

2.1. ANTECEDENTES DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

Los países de la región de la Américas están experimentando cambios sustanciados en la presentación de los servicios de salud. Estos cambios se están viendo materializados en la organización de los sistemas locales de la salud, cómo una estrategia para llevar la descentralización dependerá de cuan eficientemente algunas actividades se salud se lleven a cabo. Es necesario por lo tanto contemplar todas las acciones de salud que permitan la descentralización de áreas, donde se puedan establecer prioridades y medir logros. Con la estrategia y desarrollo de los sistemas locales de salud se evidencia más la necesidad desarrollar el nivel local para priorizar programar y evaluar las acciones de salud. En la medida en que las comunidades se envuelven en este proceso de descentralización, aumenta también la necesidad. El Expediente Clínico es el instrumento para planificar, organizar y coordinar la atención continua y de calidad del paciente, actualmente esto se hace imperativo dada la participación de distintas disciplinas que intervienen en el proceso de atención de salud, en función de equipo y en razón de la complejidad de la organización de

los servicios de atención.

La técnica de evaluar los Expedientes Clínicos contribuye significativamente a proveer una mejor atención al paciente, si se concibe como un prerrequisito de calidad y no como un fin en sí mismo.

Esta evaluación debe implementarse en los diferentes establecimientos de salud, para poder conseguir los expedientes clínicos más adecuados y completos, de manera que puedan satisfacer las necesidades de comunicación, entre los diversos proveedores de la atención y las necesidades de divulgación de información a las diferentes entidades que las soliciten (legal, docente y estadística).

Es de menester mencionar que hace algunos años, surgió como iniciativa en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional, Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el deseo de mejorar la calidad de la información de los registros médicos, para lo cual el subcomité del Expediente Clínico, desarrolló un instrumento denominado EXP-CLIN, que evalúa cinco aspectos fundamentales del Expediente: Cínico, notas médicas, programas de diagnóstico, estrategias de tratamiento y aspectos administrativos. Posterior a su desarrollo, el EXP-CLIN fue utilizado por un grupo de médicos especialistas y por otro de médicos con menor experiencia clínica (residentes médicos), quienes lo aplicaron en una muestra de expedientes, para después comparar las calificaciones obtenidas y así documentar la presencia de reproducibilidad de los resultados. ⁽³⁾

2.2. EXPEDIENTE CLÍNICO

Se entiende por EXPEDIENTE MEDICO CLINICO (EC), al conjunto de documentos escritos iconográficos generados durante cada proceso asistencial de la persona atendida en servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización de los Entes Gestores, los cuales reflejarán toda la información

relativa a su estado de salud o enfermedad. Es un documento técnico, científico, administrativo y legal utilizado para la evaluación de la calidad de los servicios médicos, odontológicos, enfermería y otros. (4) ⁽⁴⁾

2.2.1. Contenido del expediente clínico

2.2.1.1. Contenido general

El EC integra dos partes: Asistencial y Administrativa

Según serie documentales técnicas normativas n° 64 ⁽¹⁾ El contenido asistencial incluye todos los documentos referidos al proceso salud enfermedad de una persona, durante la consulta, hospitalización y seguimiento ambulatorio, avalados por quienes participan en su atención.

El contenido administrativo, proporciona datos generales que permitan identificar en forma sencilla a cada paciente: Estos datos son: número del EC, fecha de ingreso, hora, nombre, ocupación, edad, fecha y lugar de nacimiento, sexo raza, lugar de procedencia, domicilio, ocupación, teléfono (fijo o móvil), datos de los padres, familiar o persona responsable, seguro médico (si lo tuviese), servicio o unidad de hospitalización y N° de cama ocupada. Además, incorpora documentos (formularios) administrativos.

2.2.1.2. Contenido específico

El contenido específico del EC se desagrega en documentos individuales, lo que otorga a cada uno de ellos, importancia y significación propia. Estos documentos son:

a) Papeleta de internación. - Es aquel formulario o papeleta que sirve para la hospitalización del paciente, consignado sus datos generales de nombre completo, sexo, edad, diagnóstico y fecha de ingreso, número código del EC que ha sido asignado, nombre, sello firma del profesional que indica la

internación, y si la misma se la hizo a través del consultorio externo o emergencias, que son los únicos dos lugares del establecimiento autorizados para la hospitalización del paciente y el manejo controlado de papeletas numeradas de internación, una de cuyas queda en el nivel administrativo para fines correspondientes.

b) Nota de internación. - Denominada también nota de ingreso o nota de admisión.

Es un documento breve que se aplica provisionalmente cuando no se dispone de tiempo necesario para elaborar directamente la Historia Clínica del paciente consigna responsabilidad del médico de planta o médico que hospitalizo al paciente dentro de las dos horas transcurrida la hospitalización. En los Hospitales de enseñanza. La nota de internación puede ser elaborada por el residente o estudiante de último año que se encuentra cumpliendo su internado rotatorio, bajo la supervisión del médico de planta, quien necesariamente deberá avalarla con su nombre sello y firma.

c) Gráfica de Registro de Signos Vitales. - Está diseñada en un formulario específico con los datos identificación del paciente que permite el registro gráfico de signos vitales pudiendo contener, además, casillas para anotar datos adicionales como balance hidroelectrolítico, cuantificación de orina, número de evacuaciones, control de sondas y avenamientos, vómitos y otros. Su control y llenado es responsabilidad de enfermería en sus respectivos turnos.

d) Historia Clínica. - **Es el documento central del E.C.** que a más de señalar los datos generales del paciente y sus antecedentes personales familiares, no patológicos, patológicos y gineco-obstétricos en el caso de la mujer; describe las condiciones actuales de su estado de salud enfermedad, investigadas y recogidas a través de la anamnesis o interrogatorio y el examen físico general y especial. Concluye estableciendo el diagnóstico presuntivo, diagnósticos diferenciales y una propuesta básica de conducta y tratamiento. El responsable

para su elaboración dentro de las 8 horas de transcurrida de hospitalización es el médico tratante. En los Hospitales de enseñanza, la Historia Clínica puede ser elaborada por delegación del médico tratante al médico residente de la unidad de servicios donde hospitalizo al paciente, o por el estudiante de último año que se encuentra cumpliendo internado Rotatorio, bajo la supervisión y revisión del médico de planta, quién necesariamente dará su conformidad estampando su nombre, selló y firma al pie del documento.

e) Consentimiento informado. - Es la potestad que tiene el paciente de aceptar libremente y sin presiones, que por necesidad diagnóstica o terapéutica se practique en su propio cuerpo procedimiento clínicos, laboratorios, imagenológicos, instrumentales o quirúrgicos, previa explicación de quien o quienes tengan que practicarlos, con el fin que el paciente comprenda como serán realizados y cuales sus beneficios y eventuales riesgos o perjuicios, a más de obtener respuesta a sus preguntas o inquietudes. En la práctica, el Consentimiento Informado se lo obtiene con la firma del paciente, a través de formularios de diseños variables de acuerdo a procedimientos que se tengan que realizar, consignándose en la norma correspondiente, modelos básicos de orientación general.

f) Informes de Exámenes Complementarios. - Son todos aquellos formularios o documentos del E.C. Que contienen la información de los exámenes o procedimientos complementarios de diagnóstico y tratamiento que hubiesen sido realizados en el paciente. Necesariamente deben consignar nombre, firma y sello de los responsables de su ejecución y estar plasmados en formularios expresamente diseñados para responder cabalmente a los requerimientos e investigación de quienes lo solicitan.

g) Notas de Evolución. - Son aquellas notas escritas en diversos métodos, que describen cronológicamente el curso de la evolución del estado de salud-enfermedad del paciente durante su hospitalización o durante sus controles por

consulta externa. Deben registrar los estados estacionarios o cambios que se presentan en el paciente ya sea por la evolución clínica misma, por los resultados de la aplicación del tratamiento y procedimientos empleados, o por cualquier otra causa. Son responsables de su elaboración u omisión, el médico tratante y quienes coadyuvan con él en el área de tratamiento de su paciente.

h) Interconsultas. - Son las valoraciones clínicas o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, escritos por los profesionales autorizados a solicitud del médico tratante, o de quienes coadyuvan con él en el tratamiento o atención de su paciente. Se registran como notas de evolución o en formularios expresamente diseñados para el efecto, especialmente para interconsultas interinstitucionales, siendo responsables de su ejecución y registro oportunos, el o los profesionales que atendieron la respectiva interconsulta, consignado su nombre, firma y sello.

i) Notas de Informe Profesional. - Son los informes clínicos o de procedimiento diagnósticos o terapéuticos, escritos por los profesionales que estuvieron a cargo del paciente, antes, durante o después de su internación, en relación a su estado de salud-enfermedad, actual o pasado. Pueden emitirse de manera individual o como efecto de una junta médica y necesariamente deben consignar nombre, sello y firma de los profesionales que lo realicen.

La petición de informe médico puede estar vinculada a motivos de interés particular como de origen legal o público. Por tanto, el valor de prueba de garantía que el ordenamiento jurídico y la sociedad confieren a los informes médicos, obliga a extremar el rigor de su contenido, evitando incluir en ellos términos ambiguos o informaciones insuficientes o excesivas que pueda confundir al destinatario.

Entre los informes médicos se encuentra la epicrisis que es el documento emitido por el médico responsable al finalizar cada proceso asistencial de un paciente en un centro sanitario, y en el que se incluye, además de un breve resumen de la

historia clínica, los datos más relevantes de la actividad asistencial prestada, y las correspondientes recomendaciones terapéuticas.

j) Documentos Quirúrgicos. - Son aquellos relacionados con la intervención quirúrgica practicada en el paciente y los antecedentes del pre, intra y postoperatorio que hubiesen sido registrados en formularios o informes específicos.

- **Protocolo Quirúrgico.** - Es el documento que relata la intervención o procedimiento quirúrgicos realizados en el paciente, con el sello firma del cirujano principal que realizó la intervención quirúrgica, en conformidad con todo su contenido.

Independientemente del diseño del formulario que tenga la institución, debe consignar la siguiente información:

- Datos del paciente (nombre completo, edad, sexo)
- Servicio o Unidad de Hospitalización
- N° de cama
- N° o código del E.C
- Nombres y funciones de quienes integran el equipo quirúrgico (cirujano, anestesista, instrumentadora, personal de apoyo).
- Descripción de la intervención quirúrgica (incluyendo diéresis, acto quirúrgico propiamente dicho y síntesis)
- Colocación de sondas o avenamientos
- Descripción de los hallazgos quirúrgicos y las incidencias dificultades o complicaciones que pudiesen haberse presentado en relación con la intervención quirúrgica, ya sea antes, durante después de la realización de la misma.
- Diagnóstico preoperatorio
- Diagnóstico postoperatorio

- Conformidad con el recuento instrumental, materiales, gasas compresas utilizados durante la intervención quirúrgica
 - Envío de biopsias, piezas quirúrgicas, o muestras de servicios de Anatomía Patológica o Laboratorio.
 - Duración de la intervención quirúrgica
 - Condiciones del paciente a la conclusión de la intervención quirúrgica
 - Nombre, firma y sello de los responsables del acto quirúrgico
 - Fecha, hora de inicio y finalización del acto quirúrgico.
- **Registro Quirúrgico.** - Cuando se considera necesario contar con Registros Quirúrgicos, ya sea como notas o con formularios expresamente diseñados para el efecto, se llenan de acuerdo con el contenido de las fichas técnicas de pre-intra y post operatorio que figuran en los anexos de esta norma, debiendo consignar nombre, selló y firma de quien los elabore.

k) Documentos de Anestesiología. - Están referidos a nota pre anestésica, protocolo anestésico y nota de recuperación post anestésica.

- **Nota Pre anestésica.** - Es el documento de valoración que el médico anesthesiólogo de planta realiza en el paciente, antes de la administración anestésica. Su contenido comprende:
 - Datos de identificación del paciente (nombre y apellido, número de historia clínica, fecha de nacimientos y otros)
 - Identificación de la unidad de servicio
 - Enfermedad actual, diagnóstico pre quirúrgico, tratamiento actual que recibe el paciente.
 - Tipo de intervención quirúrgica a ser realizada
 - Antecedentes familiares y antecedentes personales no patológicos y patológicos (alergias medicamentosas y pos transfusionales, otros).
 - Examen físico

- Exámenes Complementarios
- Diagnóstico pre - anestésico
- Contraindicaciones anestésicas y motivo
- Ordenes preoperatorias del anesthesiologo
- Medicación pre anestésica
- Fecha y hora
- Nombre, firma, sello de médico anesthesiologo que realiza el informe
- **Protocolo del Procedimiento de Anestesia.** - Obedece a un formulario expresamente diseñado en original y copia que el médico anesthesiologo llena en el transcurso de la administración anestésica para la realización de un procedimiento invasivo o intervención quirúrgica. Contiene:
 - Datos personales y de identificación del enfermo
 - Resumen de la valoración preoperatoria
 - Tipo de anestesia realizada (general, regional, raquianestesia, descripción de la técnica utilizada y otros).
 - Intubación control respiratorio, perfusión IV, monitorización, ventilación mecánica.
 - Gráfica secuencial donde se indiquen medicación administrada, dosis, vía, frecuencia de administración, hora de administración, variaciones, de constantes, aportes y perdida de líquidos.
 - Tipo de intervención quirúrgica.
 - Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención.
 - Hora de comienzo y finalización de la anestesia
 - Incidencias, si las hubiere, durante la intervención y analítica intraoperatoria.
 - Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención
 - Nombre, firma y sello del anestesista
 - Nombre del cirujano
 - Fecha de la intervención

- Nombre, firma y sello del responsable de la administración de la anestésica
- **Nota de Recuperación Anestésica.** - Se mantendrá este informe para todos los pacientes que ingresan a la sala de recuperación. La parte médica incluye el control detallado de todos los líquidos administrados y eliminados, así como una gráfica de la temperatura, pulso, respiración y presión arterial, así como una evaluación del estado del paciente al ingresar y egresar de la sala. Tanto el médico y la enfermera que reciben al paciente, como aquellos que lo dan de alta firman y sellan la nota cuyo contenido es el siguiente.
 - Datos del paciente (nombre y apellido, N° H.C, fecha de nacimiento y N° de cama)
 - Nombre y servicio y médico responsable
 - Intervención realizada y diagnóstico postoperatorio
 - Tipo de anestesia y respuesta del enfermo
 - Tipo de intervención (cirugía mayor, mediana)
 - Gráfica de signos o constantes vitales
 - Prescripción de rutina
 - Lugar de envío del enfermo
 - Estado y condiciones del paciente al egreso de la sala de recuperación
 - Hora de salida.

I) Notas de indicaciones Médicas. - Son aquellas notas agrupadas en una misma sección del E.C, que contienen las indicaciones o prescripciones médicas, con descripción del medicamento en nombre genérico, dosis, concentración, frecuencia, vía de administración y cuidados de la misma. Son responsables de su elaboración u omisión, el médico tratante, o por delegación los profesionales médicos de planta o médicos residentes que lo colaboran para el manejo del paciente.

m) **Documento de enfermería.** - Están conformados por las notas de evolución de enfermería y el registro de tratamientos.

