

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y SEMINARIOS



TESIS DE GRADO

**“NECESIDAD JURÍDICA DE IMPLEMENTAR NUEVO SISTEMA
DE ELABORACIÓN Y REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS,
PARA DISMINUIR EL PROBLEMA DEL ERROR MÉDICO,
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”**

(Tesis para optar al grado de Licenciatura en Derecho)

Postulante: Jhonny Hernán Cáceres Gonzáles

Tutor : Dr. Aldo Espinoza Irusta

La Paz - Bolivia

2009

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi amada familia, a mis Padres Leoncio y Rosa fundadores de una gran familia inspirado en su sacrificio, esfuerzo, valores, y por sobre todo su Fe en Dios, y el amor hacia sus hijos, a mis Hermanos y Hermanas por su apoyo y ejemplo de vida, a mis queridos sobrinos (nas). En especial dedicado con mucho amor a Rosa mi compañera por su paciencia, y a mi hermano mayor Alfredo (Fiquito) en el cielo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la UMSA, donde aún se forman Profesionales de respeto, mi agradecimiento especial a mi Tutor de Tesis Dr. Aldo Espinoza por su abierta y desinteresada colaboración al presente trabajo, a la Dra. Aide Vásquez Jiménez, al Dr. Manuel Jemio Vera y Dr. Enrique Valda, miembros del tribunal examinador, finalmente al Dr. Edgar Zeballos Sánchez por su orientación y apoyo como docente y amigo.

DESARROLLO DEL DISEÑO DE PRUEBA

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, uno de los problemas que más atingen y preocupan a la población boliviana es la salud, vemos que de un tiempo a esta parte las constantes denuncias en medios de comunicación y en estrados judiciales por mala práctica médica han aumentado de forma considerable, estas denuncias se enfocan principalmente en la persona del Médico a quien atribuyen toda la responsabilidad denominando a todo “Negligencia médica”, descartando investigar otras posibles causas donde se originaría el mal, por ejemplo el deficiente sistema de elaboración y registro de historiales clínicos, en hospitales del SNS.

El Sistema Nacional de Salud SNS es cabeza de sector de todos los entes gestores de la Seguridad Social, la institución mas importante es la Caja Nacional de Salud CNS, encargada de prestar el servicio de salud a los afiliados del seguro social a corto plazo. La CNS esta compuesta de varios **sistemas médico hospitalarios**, uno de estos sistemas es el “**Sistema de elaboración y manejo de Historiales Clínicos**”, este sistema presenta en la actualidad una serie de deficiencias, formales y estructurales, las que originan el problema del error médico, que en último término ponen en riesgo la salud del paciente y sus derechos jurídico legales.

A nivel internacional la OMS y la OPS emitieron normativas y protocolos médico hospitalarias diseñando un modelo de Historial Clínico y su sistema de registro 1er. *Congreso de Chicago Health World Humanity, (1967)*, luego el *Congreso Panamericano de Salud (1978)*. La primera institución en salud del país que adopto este modelo fue la Caja Nacional de Salud CNS, sistema que ha venido utilizándose durante las últimas décadas, pero lamentablemente no ha tenido cambios ni actualizaciones, salvo algunas excepciones, pero en el fondo el sistema continua manejándose bajo “*el viejo modelo de registro manual*” de Historiales Clínicos.

En la parte teórica en función a la hipótesis planteada, se revisan las teorías y literatura escrita relacionada a conocimientos médicos, técnicos y jurídicos. Se analizan la normativa y protocolos médico hospitalarios de manejo de sistemas hospitalarios relacionados a sistemas de historiales clínicos. Además se toma conocimiento que en la normativa y protocolos médico hospitalarios internacionales investigados se evidencia que nuevos sistemas de Registro de Historiales Clínicos fueron implementados en hospitales de Estados Unidos y la Comunidad Europea, con modelos y formatos de formularios clínicos bajo un sistema Informático que brindan mayor efectividad y control médico hospitalario.

En el acápite legal, se revisó la normativa jurídico-médica vigente referente al tema, se contrastó los derechos en salud del paciente y los derechos del médico, se describe como la normativa médica, código de salud, código de ética, especialmente la “Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico y su reglamento D.S. N°28562 con este sistema no llegan a materializarse.

Jurídicamente cada documento sometido a juicio, debe brindar seguridad jurídica como prueba documental, para ser idóneo, actual, verificable, debe brindar autenticidad en sus contenidos pues “quien realiza un historial es responsable de su contenido”; el historial y su contenido deben ser auténticos para servir como *prueba literal en un juicio*. Lamentablemente el deficiente sistema actual es permisivo, un historial o un documento que la compone puede ser modificado y/o cambiado con facilidad, como se demuestra en la revisión documental de Historiales Clínicos de la CNS. Violando así normas y protocolos de la normativa médica vigente y de INASES.

Asimismo se estaría violando normas y protocolos de atención médica y protocolos hospitalarios de registro de historiales médicos establecidos por INASES Instituto Nacional de Seguros en Salud institución encargada de la evaluación y control de calidad mediante “**auditoria médica al historial clínico**”.

Este procedimiento es ampliamente criticado y objetado en el trabajo cuya reformulación a la ley N°3131 “Ley del Ejercicio Profesional Médico” es recomendada en la propuesta de ley. Los Historiales Clínicos pueden ser auditados en una Auditoría Médica Interna o Externa realizada por INASES, Art.15 y 16 a petición del paciente por mala práctica médica, que básicamente consiste en la verificación del cumplimiento de normas y protocolos vigentes. Criticamos la forma del procedimiento de auditoría pues es unilateral realizada solamente “*entre médicos*” y no permite la participación del paciente afectado o de un representante, asimismo sus resoluciones tienen carácter preventivo pero presentan la grave falencia de no contemplar sanción, en un caso de mala praxis cuando se comprueba a través del historial la responsabilidad del médico

En la comprobación de hipótesis y operacionalización de variables demostramos ampliamente que la Historia Clínica como documento **médico – legal** en las condiciones que opera con este actual sistema no puede demostrar con claridad cual fue la calidad de atención brindada al paciente ni individualizar claramente al responsable, para comprobar estas deficiencias y justificar nuestra hipótesis, acudimos a la revisión documental de 100 expedientes, y la elaboración de encuestas realizadas a médicos y pacientes pertenecientes a la CNS, comprobando que existe la “Necesidad jurídica de implementar nuevo sistema de elaboración y registro de historias clínicas, para mitigar el problema del error médico”.

En las conclusiones indicamos que las falencias encontradas son producto de a) conducta negligente (positiva/negativa) del médico u equipo médico que surgen producto de (acciones/omisiones) tanto en su forma y modo de registro, cuya característica es la escritura manual, b) por el tipo de formulario clínico, que no está diseñada para detallar al mínimo el tipo de registro, los que dejan amplios espacios al criterio discrecional del médico. Estas se producen por las deficiencias que presenta el actual sistema de elaboración de Historias Clínicas.

Concluimos que los historiales diseñados e implementados actualmente por las organizaciones internacionales en salud, presentan mejores resultados estas instituciones recomiendan el uso de sistemas informáticos de registros medicos, un nuevo sistema beneficiaria aportando claridad y exactitud al registro realizado, simplificaría su llenado ahorrando tiempo al médico, además jurídicamente garantizaría sus contenidos, reduciendo así el problema del error médico, todos estos aspecto descritos sucintamente, justifican abundantemente porque es necesario implementar un nuevo sistema de elaboración y registro de Historiales Clínicos en la CNS.

En el acápite de las recomendaciones, por el objetivo general demostrado, se recomienda la implementación de un Nuevo Sistema de Elaboración y Registro de Historiales Clínicos, con el objeto de mejorar el servicio de salud, para mitigar uno de los problemas que generan el error médico, cambiando el ineficiente sistema actual.

Se recomienda asimismo, la necesidad jurídica de modificar la ley N°3131 “Ley del Ejercicio Profesional Médico”, implementando la puesta en vigencia de este nuevo sistema, asimismo modificar el Decreto Supremo N°28562 Reglamento a la Ley 3131, reglamentando este sistema en todo el Sistema Nacional de Salud, establece y recomienda la necesidad jurídica de modificar el procedimiento de Auditoria Médica proponiendo la implementación de sanciones.

Finalmente el trabajo concluye indicando que las normas vigentes en salud y las instituciones encargadas del control de la GESTION DE CALIDAD Ministerio de Salud, y la institución encargada de la Fiscalización y Auditoria Médica INASES, no toman en cuenta que: “Para tener una atención en salud publica que brinde **Seguridad Jurídica y Calidad Médica**, es necesario modernizar los Sistemas Hospitalarios del país”.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

LA HISTORIA CLÍNICA A TRAVÉS DE LA HISTORIA DE LA MEDICINA

CAPÍTULO I

LA HISTORIA CLÍNICA A TRAVÉS DE LA HISTORIA DE LA MEDICINA

La profesión médica es una noble y dignísima disciplina, que desde los albores de la humanidad ha tenido siempre un lugar privilegiado en la organización social en cualquier época de desarrollo que se encontrare la civilización humana, la ciencia médica para atender eficientemente al enfermo a desarrollado juntamente con el instrumental médico una serie de herramientas de **apoyo al diagnóstico** llamado **Historial Clínico**.

Remitirse a los antecedentes históricos de la historia clínica es indicar que se trata del conjunto de documentos surgidos de la relación entre médico y paciente que a partir de la segunda mitad del siglo IXX cobro notoriedad en los centros de salud y hospitales, pero la historia de su desarrollo es aun mas antiguo, tal como se demuestra por las distintas inscripciones en paredes de templos Egipcios, Griegos y Romanos, donde se inscribían, tallaban y dibujaban todo la información sobre la salud de un personaje importante, también se registraban las enfermedades de una población o reino.

Todos estos conocimientos se transmitían de una generación a otra mediante lenguaje oral, toda esta información de numerosas inscripciones talladas, tipografías en papeles, cuero, telas, y tablillas de arcilla, por los escritos que se tienen desde la antigüedad hasta hoy, han contribuido eficientemente al trabajo médico y el desarrollo de sus instrumentos de apoyo.

1.1. ANTECEDENTES RELACIONADOS A LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

La Medicina aparece sobre la tierra junto con el Hombre, es decir este conocimiento es tan antiguo como el ser humano, cuando aún no existía la tradición escrita se nos muestra desde la prehistoria a través de los hallazgos de carácter arqueológico y estudios antropológicos descubiertos.

Por las evidencias encontradas de esqueletos, pinturas en paredes de las cavernas, rocas y en las tumbas, se sostiene que las luchas y combates originaban heridas, luxaciones, fracturas y muertes, por ejemplo las heridas se suturaban con crines de caballo, a los miembros fracturados se les colocaban en moldes hechos de arcilla que se dejaban endurecer para soldar el miembro quebrado, en caso de muerte se enterraban los restos para evitar el olor, inicialmente se los tapaba encima de la tierra, mas tarde cuando los muertos eran muchos se los arrojaba en zanjas y echaban encima tierra.

Esta información contrastada por los antropólogos donde estas curaciones se muestran en huesos fosilizados de época pasadas, como demostración de la habilidad técnica que se tenía entonces, hoy son considerados como documentos de gran valor de cómo los primeros conceptos de datos clínicos.

El ejercicio de la medicina, tradicionalmente ha sido objeto de diversas reglamentaciones, que van desde los castigos corporales a los infractores, hasta las sanciones de orden espiritual y moral, pasando por sanciones civiles, penales, y eclesiásticas. Se recuerda que en el pasado, la sustentación documental de los actos de curación de quienes estaban a cargo de atender a los enfermos, se registraban y transmitían por distintos medios, por ejemplo el lenguaje hablado a testigo vivo, registro e inscripción en diferentes soportes materiales tales como: piedra, papiro, arcilla, pergaminos, etc.

Un primer antecedente se tiene al clásico **Código Hamurabi** (*siglo IV a.n.e*), según el cual el médico curador de su pacientes si tenia éxito en su empresa tenia el derecho a 10 ciclos de plata, pero de morírsele el enfermo, se le castigaba cortándosele las manos por las muñecas, estos primeros escritos sobre operaciones realizadas en los huesos, ojos y otras, se encuentran referidas leyes del rey Hammurabi, Babilonia (1790 al 1750 A.C.).

En la cultura Egipcia, para el ejercicio de la medicina tenían un código de reglas muy claras para ese entonces, los infractores a las mismas sufrían diferentes castigos corporales e incluso la pena de muerte; en el siglo (XVI a. C.), era una sociedad que valoraba la salud y la medicina preventiva. En Egipto se escribió el papiro de Ebers, lectura médica Egipcia (aproximadamente, en el año 1553 al 1550, A.C.).

Creencia de valores que aplacaban a los dioses y a los espíritus de los de muertos; si algún personaje importante, (p. Ej.: un soberano moría) se registraba cronológicamente, los pasos dados por los encargados de su curación, tenemos el caso del joven Tutan-Kamon Rey de Egipto, quien murió de una extraña enfermedad.

Según Cherry y Jacob,1999: “Se tiene entendido que falleció por una enfermedad producida por la malaria, todo este hecho se registro cronológicamente desde su enfermedad hasta su muerte, a través de diferentes dibujos de pinturas grabadas en paredes de la pirámide donde fue enterrado”.

Las primeras historias clínicas que contenían examen, discusión de diagnóstico, tratamiento y resultado claramente establecidos, se deben a Hipócrates, (siglo V A.C., nace en la Isla de Cos en el año 460 A.C. y fallece en Larissa, Tesalia en el año 377 A.C.).

Galeno en el siglo II de nuestra era, usó historias clínicas para discutir y enseñar problemas médicos, los usaba más para enseñar que para diagnosticar. En la edad media, el individuo que acudía en busca de consejo y alivio a sus enfermedades se llama **in penitente**, quien recibe de la dolencia con base en ella disponía un tratamiento se llama **in tratante**.

Una de las partes más importantes del acto médico era la disposición comunal considerando al médico como una persona respetable e importante en toda sociedad, cuyos juicios eran obedecidos al pie de la letra, la historia de la medicina queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a desarrollar este valioso documento, *Corpus Ius Canonicus*, siglos IX al XIV.

En época del rey Enrique VIII (1491-1547), se dictó en Inglaterra reglas escritas sobre la confección y cuidado de las anotaciones y registros sobre pacientes, haciendo respetar el carácter confidencial de las mismas, aunque las historias clínicas se escrituraron desde la antigüedad, no siempre han perseguido los mismos fines, se creía que los fines anotados eran herejía, y los médicos que tenían alguna teoría distinta al de la iglesia eran castigados o expulsados de la comunidad.

1.1.1. LOS REGISTROS MÉDICOS DE CURADORES Y SACERDOTES MÉDICOS

Los Hebreos (1400 a 1200 a.C.), desarrollaron leyes y restricciones dietéticas que protegían a la población; los sacerdotes Hebreos y las viudas o las doncellas atendían a los enfermos en sus hogares, a las personas con enfermedades contagiosas las ponían en cuarentena, los cuidados eran responsables y piadosos.

Los Filósofos Griegos (1500, 1000 a.C.), creían que las enfermedades y la salud estaban controladas por los dioses mitológicos, Hipócrates el padre de la medicina, creía que la enfermedad y las dolencias se debían a causas sobre naturales, Kalisch y Kalisch, 1995.

En la época del Imperio Romano (27 a. C. a 476 d.C.), los médicos preparados trabajaban en los hospitales y adoptaban prácticas médicas de los países conquistados, en el Corpus Civilis Romano también se reglamentaba el ejercicio de la medicina.

Manuel Michel Huerta ⁹sostiene: “Tanto en el *Digesto*, como en las *Institutas Romanas*, el *Fuero Juzgo* y las *Partidas de Alonso Españolas*, ya se contemplaban observaciones y reglamentos sobre la responsabilidad del ejercicio médico”.

Los antiguos Chinos (551 a 479 a.C.) usaban el masaje, la hidroterapia y el ejercicio como medidas preventivas, también utilizaban muchas hierbas, minerales y acupuntura para la curación del enfermo.

En el Cristianismo (300 d.C.), se pensaba que los hombres y mujeres eran iguales ante Dios, la misericordia de las mujeres llevaban las labores de cualquiera que necesitara su ayuda, la fundación de la Orden Benedictina (siglo XVI), se aumento el numero de hombres en el ejercicio médico como obligación comunitaria.

Estas inscripciones de los hechos servían como medio de prueba, para sustentar que la atención brindada al agobiado por alguna enfermedad y dolencia, esta acción haya sido realizada con la debida diligencia, constando la existencia de varios documentos de referencias históricas del tema.

⁹ Michel Huerta, Manuel, “Compilaciones Generales de La Colonia”, Ed. Los Amigos del Libro, La Paz, Bolivia, 1990, Pág. 120

En la Edad Media (1100 d.C.) se pusieron en marcha instituciones de caridad para cuidar ancianos, enfermos y pobres, dependían de los sacerdotes y ancianos, su papel fue destacado en el cuidado de víctimas de la peste bubónica, que arrasó a casi toda Europa en el siglo **XVI**, que fue combatido con su vida por el notable estudioso de la medicina empírica de ese tiempo el notable Francés **Galeno**.¹⁰

Galeno contribuyó a la medicina de su tiempo con sus estudios e investigaciones, las que fueron registradas en un original cuadernillo de anotaciones, supo diagnosticar y experimentar sobre tan temida y desconocida enfermedad conocida con el nombre de muerte negra (Peste Bubónica), que es producto de la contaminación por heces de ratón.

A esta enfermedad altamente contagiosa la venció con audacia, tenacidad, arriesgando en el empeño aun su vida, pues experimentó aun con su propio cuerpo, en plena Edad Media, donde toda práctica de la ciencia al margen de la iglesia era una herejía. En su cuadernillo este médico anotó la evolución de la enfermedad registrando el estado de salud todos pobladores de Toulouse, donde la enfermedad había arrasado casi a toda la población, incluso salvó la vida al rey Germano de esta enfermedad.

Con la ingeniosa idea de anotar toda la evolución de la enfermedad en su cuadernillo de registros médicos (primer antecedente al Expediente Clínico) original pudo estudiar el mal, científicamente descubrió su evolución de la temida enfermedad, y posibilitó su tratamiento, e inventó lo que posteriormente se denominaría el primer Historial Médico.

¹⁰ **Magraf Joseph**: "History of Health and Salubrity", from Johns Hopkins Training School, Maryland, EE.UU., 1990, Pág. 100.

