

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO**



**IMPLEMENTACIÓN DE AUDITORÍA DE CALIDAD DEL LLENADO DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO DE PACIENTES INTERNADOS EN EL INSTITUTO
NACIONAL DEL TÓRAX GESTIÓN 2018.**

CURSANTE: Dra. Mónica Torrez Itusaca

TUTOR: Dr. José Antonio Zambrana Torrico

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

La Paz - Bolivia

2021

AGRADECIMIENTOS:
A DIOS EN PRIMER LUGAR,
A MI BENDITA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ÁNDRES
A LOS DOCENTES DE LA ESPECIALIDAD EN
AUDITORÍA MÉDICA Y GESTIÓN DE CALIDAD
EN PARTICULAR AL DR. JOSÉ A. ZAMBRANA TORRICO Y
DR. IVAN LARICO LAURA.

DEDICATORIA:

**A DIOS TODO PODEROSO,
QUE HIZO POSIBLE ESTE SUEÑO, SE HICIERA REALIDAD,
A MIS SEÑORES PADRES ARTURO Y SEFERINA,
A MIS HERMANOS GONZALO, ARTURO Y ARMANDO,
A MI TUTOR DR. JOSÉ A. ZAMBRANA TORRICO Y
DR. IVAN LARICO LAURA.**

**IMPLEMENTACIÓN DE AUDITORÍA DE CALIDAD DEL LLENADO DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO DE PACIENTES INTERNADOS EN EL INSTITUTO
NACIONAL DEL TÓRAX GESTIÓN 2018.**

INDICE	Página
RESUMEN.	
1.- INTRODUCCIÓN.	1
2.- ANTECEDENTES.	3
3.- RELACIÓN CON LINEAMIENTOS POLÍTICOS.	6
3.1.- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia	6
3.2.- Ley de administración y control gubernamentales – SAFCO (ley 1178 del 20 de julio de 1990).	7
3.3.- Ley N° 2426.	8
3.4.- Ley N° 031 de 19 de julio de 2010 marco de autonomías y descentralización “Andrés Ibáñez”.	8
3.5.- Ley N° 475 de prestaciones servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, 30 de diciembre de 2013.	8
3.6.- Ley del ejercicio profesional médico (ley N° 3131)	8
3.7.- Decreto supremo N° 28562 Eduardo Rodríguez Veltze Presidente Constitucional de la Republica.	9
3.8.- Decreto Ley N° 115629, 18 de julio de 1078	14
3.9.- Ley N° 1702 del 17 de julio de 1996, modificatoria y ampliatoria de la ley de participación popular N° 1551	15
3.10.- Decreto Supremo N° 3091, de 15 de febrero de 2017.	15
3.11.- Decreto supremo N° 25265 - creación del seguro básico de salud y su reglamento - resolución ministerial N° 187	15
3.12.- Decreto supremo N° 2472	16
3.13.- Decreto supremo 24237 de fecha 8 de febrero de 1996.	16
3.14.- Decreto supremo N° 23489 del 29 de abril de 1993 promueve la creación de IBNORCA.	16
3.15.- Plan sectorial de desarrollo	17
3.16.- Proyecto nacional de calidad en salud. (PRONACS)	18
3.17.- Resolución N°.0622 de 25 de julio de 2008 por el Ministerio de Salud aprueba el código de ética y deontología médica.	18
3.18.- Guía básica de conducta médico - sanitaria	19
3.19.- Manual de auditoria en salud y norma técnica	20
3.20.- Norma técnica para el manejo el expediente clínico	21
3.21.- Ley N° 2028 de municipalidades	61
4.- JUSTIFICACIÓN.	62
5.- IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.	67
5.1.- Análisis del problema a intervenir.	68
6.- ANÁLISIS DE ACTORES.	71
6.1.- Beneficiario directo principal.	71
6.2.- Beneficiarios directos.	71
6.3.- Beneficiario indirecto principal.	73

6.4.- Beneficiarios indirecto.	73
6.5.- Oponentes.	74
6.6.- Afectados.	74
6.7.- Aliados.	75
7.- CONTEXTO DEL LUGAR DE INTERVENCIÓN	76
7.1.- Contexto geográfico	76
7.2.- Contexto institucional	78
7.2.1.- Contexto histórico	80
7.2.2.- Organización	82
7.2.3.- Departamento de docencia e investigación	86
7.2.4.- Oferta institucional	86
7.2.5.- Comités de asesoramiento	89
7.2.5.1.- Comité técnico administrativo	89
7.2.5.2.- Comité de referencia y contrarreferencia	89
7.2.5.3.- Comité de bioseguridad y manejo de residuos hospitalarios	89
7.2.5.4.- Comité de atención y satisfacción al usuario	90
7.2.5.5.- Comité de auditoría médica	90
7.2.5.6.- Comité de farmacia y terapéutica	90
7.2.5.7.- Comité de análisis de la información hospitalaria	91
7.2.5.8.- Comité de historias clínicas	91
7.2.5.9.- Comité de infecciones nosocomiales	91
7.2.5.10.- Comité de donaciones y prestación de servicios	92
8.- ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.	93
8.1.- Objetivo general.	93
8.2.- Objetivos específicos.	93
9.- RESULTADOS ESPERADOS	94
10.- ACTIVIDADES	96
10.1.- Etapa I Difusión de normativa	96
10.2.- Etapa II Curso de buen trato al cliente	96
10.3.- Etapa III Curso de capacitación para la mejora continua	96
10.4.- Etapa IV Tramitar recursos materiales	97
10.5.- Etapa V Verificación y supervisión de expedientes clínico	97
11.- INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS	98
12.- FUENTES DE VERIFICACIÓN	102
13.- SUPUESTOS	103
14.- ANÁLISIS DE VIABILIDAD	105
15.- ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	106
15.1.- Factibilidad social	106
15.2.- Factibilidad cultural/intercultural.	106
15.3.- Factibilidad económica.	106
15.4.- Factibilidad de género.	107

16.- ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD.	108
16.1.- Sostenibilidad político normativa.	108
16.2.- Sostenibilidad institucional.	109
16.3.- Sostenibilidad financiera.	109
16.4.- Sostenibilidad social.	110
16.5.- Sostenibilidad cultural.	110
17.- IMPACTO ESPERADO.	111
18.- FUENTE DE FINANCIAMIENTO.	112
19.- BIBLIOGRAFÍA.	113

ANEXOS.

- 1) Matriz de priorización problemas
- 2) Identificación de población afectada
- 3) Árbol de problemas
- 4) Árbol de objetivos
- 5) Matriz de marco lógico
- 6) Presupuesto
- 7) Cronograma
- 8) Mapa de ubicación de proyecto
- 9) Planilla de evaluación del expediente clínico
- 10) Resultados identificados del problema (Proyecto piloto)
- 11) Resultados identificación de Auditoria Medica del Expediente Clínico INT.
- 12) Carta de solicitud de revisión dirigida de historias clínicas Instituto Nacional del Tórax gestión 2018.

INDICE DE FIGURAS TABLAS		Página
Figura N°1	Ubicación de Departamento de La Paz	71
Figura N°2	Instituto Nacional del Tórax	74
Figura N°3	Organigrama general Instituto Nacional de Tórax - 2012	80
Figura N°4	Horario de atención	82

RESUMEN.

El problema identificado es, evaluar la calidad de llenado de expediente clínico (EC) de pacientes internados en el Instituto Nacional del Tórax (INT), según los criterios normativos. Ya que, en los últimos años, el número de reclamaciones por Negligencia médica y/o presunta mala praxis está incrementando notablemente en nuestro país y en el mundo.

Por tanto el objetivo es, el de implementar Auditoría Médica Interna para mejorar la calidad de llenado de EC, mediante la realización de cursos de buen trato al paciente, capacitación y formación en materia de llenado de calidad del EC, basados en la norma actual, para todo el personal médico y paramédico de la Institución, tramitar recursos necesarios para su implementación, realizar la verificación, seguimiento y evaluación de los expedientes clínicos de forma trimestral dirigidos por el Comité de Auditoría Médica y Gestión de Calidad, etc.

Pretendemos lograr que el personal médico y paramédico, confeccione los expedientes clínicos con alta calidad en información no solo para el médico, si no para la justicia, porque puede originar una doble acción civil y penal, además de su custodia, por ser un documento médico-legal, por tanto, se evitaría querellas legales que en algunos casos son injustificados.

PALABRAS CLAVE: Expediente clínico, documento médico-legal, auditoria médica, calidad de atención de salud, registros médicos.

ABSTRACT.

The problem identified is evaluating the quality of filling out the clinical file (CT) of patients admitted to the National Thorax Institute (INT), according to the normative criteria. Since, in recent years, the number of claims for medical malpractice and / or alleged malpractice is increasing notably in our country and in the world.

Therefore, the objective is to implement Internal Medical Audit to improve the quality of CE filling, by conducting courses on good patient treatment, training and education on the quality of CE filling, based on the current standard, for all medical and paramedical personnel of the Institution, process the necessary resources for their implementation, carry out the verification, follow-up and evaluation of the clinical files on a quarterly basis directed by the Medical Audit and Quality Management Committee, etc.

We intend to ensure that medical and paramedical personnel prepare clinical records with high quality information not only for the doctor, but also for the justice system, because it can lead to a double civil and criminal action, in addition to its custody, as it is a medical-legal document, therefore, it would avoid legal complaints that in some cases are unjustified.

KEY WORD:

Clinical record, medical-legal document, medical audit, quality of health care, medical records.

1.- INTRODUCCIÓN.

Según la Organización Mundial de Salud (2008), *la historia clínica es el documento público gubernamental de tipo técnico, clínico y legal, obligatorio diligenciamiento y sometido a reserva, donde se registran los datos del prestador de servicios de salud y del paciente, así como la información sobre las condiciones somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que inciden o que pueden incidir en la salud del paciente; contiene los datos de identificación del paciente, la información relacionada con su condición o situación clínica, sus antecedentes personales y familiares, (patológicos, quirúrgicos, farmacológicos y terapéuticos entre otros).*¹

En 1998, la Secretaría de Salud, asumiendo su papel rector, emitió la Norma Oficial Mexicana NOM168-SSA1-1998 referente al expediente clínico, con el *objetivo de establecer los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo de éste.*²

La evaluación de la calidad de atención de los pacientes en los servicios hospitalarios implica *“evaluar los registros en los servicios hospitalarios implica evaluar los registros y basado en éstos la atención médica propiamente dicha”*³.

El expediente clínico, es considerado como *“el verdadero cuaderno de datos, **expediente forense o judicial**, el mismo que debe contener todo obrado desde el primer contacto del usuario con el médico, el centro hospitalario u operador de salud”*.⁴

*En la actualidad, el trabajo asistencial sigue normas establecidas por niveles superiores, hecho que obliga a cada centro de atención independientemente de su nivel a contar con un Comité de Auditoría Médica.*⁵

El concepto de calidad en la atención médica de acuerdo a la definición de Avedis Donabedian es: *“el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes”*.⁶

La gestión de calidad de los servicios de salud, *“implica mejorar las diferentes prestaciones en función a problemas específicos, en cada nivel de atención, siendo de capital importancia el permitir cumplir las normas y protocolos de atención”*.⁷

Bolivia la acreditación o certificación es un aval que otorga el Estado y garantiza la calidad de los Hospitales y centros de salud para atender a los pacientes .⁸

Ley del ejercicio profesional médico (3131), Capítulo II, artículo cuarto, menciona *“la gestión de la calidad, en cumplimiento efectivo de la legislación técnica y procedimientos vigentes en todo el acto médico”* .⁹

En concordancia con lo antes mencionado, es necesario evaluar la calidad de llenado de los expedientes clínicos de pacientes atendidos en el Instituto Nacional del Tórax, según la norma técnica para el manejo del expediente clínico emitido por el Ministerio de Salud el año 2008.

2.- ANTECEDENTES.

En 1968 teniendo en cuenta el perfil de desempeño del médico de Atención primaria a nivel mundial, se ha decidido adoptar un sistema de registro orientado a los problemas, modelo introducido por Lawrence Weed.¹⁰ Es meritorio destacar que esta "herramienta", además de serle útil al paciente y los médicos que lo atienden, es un material donde está estipulado qué otros integrantes del equipo de salud pueden utilizarla, ya sea interpretándolas como agregándoles datos.

La calidad de la Historia Clínica es un registro de la autoridad intelectual del profesional de la salud, el cual fusiona la capacidad de escuchar y comprender, explorar e investigar y gracias a ello llegar a un resultado, producto de los conocimientos y del estudio continuado del profesional esto hace que no solo capte datos que se transforman en información útil para la toma de decisiones y la ejecución de acciones relacionadas con la salud del paciente, sino que también es de vital importancia como prueba documental en casos de fallecimiento de una persona.¹¹

La responsabilidad médica, parte de la responsabilidad profesional, se halla sometida a los principios generales de la responsabilidad general. Desde un punto de vista legal, la responsabilidad médica según la clásica definición de Laccasagne es: *"La obligación a que están sujetos los médicos de sufrir las consecuencias de ciertas faltas por ellos cometidas en el ejercicio de su arte y que pueden originar una doble acción: **civil y penal**".*

Por tanto la auditoria medica es la evaluación sistemática, dinámica, constante de la atención en salud, según Avedis Donabedian, considerado por algunos el padre de la disciplina, la auditoria cimienta su base en tres pilares: Estructura, Proceso y Resultado, enfocados en garantizar la calidad de las instituciones que prestan servicios en salud por un lado y por otro, analizar el trabajo médico en sus diferentes áreas con el propósito de conseguir el más alto nivel de eficiencia en la atención prestada.

Estimular el conocimiento y buena relación entre los profesionales de la salud dar cumplimiento a las disposiciones legales.¹²

*La palabra audire **auditoría**, en latín, significa escuchar. Sin embargo, también puede ser explicado por la palabra de auditoría, de origen Inglés, lo que significa examinar, corregir, seguro. En este sentido Pereira y Takahashi (1991) definen auditoría como una evaluación formal y sistemática de una actividad y que indica si esta actividad se lleva a cabo dentro de los objetivos propuestos.*

Para Camel et al., (2009), la auditoría es esencial para garantizar el derecho a la salud, para ser destinado a evaluar la calidad de la prevención, promoción y atención de la salud. La auditoría ha convertido en algo fundamental para evaluar la calidad de la atención, en el sistema de salud, ayudando a garantizar el acceso de los usuarios, trabajando como una herramienta de gestión y ayudar en el uso de los recursos (CAMEL et al., 2009).¹³

Las nuevas perspectivas están destinadas a brindar servicios con la máxima calidad de atención, en búsqueda de lograr la reducción de la inequidad en lo que refiere al acceso a los servicios de salud, la cual si bien era considerada como parte del proceso, no se había estructurado plenamente por la falta de su asimilación, como una parte importante dentro del conjunto de aspectos inherentes a la administración de los servicios de salud, su incorporación como aspecto estratégico y fundamental ha tomado mayor trascendencia en el desarrollo de las políticas de salud.

En la Cumbre de las Américas, celebrada en Miami, Estados Unidos el año 1994, los gobiernos de América Latina y el Caribe establecieron la necesidad de incorporar en sus procesos de reforma del sector salud, mecanismos para el acceso a los servicios de salud y el mejoramiento de la calidad en salud.

En Bolivia en el año 2006, se consideró la necesidad de establecer un sistema que incorpore la calidad de atención en los centros asistenciales, por lo cual estos debían incorporar normas y reglamentos que evalúen periódicamente la gestión

de los procesos de atención a los pacientes y las condiciones adecuadas de trabajo en las cuales el personal de salud desarrolla sus actividades, para de esta forma lograr el cumplimiento de las Metas del Milenio.¹⁴

3.- RELACIÓN CON LINEAMIENTOS POLÍTICOS.

Todas las instituciones que otorgan servicios de salud a la población se encuentran bajo normas y disposiciones legales que regulan su actividad dentro del concepto de derechos y obligaciones de los proveedores y derechos y obligaciones de la población o comunidad, es así que las normativas legales se mencionan y son de cumplimiento obligatorio por sus representantes legales.

3.1.- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA.

Desde el punto de vista de la salud, a promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación son directrices que orientan el desarrollo de los bolivianos y bolivianas, por cuanto la salud es el derecho establecido constitucionalmente.

*Que el numeral 5 del Artículo 9 de la **Constitución Política del Estado**, determina que son fines y funciones esenciales del Estado, además de las que establece la Constitución y la Ley, garantizar el acceso de las personas a la educación, a la **salud** y al trabajo.*

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

***El artículo 35** refiere que: “El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud”.*

El Artículo 36 parágrafo I indica que; “El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud”, el parágrafo II del mismo artículo indica que; “El estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante ley”.

El Artículo 39 parágrafo I indica que; “El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de **auditorías médicas** sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo a ley”, el parágrafo II indica que; “La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica”.¹⁵

3.2.- LEY DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL GUBERNAMENTALES – SAFCO

(LEY 1178 DEL 20 DE JULIO DE 1990).

En relación a la programación y organización de actividades, en el Capítulo I, Artículo 2, inciso a) indica que los sistemas que se regulan son: *el sistema de programación de operaciones, el sistema de organización administrativa y el sistema de presupuesto.*

El Capítulo V, Artículo 28 indica que “*Todo servidor público responderá de los resultados emergentes del desempeño de sus funciones, deberes y atribuciones asignados a su cargo*”, el inciso a) del mismo artículo indica que “*La responsabilidad administrativa, ejecutiva, civil y penal se determinará tomando en cuenta los resultados de la acción u omisión*”.

*Para el caso la propuesta de intervención la entidad pública está referida al establecimiento prestador de servicios de salud, Instituto Nacional de Tórax que deberá alcanzar los objetivos del presente proyecto.*¹⁶

3.3.- LEY N° 2426.

Establece que “la Red de Servicios de Salud está conformada por los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de acuerdo a criterios de accesibilidad y resolución”.¹⁷

3.4.- LEY N° 031 DE 19 DE JULIO DE 2010 MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN “ANDRÉS IBÁÑEZ”.

*El numeral 1 del párrafo I, del artículo 81, establece que el nivel central del Estado tendrá la competencia de elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionadas con la salud en Bolivia.*¹⁸

3.5.- LEY N° 475 DE PRESTACIONES SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, 30 DE DICIEMBRE DE 2013.

*Artículo 2°. - en el punto N° 4 indica Calidad en Salud centrada en la persona y la comunidad. Responsabiliza y compromete a las organizaciones e instituciones de salud para aplicar los conocimientos y tecnologías disponibles, garantizando el buen trato y la capacidad resolutive adecuada a las necesidades y expectativas de las y los usuarios.*¹⁹

3.6.- LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MEDICO (Ley N° 3131)

“La presente ley tiene por objeto regular el ejercicio profesional médico en Bolivia, se aplica en el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores público, seguridad social, privado sin/con fines de lucro, legalmente autorizados”.

CAPITULO II

ARTICULO 3. *Inciso c) El médico en el ejercicio de su profesión actuar con autonomía e independencia, guiado por normas y protocolos vigentes.*

Artículo 4. ACTO MEDICO: *Toda intervención profesional del médico respaldado por protocolos y normativa vigente con la calidad y calidez humana,*

“Gestión de calidad: cumplimiento efectivo de la legislación, técnicas y procedimientos vigentes en todo acto médico”.

CAPITULO IV

Del ejercicio médico y las funciones. Artículo 10 (Documentos médicos oficiales). Bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud son de uso exclusivo del médico.

CAPITULO VII.

Auditoria médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud.²⁰

3.7.- DECRETO SUPREMO N° 28562 EDUARDO RODRIGUEZ VOLTZE

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

CONSIDERANDO:

*Que la Ley N° 3131 promulgada el 8 de agosto de 2005, ha establecido la regulación **del Ejercicio Profesional Médico**.*

Que se ha establecido principios y definiciones del contexto del ejercicio profesional médico; asimismo se han consolidado las competencias del Ministerio del área de Salud en la supervisión y control del ejercicio profesional médico; como también se ha reconocido mediante Ley de la República al Colegio Médico de Bolivia como entidad colegiada.

*Que se ha definido claramente las funciones y las actividades relacionadas con el ejercicio profesional médico, como también el **reconocimiento legal de los documentos médicos oficiales**.*

Que se ha declarado expresamente los Derechos y Deberes del Médico como también los Derechos y Deberes del Paciente.

*Que se ha institucionalizado mediante Ley de la República **la auditoría médica en los ámbitos del acto médico y de la gestión de calidad de los establecimientos de salud.***

Que se ha establecido las excepciones legales al secreto médico.

*Que, en el contenido de la Ley del Ejercicio Profesional Médico, se ha propiciado una relación equilibrada médico-paciente, con el propósito de regular **el acto médico y mejorar la gestión de calidad en los establecimientos de salud.***

CAPITULO II

NORMAS, PROTOCOLOS Y GESTION DE CALIDAD

ARTICULO 4.- (NORMAS Y PROTOCOLOS).

Se establecen las siguientes definiciones:

Norma: Documento establecido por consenso y aprobado por el Ministerio del área de Salud. Implica para el personal del Sistema Nacional de Salud, reglas y líneas directrices o características para sus actividades o resultados que garanticen un nivel óptimo de orden y comparabilidad en un contexto dado.

Protocolo: Disposición técnica reconocida que refleja el “estado del arte” o el estado de la técnica en el momento y ajustado a una norma vigente.

Guía técnica: Conjunto de procedimientos consensuados entre prestadores y usuarios en el marco de la Interculturalidad en relación a un servicio determinado de salud.

El Ministerio del área de Salud elaborará las normas y los protocolos de atención de alcance nacional y cumplimiento obligatorio en todo el territorio nacional con la participación activa de representantes de las sociedades científicas correspondientes. Las normas tienen vigencia de tres años y deben ser revisadas y actualizadas conforme al avance de la ciencia y las evidencias. En este marco, aquellas que hayan cumplido su vigencia deben adecuarse en el plazo de 180 días a partir de la publicación del presente Decreto Supremo.

Las normas y protocolos elaborados serán aprobados mediante Resolución Ministerial, La Autoridad Departamental de Salud es responsable de complementar los protocolos en el marco de la calidad, la interculturalidad, la equidad de género y el respeto al derecho de las personas a la vida y a la salud. Los Gerentes de Red, los Directores de Hospitales y los responsables de establecimientos de salud de primer nivel, son los responsables de supervisar la aplicación de las normas y protocolos nacionales vigentes en el Departamento y denunciar el incumplimiento ante la Autoridad Departamental de Salud.

Es atribución de la Autoridad Departamental de Salud, en casos de conflictos surgidos de la práctica profesional, respaldar las intervenciones profesionales realizadas en acatamiento a las normas y protocolos vigentes o sancionar su incumplimiento conforme lo mandan las leyes.

El cumplimiento de los protocolos en la actividad asistencial de los profesionales médicos es un elemento primordial en la evaluación del desempeño del personal en todos los niveles de atención.

La existencia, conocimiento y aplicación de los protocolos de atención vigentes es un requisito indispensable para la certificación de los establecimientos de salud y su acreditación.

ARTICULO 5.- (GESTION, DE CALIDAD).

*La gestión de calidad de los servicios de salud es inexcusable para los médicos en los establecimientos de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud. **En los establecimientos de tercer y segundo nivel, la gestión de calidad de los servicios de salud es implementada por el Departamento de Enseñanza e Investigación, que en adelante se denomina Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación.** De no existir esta instancia, el Director del establecimiento debe implementarla en un plazo máximo de 180 días a partir de la publicación del presente Decreto Supremo, sin que implique erogación de recursos económicos adicionales para el TGN.*

Este Departamento tiene bajo su responsabilidad los comités contemplados en el Reglamento General de Hospitales vigente, además de los Comités de Gestión

de Calidad y Auditoría Médica, y de Enseñanza e Investigación, implementados mediante este Decreto Supremo.

CAPITULO V

DOCUMENTOS MEDICOS OFICIALES

ARTICULO 12.- (EXPEDIENTE MEDICO).

El Expediente médico, está constituido por el conjunto de la Historia clínica y los documentos relacionados con el caso que surjan por fuera del proceso asistencial. La Historia clínica es el conjunto de documentos escritos e iconográficos generados durante cada proceso asistencial de la persona atendida. Para fines de atención, conciliación, arbitraje, proceso judicial u otros, el expediente clínico se organiza de la siguiente manera:

Durante la Hospitalización:

- 1. Gráficas de temperatura*
- 2. Ordenes médicas*
- 3. Evolución*
- 4. Informes de Laboratorio*
- 5. Informe Quirúrgico*
- 6. Informe de Anestesia*
- 7. Informe de Anatomía Patológica*
- 8. Notas de enfermería*
- 9. Hoja de Medicamentos*
- 10. Historia y Examen Físico*
- 11. Epicrisis*
- 12. Informe de Ingreso y Egreso.*

Secuencia de formularios de la Historia Clínica después del Egreso:

- 1. Informe de ingreso y egreso*
- 2. Epicrisis*
- 3. Historia y examen físico*
- 4. Evolución*

5. Ordenes Médicas
6. Informes de Laboratorio
7. Informe de Anestesia
8. Informe Quirúrgico
9. Informe de anatomía Patológica
10. Grafica de temperatura
11. Medicamentos
12. Notas de Enfermería

ARTICULO 15.- (CANALIZACION DE RECLAMOS y DENUNCIAS).

Los Departamentos de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación, deben canalizar los reclamos y denuncias sobre la atención recibida en los hospitales de II y III nivel, mediante la Dirección del Hospital hacia la Autoridad Departamental de Salud a objeto que se realice la auditoria externa correspondiente

CAPITULO VII

AUDITORIA MEDICA INTERNA, AUDITORIA MEDICA EXTERNA y AUDITORES MEDICOS ACREDITADOS

ARTICULO. 16.- (AUDITORIA MEDICA INTERNA).

La auditoría médica constituye un proceso unitario, educativo, preventivo y, según corresponda, también correctivo. Según el propósito, puede ser interna o externa. La auditoría médica interna constituye un procedimiento de aplicación regular, es técnico, evaluativo, preventivo y correctivo, para el aseguramiento y mejoramiento de la calidad en salud, que comprende la evaluación de la estructura, proceso y resultados, conducida por los Comités de Auditoria Médica, bajo supervisión del Departamento, o responsable de Gestión de Calidad y Auditoria Médica institucional. En caso que el Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación, en proceso rutinario de auditoria interna, encuentre indicios de mala práctica médica, deberá requerir la realización de una auditoria externa a la máxima autoridad departamental de salud. En el primer nivel de

atención (Puestos y Centros de Salud), las auditorías internas serán asimiladas a los procesos de autoevaluación mensual mediante instrumentos vigentes emitidos por el Ministerio del área de Salud.

ARTÍCULO 17.- (AUDITORIA MEDICA EXTERNA).