- **Notas de evolución de enfermería.** -Son las notas que escribe enfermería con relación al estado del paciente, su evolución y las constataciones que haga respecto a las interurrencias o complicaciones que pudiesen presentarse. La frecuencia de estas notas dependerá de las condiciones del paciente y las indicaciones del médico, siendo imprescindible su registro en cada cambio de turno de enfermería.
- **Notas de evolución de enfermería.** - Son las notas que escribe enfermería con relación al estado del paciente, su evolución y las constataciones que haga respecto a las interurrencias o complicaciones que pudiesen presentarse. La frecuencia de estas notas dependerá de las condiciones del paciente y las indicaciones del médico, siendo imprescindible su registro en cada cambio de turno de enfermería. Consignan, además, la admisión y egreso del paciente, tomando en cuenta fecha y hora, condición de ingreso o egreso y la persona o personas que lo acompañaron. Estas notas deben estar cuidadosamente elaboradas y llevar firma y sello de la enfermera responsable de su elaboración.
- **Notas de Registro de Tratamientos de enfermería.** – Las escribe la enfermera en cumplimiento a las prescripciones u órdenes médicas, y en estricta observación de lo contemplado en el inciso 12.12 de notas de indicaciones Médicas.

Las notas de registro de tratamiento de enfermería, revisten especial importancia, porque constituyen la constancia del cumplimiento de las prescripciones, tal cual fueron escritas y firmadas por el médico.

n) **Epicrisis.** - Constituye el resumen de todo el contenido del E.C. y debe ser llenada en formularios expresamente diseñados.

- a) Datos generales. Ídem que en la Historia Clínica
- b) Fecha de ingreso y de la alta Hospitalaria
- c) Diagnóstico de ingreso
- d) Breve resumen del examen clínico
- e) Breve resumen de la evolución en caso de complicaciones o grandes modificaciones
- f) Lo positivo de exámenes auxiliares (ordenados por fecha).
- g) Drogas usadas para el tratamiento medico
- h) Intervención o intervenciones quirúrgicas realizadas
- i) Diagnóstico post operatorio
- j) Resultados de anatomía patológica
- k) Resumen de los hallazgos laboratoriales o de exámenes de gabinete
- l) Diagnóstico final
- m) Estado del paciente al ser dado de alta e indicaciones que debe cumplir
- n) Plan del manejo y tratamiento
- o) Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).
- p) Resultado de autopsia si se hubiera realizado en caso de fallecimiento.
- q) Breve comentario final
- r) Firma y sello del médico tratante.

La **epicrisis** es un documento de suma utilidad, no solo por razones estadísticas sino para fines de estudio e investigación, porque permite un análisis rápido de un caso en particular o de un crecido número de casos siempre y cuando se conserven archivos de copias de epicrisis ordenadas por patologías, en los respectivos servicios donde son atendidos. Asimismo, tiene carácter de informe resumido, motivo por el cual el médico tratante debe entregar una copia al paciente en el momento del alta, con énfasis en las indicaciones y/o recomendaciones que creyera convenientes y que el paciente debe cumplir

m) **Informe de Emergencias.** - El médico de la Unidad de Emergencias tiene el informe respectivo, cuando el paciente, después de su recepción y atención, en emergencias, es referido a otro servicio del mismo establecimiento u otro. Su contenido es el mismo que ha sido señalado en el inciso 12.14 de epicrisis, en especial énfasis en el ser dado de alta o transferido a emergencias.

2.2.1.3. Contenido adicional

El E.C. también incorpora otros documentos adicionales que pueden o no existir, de acuerdo a circunstancias propias de cada caso. Dichos documentos son:

a) Nota de Referencia, resolución y contra referencia. - En casos de pacientes que proceden o se tengan que derivar a otros establecimientos, Las notas de derivación por referencia o contra referencia se elaboran en dos copias: una que queda como constancia en el E.C. y otra que se envía al establecimiento donde se refiere o contra refiere al paciente. Es sellado y firmado por el médico tratante y contiene lo siguiente.

- a) Datos generales del paciente
- b) Diagnóstico de ingreso
- c) Diagnóstico de egreso en el momento de la transferencia (referencia o contra referencia).
- d) Condiciones del paciente en el momento de la transferencia, y su caso ha sido resuelto o está pendiente.
- e) Copias de los informes de exámenes o procedimientos de diagnóstico o tratamiento que hubiesen sido realizados.
- f) Informe de trabajo social
- g) Resumen del tratamiento efectuado; señalando duración precisa de los fármacos utilizados.
- h) Tratamientos con el que persiste el paciente en el momento de la transferencia transmisibles, alergias, medicamentosas, diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo, otros.).

- i) Comentario adicional.
- j) Se adicionará la hoja de monitoreo durante el traslado que deberá ser entregada al establecimiento que recibe al paciente.

b) **Protocolo de Autopsia.** - En caso de haberse practicado por fallecimiento del paciente al interior del establecimiento. Su realización puede obedecer a múltiples causas cuya explicación escapa de los alcances de su presente norma.

c) **Certificado de defunción.** - Es un documento obligatorio que extiende el médico de planta tratante del paciente, cuándo este fallece al interior del establecimiento. Obedece a un formulario expreso cuya copia queda en el E.C. y muy excepcionalmente podría ser extendido por otro médico distinto al tratante, siempre que le conste el fallecimiento del paciente o que le hubiese atendido en sus últimos momentos. En caso de muerte sin asistencia médica, muerte domiciliaria, muerte sospechosa de delito y muerte por violencia, el certificado médico solamente puede ser extendido y firmado por médico forense, después de cumplir procedimientos especiales establecidos por ley

d) **Informe de auditoría médica.** - En caso de haberse realizado auditoria, ya sea durante la internación del paciente o después de su alta. Necesariamente se consignará en el E.C. una copia de las respectivas actas o informes, debidamente firmados y en los formularios que se registran en el Manual de Auditoria.

e) **Notas de egreso voluntario.** - Documento mediante el cual el paciente, su familiar más cercano o tutor responsable, solicita el alta o egreso con pleno conocimientos de las consecuencias que dicho acto pudiese ocasionar. El original firmado por el solicitante que dan en el E.C., junto a la epicrisis cuya copia deberá ser entregada al paciente.

f) **Autorización de salida temporal.** - Se la extiende mediante nota firmada por el médico tratante cuando el paciente tiene necesidad de dejar por breve tiempo el establecimiento de salud durante el proceso de su internación y tratamiento.

No constituye un alta y debe ser regulada por un procedimiento administrativo especial. Eventualmente, y en ausencia del médico tratante, puede ser firmado por otro médico perteneciente al equipo a cargo del paciente, o por el médico de turno.

g) **Certificado Médico.** - Es el informe emitido en un formulario expreso del Colegio Médico de Bolivia, solicitado por el paciente o por su representante legal, a cualquiera de los profesionales médicos que lo hubiesen tratado como efecto de su estado de salud- enfermedad actual o pasado.

h) **Formulario o fichas programas específicos.** - Deben ser incorporados en el E.C. cuando el paciente hospitalizado es pasible de tratamientos seguimiento por programa específico, dígase tuberculosis, enfermedad de Chagas, detección temprana de cáncer de cérvix uterino, control de E.T.S, o cualquier otro que se cumpla en grupos específicos, como ser niños menores de 5 años, lactancia materna, mujeres en edad fértil, adolescentes etc.

i) **Ficha de Trabajo social.** - Elaborada por la responsable de Trabajo Social encargada de realizar la entrevista al paciente, quien la firma y sella. Los datos que consigna son identificación del paciente, servicio en el que es atendido, descripción de la valoración social, sello de la categoría social, diagnóstico y fecha de la entrevista.

j) **Recetas.** - La receta o prescripción medica constituye el documento legal que avala la dispensación bajo prescripción facultativa. Su fin es terapéutico y la emite el médico tratante o interconsulta, en un formulario institucional expreso, que debe ser llenado en letra claramente legible, consignado los siguientes datos. a) Nombre completo del paciente, b) Nombre genérico del medicamento prescrito) vía y cuidados especiales para la administración d) concentración y dosificación e) frecuencia de administración

2.2.3. Expediente clínico de emergencias

Tabla 1 - **ORDEN DE LOS COMPONENTES DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS**

EXPEDIENTE CLÍNICO DE EMERGENCIAS
a) Historia Clínica propiamente dicha
b) Formulario de Consentimiento informado
c) Ordenes medicas
d) Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica.
e) Informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica
f) Elementos de enfermería: 1. Notas de tratamiento 2. Hoja de evolución de enfermería 3. Kardex de enfermería (en los expedientes clínicos de emergencias)
g) Resumen de atención, orientación y prescripción al paciente
h) Documentos administrativos 1. Nota de ingreso o admisión 2. Nota de egreso o nota de alta 3. Notas de referencia y Contra referencia 4. Informe de emergencias
i) Adicionales 1. Informes de auditoría interna especial o inducida
2. Ficha social
3. Autorización de salida temporal
4. certificado médico (copia)
5. Recetas
6. Formularios o fichas de programas específicos cuando corresponda (programa TB, ETS, quimioterapia, AEPI, desnutrición, Historia Clínica perinatal y otros).

FUENTE: Artículo 10. Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico

2.2.4. Indicaciones para el manejo asistencial del E.C.

2.2.4.1. Ordenamiento y paginación

Al ser el E.C. un conjunto de documentos distintos es necesario ordenarlos en secciones fácilmente identificables y de rápida consulta.

En la medida de lo posible los documentos del E.C. serán de color diferente y estarán especialmente diseñados para sus respectivos propósitos, consignado en algún de los ángulos de cada página o carilla, un pequeño recuadro para el registro correlativo del número de páginas por sección.

a) Primera sección. - Incluye todos los documentos considerados, básicos. Estos son papeleta de internación, cuadró de registro de signos vitales, nota de ingreso o admisión, epicrisis, historia clínica propiamente dicha y formularios de consentimiento informado, colocados en orden cronológico.

b) Segunda sección. - Conformada por el conjunto de informes de los exámenes complementarios al diagnóstico, (laboratorios, imagenológicos, endoscópicos, anatomopatológicos de valoración funcional etc.), que deben ser ordenados por grupos de afinidad y de acuerdo a fechas, colocando los exámenes últimos o malas actualizaciones en primer plano.

c) Tercera sección. - Corresponde a las notas de evolución e interconsultas, informes, certificados médico y resultados de juntas médicas, igualmente ordenadas de acuerdo a fechas, colocando en primer plano aquellas que hubiesen sido realizados útilmente.

d) Cuarta sección. - Contiene los protocolos de procedimientos invasivos que hubieren sido efectuados, cómo ser protocolos quirúrgicos, anestesiológicos y otros junto a documentos referidos o copias de informes médicos requeridos por el paciente o por el propio médico tratante, así como aquellos que correspondan a la referencia (transferencia) de otros establecimientos.

e) **Quinta sección.** - Que incluye las hojas de indicaciones médicas tratamiento, ordenadas cronológicamente, colocando las más actualizados en primer plano.

f) **Sexta sección.** - Propia de enfermería con las notas de reporte que pudiesen corresponder junto a las notas de registro de medicamentos y tratamientos cumplidos, que por su importancia deben estar agrupadas en un mismo conjunto y no mezclarse con las notas de reporte.

g) **Séptima sección.** - Agrupa la epicrisis, los documentos administrativos de egreso y otros eventuales como ser protocolo de autopsia, copia de certificado de defunción, etc.

2.2.4.2. Claridad y pulcritud

El manejo del E.C. debe ser cuidadoso, con anotaciones en letra completamente legible y de fácil comprensión. La letra legible, tachaduras, correcciones o añadidos sobrepuestos o aladaños a la propia escritura son inaceptables dado el carácter documental médico legal que tiene el E.C. Si fuese necesario hacer alguna modificación o aclaración, debe ser hecha en nota o indicación aparte debidamente refrendada con el nombre, firma y sello de quien la realice a más de consignar fecha y hora en el lugar que corresponda.

2.2.4.3. Precisión en la descripción

Tanto la historia clínica, cómo las notas de evolución y demás documentos del E.C. que requieren descripción, deben ser escritos en forma concisa y precisa, evitando reiteraciones y relatos prolongados, sin que por ello se deje de decir lo que sea pertinente.

2.2.4.5. Apoyo grafico

Cuando corresponda y sean necesario las descripciones escritas deben ir acompañadas de gráficos explicativos, como es el caso de lesiones que

requieren identificación precisa, la descripción de un procedimiento quirúrgico o las explicaciones graficas del consentimiento informado.

2.2.4.6. Identificación

Toda persona que realice cualquier anotación o grafica en E.C., sea por relato de evolución prescripción o cualquier otro motivo, tiene el deber de identificarse mediante firma, nombré completo y condición laboral, ya sea en forma claramente escrita o mediante sello.

2.2.4.7. Registros

El encabezamiento de todas las horas formularios que conforman la documentación del E.C. debe estar impreso con líneas o casillas que permitan anotar el nombre completo del paciente, servició donde se encuentra internado, n° de cama, n° de código del E.C., Asimismo, la constancia de los hechos solo puede dar cuando han sido oportuna y debidamente registrados, por tanto todo lo que significa evolución prescripción de tratamiento e interconsultas, recepción de exámenes, protocolos, notas de enfermería, notas de referencia, epicrisis, documentos administrativos u otros acontecimientos relacionados con el paciente debe estar debidamente registrado con fecha y hora en el lugar que corresponda, a más de la identificación de la persona autorizada que realiza el registro, es decir funcionarios de planta u otros profesionales que hubiesen sido expresamente requeridos por el médico tratante para interconsulta, valoración o realización de un procedimiento específico en el paciente y médicos residentes del establecimiento que estuviesen coadyuvando al médico tratante en la atención de dicho paciente como ha sido mencionado anteriormente.

2.2.4.8. Prescripciones

Las prescripciones o indicaciones deben ser precisas y seguir un ordenamiento lógico anotando primero las medidas de orden general (dieta, control de signos

vitales posición del paciente, ejercicios respiratorios, colocado de sondas enemas, medidas de rehabilitación, etc.). Seguidas del uso de soluciones y medicamentos para la respectiva terapéutica, también ordenados de acuerdo a su importancia con relación al cuadro.

Previa verificación con enfermería de la fecha de vigencia de los fármacos a ser administrados la prescripción de dichos fármacos deben señalar necesariamente nombre genérico del producto forma de presentación, dosis, vía de administración forma de administración o recaudos especiales para la misma frecuencia y periodicidad en el tiempo y medidas de prevención ante aquellos fármacos que pudieran provocar reacciones alérgicas u otras formas de intolerancia o complicación, que estuviesen conocidas y advertidas por la literatura científica internacional.