1.2. ANTECEDENTES DE LA HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA

1.2.1. LEY DEL PROMEDICATO MÉDICO

En Bolivia, las primeras disposiciones legales sobre la existencia de Institutos Jurídicos que regulen el ejercicio de la medicina, se tiene al decreto del 9 de Febrero de 1828, suscrito en la ciudad de Sucre por el Mariscal Sucre y su Ministro Facundo Infante, donde se clasificaba y juzgaba los delitos profesionales por malicia, negligencia y descuido o imprudencia. ¹¹

En su artículo 15 indica: *“cuando un herido ingrese a algún Hospital por herida violenta o airada el facultativo deberá avisar al Juez Competente de inmediato, para que se formalice su investigación y se esclarezca el hecho”*. Posteriormente el decreto de 8 de Abril de 1834, fue sancionado la Ley del Promedicato Médico, en una parte importante decía: *“Se Autoriza a Médicos, Curanderos, Empíricos o Comadrones donde no hubiere facultativo para atender los casos urgentes y de las diligencias judiciales”*.

Por otro lado el Dr. José Serrano Ossio, argumenta al respecto “Que el código penal Santa Cruz de 1834, ya tipificaba expresamente la responsabilidad médica”, como indica el Título 4to. Libro 2º Delitos contra la salud pública ¹²

En 1846 por el decreto del 23 de abril, se trato de sancionar la impreparación, impericia, y la inmoralidad profesional, indicando severas sanciones en sus artículos 9, 10, 11 y 12.

Luego de esta disposición se tiene la Constitución de 1936, después de haber concluido la guerra de Chaco, en dicha constitución aparecen los primeros derechos a la salud de trabajadores y obreros reconociéndoles su derecho a la salud, además de cómo debe manejarse los documentos médico clínicos.

¹¹ **Ministerio de Educación:** “Apuntes de la Historia Republicana”, Decreto del 9 de Febrero de 1828, suscrito en la ciudad de Sucre por el Mariscal Sucre y su ministro Facundo Infante, Ed. Min. Educación, 1990, Pág. 35.

¹² **Serrano Ossio José:** “Delitos contra la salud Pública”, Ed. Arco Iris, Cochabamba, Bolivia, 1990, Pág. 78.

En la constitución de 1952, después de la Revolución Nacional, aparecen por primera vez en la constitución la parte social de los derechos de los trabajadores, se reconoce a los obreros al acceso a la salud; se comienza a posibilitar mas derechos a los trabajadores.

En la Ley del 14 de Diciembre de 1956 “Código de Seguridad Social” mediante Decreto Ley Nº 15629 se elabora el primer “Código de Salud”, el 14 de junio de 1979 durante el gobierno de facto de Banzer; mediante Resolución Ministerial Nº290 se elabora el “Estatuto del Colegio Médico de Bolivia”, el código de Ética Médica de 1982 es reformada en 1999, este consta de 16 capítulos y 167 artículos, que regula como debe ser los procedimientos ético médicos.

Se creía que, cuando algún tratamiento no salía bien y la cura no era alcanzada, se debía a una consecuencia atribuida a la conducta pasada del enfermo a una especie de castigo divino, por la costumbre religiosa, o debido a las creencias populares por ejemplo no cumplir con la Pachamama, ya sea por religiosidad o costumbres ancestrales de los Andes

Es así, que jamás se le atribuía la responsabilidad de el hecho y un fracaso al médico que atendió al paciente, hay que recordar en este acápite, que al médico se lo ha considerado desde siempre como una suerte de Dios Humano, un santo, un Sabio Alquimista, alguien incapaz de fallar o de cometer el mas mínimo error, por el desconocimiento que se tenia de la practica médica, y sobre todo por no tener algún documento que sirva para probar la comisión de posibles delitos y de graves omisiones que afecten la salud del paciente.

Estableciendo que el médico, en el ejercicio de sus funciones comete errores u omisiones, este punto ya esta establecido, pero investigar que su accionar puede llegar a constituirse un delito es tema que se establecerá con la

investigación, pero, no se quiere llegar a descubrir la conocida negligencia médica, sino demostrar que la prueba del posible delito es el historial médico, objeto principal de la problemática investigada.

De ser así, el ejercicio médico, no estaría exento de actuaciones negligentes u omisivas, burlando las reglas médicas nacionales establecidas por las leyes y códigos de salud; ser médico es una noble labor, pero ser responsable de sus actos lo hace digno de ser reconocido como una dignísima profesión.

Con la evolución Humana aparecieron las responsabilidades a partir de la teoría finalista de la acción, estos derechos personalísimos son producto asimismo de las grandes revoluciones sociales y las guerras mundiales; estos derechos son llamados Derechos Humanos de Segunda Generación especialmente después de la segunda Guerra Mundial donde se cometieron atrocidades y experimentos con humanos vivos.

Todo esta breve reseña histórica, muestra que dentro de la estructura del Estado y el derecho, cualquiera que fuere su naturaleza política, se a buscado en la ciencia de la Medicina, como condición **sine quane el precautelar la vida** y no agravar la condición de enfermo, resguardándolo de errores y de posible negligencia en el ejercicio médico.

Sin embargo en nuestro medio en los últimos tiempos se ha puesto de manifiesto la inexistencia de verdaderas normativas que sean aplicables y tipifiquen cuales son los factores que inciden el inadecuado manejo del Historial Clínico, no considerándose al paciente como víctima Penal cuando sufre alguna de sus consecuencias por los errores cometidos producto de la mala elaboración del expediente médico.

1.3. ORGANIZACIONES MUNDIALES DEL DERECHO A LA SALUD CON RESPONSABILIDAD MÉDICA

El ejercicio de la Medicina es una arte y una ciencia, que incluye muchas actividades, conceptos, conocimientos y habilidades, que busca una respuesta a las necesidades cambiantes de la sociedad, posteriores a la guerras mundiales, dictamino normas a nivel internacional para regular el ejercicio médico, apareciendo organizaciones como la liga de naciones, actual O.N.U.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) proclama la *–Salud–* como el derecho humano máspreciado la cual ha sido universalmente aceptada bajo el concepto “Derecho a la Salud con responsabilidad” Estocolmo 1970”¹³, en este ámbito la Declaración Universal de Derechos Humanos, reconoce a la Salud como un derecho de primer orden un derecho Humano personalísimo.

Keeling Ramos sostiene: “La única función del equipo médico es ayudar al individuo sano o enfermo a la realización de alcanzar su reestablecimiento y recuperación para que continué su vida normal en sociedad.”¹⁴

En Bolivia, después de las reformas hechas al Ministerio de Salud las ha institucionalizado mediante Decreto Supremo N° 25798¹⁵, se faculta al Instituto Nacional de Seguros en Salud INASES definir las normas de diagnóstico y de tratamiento médico, desde este año se elaboraron con la presencia de representantes de los entes gestores de salud, diferentes normas que regularicen el manejo de los expedientes de los paciente asegurados.

¹³ Keeling y Ramos: “Objetivos del equipo médico en salud”, Ed. Harcourt S.A., Madrid España, 2002,.

¹⁴ Organización Mundial de Salud, “Declaración de Estocolmo”,1970.

¹⁵ República de Bolivia: Ley 14 de diciembre de 1956, “Código de Seguridad Social”, Gaceta de la República, 1956.

Se crearon organizaciones internacionales que dan las bases normativas en salud, buscando proteger a la humanidad de flagelos y mortandad. La Organización de las Naciones Unidas, ONU 1945. La Organización Mundial de Salud, OMS 1962; La Organización Panamericana de la Salud, indican las directivas de organización de las políticas públicas en salud a nivel internacional, para que se adecuen a estos los países que la integran.

La existencia de una serie de derechos constitucionales reconocidos que se relacionan directamente con la Praxis médica, el derecho a la vida, la salud, a la integridad física, psíquica y moral y junto al derecho a la calidad de vida, se lo conoce como la Lex Artis (*ley o arte*).

En aquel estándar que determina la diligencia empleada, uno de los presupuestos para que el proceder medico se adecue a la Lex Artis es el consentimiento, este era concebido como un derecho personalísimo del paciente que debe ser concedido antes del acto médico y que debe ser revocado sin expresión de causa, de esta decisión parten dos obligaciones del medico, por un lado la negativa “Obligación de abstención” y del otro lado la positiva “llevar a cabo el acto médico”.

1.4. GENERALIDADES DEL SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA

El Sistema Nacional de Salud en Bolivia, tiene la misión y la visión de brindar la atención en salud a toda la población boliviana comprende tres áreas:

1. Sector Público. 2. Seguridad Social. 3. Sector Privado.

El Sector público, está encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) institución Estatal Pública; de esta institución emana el cumplimiento normativo de regulación, conducción de políticas y estrategias nacionales de salud.

El Sistema Nacional de Salud, tiene varios entes Gestores como ser la Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera, Bancaria de Salud, Seguro Social Universitario, CORDES, estos cubren las prestaciones en salud a trabajadores de la administración pública, de la Banca Privada, de la Policía Nacional, a los jubilados rentistas; asimismo el Ministerio de Salud tiene a su cargo a la dirección general de previsión y al Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES, encargada de la Auditoria en Salud.

El Sector Público, en el ámbito regional, tiene a las Prefecturas Departamentales, que son responsables de la administración de Recursos Humanos: médico general, Especialistas, Internos, Paramédicos y Salubristas; Personal de Enfermería, y Personal Administrativo, en el ámbito local el Sistema Nacional de Salud, esta representado por los Gobiernos Municipales (Consejo Municipal - Alcalde), quienes son los encargados de la administración de los establecimientos de salud pública en cada uno de los municipios.

Concluimos este capítulo refiriendo que en el desarrollo del Historial Clínico se ponía mas énfasis en los datos obtenidos para la enseñanza y tratamiento, y **no en el concepto asistencial actual**, como es utilizado ahora en la practica clínica. A través de los siglos vemos que la necesidad de documentar los datos clínicos de los pacientes trascurre desde las pinturas en las cavernas, pasando por el papel, hasta llegar, con el avance de la tecnología, al documento electrónico; un Sistema Electrónico de Elaboración y Registro de Historiales Clínicos es compatible con la era de la información, de donde la información plasmada materialmente sobre diferentes soportes computarizados deban ser utilizados para su inmediata consulta documental, estudio, asimismo como prueba legal de todo lo acontecido en el tratamiento del paciente.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

EL HISTORIAL CLÍNICO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO

CAPÍTULO II

EL HISTORIAL CLÍNICO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO

En el capítulo se pretende dar a conocer las distintas teorías y conceptos médico científicos y médico hospitalarios de manejo de Sistemas de Elaboración y Registro Clínico, de acuerdo con la perspectiva teórica adoptada el objetivo es que estos conceptos describan los alcances y los resultados que persigue el Historial Clínico como instrumento de diagnóstico y tratamiento.

Describimos al actual sistema de manejo y elaboración del Historial Clínico siempre en relación con el acto médico, analizando su funcionamiento, observando que problemas presenta, tomándolos desde dos perspectivas:

- a) El acto médico (praxis médica) donde el profesional facultativo interviene poniendo al servicio sus conocimientos, observando diligencia, cuidado y prudencia.
- b) El acto médico documental realizado en expedientes medicos cuyo componente principal es el Historial Clínico, el acto médico es entendido como el registro obligatorio del **diagnóstico y tratamiento médico**, brindada al paciente; para fines legales se entiende que todo lo registrado es el resultado de la atención brindada, y lo no registrado en el Historial se entiende como atención no brindada.

El sistema de historiales clínicos de la CNS es estudiado desde el punto de vista normativo de Sistemas y Protocolos Hospitalarios vigentes a internacional y nacional, explicamos la forma correcta de elaborar los registros en historiales clínicos, describir sus finalidades, objetivos y resultados siempre desde el punto de vista de la medicina legal y médico – asistencial.

2.1. MARCO TEÓRICO

La perspectiva Teórica adoptada para el presente trabajo se sitúa dentro del Derecho Positivo Vigente, dentro de la normativa jurídica nacional, asimismo se toma en cuenta como Legislación Comparada y disposiciones en salud de la Organización Mundial de la Salud OMS, y de la Organización Panamericana de la Salud OPS, tomadas como marco teórico referencial.

Estas organizaciones sustentan a la salud como un bien jurídicamente protegido las que fueron adoptadas por la normativa del Sistema Nacional de Salud, uno de sus preceptos importantes indica que toda omisión a la norma y reglamentos médico-hospitalarios para adecuados manejos de documentación médica como el Historial Clínico, deben conducir en primera instancia al infractor a un proceso médico realizada por el comité medico de cada hospital, y finalizar en un proceso legal cuando el riesgo ocasionado es considerable.

El tema investigado esta relacionado con los sistemas del seguro social a corto plazo, en Bolivia el Sistema Nacional de Salud tiene una entidad principal que brindan el seguro social a corto plazo a la Caja Nacional de Salud CNS, entidad que tiene a su cargo los centros de salud más importantes del país, cuya misión es brindar protección integral en el campo de la salud.

La CNS es una institución descentralizada de derecho público sin fines de lucro, con personalidad jurídica propia, encargada de la gestión, aplicación y ejecución del régimen de Seguridad Social a corto plazo entidad que cubre al asegurado en casos de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales. Los hospitales mas importantes con que cuenta la CNS son de tercer y segundo nivel, cuentan con todas las especialidades médicas, de atención ambulatoria, especializada, emergencias y de internación, en hospitales servicio público, hospitales donde se investigo sus sistemas de registro de Historiales Clínicos.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Establecer un marco conceptual del Derecho a la Salud y del ejercicio de la Medicina ha generado siempre diversos y variados problemas científicos, filosóficos y éticos, versus, conflictos de responsabilidad en la práctica médica praxis médica ¹⁶. Se da por entendido que la medicina fue desarrollada para el bienestar de la humanidad, para curar enfermedades, dolencias, principalmente aportar en la recuperación del paciente y no ser la causal para la salud al paciente, de manera tal que llegaría incluso a producirle la muerte, como viene sucediendo.

La importancia conceptual del tema resalta cuando se presentan contingencias médico legales por decisiones médicas que implican sobre todo una decisión ética, una actitud ética es la calidad de atención médica durante el acto médico característica que debe tener el servicio que todo hospital debe prestar, observando la debida diligencia para considerarla efectiva.

Cabe preguntarse que siendo la medicina una ciencia tan positiva para el hombre, se la ha visto tan cuestionada y violentada en la actualidad, por lo que es necesario determinar “donde se genera el error médico”. Estará únicamente en la persona del médico que atendió al paciente, será responsabilidad del paciente quien no se cuidó y no observó las recomendaciones prescritas por su médico.

Serán responsables otras personas del llamado equipo médico, enfermeras, médicos residentes, estudiantes, o como lo establecimos en nuestra hipótesis de trabajo “El sistema actual de manejo y elaboración de historiales clínicos es deficiente, es permisivo al error médico y es reiterativo, razón por la cual se establece la necesidad de *Implementar un nuevo Sistema de Elaboración y Registro de Historiales Clínicos en el Sistema Nacional de Salud*”.

¹⁶ **PRAXIS MÉDICA:** Toda la intervención profesional del médico, respaldada por protocolos y normas que se proporcionan al usuario con el fin de restaurar y promover su salud, Fuente INASES, Reglamentos Médico Hospitalarios, 2007, Pág. 23.

Entendemos como concepto básico, que la ciencia médica y el noble ejercicio de la medicina tiene resultados inciertos pues los pacientes son seres humanos y tratar con la diversa complejidad de pacientes, es verdaderamente un problema muy complejo, por lo tanto su investigación nunca termina. En la práctica clínica diaria, es necesario establecer donde nace la responsabilidad por error médico, según la investigación realizada se conoce efectivamente que esta se materializa en el Historial Médico, que en la práctica es el único medio real y legal con el cual se cuenta para probar si hubo o no mala practica médica.

Definir en un solo concepto la mala praxis médica, acto médico, falla técnico médica, impericia, imprudencia, negligencia, falta al deber médico y es poco ético para el jurista denominar a todas estas contingencias reducidas al concepto univoco de NEGLIGENCIA MÉDICA , el hacerlo implica deslegitimizar la profesión médica.

Equivoco que incurren incluso algunos juristas, quienes hacen que sus clientes demanden erróneamente a los medicos por negligencia médica, no teniendo un panorama claro de que lo que en realidad sucedió, perjudicando de esta manera a su cliente por infundadas acusaciones por no tener una sólida formación en conocimientos médico hospitalarios como base para demostrar su acusación y lo que es mas delicado, afectar la imagen del médico y de la institución.

Lo que se pretende establecer, es demostrar que uno de los factores que que conducen al error no solo es el médico, quien puede ser responsable o no, hay un conjunto de personas llamado equipo médico personas que hacen registros en el Historial Clínico, también generadores del error médico. Médico y equipo médico actúan bajo los parámetros del actual sistema y por consecuencia las deficiencias que presenta son operativizadas por ambos.

Así planteado el problema del error médico aparece la siguiente interrogante: ¿Como demostrar esta participación efectiva del o los responsables, como demostrar que el acto médico no fue realizado responsablemente, si el sistema actual presenta serias deficiencias?

La respuesta definitiva es implementando un nuevo Sistema de Elaboración y Registro de Historiales Clínicos, para que este documento médico-legal sea una prueba mas efectiva, donde se pueda encontrar al o los responsables del error médico por mala practica médica.

De acuerdo a Molina de Terán: “Estas cuestiones conflictivas se han acrecentado y tornado notoriamente más complejas, su publicidad en la prensa sobre inadecuada práctica médica, ha obligado a la necesidad de investigar sus procedimientos en la práctica clínica habitual, la medicina actual no debe perder sus principios, en razón de imperativos sociales o normativos¹⁷”.

2.3. AUDITORIA MÉDICA

La normativa médica es de aplicación obligatoria en todo el SISTEMA nacional DE SALUD ¹⁸, que son utilizadas en una Auditoria Médica, como instrumentos técnicos medicos y de prueba, mediante este procedimiento evalúa de la calidad de atención médica en Hospitales, que pueden ser auditoria médica Interna y Externa.

El Dr. Salazar Médico Auditor ¹⁹ al respecto señala: “la auditoria médica, es un procedimiento de aplicación regular en hospitales donde se evalúa técnicamente la atención médica su fin es preventivo y correctivo, buscando mejorar el procedimiento médico y el mejoramiento de la calidad”.

¹⁷ **MOLINA DE TERÁN Verónica**, “Normas del Sistema de Salud en Bolivia”, Ed. Ministerio de Salud, La Paz Bolivia, 1999, Pág. 126.

¹⁸ **SISTEMA NACIONAL DE SEGUROS EN SALUD**: Conjunto de Normativas que rigen las instituciones en salud a través del Ministerio de Salud y Deportes, fuente INASES.

¹⁹ **SALAZAR ROBERTO**: Médico y Consultor en Auditoria Médica, INASES La Paz.