La auditoría médica externa es un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo que se realiza ante denuncias de mala práctica médica. Se aplica al acto médico y consiste en la verificación del cumplimiento de normas y protocolos vigentes. Se realiza mediante el análisis del expediente clínico. La Autoridad Departamental de Salud en cumplimiento de la normativa vigente, conformará las Comisiones Departamentales de Auditoria Médica, en un plazo máximo de 48 horas de presentada la solicitud, sin que ello implique erogación de recursos económicos adicionales para el TGN.²¹

3.8.- DECRETO LEY Nº 15629, 18 DE JULIO DE 1978

ARTÍCULO 2. *La Salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la Salud del individuo, la familia y la población en su totalidad.*

ARTÍCULO 5. *El derecho a la salud del habitante boliviano consiste en:*
a) *Gozar de las prestaciones integrales de salud de la misma calidad, en eficacia y oportunidad.*

ARTÍCULO 127. *Ningún profesional podrá anunciarse y ejercer como especialista sin antes haberse registrado en esta calidad ante la Autoridad de Salud, la que compulsará los estudios realizados con el reglamento correspondiente.*

Artículo 148. *Ninguna persona sin su consentimiento podrá ser sometida a experimentación clínica ni científica, sin la debida información en cuanto al riesgo que deberá proporcionar la persona autorizada legalmente para hacerlo. Cuando*

sea procedente su realización será en establecimientos autorizados por la Autoridad de Salud y bajo el control de la misma.

ARTÍCULO 149. *Los organismos del Gobierno Central, las Instituciones Públicas Descentralizadas, Empresas Públicas, Mixtas y Privadas y los gobiernos locales, departamentales y regionales, deberán coordinar sus actividades en todo lo que se refiere a salud en torno a la Autoridad de Salud, con la finalidad de una racional y óptima utilización de los recursos disponibles, ampliar la cobertura de servicios de salud y elevar la calidad de la atención dentro del sistema nacional de salud.*²²

3.9.- LEY N° 1702 del 17 de Julio de 1996, modificatoria y ampliatoria de la **LEY DE PARTICIPACIÓN POPULAR N° 1551**, en relación a responsabilidades en salud del Municipio y manejo de los centros asistenciales.²³

3.10.- DECRETO SUPREMO N° 3091, DE 15 DE FEBRERO DE 2017

*Crea la Autoridad de Fiscalización y Control del Sistema Nacional de Salud, con el objeto de regular, fiscalizar y controlar al Sistema Nacional de Salud, conformado por los subsectores Público, del Seguro Social Obligatorio a Corto Plazo, Privados con o sin fines de lucro.*²⁴

3.11.- DECRETO SUPREMO N° 25265 - CREACIÓN DEL SEGURO BÁSICO DE SALUD Y SU REGLAMENTO - RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 187

El Decreto Supremo N° 25265 fue aprobado el 31/12/98, con el cual se crea el Seguro Básico de Salud (SBS).

Artículo 2. *Que el Seguro Básico de Salud busca acceso universal y está destinado a otorgar prestaciones esenciales de salud con calidad y adecuación cultural.*

Estas prestaciones tienen carácter promocional, preventivo, curativo y están orientadas a reducir la mortalidad en la niñez y la mortalidad materna. El

*Reglamento del Decreto Supremo N° 25265 fue aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 187 del 7 de mayo de 1999, el cual reglamenta la aplicación del mismo en los aspectos de adscripción, población asegurada, financiamiento, administración, prestaciones, costos y otros aspectos que aseguren una ejecución eficiente y eficaz. Bolivia.*²⁵

3.12.- DECRETO SUPREMO N° 2472

Que el Parágrafo I del Artículo 20 de la Constitución Política del Estado, determina que toda persona tiene derecho al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones.

*Asimismo, el Parágrafo II del citado Artículo, establece como responsabilidad del Estado, en todos sus niveles de gobierno, la provisión de los servicios básicos a través de entidades públicas, mixtas, cooperativas o comunitarias. La provisión de servicios debe responder a los criterios de universalidad, responsabilidad, accesibilidad, continuidad, calidad, eficiencia, eficacia, tarifas equitativas y cobertura necesaria; con participación y control social.*²⁶

3.13.- DECRETO SUPREMO N° 24237 DE FECHA 8 DE FEBRERO DE 1996.

CAPITULO III, Art. 11º, *la prestación de servicios de sistema público de salud se define en tres niveles de atención.*

*iii) El Tercer Nivel incorpora las modalidades de atención que corresponden a una capacidad de resolución de la consulta ambulatoria de alta complejidad y de internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades.*²⁷

3.14.- DECRETO SUPREMO N° 23489 DEL 29 DE ABRIL DE 1993 PROMUEVE LA CREACIÓN DE IBNORCA *como una entidad de carácter privado sin fines de lucro y de ámbito nacional; promovida por las Cámaras Nacionales de: Industrias, Comercio, Exportadores de Bolivia y la Cámara Boliviana de la Construcción. La*

Federación Nacional de la Pequeña Industria. Secretaría Nacional de Industria y Comercio.

Su personalidad Jurídica está reconocida mediante Resolución Suprema N° 213015 de 30 de julio de 1993. La competencia de sus funciones es ratificada mediante Decreto Supremo N° 24498 del 17 de febrero de 1997 de creación del Sistema Boliviano de Normalización, Metrología, Acreditación y Certificación - SNMAC.²⁸

3.15.- PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO.

En relación a los desafíos, en el inciso b) Gestión del talento humano en el Sector Salud, es el proceso administrativo que busca promover a los empleados a alcanzar un nivel de desempeño y una calidad de conducta personal y social que cubra sus necesidades y expectativas personales, así como las de la institución donde trabajan y de la población usuaria de los servicios.

Servicios de salud de calidad

La calidad de los servicios de salud responsabiliza y compromete a las instituciones, establecimientos y servicios de salud de los cuatro niveles de atención para la adecuada aplicación de su capacidad resolutive, conocimientos y tecnologías disponibles, a fin de garantizar el buen trato y la resolución efectiva de las necesidades y expectativas en salud de la persona, familia y comunidad.

Capacidad Instalada y Resolutiva del Sistema Nacional de Salud

Refiere que, los hospitales de tercer nivel se convierten en los impulsores de la calidad de atención en salud de todas las redes de salud del departamento, buscando la alta capacidad de resolución en los primeros y segundos niveles, desarrollan guías de acuerdo a las normas nacionales y a la experiencia científica de la atención de la población.²⁹

3.16.- PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD. (PRONACS).

Mediante Resolución Ministerial N° 0090 del 26 de febrero del 2008, es que se aprueban y se ponen en vigencia una serie de normas e instrumentos elaborados por la Unidad de Servicios de Salud y Calidad del Ministerio de Salud concernientes a la gestión y atención de calidad a ser cumplidas en el Sistema Nacional de Salud.

*El **PRONACS** tiene como misión “Lograr el establecimiento, sostenibilidad, mejoramiento e incremento de la calidad en todo el Sistema Nacional de Salud, con base en el cumplimiento de un cuerpo normativo único general y obligatorio, bajo procedimientos de seguimiento, monitorización, fiscalización, control y evaluación permanentes”.*

*En el marco referencial menciona **Doctrina de la calidad**, Calidad es en esencia la condición o conjunto de condiciones que permiten **hacer bien hechas las cosas**, sean estas acciones, servicios o productos, causando satisfacción en quienes los realizan y en quienes lo reciben.*

Extrapolando al sector salud, la calidad refleja el grado de satisfacción que causa en los usuarios de servicios, lo cual hace verificable y medible si estos son buenos, mediocres o definitivamente malos.

*La calidad no solo es **gestión**, como se entiende por la tan conocida expresión “gestión de calidad”, sino el resultado de una acción que se realiza, en un servicio que se presta.³⁰*

3.17.- RESOLUCIÓN N° 0622 DE 25 DE JULIO DE 2008 POR EL MINISTERIO DE SALUD APRUEBA EL CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA.

Justicia y equidad, como el reconocimiento pleno a los derechos que tiene todo ser humano a gozar de los beneficios de la salud, sin discriminación de Ninguna índole y esforzándonos por ofrecer una atención médica de la misma calidad para todos.

*Recordamos nuestro compromiso en el cumplimiento de tales principios, reconociendo, como precepto ético, la necesidad de capacitación y actualización permanente en todos los aspectos científicos, tecnológicos y administrativos de la profesión médica, para mejorar la **calidad de vida de las personas**.*

Art. 15 Atención médica de calidad

Es obligación del médico ofrecer al enfermo la mejor atención, con todos los conocimientos que estén a su alcance y recursos disponibles. Cuando esto no sea posible, debe informar de ellos al paciente con veracidad y oportunidad.

Art. 128º (Conceptualización)

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

Art. 129º (Legalidad de la historia clínica)

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

Art. 130º (No adulteración)

El expediente clínico, por constituir un documento médico legal, es único y su contenido no puede ser modificado o adulterado en beneficio del médico, terceras personas, o perjuicio del paciente.³¹

3.18.- GUÍA BÁSICA DE CONDUCTA MÉDICO - SANITARIA

La calidad como esencia y principio en las actividades en salud

Para que el servicio sea aceptado, útil y satisfaga las necesidades de quien lo requiere, debe ser necesaria e imprescindible de calidad. Caso contrario será rechazado, podría ser perjudicial y seguramente tendera a desaparecer.

También menciona:

La necesidad de conocer y cumplir las normas

A más del régimen jurídico vigente, que es común para todos los ciudadanos, se debe tener presente que las instituciones se rigen y funcionan con base a normas, cuyo conocimiento, acatamiento y cumplimiento es un deber ineludible de todo funcionario, independientemente de cuál sea su condición y jerarquía. Por otra parte, en concordancia con dichas normas, cada funcionario debe cumplir tareas específicas que contribuyen al buen funcionamiento institucional, como los componentes armonizados de una maquinaria, donde cada pieza tiene su razón de ser e influye en el funcionamiento de todo.

*Por tanto, el buen o mal cumplimiento de las tareas individuales, repercute en funcionamiento conjunto de la organización institucional y en su imagen pública, lo que asigna a cada quien, grados importantes de responsabilidad propia e indelegable. **Por tanto, nadie puede argumentar el desconocimiento de las normas** para el cumplimiento de sus deberes, aclarando sin embargo que la institución tiene la obligación de difundirlas y darlas a conocer abiertamente, así como dotar al funcionario de las condiciones necesarias para el buen cumplimiento de sus deberes, de acuerdo a índole y perfil del cargo que ocupa en la institución.³²*

3.19.- MANUAL DE AUDITORIA EN SALUD Y NORMA TECNICA

Ministerio de Salud y Deportes-Unidad de Servicios de Salud y Calidad La Paz Bolivia 2008.- *“La auditoría en salud, que consiste en la revisión de trabajo de quienes nos desempeñamos en el sistema de Salud, se constituye en una instancia educadora, que procura aprovechar, tanto las experiencias negativas (incidentes- accidentes) como las positivas (logros-éxitos), para introducir paulatinamente adecuaciones que procuren correctivos que mejoren los procesos de atención, logren la satisfacción del usurario y cubran las crecientes expectativas de la comunidad. ³³*

3.20.- NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO EL EXPEDIENTE CLINICO

CAPITULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. FUNDAMENTACIÓN

El Expediente Clínico (EC) es el conjunto documental básico y fundamental para el registro de las características del proceso salud-enfermedad que se presenta en un determinado paciente, sirviendo además como instrumento testimonial que evalúa las condiciones de funcionamiento de cualquier servicio de salud. Su interpretación y análisis tienen un uso y aplicación polivalente, ya sea en lo puramente clínico nosológico, como en lo académico, investigativo, epidemiológico, estadístico, administrativo, ético y jurídico.

Artículo 2. OBJETIVO GENERAL

Establecer la norma y metodología con fundamentos científicos, tecnológicos, administrativos, éticos y jurídicos, para la elaboración, integración, ordenamiento, uso y archivo del EC, en aras al mejoramiento de la calidad en todo el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.1. Establecer la elaboración obligatoria del EC con sus respectivos componentes documentales, en todos los servicios de salud.

3.2. Estandarizar el manejo habitual del EC.

3.3. Sistematizar la conservación y archivo del EC.

3.4. Promover la cultura de la calidad en el Sistema Nacional de Salud, a través del manejo adecuado del EC.

Artículo 4. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma es de observación y cumplimiento obligatorio en todo el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 5. DEFINICIONES

La presente norma debe ser cabalmente interpretada y aplicada, resultando necesario para tal propósito, establecer las siguientes definiciones:

5. 1. Expediente Clínico

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

5.2. Médico Tratante

Es aquel profesional médico, claramente identificado y aceptado por el paciente o en caso de menores de edad e impedimento mental por el familiar más inmediato o tutor jurídicamente responsable, que se encuentre directamente a cargo de la atención de dicho paciente, ejecutando actos y/o procedimientos individuales o mancomunados con otros miembros del equipo humano de salud, ya sea del propio establecimiento o de otro de menor o mayor complejidad, cuyos servicios pudiesen ser requeridos.

5.3. Junta Médica

Es el acto que reúne al médico tratante con uno o más médicos e integrantes del equipo de salud, para considerar y tomar decisiones respecto al estado clínico del paciente. Analiza cuidadosamente los antecedentes retrospectivos y actuales relacionados con la enfermedad del paciente, así como las previsiones necesarias que se deban adoptar para una evolución más adecuada.

5.4. Consentimiento Informado

Es la potestad que tiene el paciente de aceptar libremente y sin presiones, que por necesidad diagnóstica o terapéutica, se practique en su propio cuerpo algún procedimiento clínico, laboratorial, imagenológico o instrumental, previa explicación clara de quien lo tenga que practicar, con el fin de que el paciente

sepa y comprenda como será realizado, y cuáles son sus beneficios y eventuales riesgos y perjuicios, a más de obtener respuesta a sus preguntas e inquietudes.

5.5. Referencia

Es el envío de un usuario de consulta externa, hospitalización o emergencias, a otro establecimiento de salud de mayor complejidad resolutive, sin que esto signifique que quien o quienes atendieron inicialmente al paciente, deslinden sus responsabilidades por dicha atención.

5.6. Contrarreferencia (retorno)

Es el envío de un usuario que recibió atención en un establecimiento de mayor capacidad resolutive, al establecimiento de menor complejidad de donde fue referido inicialmente, para su respectivo seguimiento y cumplimiento de las medidas de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación que pudiese precisar, sin que esto signifique deslindar responsabilidades de quienes lo contrarefirieron.

5.7. Transferencia

Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario a otro profesional, equipo de salud o institución, sin que esto signifique que quien o quienes hubiesen atendido inicialmente al paciente deslinden responsabilidades. Que son compartidas con quienes lo atienden una vez cumplida la transferencia.

5.8. Interconsulta

Es la solicitud de atención que el médico tratante envía a otros profesionales, cuyo concurso pueda ser necesario para la atención del paciente.

5.9. Calidad

“Condición de la organización sanitaria que de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los

usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos”. Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría - MSD.

5.10. Acto Médico

Es toda atención profesional del médico, respaldada por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez humana.

5.11. Atención en Salud

Es toda acción, que, respaldada por normas y protocolos, realiza el personal que se desempeña en los establecimientos de salud.

5.12 Institución Prestadora de Servicios de Salud

Es todo aquel organismo, institución o establecimiento, ya sea del sector público estatal, municipal, seguridad social, o sector privado con y sin fines de lucro, que habilitado y autorizado de acuerdo al marco legal vigente, ofrece y brinda servicios de salud a la población.

5.13. Servicio de Salud

Es todo aquel servicio que brinda a la población la Institución Prestadora de Servicios de Salud antes definida.

5.14. Usuario Externo

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

5.15. Usuario Interno

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

5.16. Lex Artis Medicae

Es la ciencia y el arte que, de acuerdo con los avances técnicos y científicos de la medicina, reconocidos y validos por la comunidad médica internacional, aplica y ejerce el profesional médico después de un proceso formal de capacitación superior universitaria.

5.17. Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS), encabezado y regulado por el MS y D, es el conjunto coordinado de instituciones y establecimientos que prestan servicios de salud a la población, en los sectores públicos, seguridad social de corto plazo, privado no lucrativo y privado lucrativo, incorporándose además la medicina tradicional y la medicina alternativa.

5.18. Establecimiento de Salud

El establecimiento de salud es la unidad funcional destinada al cuidado y a la atención de la salud del paciente, familia y comunidad, de manera integral, intercultural y con equidad de género y generacional, a través de la educación, promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que cuenta con infraestructura física, equipamiento, recursos humanos e insumos de acuerdo de nivel de atención, grado de complejidad y prestación de servicios que cumple.

5.19 Documento Iconográfico

Es todo aquel documento del EC que muestra una imagen, dígase gráfica, dibujo, fotografía, radiografía, tomografía, ecografía, gammagrafía o lamina histopatológica.

5.20. Documento escrito

Es todo aquel documento escrito del EC, ya sea manualmente o mediante cualquier recurso técnico.

5.22. Personal autorizado

Es toda persona que por su carácter laboral está legalmente autorizado para atender pacientes de acuerdo a la normativa vigente, ya sea de manera independiente, o institucionalmente cuando el paciente se encuentra ingresado en la institución donde dicha persona se desempeña como funcionario de planta.

En el caso de estudiantes, profesionales o técnicos en salud que se encuentran en proceso de capacitación o en la residencia de una especialidad, sus actividades con el paciente deben ser supervisadas por los profesionales o técnicos de planta que, de acuerdo a sus funciones y responsabilidades institucionales, se encuentran a cargo de dicho paciente.

5.23. Prescripción

Termino referido a las indicaciones que los profesionales o técnicos a cargo del paciente, anotan en el EC para su correspondiente tratamiento, ya sea con fines diagnósticos o de terapéutica. Es extensivo a las indicaciones que pueden anotarse en la epicrisis del EC, certificados médicos, informes o recetas, debiendo, en estos casos, ser claramente informadas y explicadas al paciente, para su cabal cumplimiento

5.24. Proscripción

Termino referido a las prohibiciones o contraindicaciones que establecen los profesionales o técnicos a cargo del paciente, durante su atención o tratamiento. Al igual que la prescripción, deben ser claramente informadas y explicadas al paciente, para su cabal acatamiento.

Artículo 6. CONDICIONES BASICAS DEL E.C.

Para lograr que el EC, sea un instrumento de interpretación y uso confiable, debe cumplir las siguientes condiciones básicas:

6.1. Veracidad

Consiste en la descripción veraz de todo lo referente al estado de salud - enfermedad del paciente y los procedimientos realizados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

6.2. Carácter

*Científico Consiste en el apego estricto a la *lex artis medicae*.*

6.3. Integridad

Consiste en la presencia de datos clínicos suficientes sobre el estado de salud - enfermedad del paciente, complementados por métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, junto a notas de evolución, tratamientos, consentimiento informado y documentos administrativos destacables de los procesos cumplidos durante la atención del paciente, refrendados todos con nombre, firma y sello o identificación escrita de las personas responsables.

6.4. Sujeción a la norma

Consiste en el estricto cumplimiento de la norma existente para la elaboración y manejo del Expediente Clínico, así como de la utilización de formularios u otros documentos expresamente diseñados para tales propósitos.

6.5. Secuencialidad

Esta referida a los registros de la atención, consignados en secuencia cronológica.

6.6 Disponibilidad

Es el acceso al EC en el momento en que se lo necesite, con las limitaciones que impone la norma.

6.7. Exclusividad

Se refiere a la existencia de un EC exclusivo y específico para cada paciente en el establecimiento donde es atendido. Puede tener carácter acumulativo, dependiendo de las veces que el paciente acuda a la consulta o sea internado, ya sea por causas de una misma enfermedad u otras.

6.8. Unicidad

Esta referida a la existencia de formatos únicos y generales de EC para todo el Sistema de Salud, adecuados a los respectivos niveles de atención y las características propias de cada una de las especialidades existentes.

6.9. Codificación

Se refiere a la asignación de un número de identificación al EC, que deberá ser único y el mismo para todos los documentos que lo constituye y con el que figure en el archivo estadístico.

Artículo 7. FINALIDADES

En virtud de la mayor precisión posible, para los múltiples usos y aplicaciones del EC, se hace necesario definir sus siguientes finalidades:

7.1. Asistencial, que permite el registro y monitoreo del proceso de atención y los procedimientos aplicados.

7.2. Docencia, por constituirse en un instrumento de enseñanza para la capacitación de RRHH en Salud.

7.3. Investigación, por contener información que proporciona datos para la programación, control y evaluación epidemiológica de enfermedades prevalentes, o para el estudio e información de condiciones patológicas especiales o infrecuentes.

7.4. Gestión y planificación de recursos, por constituirse en el registro único de las actividades asistenciales realizadas por los miembros del equipo de salud

que participan en la prestación de servicios a los pacientes y los recursos que emplean.

7.5. Información, porque proporciona datos para la aplicación y cumplimiento de las múltiples finalidades que tiene, a más de ser parte sustancial del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y del sistema de referencia, resolución y contrarreferencia dentro del funcionamiento de las redes deservicio.

7.6. Administración, porque aporta datos imprescindibles para el manejo administrativo financiero y no financiero de las instituciones, los subsectores prestadores de servicios y el propio Sistema de Salud.

7.7. Jurídica legal, por constituirse en un documento de evidencia primaria sobre lo acontecido con el paciente y las actuaciones y responsabilidades del establecimiento y el personal que tomó parte en su atención.

7.8. Control de calidad asistencial, porque a través del EC se puede verificar el cumplimiento a normas y protocolos que se enmarcan en la calidad de atención.

7.9. Comunicación, porque a través de los registros que contiene, se logra un intercambio comunicacional de opiniones y experiencias del personal de salud que participa en la atención del paciente.

CAPÍTULO II.

TIPOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Artículo 8. EXPEDIENTE CLÍNICO DE HOSPITALIZACIÓN

Es aquel EC que incluye todos los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa y hospitalización, al cual se agregan los documentos del alta, una vez que se cumple la misma. Lo conforman:

a) Historia Clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnico médicos.

b) Formularios de Consentimiento Informado.

c) Ordenes médicas.

d) Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica

e) Informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica.

f) Elementos quirúrgicos:

1. Nota prequirúrgica (preoperatorio).

2. Protocolos quirúrgicos.

3. Nota pos- quirúrgica.

g) Elementos de anestesia:

1. Nota pre-anestésica.

2. Protocolo de procedimiento anestésico (hoja de registro anestésico).

3. Nota pos- anestésica.

4. Nota de recuperación.

h) Elementos de enfermería:

1. Notas de tratamiento y medicamentos administrados.

2. Hoja de evolución de enfermería.

3. Kardex de enfermería (en los expedientes clínicos de archivo).

4. Hoja de control de líquidos administrados y eliminados.

i) Epicrisis.

j) Documentos administrativos:

1. Nota de ingreso o admisión.

2. Nota de egreso o nota de alta (Alta solicitada, Transferencia).

3. *Nota de referencia y contrarreferencia.*

4. *Informe de emergencias.*

k) *Adicionales:*

1. *Protocolo de autopsia.*

2. *Certificado de defunción (copia).*

3. *Informes de auditoría médica especial o inducida.*

4. *Ficha social.*

5. *Autorización temporal.*

6. *Certificado médico (copia).*

7. *Recetas.*

8. *Formularios o fichas de programas específicos cuando corresponda*

(programa TB, ETS, quimioterapia, AIEPI, desnutrición, historia clínica Perinatal, otros).

Artículo 9. EXPEDIENTE CLÍNICO DE CONSULTA EXTERNA

Es aquel EC que incluye todos los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa realizado en el establecimiento, con o sin hospitalización. En el caso de derivación de otro establecimiento, para que se cumpla la consulta o consultas, contará con la respectiva documentación de referencia, y de darse el caso, copias de la documentación de resolución y contrarreferencia remitida al establecimiento de origen. Lo conforman:

a) *Historia clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnico médicos.*

b) *Formulario de Consentimiento Informado.*

c) *Ordenes médicas.*

d) *Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica.*

e) *Informes de exámenes de laboratorio, gabinete, patología.*

f) *Elementos de enfermería.*

1. *Notas de tratamiento y medicamentos administrados.*

2. *Hoja de evolución de enfermería.*

g) *Resumen de atención, orientación y prescripción del paciente.*

h) *Documentos administrativos:*

1. *Nota de referencia y contrarreferencia.*

i) *Adicionales:*

1. *Informe de auditoría médica interna especial o inducida.*

2. *Ficha social.*

3. *Certificado médico (copia).*

4. *Recetas.*

5. *Formularios o fichas de programas específicos cuando corresponda*

(Programa TB, ETS, quimioterapia, AIEPI, desnutrición, Historia Clínica

del CLAP y otros).

Artículo 10. EXPEDIENTE CLÍNICO DE EMERGENCIA

Es aquel que incluye todos los documentos relacionados con la atención y hospitalización del paciente, por el tiempo que permaneció internado en el Servicio o Unidad de Emergencias del Establecimiento. Incorpora también la documentación referida al alta, referencia a otro servicio de internación (ya sea

del propio establecimiento o de otro) y el certificado de defunción en caso de fallecimiento del paciente.

Lo conforman:

a) Historia Clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnicos médicos.

b) Formularios de Consentimiento Informado.

c) Ordenes médicas.

d) Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica.

e) Informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica.

f) Elementos de Enfermería:

1. Notas de tratamiento y medicamentos administrados.

2. Hoja de evolución de enfermería.

3. Kardex de enfermería (en los expedientes clínicos de archivo).

4. Hoja de control de líquidos administrados y eliminados.

g) Resumen de atención, orientación y prescripción al paciente.

h) Documentos administrativos:

1. Nota de ingreso o admisión.

2. Nota de egreso o nota de alta (Alta solicitada, Transferencia).

3. Nota de referencia y Contrarreferencia.

4. Informe de emergencias.

i) Adicionales:

1. Informes de auditoría médica interna especial o inducida.

2. *Ficha social.*
3. *Autorización de salida temporal.*
4. *Certificado médico (copia).*
5. *Recetas.*
6. *Formularios o fichas de programas específicos cuando corresponda (programa TB, ETS, quimioterapia, AIEPI, desnutrición, Historia clínica perinatal y otros).*

CAPÍTULO III.

CONTENIDO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Artículo 11. CONTENIDO GENERAL

El EC integra dos partes: Asistencial y Administrativa:

El contenido asistencial incluye todos los documentos referidos al proceso salud enfermedad de la persona, durante la consulta, hospitalización y seguimiento ambulatorio, avalados por quienes participan en su atención.