Es deber de enfermería velar por el estricto cumplimiento de este artículo, para a su vez dar cumplimiento a las indicaciones y administración de medicamentos, caso contrario deberá hacer el reclamo oportuno, requiriendo las aclaraciones o modificaciones que sean necesarias.

2.2.4.9. Asignaciones de responsables y confidencialidad

A la significación documental médico – legal que tiene el E.C., se agrega su carácter confidencial dentro de los alcances éticos y de respeto a los derechos de los pacientes. Por tal razón su manejo es restringido al grupo de personas que tienen la responsabilidad directa del paciente y que deben estar claramente especificados. Es decir: el médico tratante y colaboradores más inmediatos encargados de seguir evoluciones y prescripciones a más de la enfermera que tiene la misión de cumplirlas. Se evitará entonces que el expediente clínico quede suelo u olvidado, preservándolo en un gavetero metálico especial para el efecto con un sistema de seguridad cuya llave tienen únicamente las enfermeras jefas de cada turno para su respectivo servicio y a las que acudirá las veces que el

expediente sea requerido, como sucede cuando se deban anotar evoluciones y prescripciones, o en los momentos de interconsulta y visita médica de sala.

2.2.4.10. Expediente clínico para docencia

Los respectivos responsables de docencia deberán elaborar modelos o prototipos especiales de expedientes clínicos por patología, habituando al estudiante el correcto manejo sin afección o perjuicio de las labores asistenciales del establecimiento de la presente norma, ni el derecho a la privacidad, reposó y confidencialidad que tienen los pacientes

2.3. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

A pesar de las dificultades para hallar una definición universalmente aceptada, el concepto de Calidad de la Atención en Salud está vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones.

La Organización Mundial de la Salud define como requisitos necesarios para alcanzar la Calidad en Salud a los siguientes factores: un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, y la valoración del impacto final en la Salud. La calidad en Salud debe entenderse englobando tres dimensiones: a) humana; b) científico-técnica, y c) económico-financiera.

Los nuevos Modelos de Atención deben estar avalados por el razonamiento científico y ético-social. Los miembros del Equipo de Salud deben participar de las Políticas de Calidad tanto definiendo los objetivos generales como de su planificación y estrategia para lograrla, de la organización e implementación de los programas, y de controlar los resultados con vista a su permanente mejora.

Los miembros del Equipo de Salud deben comprometerse en la Gestión de Calidad, desarrollada en base al principio enunciado por la OMS sobre el derecho de cada ser humano para lograr “el más alto nivel de salud que sea posible alcanzar”, principio que debe incluirse en las leyes de cada país como responsabilidad legal y ética del Estado y de las organizaciones de salud. Los miembros del Equipo de Salud deben realizar acciones específicas para aplicar Controles de Calidad que sean universalmente aceptados, así como las técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas en la verificación de los requisitos relativos a determinar si la calidad de producción corresponde a la calidad del diseño. Estas acciones deben permitir medir la Calidad Real, compararla con las Normas (Manual de Calidad) y actuar sobre las diferencias. La evaluación de la Calidad Asistencial será responsabilidad de los distintos miembros del Equipo de Salud, a saber: Inc. a) Los prestadores, considerados en conjunto. Inc. b) Los usuarios. Inc. c) Los administradores de la Salud (Pública, Obras Sociales, Privada, y otros).

Los miembros del Equipo de Salud deben propender a obtener Sistemas de Aseguramiento de Garantía de Calidad a través de un conjunto de acciones planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza que un bien o servicio va a cumplir con los requisitos de calidad exigidos e incluye el conjunto de actividades dirigidas a asegurar que la calidad producida satisface las necesidades del usuario. Los prestadores, como conjunto, deben poseer los mayores atributos de responsabilidad y conducta ética, en el sentido de la búsqueda constante de equidad, efectividad, eficiencia y adecuación en la aplicación de conocimientos actualizados con la tecnología apropiada. El concepto de satisfacción debe evaluarse tanto para el usuario como para las condiciones de trabajo profesional. Los administradores de la Salud, como integrantes del Equipo de Salud, deben aceptar y actuar bajo este Código, previendo y facilitando todos los medios para alcanzar la Calidad de la Atención. Son tan responsables como los prestadores directos de una buena práctica en

Salud.

2.4. ANTECEDENTES HISTÓRICOS UBICACIÓN, POBLACIÓN ASIGNADA, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL HOSPITAL 2DO NIVEL DE VIACHA

Misión Hospital público de atención en salud solucionar y otorgar resolución médico quirúrgica, consulta externa de especialidades, hospitalización con oportunidad, eficiencia y sentido de calidez humana, en un ambiente de calidad a las personas de la Ley 475 la población del Municipio de Viacha y poblaciones aledañas con procesos crónicos de vanguardia y con personal altamente capacitado en el proceso salud familiar comunitaria e intercultural

La visión ser el Hospital de Mayor Resolución y vanguardia e infraestructura acorde a normas procesos y resultados y certificados con cobertura suficiente para la atención de la población del Municipio de Viacha y poblaciones aledañas y ser reconocido como un hospital centro de referencia de docencia en la salud e investigación con plena satisfacción de los usuarios y del prestador de servicio.

Historia del Hospital Municipal de Viacha de 2do Nivel, el Hospital se encuentra ubicado en el Municipio de Viacha en la zona de San Salvador entre la calle Beni s/n entre avenida 20 de octubre y Hernando Siles, la construcción se da en la gestión 2007 a cargo del Gobierno Municipal de Viacha con la colocación de la piedra fundamental en presencia de autoridades del Gobierno Central contando con la presencia del Presidente del Estado Plurinacional de Bolivia Juan Evo Morales Ayma, Ingeniero Arsenio Lamas Chambi Honorable Alcalde Municipal de Viacha, Honorable Consejo Municipal de Viacha, juntas vecinales y la población viacheña en general. Definición de establecimiento y Red Funcional, el Hospital Municipal de Viacha de 2do Nivel forma parte de la Red n°6 de la provincia Murillo siendo esta una unidad básica de la red funcional de servicios de salud siendo su responsabilidad otorgar intercultural en cuanto a promoción de la salud, prevención y diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud para alcanzar la satisfacción de la persona familia,

comunidad y equipo de salud en coordinación con la gestión participativa, los niveles de atención se diferencia por su capacidad técnica e instalada responsable de la resolución del problema de la salud debiendo trabajar de manera coordinada, complementaría corresponsable.

La gestión 2012 a cargo del Ingeniero Delfín Mamani Escobar Honorable Alcalde Municipal de Viacha ,se da inicio a la actividad quirúrgica en el Hospital Municipal 2do Nivel de Viacha que antes era denominado Hospital Básico de 1er Nivel ya en la gestión de septiembre de 2014 se realiza la entrega de certificación de habilitación del funcionamiento como Hospital de Segundo Nivel en vías de acreditación, realizado por el SEDES La Paz a cargo en esa gestión del Director Técnico Dr. Henry Flores, también se contaba con la presencia de representantes del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, personal de salud, Fejuve, Comusa, Colosa y otras personas invitadas. Esta certificación que se realiza el 2014 nos da la oportunidad de realizar prestaciones de 2do Nivel que se constituye en un centro de referencias de los establecimientos de primer nivel como también de los servicios de especialidad como ser Cirugía General, Traumatología, Anestesiología, Ginecología y Obstetricia, Pediatría además señalar que la gestión 2006 bajo la dirección de la Dra. Carol Pinaya Ayala y el apoyo de la Dra. Roció López Arcani especialista de Medicina Interna se realizan las coordinaciones y gestiones necesarias para la implementación del Servicio de Terapia Intermedia y Neonatología además se realizan convenios como ser la Caja de Caminos, Cossmil y de la implementación y atención oportuna de los seguros de S.O.A.T. y F.I.S.O., coordinada y responsable

Estas especialidades realizan internaciones de los pacientes contando con 64 camas para internación de los usuarios entre los otros servicios básicos de atención que presta el Hospital está el Servicio de Emergencias que realiza una prestación de servicios de manera ininterrumpida durante las 24 horas del día y 365 días del año, también servicio de Medicina General turno mañana y tarde como también el servicio de odontología, contamos con servicios

complementarios como laboratorios, rayos x, ecografía, atención de Medicina Tradicional y un trabajo arduo y que llegue a la consolidación de un Hospital de atención Resolutiva.

La población asignada al Hospital de 2do nivel de Viacha es un total 3245 habitantes de un total de 89.989, menores de 1 año son 62, de 1 año 62, 2 años 62,3 años 62,4 años 62,5 a 9 años 312, de 10-14 son 321,15-19 son 309,20-39 son 987,40-49 años son 372,50-59 años son 272, de 60-64 años son 104 habitantes, de 65 años son 258 habitantes, mujeres de 15-49 años son 864, embarazos son 50, partos son 27, de 10-49 años son varones, son 1004 mujeres de 10-49 años, son 747 PAP en mujeres de 25-64 años, de 30-49 años son 427 IVVA, de 7-9 años son 93 mujeres, de 7-9 son 96 varones.

El perfil epidemiológico del Hospital de 2do Nivel de Viacha valorados clínicamente por los protocolos de CIE son resfrió común con 523 con un porcentaje de 7%. Bioestadística: Perfil Epidemiológico Hospital Segundo Nivel.

Tabla 2 - Bioestadística: Datos Epidemiológicos: Viacha Gestión 2018

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL HOSPITAL DE VIACHA GESTION 2018									
N°	DIAGNOSTICO	CIE 10	MASCULINO	%	N°	DIAGNOSTICO	CIE	FEMENINO	%
1	RESFRIO COMUN	J00	523	7	1	RESFRIO COMUN	J 00	494	4
2	DIARREA	A09	296	4	2	DIARREA	A09	303	3
3	DEFORMIDADES CONGENITAS DE LA CADERA	Q65	246	3	3	DEFORMIDADES DE LA CADERA	Q65	323	3
4	TRAUMATISMOS EN REGIONES NO ESPECIFICADAS	T14	210	3	4	TRANSTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	N 39	391	4
5	DORSALGIA	M54	143	2	5	DORSALGIA	M54	238	2
6	TRANSTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	N39	190	2	6	TRAUMATISMOS EN REGIONES NO ESPECIFICADAS	T14	165	1
7	ICTERICIA NEONATAL	P59	117	2	7	COLELITIASIS	K80	259	2
8	ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFAGICO	K21	105	1	8	ENFERMEDADES DE REFLUJO GASTROESOFAGICO	K21	156	1
9	HERIDA DE LA CABEZA	S01	101	1	9	ICTERICIA NEONATAL	P59	69	1
10	HIPERPLASIA DE PROSTATA	N40	90	1	10	CONJUNTIVITIS	H10	87	1
11	CONJUNTIVITIS	H 10	78	1	11	HERIDA DE LA CABEZA	S01	57	1
12	COLELITIASIS	K80	71	1	12	TRANSTORNOS FUNCIONALES DEL INTESTINO	K59	82	1
13	TRANSTORNOS FUNCIONALES DEL INTESTINO	K59	66	1	13	DOLOR ABDOMINAL	R10	92	1
14	TRAUMATISMO INTRACRANEAL	S06	61	1	14	GONARTRODIS	M17	84	1
15	MICOSIS SUPERFICIAL	B 36	59	1	15	GASTRITIS	K29	78	1
16	HERIDA DE LA MUÑECA O MANO	S61	59	1	16	HIPERTENSION ESENCIAL	I 10	78	1
17	DOLO R ABDOMINAL	R10	49	1	17	ARTROSIS	M19	68	1
18	GONARTROSIS	M17	49	1	18	TRAUMATISMO INTRACRANEAL	S06	49	0
19	GASTRITIS	K20	45	1	19	MICOSIS SUPERFICIAL	B36	41	0
20	DERMATITIS DEL PAÑAL	L22	43	1	20	HIPERPLASIA DE PROSTATA	N 40	0	0
21	CAUSAS DE MORBILIDAD DESCONOCIDA	R 69	172	2	21	CAUSAS DE MORBILIDAD DESCONOCIDA	R69	221	2
22	OTRAS CAUSAS		4908	64	22			7783	70

Fuente: Datos epidemiológicos del Hospital de Viacha – Unidad de Bioestadística

3. RELACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA

3.1. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

Según la Sección II, con relación a los derechos a la salud y la seguridad social, en su artículo 36, párrafo II, indica: “El estado controlara el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud y los regulara mediante la ley” (5).

De la misma forma se puede tomar en cuenta el artículo 39, que indica “El Estado garantizara servicio de salud pública y reconoce el servicio de salud privada; regulará y vigilará la atención de calidad a través de la Auditoria Medica sostenibles que evalúan el trabajo de su personal infraestructura y equipamiento de acuerdo a Ley”.

Por otro lado, el artículo 45, nos indica “I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social; II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integridad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía y oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su Dirección y Administración corresponde al estado, con control y participación social; y III. El régimen de seguridad social cubre la atención de Enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas, maternidad: riesgos profesionales, laborales y riesgos laborales de campo; discapacidad y necesidades especiales desempleo y pérdida de empleo, orfandad, invalidez, vejez y muerte; vivienda asignaciones familiares y otras previsiones sociales.”

Bajo este parámetro se puede notar que la norma suprema tiene el propósito de facilitar un mejor desempeño del equipo de salud en la prevención de daño y en el tratamiento de la demanda especialmente aquellos subsecuente a los casos de denuncia de los usuarios por supuesto problemas inherentes a las prestaciones de servicios, que requieren valoraciones técnicas e idóneas para esclarecer los hechos.

3.2. LEY Nª 1178, DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL GUBERNAMENTALES (LEY SAFCO)

Según la Ley 1178, de Administración y Control Gubernamental, Decreto Supremo N° 23215 Reglamento para el ejercicio de las atribuciones de la Contraloría General de la República, Decreto Supremo Nª 23318, Reglamento de la Responsabilidad por la Función Pública. Asimismo, el artículo 29 de la Ley N° 004 de 31 de marzo de 2010, prevé: “De conformidad con el Artículo 112 de la Constitución Política del Estado, los delitos cometidos por servidoras o servidores públicos que atenten contra el patrimonio del Estado y causen grave daño económico, son imprescriptibles y no admiten régimen de inmunidad” (7) .

Precisamente, con base a una realidad caracterizada por la impunidad de delitos cometidos por funcionarios públicos, el reconocimiento de hecho de privilegios e inmunidades, la prescripción de delitos de corrupción, la imposibilidad de la investigación de fortunas y la regulación de penas leves y beneficios procesales a hechos de corrupción; y, en correspondencia con el texto constitucional, este artículo forma parte de una política nacional de transparencia y lucha contra la corrupción, sujeta a parámetros de respeto a norma y la sociedad.

Por otro lado, la importancia del control de gestión debe tener rango jerárquico, (Unidad de Control de Gestión), porque al pesquisar la realidad institucional con sus aciertos y errores, estableciendo estímulos para los primeros y correctivos para los segundos, se constituye en el motor de la organización.