Cuando se realiza una Auditoria Médica Interna, generalmente esta termina en resultados efímeros, un ejemplo: el supuesto autor de un hecho cuando es encontrado responsable, la sanción impuesta será una simple “llamada de atención”, sugerirá recomendaciones para mejorar la *calidad del servicio* y concluirá el informe, que en los hechos es poco efectiva para el paciente, luego será archivado y olvidado, como todas las auditorias médicas internas.

Por otro lado encontramos que hay una falla procedimental insalvable, en una auditoria médica interna son los propios médicos del hospital quienes la llevan a cabo a través del llamado “comité médico”²⁰.

En derecho procesal sabemos que para cualquier auditoria, los involucrados en ella (los médicos) no pueden ser parte de la misma, es decir ser jueces y parte, pero contradictoriamente en una auditoria médica interna, son los propios medicos de la institución, quienes la llevan a cabo, por lo tanto sus evaluaciones son parcializadas, sus informes son siempre insustanciales, que en el fondo protegen al médico. Así planteado el problema, se verifica que: En una auditoria médica interna, nunca se puede encontrar los suficientes indicios de culpa y responsabilidad al infractor de un hecho.

Es por esto que, sostenemos que una auditoria médica interna no tiene valor efectivo en materia legal, no aporta nada a favor del paciente cuando requiere que un informe de auditoria corrobore en su denuncia, sus investigaciones e informes no ayudan en nada a establecer la verdad del hecho, y esto es negativo para la institución y para la imagen de los médicos.

²⁰ **COMITÉ MÉDICO:** Es un grupos de medicos de un establecimiento médico hospital, cuyo fin es evaluar, las actividades realizadas por el personal de salud para identificar problemas y contribuir al control de la calidad de atención brindada por el ente gestor en salud, fuente: Reglamento General de Control médico, INASES, 2008.

Jurídicamente, en cambio, nos interesa más, analizar los alcances de la **“Auditoria Médica Externa”**²¹, para determinar que factores inciden en inadecuados manejos del historial clínico; la auditoria externa puede ser motivada a pedido del paciente afectado, pero los resultados encontrados después de la investigación son insustanciales puesto que no es un documento confiable que sirva como prueba en estrados judiciales.

Observamos su aspecto procedimental que es unilateral (entre médicos) y no permite la participación del paciente afectado o de su representante legal, asimismo nunca se puede encontrar los suficientes indicios de culpa y responsabilidad al infractor de un hecho, finalmente terminan en simples recomendaciones administrativas en general, sin ninguna sanción efectiva para el responsable, por lo que es inefectiva para quien reclama su derecho. Los sistemas hospitalarios a nivel mundial, recomiendan procedimientos más adecuados para el control de calidad al Historial Clínico, garantizando así su eficacia cuando se hace evaluaciones y auditorias a documentos clínicos.

2.4. DEFINICIÓN DE SALUD

Definir la salud dentro de un solo concepto es difícil, la OMS, la define como “un estado de bienestar físico mental y social completo, no simplemente la ausencia de enfermedad, concepto dado por la *Organización mundial de Salud OMS conferencia de 1988*²², a primera vista es un concepto básico, por lo tanto incompleto, para definir la salud es necesario tomar en cuenta otros aspectos además de lo físico o mental, este tiene que ver últimamente con la responsabilidad. La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, conocido tradicionalmente como la ausencia de la enfermedad.

²¹ **Auditoria Médica Externa:** Por Decreto Supremo N° 28562, “Reglamento a la Ley N° 3131, la Auditoria Médica Externa y su procedimiento se realiza ante la denuncia de mala práctica médica, mediante el análisis de la Historia Clínica, con la intervención del INASES, en los entes gestores en salud a corto plazo, Fuente INASES.

²² **Organización mundial de Salud OMS:** Celebro su primera conferencia mundial de Salud en Estados Unidos en 1988, con la participación de todos los países miembros, fuente: <http://minsalud.com.bo>

Estos lineamientos pueden ser resumidos de la siguiente forma:

un concepto Negativo = ausencia de enfermedad
un concepto Positivo = promoción del bienestar
un Objetivo a alcanzar = la salud humana completa

El MD. Joseph Pender (EE.UU. 2000), entiende a la salud como “Un estado de la existencia que las personas definen en relación a sus propios valores, su personalidad, los puntos de vista puede variar entre diferentes grupos de edad, sexo, raza o cultura, y estilo de vida teniendo así un concepto propio de la salud.”²³

El documento mas reciente de la OMS Healthy People 2010 Población Saludable para el 2010 de *Maine's y Fox*²⁴, explica que todas las personas libres de enfermedades no están igualmente saludables, sugiere que para la mayoría de las personas, lo que definen como “salud” mas que los estados patológicos enfermedades-dolencias, son las condiciones de vida que tienen las personas, sus condiciones sociales, culturales, económicas, las que determinan cual su estado de salud.

Estas condiciones son determinantes, si una persona tiene los medios suficientes para atender su mal, puede tener efectos positivos, sin no los tiene, obviamente los resultados serán negativos, al poco tiempo, cuando una enfermedad sea evidente.

Al respecto Joseph Pender (EE.UU.2000)²⁵, afirma, las condiciones de vida pueden incluir variables socio-económicas como el medio ambiente, dietas, y tener un estilo de vida, contrarias a un mínimo de vida saludable.

²³ **PENDER JOSEPH:** “Healthy People”, Ed. Mosby, Philadelphia, EE.UU. Pág. 300.

²⁴ **MAINE'S Y FOX:** “Healthy People 2010” Ed. OPS, EE.UU. 2002, Sitio Web: w.w.w.philadelphiauniversity.usa.com

²⁵ **PENDER JOSEPH:** “Condiciones Básicas de Salud”, Ed. Nueva Era, Bs. Ar, Argentina, 2000, Pag. 120.

En el pasado, la mayoría de las sociedades consideraban a la salud como bienestar físico, como un concepto opuesto a la enfermedad. Esta actitud simplista no considera cual es la relación entre enfermedad y la buena salud.

Finalmente la salud debe entenderse bajo un concepto multidimensional, debe considerarse desde perspectivas mas amplias, tales como: educación, independencia personal, estado de bienestar físico, emocional, social y espiritual completos, como un todo integral.

Según Lawrence Plawecki (EE.UU.1997)²⁶, el estado de salud de una persona es influenciada directamente por su condiciones de vida, que afectan sus decisiones diarias de independencia e individualidad y estilo de vida, por tanto la salud es un aspecto integral de la identidad del individuo.

2.5. EI HISTORIAL CLÍNICO

2.5.1. DEFINICIÓN TEORICA

La Historia Clínica es el documento operativo en el cual se registran en forma detallada y ordenada todos los datos relativos a la salud del paciente, para brindarle una “**Atención de Calidad**”²⁷.

Se entiende por Expediente Médico o Clínico al conjunto de documentos escritos e iconografiados generados durante cada proceso asistencial en los servicios de consulta externa emergencia y hospitalización de los entes gestores de la seguridad social.

²⁶ **PLAWECKI LAWRENCE**: “Salud y Estilo de vida”, Ed. UNAM, Capital Federal DF., México, 1999.

²⁷ **ATENCIÓN DE CALIDAD**: Son los parámetros que deben ofrecer al usuario, la institución Hospitalaria, estos deben regirse a normativas, mecanismos e instrumentos de control, para el logro de la calidad, fuente: Min. Salud. Sitio Web: w.w.w.:sedeslapaz.com.bo.

La Historia Clínica debe reflejar toda la información relativa al estado de salud, enfermedad, diagnóstico, tratamiento dado al paciente, este es un documento eminentemente: Técnico, Científico, Administrativo y Principalmente Legal.

Esta información es utilizada para la evaluación de la calidad de los servicios médicos, odontológicos, pediátricos, ginecológicos o de emergencia, cirugía, etc. En la Historia Clínica, se deben registrar los datos sucedidos cronológicamente registrados concernientes al proceso salud enfermedad del paciente que se inicia con la filiación y termina con el plan terapéutico cuando es dado de alta.

JURIDICAMENTE.- Se define a la Historia Clínica como un documento médico legal que acredita y exterioriza la existencia de la relación jurídica *MÉDICO—PACIENTE*, donde se puede demostrar la relación contractual Institucional Médica y la Civil Paciente, pudiendo constituirse en una prueba para establecer las responsabilidades determinadas por ley.

PROCESALMENTE.- Mediante este en un proceso judicial se puede demostrar y probar si hubo o no mala práctica médica (praxis médica), el Historial Clínico sirve como un medio donde se puede probar la actuación del médico.

CONDICION DOCUMENTAL.- La Historia Clínica tiene que tener la característica de ser auténtica en sus contenidos, por ser un documento que contenga una descripción veraz en lo referente al estado de salud del paciente y los procedimientos realizados, documentos que pueden ser utilizado por las partes en un proceso judicial:

parte acusadora (Ministerio Público, paciente afectado o familiares)
parte acusada (Médico responsable, equipo médico, institución médica)

2.5.2. PRINCIPALES FINALIDADES Y OBJETIVOS DEL HISTORIAL CLÍNICO

Las principales finalidades y los objetivos del Historial médico son:

- Contribuir a la prestación de la mejor atención posible al paciente, dando una atención pronta y efectiva, asegurando que su Historia Clínica personal sea única y exacta, confidencial, y accesible.
- Proporcionar a la Dirección del Hospital información correcta y oportuna sobre los recursos humanos y materiales para la determinación de las necesidades hospitalarias.
- Proveer al Ministerio de Salud la información estadística necesaria para la óptima utilización de los recursos con que cuenta y para la planificación de las necesidades futuras.
- Proporcionar Historias Clínicas y otros datos al personal de salud para su uso en estudios e investigaciones.
- Contribuir a la educación y capacitación del personal médico, auxiliar y administrativo, del hospital.
- **Contribuir a proteger los “INTERESES LEGALES” en primer lugar del paciente, segundo del médico y del Hospital.**

2.6. DEFINICIONES, CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DEL HISTORIAL CLÍNICO

La documentación médica es un aspecto vital en la práctica médica, la cual debe ser completa y lo bastante clara para mantener la calidad y la continuidad en la atención obedeciendo patrones normativos nacionales. Así propuesto, la Historia Clínica debe ser un reflejo de la filosofía de atención que se desea prestar y de los recursos disponibles, tanto materiales como recursos humanos.

Las personas que prestan atención directa al paciente ya sea por consulta externa o de hospitalización, deben incorporar en la Historia Clínica todo el conjunto de observaciones hechas al paciente, junto su fecha y firma, el registro de los datos tratamiento y de indicaciones será parte integral del proceso de atención, según las siguientes características:

INSTRUMENTO MÉDICO.- La Historia debe ser lo suficientemente detallada para permitir su manejo al médico para brindar al paciente una atención efectiva, continuada y además poder determinar en una fecha futura (en una auditoria médica o en tribunales de justicia), cual fue el estado de salud del paciente en un momento específico y que procedimientos fueron realizados.

DOCUMENTO PARA CONSULTA.- Un consultor Auditor médico, luego de consultar y examinar el H.C. puede brindar una opinión certera después analizar sus contenidos, sobre la calidad de atención médica dada al paciente, y de los resultados logrados. Asimismo para permitir que otro médico o personal de salud pueda hacerse cargo del paciente en cualquier momento del tratamiento.

OBJETIVIDAD DEL REGISTRO CLÍNICO.- Todos los formularios incorporados a la historia clínica del paciente deben ser identificados con el nombre completo y número de historia clínica. Las anotaciones de la historia clínica deberán ser objetivas, esta prohibida la inclusión de expresiones despectivas para referirse al paciente o algún personal de salud.

El uso de abreviaturas o siglas en la historia clínica será limitado a aquellas abreviaturas que figuran en la lista de abreviaturas aprobadas por el hospital, no se permitirá el uso de abreviaturas de diagnósticos, las anotaciones en la Historia Clínica deben ser legibles para toda persona y no solo a la persona que las registro, las enfermeras que no pueden leer una indicación u orden deberá solicitar al médico responsable u otro médico que la escriba de nuevo.

Cuando se presentan errores en la Historia Clínica, estas se corregirán pasando una sola línea sobre el error y anotando la fecha y las iniciales de la persona que cometió el error. El dato correcto se anotará lo mas cerca posible en la misma hoja o en el lugar que corresponde (esto procede cuando el error fue anotar en un formulario equivocado o en una secuencia equivocada), cuando hay registros de un estudiante de medicina o interno, el médico tratante debe refrendarla.

Es responsabilidad del médico tratante revisar el trabajo de las otras disciplinas que contribuyen a la salud del paciente anotadas en la Historia Clínica y es su deber comentar sobre estos, especialmente si los resultados son inesperados por ejemplo revisar los informes de laboratorio, radiología,

2.7. FACTORES QUE INCIDEN POSITIVAMENTE EN LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

El ejercicio de la medicina moderna, requiere de diversos profesionales de la salud en diversas áreas y especialidades llamado equipo médico ²⁸ quienes contribuyen en la atención del paciente, uno de los propósitos del Historial Clínico es que este conjunto de personas dejen documentado su trabajo.

Los miembros del equipo medico, son los habilitados para registrar individualmente en la Historia Clínica su participación en la atención otorgada al paciente, para tener una H.C. completa e integra, donde una de sus funciones es poder identificar e individualizar claramente quien fue la persona que atendió al paciente en determinado momento del tratamiento.

²⁸ **EQUIPO MÉDICO:** Conjunto de personas medicos especialistas, técnicas, y administrativas, que intervienen en la Atención del paciente, apoyando en el diagnostico, tratamiento, recuperación, y alta médica.
Fuente SALAZAR ROBERTO: "Manual de Auditoria Médica", INASES, Editorial Arco Iris, La Paz, Bolivia, Pág. 33.

2.8. FACTORES QUE INCIDEN NEGATIVAMENTE EN LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Hay una variedad de factores que inciden de forma negativa cuando se elabora un Expediente Clínico, algunos de estos son:

DEFECTUOSA ELABORACIÓN.- Ocurre cuando no se elabora la Historia Clínica acorde a los protocolos médico hospitalarios vigentes, es la omisión negligente de no registrar las actuaciones médicas en el tratamiento del paciente, pasando por alto las normativas médico hospitalarias vigentes, error que incurren el médico y algún miembro de equipo médico.

DEFICIENTE COMUNICACIÓN.- El Historial Clínico es un medio de comunicación eficaz, entre el médico y los auxiliares, también entre médico y paciente o familiares. No poder comunicarse es una deficiencia que incide negativamente, en la práctica puede cometerse el error de dar una orden verbal que no es cumplida por no registrarse en la HC por ejemplo:

Un análisis rutinario de laboratorio realizado al paciente aparentemente no tiene ninguna trascendencia, pero cuando se trata de una emergencia estos análisis si no se los hicieron en el acto, ponen en riesgo la salud, una comunicación y órdenes al personal auxiliar sirven para viabilizar la pronta recuperación del paciente, pero en la práctica no sucede de esta manera.

DEFECTUOSA EVIDENCIA DOCUMENTADA.- Cuando una Historia Clínica esta mal elaborada, mal archivada faltan alguno o varios formularios como una evidencia documental no es útil en un proceso judicial, y menos en una Auditoria Médica, los datos mal registrados, ordenados y archivados sobre el tratamiento del paciente no son útiles como información en una investigación judicial, cuando se necesita de documentación idónea que sirva para sustentar mala praxis médica, estos aspectos son reiterativos que nos muestran como un deficiente sistema de registros clínicos ponen en riesgo la salud en la CNS.

2.9. CONCEPTO DE ERROR MÉDICO

El error médico, *mala práctica médica* ²⁹ (Mala Praxis), podría definirse como un ejercicio errado o una práctica sin habilidad por parte del médico o de otro profesional que tuvo que ver directa o indirectamente con el paciente, causándole daños en su salud, la acepción común a nivel internacional por práctica médica deficiente es la Negligencia Médica Profesional en el cual van incluidos todos los actos de omisión cometidos por el médico que se aleja de la practica clínica mas aceptada.

El Dr. Nicanor Jove Aparicio director de INASES indica “La negligencia es omisión de la diligencia o cuidado, que debe ponerse en los cuidados medicos, en las relaciones con las personas y en el manejo o custodia de documentos medicos es el olvido de normativas médico hospitalarias” ³⁰

Llevado este concepto al campo médico estaríamos refiriéndonos a esos actos de omisión, de falta de aplicación, cometidos por el médico las que pueden traer serias complicaciones para el paciente más aun al tratarse de una vida humana Sobre la base de la nueva relación entre médico y paciente se desarrolla el concepto de mala práctica médica, el profesional presta el servicio y puede hacerlo en forma defectuosa y causar daños al enfermo.

En el caso de de Mala Praxis se puede señalar algunos aspectos como ser: deliberada mala práctica cuando el médico administra a propósito medicina, o realiza una operación en la que se pondrá en peligro o se causará la muerte al paciente a su cargo.

²⁹ **MALA PRACTICA MÉDICA (MALA PRAXIS):** Concepto del campo médico, se refiere a los actos de omisión, o la falta de aplicación cometidos por los médicos por ignorancia de las normativas médico Hospitalarias, citado por JOSÉ OSSIO: “Delitos contra la salud Pública”, Ed. Arco Iris, Cochabamba, Bolivia, 1990, Pág. 44.

³⁰ **NICANOR J. APARICIO:** Instituto Nacional de Seguros en Salud, Ministerio de Salud.

Se puede entender que hay negligencia en los casos en los que no hay un objetivo criminal o deshonesto, pero si se ha obviado la debida diligencia respeto de las necesidades del paciente, por ejemplo administrarle medicinas inapropiadamente, en altas dosis por descuido provocándole alguna intoxicación. Finalmente se puede dar el caso de mala Praxis por ignorancia de normativa médico hospitalaria, por ejemplo mal manejo del Historial Clínico.

2.10.JUSTIFICACION NORMATIVA DE UN ADECUADO MANEJO Y ELABORACION DEL HISTORIAL CLÍNICO

Una Historia Clínica da al médico las directrices que deben seguirse para la atención al paciente, le proporciona datos fundamentales sobre su cuadro clínico, y anota los planes para su evolución donde se pone de manifiesto las metas a las cuales se ha arribado.

Sin embargo, la Historia Clínica sirve fundamentalmente al médico, como una de las mejores defensas frente a reclamaciones legales asociadas a mala praxis, este describe exactamente lo ocurrido al paciente, sin embargo la atención puede haber sido excelente, pero ante un tribunal: **“Los cuidados no documentados, son cuidados no proporcionados”** ³¹, por lo tanto si no hay un documento que pruebe la mala atención de nada sirve cualquier reclamo, y mas aun si este casi nunca esta en poder del paciente.