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

Artículo 12. CONTENIDO ESPECÍFICO

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

12.1. Papeleta de interacción.- Es aquel formulario o papeleta que sirve para la hospitalización del paciente, consignando sus datos generales de nombre completo, sexo y edad, a más del diagnóstico y fecha de ingreso, número o código del EC que ha sido asignado, nombre, sello y firma del profesional que indica la internación, y si la misma se la hizo a través de consultorio externo o emergencias, que son los únicos dos lugares del establecimiento autorizados para la hospitalización del paciente y el manejo controlado de papeletas numeradas de internación, una de cuyas copias queda en el nivel administrativo para fines correspondientes.

12.2 Notas de internación: Denominada también nota de ingreso o nota de admisión. Es un documento breve que se aplica provisionalmente cuando no se dispone del tiempo necesario para elaborar directamente la Historia Clínica del paciente. Consigna datos señalados en el artículo 11, y su llenado con nombre, firma y sellos visibles, es responsabilidad del médico de planta o médico que hospitalizo al paciente, dentro de las próximas 2 horas de transcurrida la hospitalización. En los hospitales de enseñanza, la nota de Internación puede ser elaborada por el residente o estudiante de último año que se encuentra cumpliendo su Internado rotatorio, bajo la supervisión del médico de planta, quien necesariamente deberá avalarla con su nombre, sello y firma.

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

12.4. Historia Clínica. - Es el documento central del EC que, a más de señalar los datos generales del paciente y sus antecedentes personales, familiares, no patológicos, patológicos y ginecoobstétricos en el caso de la mujer; describe las condiciones actuales de su estado de salud- enfermedad, investigadas y

recogidas a través de la anamnesis o interrogatorio y el examen físico general y especial. Concluye estableciendo el diagnóstico presuntivo, diagnósticos diferenciales y una propuesta básica de conducta y tratamiento. El responsable para su elaboración, dentro de las 8 horas de transcurrida la hospitalización, es el médico tratante. En los hospitales de enseñanza, la Historia Clínica puede ser elaborada por la delegación del médico tratante al médico residente de la unidad o servicio donde se hospitalizo al paciente, o por el estudiante de último año que se encuentra cumpliendo su Internado Rotatorio, bajo la supervisión y revisión del médico de planta, quien necesariamente dará su conformidad, estampando su nombre, sello y firma al pie del documento.

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

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

12.7 Notas de Evolución. - Son aquellas notas escritas por diversos métodos, que describen cronológicamente el curso de la evolución del estado de salud enfermedad del paciente durante su hospitalización o durante sus controles por consulta externa. Deben registrar los estados estacionarios o cambios que se presentan en el paciente, ya sea por la evolución clínica misma, por los resultados de la aplicación del tratamiento y procedimiento empleados, o por cualquier otra causa. Son responsables de su elaboración u omisión, el médico tratante y quienes coadyuvan con él en el tratamiento de su paciente.

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

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

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

Entre los informes médicos se encuentra el informe de alta médica, que es el documento emitido por el médico responsable al finalizar cada proceso asistencial de un paciente en un centro sanitario, y en el que se incluye, además de un breve resumen de la historia clínica, los datos más relevantes de la actividad asistencial prestada, y las correspondientes recomendaciones terapéuticas.

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

12.10.1. Protocolo Quirúrgico. - *Es el documento que relata la intervención o procedimientos quirúrgicos realizados en el paciente, con el sello y firma del cirujano principal que realiza la intervención quirúrgica, en conformidad con todo su contenido Independientemente del diseño de formulario que tenga la institución, debe consignar la siguiente información:*

- a)** *Datos del paciente (nombre completo, edad sexo).*
- b)** *Servicio o Unidad de Hospitalización*
- c)** *Nº de cama.*
- d)** *Nº o código del EC.*
- e)** *Nombres y funciones de quienes integran el equipo quirúrgico (cirujanos, anestesista, instrumentadora, personal de apoyo).*
- f)** *Descripción de la intervención quirúrgica (incluyendo diéresis, acto quirúrgico propiamente dicho y síntesis).*
- g)** *Colocación de sondas avenamientos.*
- h)** *Descripción de los hallazgos quirúrgicos y las incidencias, dificultades o complicaciones que pudiesen haberse presentado en relación con la intervención quirúrgica, ya sea antes, durante o después de la realización de la misma.*
- i)** *Diagnóstico preoperatorio.*

- j) Diagnóstico postoperatorio.*
- k) Conformidad con el recuento de instrumental, materiales gasas y compresas utilizadas durante la intervención quirúrgica.*
- l) Envío de biopsias, piezas quirúrgicas, o muestras a servicios de Anatomía patológica o laboratorio.*
- m) Duración de la intervención quirúrgica.*
- n) Condiciones del paciente a la conclusión de la intervención quirúrgica.*
- o) Nombre, firma y sello de los responsables del acto quirúrgico.*
- p) Fecha, hora de inicio y finalización del acto quirúrgico.*

12.10.2. Registro Quirúrgico. - Cuando se considera necesario contar con registros quirúrgicos, ya sea como notas o en formularios expresamente diseñados para el efecto, se llenan de acuerdo con el contenido de las fichas técnicas de pre, intra y postoperatorio que figuran en los anexos de esta norma, debiendo consignar nombre, sello y firma de quien los elabore

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

12.11.1. Nota Preanestésica. - Es el documento de valoración que el médico anestesiólogo de planta realiza en el paciente, antes de la administración anestésica. Su contenido comprende:

- a) Datos de identificación del paciente (nombre y apellidos, número de historia clínica, fecha de nacimiento, otros).*
- b) Identificación de la unidad o servicio.*
- c) Enfermedad actual, diagnóstica prequirúrgica, tratamiento actual que recibe el paciente.*
- d) Tipo de intervención quirúrgica a ser realizada.*
- e) Antecedentes familiares y antecedentes personales no patológicos y patológicos (alergias medicamentosas y pos transfusionales, otros).*
- f) Examen físico.*

- g)** *Exámenes complementarios.*
- h)** *Diagnóstico pre- anestésico.*
- i)** *Contraindicaciones anestésicas y motivo.*
- j)** *Ordenes preparatorias del anestesiólogo.*
- k)** *Medicación preanestésica.*
- l)** *Fecha y hora.*
- m)** *Nombre, firma, sello del médico anestesiólogo que realiza el informe.*

12.11.2. Protocolo del Procedimiento de Anestesia. - *Obedece a un formulario expresamente diseñado en original y copia que el médico anestesiólogo llena en el transcurso de la administración.*

- a)** *Datos personales y de identificación del enfermo.*
- b)** *Resumen de la valoración preparatoria.*
- c)** *Tipo de anestesia realizada (general, regional, raquianestesia, descripción de la técnica utilizada, otros).*
- d)** *Intubación, control respiratorio, perfusión IV, monitorización, ventilación mecánica.*
- e)** *Grafica secuencial donde se indiquen: medicación administrada, dosis, vía, frecuencia de administración, hora de administración, variaciones de constantes, aportes y pérdidas de líquidos.*
- f)** *Tipo de intervención quirúrgica.*
- g)** *Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención.*
- h)** *Hora de comienzo y finalización de la anestesia.*
- i)** *Incidencias, si las hubiere, durante la intervención y analítica intraoperatoria.*
- j)** *Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención.*
- k)** *Nombre, firma y sello del anestesista.*

l) Nombre del cirujano.

m) Fecha de la intervención.

n) Nombre, firma y sello del responsable de la administración anestésica.

12.11.3. Nota de Recuperación Anestésica. - *Se mantendrá este informe para todos los pacientes que ingresan a la Sala de Recuperación. La parte médica incluye un control detallado de todos los líquidos administrados y eliminados, así como una gráfica de la temperatura, pulso, respiración y presión arterial, a más de una evaluación del estado del paciente al ingresar y egresar de la sala. Tanto el médico y la enfermera que reciben al paciente, como aquellos que lo dan de alta, firman y sellan la nota cuyo contenido es el siguiente:*

a) Datos del paciente (nombre y apellido, N° HC, fecha de nacimiento y N° de cama).

b) Nombre de la unidad o servicio y médico responsable.

c) Internación realizada y diagnóstico postoperatorio.

d) Tipo de anestesia y respuesta del enfermo.

e) Tipo de intervención (cirugía mayor y mediana).

f) Gráfica de signos o constantes vitales.

g) Prescripciones de rutina.

h) Lugar de envío del enfermo.

i) Estado y condiciones del paciente al egreso de la sala de recuperación.

j) Hora de salida.

12.12. Notas de Indicaciones Médicas. - *Son aquellas notas agrupadas en una misma sección del EC, que contienen las indicaciones o prescripciones médicas, con descripción del medicamento en nombre genérico, dosis, concentración, frecuencia, vía de administración y cuidados de la misma. Son responsables de su elaboración u omisión, el médico tratante, o por delegación los profesionales*

médicos de planta o médicos residentes que lo colaboran para el manejo del paciente.

12.13. Documentos de Enfermería. - Están conformados por las notas de evolución de enfermería y el registro de tratamientos.

12.13.1. Notas de Evolución de Enfermería. - Son las notas que escribe enfermería con relación al estado del paciente, su evolución y las constataciones que haga respecto a las interurrencias o complicaciones que pudiesen presentarse. La frecuencia de estas notas dependerá de las condiciones del paciente y las indicaciones del médico, la admisión y egreso del paciente, tomando en cuenta fecha y hora, condición de ingreso o egreso y la persona o personas que lo acompañaron. Estas notas deben estar cuidadosamente elaboradas y llevar firma y sello de la enfermera responsable de su elaboración.

12.13.2. Notas de Registro de Tratamientos de Enfermería. - Las escribe la enfermera en cumplimiento a las prescripciones u órdenes médicas, y en estricta observación de lo contemplado en el inciso 12.12 de notas de Indicaciones Médicas. Las notas de registro de tratamiento de enfermería, revisten especial importancia, porque constituyen la constancia del cumplimiento de las prescripciones, tal cual fueron escritas y firmadas por el médico.

12.14. Epicrisis. - Constituye el resumen de todo el contenido del EC, debe ser llenada en formularios expresamente diseñados bajo el siguiente ordenamiento:

- a) Datos generales. Idem que en la historia clínica.
- b) Fecha de ingreso y de alta hospitalaria.
- c) Diagnóstico de ingreso.
- d) Breve resumen del examen clínico.
- e) Breve resumen del examen de la evolución en caso de complicaciones o grandes modificaciones.

- f) Lo positivo de exámenes auxiliares (ordenados por fechas).*
- g) Drogas usadas para el tratamiento médico.*
- h) Intervención o intervenciones quirúrgicas realizadas.*
- i) Diagnósticos post- operatorios.*
- j) Resultados de anatomía patológica.*
- k) Resumen de los hallazgos laboratoriales o de exámenes de gabinete.*
- l) Diagnóstico final.*
- m) Estado del paciente al ser dado de alta e indicaciones que debe cumplir.*
- n) Plan de manejo y tratamiento.*
- o) Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).*
- p) Resultado de autopsia si se hubiera realizado en caso de fallecimiento.*
- q) Breve comentario final.*
- r) Firma y sello del médico tratante.*

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

12.15. Informe de Emergencias. - *El médico de la Unidad Emergencia llena el informe respectivo, cuando el paciente, después de su recepción y atención en emergencias, es referido a otro servicio del mismo establecimiento u otro. Su contenido es el mismo que ha sido referido en el inciso 12.14 de Epicrisis, con*

especial énfasis en el pronóstico, medidas de resolución y/o estabilización y las condiciones del paciente al ser dado de alta o transferido de emergencias.

Artículo 13. CONTENIDO ADICIONAL

El EC tan bien incorpora otros documentos adicionales que pueden o no existir de acuerdo a circunstancias propias de cada caso. Dichos documentos son:

13.1 Nota de Referencia, Resolución y Contrarreferencia. - *En caso de pacientes que proceden o se tengan derivar a otros establecimientos. Las notas de derivación por referencia o contra referencia se elaboran en dos copias: una que queda como constancia en el EC y otra que se envía al establecimiento donde se refiere o contrarrefiere al paciente. Es sellada y firmada por el médico tratante y contiene lo siguiente:*

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

k) *Se adicionará la hoja de monitoreo durante el traslado que deberá ser entregada al establecimiento que recibe al paciente.*

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

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

13.4 Informe de Auditoría Médica. - *En caso de haberse realizado auditoría, ya sea durante la internación del paciente o después de su alta. Necesariamente se consignará en el EC una copia de las respectivas actas o informes, debidamente firmados y en los formularios que se registran en el Manual de Auditoría.*

13.5 Nota de Egreso Voluntario. - *Documento mediante el cual el paciente, su familiar más cercano o tutor responsable, solicita el alta o egreso con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiese ocasionar. El original firmado por el solicitante quedará en el EC, junto a la epicrisis, cuya copia deberá ser entregada al paciente.*

13.6 Autorización de Salida Temporal. - *Se la extiende mediante nota firmada por el médico tratante cuando el paciente tiene necesidad de dejar por breve tiempo el establecimiento de salud durante el proceso de su internación y tratamiento. No constituye un alta y debe ser regulada por un procedimiento*

administrativo especial. Eventualmente, y en ausencia del médico tratante, puede ser firmada por otro médico perteneciente al equipo a cargo del paciente, o por el médico de turno.

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

13.8 Formularios o Fichas de Programas Específicos. - *Deben ser incorporados en el EC cuando el paciente hospitalizado es posible de tratamiento o seguimiento por un programa específico, dígase tuberculosis, enfermedad de Chagas, detección temprana de cáncer de cérvix uterino, control de ETS, o cualquier otro que se cumpla en grupos específicos, como ser niños menores de 5 años, lactancia materna, mujeres en edad fértil, adolescentes, etc.*

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

13.10 Recetas. - *La receta o prescripción médica constituye el documento legal que avala la dispensación bajo prescripción facultativa. Su fin es terapéutico y le emite el médico tratante o interconsultado, en un formulario institucional expreso, que debe ser llenado en letra claramente legible, consignando los siguientes datos:*

a) Nombre completo del paciente, b) Nombre genérico del medicamento prescrito, c) vía y cuidados especiales para la administración, d) concentración y dosificación, e) frecuencia de administración en 24 hrs. f) duración del tratamiento, h) precauciones especiales para la administración del producto o

productos prescritos, i) indicaciones especiales para el paciente, j) datos de identificación del prescriptor (nombre completo, firma, matrícula profesional).

CAPÍTULO IV.

INDICACIONES PARA EL MANEJO ASISTENCIAL DEL EC

Artículo 14.- ORDENAMIENTO Y PAGINACIÓN

Al ser el EC un conjunto de documentos distintos, es necesario ordenarlos en secciones fácilmente identificables y de rápida consulta. En la medida de lo posible los documentos del EC serán de para sus respectivos propósitos, consignando en alguno de los ángulos de cada página o carilla, un pequeño recuadro para el registro correlativo del N° de página por sección.

14.1. Primera sección, incluye todos los documentos considerados básicos. Estos son: papeleta de internación, cuadro de registro de signos vitales, nota de ingreso o admisión, epicrisis, historia clínica propiamente dicha y formularios de consentimiento informado, colocados en orden cronológico.

14.2. Segunda sección, conformada por el conjunto de informes de los exámenes complementarios al diagnóstico (laboratoriales, imagenológicos, endoscopios, anatomopatológicos, de valoración funcional, etc.) que deben ser ordenados por grupos de afinidad y de acuerdo a fechas, colocando los exámenes últimos o más actualizados en primer plano.

14.3. Tercera sección, corresponde a las notas de evolución e interconsultas, informes, certificados médicos y resultados de juntas médicas, igualmente ordenadas de acuerdo a fechas, colocando en primer plano aquellas que hubiesen sido realizadas últimamente.

14.4. Cuarta sección, contiene los protocolos de procedimientos invasivos que hubieran sido efectuados, como ser protocolos quirúrgicos, anestesiólogos y otros, junto a documentos referidos a copias de informes médicos requeridos por

el paciente o por el propio médico tratante, así como aquellos que correspondan a la referencia (transferencia) de otros establecimientos.

14.5. Quinta sección, *que incluye las hojas de indicaciones médicas y tratamiento, ordenadas cronológicamente, colocando las más actualizadas en primer plano.*

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

14.7. Séptima sección, *agrupa la epicrisis, los documentos administrativos de egreso y otros eventuales como ser protocolo de autopsia, copia del certificado de defunción, etc.*

Artículo 15. CLARIDAD Y PULCRITUD

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

Artículo 16. PRECISIÓN EN LA DESCRIPCIÓN

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

Artículo 17. APOYO GRÁFICO

Cuando corresponda y sea necesario, las descripciones escritas deben ir acompañadas de gráficos explicativos, como es el caso de lesiones que requieren identificación precisa, la descripción de un procedimiento quirúrgico, o las explicaciones graficas del Consentimiento Informado.

Artículo 18. IDENTIFICACIÓN

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

Artículo 19. REGISTROS

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

Artículo 20. PRESCRIPCIONES

Las prescripciones o indicaciones deben ser precisas y seguir un ordenamiento lógico, anotando primero las medidas de orden general (dieta, control de signos vitales, posición del paciente, ejercicios respiratorios, colocación de sondas, enemas, medidas de rehabilitación, etc), seguidas del uso de soluciones y medicamentos para la respectiva terapéutica, tan bien ordenados de acuerdo a su importancia con relación al cuadro.

Previa verificación con enfermería de la fecha de vigencia de los fármacos a ser administrados, la prescripción de dichos fármacos debe señalar necesariamente: nombre genérico del producto, forma de presentación, dosis, vía de administración, forma de administración o recaudos especiales para la misma, frecuencia y periodicidad en el tiempo y medidas de prevención ante aquellos fármacos que pudieran provocar reacciones alérgicas u otras formas de intolerancia o complicación, que estuviesen conocidas y advertidas por la literatura científica internacional. Es deber de enfermería velar por el estricto cumplimiento de este artículo, para a su vez dar cumplimiento a las indicaciones y administración de medicamentos; caso contrario deberá hacer el reclamo oportuno, requiriendo las aclaraciones o modificaciones que sean necesarias.

Artículo 21. ASIGNACIÓN DE RESPONSABLES Y CONFIDENCIALIDAD

A la significación documental médico - legal que tiene el EC, se agrega su carácter confidencial dentro de los alcances éticos y de respeto a los derechos de los pacientes. Por tal razón su manejo es restringido al grupo de personas que tienen la responsabilidad directa del paciente y que deben estar claramente identificados. Es decir: el médico tratante y colaboradores más inmediatos encargados de seguir evoluciones y prescripciones, a más de la enfermera que tiene la misión de cumplirlas. Se evitará entonces que el EC quede suelto u olvidado, preservándolo permanentemente en un gavetero metálico especial para el efecto, con un sistema de seguridad cuya llave únicamente la tendrán las

enfermeras jefas de cada turno para el respectivo servicio, y la que se acudirá las veces que el expediente sea requerido, como sucede cuando se deban anotar evoluciones y prescripciones, o en los momentos de interconsultas y visitas médicas de sala.

Artículo 22. EXPEDIENTE CLÍNICO PARA DOCENCIA

Los respectivos responsables de docencia deberán elaborar modelos o prototipos especiales de expediente clínico por patologías, habituando al estudiante a su correcto manejo, sin afectación o perjuicio de las labores asistenciales del establecimiento, de la presente norma, ni del derecho a la privacidad, reposo y confidencialidad que tienen los pacientes.

CAPÍTULO V.

DE LOS REQUERIMIENTOS Y ACCESO AL EXPEDIENTE CLÍNICO

Artículo 23. ACCESO DEL PACIENTE A SU EC

Ni ética ni jurídicamente es admisible impedir que el paciente tenga acceso a su EC las veces que lo requiera, ya sea por solicitud directa o por intermedio de su tutor jurídicamente responsable si se encuentra internado, o a través de solicitud notariada dirigida al director del establecimiento si no lo está. En tales casos, el director accederá a la solicitud, disponiendo la entrega - según posibilidades de la institución ya sea de una copia magnética o de una copia fotostática del EC del paciente, debidamente firmada y sellada en cada uno de sus folios, cotejados con los originales en presencia del paciente o su representante legal. Todo este procedimiento constará en el levantamiento de un acta de entrega, que será firmada por el paciente o su representante legal y por el director del establecimiento, en copias para ambas partes.

Artículo 24. REQUERIMIENTO DEL EC POR CAUSAS LEGALES, AUDITORÍA MÉDICA EXTENA O PERITAJE

En tales casos el requerimiento es del EC original, motivo por el cual se cumplirán los siguientes procedimentales:

24.1. Requerimiento por causa legal. - *El director del establecimiento dará curso al requerimiento, siempre y cuando provenga de autoridad Judicial o Fiscal competente, con levantamiento de un Acta de Entrega - Recepción, que será firmada tanto por la parte solicitante como por el director y con el único recaudo de sacar una copia magnética o fotostática del EC para el establecimiento, hasta que el original sea devuelto mediante llenado de un Acta de Devolución. Tanto el Acta de Entrega Recepción como el Acta de Devolución, se llenaran en formularios especiales cuyos modelos corresponden a los anexos 2 y 3 que se encuentran en el Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica.*

24.2. Requerimiento por Auditoría Médica Externa. - *El director del establecimiento dará curso al requerimiento, de acuerdo a los recaudos contemplados en los artículos 54 y 55 del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica para su realización.*

24.3. Requerimiento por Peritaje. - *Se cumplirá el mismo procedimiento al establecido en requerimiento por causas legales.*

CAPÍTULO VI.

DE LA EMISIÓN DE CERTIFICADOS O INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL EC

Artículo 25.- RECAUDOS A CUMPLIR

Un buen manejo del EC, requiere cumplir recaudos que permitan la emisión de información o certificación, de manera oportuna, ética, transparente y veraz. Estos recaudos son:

25.1. *Todo informe o certificación de lo contenido en el EC, requiere para su emisión, de solicitud escrita dirigida al director del establecimiento.*

25.2. *La certificación o informe extendido por quien hubiese estado a cargo de la atención del paciente, nunca certificara sobre lo no observado o no registrado en el EC y cuando deba hacerse alusión a percepciones o apreciaciones del paciente, así como opiniones propias de quien extiende la certificación, es necesario mencionar expresamente tales circunstancias.*

25.3. *Las descripciones de la certificación o informes deben ser precisas, prudentes y libres de comentarios personales subjetivos, salvo el caso de deducciones clínicas cuando se establecen diagnósticos o tratamientos.*

25.4. *El uso de terminología técnica debe ser evitado y si esto no fuese posible se aclara su significado para hacerla comprensible en lenguaje común.*

25.5. *Los informes o certificados médicos no deben incluir valoraciones deontológicas, jurídicas o escritas, resultando completamente reprochable el uso de expresiones o inducciones que pudiesen culpabilizar perjudicar el prestigio de terceros.*

25.6. *En el EC debe quedar contenida una copia de todo informe o certificado que se emite.*

25.7. *Se debe tener presente que todo informe o certificado emitido puede ser usado de diversas maneras, surtiendo efectos distintos para los que presuntamente fue solicitado. Por ello resulta inadmisibile la emisión de informes o certificados médicos de complacencia.*

25.8. *Las solicitudes de informe o certificación de lo contenido en el EC, deberán quedar en la Unidad de Archivo y Estadísticas como constancia.*

Artículo 26. DE LA INFORMACIÓN O CERTIFICACIÓN SOLICITADA POR LOS PACIENTES

26.1. *Las solicitudes de información clínica por parte del paciente o sus familiares o representantes legales debidamente autorizados, deberán cursarse por escrito a la dirección del establecimiento, adjuntando fotocopia de la cedula de identidad del solicitante.*

26.2. *En caso de tratarse de un usuario que actúe por delegación, el establecimiento se reserva el derecho de comprobar la veracidad de la solicitud con los medios que estime oportunos.*

26.3. *De ser necesario, se adjuntará a los informes o certificados, copias de la iconografía, de las pruebas complementarias y de los informes técnicos de procedimientos que pudiesen haberse practicado.*

26.4. *En caso de que el EC no disponga de tales informes, serán solicitados por la Unidad de Archivo y Estadística al Servicio correspondiente, que deberá emitirlos en un plazo máximo de siete días hábiles.*

Cualquier otro tipo de documentación solicitada, precisara la autorización y/o supervisión del facultativo que atendió al paciente.

26.6. *Excepto lo consignado en el artículo 24, en ningún otro caso, se entregarán documentos originales, que deberán permanecer en poder del hospital.*

26.7. *En ningún caso se entregará información alguna sin el VºBº del director de la institución, quien la pasará a la unidad de Archivo y Estadística para su entrega al interesado.*

26.8. *El interesado previa constatación de su identidad, firmara la recepción en la copia del informe o certificado que recibe, el que como constancia será incorporado en el EC, ya sea si permanece internado o si fue dado de alta.*

Artículo 27. DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA POR LOS TERCEROS

De forma genérica, la información que se solicita a terceros sobre el proceso asistencial, es de dos tipos:

- 1. Sobre la ubicación de un paciente en el hospital.*
- 2. Sobre el proceso asistencial, ya sea durante su realización o después del alta.*

27.1. *Información sobre la ubicación del paciente. - Este tipo de información es compartida entre los Servicios de Información y Admisión. Siempre y cuando se trate de datos meramente administrativos y salvo que exista constancia del deseo del paciente para permanecer en el anonimato, no parece que exista inconveniente en facilitar estos datos a terceros.*

27.2 *Información sobre el proceso asistencial*

27.2.1. *Durante el proceso asistencial, cualquier solicitud de información clínica, se canalizará a través del médico que atiende al paciente, el que decidirá que información puede darse y a quien.*

27.2.2. *La información solicitada, precisa imprescindiblemente y en forma previa, la autorización escrita del paciente o su representante legal.*

27.2.3. *Para evitar desvíos no deseados de datos, todos los listados de información al público sobre pacientes ingresados, eliminarán el diagnóstico.*

27.2.4. *En cualquier caso, se debe tomar en cuenta el deber del secreto profesional del personal que atiende al paciente.*

27.2.5. *Solicitudes de información después del alta, se harán mediante solicitud escrita, dirigida a la Dirección, la que previa consulta con los órganos de Asesoría Jurídica, determinará la pertinencia o no de facilitar la información solicitada, centralizando la gestión en la Unidad de Archivo y Estadística.*

27.2.6. *Se suministra exclusivamente aquella información específicamente solicitada. Si se precisara otro tipo de información distinta, se requerirá la*

autorización expresa de la Unidad o Servicio que atendió al paciente y/o de la dirección.

27.2.7. La otorgación de información en casos de administración de justicia, precisa que exista con carácter previo un requerimiento judicial, en documento escrito.

27.2.8. En caso de menores, incapacitados o fallecidos, otorgar la información requiere la autorización del familiar más directo o el representante legal.

27.2.9. En docencia e investigación, la consulta de la información se realizará exclusivamente en las dependencias del archivo. Para las reproducciones de documentación iconográfica por motivo de investigación, se requerirá: a) Solicitar la correspondiente autorización por escrito. b) Garantizar en todos los casos el anonimato y la imposibilidad de establecer la identidad del paciente, salvo que éste lo autorice expresamente.