3.3. LEY Nª 3131 DEL EJERCICIO DEL PROFESIONAL MÉDICO

La Ley N° 3131, con referencia al Ejercicio del Profesional Médico del 8 de agosto del 2005, indica “Artículo 1. (Objeto). La Presente ley tiene el objeto regular el ejercicio, Profesional médico de Bolivia. Artículo 2. (Ámbito de Aplicación). La Presente Ley se aplicará en el Sistema Nacional de Salud, conformado por los

sectores, Público, Seguridad Social; Privado sin fines de lucro y Privado con fines de Lucro, legalmente autorizados.” (8).

Por otro lado, se tiene el “Artículo 10°. - (Documentos Médicos Oficiales.) Bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud son de uso exclusivo del médico, siendo los siguientes: a) Expediente médico”. (9) .

Este artículo hace referencia a un enfoque de calidad, estos enfoques se proponen asegurar procesos que respondan a criterios de eficiencia, eficacia y de compromiso y participación interna, y de consideración y atención a las expectativas de los clientes externos y partes interesadas, todos ellos conducentes a garantizar la producción y entrega de bienes y servicios de calidad.

3.4. DECRETO SUPREMO Nº 0181, NORMAS BÁSICAS DEL SISTEMA ADMINISTRACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

Sistema de administración de bienes y servicios es el conjunto de normas de carácter jurídico, técnico administrativo, que regula la contratación de bienes y servicios, él maneja la disponibilidad de bienes de la entidad pública en forma interrelacionada con los sistemas establecidos en la Ley Nº 1178, de 20 de julio de 1990, de administración y control Gubernamental.

En este sentido esta norma ha fijado como una de sus políticas prioritarias la lucha contra la corrupción, promoviendo el fortalecimiento de las instituciones estatales y el desarrollo y mejoramiento de sus sistemas de gestión, con el objeto de procurar una mayor eficiencia y transparencia en la administración pública.

3.5. RESOLUCIÓN MINISTERIAL 00090 DE 26 DE FEBRERO 2008, NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

La NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO es anterior al Decreto Supremo Nº 29601 de 11 de junio de 2011 ⁽⁸⁾, que ha

planteado para el sector salud, un nuevo modelo de atención y gestión en salud, denominado Salud. En este sentido la Unidad de Servicios de Salud y Calidad de este Ministerio, ha elaborado una serie de normas instrumentos concernientes a la gestión y atención de calidad a ser cumplida en el Sistema Nacional Único y el Modelo de Atención Familiar Comunitario e Intercultural de Salud.

En la Norma Técnica del Expediente Clínico no se establecen los criterios administrativos obligatorios, por ejemplo, frente a uno de los defectos tradicionales en el expediente médico, la falta de claridad en la escritura. Y esto es perjudicial no solamente para quien trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia o interconsulta, sino para quien juzga la actividad médica (Auditores, superiores jerárquicos, jueces, etc.).⁽³⁾

3.6. REGLAMENTO INTERNO DE PERSONAL DEL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD

TITULO I : DISPOSICIONES GENERALES

CAPITULO I GENERALIDADES

Artículo 2.- (Base Legal) El presente reglamento tiene como fundamento legal las siguientes disposiciones legales, reconociendo la supremacía: a) Ley N° 2650 13 de abril de 2004, Constitución Política del Estado b) Ley 1178 de 20 de julio de 1990 de Administración y Control Gubernamental c) Ley 2027 de 27 de octubre de 1999 de Estatuto del Funcionario Público d) Decreto Supremo N° 20943 de 26 de julio de 1985 Jornada Ordinaria del trabajo e) Decreto N° 23318-A de 3 noviembre de 1992 Reglamento de la Responsabilidad por la Función Pública f) Decreto Supremo N° 25233 de fecha de 27 de noviembre de 1998, de Organización, Atribuciones y Funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud g) Decreto Supremo N° 25749 de 20 de abril de 2000, que aprueba el Reglamento de Desarrollo Parcial a la Ley N° 2027 Estatuto del Funcionario Público h) Decreto Supremo N° 26237 de 29 de junio de 2001 ,modificatorio del

Decreto Supremo N° 23318 – A) Decreto Supremo N° 28909 de 6 de noviembre de 2006, Estatuto del Trabajador en Salud en Bolivia) Resolución Bi- Ministerial N° 002 de 4 de junio de 2004, Vigencia de la Jornada Ordinaria de los Trabajadores en Salud de Bolivia k) Resolución Ministerial N° 0476 de 27 de julio de 2004, que aprueba el Estatuto del Médico Empleado y de la Carrera Funcionaria l) Resolución Ministerial N° 0143 del 1° de marzo de 2008, que aprueba el reglamento de los ocho subsistemas que forman el estatuto del Trabajador en Salud Publica m) Decreto Supremo N° 26115 de 16 de marzo de 2001, que aprueba las Normas Básicas de Sistemas de Administración de Personal. (10).

4. JUSTIFICACIÓN

La NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO anterior al Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio de 2011, (11). ⁽⁸⁾ ha planteado para el sector salud un nuevo modelo de atención y gestión en salud, denominado Salud con Calidad y Calidez. En este sentido, la Unidad de Servicios de Salud y Calidad de este Ministerio, ha elaborado una serie de normas instrumentos concernientes a la gestión y atención de calidad a ser cumplida en el Sistema Nacional Único y el Modelo de Atención Familiar Comunitario e Intercultural de Salud.

En la Norma Técnica del Expediente Clínico, no se establecen los criterios administrativos obligatorios, por ejemplo, frente a uno de los defectos tradicionales en el expediente médico, la falta de claridad en la escritura. Y esto es perjudicial, no solamente para quien trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia o interconsulta, sino para quien juzga la actividad médica (Auditores, superiores jerárquicos, jueces, etc.). (8)

El método se sustenta en un instrumento de estudio como es un cuestionario de verificación de los componentes en general, contenido específico y adicional del expediente clínico del Servicio de Emergencias de pacientes atendidos, surge de la necesidad de una mejora en la calidad de la atención médica dentro del Hospital de Segundo Nivel de Viacha del Distrito N°6 del Municipio de Viacha, que está basada en el análisis de Los Expedientes Clínicos de La Unidad de Archivos de la gestión 2018. Se aplicó un cuestionario con el objetivo de verificar el contenido general, específico y adicional de los expedientes clínicos de emergencias acorde a normativa Técnica del Expediente Clínico donde se verifico en los diferentes ítems .La Historia Clínica propiamente dicha, datos generales y aspectos técnicos médicos que, revisando 100 expedientes clínicos de emergencias en el área de archivos los 100 expedientes clínicos estaban conformados por hoja de internación, hoja térmica, Historia Clínica propiamente dicha, evolución y tratamiento. Sé reviso el formulario de consentimiento

informado en los 100 expedientes clínicos, solo en 6 se evidenció la presencia de este formulario. Respecto al formulario de las ordenes medicas de 100 expedientes clínicos solo 30 expedientes clínicos contaban con este formulario, el formulario de las notas de evolución e interconsulta o informes de junta médica, 20 de 100 expedientes clínicos revisados, respecto a los informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica, 17 están con informes y 83 no tienen la interpretación del examen que es complementario para un diagnóstico definitivo del paciente, los elementos de enfermería que están conformados de notas de tratamiento y medicamentos administrados, hoja de evolución de enfermería, kardex de enfermería que estos van en los expedientes de archivos, hoja de control de líquidos administrados y eliminados, en los 100 expedientes clínicos de emergencia revisados, 14 cuentan con estos formularios, resumen de atención y orientación y prescripción de 100 expedientes clínicos de emergencia, ninguno cuenta con este formulario. Verificando los documentos administrativos que entre estos se encuentra nota de ingreso o admisión, nota de egreso o nota de alta solicitada transferencia, nota de referencia y contrareferencia, informes de emergencias de 100 expedientes clínicos de emergencia, se observó solo 4 formularios. Los formularios del ítem de adicionales como son informes de auditoría interna, especial e inducida, se sabe que la auditoría interna dentro de una institución, se implementa para poder esclarecer dudas sobre los procedimientos y a su vez, recomendaciones que serán emitidas por un Comité del Expediente Clínico.

El expediente clínico del Servicio de Emergencias del Hospital de 2do Nivel de Viacha está conformado por los siguientes **ITEM:**

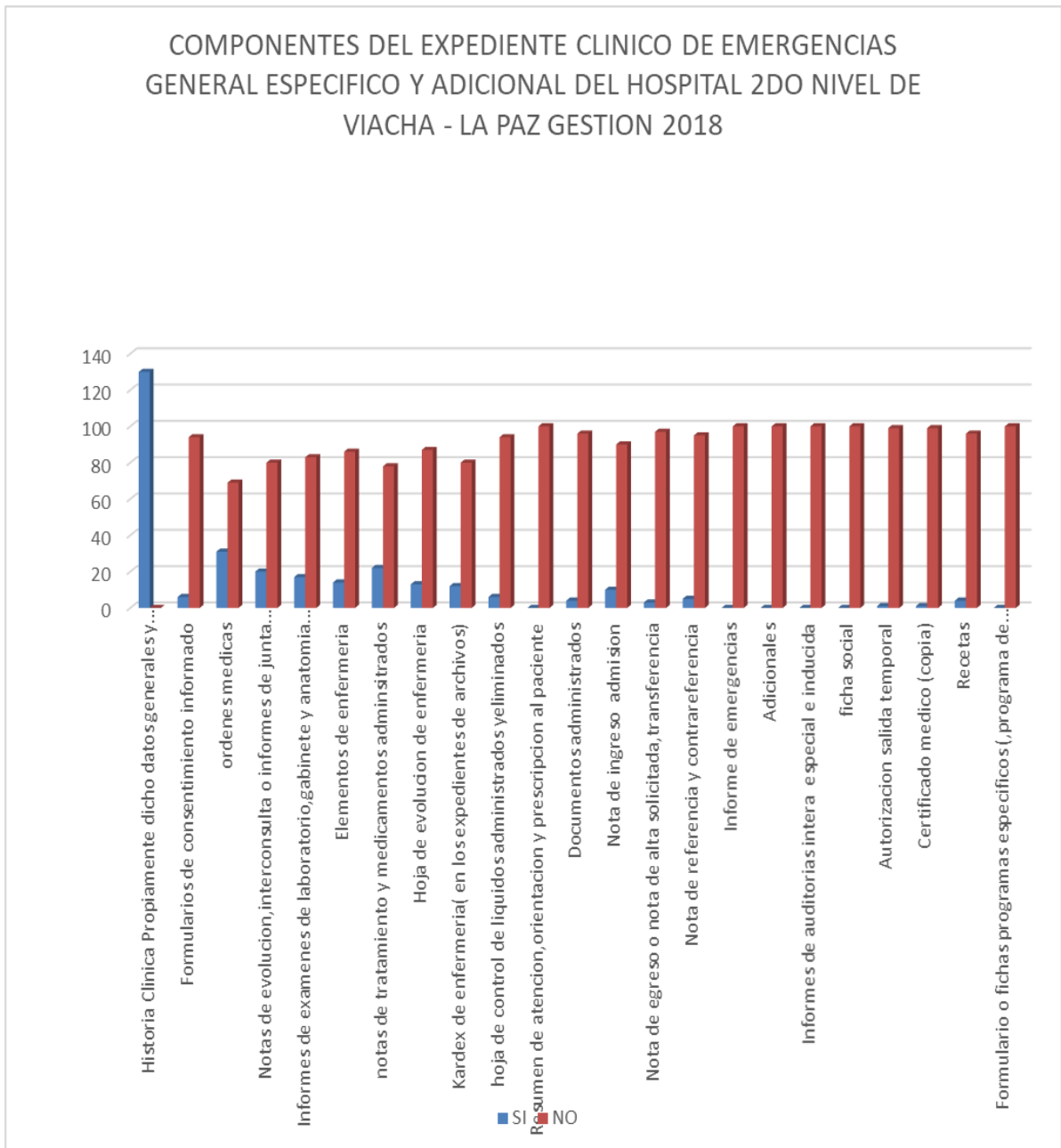
- a) Historia Clínica Propiamente dicha: Datos Generales y aspectos técnicos médicos
- b) Formulario de Consentimiento Informado
- c) Ordenes médicas
- d) Notas de evolución, interconsulta e informe de junta medica
- e) Informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica
- f) Elementos de Enfermería
- g) Adicionales.

Tabla 3 – EXPEDIENTE CLINICO (E.C.) DE EMERGENCIAS

HOSPITAL 2DO NIVEL DE VIACHA					
EXPEDIENTE CLINICO (E.C.) DE EMERGENCIAS					
Nombre del Paciente					
Fecha					
Institución		SERVICIO	EMERGENCIAS		
Nº del E.C		Nº de folios		Nº de paginas	
Nº ITEM	VERIFICACION	SI	NO	NO API ICA	NO SE REGISTRA
1	Historia Clínica Propiamente dicho datos generales v aspectos técnicos médicos	X			
2	Formularios de consentimiento informad()		X		
3	ordenes medicas				
4	Notas de evolución y interconsulta o informes de junta medica				
5	Informes de exámenes de laboratorio, anatomía patológica	a			
6	Elementos de enfermería				
a	notas de tratamiento y medicamentos administrados				
b	Hoja de evolución de enfermería				
c	Kardex de enfermería^ en los expediente de archivos)	s			
d	hoja de control de líquidos administrados v eliminados				
7	Resumen de y prescripción al paciente				
8	Documentos administrados				
a	Nota de ingreso admisión				
b	Nota de egreso o nota de alta solicitada				
c	Nota de referencia y contra referencia				
d	Informe de emergencias				
9	Adicionales				
a	Informes de auditorías interna especial e inducida				
b	ficha social				
c	Autorización, temporal				
d	Certificado médico (copia)				
e	Recetas				
f	Formulario o fichas programas específicos,(.programa de TB.etc.Quimioterapia.AIEPI)desnutrición. historia clínica perinatal) y otros				

Fuente: Datos epidemiológicos del Hospital de Viacha – Unidad de Bioestadística

Gráfico 1 - DATOS ESTADÍSTICOS DE COMPONENTES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS



FUENTE: ARCHIVOS DEL HOSPITAL SEGUNDO NIVEL DE VIACHA

Así, la propuesta para la solución, es el análisis, que está basado en un punto de vista protector al derecho a la vida y a la salud, conforme a lo establecido en la legislación boliviana, pretendiendo que la atención sea integral e intercultural para mejorar la calidad y la satisfacción de los usuarios externos, fortaleciendo los protocolos de atención, aceptando, reconociendo y valorando los principios, conocimientos y prácticas de las personas.