2.10.1. JUSTIFICACION LEGAL

Las normas de diagnóstico y de tratamiento médico anotados en el Historial Clínico, son establecidas por la ley N° 15629 “Código de Salud”, asimismo por la Ley N° 3131 “Ley del Ejercicio Médico” y finalmente por el Decreto Reglamentario de la Ley N° 3131 el Decreto Supremo N° 28562 del 22 de Diciembre de 2005, legislación que regula el manejo del Historial Médico.

³¹ **La Razón-Comunicaciones El País:** Corte Superior de La Paz Informe anual 2005, La Paz, Jueves 10 de Febrero de 2006, Seguridad Ciudadana y Sociedad, Pág. 14 Interior 7-C.

Estos son los parámetros médicos, técnicos y normativos que el Ministerio de Salud y Deportes y el INASES dan para normar todo el Sistema Nacional de Salud de quien depende el Sistema Nacional de Seguros en Salud.

Como indica la Resolución Ministerial N° 290 del 14 de junio de 1999 “Todos los documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas durante el acto médico.

Por ejemplo: autorización para intervenciones quirúrgicas, el consentimiento informado, procedimientos para la autorización de intervenciones quirúrgicas peligrosas como ser, operaciones del corazón, transplantes, por otro lado se toma la solicitud de retiro voluntario del tratamiento y demás hacen parte importante e imprescindible de la Historia. Clínica”.

2.10.2. JUSTIFICACION DOCUMENTAL

La documentación se define como cualquier cosa que este escrita o impresa que sirve de registro de una prueba para personas autorizadas. Se entiende por Historia Clínica al conjunto de documentos escritos e iconografiados generados durante cada proceso asistencial de la persona atendida en servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización, los cuales reflejan la información relativa al estado de salud del paciente.

En esta documentación efectiva se refleja la calidad del cuidado proporcionando evidencia de la responsabilidad de cada uno de los miembros del equipo médico. Se emplean varios tipos de registros para transmitir información, todos estos documentos deben contener básicamente la siguiente información descrita en la siguiente página:

MODELO BÁSICO DE UN HISTORIAL CLÍNICO

- Identificación del paciente, -Datos personales.
- Consentimiento informado para tratamiento.
- Procedimiento al que será sometido.
- Historial de Ingreso de enfermería, -Diagnóstico de problemas-
- Plan de cuidados enfermeros, -Plan Multidisciplinario-.
- Registro del tratamiento, -La evaluación de los cuidados enfermeros-.
- Historia Médica, -Diagnóstico Médico-, -Órdenes médicas-.
- Notas de evolución médica, -Notas de otras disciplinas de cuidados-.
- Informes de exploraciones físicas, -Informes de estudios diagnósticos- Análisis de laboratorio.
- Resumen de procedimientos operativos, -Alta médica

2.10.3. COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN ENTRE LA INSTITUCION MÉDICA Y EL PACIENTE USUARIO

El equipo de salud debe comunicar toda la información al paciente o sus familiares, de forma precisa oportuna y efectiva, la garantía de la atención médica depende de la capacidad de comunicación que haya entre el equipo médico y el paciente.

De manera tal que el equipo de salud pueda actuar diseñando un plan de cuidados, con el objetivo de que sea organizado y completo, si el plan no es oportunamente comunicado al equipo de salud la atención puede quedar fragmentada las tareas se pueden repetir e incluso se pueden cometer la omisión de los tratamientos.

El resultado de una inadecuada comunicación de la información médica, puede afectar el tratamiento y evolución del paciente, las recomendaciones legales para la práctica médica hacen que la documentación y el registro sean de

responsabilidad extremadamente importante de la institución en salud y del equipo médico que atiende al paciente.

La oportuna comunicación de los registros, son el medio por el cual los miembros del equipo médico transmiten sus contribuciones de atención referida al paciente, incluyen los tratamientos individuales, asimismo el contenido del Historial debe ser debatido por el Comité de Historias Clínicas, estos procedimientos son fundamentales para determinar los pasos a seguir.

Por otro lado los documentos sirven para comunicar los resultados de exámenes paraclínicos realizadas al paciente, se podrán entregar luego de su registro y comunicación, igualmente ocurre con las imágenes diagnósticas en todo este procedimiento es necesario que el paciente deba ser informado.

La constancia de la entrega de resultados debe ser firmado por el paciente o por sus familiares, comunicándole, que es importante conservarlas para futuros análisis o consultas, si no se deja constancia con una firma de esto responderá el prestador de los servicios en este caso el Hospital; pero hay la nota de constancia de haberla comunicado y entrega al paciente, la responsabilidad será de este último.

2.10.4. COMO MEDIO DE FACTURACIÓN

El registro de cuidados al paciente es un documento que muestra hasta donde se debe reembolsar los costos del tratamiento, el registro detallado ayuda a verificar los costos reales de los diagnósticos realizados, el pago de recetas y el costo total de la atención médica, que se reflejan en la facturación final, en caso de ser asegurado se le descontará de su sueldo o renta al paciente asegurado al sistema de acuerdo a sus aportes al seguro social a corto plazo.

2.10.5. COMO MEDIO DE EDUCACIÓN

Es importante guardar estos registros para la consulta de otras disciplinas, para la consulta de estudiantes de medicina y de enfermería, como una fuente educativa, ya que el registro de un paciente contiene información muy diversa incluye diagnósticos, síntomas de enfermedades, tratamientos, con éxito y fracasos, leyendo cuidadosamente todo su registro en su historial clínico.

Educar al paciente, es uno de los aspectos que la medicina por ser de carácter preventiva, cuando hace una valoración del estado de salud de una persona, es decir califica la enfermedad o dolencia, se diagnostica. Pero depende las diferentes actitudes hacia ella provocan que las personas reaccionen de maneras distintas y diferentes ante la propia enfermedad diagnosticada, ante el propio paciente, o el miembro de la familia afectada, recomiendan los médicos orientar y educar para que estas reacciones se puedan minimizar, y los efectos de esta puedan ayudar por el contrario a recuperar al paciente.

2.11. LA ÉTICA MÉDICA

La ética Médica Implica una actitud en el accionar del médico, ética en *“La calidad del Acto Médico que debe ser la característica del servicio que todo galeno debe prestar”*, observando la debida diligencia, en toda la atención al paciente para considerarlo de calidad.

Al respecto el tratadista médico argentino Luís Blanco señala “cabe preguntarse si es lícito cuanto por la influencia de ideologías socioculturales, excediendo en sus límites terapéuticos y deontológicos el médico debe hacer todo lo necesario médicamente hablando” ³²

³² **BLANCO LUIS:** “La salud Pública en Latino América”, Editorial Los Amigos, Cochabamba, Bolivia, 1999, Pág. 45.

2.12. EL PACIENTE

El término paciente deriva de la palabra PATI: que significa padecer o sufrir. Una persona se convierte en paciente cuando solicita ayuda y consejo médico en una relación casi íntima entre el consejero y el enfermo, para ser tratado en la dolencia que lo aqueja.

En la actualidad con la evolución de la ciencia médica la relación Médico-Paciente se ha convertido en una de relación despersonalizada, que cada vez más es una relación contractual como un simple contrato con la obligación de hacer, donde el trato a la dignidad humana continúa disminuyendo.

Se genera así un contrato que en el Derecho Civil es conocido como **Contrato de Locación** celebrada entre las partes, el cual es regulado por el derecho civil mediante el Código Civil artículo 1430.

Se define como aquel en el que el locador (médico o institución prestadora del servicio) se obliga sin estar subordinado al comitente (el paciente) a prestarle sus servicios por cierto tiempo o para un trabajo determinado a cambio de una retribución, así planteadas las cosas se pasa de una fe ciega en los conocimientos del médico a una confianza relativa que hace vital la presencia de la información se erige como el elemento que mitiga la desigualdad entre posición del médico y la posición del paciente.

2.13. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

El consentimiento es otro elemento esencial en la prestación del servicio, la que se presenta en la mayoría de los casos como un consentimiento tácito pero, este consentimiento es altamente subjetivo jurídicamente hablando pues se hace firmar al paciente por escrito algo otorgando su consentimiento de algo que no entiende a cabalidad depositando su fe en que todo está correcto.

CAPÍTULO III

MARCO JURÍDICO

EL HISTORIAL CLÍNICO DOCUMENTO MÉDICO LEGAL EN EL SISTEMA VIGENTE

CAPÍTULO III

EL HISTORIAL CLÍNICO DOCUMENTO MÉDICO – LEGAL EN EL SISTEMA VIGENTE

La importancia **médica** por una parte y **legal** por la otra de la historia clínica es fundamental en todas aquellas contingencias médico-legales donde el médico es demandado por un hecho donde su intervención no tubo los resultados esperados, una historia clínica que este correctamente registrada en un expediente médico completo será un valioso documento legal como un medio de prueba legitimo, tanto para afirmar como descartar la responsabilidad médica.

En este capítulo se pretende explicar cuales son los alcances legales de un Historial Clínico y conocer sus limitaciones y falencias, asimismo se demostrará porque existe la necesidad jurídica de implementar un nuevo sistema de elaboración y registro de historiales, pues el actual sistema no ofrece las suficientes garantías médicas y legales en sus contenidos, registros, llenado, manejo, archivo, custodia y seguridad de toda la documentación médica, así como en la forma de su requerimiento y presentación en un proceso legal.

Fundamentaremos jurídicamente porque un nuevo sistema informático de registro de Historias Clínicas es necesario en hospitales del Sistema Nacional de Salud, para que por ejemplo, un perito especialista pueda establecer la verdad histórica de un hecho investigado y fundamentar sus contenidos, descartará si hubo simulaciones y contenidos falsos, con toda esta información obtenida formulará sus conclusiones, afirmará o negara con certeza la presunta responsabilidad del médico.

De esta manera la historia clínica legalmente hablando implementada en un nuevo sistema será un medio de prueba privilegiado e idóneo en estrados judiciales tanto para el paciente, el médico y la institución médica involucrados en el caso.

3.1. FINALIDAD Y DOMINIO DEL DERECHO SOBRE EL TEMA INVESTIGADO

Todo el conjunto de relaciones sociales en salud están reguladas por el Estado, se expresan a través de la Constitución Política, las leyes de la república, y toda la normativa del derecho positivo vigente; este conjunto de leyes cuando son vulneradas son penalizadas a través del poder judicial, como el órgano jurisdiccional encargado de administrar justicia.

Muchas veces en el poder judicial los operadores de justicia: magistrados, jueces, fiscales y abogados, en el ejercicio de sus actividades, se encuentran con frecuencia ante la problemática jurídica de determinar como juzgar los casos sobre la práctica médica, por ejemplo incorrectos manejos, llenado o registro de la documentación médica (Historial Clínico), estos hechos no están tipificados en la normativa penal, no contempla una sanción que sea efectiva que proteja un bien jurídico como es la vida, para el paciente o sus familiares.

Un primer problema jurídico a este respecto es saber ¿Cuál es la diferencia entre acto médico con praxis médica?, ¿negligencia médica con imprudencia?, ¿impericia o acto médico fallido con imprevistos no previsibles no atribuibles al médico tratante?, por lo que a primera vista tenemos confusiones terminológicas para determinar con claridad el problema jurídico a ser eliminado.

Lo que si tenemos en claro es que existe una necesidad social pendiente de solución la problemática del error médico, no tomando el camino facilista de la “negligencia médica”, sino buscando cuales son sus orígenes, de donde podemos establecer que este problema surge por es la deficiente elaboración y manejo del Historial Clínico en el sistema actual, la cual presenta una serie de deficiencias médico Hospitalarias, y deficiencias jurídico legales, justificando la investigación elegida que tiene que ver precisamente con el ejercicio médico y la responsabilidad.

3.2. CONFUSIÓN TERMINOLÓGICA DEL “ACTO MÉDICO” CON PRAXIS MÉDICA Y NEGLIGENCIA

En estrados judiciales estos conceptos son utilizados por los juristas de manera indiscriminada y errónea, reduciendo todos los conflictos médicos legales a la denominada “*negligencia médica*” ya sea por costumbre y comodidad, no se investiga cuales son los orígenes del error médico consultando a peritos especialistas en el tema, para subsumir los hechos presentados a conceptos mas claros, solo se buscan culpables para encarcelarlos. Se debe establecer jurídicamente y técnicamente que tipo de hechos pueden ser juzgados, si tienen tipología dolosa o es un hecho causal.

Cuando se inicia un proceso en los juzgados sobre temas de responsabilidad en el ejercicio médico, se pone en evidencia que magistrados, jueces, abogados y litigantes tienen serias dificultades en determinar y fundamentar una demanda, partiendo del principio que un determinado hecho debe corresponder y encajar en una correcta tipificación penal, esto se debe principalmente por dos aspectos:

a) Establecer responsabilidad en el ejercicio médico es un tema donde la ley tiene serias deficiencias para tipificar con precisión, especialmente el código penal, donde faltan figuras penales que protejan tanto al paciente, como al médico.

b) Una segunda limitación que tienen los operadores de justicia se debe a la escasa preparación en medicina legal que se enseña en las facultades de derecho la que es limitada y rudimentaria, donde aspectos estrictamente médico-hospitalarios, o médico-legales no se los conoce a cabalidad, denominar “Negligencia Médica” a cualquier actuación médica que no alcanzo los resultados esperados, es deambular por los corrillos de la ignorancia, en desmedro de los médicos, equivoco en la que caen los operadores de justicia olvidando el aspecto investigativo que la disciplina legal no debe olvidar.

Confundir acto médico fallido con mala praxis médica cuando son dos aspectos diferentes es caer en error, razonar que una insuficiencia física que tubo como consecuencia la muerte del paciente, es responsabilidad del médico a cargo, da a entender el desconocimiento que se tiene de la medicina, pues se trata de una disciplina que tiene resultados inciertos, y encajarlos en una sola figura como la negligencia médica es una imprudencia que muchas veces el operador jurídico hace, faltando a la ética profesional, persuadiéndole de demandar al médico sin tener los presupuestos jurídicos necesarios.

Descrito así hacen inoperable desde un inicio el juzgamiento al presunto responsable, la base documental (el actual sistema) no nos da luces suficientes para aclarar un hecho, generando confusiones procedimentales y terminológicas, un escaso conocimiento de procedimientos médico-hospitalarios tiende a absolver de culpa al responsable.

Para la solución de esta problemática se acudió a la opinión difundida de médicos y de juristas, especialistas en el tema de la responsabilidad medica, asimismo se visito las instituciones que tienen a su cargo la realización de Auditoria Médica, se entrevisto a Auditores Medicos y autoridades en salud.

No se pretendió como objetivo encontrar culpable al médico, se busco los orígenes del error médico uno de estos es el deficiente sistema de elaboración y manejo de documentos médicos, planteando se adecuen nuevas normativas médico-jurídicas que modifiquen este procedimiento, la regulen y tipifiquen cuando se los infraccione. El objetivo es encontrar que factores que llevan a error médico, llámese impericia, imprudencia, acto médico fallido, negligencia médica, o mala practica médica, demostrables a partir de un nuevo sistema de elaboración y registro de historias clínicas, documento donde se pueda comprobar con mas certeza que tipo de hecho sucedió en realidad.

3.3. DEBER OBJETIVO DE RESPONSABILIDAD

El debido cuidado o diligencia en la atención médica, constituye desde el primer acto médico, la primera característica de comportamiento que se debe tener no solo el médico a cargo, sino todo el personal del llamado “equipo médico” médicos, enfermeras, internos, especialistas, técnicos, personal administrativo, si su actuación es correcta es por lo tanto lícita, pero esta, debe verificarse legalmente en un instrumento médico-legal llamado Historia Clínica, objeto principal de la investigación, para comprobar la actuación del responsable.

El “deber objetivo de responsabilidad” es cumplir con los procedimientos y protocolos médicos, las que se plasman en un conjunto de normas y reglamentos, que tiene que ver con el ejercicio de la medicina, cuyas omisiones y/o violaciones (comprobables y demostrables a través de la Historia Clínica) deben establecer la responsabilidad del o los infractores del llamado “equipo médico”. Culpa atribuida a una mala aplicación de estas en su desempeño, cuyo resultado es la vulneración de la salud del paciente, afectando su salud a veces de por vida, incluso llegar a producirle la muerte.

Para comprobar una actuación concreta del facultativo responsable dentro del “acto médico”, se debe analizarlo jurídicamente, bajo la “teoría finalista del delito”, que se establece que la acción no solo es un proceso causalmente dependiente de voluntad del hombre, sino, por su propia esencia, en el ejercicio de la *actividad final (acto médico)*, esta obedece a la capacidad del médico a prevenir dentro de sus límites (*conocimientos, experiencia médica*), las consecuencias de su acción de donde deriva su responsabilidad.

La finalidad implica verificar cuales serán las consecuencias de su comportamiento acción u omisión objetivo/causal, según el cual debe conducirse durante toda su actuación, guiado según un plan o meta (diagnóstico tratamiento prescrito al paciente), que desde un principio debe ser positiva.

3.4. CLASIFICACIÓN VICTIMOLÓGICA

Se define a la víctima como la persona que ha sufrido el daño, durante su atención por el médico; son considerados víctimas aquellas personas directamente afectadas por el delito, atentando contra el bien más valorado del ser humano la salud, y que está protegido parcialmente por el derecho penal.

La Víctima es la persona que ha sufrido en forma pasiva o violenta de manera injusta una agresión actual en su salud, que en derecho penal y en Criminología se conoce como **sujeto Pasivo** del delito, estudian al delito desde el punto de vista de la víctima llamado actitud pasiva o receptiva del delito.

3.4.1. LA VÍCTIMA INOCENTE

La víctima de ningún modo puede ser factor causal del error médico o del delito este se presenta principalmente por un hecho atribuible a su autor ya sea culposa o dolosamente. Es inocente el paciente cuando en la acción del médico, se incurrió en error Negligente, un ejemplo: se pasó por alto registrar en el Historial Clínico, el tipo de tratamiento que corresponde a “X” paciente, o se omite ordenar ciertos exámenes clínicos, (laboratorio, radiografía), en estos casos se demuestra que el paciente es víctima completamente inocente, según el tipo de clasificación victimológica del autor R. Mendelson.

3.4.2. VÍCTIMA CON CULPABILIDAD MENOR

Es denominada así, la persona que provocó o desencadenó la comisión del delito, llamado también *víctima provocativa* o *víctima negligente*, analicemos esta posibilidad: Por ejemplo la persona da información falsa, pide atención indicando una dolencia inexistente o enfermedad, con el fin de obtener algún beneficio (legal o particular), cuando es tratado por el médico, que se guía siguiendo directivas falsas, indefectiblemente arribará a dos resultados:

- a) Que el paciente se salga con la suya, y no haya ninguna consecuencia relevante, o algún daño colateral en la salud que sea relevante y significativa.
- b) Que resulte gravemente dañado en su salud a causa de la falsa información, p. Ej. Se suministro medicamentos no compatibles con su estado de salud acusando al médico, que terminaría en una demanda penal para el paciente por que provoco el error, siendo sometido a juicio penal por falsedad ideológica.