CAPÍTULO VII.

ARCHIVO Y MANEJO ADMINISTRATIVO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Artículo 28. CIERRE Y ENTREGA OPORTUNA

Siendo el EC la fuente principal que nutre el Sistema de Información en Salud, su registro estadístico debe ser oportuno, resultando inaceptable su retención y cierre tardío por más de 48 horas en los servicios de hospitalización. Para evitar esto último, es obligación del médico tratante del paciente ordenar su tiempo y cumplir las labores administrativas que le competen, haciendo el cierre del EC de manera inmediata al alta del paciente para que el personal de secretaría respectivo cumpla su correspondiente envío a Estadísticas, dentro del plazo máximo de las 48 horas señaladas.

Artículo 29. TIEMPO DE PERMANENCIA DEL EC EN LAS DISTINTAS ÁREAS

Mientras dure el episodio de asistencia en consulta u hospitalización, el EC permanecerá en las distintas unidades o servicios y será responsabilidad de los mismos su custodia. Una vez concluida dicha asistencia, el EC será reintegrado a la Unidad de Archivo y Estadísticas en los siguientes plazos:

- a) EC procedentes de Urgencias en 24 horas.*
- b) EC procedentes de altas de hospitalización en 48 horas.*
- c) EC procedentes de consultorio externo en 24 horas.*

Para cualquier otra eventualidad que pudiese presentarse, el plazo de devolución nunca superará las 72 horas.

Artículo 30. ARCHIVO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Respetando las particularidades técnicas de archivo de cada establecimiento, los EC los custodiará la Unidad de Archivo y Estadísticas, en un único archivo central con dos grandes divisiones: Activo y pasivo.

Se define archivo pasivo al que contiene los EC de las defunciones y archivo activo el que contiene los EC en secciones que corresponden a las unidades o servicios de hospitalización, colocados en orden alfabético según el primer apellido del paciente y manteniendo el mismo código o N° que se asignó al EC del paciente, en la primera consulta o internación realizada en el establecimiento.

Cuando el paciente es dado de alta y el EC llega a la Unidad de Archivo y Estadísticas, será colocado en la sección de archivo activo que corresponda a la última unidad o servicio de hospitalización de donde fue dado de alta.

Artículo 31. CONSERVACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

El contenedor para la conservación y archivo del EC, ya sea durante la internación del paciente o para su mantenimiento indefinido en la Unidad de Archivo y Estadísticas, debe ser de material impermeable, opaco, impenetrable

a rayos solares, con cierre hermético que evite la caída o pérdida de documentos, con un recuadro exterior que permita consignar los datos más importantes para fines de ordenamiento y clasificación y de un tamaño lo suficientemente grande como para contener toda la documentación, incluidas placas radiográficas o topográficas de formato mayor.

Artículo 32. ARCHIVO ESPECIAL

Algunos EC que requieren mayor custodia, se archivarán en sección especial, en los siguientes casos:

- a) EC solicitados por tribunales de justicia.*
- b) EC sujetas a Auditoría Médica Externa.*
- c) EC sujetos a Peritaje.*
- d) EC sujetos a procesos administrativos.*
- e) EC que a juicio del médico tratante, y con autorización del director del establecimiento, requieran esta medida.*

Artículo 33. EXPEDIENTE CLÍNICO RETENIDO

Si pasados los plazos establecidos en el artículo 29, no hay constancia de la devolución de EC de un paciente que de acuerdo a registros hubiese sido hospitalizado y atendido en consulta externa, será considerado como EC retenido.

Artículo 34. EXPEDIENTE CLÍNICO EXTRAVIADO

Es aquel EC que no aparece en la Unidad de Archivo y Estadísticas, pese a la constancia de su entrada y colocación en la división y sección correspondiente, según los propios registros del Archivo. Pasado un mes, si el EC no apareciera pese a las investigaciones que fuesen realizadas, se notificará el extravío a la dirección del establecimiento, con una copia que quedará como constancia en una carpeta específica de la documentación administrativa del Archivo.

Artículo 35. CONTROL DEL REGISTRO ESTADÍSTICO DEL EC

La Unidad de Archivo y Estadísticas del establecimiento cotejará diariamente el listado de los pacientes egresados con los EC recibidos para su correspondiente archivo, lo cual le permitirá identificar aquellos EC que estuviesen retenidos en los servicios de consulta externa y hospitalización. En caso de identificar retención del EC, elevará el reclamo inmediato al jefe de unidad o de consulta externa u hospitalización donde se esté dando la retención, quien en un plazo máximo de 24 horas hábiles hará efectivo el envío del EC retenido. Si pese a esta medida el EC no fuese devuelto, es obligación de la Unidad de Archivo y Estadísticas notificar esta situación a la Dirección, la que a más de lograr la entrega del EC retenido e identificar responsables por este hecho, deberá adoptar las medidas correctivas que el caso aconseje.

CAPÍTULO VIII.

AUTORIZACIONES ESPECIALES Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD (EXONERACIÓN)

Artículo 36. AUTORIZACIÓN PARA AUTOPSIA

En casos de fallecimiento sin diagnóstico preciso, esta autorización es dada por el familiar inmediato o el representante legal del paciente fallecido, previa explicación justificatoria y requerimiento del médico tratante, siempre que sea aceptado dicho requerimiento.

Si bien la Ley determina la necesidad de autopsia médico legal en casos de fallecimiento por accidente, homicidio o ausencia de atención médica; razones éticas obligan a la máxima autoridad institucional, rendir las explicaciones necesarias al familiar inmediato o representante legal de la persona fallecida.

Artículo 37. SALIDAS EVENTUALES DE PACIENTES

Cuando un paciente internado desea salir del hospital sin alta médica, firmará una nota expresa exonerando a la institución y a quienes están a cargo de su

atención, por cualquier situación de cambio o complicación de su estado de salud enfermedad que pudiese presentarse posteriormente a dicha salida.

Artículo 38. RETIRO DE MENORES

Para evitar problemas médico-legales por salida de menores acompañados por personas que no sean los padres o responsables legales, es el médico tratante el que debe autorizar la salida, previa presentación de un poder expreso otorgado por los padres o apoderados legales del menor y una nota firmada por los solicitantes. Copias de tales documentos quedarán como constancia en el EC. Si las circunstancias para la solicitud fueran perentorias y no estuviese presente el médico tratante, la autorización para el retiro del menor podrá darla el director del establecimiento o el profesional de planta que se encuentre de turno.

Artículo 39. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO

El servicio o unidad que admite una paciente en aparente estado de aborto, deberá hacer constar esta situación en una nota específica a ser firmada por la paciente, o en caso de impedimento por el familiar más cercano o representante legal, antes de la ejecución de cualquier examen o tratamiento.

CAPÍTULO IX.

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 40. VIGENCIA

La presente norma entrará en vigencia, inmediatamente después de su publicación junto a la Resolución que para el efecto emita el Ministerio de Salud y Deportes.

Artículo 41. REVISIÓN Y ENMIENDAS

Al ser esta norma un documento dinámico y perfectible, su validación debe darse mediante su aplicación práctica y operativa en todo el Sistema Nacional de Salud,

siendo posibles las enmiendas que en consenso se considere necesarias, en un plazo de tres años después de la Resolución Ministerial que la ponga en práctica.

Artículo 42 INOBSERVANCIA DE LA NORMA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Toda vez que el Ministerio de Salud y Deportes pone en vigencia esta norma con el correspondiente respaldo jurídico, su incumplimiento es pasible de sanciones.³⁴

3.21.- LEY N° 2028 DE MUNICIPALIDADES

La Ley de Municipalidades aprobada el 28/10/99 que reemplaza a la Ley Orgánica de Municipalidades de 1985, tiene por objeto regular el "Régimen Municipal» establecido en el Título Sexto de la Parte Tercera (Regímenes Especiales), Arts. 200° al 206° de la Constitución Política del Estado. La Municipalidad y su Gobierno Municipal tienen como finalidad contribuir a la satisfacción de las necesidades colectivas y garantizar la integración y participación de los ciudadanos en la planificación y desarrollo humano sostenible del Municipio.³⁵

4.- JUSTIFICACIÓN.

*En los últimos años, el número de reclamaciones por presunta Mala praxis contra los médicos ha aumentado notablemente en nuestro país y en el mundo, y muchas de ellas no tienen fundamento. Según Alberto Agrest (2000), la mala praxis es "Toda acción médica errada de acuerdo con la **opinión de expertos médicos, no se define por la opinión del paciente o familiares y tampoco por la opinión del juez, cuya misión es definir la culpabilidad de una mala práctica y la magnitud del resarcimiento del perjudicado**".*

Más que a una negligencia médica, un tipo de mala praxis en la que existe incumplimiento de los principios de la profesión "lo que se debe hacer no se hace o sabiendo lo que no se debe hacer lo hace", la mayor parte de las reclamaciones son debidas a un mal resultado o a una complicación imprevisible y/o inevitable de la enfermedad, del procedimiento diagnóstico utilizado o del tratamiento. Esto no es de extrañar, porque la medicina no es una ciencia exacta y su práctica comporta un riesgo para los enfermos. Por otra parte, el ejercicio de la medicina incide sobre los bienes más apreciados de la persona, la salud y la vida. Por tanto, es comprensible que los ciudadanos presenten reclamaciones cuando se producen situaciones que afectan negativamente a su salud y que, con o sin razón, atribuyan culpabilidad al médico.³⁶

Bolivia, por ejemplo, el caso del "Señor Miguel Ángel Velázquez Pérez, de 22 años, llegó a la sala de emergencias del Hospital de Clínicas acompañado de su madre, debido a que este presentaba problemas respiratorios agudos y un intenso dolor en la garganta, relató Enrique Pérez tío del afectado.

El médico de turno recetó un inyectable y derivó a que se lo pusieran en la Asistencia Pública, luego de cuatro horas logró acceder al medicamento y que este sea inyectado, Sin embargo, a los pocos minutos, el joven presentó mayores complicaciones y fue devuelto a emergencias.

*Hoy se encuentra en el Instituto Nacional del Tórax, con diagnóstico reservado y muy delicado de salud”.*³⁷

Por otra parte, el caso de la Señora Chacón; *La mujer ingresó al hospital el 22 de julio por una neumonía, además de que ya padecía de diabetes. La enfermedad se complicó y derivó en una falla general de su organismo hasta alcanzar el cerebro, donde se le encontró un hematoma que tuvieron que extraerle. Fue así que pasó a la UTI. "En ningún momento se desahució ni se indicó que tenía horas de vida, pero los familiares consideraron que probablemente no mejoraría y pidieron el alta médica de forma voluntaria”.*³⁸

Por tanto luego de definir el problema y determinar que es de vital importancia la Calidad de llenado del Expediente Clínico, considero que haciendo conocer la norma técnica (Norma técnica para el expediente clínico del 26 de febrero del 2008), su aplicación, evaluación y mejora de la calidad del llenado del Expediente Clínico, se contribuirá a mejorar el desempeño de los profesionales y evitarnos de esta manera enfrentarnos a futuros problemas legales, además *“un buen manejo del expediente garantiza un conocimiento adecuado y pulcro de la patología de cada paciente”.*

El Expediente Clínico, por su naturaleza y contenido permite apreciar de manera clara y concisa el actuar del personal de salud, es una forma de comunicación con el resto del equipo médico, que ha estado, está y estará a cargo de la atención del paciente, de tal manera que **el “Expediente clínico se convierte en un documento legal y en un documento probatorio en el caso de una denuncia, demanda o queja por responsabilidad médica”**³⁹.

Es un documento de valor médico y de potencial valor legal. *Se considera completa cuando contiene suficiente información acerca de los acontecimientos que justifiquen el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final.*⁴⁰

*“Siempre debe estar escrita con letra clara y legible, en toda su estructura”.*⁴¹

Debe instruirse al recurso humano involucrado (médicos, enfermeras, auxiliares, otro personal como nutricionistas, etc.) en la elaboración de la misma, del archivo clínico sobre la necesidad de insertar a la misma actualización de nombres y apellidos completos y firmas.

Es necesario que el *archivo clínico tenga buena organización y niveles de pulcritud, sin manchas o borrones. El médico debe firmar todas las actualizaciones.*⁴²

La historia clínica, es *el instrumento más importante que cuenta los profesionales en desempeños de su profesión y soporte legal de sus actos*⁴³ esencial para la asistencia, básico para la investigación, fundamental en epidemiología, de vital importancia médico-legal y constituye un instrumento didáctico, mediante el cual el docente y alumno labran sus habilidades en el razonamiento clínico y en el autoaprendizaje,⁴⁴ es el conjunto de documentos escritos e iconográficos generados durante cada proceso asistencial de la persona atendida.⁴⁵

Por tanto *“La Historia Clínica (HC) cumple un rol fundamental en primer lugar, HC que es el ABC del acto médico, debe ser legible, con notas fechadas y firmadas. Una HC ilegible, incompleta e inadecuada, es similar a una confesión de una prestación médica inadecuada. La H.C no debe ser tomada como un mero acto administrativo o burocrático, cumple un papel fundamental en la calidad de la atención médica (Roberto Vázquez Ferreyra). Otras recomendaciones de importancia señaladas por el anterior autor son las siguientes:*

a) *Consignar en la H.C. el resultado de toda la anamnesis, anotando todos los datos obtenidos, ya sea que corresponda a valores normales;*

b) *La H.C debe ser ordenada, estar actualizada, mostrando la evolución del paciente en el tiempo, relatando todos los acontecimientos y actos médicos que se realizan al paciente, debidamente fechados y con hora, y con identificación de las personas que intervienen y el lugar en que se llevan a cabo;*

c) Evitar el uso de abreviaturas que el día de mañana no pueden ser descifradas ni por el propio profesional que las escribió. No existe inconveniente en el uso de las abreviaturas internacionalmente aceptadas como RX;

d) Anotar en la H.C. todas las visitas, atenciones, controles, suministro de medicamentos, etc. que se realizan al paciente, aun cuando todo sea normal y no se presenten signos de alarma.

*e) Si bien el paciente o sus familiares directos tienen acceso a la H.C., ésta **jamás debe salir de la esfera de custodia del médico o institución sanitaria;***

f) La H.C. es el mejor instrumento para documentar la obtención del consentimiento informado del paciente;

g) Evitar que terceros no autorizados tengan acceso a la H.C. para evitar algún reclamo por violación al Derecho a la Intimidad del paciente;

h) Evitar correcciones, raspaduras, borrones, agregados, etc. en caso imprescindible, deberán estar debidamente salvados y explicar el motivo de la corrección. Caso contrario puede ser tomado como una presunción de que se está ocultando alguna negligencia;

i) Conservar la H.C por lo menos 15 años;

j) Respecto a las H.C informatizadas, si bien no existe ningún impedimento legal, es aconsejable que el programa sea autorizado por el Colegio Médico a efectos de evitar sorpresas en los tribunales el día de mañana”.⁴⁶

La prevención es el pilar fundamental para disminuir las demandas o reclamos por responsabilidad profesional. La principal medida es mantener una buena relación médico paciente, muchas veces una **complicación grave puede resolverse sin necesidad de reclamo judicial.**

La correcta confección de la Historia clínica y del Consentimiento Informado, son los elementos probatorios más importantes para enfrentar un juicio. Pero hay que recordar que la mejor manera de prevenir es mantener una buena relación médico paciente familia, debido a que la misma se ha constituido en una de las principales causas que genera el aumento de las demandas por mala práctica profesional.

Se considera que en el momento actual, la prevención del riesgo legal de la praxis médica mediante las recomendaciones generales, institucionales, servicios médicos e individuales, constituye una ardua tarea para evitar las graves consecuencias de una demanda judicial con sus repercusiones sociales, económicas, profesionales, morales y emocionales.

Ante esta realidad actual el médico debe tomar conciencia de la Responsabilidad profesional y de los riesgos legales que el ejercicio de nuestra profesión conlleva, tomar conductas activas individuales de prevención, anteriormente mencionadas.⁴⁷

5.- IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

A nivel mundial, el riesgo de morir por causa de un error médico es de 1 en 300. Según la Organización Mundial de la Salud, 1 de cada 10 pacientes resulta afectado por algún error médico. Cochabamba es el único departamento que cuenta con dos auditores acreditados para atender las denuncias de mala praxis médica. La capacidad que tiene la unidad encargada de estos procesos solo puede resolver 11 casos por año. Existen 100 denuncias que se encuentran en espera a ser investigados.⁴⁸

El problema a intervenir son las crecientes denuncias de Negligencia médica por la insatisfacción del usuario y familiares que repercute en la comunidad, a causa de errores en el diagnóstico médico, control y seguimiento no adecuados del paciente, la barrera cultural la información que brindan los familiares son incompletas, así también, la letra ilegible, ausencia de firmas y sellos de los involucrados en la elaboración del expediente clínico, lo cual recae en la calidad deficiente del llenado del expediente clínico, a esta situación se suma una deficiente cultura de calidad del usuario interno, lo cual dio lugar a que las Autoridades de la alta gerencia del Instituto Nacional del Tórax desarrollen, un método de mejora continua, supervisando el llenado del expediente clínico que sería una forma de Auditoría Medica Interna de los expedientes clínicos en el cual se plasma toda la atención brindada y que refleja el desempeño laboral de los trabajadores en salud, la única prueba documental que es un respaldo jurídico-legal de los profesionales.

Por otra parte se revisó 20 expedientes clínicos al azar del primer trimestre de la gestión 2018, donde se determinó los siguientes errores:

- Anamnesis incompletas, Historias clínicas elaboradas por internos de Medicina en el cual no consigna nombre, sello ni firma, notas de evolución incompletas, en las indicaciones médicas utilizan nombres comerciales de medicamentos, hojas de enfermería con tachaduras enmiendas,

borrones, historias clínicas de Servicio de Emergencia con letra ilegible, notas de personal de fisioterapia con borrones, consentimiento informado no consigna nombre sello y firma de la personal que elaboro, protocolo operatorio no escriben servicio, N° de cama, notas de pase de guarda sin firmas y sello, epicrisis, sin sello y firma.

Se realizará una encuesta al personal médico y paramédico, al cliente externo, capacitación permanente de los involucrados directos e indirectos que elaboran y / o tienen relación con el Expediente Clínico, según criterios establecidos de la Norma técnica para el manejo del expediente clínico, emitido por el Ministerio de Salud el año 2008.

Así se garantiza, la calidad de los expedientes clínicos de pacientes internados en el Instituto Nacional del Tórax.

5.1.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR.

Por tanto, las denuncias por supuestas negligencias médicas seguirán incrementando sí, todos los involucrados no somos conscientes ya que, para todos, tanto la comunidad, el paciente, la institución prestadora de servicios de salud, serán desacreditadas y/o perjudicados en algunos casos, *en nuestro país y en el mundo, y muchas de ellas no tienen fundamento. Según Alberto Agrest (2000), la mala praxis es "Toda acción médica errada de acuerdo con la **opinión de expertos médicos, no se define por la opinión del paciente o familiares y tampoco por la opinión del juez, cuya misión es definir la culpabilidad de una mala práctica y la magnitud del resarcimiento del perjudicado**"*⁴⁹

Durante la gestión 2016, el Servicio Departamental de salud y la Unidad de Gestión de Calidad y Servicios Hospitalarios, hicieron un análisis de datos comparativos de la gestión 2015 y 2016, en el 1er semestre, en la gestión 2015 de un 56% de denuncias presentadas solo el 4% se realizó Auditoría Médica Externa, en el año 2016 se incrementó las denuncias en un 67% y se realizó un 10 % de Auditorías Médica Externa.

*Las denuncias fueron más por aspectos económicos un 15 % de supuesta mala praxis. Para evitar pagar los gastos realizados en relación a la atención del paciente las prestaciones de servicios médicos, medicamentos, materiales e insumos, en hospitales*⁵⁰

Por otra parte si como Institución prestadora de servicios de salud, enmarcados en los beneficios de calidad de atención que debemos brindar a la población, implementando y aplicando auditoria Medica Interna de la calidad del llenado del expediente clínico, se lograría un expediente clínico de buena calidad confiable listo para ser auditado si así se lo requiere, diagnóstico correcto, buen control y seguimiento de los pacientes, y de esta manera generar un cliente satisfecho y las denuncias de negligencia médica disminuirían, tendríamos menos conflictos médico legales.

Los registros del expediente clínico es la única prueba documental de que se ha llevado a cabo las indicaciones médicas, paramédicos los cuales proporcionan respaldo jurídico-legal a los profesionales.

*La correcta confección de la Historia clínica es el elemento probatorio más importante para enfrentar un juicio.*⁵¹

*La importancia de elaborar con pulcritud el expediente clínico también radica en que es el instrumento legal donde se evidencia la actuación del profesional de salud y es la prueba documental de mayor peso jurídico ante algún reclamo legal, civil o administrativo.*⁵²

*Tiene implicaciones médico legales tanto como herramienta útil en el centro de salud donde se elabora, como de **orden judicial** para el reconocimiento forense o arbitrajes penales.*⁵³

El Peritaje Médico Legal que realiza en base a documento (Expediente Clínico) el Instituto de Medicina Legal es de interés y de utilidad exclusivamente Judicial, el Expediente Clínico como única prueba documental en el Peritaje Médico con el fin de esclarecer los hechos, de tal manera que permita establecer si existe

*Responsabilidad Médica, sea ésta por Negligencia, Imprudencia e Impericia; y descartar responsabilidad penal o civil del profesional de la salud vinculado al caso.*⁵⁴

*En ocasiones los problemas legales vienen porque la historia no está completa.*⁵⁴

*La responsabilidad médica según la clásica definición de Laccasagne es: "La obligación a que están sujetos los médicos de sufrir las consecuencias de ciertas faltas por ellos cometidas en el ejercicio de su arte y que pueden originar una doble acción: **civil y penal**".*⁵⁵

*Por tanto, el Expediente Clínico ha pasado de ser una documentación que servía exclusivamente para valorar criterios medico asistenciales, a un documento con criterios **médico legales** que se utiliza para informar no sólo al médico, sino a la justicia de lo acontecido a lo largo del tiempo en la evolución de un proceso patológico.*

6.- ANÁLISIS DE ACTORES.

6.1.- BENEFICIARIO DIRECTO PRINCIPAL

Paciente: Viene a ser el usuario externo es toda persona natural o jurídica que demanda atención profesional médica o atención en salud, si bien no participa en la toma de decisiones para la mejora de un servicio, puede sugerir los cambios que deben ejecutarse para mejorar las prestaciones de salud que vayan en beneficio de satisfacción de las necesidades de salud de las usuarias. Por tanto, *EL ENFERMO NUNCA ES OBJETO “ES SUJETO”, convendría denominarlo sujeto activo, es decir participe necesario de su tratamiento y de las decisiones que esto conlleva.*⁵⁶

6.2.- BENEFICIARIOS DIRECTOS

1. **Médico especialista:** Profesional médico que ha culminado sus estudios de especialización en una de las ramas de la medicina reconocidos por el Ministerio del área de Salud y acreditados por el Colegio Médico de Bolivia.
2. **Médico tratante:** Es aquel profesional médico, claramente identificado y aceptado por el paciente o en caso de menores de edad e impedimento mental por el familiar más inmediato o tutor jurídicamente responsable que se encuentre directamente a cargo de la atención de dicho paciente.
3. **Médico residente:** Profesional médico en formación de una especialidad, sujeto a un régimen de trabajo y actividad académica especial.
4. **Médico interno:** Profesional médico en formación que, habiendo realizado estudios superiores en universidades legalmente reconocidas, contara con Diploma Académico y Título en Provisión Nacional, expedidos por autoridades competentes.⁵⁷

5. **Enfermera Jefe de Departamento:** *Quien se encarga de dirigir al personal de enfermería de toda la institución.*
6. **Enfermera supervisora:** *Quien se encarga de vigilar y supervisar el trabajo del personal de enfermería.*
7. **Enfermera jefa de servicio:** *Es la responsable de que se aplique de técnica de enfermería de atención directa a los pacientes y que se lleve en efecto en forma adecuada.*
8. **Enfermera asistencial:** *Son las responsables del cuidado de los enfermos puestos a su cargo y deben cumplir los reglamentos, disposiciones, procedimientos y programas de trabajo establecidos.*
9. **Auxiliar de enfermería:** *Es el profesional sanitario encargado de proporcionar cuidados auxiliares al paciente y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno bajo la supervisión del profesional de enfermería.⁵⁸*
10. **Personal de laboratorio:** *Profesional está en relación directa con el paciente para obtención de muestras y análisis de laboratorio clínico.*
11. **Personal de estudios de gabinete:** *Los técnicos en radiología de diagnóstico utilizan distintos tipos de equipamientos para producir imágenes del cuerpo, para ayudar a diagnosticar enfermedades y lesiones, se encuentra en relación directa con el paciente.*
12. **Personal de apoyo y de servicios:** *Si bien no tienen una relación directa con las usuarias, los aportes van en relación a buena o mala presentación del personal profesional que tiene relación con los*

*pacientes y la presentación adecuada de los ambientes de salas de internación.*⁵⁹

6.3.- BENEFICIARIO INDIRECTO PRINCIPAL

- 1) **Familiares:** Son aquellas personas, grupos de personas, que actúan en forma pasiva, es decir que asisten al Instituto Nacional del Tórax, sin solicitar atención, pero asisten acompañando a sus familiares.
- 2) **Comunidad:** *«grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geografía definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas».*⁶⁰

6.4.- BENEFICIARIOS INDIRECTO

1. **Instituto Nacional del Tórax:** Instituto Nacional del Tórax, por ser la institución prestadora de servicios de salud, habilitado y autorizado de acuerdo al marco legal vigente, ofrece y brinda servicios de salud a la población.⁵³ Con la propuesta de Mejora continua con la implementación de auditoria medica interna de la calidad del expediente clínico evitara gastos innecesarios a la institución, desprestigio.
2. **Director del Hospital (MAE):** Líder Ejecutivo gestiona la interacción de: Recursos Humanos, pacientes, proveedores de bienes o servicios, recursos materiales, organización del hospital, planteamiento y estructuración racional de las funciones administrativas y científicas, solución de problemas, toma de decisiones frente a carencias, necesidades o conflictos.⁶¹
3. **Administrador del Hospital:** Los administradores de servicios médicos deben poder adaptarse a cambios en las leyes, regulaciones y tecnología para el cuidado de salud.

Si bien, aparentemente no estaría involucrado en el análisis, su poder es importante, puesto que a partir de su cargo se generan los recursos y el financiamiento del proyecto y más aún cuando el mismo no se encuentra en el plan estratégico institucional (PEI) pudiendo inclusive mentar la ley 1178 para el cumplimiento de los desembolsos económicos; en consecuencia, su poder es político por el cumplimiento de normas.