Este parámetro de conformidad con la temática del problema identificado, se basó en el seguimiento de los Expedientes Clínicos, en resguardo de la Unidad de Archivos, mismo que es realizado por el personal de afiliación en archivos, que colaboraron con el análisis en relación del llenado en los formularios de los componentes del expediente clínico del Servicio de Emergencias como es el General, específico y adicional, con esta acción, se pudo determinar que el orden de los componentes general, específico y adicional del expediente clínico, no es completa, falta el formulario de consentimiento informado y otros componentes específicos y adicionales específicos del expediente clínico de emergencias, tanto como en el caso de pacientes hospitalizados, como el caso de los pacientes que se encuentran en curso de procedimientos de diagnóstico y tratamiento ambulatorio. De esta manera, se identificó que no se cumplían, el llenado del formulario N°3 de la normativa de auditoría médica, también se evidencio que la institución no cuenta con formularios estandarizados. Es por esa razón que se abordó la problemática con relación a la **“ESTRATEGIA DE MEJORA PARA EL CORRECTO MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS, DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE VIACHA, RED N°6, VIACHA, LA PAZ, GESTIÓN 2018** - (UNIDAD DE ARCHIVOS), con datos de las GESTIÓN 2018, se pudo evidenciar que los documentos que se encuentran en los expedientes clínicos del Servicio de Emergencias; no se encuentran acorde con la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico como son los componentes específicos como formularios de consentimiento informado, ordenes médicas, notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica,

informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica, elementos de enfermería como son las notas de tratamiento y medicamentos administrados, hoja de evolución de enfermería, kardex de enfermería (en los expedientes clínicos de archivos), hoja de líquidos administrados y eliminados. Resumen de atención orientación y prescripción al paciente; los administrativos que son parte del contenido general como las notas de ingreso o admisión, notas de egreso o nota de alta (alta solicitada, transferencia), informe de emergencias. Adicionales como informes de auditoría medica interna especial o inducida, ficha social, autorización temporal, certificado médico(copia) recetas, formularios o fichas de programas específicos cuando corresponda (programas de TB, ETS, quimioterapia, AEPI, desnutrición, Historia clínica perinatal y otros)

Las Estrategias que se busca con el personal de salud del Hospital de Segundo Nivel de Viacha de la Unidad de Emergencias es beneficiar al paciente con el correcto manejo del Expediente Clínico, actualizar al personal de salud en el Manejo del Expediente Clínico de forma que se vaya implementado la mejora continua la mejora continua.

5. ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR

5.1. SITUACIÓN INICIAL

Actualmente, el Personal de Salud del Servicio de Emergencias del Hospital de Segundo nivel de Viacha, no cuenta con formulario de consentimiento informado, ordenes médicas, notas de evolución, interconsulta, informes de junta médica, informes de exámenes complementarios ,elementos de enfermería como son las notas de tratamiento y medicamentos administrados, hoja de evolución de enfermería, kardex de enfermería, hoja de líquidos, administrados y eliminados, resumen de atención ,orientación y prescripción al paciente, documentos administrativos nota de ingreso o nota de alta solicitada transferencia, nota de referencia o contrareferencia, informe de emergencias,adicionales,informes de auditorías interna ,especial e inducida, ficha social, autorización de salida temporal en el ordenamiento de los componentes general, específico y adicional del Expediente Clínico de Emergencias en el cumplimiento de la Norma Técnica del Expediente Clínico.

El personal de salud y administrativos, como los recursos humanos médicos, enfermeras y personal de la unidad de afiliación y archivos, necesitan conocer la NORMA TECNICA PARA EL EXPEDIENTE CLINICO, por ser documentos legales.

5.2. SITUACIÓN FUTURA

En el caso de continuar el personal de salud ,con la no complementación de los formularios de consentimiento informado, ordenes médicas, notas de evolución, interconsultas, informes de juntas médicas, informes de exámenes de laboratorio sin informes ,elementos de enfermería, notas de tratamientos y medicamentos administrados ,hoja de evolución de enfermería, kardex de enfermería (en los expedientes de archivos), hoja de control de líquidos administrados y eliminados, resumen de atención ,orientación y prescripción al paciente, documentos administrados, nota de ingreso o admisión, nota de egreso o nota de alta

solicitada, transferencia y contrareferencia, informe de emergencias, adicionales, informes de auditoría interna especial e inducida, ficha social ,autorización de salida temporal de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Segundo Nivel de Viacha, sin la correspondiente actualización de la NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO y las ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTAR LOS FORMULARIOS DE LOS COMPONENTES GENERAL ,ESPECIFICO Y ADICIONAL DEL EXPEDIENTE CLINICO DE EMERGENCIAS , los usuarios externos no podrán ser atendidos con calidad esto ocasionara el deterioro de los documentos y la pérdida de testimonios de salud enfermedad que no podrán aportar para realizar trabajos científicos como la realización de datos fidedignos de bioestadística ,que servirán para contribuir a los cambios de conformidad y no conformidad.

5.3. SITUACIÓN DESEADA

Personal de salud del Servicio de Emergencias implementa los formularios de consentimiento informado ,ordenes médicas, notas de evolución, interconsulta o informes de junta médica, informes de exámenes complementarios, elementos de enfermería, notas de tratamiento y medicamentos administrados y eliminados, resumen de atención ,orientación y prescripción al paciente, documentos administrados, nota de ingreso o nota de alta solicitada, transferencia, nota de referencia y transferencia, informe de emergencias, adicionales como informes de auditorías interna especial e inducida, ficha social, autorización salida temporal. La atención de los usuarios externos cuyo número es de habitantes para la atención se corresponde a 3.024 pacientes del Municipio de Viacha.

En el servicio de emergencias de la RED N° 6 del Municipio de Viacha atendió a 4.540 pacientes en la gestión 2018. Por mes de 400 a 325 pacientes y por día 13 a 14 pacientes. Los expedientes clínicos de emergencias se encuentran foliados ordenados y con los componentes general, específico y adicional de acuerdo con la Normativa Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico en el servicio de Archivos y Filiación del sistema administrativo.

6. ANÁLISIS DE ACTORES SOCIALES

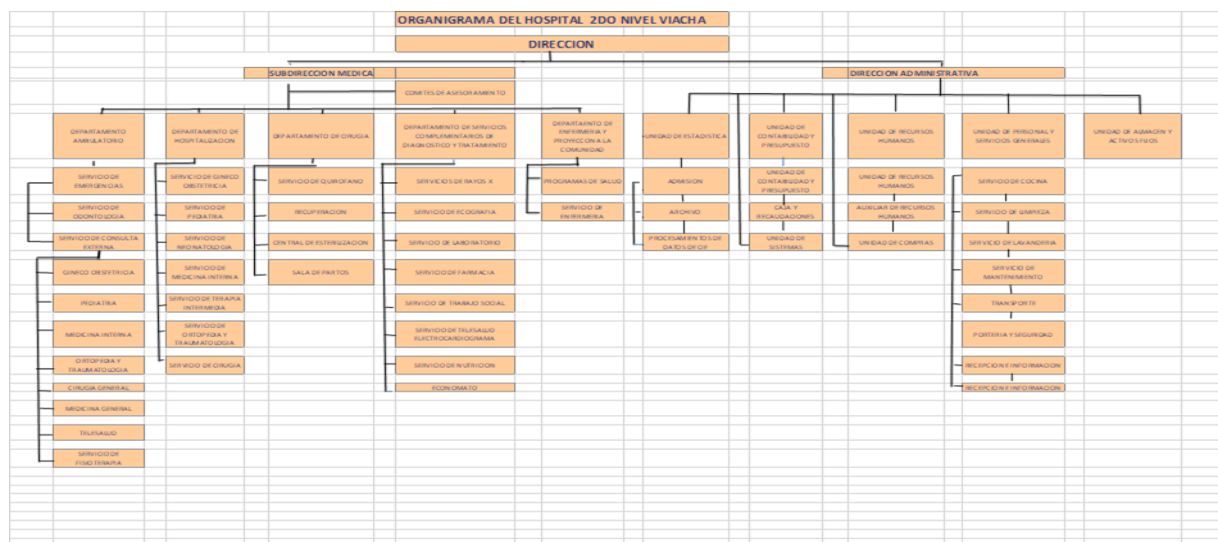
ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE VIACHA DE SEGUNDO NIVEL DE LA CIUDAD DE VIACHA-RED N°6 “LA PAZ” SERVICIO DE EMERGENCIAS

La estructura Orgánica del Hospital Municipal de Viacha de Segundo Nivel de Viacha, consta Dirección: Sub Dirección Médica, Dirección Administrativa

Sub-Dirección Médica: Departamento Ambulatorio, Departamento Hospitalario, Departamento de Cirugía, Departamento de Servicios Comunitarios Diagnóstico y tratamiento, Departamento de Enfermería y proyección a la Comunidad.

Dirección Administrativa: Unidad de Estadística, Unidad de Contabilidad y Presupuesto, Unidad de Personal y Servicios Generales, Unidad de Admisión.

Ilustración 1 – ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL 2DO. NIVEL VIACHA



FUENTE: Organigrama Hospital Segundo Nivel de Viacha.

6.1. SERVICIO DE EMERGENCIAS

“El Modelo de atención y gestión de hospitales desarrollado en la Caracterización de Hospitales de Segundo Nivel de Atención provee lineamientos de organización y funcionamiento de los recursos de los hospitales y cómo deben ser entregados los servicios de salud a la población, el objetivo principal radica en lograr transformar el concepto de hospital tradicional en donde el usuario es considerado como un objeto y sustituido por el de sujeto, donde es atendido con todas las atenciones y consideraciones de ser humano, en el marco de estándares de calidad del servicio hospitalario.”⁽⁹⁾

6.2. ANÁLISIS DE ACTORES DIRECTOS

6.2.1. MÉDICO GENERAL (guardia)

Elaborar expediente clínico y tomar la decisión de dar el alta médica o el ingreso hospitalario.

Aplicar exámenes de Medicina General basada en la Clínica Médica, formular diagnóstico y prescribir tratamiento que debe seguirse para la recuperación de la enfermedad o urgencia que afecta al usuario. Prescribir y/o realizar procedimientos especiales para ayudar a definir el diagnóstico y/o manejo de los usuarios, según el caso. Debe proporcionar atención de manera directa a los usuarios, además de coordinar el trabajo entre el equipo de salud de cuidados intermedios, de tal manera que la prestación medica sea un todo integral que favorezca al usuario desde la perspectiva biopsicosocial (físico, psicológico, social).

Informará en forma clara y veraz acerca del estado clínico de los usuarios a sus familiares o responsables directos. Realizará control médico periódico de manera pertinente a los usuarios en observación, para corregir tratamiento y definir su recuperación hasta pasadas 12 horas desde su ingreso antes de ser

Hospitalizado Realizar intervenciones de pequeña cirugía o ayudantía quirúrgica general a usuarios de urgencias, hospitalizados o ambulatorios colaborando en ellas de acuerdo al nivel de complejidad, para garantizar la vida del usuario conforme a los recursos que el Hospital ponga a su disposición. Formular, dosificar y ordenar el suministro de medicamentos de manera pertinente. Remitir los usuarios de mayor complejidad a los médicos especialistas que se requieran, conforme a las directrices de referencia y contra referencia que establece la norma. Referir a los usuarios/ usuarios a establecimientos de mayor complejidad, conforme a las directrices de referencia y contra referencia que establece la norma. Participar en las contingencias como brigadas, emergencias, control de brote epidemias entre otras para dar respuesta inmediata a las necesidades de salud de la población del área de influencia. Reportar los casos de vigilancia epidemiológica y notificación inmediata a los niveles correspondientes. Cumple otras funciones de acuerdo a la necesidad del hospital.

Participar Comité de Auditoría Médica y Expediente Clínico Comité de Análisis de la Información y Gestión Hospitalaria Comité de Referencia y Contra referencia Comité de Infecciones Nosocomiales, Residuos Sólidos y Bioseguridad Comité de Enseñanza e Investigación.

6.2.3. MÉDICOS ESPECIALISTAS

6.2.3.1. Pediatría

Velar por que se cumpla a cabalidad la prevención y manejo adecuado de las infecciones asociadas a las atenciones de salud mediante el cumplimiento de las normas de bioseguridad en Consulta Externa, Urgencias y Emergencias e Internación del Servicio de Pediatría.

Formar parte de los comités hospitalarios Apoyar en la realización de auditorías médicas. Atención de pacientes con el llenado de formularios como el de consulta para su atención pediátrica

6.2.3.2. Gineco obstetra

Establece la atención de casos especiales según criterio médico de acuerdo al estado del usuario Manejo de las emergencias (aplica metodología TRIAGE) para atender usuarios cuando hay más de una emergencia

Platicar, organizar y controlar el servicio de ginecología y obstetricia en sus diferentes unidades además de prestar atención médica en la especialidad que corresponda, ya sea en consulta externa, hospitalización, interconsultas y guardia médica, con calidad, calidez y ciencia, a los usuarios

Promueve y participa en la elaboración de Protocolos de Atención Clínica de Ginecología y Obstetricia de su Hospital en casos de patologías no contempladas en las Normas de Atención Clínica, ni en Protocolos establecidos y aprobados mediante resolución administrativa de los S.E.D.E.S, basándose siempre en la evidencia científica y lo comúnmente aceptado por la Les Artes Medicae de acuerdo al peral epidemiológico.

6.2.3.3. Medicina Interna

Prestar servicios de hospitalización con criterios de calidad, basada en la cartera de servicios determinada. Los de mayor complejidad deben ser derivados a establecimientos de mayor capacidad resolutive según lo establecido en la norma de referencia y contrareferencia. Atención en el Servicio de Emergencias dando cumplimiento a la normativa técnica del expediente clínico.

6.2.4. ENFERMERA

a **Licenciada en Enfermería:** Conducir los procesos de atención de Enfermería consulta externa, urgencias y emergencias e internación del Servicio de Pediatría y Neonatología, en forma Integral con calidad y calidez de acuerdo a lo establecido en los Protocolos de Enfermería para Pediatría, Neonatología y

Ginecología, Formar parte de comités hospitalarios Apoyar en la realización de auditorías médicas.

Participar activamente en la organización y funcionamiento de los ciclos de mejoramiento continuo de la calidad. Mantener la confidencialidad de la documentación e información referente a las usuarias y usuarios del Hospital.

b. Auxiliar de Enfermería: Brindar atención en consulta externa, urgencias y emergencias e internación. Apoyar la realización de Auditorías de Salud Internas.

6.2.5. PERSONAL DE AFILIACIÓN DEL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

Personal brinda una protección adecuada del Archivo de los Expedientes Clínicos, para su mejor manejo teniendo en cuenta que los mismos son documentos legales e importantes.

6.2.6. USUARIO EXTERNO

Es toda persona natural o jurídica que demanda atención profesional médica o atención de salud. ⁽¹⁰⁾

6.2.7. USUARIO INTERNO

Es toda persona natural o jurídica que demanda servicios del establecimiento de salud donde se desempeña, para el cumplimiento de sus funciones habituales.

⁽¹⁰⁾

6.2.8. OPONENTES

Son las instituciones privadas que venden sus servicios al cliente externo.

7. CONTEXTO DEL LUGAR DE INTERVENCIÓN

El Hospital de Segundo Nivel de Viacha, es una institución pública:

Ubicado en la Calle Beni S/N, entre Av. Hernando Siles y Av.20 de octubre (Viacha)

Cuenta con un personal calificado para el desempeño de sus funciones, tanto en el área médica, paramédica como administrativa.