Para las Organizaciones Internacionales en salud “Victimas son todas aquellas personas que individual o colectivamente ha sufrido daños físicos o morales producto de haber sido tratado erróneamente durante o en una parte del tratamiento medico, en detrimento de su salud presente o futura”

Este imperativo en el campo de la responsabilidad medica actual en Bolivia es difícil de incorporar totalmente dentro del tipo penal y dentro de la clasificación victimológica, aun así, en el plano internacional se ha llegado a grandes avances, donde la responsabilidad médica por errores en el manejo de documentos médicos, son ya tipificadas con sanciones drásticas, como indica la Resolución N° 40/84 de la Asamblea General de las Naciones Unidas prevención del Delito y del tratamiento al delincuente *Milán 1985* ³³.

3.5. DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA CULPOSA

En la descripción del delito se tiene que partir del principio que **NO HAY DELITO SIN TIPICIDAD**, este es el problema que se plantea producto de factores relacionados al inadecuado manejo del Historial Clínico que conduciría a errores médicos, es decir no se ha tipificado el inadecuado manejo del Historial Clínico que conduciría a error médico.

³³ **ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL OMS:** Resolución N° 40/84 de la Asamblea General de Naciones Unidas, 1985, “Declaración sobre los derechos humanos del paciente”, Editorial OMS, Estados Unidos, 2001.

3.6. DESCRIPCIÓN DE LA IMPRUDENCIA

La imprudencia supone el realizar actos inusitados, fuera de actividad rutinaria, cuyos efectos son negativos. Por ejemplo hacer mas de lo debido o dejar de hacer lo esperado implica riesgo (conducta peligrosa), es una violación activa/pasiva de las normas y protocolos médicos vigentes, además del cuidado y cautela que indica la prudencia y la experiencia, así descrito, la imprudencia es atribuible a quien actúa sin cordura, moderación, sensatez, y buen juicio.

Por ejemplo a consecuencia de un medicamento mal administrado por el médico, el paciente (la victima), sufre graves consecuencias en su salud porque imprudentemente se le prescribió un medicamento prohibido por tener enfermedad cardíaco-vascular, o hipertensión, estado de embarazo, alergia a la penicilina, etc., la que no se registro debidamente o no se tomo en cuenta en su historial clínico, cuya imprudencia determina el daño o la muerte del paciente.

3.7. DESCRIPCIÓN DE LA NEGLIGENCIA MÉDICA

La negligencia es la falta de la adopción de las precauciones médicas debidas sea en actos rutinarios u extraordinarios de la actividad diaria (hacer menos de lo debido, dejar de hacer o hacer lo que no se debe). Es Negligente el médico que no guarda la precaución necesaria, tiene indiferencia por el acto médico que realiza, que actúa con descuido u omisión de la debida diligencia, es la forma pasiva de la imprudencia y por consecuencia comprende la omisión de las normas impuestas por la ley (normas y protocolos médicos), cuya observancia hubiere prevenido un hecho que derivo en graves consecuencias.

En la investigación documental encontramos este caso: se realizo una incorrecta valoración del médico sin observar el cuadro clínico que presentaba el paciente la noche anterior, cuadro que no se registro debidamente (con claridad los cambios evolutivos) en su Historial Clínico por el médico de turno, de la cual derivo una emergencia alterando la salud del paciente, que pudo ser fatal.

3.8. DESCRIPCIÓN DE LA IMPERICIA

La impericia en la profesión médica, comprende los actos que se ejercen con ignorancia de las reglas y normativas hospitalarias, es la falta de aptitudes suficientes para el ejercicio de la profesión, importa un desconocimiento de procedimientos elementales; uno de estos es la inadecuada elaboración y manejo del Historial Clínico, se desobedece las normativas de su manejo, conduciendo al autor a posibles diagnósticos erróneos, evidentemente equivocados.

3.9. AUDITORIA MÉDICA

El Ministerio de Salud a través del INASES Instituto Nacional de Seguros en Salud, es la autorizada para llevar a cabo la auditoria en salud. La Auditoria Médica es una revisión regular que es llevada por una junta médica, proporciona la información de los registros medicos en base para la evaluación de la calidad y la adecuación de los cuidados ofrecidos en una institución, los hospitales del sistema de salud en Bolivia deben establecer planes de mejora de calidad para llevar a cabo revisiones objetivas continuadas de evaluación. La auditoria médica esta establecida en la “Ley del Ejercicio Profesional Médico” ³⁴ Ley N° 3131 del 8 de agosto del 2005, destacamos los siguientes artículos:

CAPITULO IV

DEL EJERCICIO MÉDICO Y LAS FUNCIONES

Art. 9.- (Actividades Relacionadas) Las siguientes actividades están relacionadas con el ejercicio profesional:

a) Medicina Forense, b) Peritaje, c) Auditoria Médica,

Art. 12.- (Deberes del Médico), a) Guiarse por protocolos oficiales cumpliendo con normas técnicas establecidas por el ministerio de salud.

b) Cumplir con el llenado de los documentos medicos oficiales señalados en la presente ley.

³⁴ República de Bolivia: “Ley del Ejercicio Profesional Médico” Ley N° 3131, del 8 de agosto del 2005, Gaceta oficial de Bolivia, 2005.

CAPITULO XV
AUDITORIA MÉDICA

Art. 15 Auditoria Médica. La auditoria médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo de carácter preventivo, con el fin de emitir un dictamen informe o certificación independiente referente al acto médico y a la decisión de calidad de los servicios de salud.

Cabe hacer un comentario importante esta ley, en su Artículo 15, tiene serias deficiencias, las cuales describiremos detalladamente en las recomendaciones y propuesta de ley del presente trabajo, donde demostramos claramente que la Auditoria Médica es un procedimiento insuficiente y sus alcances son meramente enunciativos no son imperativos.

Es decir cuando se hace una Auditoria Médica a denuncia del afectado, cuando se comprueba la responsabilidad del médico denunciado, a través del análisis del Historial Clínico, la pena es una simple recomendación médica para que se mejore la calidad de atención, pero no refleja ninguna sanción, lo cual hace que este procedimiento sea ineficiente para la protección del paciente.

**3.9.1. PROCEDIMIENTOS PARA UNA AUDITORIA MEDICA
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SEGUROS EN SALUD**

La auditoria médica es un procedimiento eminentemente técnico y no es punitivo, es decir no busca el castigo del infractor, sino más bien es de carácter analítico, evaluativo con carácter preventivo. La finalidad de una auditoria es emitir un dictamen, un informe o certificación independiente referente al acto médico y a la decisión de calidad de los servicios de salud, este dictamen tiene carácter reservado y su acceso es restringido salvo orden judicial.

Quienes llevan a cabo la auditoria médica son Auditores Acreditados, médicos con experiencia y prestigio, debidamente acreditados como auditores medicos por el Ministerio de Salud en coordinación con el Colegio Médico de Bolivia, con el apoyo otros profesionales en determinadas circunstancias.

Lo que se busca es saber que tipo de atención se brindó al paciente, esta información se encuentra revisando y analizando el registro documental del Historial Clínico, son descripciones, indicaciones en los que se desarrolló, durante un plan de cuidados, donde el médico es participante activo de tales actos.

Los registros deben ser monitorizados y revisados cuidadosamente durante una auditoría médica, buscando siempre el cumplimiento de los criterios de mejora de la calidad; las deficiencias identificadas durante la monitorización son compartidas con todos los miembros del personal médico.

De forma que se puedan hacer correcciones en la estrategia o la práctica, la documentación exacta de las aportaciones del equipamiento que se han utilizado garantiza que los costes se recuperan y los pacientes reciben los cuidados que requieren

3.9.2. CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO

Es una instancia que se ha creado para intervenir en las controversias médico legales paciente afectado médico responsable, su ámbito de acción es limitado por la alta cantidad de casos que atiende y por no tener un reglamento adecuado; La Ley 3131 en su art. 18 nos aclara la idea “Se crea el instituto médico de conciliación y de arbitraje que regula la relación de conflicto médico paciente ocupándose de sus controversias debiendo ser reglamentado por decreto supremo en su estructura o funcionamiento”.

3.10. INFORME MÉDICO LEGAL

Es un testimonio médico escrito, concerniente a un hecho judicial, puede ser en conjunto o separado y siempre es por escrito, este informe es elaborado por un médico perito en el tema, el informe consta de cuatro partes:

- 1.- Preámbulo: Sirve de encabezamiento.
- 2.- Exposición: Parte descriptiva de todo lo comprobado y Expuesto en Detalle y su método.
- 3.- Disposición: Analiza los hechos, los interpreta y los somete a la crítica, expone razones científicas de su trabajo como médico del caso sometido a su opinión.
- 4.- Conclusión: Es la síntesis de la opinión del perito.

3.11. DICTAMEN INMEDIATO

Cuando el objeto de la diligencia pericial fuere de tal naturaleza que permitiere a los peritos dictaminar inmediatamente así deberá hacerlo en audiencia o por escrito (Art.438 C.P.C.).

Los peritos entregaran su informe por escrito con copias para las partes, recibiendo el dictamen se comunicara, y estas podrán dentro del tercer día pedir al juez recabar de los peritos las aclaraciones convenientes y conexas. El juez accederá a esta petición si la considerare fundada, su resolución será inapelable. (Art. 440 C.P.C.)

3.11.1. VALOR Y FUERZA PROBATORIA DEL DICTAMEN MÉDICO LEGAL

No es absoluta ni decisiva todos los exámenes periciales y las conclusiones técnicas son presentadas al criterio del juez, la fuerza probatoria del dictamen pericial será estimada por el juez teniendo en consideración la competencia de los peritos la uniformidad o disconformidad de sus opiniones los principios científicos en los que se fundaron como la concordancia de su aplicación con las reglas de la sana critica y demás pruebas y elementos de convicción que la causa ofreciere (Art. 441 C.P.C.)

Por lo investigado se puede decir que un dictamen médico es supeditado a la opinión del juez ha creado muchas veces roces desagradables entre ambos, se requiere en la evaluación pericial la participación de un ente neutral.

3.12. SECRETO MÉDICO

Es la obligación que tiene el médico, de guardar con recelo los hechos conocidos en el ejercicio de su profesión fuera de los eximientes jurídicos y de los morales, es una forma especial del secreto profesional.

El médico deberá guardar escrupulosamente el derecho del enfermo el secreto profesional, absteniéndose de confiar en terceras cuanto de oídas o de visita o en forma directa o accidental le sea revelado en la intimidad del paciente, excepto en condiciones en que debe primar el derecho de la sociedad conforme lo establece el artículo 36 “Código de Ética Médica”.

El código de Ética Médica” Ley 728 ³⁵, del 4 de agosto de 1993, da los lineamientos básicos de un buen servicio médico, donde el secreto médico es un principio de ética inseparable del ejercicio de la medicina reafirma el respeto y la dignidad del paciente, que se extiende a todo el personal que participa en la atención del paciente. La obligación de respetar el secreto médico se mantiene aun después de que haya cesado la prestación médica así como con posterioridad a la muerte del paciente.

Absoluto → **“CONTRATO”**

Tipo de Secreto:

Relativo → **“JUSTA CAUSA”**

³⁵ República de Bolivia: “El código de Ética Médica” Ley 728 ³³, del 4 de agosto de 1993, Gaceta Oficial, 1993.

3.13. CONTRATO CLASIFICADO COMO CONTRATO DE SERVICIOS MÉDICO-PACIENTE

Por el avance de la sociedad donde la tendencia es mejorar las condiciones de la relación **médico-paciente** se trataría de un contrato clasificado como un *contrato de servicios contractual* donde el consentimiento de las partes es un elemento esencial, así estaríamos frente a una institución importada del Derecho y que conlleva a la formación del Contrato de Servicios.

En cuanto a la inobservancia de los reglamentos, comprende a todas las disposiciones de carácter general, dictadas por la autoridad competente en la materia que traten, donde el fundamento de incriminación surge la actitud de indiferencia o menosprecio de las normas establecidas.

3.14. CONTENIDOS DE LA DOCUMENTACION MÉDICA DENTRO DEL HISTORIAL CLÍNICO

La documentación Médica se define como cualquier cosa escrita o impresa que sirve de registro de una prueba para el personal médico y otras personas autorizadas por ley, la documentación efectiva refleja la calidad del cuidado y proporciona evidencia de la responsabilidad de cada uno de los miembros del equipo médico, se emplean varios tipos de registros para transmitir información, todos estos documentos deben contener:

a) Identificación del paciente, datos personales; b) Consentimiento informado para el tratamiento y el procedimiento al que será sometido. c) Historial de Ingreso de enfermería; d) Diagnóstico de problemas; e) Plan de cuidados enfermeros f) Registro de tratamiento y la evaluación de los cuidados enfermeros; g) Historia Médica, Diagnóstico Médico h) Ordenes médicas; i) Notas de evolución médica y de las otras disciplinas de cuidados; j) Informes de exploraciones físicas; k) Resumen de procedimientos; l) Alta médica

Un registro es un fuente valiosa de datos que es utilizada por todos los miembros del equipo médico y por el paciente, sus propósitos incluyen la comunicación, la facturación, la educación, la valoración, la investigación, la auditoria y la documentación legal que puede ser usada en caso de surgir contingencias. La documentación médica es un aspecto vital en la práctica médica, la cual debe ser completa.

3.14.1. COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE

El equipo de salud debe comunicar toda la información de forma precisa, todo el equipo de salud pueda actuar diseñando un plan de cuidados a determinado paciente sea completo, si el plan no es oportunamente comunicado al equipo de salud la atención puede quedar fragmentada las tareas se pueden repetir e incluso se puede cometer la omisión de los tratamientos.

El resultado de una inadecuada comunicación de la información puede afectar a la evolución de los pacientes, y sus derechos legales, las recomendaciones legales para la práctica médica hacen que la documentación y el registro sean de responsabilidad extremadamente importante de la institución en salud y por ende del equipo médico que atendió al paciente.

3.14.2. COMO MEDIO DE VALORACION ENFERMERA

El historial de servicios enfermeros y la valoración inicial está completa cuando el paciente ingresa en la unidad de cuidados médicos, donde se obtuvieron los datos más importantes para su atención: comprende edad, estado civil, dirección, profesión u oficio, forma de ingreso (emergencia, consulta), motivo de ingreso, una breve historia económico-social. Además evaluar su historial clínico (si no tiene aperturar uno), donde se anotará que enfermedades u dolencias que tuvo o sufre, las operaciones y medicamentos prescritos, y la percepción del paciente sobre la enfermedad que padece.

Una valoración física de todos los sistemas corporales, se incorpora en la Historia Clínica o se incluye de forma separada; el registro proporciona datos que el equipo médico utiliza para identificar y apoyar los diagnósticos médicos y planificar las intervenciones adecuadas para los cuidados.

Por ejemplo, después de la inspección de una herida la enfermera puede concluir que la curación esta retrasada el registro proporcionará mucha información adicional, incluyendo el apetito del paciente, las descripciones del aspecto previo de la herida y los resultados de laboratorio que indican la presencia o ausencia de infección. Esta información puede ayudar a explicar los motivos y las implicaciones y los cambios en la enfermedad del paciente.

3.15. OBJETIVO LEGAL DEL HISTORIAL CLINICO

3.15.1. INVESTIGACION JUDICIAL

Los datos estadísticos relativos a la frecuencia de trastornos clínicos, complicaciones, uso de tratamientos medicos y enfermeros específicos, recuperación de la enfermedad y muertes pueden extraerse de los registros de los pacientes, son un recurso valioso para describir las características de las poblaciones de pacientes en un centro de cuidados de salud. Una enfermera puede emplearlos de un paciente durante un estudio de investigación para información sobre determinados factores o contingencias.

Por ejemplo, si un médico o enfermera utiliza un nuevo método de control del dolor para un grupo de pacientes, *“los registros proporcionan datos sobre el éxito o fracaso del tratamiento”*. Es fuente importante de información

3.15.2. DOCUMENTACION LEGAL

La documentacion exacta es una de las mejores defensas frente a las reclamaciones juridico legales, asociadas con el cuidado médico; el registro sirve como una descripción de lo que le ha ocurrido exactamente a un paciente.

Los cuidados médicos pueden haber sido excelentes, sin embargo ante un tribunal los cuidados no documentados son cuidados que nunca fueron proporcionados. Los cuatro problemas mas frecuentes de comunicación de mala praxis cuasadas por una documentacion inadecuada son:

- 1.- No registrar en la gráfica la hora correcta cuando sucede un Hecho significativo.
- 2.- No registrar lar ordenes verbales o no hacer que sean firmadas.
- 3.- Registrar en la grafica acciones por anticipado para ganar tiempo.
- 4.- Documentar datos incorrectos.

La ley protege la informacion sobre los pacientes que se obtiene mediante exploración, observación conversación o tratamiento; el equipo médico no debe comentar el estado de salud de un paciente o con el personal no implicado en los cuidados del paciente, menos con otros pacientes y terceras personas.

El personal médico esta obligado legal y eticamente a mantener la confidencialidad sobre las enfermedades y los tratamiento de los pacientes. Solo el personal directamente implicado en los cuidados tiene derecho para acceder a los registros del pacientes, solicitan con frecuencia copiar de sus historias clinicas y el derecho a leer estos registros, cada institución tiene normas para controlar la forma en que comparten la informacion de los registros. En la mayoría de las situaciones se exige a los pacientes que otorgen su consentimiento por escrito para proporcionar la informacion médica a otras fuentes.

3.16. NORMAS JURÍDICAS VULNERADAS

De lo expuesto hasta aquí sobre la problemática investigada, demostramos que los inadecuados manejos en la elaboración y registro de Historias Clínicas, están atentando contra la salud, violando los siguientes preceptos legales:

3.16.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

Las normas en salud de la actual C.P.E., están entre los derechos personales que protegen a la salud:

TITULO PRIMERO

DERECHOS Y DEBERES FUNDAMENTALES DE LA PERSONA

Art, 6.- Numeral I. Todo ser humano tiene personalidad y capacidad jurídica, con arreglo a las leyes. Goza de los derechos, libertades y garantías reconocidos por esta Constitución, sin distinción de raza, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen, condición económica o social, u otra cualquiera.

Art. 7 Toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio.

Inciso a) A la vida, **la salud** y la seguridad.

Art. 164 El servicio y la asistencia sociales son funciones del estado, y sus condiciones serán determinadas por ley. **Las normas relativas a la salud pública son de carácter coercitivo y obligatorio.**

3.16.2. VULNERACIONES AL CÓDIGO DE SALUD

En la Ley N° 15629, “Código de Salud” en la parte considerativa describe el conjunto de disposiciones jurídicas sustantivas, y principios básicos de carácter general y permanente que regulan los derechos y obligaciones dentro del campo específico de la salud y del ejercicio médico, sostiene que la salud es un bien de interés público y por consiguiente es función fundamental del estado velar por la salud del individuo la familia y la población en su totalidad.