6.5.- OPONENTES:

Personal de salud no comprometido: «todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud»

Administración de Instituto Nacional de Tórax tradicionalistas. Sindicato de licenciadas en enfermería y de manuales que se resisten al cambio y al control de sus actividades laborales.

6.6.- AFECTADOS:

1. **Personal Profesional Médico:** *la actividad que desarrolla un médico en un establecimiento de salud es asistencial y donde cumple con las políticas de salud asignadas ha dicho establecimiento por autoridades superiores.* ⁶²
2. **Personal paramédico:** *Es un profesional de la salud con nivel técnico.* ⁶³
3. **Pacientes:** Al no contar con un expediente clínico confiables, no se beneficia de un correcto diagnóstico y menos de un tratamiento y control adecuado.
4. **Familiares:** Al no tener calidad de atención, sin garantía de diagnóstico y tratamiento, muerte de su familiar, lo cual lleva a una disgregación familiar, gasto económico, conflictos legales potenciales.
5. **Comunidad:** Susceptibilidad de morir si acuden a hospital, por desacreditación del mismo.

6.7.- ALIADOS:

1. **Pacientes internos en el Instituto Nacional de Tórax:**
2. Sujeto que requiere servicio médico de hospitalización, internado en el Instituto Nacional del Tórax.
3. **Director del hospital Instituto Nacional del Tórax:** Autoridad Máxima Ejecutiva del Instituto Nacional del Tórax.
4. **Comité de Auditoría Médica:** Aquellos profesionales médicos que reúnan las condiciones de auditor, de acuerdo al perfil, siendo responsables directos de las auditorías médicas.
5. **Jefe de Enseñanza e investigación Instituto Nacional de Tórax:** Es el profesional cuya misión consiste en programar, organizar, ejecutar, supervisar y evaluar las acciones educativas en salud.
6. **Jefa de Enfermeras del Instituto Nacional de Tórax:** Autoridad Encargada de la supervisión de personal de enfermería.
7. **Autoridad Municipal:** *Autoridad representativa de la voluntad ciudadana al servicio de la población.*⁶⁴
8. **Servicio Departamental de Salud La Paz:** *Es la institución rectora y gestora de la salud del Departamento, desconcentrada administrativa y funcionalmente del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz.*⁶⁵
9. **Ministerio de Salud:** *Es el ente rector del sector que promueve y garantiza los derechos y deberes a la salud de las bolivianas y los bolivianos.*⁶⁶

7.- CONTEXTO DEL LUGAR DE INTERVENCIÓN

7.1.- CONTEXTO GEOGRÁFICO

Ubicación y extensión territorial: Bolivia se halla situada en la zona central de América del Sur, entre los meridianos 57° 26´ y 69° 38´ de longitud occidental del meridiano de Greenwich y los paralelos 9° 38´ y 22° 53´ de latitud sur; por tanto, abarca más de 13° geográficos. La extensión territorial es de 1.098.581 kilómetros cuadrados aproximadamente.

Límites: Bolivia limita al norte y al este con Brasil, al sur con Argentina, al oeste con Perú, al sudeste con Paraguay y al sudoeste con Chile.⁶⁷

Figura Nº 1 Ubicación de Departamento de La Paz



Fuente: INE 2011.

La Paz es uno de los nueve departamentos que forman el Estado Plurinacional de Bolivia. Su capital es Nuestra Señora de La Paz, sede de Gobierno Central y poder Legislativo, que se encuentra a una altitud de 3640 m, y su ciudad más poblada, El Alto.

Está ubicado al oeste del país, limitando al norte con Pando, al este con Beni y Cochabamba, al sur con Oruro, al suroeste con Chile y al oeste con Perú y el lago Titicaca. Con 133 985 km² es el tercer departamento más extenso —por detrás de Santa Cruz y Beni— departamento fue creado a partir de la Intendencia de La Paz de la Real Audiencia de Charcas, mediante Decreto Supremo de 23 de enero de 1826.

Según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, en 2016 la economía de todo el Departamento de La Paz (Producto Interno Bruto) alcanzó los US\$ 9.484 millones de dólares, con lo cual llega a representar al 27,85 % de la Economía Total de Bolivia (34.053 millones). En cuanto al ingreso por habitante (PIB per cápita), el departamento cerró el año 2016 con US\$ 3.337 dólares en promedio por cada paceño (a).

El Departamento de La Paz está dividido en 20 provincias que a la vez se dividen en 87 municipios (antes llamadas secciones de provincia).⁶⁸

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), el departamento de La Paz tiene 2.842.000 habitantes para este 2016; el 2011 tenía 2.349.885 y en el censo del 2012 alcanzó a 2.741.554.

Ese informe explica que de cada 100 personas en La Paz, 50 son varones y 50 mujeres. En el municipio de El Alto vive el 31,7% de la población del departamento y en el municipio de La Paz el 27,9%; mientras que 40,4% se distribuye en el resto de municipios.⁶⁹

La Paz es conocida como uno de los departamentos más fríos y a la vez uno de los más hermosos de Bolivia, se destaca también por ser un importante centro cultural a nivel latinoamericano debido a su diversidad cultural.

Su topografía accidentada ofrece vistas únicas de la ciudad y de la Cordillera Real desde varios miradores naturales.

Presenta climas que varían de acuerdo a la altitud: Por sobre los 5000 metros de altitud y nieves perpetuas, el frío es polar. La zona Altiplánica se caracteriza por un clima frígido y por ser la región más húmeda del Altiplano Andino (650 de precipitación pluvial, media anual). En la zona Subandina, la región de los valles presenta un clima templado y menos húmedo que la región de Los Yungas, que se caracteriza por un clima húmedo y caluroso con bancos de niebla frecuentes en las partes más altas. En la zona Amazónica el clima es cálido tropical y húmedo también en otras regiones.

La cultura de los pueblos originarios mezclada con las tradiciones españolas, al igual que en muchas regiones de Latinoamérica.

Urbanización en los últimos 70 años la población rural Paceña ha disminuido considerablemente, esto es debido a la inmigración campo-ciudad de los pobladores de las provincias a las grandes ciudades como La Paz, El Alto y Viacha.

El idioma que hablan los habitantes de La Paz es el idioma aymara y el castellano⁷⁰.

7.2.- CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Instituto Nacional del Tórax (I.N.T.) forma parte del Sistema Público de Salud de Bolivia.

Pertenece al Municipio de La Paz, dependiente de la red de salud Departamental La Paz, ubicado en el complejo Hospitalario Zona Miraflores Calle Claudio Sanjinés N° 1633, con teléfono / fax 2226462- 2226475 / fax 2244585.⁷¹

Es un hospital de tercer nivel de atención y de referencia nacional, especializado en la docencia, investigación y atención médica quirúrgica de pacientes con enfermedades del corazón, vasos, pulmones y tórax”, en la actualidad el Instituto cuenta con cuatro consultorios, con una atención aproximada de 90 pacientes por día, con una capacidad de 100 camas”.⁷²

Tabla N° 1

Recursos humanos con ítem (TGN- HIPIC)

- PERSONAL	Nº
- Médicos	48
- Lic. Enfermería	26
- Auxiliar de Enfermería	42
- Lic. Trabajo social	2
- Lic. Nutrición	3
- Bioquímica / farmacéutica	10
- Técnicos	17
- Administrativos	18
- Otros	43
- Total	209

Fuente: SEDES – La Paz 2016.

Figura N° 2



Unidad de Planificación, Instituto Nacional del Tórax La Paz Bolivia.

7.2.1.- CONTEXTO HISTÓRICO

La concepción de Instituto dedicado a las enfermedades del tórax surge en La Paz luego de la Guerra del Chaco, a partir de un precario hospital broncopulmonar que funcionaba en el área de la actual Plaza Bolivia, entre Arce y Ravelo, junto al Hotel Radisson.

El área escogida para la construcción fue un canchón ubicado al fondo del Hospital General pero que contaba con una evidente ventaja, tenía salida a la calle Claudio Sanjinés, colateral de la Avenida Saavedra.

Don Florentino Mejía Gandarillas aparece como el impulsor de la obra, obteniendo recursos de los impuestos sucesorios. El Dr. Julio Manuel Aramayo, entonces Ministro de Salud del presidente Víctor Paz Estensoro en su primera gestión de gobierno, tuvo activa participación en el proceso. La estupenda orientación del edificio fue diseñada por el Padre cabré, Director del Observatorio Astronómico de los Jesuitas de San Calixto, mirando hacia el noroeste de tal suerte que el sol iluminara su fachada prácticamente todo el día, particularmente en invierno.

Se inauguró el año 1959; Entrando en funcionamiento el 9 de abril de 1960, para lo cual se procede en su construcción de salas de internación de ochenta y cinco camas y otros servicios necesarios ambulatorio en emergencias tres camas, hemodinámica dos camas.

El Instituto Boliviano de Biología de la Altura, instalado en la planta baja gracias a la cooperación francesa, a partir de 1968 permitió realizar cateterismos cardiacos y aún cinecoronariografías, gran avance tecnológico que ponía a nuestra institución a la vanguardia de la cardiología. Hay que resaltar, en esa época, la figura del Dr. Hernán Críales Alcázar como el primer hemodinamista que tuvo el país y, por cierto, nuestro Instituto.

La llegada al país de una generación de profesionales recién formados en el extranjero fue clave para el gran salto que experimentaría el I.N.T. el Dr. Alfredo

Romero Dávalos fue fundamental en el proceso, ya que sus notables condiciones de liderazgo y capacidad de organización configuraron no sólo el perfil asistencial sino académico del Instituto, con la organización de cursos de pre grado para estudiantes de Medicina. En el post grado implantó el sistema de Residencia Médica pionero en el país, formando cardiólogos, neumólogos, cirujanos cardiovasculares y posteriormente intensivistas. Este hecho tiene hasta la fecha una connotación de soberanía nacional, pues la formación de especialistas hasta entonces era una tarea dependiente exclusivamente del extranjero y con una oferta de becas cada vez más restringidas.

El Ministerio de Salud, por los años 90, fortaleció la labor administrativa de los hospitales, modernizándolos, implantando los planes de desarrollo estratégico de largo aliento, los planes operativos anuales y los sistemas de información gerencial.

Cuenta con servicios complementarios como laboratorio clínico, rayos-x, fisioterapia, ecografía doppler, electrocardiografía, endoscopia digestiva, hemodinamia, espirometría y farmacia.

El Instituto cuenta con dos aulas para estudiantes, cuenta con Biblioteca; y un Auditorium como: podrán desarrollar reuniones, cursos de capacitaciones y actualizaciones y talleres.

Líder en atención de pacientes con patologías Cardio-respiratorias; basadas en procesos de atención e investigación, distinguiéndose por su espíritu de responsabilidad, servicio, logrando la satisfacción total del Usuario, familia y la comunidad, enmarcado en el ámbito de la calidad y competitividad”.

El Instituto Nacional del Tórax en lo técnico responde a las normas y disposiciones emanadas del Ministerio de salud, en lo técnico operativo responde al Servicio Departamental de Salud La Paz, en lo administrativo financiero, responde al Gobierno Municipal de La Paz. El Reglamento General de Hospitales

vigente que conceptúa al hospital como una empresa social, con funciones de asistencia, enseñanza e investigación, se ubica en el Tercer Nivel de atención.⁷³

➤ **MISIÓN**

*Somos un hospital de Tercer Nivel que ofertamos servicios integrales con alta tecnología en las especialidades de Cardiología, neumología, Cirugía y Terapia Intensiva, al mismo tiempo se realiza **tareas de educación e investigación, con el propósito de contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades torácicas y cardiovasculares** en el Municipio de La Paz y de nuestro país.*

➤ **VISIÓN**

Ser el mejor hospital en clínica y cirugía torácica y cardiovascular del país, reconocido como cuarto nivel de atención, calificado y acreditado, de prestigio, jerarquía y que se integró a la Red de Salud nacional.⁷⁴

7.2.2.- ORGANIZACIÓN

El Sistema organizativo del Instituto Nacional de Tórax, tiene una estructura vertical con los niveles de Dirección y asesoramiento técnico, normativo y operativo, considerando las actividades como procesos transversales de apoyo a todo el sistema hospitalario.

Esta organización responde a las exigencias de la descentralización administrativa financiera con dependencia municipal que debe pasar a la gobernación.

ASPECTOS ORGANIZACIONALES Y ESTRUCTURA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX (INT)

➤ **NIVEL DE DECISIÓN**

- *Directorio del Complejo Hospitalario Miraflores*
- *Dirección*

➤ **NIVEL DE ASESORAMIENTO**

- *Comités*
- *Planificación*
- *Asesoría Legal*

➤ **NIVEL OPERATIVO**

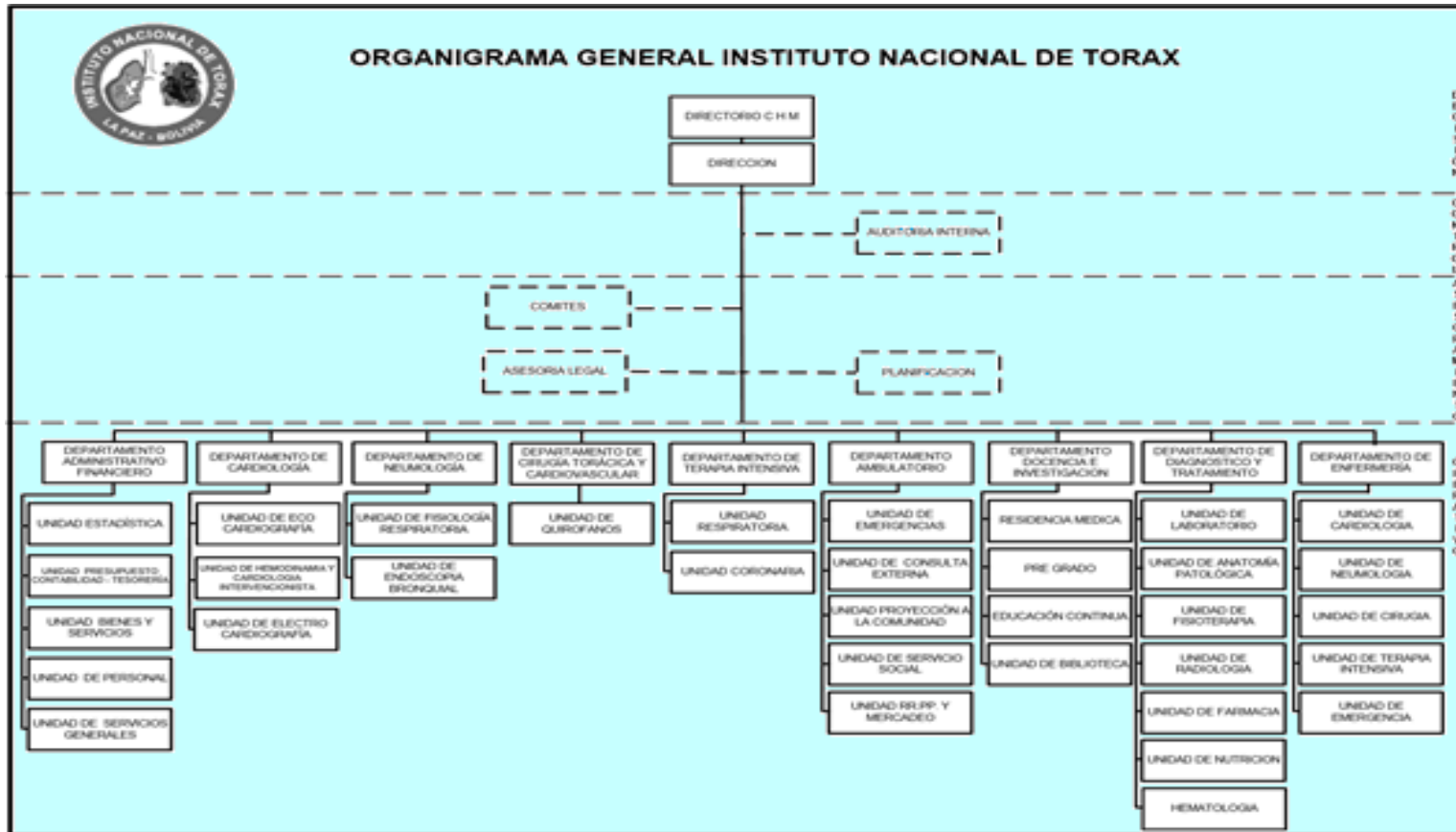
- **Departamento Administrativo**
 - *Unidad Estadística*
 - *Unidad Presupuesto Contabilidad tesorería*
 - *Unidad Bienes y Servicios*
 - *Unidad de Personal*
 - *Unidad de Servicios Generales*
 - *Unidad de Sistemas*
- **Departamento de Cardiología**
 - *Unidad de Eco cardiografía*
 - *Unidad de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista*
 - *Unidad de Electrocardiografía*
- **Departamento de Neumología**
 - *Unidad de Fisiología Respiratoria*
 - *Unidad de Endoscopia Bronquial*
- **Departamento de Cirugía Torácica y Cardiovascular**
 - *Unidad de Quirófanos*
- **Departamento de Terapia Intensiva**
 - *Unidad Respiratoria*
 - *Unidad Coronaria*
- **Departamento Ambulatorio**
 - *Unidad de Emergencias*
 - *Unidad de Consulta Externa*
 - *Unidad Proyección a la Comunidad*
 - *Unidad de Servicio Social*
 - *Unidad de Relaciones Públicas y Mercadeo*

- **Departamento de Docencia e Investigación**
 - *Post grado y Residencia Médica*
 - *Pre grado*
 - *Educación Continua*
 - *Unidad de Investigación*
 - *Unidad de Capacitación Integral*
 - *Unidad de Biblioteca*
- **Departamento de Diagnóstico y Tratamiento**
 - *Unidad de Laboratorio*
 - *Unidad de Anatomía Patológica*
 - *Unidad de Fisioterapia*
 - *Unidad de Radiología*
 - *Unidad de Farmacia*
 - *Unidad de Nutrición*
 - *Hematología*
- **Departamento de Enfermería**
 - *Unidad de Cardiología*
 - *Unidad de Neumología*
 - *Unidad de Cirugía*
 - *Unidad de Terapia Intensiva*
 - *Unidad de Emergencia*

Presta consulta ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidades y sub- especialidades, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad ⁷⁵.

Presenta el siguiente organigrama:

Figura N°3



Fuente: Unidad de Planificación - Instituto Nacional del Tórax 2012

7.2.3.- DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Este importante Departamento, cumple a plenitud su trabajo propio y de coordinación a través de la Jefatura y de las Unidades de Pre Grado, Residencia Médica y Educación Continua. Supervisa y conduce la Biblioteca Médica institucional.

Las Residencias en las especialidades de Cardiología, Neumología y Terapia Intensiva, se encuentran completamente acreditadas y respaldadas por la Subcomisión Regional de Evaluación de Programas de Residencia Médica. Además, en el Instituto, dentro del marco docente asistencial y en base a específicos convenios, se contribuye a la formación de Pre Grado a estudiantes de las Carreras de Medicina y Tecnología Médica de la Universidad Mayor de San Andrés, de Enfermería de la UMSA y de la Universidad Católica, así como se otorga facilidades para la formación de recursos humanos como Auxiliares de Enfermería.⁷⁶

7.2.4.- OFERTA INSTITUCIONAL:

ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

NEUMOLOGÍA

- *Asistencial (clínica, diagnóstico y tratamiento)*
- *Docencia*
- *Fisiología respiratoria*
- *Broncoscopía*
- *Terapia intermedia*

CARDIOLOGÍA

- *Asistencial (clínica, diagnóstico y tratamiento)*
- *Docencia*
- *Hemodinámica*

- *Eco cardiografía*
- *Electrofisiología*
- *Terapia intermedia*

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

- *Asistencial (clínica, diagnóstico y tratamiento)*
- *Docencia*
- *Cirugías torácicas y vasculares*

UNIDADES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

- *Bacteriología*
- *Baciloscopia*
- *Laboratorio clínico*
- *Farmacia*
- *Fisioterapia*
- *Nutrición*

TERAPIA INTENSIVA – UTI

CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD, EMERGENCIAS Y URGENCIAS

- *Consulta previa*

Figura Nº 4

HORARIO DE ATENCIÓN

24 hrs.

- Emergencias y urgencias UTI
- Uci cardiología
- Uci neumología
- Laboratorios
- Laboratorio clínico
- Farmacia



12 hrs.

- Consulta ambulatoria
- Exámenes complementarios
- Imagenología
- Servicios complementarios de diagnóstico
- Fisiología respiratoria
- Endoscopia: bronquial (broncoscopia)
- Espirometría
- Electrocardiografía
- Holter ergometría
- Hemodinámica
- Anatomía patológica
- Quirófanos
- Baciloscopia
- Farmacia y nutrición
- Fisioterapia
- Trabajo social



3 hrs.

- Bacteriología



Fuente: MTI - INT 2018.

7.2.5.- COMITÉS DE ASESORAMIENTO

En cumplimiento al Reglamento General de Hospitales vigente, el Instituto Nacional de Tórax, cuenta con su correspondiente Nivel de Asesoramiento, conformado por:

7.2.5.1.- Comité Técnico Administrativo

Presidido por el Director e integrado por las Jefas y Jefes de Departamento. Instancia generadora de procesos de planificación de eficientes y oportunas acciones asistenciales, de docencia e investigación y de proyección a la comunidad.

Realiza una Reunión mensual, cuenta con Actas de cada una de ellas, además dispone de Reglamento específico. Tiene un rol importante en la preparación del Programa Operativo Anual, revisión de documentos normativos y generación de Resoluciones Administrativas.

7.2.5.2.- Comité de Referencia y Contrarreferencia

Como Hospital de Tercer Nivel su misión es la de resolver problemas de salud de usuarios, cuya gravedad ha excedido la capacidad resolutoria de los establecimientos de segundo nivel, se activa mediante el componente de referencia y retorno.⁷⁷

7.2.5.3.- Comité de Bioseguridad y Manejo de Residuos Hospitalarios

En base a Convenio firmado con Swisscontac (2004) y con la entrega de la publicación “Manual de Bioseguridad y Manejo de Residuos Hospitalarios”, se elabora el Plan Institucional con todas las fases del manejo de residuos: generación y separación, almacenamiento, recolección y transporte, limpieza y desinfección, disposición temporal y final, reciclaje y bioseguridad.

7.2.5.4.- Comité de Atención y Satisfacción al Usuario

Este Comité se origina en la necesidad de alcanzar la satisfacción de los usuarios externos, ofertando atención oportuna, integral, humanizada y segura. Fue conformado en mayo 2006.

El Comité ha logrado en un elevado porcentaje del personal de Instituto quede capacitado en el tema, a través de talleres de “Trato digno, Factores de atención amigable, Orientación y Consejería”; difunde permanentemente los Derechos y Obligaciones de los pacientes; diseñado y difundido la “Cartilla de Interculturalidad Castellano, Quechua y Aymara”; diariamente motiva a pacientes para el llenado de boletas de encuesta, para captar quejas, felicitaciones, preocupaciones, sugerencias, aperturando los diversos buzones que se cuentan y realizando el procesamiento de la información que origina Informes para efectos de reajuste de trato al paciente.

7.2.5.5. Comité de Auditoría Médica

Entre agosto 2005 y julio 2007 en el ámbito administrativo ha efectuado reuniones mensuales y extraordinarias, diseñado mecanismos de recolección de información y actividades informativas. En la esfera evaluativo, se han efectuado auditoria en 30 casos, identificación de información relevante, formulación de dictámenes y formulación de recomendaciones. Además, se han efectuado actividades de seguimiento: de conclusiones y recomendaciones de casos auditados, de formulación de protocolos y guías de trabajo.

7.2.5.6.- Comité de Farmacia y Terapéutica

Sus principales logros durante la gestión corresponden a: auditoria de recetas y elaboración de indicadores de medicamentos; revisión de la “Guía Farmacoterapéutica” que ha sido publicada; adecuación del Recetario-Recibo SNUS-02.

7.2.5.7.- Comité de Análisis de la Información Hospitalaria

En el segundo semestre 2005, este Comité inicia su trabajo, para generar en forma oportuna la información necesaria, para que el nivel de decisión, adopte adecuadas medidas para conducir a nuestro establecimiento hacia el logro de sus objetivos y metas.

La información sobre indicadores de salud en nuestro Instituto era rudimentaria y de baja calidad hasta la llegada de la cooperación española de Medicus Mundi con su programa de fortalecimiento hospitalario. A partir de entonces dispusimos de un sistema de información y de tecnología de la información denominado WINSIG.

7.2.5.8.- Comité de Historias Clínicas

Ha trabajado permanentemente en la aplicación de procesos de auditoría a los expedientes clínicos con el objetivo de detectar fallas en confección, deficiencias en el llenado de información básica y formalidades en relación a la firma y sello en cada caso de prestación asistencial. Para este fin se ha aplicado el Formulario de Auditoría Médica Interna, que se encuentra en fase de modificación, al haber detectado que algunos ítems del mismo, no son compatibles con los formatos impresos de nuestra historia clínica. Dentro de este proceso, se han otorgado las correspondientes recomendaciones para superar observaciones detectadas, sobre todo en el retraso existente en la remisión de expedientes clínicos de pacientes externados hacia la Unidad de Estadística.

7.2.5.9.- Comité de Infecciones Nosocomiales

El Comité promueve en base a normativa vigente la información continuada al personal sanitario, la difusión de protocolos, el cumplimiento de las normas, la vigilancia de la infección nosocomial, la vigilancia epidemiológica, el acopio de información mensual, las visitas periódicas a todas las áreas del Instituto para vigilar el cumplimiento de los programas preventivos, y la identificación bacteriológica de los microorganismos implicados.

7.2.5.10.- Comité de Donaciones y Prestación de Servicios

Funciona desde octubre 2005, con la misión de normar: las actividades a realizar por el ingreso de bienes dotados fungibles y de medicamentos, por la salida de bienes y medicamentos donados fungibles, toma de inventarios físicos y valorizados de los bienes fungibles y medicamentos y preparación, conteo y fase final de las donaciones. En su trabajo se aplican plenamente los aspectos propios establecidos en la Ley de Administración y Control Gubernamental.⁷⁸

8.- ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.

8.1.- OBJETIVO GENERAL.

Implementar la auditoría médica interna para mejorar la calidad de llenado de expedientes clínicos en pacientes internados en Instituto Nacional de Tórax 2018.

8.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Difundir la Norma actual de manejo adecuado del Expediente Clínico emitida por el Ministerio de Salud en la gestión 2008, a todo el personal involucrado de forma directa o indirecta, de esta forma se sustentará en la parte legal.
2. Proponer curso de buen trato al cliente externo (paciente), para una mejor colaboración en la elaboración del expediente clínico.
3. Proponer cursos de capacitación y formación en materia de llenado de calidad del expediente clínico, basados en la norma del Ministerio de Salud del año 2008, para todo el personal médico y paramédico de la Institución.
4. Tramitar recursos tecnológicos necesarios que faciliten la debida elaboración e integración del expediente clínico, compatibles con sistemas automatizados del complejo hospitalario.
5. Proponer la verificación, seguimiento y evaluación de los expedientes clínicos de forma trimestral dirigidos por el comité de Auditoria médica y gestión de calidad, jefatura de enseñanza por tener personal en formación como los residentes e internos de medicina.