La estructura de la consulta médica externa cuenta con las siguientes especialidades:

a) Consulta Externa

Ginecología y Obstetricia

Medicina Interna

Cirugía

Traumatología

Odontología

b) Servicios de Hospitalización:

Emergencias

c) Servicios auxiliares de Diagnóstico:

Laboratorio Clínico

Farmacia

Ecografías

Rayos X

d) Bioestadística

Trabajo Social

Archivo Medico

e) Jefatura de Enfermería

Licenciadas en Enfermería

Auxiliares de enfermería

f) RR. HH

g) Servicios generales

Recepción y telefonía

Limpieza

Limpieza de laboratorio

Limpieza de Sala de partos

Lavandería

Serenos

Mantenimiento

8. OBJETIVOS

8.1. OBJETIVO GENERAL

a. Estrategia de mejora, para el correcto Manejo del Expediente Clínico del Servicio de Emergencias, en los contenidos General, específico y Adicional, en el Hospital de Segundo Nivel de Viacha dela Red N°6, Gestión 2018.”

8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a. Revisar los expedientes clínicos del servicio de emergencias de la gestión 2018, en la unidad de archivos, mediante un análisis crítico-lógico de los componentes General, Específico y Adicional.

b. Elaborar una propuesta de implementación en el reglamento interno para el servicio de emergencia, la aplicación de la Norma Técnica para el Manejo del expediente clínico, eficiente, pertinente y satisfactorio.

9. RESULTADOS

La Norma Técnica Para El Manejo Del Expediente Clínico, El método se sustentó en un instrumento de estudio como es un cuestionario de verificación de los componentes general, contenido específico y adicional del expediente clínico del Servicio de Emergencias de pacientes atendidos en el Hospital 2do Nivel de Viacha del Distrito n°6 del Municipio de Viacha, de la gestión 2018. Se obtuvo los siguientes datos de los siguientes ITEMS: La Historia Clínica propiamente dicha datos generales y aspectos técnicos médicos que revisando 100 expedientes clínicos de emergencias en el área de archivos los 100 expedientes clínicos estaban conformados por hoja de internación, hoja térmica, Historia Clínica Propiamente dicha, evolución y tratamiento. Sé reviso el formulario de consentimiento informado en los 100 expedientes clínicos solo en 6 se evidencio la presencia de este formulario. Respectó al formulario de las ordenes medicas de 100 expedientes clínicos solo 30 expedientes clínicos contaban con este formulario, el formulario de las notas de evolución e interconsulta o informes de junta médica 20 de 100 expedientes clínicos revisados, respectó a los informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica 17 están con informes y 83 no tienen la interpretación del examen que es complementario para un diagnóstico definitivo del paciente ,los elementos de enfermería que están conformados de notas de tratamiento y medicamentos administrados, hoja de evolución de enfermería, kardex de enfermería que estos van en los expedientes de archivos, hoja de control de líquidos administrados y eliminados, en los 100 expedientes clínicos de emergencia revisados 14 cuentan con estos formularios, resumen de atención y orientación y prescripción de 100 expedientes clínicos de emergencia ninguno cuenta con este formulario. Verificando los documentos administrativos que entre estos se encuentra nota de ingreso o admisión, nota de egreso o nota de alta solicitada transferencia, nota de referencia y contra referencia, informes de emergencias de 100 expedientes clínicos de emergencia se observó solo 4 formularios. Los formularios del ítem

de adicionales como es informes de auditoría interna, especial e inducida sabemos que la auditoria interna dentro de una institución es para poder esclarecer dudas sobre los procedimientos y a su vez recomendaciones que serán emitidas por un Comité del Expediente Clínico.

10. ACTIVIDADES

10.1. TALLERES DE ACTUALIZACIÓN DE LA NORMATIVA AL PERSONAL DE FILIACIÓN

Como primer paso se debe **actualizar al personal de afiliación y archivos**, Enfermeras, Médicos sobre el contenido de la Norma Técnica del Expediente Clínico para elaborar un reglamento interno para empiezo de la sistematización del orden en el contenido general, específico y adicional del Expediente Clínico del Servicio de Emergencias, con la finalidad de concientizar un uso eficiente del expediente clínico, y así efectivizar la atención médica en esta institución de atención pública.

10.2. TALLERES DE ACTUALIZACIÓN DE LA NORMATIVA AL PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS

De la misma forma el área de **Recursos Humanos debe actualizarse en la Norma Técnica del Expediente Clínico**; de acuerdo a las áreas como son los de Afiliación, Enfermeras y Médicos. de esta forma también se podrá efectivizar el servicio de salud, y será una forma eficiente tanto como para pacientes, como para el personal que atiende.

10.3. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS

Se debe conformar con los jefes de área.

10.4. SE REALIZAN AUDITORIAS INTERNAS DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE EMERGENCIAS.

Con realización de Cronogramas semanales, mensuales.

11. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE LOS OBJETIVOS

- a)** El 85% de los expedientes clínicos cumple con la Normativa Técnica del Expediente clínico
- b)** El 70% de los expedientes clínicos tienen correcto llenado de los componentes general, específico y adicional, con firmas sellos, para el resguardo en la Unidad de archivos
- c)** El 73% del personal de salud cumple y tiene conocimiento del reglamento interno del manejo del Expediente Clínico.
- d)** El 76% de Recursos humanos con conocimiento en el manejo del Expediente Clínico de Emergencias

12. FUENTES DE VERIFICACIÓN

- a)** Memorándum de Nombramiento del Comité del Expediente Clínico
- b)** Acta citación de reuniones recursos humanos médicos, enfermeras y afiliación
- c)** Libro de actas de las reuniones con recursos humanos médicos, enfermeras y afiliados.
- d)** Memorándum de Felicitaciones por jefatura de recursos humanos a personal capacitado en el orden de los contenidos general, específico y adicional del expediente clínico
- e)** Libro de Acta de reuniones
- f)** Libro de actas de Expedientes clínicos Auditados.

13. SUPUESTOS

- a)** Nuevo personal de salud de emergencias sin actualización en el conocimiento de los componentes general, específico y adicional del expediente clínico de emergencias de acuerdo a la Normativa Técnica en el Manejo del Expediente Clínico.
- b)** Personal que migre a otra institución de salud
- c)** Personal de Salud de emergencias no actualizado en el Manejo Técnico del Expediente Clínico.
- d)** Personal de Filiación y Archivos no actualizado en el Manejo Técnico del expediente Clínico
- e)** Las rotaciones continuas de los responsables como la Dirección de Salud no afecta al proyecto por el cumplimiento del reglamento interno
- f)** Predisposición para la continuidad del trabajo en equipo multidisciplinario
- g)** Las rotaciones continuas de los responsables de Recursos Humanos.
- h)** Las rotaciones continuas del personal de salud no afectan el trabajo coordinado,
- i)** Rotación de Director del Hospital de 2do nivel no afecta el proceso del proyecto.
- j)** Recursos humanos competentes en el manejo de la norma del Expediente Clínico trabajan con muchas iniciativas.
- k)** Recursos humanos de Planta competentes en el manejo de los componentes general, específico y adicional del expediente clínico de emergencias

14. ANÁLISIS DE VIABILIDAD

La viabilidad del proyecto se basa en la Acreditación de la Institución, a través del cumplimiento de normas emitidas por el Ministerio de Salud, además que el proyecto responde de manera efectiva a lineamientos de normas emitidas por el Estado Plurinacional de Bolivia.

14.1. VIABILIDAD TÉCNICA

Permite determinar la calidad y coherencia de la información relacionada con el objetivo mismo del proyecto, sus planteamientos básicos, la dimensión de las variables que intervienen soluciones y actividades.

El Proyecto: ESTRATEGIA DE MEJORA PARA EL CORRECTO MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS, DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE VIACHA DE LA RED N°6, VIACHA. LA PAZ, GESTIÓN 2018”

Cuenta con personal de salud eficiente para desarrollar cada una de las etapas del proyecto

Habiendo desarrollado estrategias de intervención que cumplan con las necesidades de nuestra población estudio que son los testimonios de los pacientes en su salud-enfermedad.

14.2. VIABILIDAD LEGAL

El presente Proyecto de **“ESTRATEGIA DE MEJORA PARA EL CORRECTO MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS, DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE VIACHA DE LA RED N°6, VIACHA LA PAZ, GESTIÓN 2018**, la ley del Estado Plurinacional de Bolivia por el contrario está amparado en el Artículo 35 Parágrafo I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas

orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

14.3. VIABILIDAD ECONÓMICA

Al finalizar el proyecto la inversión realizada se verá justificada en la mejora continua de los recursos humanos en el manejo de los contenidos General, Específico y Adicional del Expediente Clínico del servicio de emergencias del Hospital de Segundo Nivel de Viacha de la Red.Nº6

14.4. VIABILIDAD AMBIENTAL

El presente proyecto no presenta ningún impacto ambiental debido a que esta se basa a Cumplimiento de la Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico.

14.5. VIABILIDAD DE GESTIÓN

El equipo que trabaja en el proyecto cuenta con las habilidades necesarias para manejar y gestionar todo lo necesario para el desarrollo efectivo del proyecto.

15. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

El estudio de análisis de factibilidad es un instrumento que sirve para orientar la toma de decisiones en la evaluación de un proyecto. Se formula con base a la información que se tiene la menor incertidumbre posible para medir las posibilidades de éxito o fracaso de un proyecto de inversión apoyándose en él se tomara la decisión de proceder o no con su implementación:

15.1. FACTIBILIDAD SOCIAL

El proyecto de **“ESTRATEGIA DE MEJORA PARA EL CORRECTO MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS, DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE VIACHA DE LA RED N° 6, VIACHA LA PAZ, GESTIÓN 2018”**, y logrando un mejor trabajo en el área de emergencias que sea beneficioso tanto para la sociedad como para el personal de salud.

15.2. FACTIBILIDAD ECONÓMICA

El proyecto de **“ESTRATEGIA DE MEJORA PARA EL CORRECTO MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS, DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE VIACHA DE LA RED N°6, VIACHA LA PAZ, GESTIÓN 2018”**, aplicando dichas estrategias, se hará que se tenga una mejor atención que favorezca tanto al personal de salud como a los pacientes que acuden a esta área.

15.3. FACTIBILIDAD DE GÉNERO

Desde el punto de vista de la construcción social de género consideramos que no existe ningún factor que refiera que el **“ESTRATEGIAS DE MEJORA PARA EL CORRECTO MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS, DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE VIACHA DE LA RED N°6**, favorece al testimonio salud enfermedad del cliente externo.

El proyecto está destinado al cumplimiento de la Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico, que es el conjunto básico y fundamental para el registro de las características del proceso salud enfermedad que se presenta en un determinado paciente, sirviendo además como instrumento testimonial que evalúa las condiciones de funcionamiento de cualquier servicio de salud.

15.4. FACTIBILIDAD CULTURAL

Los usuarios externos que acuden para su atención para su salud –enfermedad profesan diferentes religiones, por lo cual tomamos esto como un patrón cultural el cual no dificulta el proyecto. El proyecto **“ESTRATEGIAS DE MEJORA PARA EL CORRECTO MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE VIACHA DE LA RED N°6 LA PAZ, GESTION 2018”**

16. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

El presente proyecto contara con el financiamiento del POA 2018, por las partidas **32900** útiles de escritorio y oficina, número de partida **26700** capacitación del personal, partida número **31110** gastos destinados a refrigerios.

16.1. SOSTENIBILIDAD SOCIAL

En el ámbito social se cuenta con el apoyo de los recursos profesionales médicos, personal técnico y filiación y archivos.

16.2. SOSTENIBILIDAD POLÍTICA

En el ámbito político REGLAMENTO INTERNO DE PERSONAL DEL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ Artículo 4.-(Responsable y ámbito de aplicación) El responsable de la aplicación del presente Reglamento Interno, es el Director Técnico del Servicio Departamental de Salud La Paz, a través de la Unidad de Recursos Humanos, jefaturas de personal de cada establecimiento de salud y/o los responsables de administración de personal en las instancias pertinentes. ⁽¹¹⁾

Siendo su ámbito de aplicación a la totalidad a de los servidores públicos del Servicio Departamental de Salud La Paz, establecimientos públicos de primer nivel de atención, segundo nivel de atención (Hospitales públicos generales) y de tercer nivel de atención (Hospitales Públicos Especializados) incluyendo a los Institutos especializados, que tienen relación de dependencia del S.E.D.E.S La Paz, quedando obligados al fiel cumplimiento del mismo.

La Unidad de Recursos Humanos, jefaturas de personal y responsables de personal, de los establecimientos públicos de salud correspondientes que dan encargados de su difusión y ejecución correspondiente.

Artículo 5.- (**Atribuciones de vigilancia y control**) La Prefectura del departamento como Órgano Rector de la Administración de Personal tiene la atribución de vigilar la aplicación adecuada de la presente disposición legal ⁽¹⁰⁾

Artículo 6.- (**Previsión**) En caso de presentarse un vacío, contradicción y/o diferencia en la interpretación del presente Reglamento, tendrán carácter supletorio, los alcances y previsiones establecidas en las normas señaladas en el Artículo 2, y en su defecto las de otras ramas jurídicas que correspondan a la naturaleza y fines del caso particular. ⁽¹¹⁾

17. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO

Cumplimiento de la Norma Técnica para el manejo del expediente clínico, estableciendo la elaboración de manera obligatoria que el expediente clínico este con sus contenidos General, Específico y Adicional documentadas, en todos los servicios de acuerdo a las especialidades que intervengan.

- Estandarizar el manejo habitual del expediente clínico
- Sistematizar la Conservación del Expediente Clínico.
- Sistematizar y conformar expediente familiar
- Brindar calidad al Cliente Externo que acude al servicio de emergencias del Hospital de 2do Nivel de Viacha.

18. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

El presente proyecto contara con el financiamiento del POA-2018, por las partidas 32900 útiles de escritorio y oficina, número de partida 26700 capacitación del personal, partida número 31110 gastos destinados a refrigerios.