TITULO PRELIMINAR

DISPOSICIONES GENERALES

Art, 2, La salud es un bien de interés público y corresponde al estado el regular su cumplimiento.

Art, 5, inciso a) Indica que el paciente debe de recibir una atención con calidad eficacia y oportunidad.

Inciso c) Indica que debe ser informado a no ser sometido a experimentación clínica y científica sin el previo consentimiento e información de la persona, con la debida advertencia respecto del riesgo.

Art, 8, En el presente código y demás leyes, reglamentos y disposiciones administrativas relativas a la salud son de orden publico y en caso de surgir conflictos estos prevalecen sobre otras disposiciones de igual validez formal.

Art, 10, indica, que toda persona natural o jurídica queda sujeta a los mandatos de este código, de sus reglamentos y de las disposiciones generales o particulares que dicte la autoridad en salud.

Finalmente en su Art. 154 de las sanciones indica que la violación del código de salud, de sus reglamentos y demás disposiciones constituye infracción las que serán sancionadas administrativamente por la autoridad en salud, sin perjuicio de las sanciones previstas por el Código Penal

3.16.3. VULNERACIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

El termino ética se refiere al estudio de los ideales filosóficos de la conducta humana sea esta verdadera o errada, para demostrar las actitudes de las personas ante el bien o ante el mal. En la practica profesional médica, se sigue estos preceptos muy estrechamente, tal es así que el Código de Ética Médica proporciona un conjunto de pautas donde se reflejan cual debe ser el ético proceder de los medicos para guiarle a una atención segura y eficaz.

El equipo médico sanitario está de acuerdo con los códigos éticos nacionales que define la práctica y ofrecen una definición de los estándares prácticos profesionales, de la ética médica, analizaremos algunos aspectos de este código. En la Ley N° 728, “Código de Ética Médica” ³⁶, del 4 de agosto de 1993, lo destacado para el tema dice:

³⁶ República de Bolivia: Ley N° 728, “Código de Ética Médica” del 4 de agosto de 1993, Gaceta Oficial, 2000.

CAPITULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Art. 1. El ejercicio de la medicina implica un compromiso moral, individual y colectivo de los médicos con los individuos y la sociedad e impone deberes y responsabilidades ineludibles cuya contravención dará lugar a sanciones disciplinarias por parte del colegio médico al margen de las penalidades establecidas por las leyes del país.

Art.2.La actuación profesional del médico deberá ajustarse fundamentalmente a las siguientes normas:

- 2.1. Respeto a la vida; 2.2. Respeto a la personalidad Humana.
- 2.3. Reconocimiento de las propias limitaciones.

Art. 3. Dentro de los principios antes enunciados **las obligaciones del médico se proyecta en la conducta que deberá observar:**

3.1. Con los enfermos;

3.2. Con la colectividad;

3.3 Con sus colegas de profesión;

Es precisamente la parte de la **SOLIDARIDAD ENTRE COLEGAS MÉDICOS** la que más toman en cuenta los Galenos, cuando existe alguna demanda de responsabilidad médica, Privada-Civil, escrita Privada, escrita Institucional, privación de Honores, privación de Derechos, o de Derechos de carácter Gremial o Profesional, etc.

Otro derecho vulnerado reiteradamente, es el derecho que tiene el paciente de elegir al médico para su atención, el sistema de salud en Bolivia el paciente desconoce este derecho y cuando quiere ejercerlo recibe una pésima atención porque no hay suficientes médicos

Art. 6. La libre elección del médico por el paciente, es un derecho privativo de este, al que ningún médico podrá oponerse y que obliga a acatar las decisiones del enfermo en cuanto a consultar o asumir el cuidado de otro profesional, facilitando a este todos los informes y documentos relativos del caso.

Otro derecho que desconoce completamente el paciente es el secreto

médico: Art. 7. El médico deberá observar escrupulosamente el derecho del enfermo al secreto profesional, absteniéndose de confiar a terceros cuanto de oídas o de su vista y en forma directa o accidental le sea revelado en la intimidad del paciente, excepto en condiciones en que deba primar el derecho de la sociedad conforme lo establece el Art. 36.

La correcta conducta del médico esta descrita en el siguiente articulo:

Art. 8 Corresponde al médico ofrecerle al enfermo, la mejor atención posible con los conocimientos y recursos que el caso aconseje.

Cuando este no este a su alcance será su deber informar de ello al paciente y recomendarle una solución adecuada, solicitando el concurso de otros profesionales o derivándolo a servicios especializados.

Se acostumbra en el hospital no darle al paciente una segunda opción médica u otro tratamiento, por temor el paciente no exige este derecho.

Finalmente la responsabilidad médica no debe ser eludida por tener la condición de empleado publico, asimismo es necesario apuntar que también debe ser responsable todo el equipo médico incluido la parte administrativa .quienes manejan la documentación del paciente, como indica este articulo.

Art. 21. La condición de empleado al servicio de una institución pública o privada no exime al médico de ninguno de los deberes y responsabilidades en relación con los enfermos, a que se refiere este capitulo.

3.16.4. DEBERES DEL MÉDICO Y EL EQUIPO MEDICO

Los medicos y todo el personal se denomina “**equipo médico**” que debe actuar en conjunto pero no siempre sucede así hay competencia y deslealtad, Art. 43.

Es deber de lealtad de los medicos entre si:

Articulo 43.1: Compartir la responsabilidad emergente de actuaciones profesionales cumplidas en conjunto, lo que **no excluye la responsabilidad particular** en el campo de acción de cada uno;

En el artículo 43.2. atender los llamados y consulta que otro le solicite;

43.4. Facilitar los informes y documentos que posea sobre un enfermo.

3.16.5. DE LAS SANCIONES DISCIPLINARIAS Y LOS TRIBUNALES DE HONOR

Las sanciones en caso de incumplimiento de deberes queda a cargo del colegio médico, las sanciones que emiten no son oportunas, es decir el proceso es moroso, por otro lado el tipo de sanciones no tienen nada que ver con el hecho cometido, enmarcados en el código de ética médica Ley N° 728, “Código de Ética Médica.

CAPITULO V

DE LAS SANCIONES DISCIPLINARIAS Y LOS TRIBUNALES DE HONOR

Art.46. El Colegio Médico de Bolivia ejecutará sanciones disciplinarias a sus colegiados que transgredán el Código de Ética Médica, a través de los Tribunales Nacionales o Departamentales de Honor.

Art. 48. El Tribunal Nacional de Honor es el organismo máximo encargado de administrar justicia en la Institución.

Art. 50. El médico colegiado que sea enjuiciado por cualquier presumible acción omisión antijurídica, cometida en el ejercicio profesional, para su defensa recibirá la más amplia colaboración en forma obligatoria por parte de su Colegio Departamental y en su caso Nacional.

De lo investigado se puede deducir que las sanciones que más se dan las amonestaciones y llamadas verbales de atención que en la práctica no son nada efectivas, la suspensión temporal rara vez se da, pues los procesos no concluyen.

Art. 58. La imposición de sanciones será:

58.1. Amonestación verbal; 58.2. Amonestación escrita; 58.3. Suspensión de sus derechos sindicales de 3 a 6 meses; 58.5. Suspensión temporal de la inscripción en el Colegio Médico por un lapso no mayor a 6 meses.

Todo este conjunto de normas descritas, demuestra que el ejercicio médico esta normado, pero que este tiene serias deficiencias, especialmente en la ejecución de las sanciones; no incluyen la responsabilidad médica al conjunto del equipo médico: medicos, enfermeras, personal auxiliar, administrativos.

3.16.6. LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

En la “Ley del Ejercicio Profesional Médico” Ley N° 3131 ³⁷, del 8 de agosto del 2005, establecen algunos parámetros de como debería ser el manejo de la documentación médica y del Historial Clínico, en los siguientes artículos.

CAPITULO IV

DEL EJERCICIO MÉDICO Y LAS FUNCIONES

ARTICULO 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, b) Historia clínica, c) Consentimiento informado.
- d) Informes de procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- e) Certificado médico. f) Informes médicos, g) Certificado de mortinato.
- h) Certificado de nacido vivo, i) Certificado de defunción, j) Protocolo de autopsia.
- k) Informe pericial, l) Hoja anestésica, m) Interconsultas, n) Descripción del procedimiento quirúrgico, o) Epicrisis, p) Transferencias, q) Informes médico legales, r) Recetas médicas.

Art.12, Deberes del Médico, Inciso e) El médico debe guiarse por protocolos oficiales cumpliendo con normativas técnicas establecidas por el ministerio de área de salud. Inciso j) El médico debe cumplir con el llenado de los documentos médicos oficiales señalados en la presente ley.

3.17. ANÁLISIS DEL CÓDIGO PENAL Y EL HISTORIAL CLINICO

En el Código Penal Ley N°. 10426 de 23 de Agosto de 1972; elevado a rango de ley por la Ley N° 1768, de 10 de marzo de 1997, por la problemática planteada, no existe una adecuada normativa jurídica, que regule la responsabilidad penal y civil que proteja a la victima de la irresponsabilidad médica por inadecuados manejos del Historial Clínico.

Únicamente encontramos algunos artículos que buscan proteger ciertos aspectos pero estos son inexactos e incompatibles con la aparición de nuevas figuras donde la responsabilidad del médico esta presente:

³⁷ **República de Bolivia:** “Ley del Ejercicio Profesional Médico” Ley N° 3131, del 8 de agosto del 2005, Gaceta oficial de Bolivia, 2000

CAPÍTULO III

DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD CORPORAL Y LA SALUD

Artículo 270º. (Lesiones gravísimas). Incurrirá el autor en la pena de privación de libertad de dos a ocho años, cuando de la lesión resultar:

- 1) Una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable.
- 2) La debilitación permanente de la salud o la pérdida o uso de un sentido, de un miembro o de una función.
- 3) La incapacidad permanente para el trabajo o la sobrepase de ciento ochenta días,
- 4) peligro inminente de perder la vida

Artículo 271º. (Lesiones graves y leves).- El que de cualquier modo ocasionare a otro un daño en el cuerpo o en la salud, no comprendido en los casos del Artículo anterior, del cual derivare incapacidad para el trabajo de treinta a ciento ochenta días, será sancionado con reclusión de uno a cinco años. Si la incapacidad fuere hasta , veintinueve días, se impondrá al autor reclusión de seis meses a dos años o prestación de trabajo.

Artículo 273º. (Lesión seguida de muerte).- El que con el fin de causar un daño en el cuerpo o en la salud produjere la muerte de alguna persona, sin que ésta hubiera sido querida por el autor. pero que pudo haber sido previsto, será sancionado con privación de libertad de uno a cuatro años.

Toda esta normativa médico-legal vigente, nos muestra, como se vulneran los derechos en salud de los pacientes a causa de este defectuoso sistema, y que nuestro código penal no tipifica sanciones por estos hechos que son reiterativos en documentos médicos y expedientes clínicos, que ponen en riesgo la salud del paciente, y vulneran sus derechos legales. Indicamos que este sistema permite que varias normas médicas sean violentadas, no solo nacionales sino las estipuladas por los organismos rectores en salud (OMS-OPS), quienes recomiendan que cada país afiliado implementen en sus servicios nacionales de salud Sistemas Informáticos de manejo de datos y documentos clínicos.

Se tiene la susceptibilidad que este actual sistema de registros clínicos, no brinda seguridad en la salud y derechos del paciente, no hay suficiente confiabilidad en los custodios de esta documentación los hospitales, donde se pueden ser alterados, modificados o cambiados con facilidad. Razón por la que se justifica el tema investigado, donde recomendamos la implementación en el Sistema Nacional de Salud de un nuevo y moderno sistema de registros de Historiales Clínicos. Que garantice legal y clínicamente los derechos en salud de los pacientes.

CAPÍTULO IV

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CAPÍTULO IV

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

En este capítulo se comprobó la hipótesis planteada, utilizamos como técnica documental dos instrumentos de trabajo: a) una guía de Evaluación de Historiales Clínicos para verificar contenidos e irregularidades que presenta la historia clínica, b) un Formulario de Encuesta, elaboradas con preguntas cerradas SI/NO. De ambas técnicas utilizadas exponemos los resultados obtenidos de acuerdo a la tabulación de la información recogida, descritas en este capítulo, de donde se generan conclusiones y recomendaciones.

Por los resultados obtenidos que coinciden con los objetivos de la investigación, la propuesta de hipótesis pudo comprobarse ampliamente. Justificamos de esta manera porque existe la Necesidad Jurídica de Implementar un Nuevo Sistema de Elaboración y Registro de Historias Clínicas, para disminuir el problema del Error Médico, en hospitales de la Caja Nacional de Salud, pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.

4.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPOTESIS

A través de la comprobación de la propuesta hipotética de tesis, se describe las falencias encontradas relacionadas al sistema de elaboración y registro de Historiales Clínicos, lugar donde se cometen una serie de irregularidades Médico-Legales, que ponen en riesgo la salud y los derechos del paciente.

Se hizo la descomposición de la variable principal (en dimensiones), y la dependiente en variables específicas (indicadores), a través de los métodos y técnicas elegida, el trabajo se dividido en dos áreas de investigación: revisión documental cuantitativa y cualitativa de historiales clínicos; y la elaboración del formulario de encuestas, donde se consulto a médicos y pacientes de la CNS; todos estos aspectos se desglosan en el presente capítulo.

4.2. COMPROBACIÓN DOCUMENTAL

GUIA DE EVALUACIÓN DE HISTORIALES CLÍNICOS

En la investigación documental se utilizó el método de Investigación Descriptiva, en una muestra de 100 expedientes Clínicos de consulta externa y de hospitalización del Hospital Luis Uria de la Oliva, Hospital Obrero N°1 y Maternológico La Paz, en base a una la Guía de Evaluación de Historiales Clínicos, que fue elaborada en base a 22 preguntas SI/NO, dividida en dos partes:

HISTORIALES CLÍNICOS	CANTIDAD	TOTAL
HOSPITAL OBRERO	20	20
HOSP. MATERNOLÓGICO	30	30
HOSPITAL LUIS URIA O.	50	50
TOTALES	100	100
Universo: 1.500 Historiales Clínicos	Muestra: 100	
Valores: Porcentaje de éxito: 99.08%	Porcentaje de error: 0.02%	

(Gráfica 1:Muestra para la evaluación de Historiales Clínicos, fuente: elaboración propia)

4.3. PRIMERA PARTE

REVISIÓN CUANTITATIVA DE HISTORIALES CLÍNICOS

El objetivo fue verificar cuantitativamente si los Historiales Clínicos tienen SI – NO el formulario requerido en la pregunta, de acuerdo a la Ley N°3131 Art. 10, los formularios que comprenden un Historial Clínico* completo son:

- 1) Registro de Hoja de Admisión y datos generales de ingreso.
- 2) Registro de Diagnostico de Admisión.
- 3) Registro de anamnesis.
- 4) Registro de examen físico general y de signos vitales.
- 5) Registro de exámenes complementarios: laboratorio clínico, radiológico.
- 6) Registro de evolución clínica realizada por su médico.
- 7) Registro de la medicación recibida.
- 8) Registro de hoja de enfermería según servicios,
- 9) Registro autorización del paciente para procedimientos médico-Quirúrgicos
- 10) Registro de protocolo operatorio.
- 11) Registro del tratamiento dado al paciente, epicrisis.
- 12) Registro de diagnóstico de egreso alta médica.

* Solo se hizo la revisión cuantitativa de los formularios que debe contener la Historia Clínica, no se analizo el diagnóstico o tratamiento médico prescrito, o efectuado por el médico.

1.-Tiene registro de Hoja de Admisión y datos generales de ingreso

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	98	98%	2	2%	100

2.- Tiene registro de Diagnóstico de Admisión

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	96	96%	2	2%	100

3.- Tiene registro de anamnesis

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	90	90%	5	10%	100

4.- Tiene registro de examen físico general y de signos vitales

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	95	95%	5	5%	100

5.- Tiene registro de exámenes complementarios: laboratorio clínico, radiológico

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	96	96%	4	4%	100

6.- Tiene registro de evolución clínica realizada por su médico

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	92	92%	8	8%	100

7.- Tiene registro de la medicación recibida

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	95	95%	5	5%	100

8.- Tiene registro de hoja de enfermería según servicios

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	93	93%	7	7%	100

9.- Tiene autorización del paciente para procedimientos Médico Quirúrgicos

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	98	98%	2	2%	100

10.- Tiene registro de protocolo operatorio de Intervención Quirúrgica

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	94	94%	6	6%	100

11.- Tiene registro del tratamiento dado al paciente, Epicrisis

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	94	94%	4	4%	100

12.-Tiene registro de diagnóstico de egreso, causa de alta médica

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	100	100%	0	0	100

ANALISIS DE RESULTADOS: De la revisión cuantitativa a 100 Historiales a través de 12 preguntas, indicamos que hay una mayor incidencia en “registro de anamnesis” un 10% no lleva su formulario, “registro de evolución clínica por el médico” un 8% no tiene su formulario, “registro de hoja de enfermería según servicios” un 7% no tiene su formulario, “registro de protocolo operatorio de intervención quirúrgica” un 15% no tiene su formulario, generalmente este protocolo es realizado por el médico residente o por jefatura de enfermería.

En 100 historiales revisados, encontramos un 10%, (porcentaje considerable), no tiene su formulario correspondiente, debido a que se extravió la hoja del formulario o no se realizó el servicio, estas deficiencias son reiterativas en el actual sistema, que inciden directa o indirectamente en error médico. La ausencia de una hoja de registro puede generar una contingencia médico-legal, legalmente nos guiamos por el siguiente enunciado **“un tratamiento efectuado pero no registrado, no documentado, se tomará como un tratamiento no brindado, por no llevar la documentación que compruebe el servicio otorgado al paciente”**

4.4. SEGUNDA PARTE

REVISIÓN CUALITATIVA DE HISTORIALES CLÍNICOS

El objetivo fue verificar cualitativamente en que medida los Historiales Clínicos cumplen con parámetros de calidad vigentes en la Ley N°3131, en su artículo 12 incisos e) y j). Asimismo comprobar si cumplen (SI/NO), con parámetros y protocolos de registro clínico a nivel internacional (OMS-OPS), vigente en Bolivia. Reglamento protocolo de registro de documentos clínicos en centros de salud y hospitales, de la Organización Panamericana de Salud:

Artículo 4.- “Características del expediente clínico”

Inc. f) “La HC debe ser completa, continua, debe ser legible, sin abreviaturas, sin enmiendas ni tachaduras, debe estar ordenada y foliada cronológicamente, debe conservarse en buen estado y debe ser realizado en formularios diseñados para la respectiva función.