9.- RESULTADOS ESPERADOS.

El personal médico y paramédico que trabajara en el Instituto Nacional del Tórax tendrá conocimiento pleno de la normal actual del manejo del expediente clínico, en los años venideros y de esta forma se mejorara la elaboración del expediente clínico y su custodia correspondiente por ser un instrumento legal.

El personal médico y paramédico que trabajara en el Instituto Nacional del Tórax destacará por dar un trato amable con empatía a todo cliente externo que requiera los servicios médicos, por tanto, se tendrá una cartera de clientes externos satisfechos de esta forma tendrán mayor colaboración en la elaboración del expediente clínico.

Todo el personal médico y paramédico que desempeñan sus funciones laborales, ya sea como médico tratante o médicos en formación y personal de enfermería, etc. que se encuentren en relación directa o indirecta con el paciente y la elaboración del expediente clínico, estará capacitado y formado en materia de llenado de calidad del expediente clínico, basado en la normativa vigente del Ministerio de salud del año 2008, catalogando al expediente clínico de calidad como un indicador de calidad para posteriores acreditaciones.

Se contara con recursos tecnológicos necesarios que faciliten la debida elaboración e integración del expediente clínico, compatibles con sistemas automatizados del complejo hospitalario y de esta manera se podrá verificar la historia natural de la enfermedad, antecedentes importantes, desde un inicio en lo que se refiere a la atención otorgada por los distintos servicios, se contará con un diagnóstico más certero y mejor conocimiento y control para el paciente y mejorar la toma de decisiones de los profesionales que están a cargo del paciente.

El comité de Auditoria médica y gestión de calidad en coordinación con Jefatura de enseñanza realizaran la verificación de las auditorias médicas internas de los

expedientes clínicos antes de ser archivadas, además de evaluar el seguimiento del cumplimiento de forma trimestral, para la toma de decisiones.

10.- ACTIVIDADES

ETAPA I DIFUSION DE LA NORMA

1. Entrevista con la MAE
2. Gestionar la facilitación de la norma actual de EC.
3. Difundir la norma a los involucrado

ETAPA II CURSO DE BUEN TRATO AL CLIENTE

1. Entrevista con la MAE
2. Resolución de aceptación de la MAE
3. Elaboración de temario.
4. Designar fecha y hora de curso
5. Elaboración informe de curso de capacitación

ETAPA III CURSO DE CAPACITACION PARA LA MEJORA CONTINUA DEL EXPEDIENTE CLINICO.

1. Elaboración y diseño de curso de capacitación
2. Aprobación de propuesta de capacitación por la MAE
3. Designar fecha y hora de curso
4. Evaluar previamente con pre tés y post tés.
5. Elaborar informe de curso de capacitación

ETAPA IV TRAMITAR RECURSOS INFORMATICOS

1. Entrevista con la MAE
2. Coordinar con ingeniero de sistemas y costo de sistema de red
3. Gestionar los equipos de computadoras, o mejor un sistema automatizado en red.
4. Informe de desempeño de personal de llenado de expediente clínico por el sistema informático.

ETAPA V VERIFICACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA CALIDAD DEL EXPEDIENTES CLÍNICO

1. Reuniones con la MAE
2. Informe sobre curso de capacitación
3. Comité de Auditoria Medica, gestión de calidad Enseñanza e investigación en forma trimestral.

11.- INDICADORES POR ESTRUCTURA DE OBJETIVO

Los indicadores del proyecto son los siguientes:

INDICADOR DE EXPEDIENTES CLÍNICOS ORDENADOS: Es el número de expedientes clínicos ordenados en un trimestre, sobre el número total de expedientes clínicos ordenados en el mismo periodo de tiempo por 100.

$$S = \frac{\text{Nº de E. Clínicos ordenados en un trimestre}}{\text{Nº total de E. Clínicos ordenados en el mismo trimestre}} \times 100$$

INDICADOR DE EXPEDIENTES CLÍNICOS LLENADOS CORRECTAMENTE:

Es el número de expedientes clínicos llenados correctamente en un trimestre, sobre el total de expedientes clínicos llenados correctamente en el mismo trimestre, por 100.

$$S = \frac{\text{Nº de E. Clínicos llenados correctamente en un trimestre}}{\text{Nº total de Expedientes Clínicos en el mismo trimestre}} \times 100$$

INDICADOR DE DENUNCIAS, QUEJAS, RECLAMOS: Número de denuncias, quejas, reclamos en un trimestre, sobre el número total de denuncias, quejas, reclamos del mismo periodo de tiempo por 100.

$$S = \frac{\text{Nº de denuncias / quejas / reclamos en un trimestre}}{\text{Nº total denuncias, quejas, reclamos en el mismo trimestre}} \times 100$$

MÉDICOS DE PLANTA SATISFECHOS: Es el número de médicos satisfechos sobre el manejo de expediente clínico en un mes, sobre el número total de médicos satisfechos del mismo periodo de tiempo por 100.

$$S = \frac{\text{N}^\circ \text{ médicos satisfechos sobre manejo E. Clínico, mes}}{\text{N}^\circ \text{ total de médicos satisfechos, mes}} \times 100$$

INDICADOR DE CUMPLIMIENTO DE REVISIONES DE EXPEDIENTE CLÍNICO: Es el número de expediente clínicos rechazados de supervisión en un periodo de tiempo sobre el número total de expediente clínicos entregados en el mismo periodo de tiempo por 100.

$$S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de E.C. rechazados de supervisión en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ Total de e E.C. entregados en el mismo periodo}} \times 100$$

INDICADOR DE ACCESO LIBRE A EXPEDIENTE CLÍNICO: Es el número de acceso libre a expediente clínico en un trimestre, sobre el número total de expedientes clínicos en el mismo periodo de tiempo de pacientes internados en el Instituto Nacional del Tórax, por 100.

$$S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de acceso libre a Expediente clínico en un trimestre}}{\text{N}^\circ \text{ total de Expediente clínico en el mismo trimestre del INT}} \times 100$$

INDICADOR DE PERSONAL CON CONOCIMIENTO DE LA NORMA DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO:

Es el número de personal con conocimiento de la norma del expediente clínico, sobre el número total de personal con conocimiento de la norma del expediente clínico por 100.

$$S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de personal con conocimiento norma del expediente clínico}}{\text{N}^\circ \text{ Total personal con conocimiento norma del expediente clínico}} \times 100$$

INDICADOR DE PERSONAL CAPACITADO EN EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO:

Es el número de personal capacitado en el manejo del expediente clínico en el primer trimestre, sobre el total de personal en el manejo del expediente clínico en el mismo trimestre por 100.

$$S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de personal capacitado en el manejo del E.C. primer trimestre}}{\text{N}^\circ \text{ total de personal, capacitados en el mismo trimestre}} \times 100$$

INDICADOR DE HORAS DEDICADAS AL LLENADO DE HISTORIA CLINICA:

Es el número de horas médicas dedicadas al llenado de historia clínica sobre el número total de horas disponibles para el llenado de historia clínica por 100.

$$S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Horas médicas dedicadas al llenado de Historia clínica}}{\text{N}^\circ \text{ Total de horas disponibles para el llenado de historia clínica}} \times 100$$

INDICADOR DE ACCESO LIBRE A EQUIPO DE INFORMATICA: Es el número de equipos de computación por médico residente y/o interno sobre el número total de residentes y/ o internos del instituto nacional del tórax por 100.

$$S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de equipos de computación x médico residente e interno}}{\text{N}^\circ \text{ total residentes e internos del INT en la gestión}} \times 100$$

INDICADOR DE COMITES CONFORMADOS Y EN FUNCIONAMIENTO: es el número total de comités conformados y en funcionamiento en unos trimestres, sobre el número total de comités conformados y en funcionamiento en un trimestre por 100.

$$S = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de comités conformados y en funcionamiento en un trimestre}}{\text{N}^\circ \text{ total comités conformados y en funcionamiento en un trimestre}} \times 100$$

INDICADOR DE CUMPLIMIENTO DE REVISIONES DE EXPEDIENTE CLÍNICO: Es el número de expedientes clínicos rechazados por entidad de supervisión en un periodo, sobre el número total de expedientes clínicos entregados en el mismo periodo por 100.

$$S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de E.C. rechazados por entidad de supervisión en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ total E.C. entregados en el mismo periodo}} \times 100$$

INDICADOR DE EXPEDIENTES CLÍNICOS REVISADOS EN FORMA TRIMESTRAL: Es el número de expedientes clínicos revisados trimestralmente, sobre el número total de expedientes clínicos revisados trimestralmente por 100.

$$S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de E. Clínicos revisados trimestral}}{\text{N}^\circ \text{ total de E. Clínicos revisados trimestral}} \times 100$$

12.- FUENTES DE VERIFICACIÓN

- Auditorias de expediente clínico, informé de auditorías médicas, registro de acciones correctivas, con actas de seguimiento de recursos humanos, mediante proceso de supervisión, asignar calificación a los expedientes clínicos
- Verificar número de procesos por supuesta negligencia médica, mediante actas de capacitación, lista de asistencia curso de capacitación
- Informes mensuales de médicos tratantes, residentes e internos, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, personal de laboratorio y / o gabinete, Lic. Fisioterapia en correcto llenado de expedientes clínicos.
- Elaboración de planilla para valorar el cumplimiento de los puntos exigidos en la norma del manejo del expediente clínico.
- Evaluación en el cumplimiento de funciones laborales exigidas en la norma del manejo del expediente clínico, expedientes Clínicos con calidad.
- Aceptación por la MAE de elaboración de proyecto, carta de aceptación por el Instituto Nacional del Tórax.
- Lista de personal entrevistado, asistencia, certificación otorgada
- Actas de reuniones MAE
- Documentos elaborados para control de aplicación de propuesta
- Cartas, notas y circulares emitidas a la alta Gerencia.

13.- SUPUESTOS

- Cambios de las políticas de salud en actual vigencia, e institucionales que repercuten en la Máxima Autoridad Ejecutiva del establecimiento.
- Que no exista compromiso de la MAE para la aplicación de la nueva forma de gestión propuesta, deficiente compromiso de los responsables del desempeño de la mejora, que son Comité de Auditoría Médica, docencia e investigación
- Deficiente compromiso para controlar al personal médico y paramédico y resto del personal involucrado, por sobrecarga de trabajo de responsables así mismo se suma la actitud del personal ante el cambio, desinterés por parte de personal médico y paramédico ante el cambio
- Recorte de POA por deficiente ejecución oportuna de acuerdo a las asignaciones de monto planificadas en el POA, que el conocer la situación actual del proyecto en el establecimiento no sea una prioridad para el personal operativo.
- La deficiente cultura de calidad incrementará conflictos en el desempeño laboral con su entorno de trabajo.
- Desconocimiento de la Normativa actual sobre el manejo adecuado del expediente clínico, emitido por el Ministerio de Salud
- Los cambios de personal médico y paramédico, afectan en los métodos de trabajo, porque el personal nuevamente se ve obligado a adaptarse, adecuar sus habilidades y experiencias en los nuevos requisitos.
- Funcionamiento inadecuado de los comités relacionados con el adecuado manejo del expediente clínico.
- Acreditación por autoridades del Ministerio de Salud, SEDES, Etc.
- Incrementar el presupuesto regular para insumos y materiales por parte de las Autoridades en salud.

- Dirección del Instituto Nacional del Tórax, comité de Auditoría Médica, Jefatura de enseñanza e investigación no apoyan la realización y participación en el taller de capacitación.

14.- ANÁLISIS DE VIABILIDAD

La viabilidad del proyecto nos demuestra directamente que puede ser viable ya que tomando en cuenta los factores relacionados al entorno, como lo son las instancias rectoras como el Ministerio de Salud, SEDES, Gobernación tienen interés de mejorar la calidad de atención es este caso con la mejora de la calidad del llenado adecuado del expediente clínico. Al igual que la preocupación de los directores de los hospitales, ya que si se implementa lo más antes posible se generarán menos problemas en los hospitales de 3er nivel disminuyendo los posibles conflictos legales por el inadecuado cumplimiento de las normas actuales, por tanto:

El presente proyecto identifico de acuerdo el diagnóstico situacional cuales son las deficiencias en la calidad del llenado del expediente clínico a mejorar, acordé con las necesidades de los interesados, para luego plantear soluciones concretas.

Se tiene claro quiénes son los actores que son beneficiarios: directos, indirectos, oponentes y afectados para la realización del proceso del proyecto de mejora continua.

Analizo el entorno situacional y estructural del proyecto lo cual ayudara a definir el papel de los involucrados.

15.- ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

15.1.- FACTIBILIDAD SOCIAL

El presente proyecto de implementación de Auditoría Médica Interna será realizado en el Instituto Nacional del Tórax, para un trato con calidad y calidez de atención en los servicios médicos requeridos por la población, no discrimina clases sociales, más por el contrario buscan mejorar la atención de pacientes internos en este hospital, cumpliendo las premisas de equidad, universalidad, accesibilidad, continuidad y oportunidad, en función a orientar las mejoras de atención otorgada.

15.2.- FACTIBILIDAD CULTURAL / INTERCULTURAL

La interculturalidad, es importante tomar en cuenta que se está trabajando sobre el cuerpo humano, el cual al ser el mismo para toda raza y civilización, es testimonio viviente de la igualdad de todos los pueblos. El cuerpo humano, a través de su conexión con la naturaleza comprende varios niveles de salud, de interacción y de saneamiento.⁷⁹

Por tanto el mejorar la calidad del llenado adecuado del expediente clínico, ha ido cobrando más interés e importancia para un mejor beneficio de la población. Actualmente estamos tratando de mejorar la calidad de atención en el Instituto Nacional de Tórax, el presente proyecto, incorporando las capacitaciones sobre el correcto llenado del expediente clínico de forma rutinaria, al mismo tiempo haciendo el seguimiento y supervisión correspondiente del expediente clínico, esta incorporación de Auditoria Medica Interna, será realizada cumpliendo estrictamente la norma vigente legal, emitida por el Ministerio de Salud.

15.3.- FACTIBILIDAD ECONÓMICA

El presupuesto que se utilizará no supera los 33590 bs. (treinta tres mil quinientos noventa bolivianos) distribuidos en todas sus etapas, proporcionándonos una gran factibilidad económica ya que es un presupuesto mínimo con un resultado

máximo, en el cual mucho más que un presupuesto grande se necesita la voluntad de los profesionales en salud y la aceptabilidad de la población. Por tanto, en términos económicos, se utilizará un presupuesto que para salud es mínimo, proporcionándonos una brecha de factibilidad muy amplia.

15.4.- FACTIBILIDAD DE GÉNERO

El concepto género subraya la construcción cultural de la diferencia sexual, esto es, el hecho de que las diferentes conductas, actividades y funciones de las mujeres y los hombres son culturalmente construidas, más que biológicamente determinadas.

Sobre la base de la política de la OMS, los aportes y la aprobación de los Estados Miembros, en el 2005 la OPS adoptó su Política de igualdad de género, con la siguiente meta: “La meta de esta política es contribuir al logro de la igualdad de género en el estado de la salud y el desarrollo sanitario, mediante investigación, políticas y programas que presten la atención debida a las diferencias de género en la salud y a sus factores determinantes, y promuevan activamente la igualdad entre mujeres y hombres.”⁸⁰

El presente proyecto al contemplar mejorar la calidad del llenado adecuado del expediente clínico, está dirigido tanto a varones como a mujeres y en la atención de estos pacientes se encuentra involucrado el personal del establecimiento constituido tanto por varones como por mujeres.

En este sentido la factibilidad de género es alta considerando los aspectos relacionados con la atención de este tipo de pacientes y el personal de salud involucrado.

16.- ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD

En cuanto a la continuidad de los beneficios que se pretende lograr con el presente proyecto se deben considerar las siguientes dimensiones:

16.1.- SOSTENIBILIDAD POLÍTICO NORMATIVA

- Constitución política del estado plurinacional de Bolivia.
- Ley de administración y control gubernamentales – SAFCO (ley 1178 del 20 de julio de 1990).
- Ley N° 2426.
- Ley N° 031 de 19 de julio de 2010 marco de autonomías y descentralización “Andrés Ibáñez”.
- Ley N° 475 de prestaciones servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, 30 de diciembre de 2013.
- Ley del ejercicio profesional médico (ley N° 3131)
- Decreto supremo N° 28562 Eduardo Rodríguez Veltze Presidente Constitucional de la Republica.
- Decreto Ley N° 15629, 18 de Julio de 1978.
- Decreto supremo N° 3091, de 15 de febrero de 2017
- Decreto supremo N° 25265 - creación del seguro básico de salud y su reglamento - resolución ministerial N° 187
- Decreto supremo N° 2472
- Decreto supremo 24237 de fecha 8 de febrero de 1996.
- Plan sectorial de desarrollo.
- Decreto supremo N° 23489 del 29 de abril de 1993 promueve la creación de IBNORCA.
- Plan sectorial de desarrollo.
- Proyecto nacional de calidad en salud (PRONACS).
- Resolución N°0622 de 25 de julio de 2008 por el Ministerio de Salud aprueba el código de ética y deontología médica.
- Guía básica de conducta médico – sanitaria

- Manual de Auditoria en Salud
- Norma técnica para el manejo del expediente clínico
- Ley N° 2028 de municipalidades

16.2.- SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL

Creemos que con el presente proyecto de la implementación de Auditoria medica Interna de la calidad de llenado adecuado del expediente clínico, mejorara sustancialmente, por un lado la calidad del registro del expediente clínico mejorar el correcto diagnóstico y mejor control y seguimiento de pacientes que se internaran en el Instituto Nacional del Tórax y por el otro lado la satisfacción de los pacientes internos y de sus familiares, debido al cumplimiento de la norma de manejo del expediente clínico.

La actividad estaría centrada en las actividades que el recurso humano ya sean médicos de planta, residentes y / o internos de los diferentes servicios, incluyendo estadística y archivo realiza en forma diaria, cumpliendo la norma establecida, en la mejora de la calidad, el cuidado y conservación de los expedientes clínicos y su custodia dentro del Instituto Nacional de Tórax.

16.3.- SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

La formulación del Plan Estratégico Institucional (PEI) del Ministerio de la Presidencia (MPR), permitirá medir los logros, avances e inversiones medidos a través de resultados que tendrán un efecto positivo en la población en general.⁸¹

El Hospital deberá programar en la gestión correspondiente y dentro del Plan Estratégico Institucional (PEI), un Item que permita mantener la continuidad financiera del proyecto, por otro lado, el consejo técnico administrativo deberá emitir una resolución administrativa que permita continuar con el proyecto, más aún cuando este muestre los beneficios que su implementación, además de ser incluida en el Plan Operativo Anual (POA), de cada año del Instituto Nacional del Tórax.

16.4.- SOSTENIBILIDAD SOCIAL

Un cambio positivo que será de reconocimiento, de los médicos de planta, médicos residentes, médicos internos, personal de enfermería y entes reactivos de salud como el Servicio Departamental de Salud La Paz a nivel Nacional el Ministerio de salud como ente máximo rector.

Así mismo en los pacientes internados, produciendo una mayor confianza hacia el establecimiento y su personal; el mencionado proyecto mejora de la calidad de atención que se brindará a la población la misma quedará satisfecha por la innovación de sus instituciones de salud.

16.5.- SOSTENIBILIDAD CULTURAL

Es de trascendental importancia que el Instituto Nacional del Tórax, inicie el cambio con la eliminación de las barreras que se presentan, respetando las costumbres y hábitos que los usuarios tienen, más aún cuando provienen del área rural, el trato interpersonal adecuado, manteniendo y respetando en lo posible la cultura idiomática y la cosmovisión de su cultura.

17.- IMPACTO ESPERADO

El presente proyecto de implementación de Auditoría Médica Interna creará un clima organizacional satisfactorio porque ayudará a resolver las no conformidades desde la perspectiva del profesional en formación, generando procesos y procedimientos que aportarán a desarrollar una cultura de calidad en ambos clientes, y como resultado producirémos un impacto favorable para la Acreditación de la institución.

Además, que protege intereses legales del personal de salud y pacientes y mejora la docencia e investigación.

Por otro lado, pretende concientizar a los responsables del desempeño académico, en que el médico residente e interno, personal en enfermería, auxiliares y otros involucrados al estar sujeto a la norma, reglamentos y disposiciones generales de la institución donde se desenvuelven.

18.- FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO

Los recursos económicos y su financiamiento son de 33590 bs. (treinta tres mil quinientos noventa bolivianos) en un trimestre que deberán, ser provistos por las autoridades, MAE del establecimiento a través de disposiciones legales o resoluciones administrativas que destinen un determinado monto económico que lleguen a cubrir las necesidades que el programa demande, la fuente de financiamiento para la ejecución del proyecto implica aspectos relacionados con el cumplimiento de normas, reglamentos y políticas establecidas de instituciones involucradas que al final ayudaran al logro de sus metas establecidas en su plan estratégico. (Ver anexo VI Presupuesto)

Los ingresos económicos del hospital provienen de fundamentalmente y luego de ingresos propios (venta de servicios), las prestaciones que se otorgan por el seguro de vejes (SPAM)

Tras conocer las partidas presupuestarias concluimos que el proyecto es viable para invertir en la propuesta de intervención de mejora continua del adecuado manejo del expediente clínico.

19. BIBLIOGRAFIA.

1. Cevallos Medranda C.M. Estrategias para el manejo adecuado de historias clínicas en el hospital divina providencia del cantón san Lorenzo. [Proyecto de investigación previo a la obtención del título de licenciada en enfermería]. Ecuador: Universidad regional autónoma de los andes UNIANDES Tulcán – Ecuador; 2017.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1- Del expediente clínico. México: Secretaría de Salud; 1998. [Acceso 01-06-2010]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>.
3. Rocano E. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de emergencias de un Hospital General. Rev. Soc. Perú Medicina Interna 2008; vol. 21 (2):51 – 54.
4. Gonzales V. El sistema nacional de salud en Bolivia, la auditoria médica y las bases para su sistematización. La Paz: Talleres 3V gráficos; 2012.
5. Inchauste Rioja M. Propuesta de implementación de la Auditoria Médica Interna en Historias Clínicas de la Unidad de Cirugía General – Hospital de Clínicas La Paz. La Paz, 2014. Trabajo de grado. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina Unidad de Postgrado.
6. Donabedian A. La definición de calidad y los enfoques para su evaluación. Vol. 1. Ann Arbor, Mich (EE. UU.): Prensa de la Administración de Salud; 1980. P. 38-40.
7. Ibídem Cit N° 4, págs. Inext.
8. López C. Calvo A. Índice de Salud Municipal. Documento Técnico N° 4. OPS/ OMS. Noviembre 2001.
9. Marco Regulatorio del sector salud. VMPP Documento Técnico N ° 2004.
10. Loza Monrroy G. E. Mejora de la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico. La Paz, 2014. Trabajo de Grado (Especialista en Gestión de Calidad y Auditoria Médica). Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina.

11. Cabascango Cevallos J. Calidad de registro de datos en las Historias Clínicas de la Clínica Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Quito, 2017. Trabajo de titulación (Odontólogo). Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología.
12. Arista M.P. Franzese M.J. La Responsabilidad Civil del Médico Auditor [Sitio internet]. Disponible en:
www.auditoriamedicahoy.com.ar/.../Responsabilidad%20Civil%20d
Consulta: Julio 2018.
13. Olivera E. Auditoría de Enfermería de Salud Pública de la Atención de Calidad. Revista Multidisciplinaria Científica Centro del Conocimiento 2017; vol. 04(02): pp. 96-113.
14. Cortez Ríos W. Percepción de la población de la ciudad de El Alto sobre la Negligencia Médica. La Paz, 2012. Trabajo de grado (Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica). Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina.
15. Gaceta oficial de estado plurinacional. Constitución Política del Estado 2009. [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/index.php/normas/lista/9>.
Consulta: 15 /07 / 2018.
16. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional Ley N° 1178 de Administración y Control Gubernamentales – SAFCO, del 20 de julio de 1990.
[Sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/index.php/normas/listadonordes/page:3/ayuda:La%20b%C3%BAsqueda%20se%20realizar%C3%A1%20en%20el%20listado%20de%20leyes>. Consulta: 15/07/2018.
17. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional. Ley N° 2426 del Seguro Universal Materno Infantil. [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/index.php/normas/descargar/24431>. Consulta: 15/07/2018.

18. Gaceta plurinacional de Bolivia. Legislativa Plurinacional. Ley N° 031 de julio de 2010 Marco de autonomías y descentralización “Andrés Ibáñez”. La Paz: [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/index.php/normas/descargar/154647>. Consulta: 15 /07 / 2018.
19. Gaceta plurinacional de Bolivia. Ley N° 475 de prestaciones servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, 30 de diciembre de 2013. [Sitio en internet]. Disponible en:
<https://www.lexivox.org/norms/BO-L-N475.xhtml> Consulta: 15 / 07/ 2108.
Consulda: 15 /07 / 2018.
20. Gaceta plurinacional de Bolivia. Ley N°3131 08 de agosto de 2005. Ley del ejercicio profesional médico en Bolivia. [Sitio en internet]. Disponible en:
http://anterior.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/26067
Consulta: 15 /07 / 2018.
21. App Gaceta Bolivia. Decreto Supremo No 28562 de 8 de agosto de 2005. [Sitio en internet]. Disponible en:
https://nanopdf.com/download/decreto-supremo-n-28562-asociacion-boliviana-de-aseguradores_pdf. Consulta: 20 /08/2018.
22. App Gaceta Bolivia. Decreto Ley No 15629 del 18 de Julio de 1978. [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.derechoteca.com/gacetabolivia/decreto-ley-15629-del-18-julio-1978/>. Consulta 20 /08/2018.
23. Gaceta plurinacional de Bolivia. Ley N° 1702 del 17 de Julio de 1996, modifica y ampliatoria de la Ley de participación popular N° 1551 [Sitio en internet]. Disponible en:
http://anterior.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/26067
Consulta: 15 /07 / 2018.