Tabla 4 - PRESUPUESTO EN EL POA

Nº DE PAR	DESCRIPCION	UNIDAD	PRECIO	CANTIDA	PRESUPUESTO POA 2018												MONTOS
					CRONOGRAMA DE REQUERIMIENTO												
					ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ESTIMADOS
32900	UTILES DE ESCRITORIO Y OFICINA																BS
	FOLDER PLASTICO	PIEZA	17	50				X									850
	FOLDER CARTULINA AMARILLA	PIEZA	14	1000								X					14,000
	LIBRO DE ACTAS	PIEZA	10	3.20		X											32
	CDs TIPO VIRGEN 700MB CON TAPA PIEZA	PIEZA	28														0
	BOLIGRAFOS DIFERENTES COLORES	PIEZA	100	1.20		X											120
	MARCADOR GRUESO DE DIFERENTES	PIEZA	9.80	20													196
	TONER HP LASSER JET2035	PIEZA	480	1					X								480
	PAPEL BONN TAMAÑO CARTA	PIEZA	30	2													60
26700	CAPACITACION PERSONAL	GLOBAL															1.068.50
31110	GASTOS DESTINADOS PARA REFRIGERIOS	UNIDAD	20	50		X	X	X	X								4000

FUENTE: Elaboración Propia, sobre requerimiento del proyecto, 20418

19.BIBLIOGRAFIA

1. UP A. Reposicion Nacional Digital España: Available From; 2013.
2. Uribe. Antonio. 2013th ed. Humana M, editor. Trujillo: Avaliable From; 2013.
3. Antonio UP. Repositorio Nacional Digital. [Online].; 2013 [cited 2021 Septiembre 10. Available from: <http://repositorio>.
4. Ramiro T, Alberto NJ, Cusi Emilio AM. Norma Tecnica para el Manejo del Expediente Clinico La Paz: MS y D Comision Nacional de Calidad en Salud y Auditoria; 2008.
5. E. MA. Constitucion Politica del Estado Plurinacional de Bolivia La Paz: Talleres Gaceta Oficial de Bolivia; 2009.
7. Congreso H. Control de Adminitracion Gubernamental de Recursos del Estado La Paz: Gaceta Oficial del Estado; 1999.
8. V.E. R. Ley del Ejercicio Medico numero 3131 La Paz: Gaceta Oficial de Bolivia; 2005.
9. H. R, Juridica. U. Reglamento Interno Servicio Departamental de Salud La Paz LaPaz: Servicio Departamental de Salud; 2002.
10. E. MA. Decreto Supremo Numero 29601 La Paz: Gaceta Oficial de Bolivia; 2008.
- 11 Fajardo Ortiz G. Cuatro etapas en la historia del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, Subdivisión de Educación Continua, División de Estudios de Posgrado Medicina Fd, editor. Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México; 2014.

ANEXOS

ANEXOS 1 - SECTOR SALUD

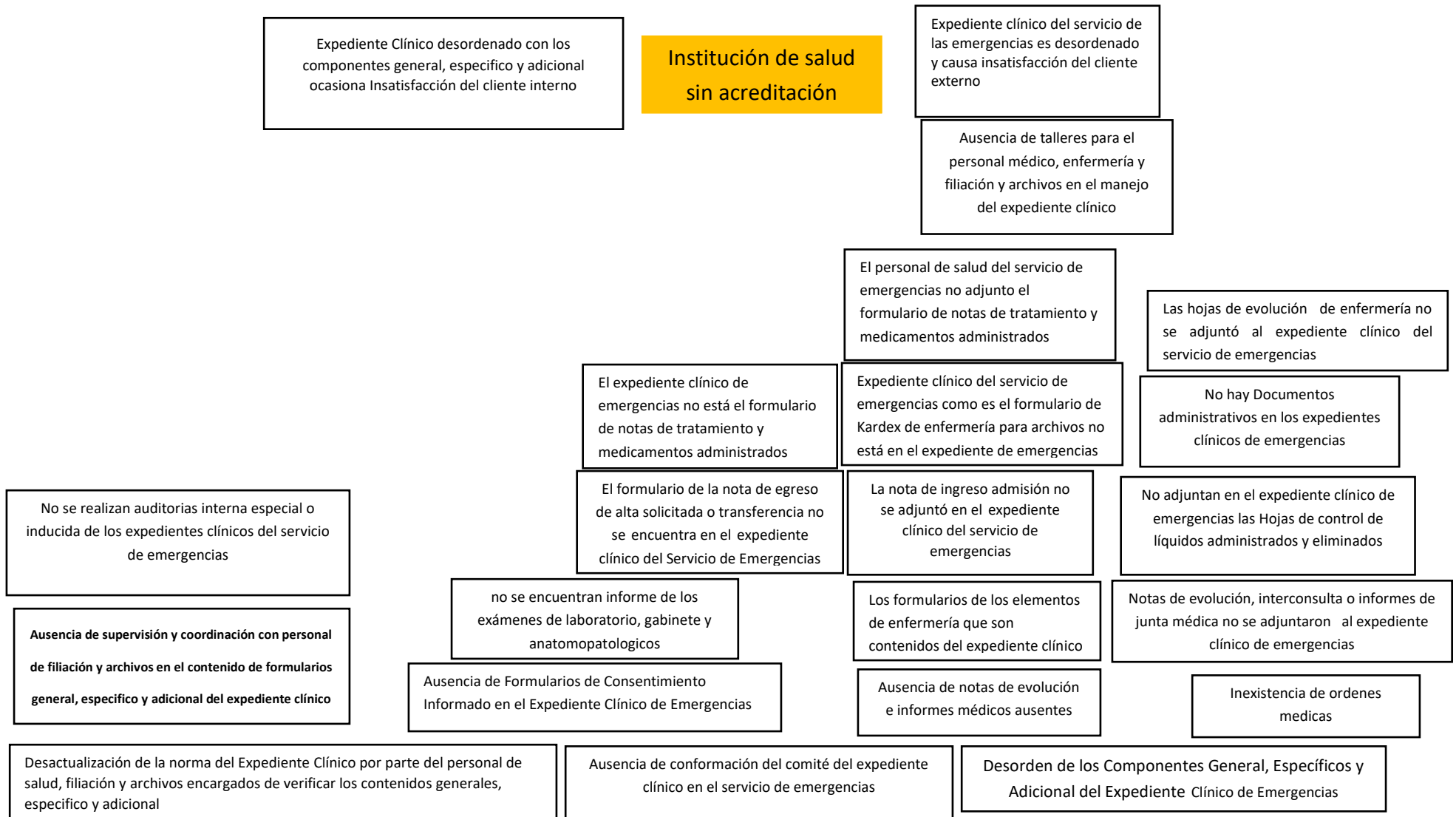
NMERO	GRUPO	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MADATOS
1	DIRECTOR DEL HOSPITAL DE 2DO NIVEL DE VIACHA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisión del cumplimiento de la Norma Técnica para el manejo del expediente clínico 2. Manejo del Expediente Clínico de Emergencias 3. Cumplir y hacer cumplir las Leyes y disposiciones, reglamento interno y otras normas que rigen la organización funcionamiento y actividades 4. Participar en reuniones Técnicas de Directores de la RED NUMERO 6 DE VIACHA 5. Cumplir y hacer cumplir las resoluciones del Consejo Tecnico, con derecho a representarlas en caso de ser contrarias al ordenamiento legal vigente 6. Proponer Politicas, planes y proyectos al Consejo Técnico acordes con la Misión Institucional 7. Supervisión de satisfacción de los usuarios internos y externos 8. Buena Imagen Institucional 9. Realizar auditorías internas 10. Evitar auditorías externas 11. Acreditacion del Hospital de 2do Nivel de Viacha 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconocimiento de la Norma Técnica para el manejo del expediente clínico 2. Desorden del Expediente clínico de emergencias 3. Ausencia de formulario de consentimiento informado 4. Ordenes medicas ausentes 5. Notas de evolución, interconsulta o informes medico ausentes 6. Informes de exámenes de laboratorio, gabinete, anatomopatologicos no interpretados 7. Elementos de enfermería 8. Notas de tratamiento y medicamentos administrados 9. Kardex de enfermería en los expedientes de archivos 10. Hoja de Control de líquidos administrados y eliminados 11. Resumen de atención y orientación y prescripción al paciente. 12. Documentos administrativos 13. Nota de ingreso de admisión 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constitución Política del Estado (Mandato) 2. Ley N° 3131 del 8 de agosto 2005 (Mandato) 3. Manual de Organizaciones y Funciones del S.E.D.E.S. (Recurso Autoridad Formal) 4. Instrumentos Normativos de Calidad del Programa Nacional De Calidad en Salud (PRONACS) (Mandato) 5. LEY No 1152 del 20 de febrero de 2019 LEY MODIFICATORIA A LA LEY N° 475 DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013, DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, MODIFICADA POR LEY N° 1069 DE 28 DE MAYO DE 2018. "HACIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, UNIVERSAL Y GRATUITO"

			<p>14. Nota de egreso o nota de alta solicitada, transferencia</p> <p>15. nota de referencia o contrareferencia</p> <p>16. Informe de emergencia</p> <p>17. Informes de auditorías internas, especial e inducida</p> <p>18. Ausencia de conformación del comité del expediente clínico</p> <p>19. Desactualización de personal médico, enfermeras en el conocimiento del expediente clínico de emergencias acorde a la normativa técnica del manejo del expediente clínico</p> <p>21. Inexistencia del Reglamento interno</p> <p>Insatisfacción del Cliente interno</p> <p>22.. Insatisfacción del cliente externo</p> <p>23. Institución de Salud sin acreditación</p> <p>24. Ausencia de talleres para el personal médico, enfermería y filiación y archivos en el manejo del expediente clínico</p>	
2	MEDICOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS	<p>1. Implementar la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico</p> <p>2. El contenido administrativo proporciones datos generales que permita identificar en forma sencilla a cada paciente.</p> <p>3. El contenido de los expedientes clínicos general, específico y adicional del servicio de emergencias estén desordenados</p> <p>4. El formulario de consentimiento informado no se encuentre en el expediente clínico del servicio de emergencias.</p> <p>5. Informes de los exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica no se encuentren en el expediente clínico del servicio de emergencias.</p> <p>6. Notas de tratamiento y medicamentos administrados no se encuentran descritos en la hoja de evolución del expediente clínico del servicio de emergencias.</p> <p>7. Hoja de evolución no se encuentra llenado por el personal de enfermería.</p>	<p>1. Desactualización en la Norma Técnica para el manejo del expediente Clínico del servicio de emergencias</p> <p>2. Contenido general, específico, adicional del expediente clínico del servicio de emergencias no tiene los formularios de consentimiento informado</p> <p>3. No se tiene conformado el Comité del Expediente Clínico.</p>	<p>1. Constitución Política del Estado (Mandato)</p> <p>2. Ley 1178 (S.A.F.C.O.) (Mandato)</p> <p>3. Ley 3131 de 8 de agosto de 2005 (mandato)</p> <p>4. Norma Técnica Para el Manejo Expediente Clínico (Mandato)</p> <p>4. Reglamento Interno (Recurso: Autoridad Designada)</p>

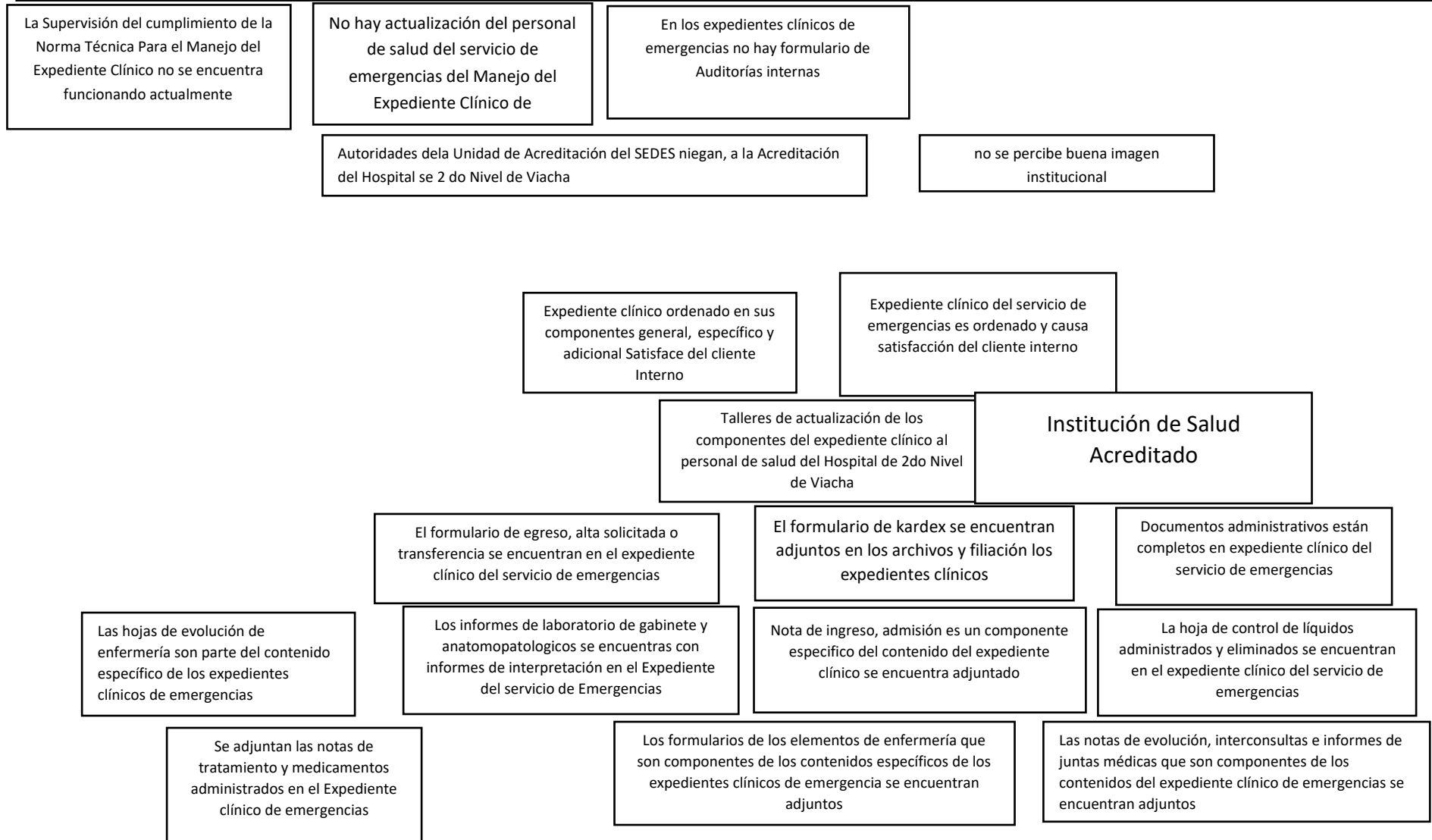
		<p>8.-Kardex de enfermería no se encuentran en los expedientes clínicos del servicio de emergencias para archivos de filiación</p> <p>9.No se encuentran los formularios de líquidos administrados y eliminados en los expedientes clínicos del servicio de emergencia</p> <p>10.Resumen de atención y orientación y prescripción al paciente en los expedientes clínicos del servicio de emergencias.</p> <p>11.Documentos administrativos: notas de ingreso o admisión, nota de egreso o nota de alta, nota de referencia y contrareferencia, informes de emergencias</p> <p>12.Contenido adicionales como informes de auditoría interna especial o inducida, ficha social, autorización de salida temporal, certificado médico, recetas, formularios o fichas de programas específicos cuando corresponda, (programas de TBS, ETS, quimioterapia, AEPI, desnutrición, historia clínica, perinatal y otros.</p> <p>13.El contenido asistencial incluya todos los documentos referidos al proceso salud enfermedad de la persona durante la consulta, hospitalización y seguimiento ambulatorio, avalados por quienes participan en su atención</p> <p>14. Que el personal encargado de filiación del paciente conozca la norma técnica para el manejo del expediente clínico</p>	<p>4.No se realizan auditoria interna especial inducida</p> <p>5.Personal de Archivos y filiación no se actualizan en el manejo de los contenidos general, específico y adicional de la norma técnico del Expediente Clínico</p> <p>6.Problemas con la falta de formularios del expediente clínico del servicio de emergencias de contenidos general, específico y adicional</p> <p>7.Personal de archivos no conoce los contenidos del expediente clínico de emergencias</p> <p>8. Problemas con clientes externos por falta de ordenamiento, paginación, claridad, pulcritud, precisión en la descripción, apoyo gráfico.</p>	
3	ENFERMERAS	<p>1.Actualizarse en el manejo del manejo del expediente clínico</p> <p>2.Conocer el reglamento interno</p> <p>3.Que el personal de enfermería de calidad de atención a los clientes externos e internos</p> <p>4.Que los componentes general, específico y adicional del expediente clínico del servicio de emergencias este llenados con letras legibles por el personal de enfermería</p>	<p>1.Desactualizacion de la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico por parte del personal de enfermería</p> <p>2.Desorden de los componentes del Expediente Clínico de Emergencias</p>	<p>1.Constitucion Plurinacional de Bolivia</p> <p>2. Ley SAFCO N°1178</p> <p>3. Reglamento interno</p>