Artículo 6.- “Requisitos del expediente clínico”

Inc. a) veracidad, debe contener le descripción veraz en el diagnostico y tratamiento, Inc. c) simultaneo el registro debe realizarse simultáneamente al acto médico no después, Inc. d) completo debe contener los datos suficientes sobre el estado de salud del paciente, los procedimientos realizados, el diagnostico, tratamiento refrendados con el nombre, firmas y sello del responsable que los elabora.

Según estos parámetros verificamos cualitativamente si los Historiales Clínicos cumplen efectivamente SI – NO con la pregunta requerida, según protocolos Médicos-Hospitalarios vigentes en el SNS:

- 13) Tiene número código asignado a cada formulario.
- 14) Tiene el nombre, firma y sello del Médico.
- 15) Los registros de hoja de servicios de enfermería está debidamente sellado y firmado por el/la responsable,
- 16) El tipo de registro efectuado en la Historia Clínica fueron realizado
 - a.- Registrado a mano.
 - b)- Registrado por medio informático computarizado.
- 17) Los registros pueden ser leídos con facilidad, son entendibles.
- 18) Los registros realizados presentan correcciones, enmiendas, tachaduras.
- 19) Los formularios del historial tiene uso de terminologías siglas, símbolos.
- 20) Los Historiales están completos, falta algún registro u hoja.
- 21) El diseño de cada formulario del historial es compatible con el tipo de registro
- 22) El sistema actual es compatible con un moderno sistema de registro de Historiales clínicos, actualmente vigentes a nivel internacional.

13.- Tiene número código asignado en cada formulario componente de la Historia Clínica

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	82	82%	18	18	100

Se ha encontrado un 18% en hojas de formularios las no tienen anotado el número del código asignado, la historia esta compuesta de varios formularios que deben llevar el mismo código para que no se pierdan o mezclen con otros.

14.- Tiene registro de nombre, firma y sello del Médico tratante.

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	60	60%	40	40	100

Se ha encontrado en los Historiales Clínicos un 40% No tienen la firma del médico, solo lleva su sello personal, en otros formularios solo se registra la firma del médico, la firma en un formulario es un requisito legal importante.

15.- En el registro de hoja de servicios realizada por enfermería, están debidamente selladas y firmadas por el/la responsable

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	80	80%	20	20	100

En el registro de hoja de servicios realizada por el personal de enfermería en un 20% no llevan sello y firma del responsable del registro, en la mayoría de los formularios solo firman, no fueron bien realizados presentan las mismas cualidades de los registro médicos, llenado a mano, defectuosa caligrafía, etc.

16.- El llenado efectuado en la Historia Clínica fue realizado mediante:

A.- Fue registrado a mano

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	70	70%	30	30	100

Este es un aspecto importante, en 100 Historiales Clínicos encontrados, un 70% presenta el registro de la información escrita a mano, solamente un 30% utilizo otro mecanismo (maquina de escribir, computadora), lo que nos lleva a establecer que la mayoría de historiales clínicos revisados en cada formulario el registro fue realizado a mano, los que presentan distintos estilos de escritura, (con letra palmer, otras letra simple, hay letra carta y letra de imprenta).

Todas estas observaciones dan a entender que el sistema manejado en la CNS es muy antiguo que data de varios daños atrás, sigue la línea tradicional de registro a mano, jurídicamente los registros realizados defectuosamente pueden ser interpretados de varias maneras, comprobamos así que este sistema no brinda la suficiente seguridad, ni la claridad de su contenido.

B.- Fue registrado por medio informático computarizado

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	30	30%	70	70%	100

Los registros realizados por medio informático, encontramos un 30% SI utilizan este medio para hacer los registros, pero es muy relativo, no inciden en el sistema, generalmente son informes de apoyo al diagnóstico (laboratorio, exámenes complementarios), lamentablemente un 70% NO utiliza un medio o sistema informático de registros clínicos, verificamos que los registros realizados a mano presentan varias irregularidades y deficiencias.

17.- Los registros hechos en la Historia Clínica pueden ser leídos con Facilidad, son entendibles, sus escritos son claros

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	50	50%	50	50%	100

Los registros en la Historia Clínica presentan un 50% NO pueden ser leídos con facilidad, es decir los contenidos escritos no son entendibles, en algunos casos por la ilegibilidad de la escritura es constante, el estilo de letra varia, la letra es realizada de manera particular haciendo su interpretación dificultosa.

18.- Los registros realizados en la historia Clínica tienen correcciones, enmiendas, tachaduras, borrones en las mismas hojas

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	20	20%	80	80	100

Los registros realizados en la Historia Clínica, un 20% presentan correcciones, enmiendas, tachaduras y correcciones, debido a que los registros son realizados a mano y los defectos por escribir de manera rápida son evidentes.

19.- Los formularios del historial tiene uso de terminologías siglas, símbolos

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	20	20%	80	80%	100

Los registros realizados en la Historia Clínica presentan un 20% donde existe el uso de terminologías siglas y símbolos, el uso es necesario, pero en muchos casos se lo utiliza indiscriminadamente, la simbología utilizada por el tipo de escritura no es entendible, hay símbolos mezclados con palabras.

20.- Los Historiales están completos, falta algún registro u hoja

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	10	20%	90	80	100

De 100 Historiales Clínicos revisados un 20% presenta la ausencia de uno o más formularios, debido a que un expediente clínico tiene hojas sueltas de sus formularios, tienden a perderse, a no foliarse, o a archivarse de forma incompleta. Un historial completo garantizaría la calidad del servicio presentado, si encontramos un historial que presente estas características, este formulario puede ser indicio de que no hubo la una atención con calidad.

21.- El diseño de formularios son compatible con el registro asignado, permiten un tipo de registro detallado

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	30	20%	70	70%	100

Otro aspecto destacable, encontramos un 70% donde el diseño de cada formulario no es compatible en con el tipo de registro al que esta asignado, sus formularios pertenecen a un diseño que ya no se usan en modernos hospitales.

22.- Este sistema de registros es compatible con modernos sistemas de registro de historiales clínicos recomendados por la OMS y la OPS implementados en EEUU, Asia y la Comunidad Europea.

	SI	Índice (+)	NO	Índice (--)	TOTAL
HISTORIALES CLINICOS	0	0%	100	100%	100

Por la contrastación que se hizo, al comparar formularios de la CNS con los de modernos hospitales extranjeros, podemos afirmar que presentan sustanciales diferencias, pues los formularios recomendados por la OMS, tienen un diseño se detallan por casilleros los contenidos a registrarse, ya no se reduda tanto en el espacios amplios para registrar el servicio médico, sino se especifica por celdillas cual es el servicio o atención, aportando claridad y exactitud al registro, por otro lados su manejo estas en una base de datos lo que simplifica su manejo, archivo, etc. Legalmente se garantizan los contenidos, la información es precisa y rápida ahorrando tiempo al médico y paciente y la institución, eliminando riesgos y contingencias presentes y asegurando sus contenidos.

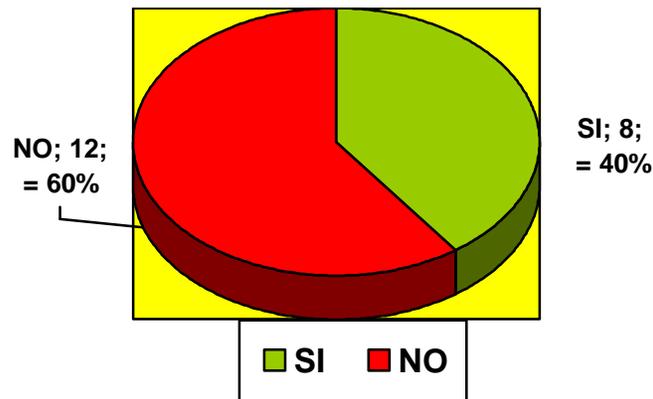
4.5. DESARROLLO DE TIPO DE ENCUESTA

Se realizo una encuesta, en base a 10 preguntas, que fueron realizadas a 20 personas entre pacientes y médicos, elegidos por muestreo probalístico simple, en tres Hospitales de la CNS, de acuerdo a los objetivos de la investigación.

	PACIENTES	MÉDICOS	TOTAL
HOPITAL OBRERO	3	1	3
HOPITAL LUO	7	5	13
HOPITAL MATERNOLOGICO	2	2	4
TOTALES	12	8	20

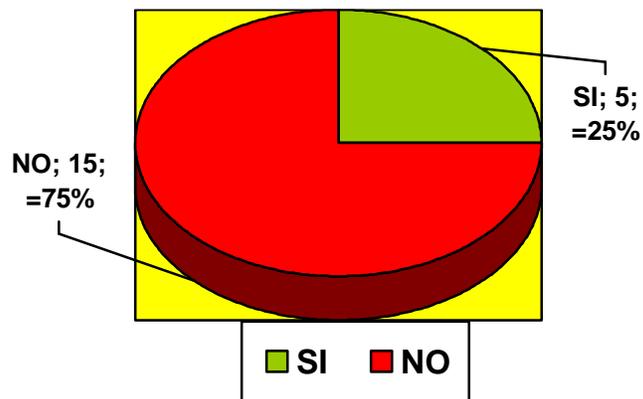
(Gráfica 2: Muestra de personas y médicos encuestados, fuente: elaboración propia)

1.-¿Sabía Ud. que la Historia Clínica es un documento médico legal obligatorio, donde se registra el tipo de servicio brindado al paciente: atención médica, diagnóstico médico, tratamiento, laboratorio, evaluación y alta médica?



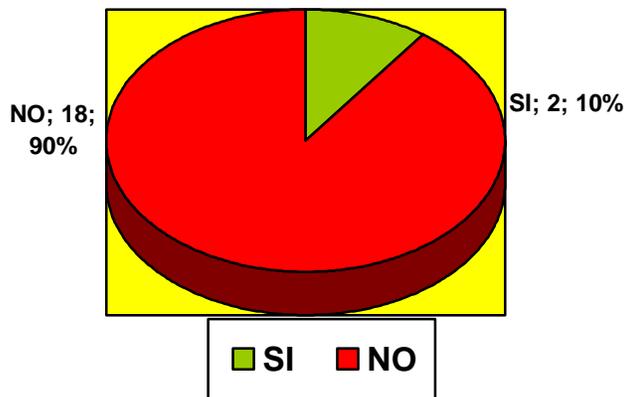
RESULTADOS: En el caso (pregunta 1) un 60% desconocen que el Historial Clínico es un documento médico legal, no saben los formularios que la componen y desconocen sus contenidos de los cuales esta formado un Historial Clínico, y por ende no saben cual es su utilidad médica y legal.

2.-¿Sabía Ud. que en el actual Sistema de registro de H.C. existen deficiencias: registros incompletos, escritos a mano, letra ilegible, correcciones, espacios en blanco, tiene formularios sueltos, no lleva nombre, firma y sello del médico?



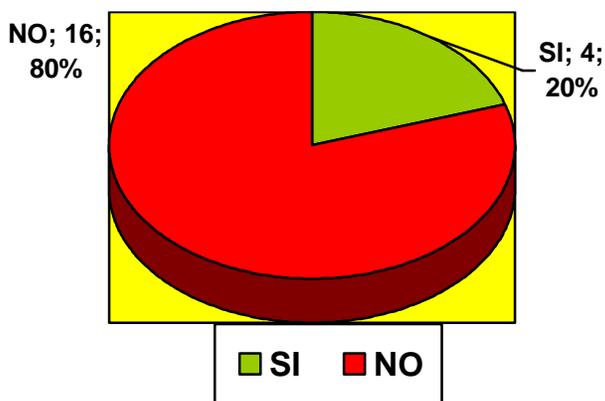
RESULTADOS: En este caso (pregunta 2), un 75% de personas encuestadas, desconocen que el actual Sistema presenta estas deficiencias, los medicos encuestados conocen estas fallas pero, no lo atribuyen al actual sistema de registros clínicos, consideran que la responsabilidad es del médico que hizo el registro y atendió al paciente.

3.-¿Sabia que hay personas que son responsables de hacer registros defectuosos: médico, internos, auxiliares, enfermeras y Administrativos.



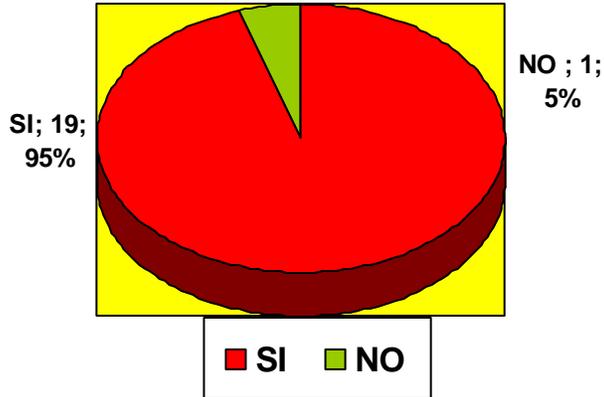
RESULTADOS: En este caso (pregunta 3), un 90% desconocen que interviene estas personas, los que tienen directa relación con el paciente, por lo que en determinado momento hacen registros en formularios del historial, donde la responsabilidad debería ser individual, pero con este sistema es difícil de determinar cual fue la participación por los constantes turnos y rotaciones, los que están anotados en una misma hoja de turno.

4.-¿Sabia Ud. que el actual sistema no brinda suficientes garantías para una responsable atención al paciente, vulnerando sus derechos en salud, además sus derechos legales



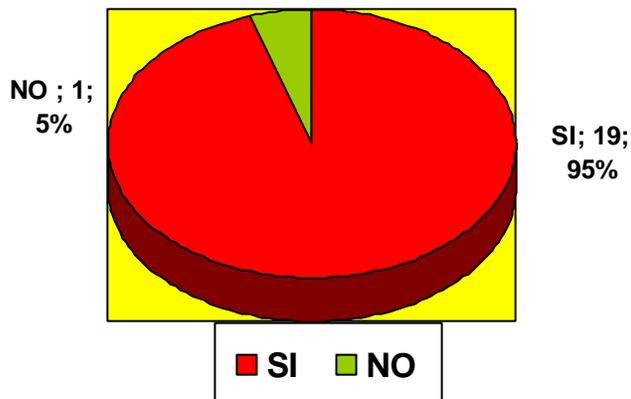
RESULTADOS: En este caso (pregunta 4), un 80% desconocen que el actual sistema no brinda garantías efectivas al paciente, debido a que es un sistema antiguo, su uso no solo pone en peligro la salud del paciente, sino también desconocen como afectan a sus derechos legales, sirve como prueba documental.

5.-¿Esta de acuerdo con la necesidad jurídica de implementar un nuevo Sistema de Elaboración y Registro de Historiales Clínicos, para mitigar el problema del error Médico, en el Sistema Nacional de Salud ?



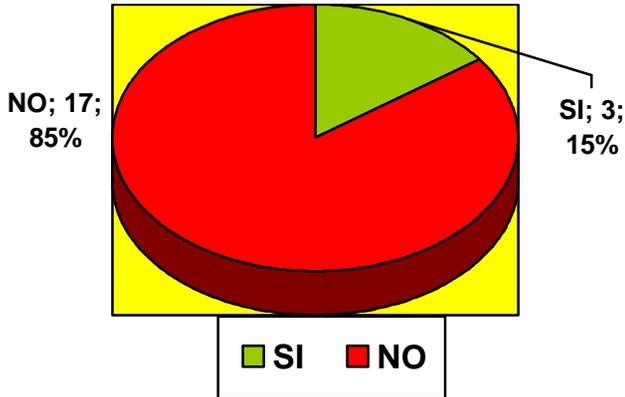
RESULTADOS: En este caso (pregunta 5), un 95% de encuestados están SI de acuerdo con la implementación de un nuevo Sistema de Elaboración y Registro de Historiales Clínicos, esta implementación estaría destinada para mitigar considerablemente el creciente problema del error médico, los registros serían más confiables protegiendo más eficientemente al paciente en caso de haber contingencias médico-legales, asimismo al médico.

6.-¿Esta Ud. de acuerdo con la modificación a la “Ley del Ejercicio Profesional Médico N°3131”, proponiendo la implementación de un nuevo Sistema Informático?



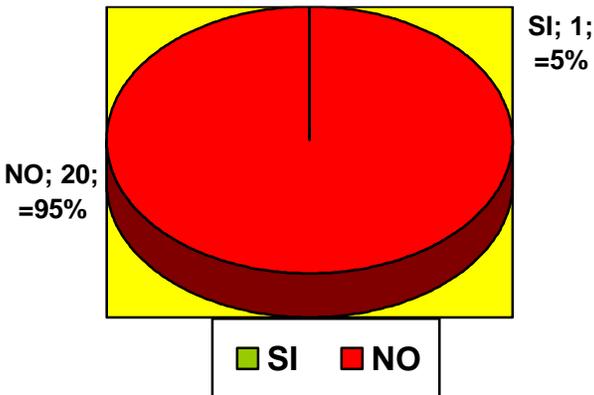
RESULTADOS: En este caso (pregunta 6), un 95% de encuestados están SI de acuerdo con la modificación a la ley N°3131 “Ley del Ejercicio Profesional Médico”, están de acuerdo, con la implementación de un nuevo Sistema Informático de Elaboración y Registro de Historiales Clínicos, donde el historial tenga mayor seguridad jurídica, para el médico, el paciente y la institución médica.

7.-¿Conocía Ud. que la Historia Clínica es el documento privilegiado de cargo o descargo para poder probar en juicio penal/civil, si hubo o no durante el Acto Médico “Mala praxis médica”, o “Negligencia Médica”?



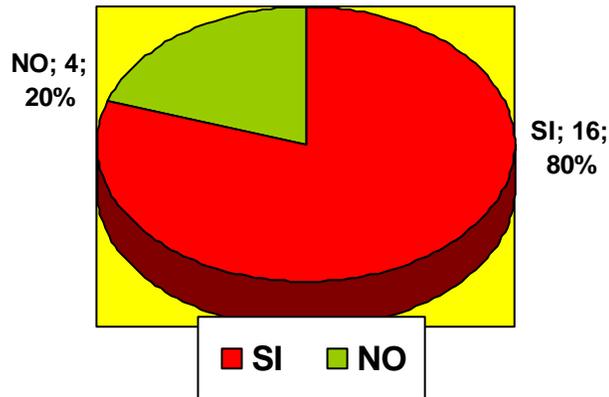
RESULTADOS: En este caso (pregunta 7), un 85% de encuestados desconocen que Historia Clínica es el documento que sirve para poder probar en juicio penal o civil, si hubo durante el Acto Médico hubo o no mala praxis médica, negligencia médica, impericia, e individualizar al responsable.