24. Gaceta plurinacional de Bolivia. Ley N° 3091 del 15 de Febrero de 2017. [Sitio en internet]. Disponible en:
<https://bolivia.infoleyes.com/norma/6376/decreto-supremo-3091>
Consulta: 15 /07 / 2018.
25. Gaceta plurinacional de Bolivia. Decreto supremo 25265 Creación del seguro básico de salud y su reglamento – Resolución ministerial N° 187 [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/index.php/normas/descargar/90>
Consulta: 15 /07 / 2018.
26. Gaceta Oficial de Bolivia. Decreto supremo N° 2472. [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://gacetaoficialdebolivia.gob.bo/index.php/normas/lista/11/page:2472ayuda:La%20b%C3%BAsqueda%20se%20realizar%C3%A1%20en%20el%20LISTADO%20DE%20DECRETOS>. Consulta: 16 /07/2018.
27. Gaceta plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo 24237 8 de febrero de 1996 [Sitio en internet]. Disponible en:
<https://bolivia.infoleyes.com/norma/6376/decreto-supremo-24237>
Consulta: 15 /07 / 2018
28. Gaceta plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo N° 23489 del 29 de abril de 1993 Promueve creación de IBNORCA. [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.ibnorca.org/index.php/ibnorca>. Consulta: 15 /07 / 2018
29. Ministerio de Salud. Plan de desarrollo Sectorial por resolución ministerial 0908 del 09 septiembre del 2016. La Paz. Unidad Serv. Salud y Calidad – MS; 2018.
30. Ministerio de Salud Bases para la Organización y Funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONAC). [Sitio en internet]. Disponible en:
https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area_de_Calidad/56%20Pronacs. Consulta: 17/07/2018.

31. Ministerio de salud. Código de Ética y Deontología Médica. [Sitio en internet]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/Codigodeeticaydeontologiamedica.pdf>. Consulta: 15/07/2018.
32. Ministerio de Salud. Guía Básica de Conducta Sanitaria resolución Ministerial N°0090. La Paz. El Ministerio; 2008.
33. Ministerio de Salud. Manual de Auditoria y Norma Técnica, ley 3351 se expide por resolución ministerial 0090 de 26 de febrero del 2008. La Paz: Unidad Serv. Salud y Calidad – MS; 2008.
34. Ministerio de Salud. Norma técnica para el manejo adecuado del Expediente Clínico. [Sitio en internet]. Disponible en:
https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area_de_Calidad/64%20Norma%20expediente%20clinico.pdf. Consulta: 16 / 07 / 2018.
35. Ministerio de Economía y Finanzas. Ley 2028 [Sitio en internet]. Disponible en:
http://www.economiayfinanzas.gob.bo/index.php?opcion=com_contenido&ver=contenido&id=1638&id_item=265&seccion=230&categoria=327
Consulta: 02 / 07 / 2018.
36. Vera Carrasco O. Como prevenir presuntas demandas de mala praxis médica. Rev. Méd. La Paz 2016; vol. 22 N°2: 60-69.
37. El diario. Médicos y Víctimas de supuesta negligencia se enfrentaron en el paseo de El Prado. [Sitio en internet]. Disponible en:
http://www.eldiario.net/noticias/2016/2016_07/nt160721/sociedad.php?n=57&-medicos-y-familiares-de-pacientes-se-recriminan-en-movilizaciones.
Consulta: 26 / 07 / 21018.
38. Página Siete. Médico dice que no desahució a Chacón y su familia pidió el alta. [Sitio en internet]. Disponible en:
<https://www.paginasiete.bo/seguridad/2017/8/4/medico-dice-desahucio-chacon-familia-pidio-alta-147114.html> Consulta: 27 / 07 / 2018.

39. López-Mesa MJ. El Perito y la prueba pericial en asuntos de responsabilidad médica. En: Tratado de responsabilidad médica. Bogotá: Legis-Ubijus; 2007. p. 537-607.
40. Carvajal Oviedo H.E. Ponce Mujica V. Patiño Michel P. Campos Villegas W. Expediente clínico y otros documentos medico legales como evidencia en la praxis médica. Archivos Bolivianos de Medicina 2013 Vol. 20(88): 60-73.
41. Ibídem Cit N° 20, págs. Inext.
42. Ibídem Cit N° 39, págs. Inext
43. Cárdenas D. Urgencias Odontológicas. Medellín-Colombia: editor CIB; 2011.
44. Cerecedo C. Vicente B. Historia Clínica. Metodología Didáctica. México: Panamericana S.A; 2003.
45. Ibídem Cit N° 39, págs. Inext
46. Ibídem Cit N° 36, págs. Inext
47. Ibídem Cit N° 46, págs. Inext
48. Romero J. El laberinto burocrático de las denuncias sobre mala práctica médica. [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.lostiempos.com/especial-multimedia/20171016/laberinto-burocratico-denuncias-mala-practica-medica> Consulta: 06 / 07 / 2018.
49. Ibídem Cit N° 36, págs. Inext
50. Quispe M. E. Actividades relevantes Área: Auditoria Médica. [Sitio en internet]. Disponible en:
<https://drive.google.com/file/d/0B6mHj8GUnhvWQjZxUGNqbEljzA/view>
Consulta: 28 /07 / 2018
51. Ibídem Cit N° 44, págs. Inext.
52. Bravo López K. González Gurdían J. Bravo López O.R. El Expediente Clínico como prueba documental en el Peritaje Médico Legal en casos de presunta Responsabilidad Médica en Muertes Maternas. Instituto de Medicina Legal. 2005-2013. Nicaragua. 2014. Universidad Nacional

Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua recinto universitario “Rubén Darío” Facultad de Ciencias Médicas.

53. Cuenca Garcell K. Rodríguez Linares M.L. Soto Cortes A.D. Penton Rodríguez O. La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal. Revista Cubana de Medicina Militar 2014; Vol. 43 (4): pág. 534 – 540.
54. Ibidem Cit N° 51, págs. Inext
55. Renan Arias. Historia clínica: Documento Médico Legal. Rev Med Hond 2001; Vol. 69 (1): pag. 35-40.
56. Paredes Flores T. Proyecto de Ley y su Reglamentación para caso de Negligencia Médica, Implementando una Indemnización por daños causados en el Ejercicio de la Práctica Médica. La Paz. 2011. Trabajo de grado (Licenciatura en derecho). Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Derecho
57. Ibídem Cit N° 34, págs. Inext
58. Castro Coloma C.C. Imagen de la enfermera, que tiene el personal de enfermería. [Licenciatura] del Hospital Nacional 2 de mayo, año 2007.
59. Wikipedia. Enciclopedia [Sitio en internet]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia_en_espa%C3%B1ol Fecha de consulta: 06/07/2018.
60. OMS salud Comunitaria [Sitio en internet] Disponible en: <https://es.slideshare.net/salvadorromerogalicia/salud-comunitaria-34585877> Fecha de consulta: 06/07/2018.
61. Choque Sansuste M. Zapana Hoyos R. Auditoria especial de ingresos y egresos Instituto Nacional de Tórax (INT) por la gestión. La Paz 2008. Trabajo de grado (Licenciatura en Auditoria). Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Ciencias Económicas y financieras. [Tesis Doctoral]. La Paz - Bolivia; 2007.
62. Ibídem Cit N° 34, págs. Inext
63. Ibídem Cit N° 51, págs. Inext

64. Ibídem Cit N° 35, págs. Inext
65. Servicio Departamental de Salud [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.sedeslapaz.gob.bo/unidades/juridica>. Fecha de consulta:
06/07/2018.
66. Ministerio de Salud. [Sitio en internet]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gob.bo/institucional/mision-y-vision>. Consulta:
06/07/2018.
67. Instituto Nacional de Estadística. Aspectos Geográficos. [Sitio en internet].
Disponible en:
<https://www.ine.gob.bo/.../430-la-ciudad-de-la-paz-recibio-mas-de-medio-millon-de-v>. Consulta: 06/07/2018.
68. Ibídem Cit N° 51, págs. Inext
69. La Razón Digital. INE: La Paz llegó a los 2,8 millones de habitantes hasta el 2016. [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.la-razon.com/ciudades/INE-Paz-llego-millones-habitantes>
02528.
70. Ibídem Cit N° 69, págs. Inext
71. Gobierno Municipal Departamental La Paz. Servicio Departamental de Salud La Paz. Anuario Estadístico Hospitalario. [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.sedeslapaz.gob.bo/pdf/snis/AnuarioEstadistico2016.pdf>.
Consulta: 06/07/2018.
72. Lic. Sonia Céspedes, Lic. Magda Velasco, Reseña Histórica de Enfermería Desde La Fundación Del Instituto Nacional de Tórax. Pag. 3 – 21. Publicación 2010.
73. Instituto Nacional de Tórax. Memoria. Nov.2007.pg 3-6
74. Ibídem Cit N° 73, págs. Inext
75. Choque Sansuste M. Zapana Hoyos R. Auditoria Especial de Ingresos y Egresos Instituto Nacional de Tórax (INT) por la gestión. La Paz 2008. Trabajo de grado (Licenciatura en auditoria). Universidad Mayor de San

- Andrés. Facultad de Ciencias Económicas y financieras. [Tesis Doctoral]. La Paz - Bolivia; 2007.
76. Ibidem Cit N° 73, Pág. Inext.
77. Ministerio de Salud. Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia. [Sitio en internet]. Disponible en:
www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/redes/dgss_res_referenciaseguri.pdf. Consulta: 21/07/2018.
78. Huanca Mallea J. Implementar Proyecto de Mejora Continua Basada en las Inconformidades del Proceso de Formación Académica, de Médicos Residentes del Instituto Nacional de Tórax, Gestión 2014. La Paz, 2014. Trabajo de grado. Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina.
79. Organización panamericana de salud. Interculturalidad. [Sitio en internet]. Disponible en:
https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1278:interculturalidad&Itemid=329. Consulta: 21 /08 /2018.
80. Organización panamericana de salud. Género y salud. [Sitio en internet]. Disponible en:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1>
Consulta: 21 /08/2018.
81. Ministerio de la presidencia. Plan Estratégico Institucional 2016 – 2020. [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://comunicacion.presidencia.gob.bo/documentos/pdf/20161230-11-9-8.pdf>. Consulta: 21 / 08 /2018

ANEXOS

ANEXO N°1

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

N°	PROBLEMA	FRECUENCIA	IMPORTANCIA	POBLACION	PERCEPCION	SOLUCION	TOTAL
1	Denuncias de negligencia médica por insatisfacción de la comunidad. Deficiente llenado de la calidad en el llenado del expediente clínico que conlleva a veces a diagnóstico errado, seguimiento y control no adecuados del paciente. Desconocimiento del paciente	7	7	8	7	9	7,6
2	Insatisfacción del paciente. Gasto económico en su tratamiento y aparente curación de su enfermedad Ausentismo laboral Desempleo Discriminación social Barrera cultural idioma Pésima calidad de atención Paciente da información errónea, e incompleta.	6	6	6	7	7	6.4
3	Información incompleta sobre paciente y patología. Dudosa veracidad de información para llegar a un diagnóstico adecuado. Insatisfacción de los familiares Posibles problemas medico legales.	7	6	7	7	9	7.2
4	Deficiente cumplimiento en las políticas emitida por el Ministerio de Salud. Insatisfacción de los usuarios. Desacreditación de la institución No cumplimiento en las políticas emitida por el Ministerio de Salud. No cumplimiento de Normas de parte del personal de salud. Posible cambio de ministro por problemas de la comunidad.	6	6	7	7	8	6.8
5	Aumento de denuncias por negligencia médica, Desprestigio de la institución Comité de Auditoría Médica que no funcione al 100 % Ausencia de supervisión de expediente clínicos Disminución de la rentabilidad de la institución No cumplimiento de normas emitidos actuales Delegación de tarea a medico en formación Letra ilegible tachaduras, enmiendas, ausencia de sellos E. Clínico Estudiantes en formación ausencia de responsabilidad profesional Ausencia de responsabilidad laboral Empirismo Personal no capacitado Ausencia de experiencia Negligencia involuntaria	7	8	6	7	9	7.4

Fuente: MTI – INT 2018

ANEXO N°2

IDENTIFICACIÓN DE POBLACIÓN AFECTADA

GRUPO	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS MANDATOS	INTERESES EN UNA ESTRATEGIA	CONFLICTOS POTENCIALES
COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Sanciones promulgación de leyes y decretos por supuesta negligencia médica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Denuncias de negligencia médica por insatisfacción de la comunidad. - Deficiente llenado de la calidad en el llenado del expediente clínico el cual repercute en problemas legales 	<ul style="list-style-type: none"> - Constitución política del estado plurinacional de Bolivia. - Ley N° 031 de 19 de julio de 2010 marco de autonomías y descentralización "Andrés Ibáñez". - Ley del ejercicio profesional médico (ley N° 3131) - Guía básica de conducta médico - sanitaria - Plan sectorial de desarrollo. - Decreto supremo N° 25265 - Resolución N°0622 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de planes, estrategias contra denuncias sobre negligencia médica - Trato con calidad, calidez, equidad, eficiente al cliente externo. - Implementar medidas, para un expediente clínico de calidad, correcto diagnóstico, control y buen seguimiento del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Denuncias de Negligencia Médica, mala praxis - Conflictos legales - Expediente clínico de mala calidad susceptible de ser auditado.
POBLACIÓN REQUIERE SERVICIOS MÉDICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Resarcimiento económico. - Atención medica con calidad - Historia clínica confiable, diagnostico medico correcto, buen control y seguimiento de la patología que padezca. - Trato cordial, con empatía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insatisfacción del paciente. - Gasto económico en su tratamiento y aparente curación de su enfermedad - Ausentismo laboral - Desempleo - Discriminación social - Barrera cultural idioma - Pésima calidad de atención - Paciente da información errónea, e incompleta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con personal capacitado. - Constitución política del estado plurinacional de Bolivia. - Ley N° 031 de 19 de julio de 2010 marco de autonomías y descentralización "Andrés Ibáñez". - Ley del ejercicio profesional médico (ley N° 3131) - Guía básica de conducta médico - sanitaria - Plan sectorial de desarrollo. - Decreto supremo N° 25265 - Resolución N°0622 	<ul style="list-style-type: none"> - Socializar derechos de pacientes educando a los clientes externos. - Satisfacer sus necesidades de servicio médico que requiere. - Para evitar malos entendidos que deriven en denuncias de negligencia médica. - Que personal de salud trate a los clientes externos con empatía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demandas legales injustificadas - Malos entendidos que derivan denuncias de negligencia médica y o mala praxis. - Expediente clínico no confiable que derivan en errores médicos - Deficiente control y seguimiento de los pacientes por mala comunicación de expediente no confiable. - Mal trato al paciente sin empatía, discriminación. - Resarcimiento económico - Desacreditación de institución

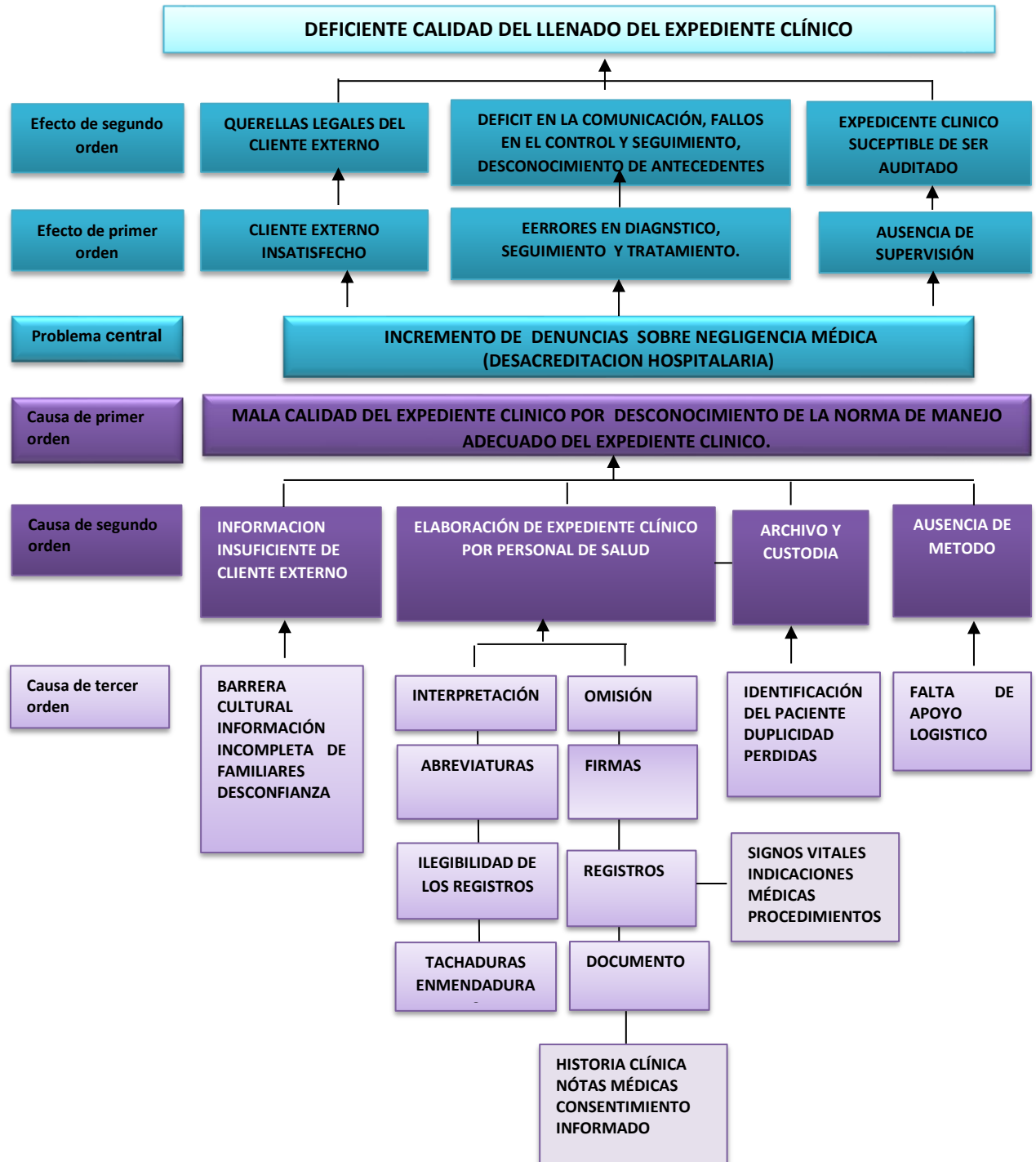
<p>FAMILIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trato digno con equidad. - Atención con calidad y calidez. - Empatía - Diagnóstico correcto y tratamiento correcto. - Ausencia de negligencia médica - No daño a su economía - No disgregación familiar - No perjuicio laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Información incompleta sobre paciente y patología. - Dudosa veracidad de información para llegar a un diagnóstico adecuado. - Insatisfacción de los familiares - Posibles problemas medico legales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta Con personal capacitado. - Constitución política del estado plurinacional de Bolivia. - Ley N° 031 de 19 de julio de 2010 marco de autonomías y descentralización "Andrés Ibáñez". - Ley del ejercicio profesional médico (ley N° 3131) - Guía básica de conducta médico - sanitaria - Plan sectorial de desarrollo. - Decreto supremo N° 25265 - Resolución N°0622 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar denuncias de negligencia médica y por tanto conflictos legales. - Calidad de expediente clínico, para un diagnóstico correcto y tratamiento y control adecuado de familiar afectado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Denuncias por prensa - Desacreditación de la institución - Gasto económico por resarcimiento de daños
<p>ENTES RECTOR DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de salud - SEDES La Paz - Gobierno municipal de la Paz 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituciones de salud con alta calidad de atención - Acreditación de instituciones prestadoras de servicio de salud - Trato digno con equidad al paciente - Disminución de denuncias por negligencia médica - Contar con personal médico calificado. - Reducir costo económico por disminución de denuncias o demandas legales por negligencia médica - Uso de recursos para la mejora de la misma institución que sea auto sostenible. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiente cumplimiento en las políticas emitida por el Ministerio de Salud. - Insatisfacción de los usuarios. - Desacreditación de la institución - No cumplimiento en las políticas emitida por el Ministerio de Salud. - No cumplimiento de Normas de parte del personal de salud. - Posible cambio de ministro por problemas de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Constitución política del estado plurinacional de Bolivia. - Cuenta Con personal capacitado. - Ley N° 031 - Decreto supremo N° 3091 - Ley N° 3131 - Manual de auditoria en salud y norma técnica - Norma técnica para el manejo del expediente clínico - Guía básica de conducta médico - sanitaria - Ley SAFCO - Plan sectorial de desarrollo. Proyecto nacional de calidad en salud. (PRONACS). - Ley N° 2028 de municipalidades - Decreto supremo N° 25265 - Resolución N°0622 - Ley N° 2426. - Decreto supremo N° 2472 - Decreto supremo 24237 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambiar de políticas de salud de acuerdo a la necesidad de la comunidad. - Satisfacer al cliente externo - Implementación de planes, estrategias contra denuncias sobre negligencia médica - Trato con calidad, calidez, equidad, eficiente al cliente externo. - Implementar medidas, para un expediente clínico de calidad, correcto diagnóstico, control y buen seguimiento del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gobierno incapaz, cambio de Ministro de salud. - Clausura de las instituciones prestadoras de salud, generalización a todos los entes servidores de salud. - Ausencia de acreditación. - No supervisión de parte del gobierno. - Expediente clínico no confiable que derivan en errores médicos - Deficiente control y seguimiento de los pacientes. - Mal trato al paciente sin empatía, discriminación. - Resarcimiento económico por demandas legales

<p>INSTITUTO NACIONAL TÓRAX (INT)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoridades Ejecutivas MAE - Comité de auditoría Médica - Jefatura de enseñanza e investigación - Médico de planta - Médico Residente - Médico Interno - Supervisión de personal de enfermería - Lic. en enfermería - Auxiliar Enfermería personal de laboratorio - Gabinete - Anatomía Patológica - Personal de Nutrición - Personal Manual - Personal de recaudación 	<ul style="list-style-type: none"> - Acreditación Hospitalaria. - Líder en atención en salud con calidad de atención - Prestigio de la Institución. - Contar con comité de Auditoría Médica. - Incrementar productividad económica. - Cero % de denuncias por negligencia médica. - Evitar resarcimiento económico - Desprestigio de la institución. - Cumplimiento y aplicación de Normas actuales - Personal de planta competente. - Formar personal médico especialista, internos competentes - Acreditación de la residencia medica - Personal de enfermería capacitado - Trabajo en equipo - Buena comunicación entre profesionales de salud - Mantener su fuente laboral - Buen desempeño laboral - Apoyo de la MAE - Cursos de capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de denuncias por negligencia médica, Desprestigio de la institución - Comité de Auditoria Medica que no funcione al 100 % - Ausencia de supervisión de expediente clínicos - Disminución de la rentabilidad de la institución - No cumplimiento de normas emitidos actuales - Delegación de tarea a médico en formación - Letra ilegible tachaduras, enmiendas, ausencia de sellos del expediente clínico - Estudiantes en formación ausencia de responsabilidad profesional - Ausencia de responsabilidad laboral - Empirismo - Personal no capacitado - Ausencia de experiencia - Negligencia involuntaria - Omisión de cumplimiento de indicaciones medicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta Con personal capacitado. - Constitución política del estado plurinacional de Bolivia. - Ley N° 031 de 19 de julio de 2010 - Decreto supremo N° 3091, de 15 de febrero de 2017 - Ley N° 3131 - Manual de auditoria en salud y norma técnica - Norma técnica para el manejo del expediente clínico - Guía básica de conducta médico - sanitaria - Ley SAFCO - Plan sectorial de desarrollo - Proyecto nacional de calidad en salud. (PRONACS). - Ley N° 2028 de municipalidades - Decreto supremo N° 25265 - creación del seguro básico de salud y su reglamento - resolución ministerial N° 187 - Resolución N°0622 de 25 de julio de 2008 por el ministerio de salud aprueba el código de ética y deontología médica. - Ley N° 2426. - Decreto supremo N° 2472 - Decreto supremo 24237 de fecha 8 de febrero de 1996. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar desacreditación por denuncias de negligencia médica - Ahorro de dinero evitando demandas legales. - Garantice la calidad de atención al paciente. - Implementación de planes, estrategias para evitar el riesgo - Desacreditación por denuncias de supuesta negligencia médica. - Trato adecuado a los pacientes. - Personal de salud satisfecho, para una mejor calidad de atención en servicios médicos - Personal de salud satisfecho con su trabajo - Mejor trato al paciente y familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - Autoridad que resten interés a planes aparentemente significativos - Desinterés por mejorar la calidad de atención que se brinda al asegurado. - Desinterés por participar del plan. - Desacreditación de la institución - Disminución de los pacientes que asisten a la institución. - Gasto económico por honorarios de Abogados - Expediente clínico con mala calidad susceptible de ser auditado. - Auditorias des servicio - Auditorías externas - Riesgo de su cargo
--	---	---	--	---	---

Fuente: MTI - INT 2018.

NEXO N°3

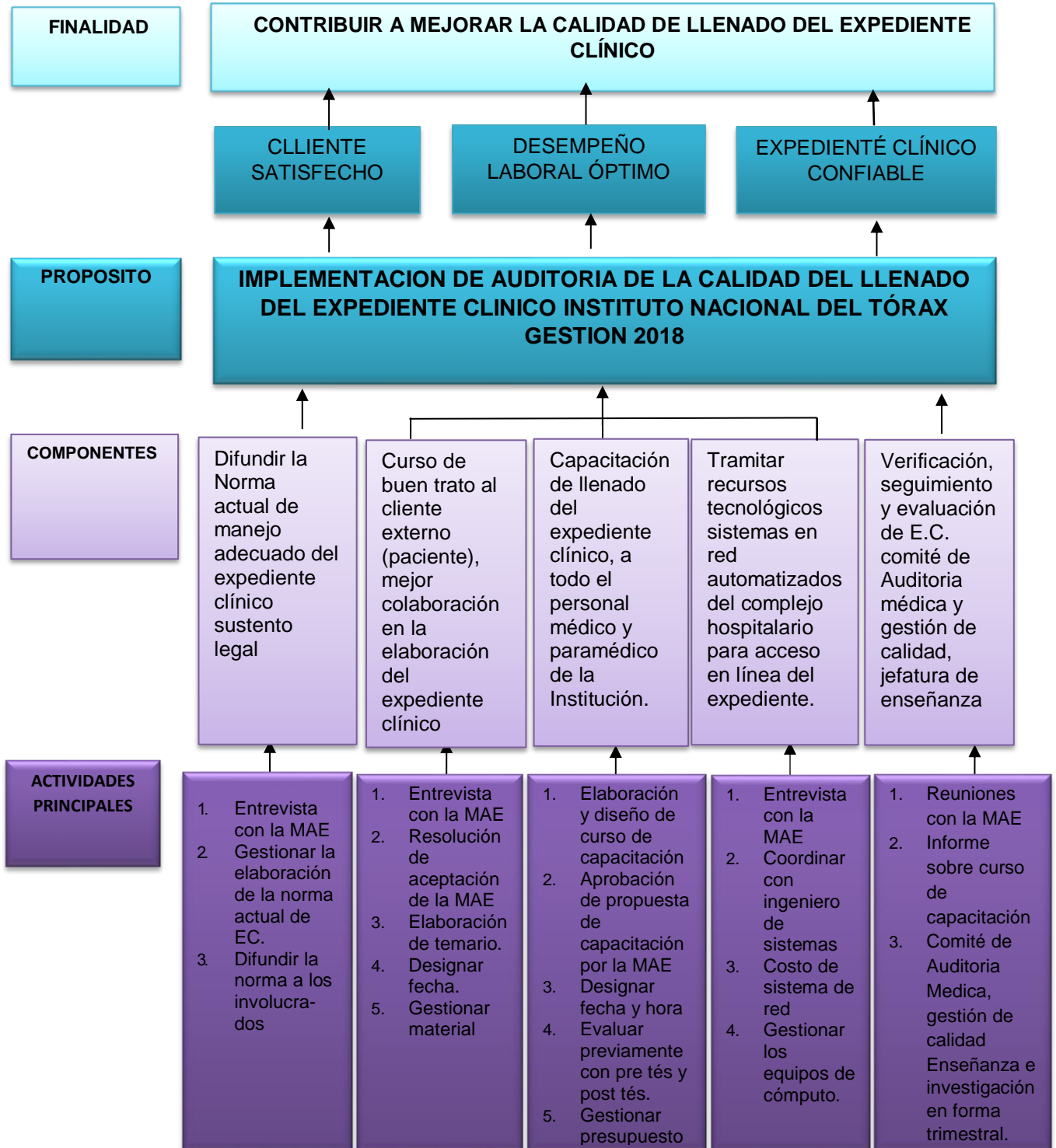
**ARBOL DE PROBLEMAS
IMPLEMENTACION DE AUDITORIA DE CALIDAD DE LLENADO
DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX GESTION 2018**



Fuente: MTI - INT 2018.