4	PERSONAL DE FILIACION Y ARCHIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer la Normas Técnicas para el Manejo del Expediente Clínico 2. Brindar protección adecuada, resguardo de las Historias Clínicas 3. Que sus componentes General, específico y adicional del Expediente Clínico del servicio de Emergencias estén completos para su mejor manejo, teniendo en cuenta que los mismos son documentos legales 4. Usar la información de los registros médicos, para crear un registro ordenado y posteriormente sistematizar 5. Realizar censo diario de pacientes hospitalizados, bajo registro y llenado de formularios de censo y recolección de documentos de interacción de pacientes dados de alta, mismos que tienen que ser ordenados para su cuidado y posterior archivo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desactualización en el conocimiento de la Norma Técnica para el Manejo del expediente clínico. 2. Expedientes Clínicos incompletos en contenido general, específico y adicional 3. Archivos de Historia Clínicas sin registro de codificación de acuerdo a Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico 4. Reclamos del personal médico por pérdida de los Componentes del Expediente Clínico General, específico y adicional. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constitución Política del Estado (Mandato) 2. Políticas y Administración de Hospitales (Mandato) 3. Ley SAFCO N° 1178 y sus subsistemas (Mandato) 4. Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios Decreto Supremo N° 0181 de 28 de junio de 2009. (Mandato)
5	PACIENTE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir atención continuada sin discriminación de ninguna naturaleza 2. Ser atendido con esmero y respecto a su dignidad de persona 3. Ser debidamente informado sobre su presunto diagnóstico, tratamiento y pronóstico por el médico tratante y registrado en la hoja de evolución 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La atención no es continuada por desorden del contenido general, específico y adicional en el expediente clínico 2. A no recibir información de la patología que padece por insuficiente contenido general, específico y adicional en su expediente clínico 3. Insatisfacción del cliente externo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia Art. 18 I, II, III 2. Decreto Supremo N° 29601 Modelo de Salud Familiar Intercultural y Comunitario 3. Ley N° 1152 del 20 de febrero de 2019 (SUS)

ANEXOS 2 – ÁRBOL DE PROBLEMAS



ESTRATEGIA DE MEJORA PARA EL CORRECTO MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS, DEL HOSPITAL DE 2DO NIVEL DE VIACHA DE LA RED N°6, VIACHA. LA PAZ, GESTION 2018”



Personal de afiliación y archivos se actualiza en los contenidos general, específico y adicional del expediente clínico de Emergencias

Personal de salud del servicio de emergencias conforme su subcomité del Expediente clínico de emergencias

Se verifica que el orden de los componentes general, específico y adicional del expediente clínico se encuentran conformes

ESTRATEGIA DE MEJORA PARA EL CORRECTO MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS, DEL HOSPITAL DE 2DO NIVEL DE VIACHA DE LA RED N°6, VIACHA. LA PAZ, GESTION 2018”

Formulario de consentimiento informado se encuentra en el expediente clínico de emergencias

Formulario de nota de evolución componente específico se encuentra en el expediente clínico de emergencias

El formulario de ordenes medicas se encuentran en el expediente clínico de emergencias

Se conformó la supervisión del Comité del Expediente clínico en coordinación con el Jefes de la diferentes especialidades y Jefe

Personal de salud del servicio de emergencia se actualiza en el contenido de los componentes general, específico y adicional del expediente clínico del Servicio de Emergencias

En los expedientes Clínicos de Emergencias se adjuntan formularios de auditorías internas

Los usuarios internos se encuentran actualizados en los componentes general, específico y adicional del expediente clínico para la atención del servicio de Emergencias

En el hospital de 2do Nivel de Viacha no se realizan auditorías externas por que se realiza auditorías internas, inducidas acorde a cronograma

Autoridades del SEDES de la Unidad de Acreditación supervisan el Servicio de Emergencia para proceder a la acreditación del Hospital de 2do Nivel de Viacha

Se percibe buena imagen institucional

ANEXOS 3 – CONTENIDO DE ANÁLISIS ALTERNATIVO

CONTENIDOS DE ANALISIS ALTERNATIVO							
CRITERIOS							
ALTERNATIVAS							
ALTERNATIVA	VIABILIDAD TECNICA	VIABILIDAD LEGAL	VIABILIDAD ECONOMICA	VIABILIDAD DE GESTION	VIABILIDAD POLITICA	VIABILIDAD AMBIENTAL	VIABILIDAD GLOBAL
Acreditación del Hospital de 2do nivel de Viacha	10	10	10	10	10	10	60
Expediente clínico del servicio de emergencias es confiable causa satisfacción a las Autoridades Superiores	10	10	10	10	10	10	60
Expediente Clínico con los componentes general, específico y adicional causa satisfacción del cliente interno	10	10	10	10	10	10	60
Personal de afiliación y archivos se actualiza en los contenidos general, específico y adicional del expediente clínico de Emergencias	10	10	10	10	10	10	60
Talleres de actualización de los componentes del expediente clínico al personal de salud del Hospital de 2do Nivel de Viacha de acuerdo a cronograma	10	10	10	10	10	10	60
Las hojas de evolución de enfermería son parte del contenido específico	10	10	10	10	10	10	60

de los expedientes clínicos de emergencias							
Se adjuntan las notas de tratamiento y medicamentos administrados en el Expediente clínico de emergencias	10	10	10	10	10	10	60
Documentos administrativos están completos en expediente clínico del servicio de emergencias	10	10	10	10	10	10	60
El formulario de egreso ,alta solicitada o transferencia se encuentran en el expediente clínico del servicios de emergencias	10	10	10	10	10	10	60
Los informes de laboratorio de gabinete y anatomopatológicos se encuentran con informes de interpretación en el Expediente del servicio de Emergencias	10	10	10	10	10	10	60
La hoja de control de líquidos administrados y eliminados se encuentran en el expediente clínico del servicio de emergencias	10	10	10	10	10	10	60
Nota de ingreso, admisión es un componente específico del contenido del expediente clínico se encuentra adjuntos en el Expediente Clínico de Emergencias	10	10	10	10	10	10	60
Las notas de evolución,interconsultas	10	10	10	10	10	10	60

e informes de juntas médicas que son componentes de los contenidos del expediente clínico de emergencias se encuentran adjuntos							
Los formularios de los elementos de enfermería que son componentes de los contenidos específicos de los expedientes clínicos de emergencia se encuentran adjuntos	10	10	10	10	10	10	60
El formulario de ordenes medicas se encuentran en el expediente clínico de emergencias	10	10	10	10	10	10	60
Formulario de nota de evolución componente específico se encuentra en el expediente clínico de emergencias	10	10	10	10	10	10	60
Formulario de consentimiento informado se encuentra en el expediente clínico de emergencias	10	10	10	10	10	10	60
Se realiza auditorías internas de los componentes general, específico y adicional del expediente clínico se encuentran conformes de acuerdo a la Normativa Técnica del Manejo del Expediente Clínico	10	10	10	10	10	10	60
Personal de salud del servicio de emergencias conforme su subcomité	10	10	10	10	10	10	60

del Expediente clínico de emergencias							
Personal de afiliación y archivos se actualiza en los contenidos general, específico y adicional del expediente clínico de Emergencias	10	10	10	10	10	10	60
En el hospital de 2do Nivel de Viacha no se realizan auditorías externas por que se realiza auditorías internas ,inducidas acorde a cronograma	10	10	10	10	10	10	60
En los Expedientes Clínicos de Emergencias se adjuntan formularios de Auditorías Internas	10	10	10	10	10	10	60
Los usuarios internos se encuentran actualizados en los componentes general, específico y adicional del expediente clínico para la atención del servicio de Emergencias	10	10	10	10	10	10	60
Personal de salud del servicio de emergencia se actualiza en el contenido de los componentes general, específico y adicional del expediente clínico de acuerdo al cronograma emitida en coordinación con los jefes de los diferentes especialidades y el Jefe Médico o Subdirector	10	10	10	10	10	10	60
Se conformó la supervisión del Comité del Expediente clínico en coordinación con el	10	10	10	10	10	10	60

Jefes de la diferentes especialidades y Jefe Médico o Subdirector							
Se percibe buena imagen institucional	10	10	10	10	10	10	60
Autoridades del SEDES de la Unidad de Acreditación supervisan el Servicio de Emergencia para proceder a la acreditación del Hospital de 2do Nivel de Viacha	10	10	10	10	10	10	60

ANEXOS 4 – ESTRUCTURA DEL MARCO LOGICO

ESTRUCTURA DEL MARCO LOGICO				
	OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN	ESTRATEGIA DE MEJORA CONTINUA PARA EL CORRECTO MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS, DEL HOSPITAL DE 2DO NIVEL DE VIACHA DE LA RED N°6, VIACHA. LA PAZ, GESTION 2018"	N° de Expedientes clínicos del servicio de <u>emergencias revisadas</u> Total de Expedientes Clínicos	1.Memorandun 2.Acta de Reuniones 3. Libro de Actas 4. Informe técnico	1.Nuevo personal de salud de emergencias sin actualización en el conocimiento de los componentes general ,específico y adicional del expediente clínico de emergencias de acuerdo a la Normativa Técnica en el Manejo del Expediente Clínico
PROPOSITO	Contribuir a la acreditación del Hospital de 2do Nivel de Viacha	<u>N° de asistentes al taller</u> Total de RRHH	1.Lista de asistencia a la actualización 2.Libro de actas 3.Fotos de los expedientes clínicos 4. Expediente clínicos que cumplen la norma	1.Personal que migre a otra institución de salud
COMPONENTES	Expedientes Clínicos de Emergencias con los componentes General, Específico y Adicional se encuentran en el Servicio de Archivo y afiliación de acuerdo a Normativa Técnica en el Manejo del Expediente Clínico	N° de expedientes <u>clínicos de Emergencias supervisados</u> Total, de Expedientes Clínicos de Emergencias	1.Libro de actas del Comité del Expediente Clínico 2.Lista de asistentes 3.Fotografías	1. Personal de Salud de emergencias no actualizado en el Manejo Técnico del Expediente Clínico. 2.Personal de Filiación y Archivos no actualizado en el Manejo Técnico del expediente Clínico
ACTIVIDADES	1.-Talleres de actualización a personal de salud sobre la norma Técnica del Manejo expediente clínico 2.-Personal médico de emergencias pone en práctica adjuntado todos los	N° Personal de Salud actualizado en el Manejo Técnico del Expediente <u>Clínico</u> N° total de Personal de Salud	1.Libro de actas de Recursos Humanos 2.Instructivos	1 Nuevos. Recursos humanos con desconocimiento en el manejo de la Norma del Expediente clínico que se actualizara en coordinación con RRHH.

	<p>componentes como son el general, específico y adicional con talleres para actualización y revisión de Expedientes Clínicos específicos del Servicio de Emergencias con sus contenidos general, específico y adicional en situ</p> <p>3.-Personal de Enfermería coordina con los Talleres para ordenar los expedientes clínicos con sus contenidos general, específico y adicional para todo el personal de enfermería</p> <p>4.Personal del área de archivos para talleres en el manejo del expediente clínico en el contenido general, específico y adicional</p>			
Existencia del reglamento interno para Manejo Técnico del expediente clínico elaborado por el Comité del Expediente clínico				
Expedientes Clínicos con los componentes general, específico y adicional en orden en filiación y archivos				
Personal de afiliación y archivos ordenan los expedientes clínicos del servicio de emergencias con los contenidos de los expedientes general, específico y adicional				
PERSONAL DE SALUD ACTUALIZADO EN EL CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVA TECNICA DEL EXPEDIENTE CLINICO				



INSTRUCTIVO

Mediante el presente, se instruye a todo el personal Médico, Especialistas, Enfermeras y Administrativos del Hospital de Segundo Nivel Viacha, con carácter obligatorio asistir a la capacitación de "Manejo de Expediente Clínico", el mismo que se llevará a cabo en fecha 29 de Julio de la presente gestión a partir de horas 11:00 a.m. en el auditorio del Hospital.

Se otorgará certificados de capacitación.

Tomar en cuenta el presente instructivo.

Viacha, 19 de Julio del 2019.



W. Lamachi Quiroz
Dra. Wilma Lamachi Quiroz
DIRECTORA a.i.
Hospital Segundo Nivel Viacha

SE CON
ESPECI
ADMIN
EL DÍA
LLEVA
ASIST
Viach





Cite: DIR/HSNV/INSI/34/2019.

INSTRUCTIVO

Mediante el presente, la dirección y administración y RR.HH. instruye a todo el personal Médico, paramédico y enfermeras, del Hospital de Segundo Nivel Viacha, con carácter obligatorio cumplir las normas de manejo de expedientes clínicos, es el conjunto documental básico y fundamental para el registro de las características de proceso salud-enfermedad, según la resolución 0090, artículo 29 tiempo de permanencia del expediente clínico en las distintas áreas, una vez concluida dicha asistencia, el expediente clínico será reintegrado a la unidad de Archivo y estadística en los siguientes plazos:

- Expediente clínico procedentes en emergencias en 24 horas.
- Expediente clínico procedentes altas de hospitalización en 48 horas.
- Expediente clínico procedentes de consultorio Externo en 24 horas.
- El incumplimiento al presente instructivo, será pasible a la sanción con un día de haber, sin reclamo posterior.

Viacha, 19 de Julio del 2019.

Dra. Wilma Lamoche Quiroz
DIRECTORA a.i.
Hospital Segundo Nivel Viacha



Dirección: Ubicado en Calle Beni S/N, entre Av. Hernando Siles y Av. 20 de Octubre (Viacha)
Teléfono (FAX): 2800304