8.-¿Sabía Ud. que el INASES realiza la Auditoria al Historial Clínico a denuncia hecha por el paciente, y una vez comprobada la responsabilidad del médico, solo recomienda mejorar la atención, pero que implica ninguna sanción efectiva para el médico?



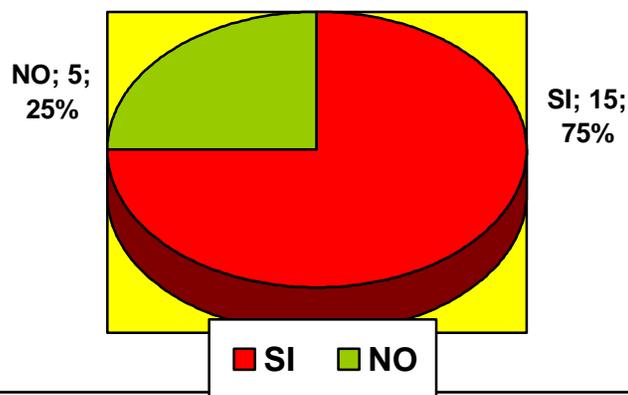
RESULTADOS: En este caso (pregunta 8), un 100% de encuestados, no saben que la institución que realiza Auditorias a Historiales Clínicos es INASES, lo alarmante es el desconocimiento al derecho de realizar denuncias por irregularidades en la atención, ya sea Acto Médico fallido (Mala praxis)”, impericia o culpabilidad (Negligencia Médica), desconocen si hay algún tipo de sanción al médico, una vez comprobada su responsabilidad.

9.-¿ Cree necesario la necesidad jurídica de modificar el procedimiento de Auditoria Médica proponiendo la implementación de sanciones, cuando se demuestre la responsabilidad del médico?



RESULTADOS: En este caso (pregunta 9), un 80% de encuestados están de acuerdo con la necesidad jurídica de modificar el procedimiento de Auditoria Médica, la propuesta de implementar alguna sanción una vez auditada el Historial Clínico es ampliamente aceptada, donde se compruebe que hubo responsabilidad del médico, como una forma de disminuir el problema del error médico.

10.-¿ Respetando el principio del secreto médico, considera necesario que una copia de este documento sea remitido a un archivo cargo de una entidad neutral fuera del hospital, donde los expedientes permanezcan inalterables, garantizando los contenidos registrados en el?



RESULTADOS: En este caso (pregunta 10), un 75% de encuestados están de acuerdo que una copia completa del Historial Clínico, sea remitido a una entidad neutral fuera del hospital, (por ej. la superintendencia de salud), donde sus contenidos no sea modificados, por el comité médico y de auditoria médica, y se puedan solicitar este documento por el paciente en una demanda judicial.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES GENERALES

La Historia Clínica (HC) es un documento técnico, científico, administrativo y LEGAL, es un conjunto de formularios escritos e iconografiados generados durante cada proceso asistencial al paciente en los servicios de consulta externa, emergencia, y de hospitalización; también utilizada en la *evaluación de la calidad* del servicio médico brindado, y para la realización de la auditoría médica, en todo el Sistema Nacional de Salud en todos los entes gestores de la Seguridad Social a corto plazo, la institución en salud mas importante del seguro social en Bolivia es la Caja Nacional de Salud CNS.

De acuerdo a los protocolos de la OMS, se diseña y adopta un modelo de Historial Clínico en el Congreso Panamericano de Salud 1978, con su sistema de registro, control y evaluación de Historiales Clínicos, la primera institución en salud del país que adopta este sistema es la Caja Nacional de Salud CNS (la mas antigua institución del seguro social en Bolivia), siguiendo la visión y lineamientos de la Organización Mundial de Salud OMS y de la Organización Panamericana de Salud OPS, adaptándola a sus necesidades en sus hospitales y centros de salud.

El principal problema identificado es la antigüedad de este sistema, que ha venido utilizándose durante los últimos 25-30 años, en los hospitales del seguro social, la que no cambio sustancialmente, si bien se implemento algunas modificaciones en el diseño de formularios clínicos, en el fondo el sistema continua manejando “el viejo modelo de registro manual”, donde no se han realizado actualizaciones de acuerdo a estándares *normativo-hospitalarios* internacionales, implementados en la actualidad en hospitales de otros países.

La Historia Clínica puede ser conceptualizada como un documento **médico – legal** en el que se registra toda la atención brindada al paciente, de todos los actos sucedidos cronológicamente durante su estadía hospitalaria, que comprende aspectos tales como: diagnóstico, tratamiento, evolución y restablecimiento del paciente, describe todos los hechos relevantes sucedidos hasta su alta médica.

Este valioso documento nos sirvió como instrumento de investigación donde verificamos objetivamente, cuales son las falencias que presenta el actual sistema de manejo y elaboración de historiales clínicos, con el objeto de conocer cuales son los factores que influyen en la comisión de errores médicos relacionados al historial Clínico, que afectarían la salud del paciente.

Para describir estas falencias, se acudió a la revisión de 100 expedientes, y la elaboración de una encuesta con 10 preguntas realizadas a médicos y pacientes pertenecientes a la CNS, los resultados encontrados con estas dos técnicas de investigación son expuestos en las conclusiones del presente capítulo.

Las falencias encontradas en los Historiales Clínicos, son producto de factores:

- a)** Conducta negligente (positiva/negativa) del terapeuta médico durante la atención y tratamiento otorgado al paciente, negligencia médica.
- b)** Producto de hechos (acciones/omisiones) de otros miembros del “*equipo médico*”, internos practicantes, enfermería, laboratorio o personal administrativo
- c)** Por factores que escapan al control del médico, como ser: diseño de formularios no compatibles con el tipo de registro, la forma de registro y archivo, manejo manual, registro tradicional a mano, limitaciones en el tiempo para llenar varios formularios, sistema de manejo de expedientes médicos de forma manual, pérdida de documentos médicos o de formularios, son algunos factores producto de las deficiencias que presenta el actual sistema de manejo y elaboración de Historias Clínicas.

Jurídicamente, observamos que la seguridad documental, que bajo este sistema no esta garantizado, p. ej. un 10% de historiales revisados falta una hoja de formulario, la interrogante es: ¿este formulario se extravió, no se efectuó la atención?, se omitido esa atención médica, que derivan en una contingencia médico legal, otro aspecto importante como demostrar, la responsabilidad del médico, en este sistema donde los formularios vienen sueltos, por lo tanto susceptibles de ser cambiados, extraviados o sustituidos.

Como podríamos establecer “la verdad histórica del hecho” si los contenidos originales fueron cambiados, si la prueba documental principal la Historia Clínica no brinda la seguridad documental, susceptible de ser cambiado, dentro del hospital por los comités médicos

Todos estos aspectos mencionados pueden ser superados, aplicando la ciencia Informática, implementando historiales clínicos en formularios de llenado digital en un nuevo sistema, lamentablemente las políticas públicas del Sistema Nacional de Salud, no toma en cuenta las constantes recomendaciones que hace la OMS para elevar la calidad en el servicio de salud.

Las normas vigentes en el Código de Salud, en la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico, el decreto reglamento N°28562, las instituciones de control de la GESTIÓN DE CALIDAD del Ministerio de Salud, y de INASES institución de Fiscalización y Auditoria Medica al Historial Clínico, no toman en cuenta que para tener una atención en salud pública que brinde seguridad y **Calidad**, es necesario modernizar los sistemas Hospitalarios del país.

Siguiendo esta línea de pensamiento y de acuerdo a la propuesta de hipótesis se justifica ampliamente porque existe *“La necesidad Jurídica de implementar nuevo Sistema de elaboración y registro de historias clínicas, para mitigar el problema del error médico, en el Sistema Nacional de Salud”*.

5.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

El tema de investigación abarco el derecho la medicina legal referentes a sistemas normativo hospitalarios, el Sistema Nacional de Salud tiene varios subsistemas, uno de estos acaso el mas importante es el “Sistema de elaboración y registro Historias Clínicas.

En este sistema aparecen una serie de factores que inciden en error médico, que en un extremo derivarían de conductas negligentes (*negligencia médica*), o en hechos imprevistos no atribuibles a sana practica médica (*deficiencias del sistema actual*); los que afectan la salud del paciente y vulneran sus derechos.

Primero: Cuantitativamente en la revisión a 100 expedientes mediante la Guía de Evaluación de Historiales Clínicos, un 2% no tiene registro hoja de Admisión, un 2% no tiene registro Diagnostico de Admisión, un 10% no tiene registro de anamnesis, un 5% no tiene registro de examen físico general, un 4% no tiene registro de exámenes complementarios, un 8% no tiene registro de evolución clínica, un 5% no tiene registro de medicación, un 7% no tiene registro de hoja de servicios enfermeros, un 2% no tiene autorización procedimientos Quirúrgicos, un 6% no tiene registro protocolo operatorio, un 4% no tiene registro de epicrisis, un 1% no tiene registro de diagnóstico de egreso

De acuerdo a la Ley N°3131 Art. 10, los formularios que comprenden el historial son: Hoja de Admisión, Diagnóstico de Admisión, anamnesis, examen físico y de signos vitales, exámenes complementarios: laboratorio clínico, radiológico, registro de evolución clínica, registro de la medicación recibida, registro de hoja de enfermería según servicios, autorización del paciente para procedimientos médico Quirúrgicos, protocolo operatorio, epicrisis, diagnóstico de egreso alta médica.

En 100 Historiales un 90% SI tienen un Historial completo con todos sus formularios correspondientes, pero observamos que un 10% NO tienen el Historial completo, falta algún formulario, se extravió, o no se hizo el servicio. En materia legal *“un tratamiento efectuado pero no registrado, o no documentado, se tomará como un tratamiento no realizado, por no tener la documentación que pruebe el servicio brindado al paciente”*

Segundo: Cualitativamente en la revisión de 100 expedientes mediante la Guía de Evaluación de Historiales Clínicos un 18% no tiene número código asignado en cada formulario, un 40% no tiene registro de nombre, firma y sello del Médico, un 20% no esta sellado y firmado en hoja de servicios enfermeros, un 30% de Historias Clínicas fueron registradas a mano, un 70% tiene fue registrado por medio informático, un 50% pueden ser leídos con facilidad, son entendibles, un 80% los registros tienen correcciones, enmiendas, tachaduras, un 80% usan terminologías, siglas o símbolos, un 90% presenta Historiales completos, un 70% el diseño de formulario es compatible con el registro asignado, un 100% indica que el sistema actual de registro no es compatible con sistemas registro de historiales clínicos recomendados por OMS y la OPS.

Verificamos que no cumplen con protocolos y reglamentos de la OMS y OPS. En su artículo 4to. indica: Características del expediente clínico: La HC debe ser completa, continua, legible, sin abreviaturas, b) sin enmiendas ni tachaduras, ordenada y foliada cronológicamente, conservarse en buen estado y debe ser realizado en formularios diseñados para la respectiva función; Artículo 6 Requisitos del expediente clínico: veracidad, en la descripción diagnóstico y tratamiento, c) simultaneo el registro debe realizarse simultáneamente al acto médico no después, d) completo debe contener los datos suficientes sobre el estado de salud del paciente, los procedimientos realizados, el diagnóstico, tratamiento refrendados con el nombre, firmas y sello de quien los elabora.

Actualmente los formularios recomendados por la OMS, tienen un diseño donde están detallados los casilleros, para los contenidos que deban registrarse, donde ya no se redunda tanto en amplios espacios para registrar el servicio médico, sino se especifica por celdillas cual es el servicio u atención, aportando claridad y exactitud al registro, simplificando el registro; por lo que sostenemos que este sistema no es compatible con los modernos sistemas que tienen otros hospitales, donde ya se aplicaron nuevos sistemas de registros clínicos en base de datos y sistemas informáticos, donde la información es precisa y rápida ahorrando tiempo al médico y paciente, eliminando riesgos o contingencias presentes y asegurando sus contenidos, los que no pueden ser modificados.

Un formulario moderno en una base de datos, beneficiaría aportando claridad y exactitud al registro realizado, simplificaría su llenado, ahorrando tiempo al médico, garantizaría legalmente sus contenidos, reduciendo el problema del error médico, estos aspectos descritos sucintamente, justifican abundantemente porque es necesario implementar un nuevo sistema de elaboración y registro de Historiales Clínicos.

Tercero: Para comprobar nuestra hipótesis se elaboró una encuesta, en base a 10 preguntas realizadas a 20 personas entre pacientes y médicos, elegidos por muestreo probabilístico pertenecientes a la CNS. De acuerdo a los objetivos de la investigación un 60% desconocen a la Historia Clínica como un documento médico-legal obligatorio, donde se registra el tipo de servicio brindado hasta el alta médica, menos aun cuales sus contenidos y objetivos.

Un 75% de encuestados no saben que el actual Sistema tiene deficiencias como ser: registros incompletos, escritos a mano con letra ilegible, correcciones y abuso de siglas/símbolos, en formularios sueltos, además de no llevar el nombre completo, firma y sello del médico. Un 90% desconocen estas deficiencias como producto del actual sistema que es obsoleto, este es un factor decisivo para recomendar su cambio.

Un 80% no saben que un registro que presenta deficiencias podría conducir a error médico, cuya consecuencia afectaría la salud del paciente, incluso causarle la muerte, en este caso los historiales realizados defectuosamente tiene mucho que ver en un acto médico que no a alcanzado los resultados esperados. Un 95% está de acuerdo con la necesidad jurídica de implementar un nuevo Sistema de Elaboración y Registro de Historiales Clínicos, esta implementación estaría destinada para disminuir el creciente problema del error médico.

Un 95% esta de acuerdo con la modificación a la “Ley del Ejercicio Profesional Médico N°3131”, donde se proponga la implementación de un nuevo Sistema Informático, el expediente médico elaborado en formularios únicos e inmodificables protegiendo su contenido. Un 85% desconoce que la Historia Clínica es el documento privilegiado de cargo o descargo para probar en juicio penal/civil, si hubo “Mala praxis médica” o “Negligencia Médica”.

Un 95% no saben que el INASES realiza la Auditoria Externa al Historial Clínico, lo mas alarmante es el desconocimiento al derecho de realizar una denuncia por irregular atención prestado durante el acto medico por mala praxis médica o negligencia, menos aun que su procedimiento es ineficiente, que una vez comprobada la responsabilidad del médico no se le aplica sanción alguna.

Un 80% esta de acuerdo con la necesidad jurídica de modificar el procedimiento de Auditoria Médica proponiendo la implementación de algún tipo de sanción, cuando demuestre la responsabilidad del médico, como una forma de disminuir el problema del error médico. Un 75% considera necesario como sugerencia, que para una mayor seguridad jurídica del Historial Clínico una copia de este documento sea remitido a un archivo a cargo de una entidad neutral fuera del hospital, donde los expedientes permanezcan inalterables donde sus contenidos no sea modificados por el comité médico.

Cuarto: En el análisis de la normativa médica vigente, en especial “Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, y su reglamento D.S. N° 28562; demostramos que el actual sistema vulnera los contenidos de estas leyes.

Un último aspecto, de acuerdo a procedimiento los Historiales Clínicos pueden ser auditados en una **Auditoria Médica Interna / Externa** realizada por INASES, de acuerdo a la Ley 3131 Art. 17, a petición del paciente por mala práctica médica, referidas al acto médico, que básicamente consiste en la verificación del cumplimiento de normas protocolos vigentes y que son realizados mediante el análisis del Historial Clínico, para verificar que tipo de tratamiento recibió el paciente.

Este procedimiento de “Auditoria Externa”, es objetado en el trabajo, por las conclusiones a los que arriba, luego de hacer una evaluación un caso concreto, encontramos que sus resultados son inefectivos e ineficientes. Es decir para el paciente afectado quien reclama su derecho y una sanción al infractor por ejemplo la suspensión del ejercicio medico por cierto tiempo, lo único que encuentra como resultado a su reclamo es un informe confidencial del que no sabe nada, que concluye en una simple recomendación, nada mas.

En la ley 3131 y en su decreto reglamentario N°28562 indica claramente que una Auditoria Medica, es de carácter preventivo y educativo, pero también es correctivo, pero, ¿cual es esa corrección?; por la alta cantidad de denuncias por mala práctica médica no aclaradas, es necesario ampliar sus alcances, convertir en un procedimiento bilateral donde tenga participación el paciente o su representante, y que se implemente algún tipo de sanción cuando se demuestre la responsabilidad del médico.

5.3. RECOMENDACIONES

En cuanto a las recomendaciones estos emergen por los objetivos planteados, dichos objetivos se han comprobado y contrastado empíricamente a través de la revisión documental en base a una guía de evaluación, y la elaboración de una encuesta realizada a médicos y pacientes de la CNS, de cuyos resultados emergen estas recomendaciones.

1) Por el objetivo general demostrado, recomendamos la implementación de un Nuevo Sistema de Elaboración y Registro de Historiales Clínicos en el Sistema nacional de Salud, con el objeto de mejorar los servicios de salud en Bolivia, para disminuir uno de los problemas que generan el error médico.

2) El estudio comprobó empíricamente cuales son los factores que impactan en error médico al hacer registros en la Historia Clínica, por lo que recomendamos la implementación de un nuevo Sistema Informático en todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud, para que los contenidos del Historial sean mas seguros, diseñados en nuevos formularios.

3) Modificar la ley N°3131 Ley del Ejercicio Profesional Médico, implementando un nuevo capitulo denominado NORMAS Y PROTOCOLOS DEL NUEVO SISTEMA DE REGISTRO DE HISTORIALES CLÍNICOS, donde se mencione la puesta en vigencia de este sistema.

4) Modificar el Decreto Supremo N°28562 Reglamento a la Ley 3131, implementando en su capitulo II Normas, Protocolos y de Gestión de calidad, en el art. 4to. la siguiente definición: Nuevo Sistema de Elaboración de Historiales Clínicos: se establece que todo el Sistema Nacional de Salud se registrará por el nuevo sistema de elaboración y registro de historiales Clínicos, en los entes gestores de la seguridad social a corto plazo, según ley 3131 Modificada.

4) Modificar el procedimiento de Auditoria Médica cambiando sus alcances y objetivos modificando su procedimiento e implementando sanciones, cuando se demuestre la responsabilidad del médico, para lo cual la ley N°3131 Ley del Ejercicio Profesional Médico, en su capítulo VII, el contenido del art. 17 es cambiada por el siguiente texto: La auditoria médica es un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter preventivo, correctivo y sancionador, que se realiza ante denuncias de mala práctica médica, constituye un proceso bilateral realizado por INASES y por la persona o personas afectadas, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación referente al acto médico y la gestión de calidad de los servicios de salud.