ANEXO N°4

**ARBOL DE OBJETIVOS
IMPLEMENTACION DE AUDITORIA DE CALIDAD DE LLENADO DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO
INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX GESTION 2018**



Fuente: MTI - INT 2018.

ANEXO N°5

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

	OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTO
F I N	Contribuir a mejorar la calidad de llenado del expediente clínico de pacientes internados en el Hospital del Tórax, para satisfacer al cliente externo e interno y disminuir las denuncias de supuesta negligencia médica, mediante el cumplimiento de la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico, emitido por el Ministerio de Salud el año 2008.	<p>EXPEDIENTES CLINICOS LLENADOS CORRECTAMENTE</p> $S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de E. Clínicos llenados correctamente}}{\text{N}^\circ \text{ total de E. Clínicos}} \times 100$ <p>DENUNCIAS, QUEJAS, RECLAMOS</p> $S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de denuncias / quejas / reclamos}}{\text{N}^\circ \text{ total denuncias, quejas, reclamos}} \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> • Auditorias de expediente clínico • Informe de auditorías medicas de llenado de expediente clínico • Actas de seguimiento de RRHH verificado • Procesos por supuesta negligencia médica. • Registro de acciones correctivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de las políticas de salud en actual vigencia. • Políticas institucionales • Cambio de la Máxima Autoridad Ejecutiva del establecimiento • Que no exista compromiso de la MAE para la aplicación de la nueva forma de gestión propuesta • Deficiente compromiso de los responsables del desempeño de la mejora, que son Comité de Auditoria Medica, docencia e investigación.
P R O P O S I T O	Implementación de auditoria de calidad del llenado del expediente clínico de pacientes internados en el Instituto Nacional del Tórax gestión 2018.	<p>MEDICOS DE PLANTA SATISFECHOS</p> $S = \frac{\text{N}^\circ \text{ médicos satisfechos sobre manejo E. Clínico, mes}}{\text{N}^\circ \text{ total de médicos recibieron capacitación, mes}} \times 100$ <p>CUMPLIMIENTO DE REVISIONES DE EXPEDIENTE CLÍNICO</p> $S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de E.C. rechazados de supervisión en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ Total de e E.C. entregados en el mismo periodo}} \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> • Se establece un proceso de supervisión • Actas de capacitación • Lista de asistencia curso de capacitación • Registros de Acciones correctivas • Informes mensuales de los residentes e internos, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, personal de laboratorio y / o gabinete, Lic. En fisioterapia en 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente compromiso para controlar al personal médico y paramédico y resto del personal involucrado • Sobrecarga de trabajo de responsables. • Actitud del personal ante el cambio • Recorte de POA por deficiente ejecución oportuna de acuerdo a las asignaciones de monto planificadas en el POA. • Que el conocer la situación actual del proyecto en el

		<p>ACCESO LIBRE A EXPEDIENTE CLINICO</p> $S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de acceso libre a Expediente clínico}}{\text{N}^\circ \text{ total de Expediente clínico del INT}} \times 100$ <p>EXPEDIENTES CLINICOS LLENADOS CORRECTAMENTE</p> $S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de E. Clínicos llenados correctamente}}{\text{N}^\circ \text{ total de E. Clínicos}} \times 100$	<p>correcto llenado de expedientes clínicos.</p>	<p>establecimiento no sea una prioridad para el personal operativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> La deficiente cultura de calidad incrementara conflictos en el desempeño laboral con su entorno de trabajo NO aceptan y NO promueven la propuesta de intervención
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">C O M P O N E N T E</p>	<p>ETAPA I DIFUSION DE NORMA</p> <p>Difundir la Norma actual de manejo adecuado del expediente clínico sustento legal</p>	<p>PERSONAL CON CONOCIMIENTO DE LA NORMA DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO</p> $S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de personal conocimiento norma del E.C.}}{\text{N}^\circ \text{ Total personal conocimiento norma del EC}} \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> Se establece un proceso de supervisión, control y revisión de expedientes clínicos. Elaboración de planilla para valorar el cumplimiento de los puntos exigidos en la norma del manejo del expediente clínico. Asignar una calificación a los expedientes clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Políticas institucionales. Cumplimiento de mandos medios. Actitud del personal ante el cambio
	<p>ETAPA II CURSO DE CAPACITACIÓN BUEN TRATO AL CLIENTE.</p> <p>Curso de buen trato al cliente externo (paciente), mejor colaboración en la elaboración del expediente clínico</p>	<p>PERSONAL CON CONOCIMIENTOS EN EL BUEN TRATO EL CLIENTE:</p> $S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de personal conocimiento buen trato al cliente}}{\text{N}^\circ \text{ Total personal conocimiento en el buen trato al cliente}} \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas personalizadas sobre el conocimiento el trato que requiere todo paciente internado. Lista de personal con conocimientos en el trato al cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> Desinterés por parte de personal médico y paramédico ante el cambio NO aceptan y NO promueven la propuesta de intervención Desconocimiento de la Normativa actual sobre el manejo adecuado del expediente clínico, emitido por el Ministerio de Salud.

	<p>ETAPA III CURSO DE CAPACITACION PARA LA MEROJORA CONTINUA LLENADO DE EXPEDIENTE CLINICO.</p> <p>Capacitación de llenado del expediente clínico, a todo el personal médico y paramédico de la Institución.</p>	<p>PERSONAL CAPACITADO EN EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO</p> $S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de personal capacitado en el manejo del E.C.}}{\text{N}^\circ \text{ Personal, capacitados en el manejo del EC}} \times 100$ <p>HORAR DEDICADAS AL LLENADO DE HISTORIA CLINICA</p> $S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Horas médicas dedicadas al llenado del E. C.}}{\text{N}^\circ \text{ Total de horas disponibles para el llenado del E. C.}} \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas personalizadas sobre el conocimiento de la Norma al personal de salud médico y paramédico. Elaboración de planilla para valorar el cumplimiento de los puntos exigidos en la norma del manejo del expediente clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> Los cambios de personal médico y paramédico, afectan de manera evidente en los métodos de trabajo, porque el personal nuevamente se ve obligado a adaptarse, adecuar sus habilidades y experiencias en los nuevos requisitos. Sobrecarga laboral
	<p>ETAPA IV TRAMITAR RECURSOS TECNOLOGICOS</p> <p>Gestionar recursos tecnológicos sistemas en red automatizados del complejo hospitalario para acceso en línea del expediente.</p>	<p>ACCESO LIBRE A EQUIPOS DE INFORMATICA</p> $S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de equipos de computación x residente e interno.}}{\text{N}^\circ \text{ total de residentes e internos del INT año}} \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> Plan de gestión para equipos de computación Aprobación por la MAE Actas de recepción de equipos 	<ul style="list-style-type: none"> MAE no autorice la gestión de equipos de cómputo. Desinterés por la MAE
	<p>ETAPA V VERIFICACIÓN SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.</p> <p>Verificación, seguimiento y evaluación de E.C. comité de Auditoría médica y gestión de calidad, jefatura de enseñanza</p>	<p>COMITES CONFORMADOS Y EN FUNCIONAMIENTO</p> $S = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de comités conformados y en funcionamiento}}{\text{N}^\circ \text{ Total comités conformados y en funcionamiento.}} \times 100$ <p>CUMPLIMIENTO DE REVISIONES DE EXPEDIENTE CLÍNICO</p> $S = \frac{\text{N}^\circ \text{ de E.C. rechazados por entidad de supervisión en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ total E.C. entregados en el mismo periodo}} \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> Informes trimestrales a la MAE Informes de expedientes clínicos no revisados Informe de expedientes clínicos revisados 	<ul style="list-style-type: none"> Funcionamiento inadecuado de los comités relacionados con el adecuado manejo del expediente clínico.

A C T I V I D A D E S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista con la MAE 2. Gestionar la facilitación de la norma actual de EC. 3. Difundir la norma a los involucrado 		<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación por la MAE de elaboración de proyecto. • Carta de aceptación por el Instituto nacional del tórax. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expedientes clínicos, con deficiente calidad.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista con la MAE 2. Resolución de aceptación de la MAE 3. Elaboración de temario. 4. Designar fecha y hora de curso 5. Elaboración informe de curso de capacitación 		<ul style="list-style-type: none"> • Lista de personal entrevistado • Acta de aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección del Instituto Nacional del Tórax, comité de Auditoría Médica, Jefatura de enseñanza e investigación no colaboran
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración y diseño de curso de capacitación 2. Aprobación de propuesta de capacitación por la MAE 3. Designar fecha y hora de curso 4. Evaluar previamente con pre tés y post tés. 5. Elaborar informe de curso de capacitación 		<ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia • Lista de certificación otorgada 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección del Instituto Nacional del Tórax, comité de Auditoría Médica, Jefatura de enseñanza e investigación no colaboran • la realización y participación en el taller de capacitación. • Personal antiguo desinteresado en admitir cambios. • Personal no comprometido con la institución.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista con la MAE 2. Coordinar con ingeniero de sistemas y costo de sistema de red 3. Gestionar los equipos de computadoras, o mejor un sistema automatizado en red. 4. Informe de desempeño de personal de llenado de expediente clínico por el sistema informático. 		<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de Propuesta de plan compra de computadoras • Actas de reuniones MAE • Informe de Auditorias del expediente clínico 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta Dirección, comité de Auditoría médica, Jefatura de Enseñanza e investigación no colaboran con la propuesta de intervención. • No compromiso con el comité de auditoría médica y gestión de calidad y jefatura de enseñanza.

Fuente: MTI - INT 2018.

ANEXO N°6

FINANCIAMIENTO

Recursos	Costo	Cantidad	Costo	Programación		
	Unitario		Total	trimestral		
				1	2	3
Medico Auditor	6000	1	6000	x	x	x
Asistente de médico Auditor	3000	1	3000	x	x	x
Material de escritorio	1000	1	1000	x	x	x
Cuadernos de registro	20	12	240	x	x	x
Equipo de computación	7000	1	7000	x	x	x
Internet	450	1	450	x	x	x
Tinta de impresora	350	1	350	x	x	x
Equipo proyector de diapositivas	7000	1	7000	x	x	x
Fotocopia de la norma manejo de expediente	10	300	3000	x	x	x
Refrigerio	5	300	1500	x	x	x
transporte	3	10	30	x	x	x
Fotocopia de pre tés y post tés	0.2	600	120	x	x	
Bolígrafos	1	300	300	x	x	x
Papel bond	50	6	300	x	x	x
Folder	1	300	300	x	x	x
Certificados de curso	10	300	3000	x	x	x
Total			33590			

Fuente: MTI - INT 2018.

ANEXO N°7

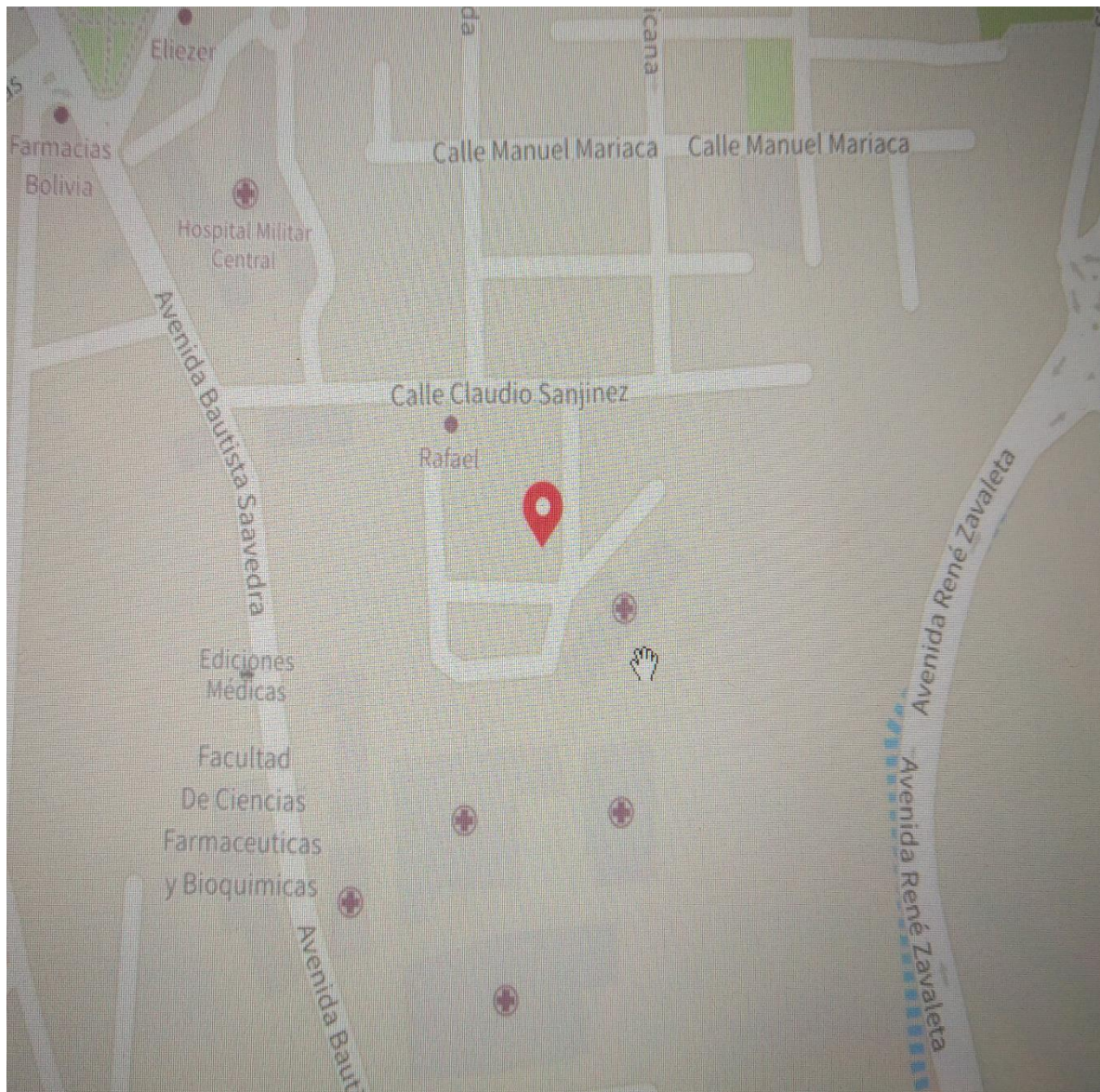
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MAYO			JUNIO			JULIO		
Entrevista con la MAE	■								
Gestionar facilitación de la Norma	■								
Difundir la Norma del Manejo adecuado del expediente clínico al personal de salud.		■							
Entrevista con la MAE		■							
Resolución de aceptación de la MAE		■							
Elaboración Del temario			■						
Designar fecha y hora curso			■						
Elaboración de informe de curso de capacitación			■						
Elaboración y diseño de curso de capacitación			■						
Aprobación de propuesta de capacitación por la MAE				■					
Designar fecha y hora				■					
Evaluar previamente con pre tés y post tés.					■				
Elaboración de informe de curso de capacitación					■				
Entrevista con la MAE						■			
Coordinar con ingeniero de sistemas y costo de sistema de red						■			
Gestionar los equipos de computadoras, o mejor un sistema automatizado en red.						■			
Informe de desempeño de personal de llenado de E.C. por el sistema informático.						■			
Reuniones con la MAE							■		
Informe sobre curso de capacitación								■	
Auditoria Medica									■
Elaboración de informe a la MAE									■

Fuente: MTI - INT 2018.

ANEXO N°8

MAPA DE UBICACIÓN DEL PROYECTO INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.



Fuente: <https://www.facebook.com/Instituto-Nacional-de-Torax-428891773861539/>

ANEXO N°9

AUDITORIA MEDICA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Fecha.....Nombre.....

Institución..... Servicio.....

N° de expediente clínico

N° Ítem	Verificación	Si	No	No aplica	No se registra	Observación
1	El EC está completo					
2	El EC está ordenado de acuerdo a norma					
3	El EC está debidamente paginado					
4	El EC Cuenta con datos generales: N° de expediente clínico Fecha de ingreso Hora Nombre Ocupación Edad Fecha y lugar de nacimiento Sexo Raza Procedencia Domicilio Teléfono Datos de padres o familiares Servicio N° de cama					
5	En el EC se identifica con precisión al principal médico tratante					
6	Notas de evolución están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora, son claras y legibles, llevan nombre firma y sello.					
7	Todas las notas de prescripción están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora, son claras y legibles, llevan firma y sello de quien las elaboro					
8	Todas las notas de reporte de enfermería están completa y concordantes con orden cronológico que consigna fecha y hora, son claras y legibles, llevan nombre firma y sello.					
9	Notas de enfermería, cumplen con indicaciones médicas están cronológicamente con fecha y hora, letra clara y legible, llevan firma y sello, el tratamiento tiene coherencia con el diagnostico					

10	Kardex de enfermería, hoja de líquidos y eliminados son claras y legibles.					
11	Todas las indicaciones o prescripciones están de acuerdo a norma					
12	Todas las notas de interconsulta e informes consignan fecha y hora llevan firma y sello, claras y legibles					
13	El EC cuenta con Nota pre anestésica, procedimiento anestésico, nota post anestésica, nota de recuperación.					
14	Todos los exámenes preoperatorios solicitados fueron cumplidos Todas las preparaciones preoperatorias fueron cumplidas					
15	La cirugía se llevó acabo el día programado, tiene protocolo quirúrgico, lleva nombre firma y sellos, funciones quienes participaron, hallazgos quirúrgicos tuvo relación con el diagnostico preoperatorio.					
16	PO está firmado por cirujano Se cumplieron las indicaciones postquirúrgicas					
17	El EC contiene consentimiento informado para todos los procedimientos y cirugías realizada					
18	Informes de exámenes de: Laboratorio Gabinete Anatomía Patológica Son claras y legibles llevan Nombre, firma y sello de quien las elaboro Son coherentes con el diagnostico					
19	El diagnostico de ingreso es coherente con el cuadro clínico (anamnesis y examen físico)					
20	Nota de alta y epicrisis están firmadas por médico tratante					
21	El EC tiene nota de referencia según norma					
22	El expediente clínico contra referencia según norma					

Fuente: MTI – INT 2018.

ANEXO N°10

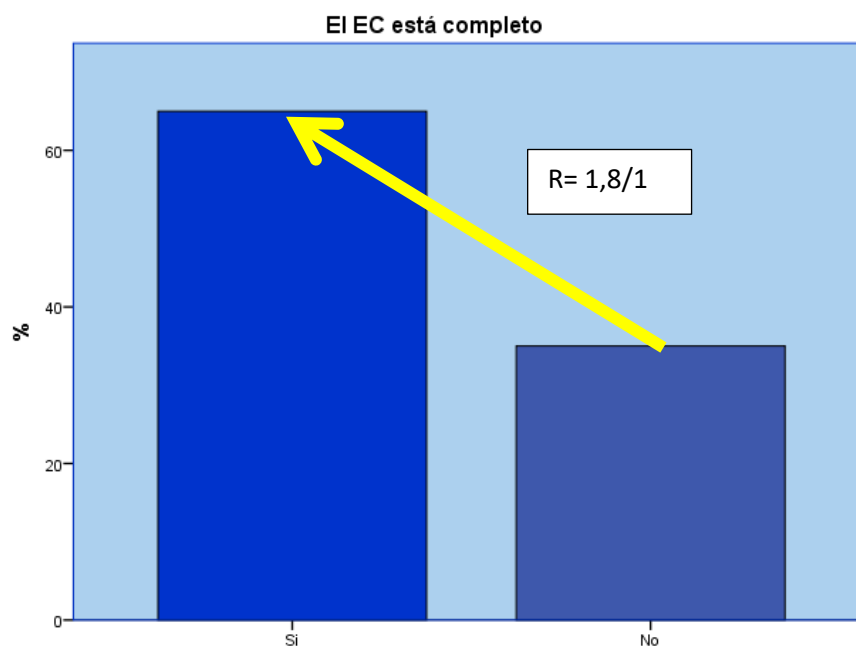
RESULTADOS IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA (PROYECTO PILOTO)

Cuadro N°1

El Expediente Clínico está completo		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	65
No	7	35
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico N°1



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Del 100 por ciento de los expedientes clínicos, un 35% de los expedientes están incompletos.

Con una relación de 1,8 a 1, o sea de cada 1,8 solo uno no cumple con la norma del manejo adecuado del expediente clínico.

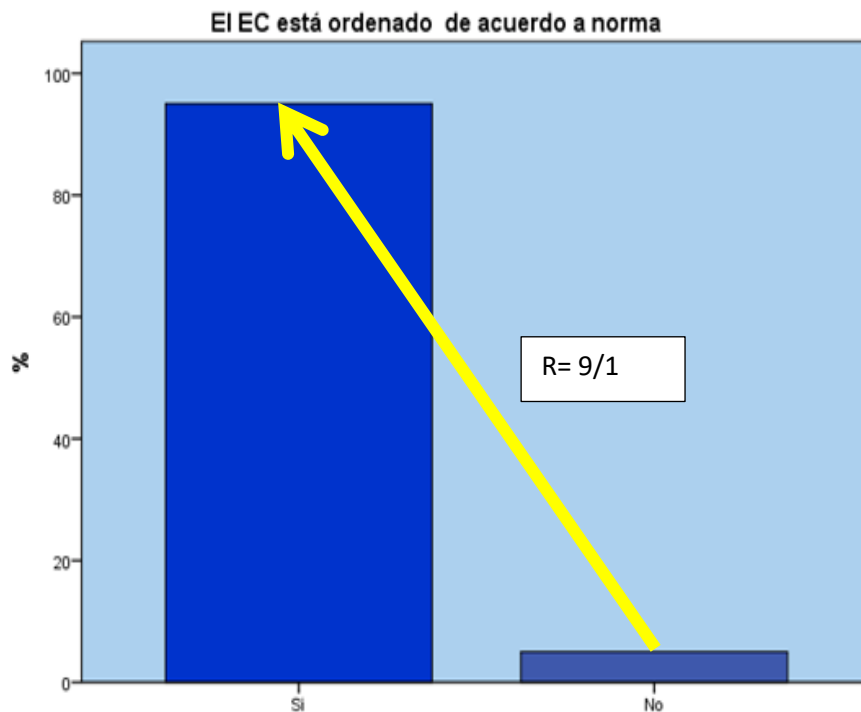
Cuadro N°2

El expediente clínico esta ordenado de acuerdo a norma

	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	95
No	1	5
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico N°2



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

El Expediente clínico en un 95% si esta ordenado de acuerdo a la norma de manejo adecuado del expediente clínico.

Con una relación de 9 si cumplen la norma y uno de cada 10 no la cumple.

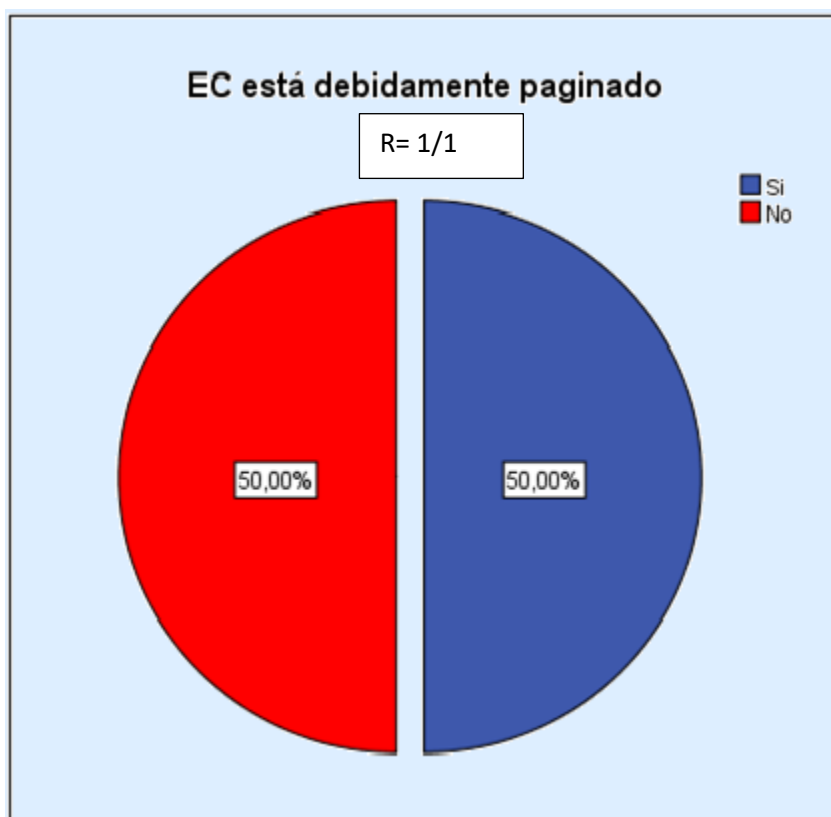
Cuadro N°3

El expediente clínico está debidamente paginado.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	50
No	10	50
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico N°3



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Un 50% de todos los expedientes clínicos no está debidamente paginado. Existe una relación de uno a uno o sea uno si y uno no.

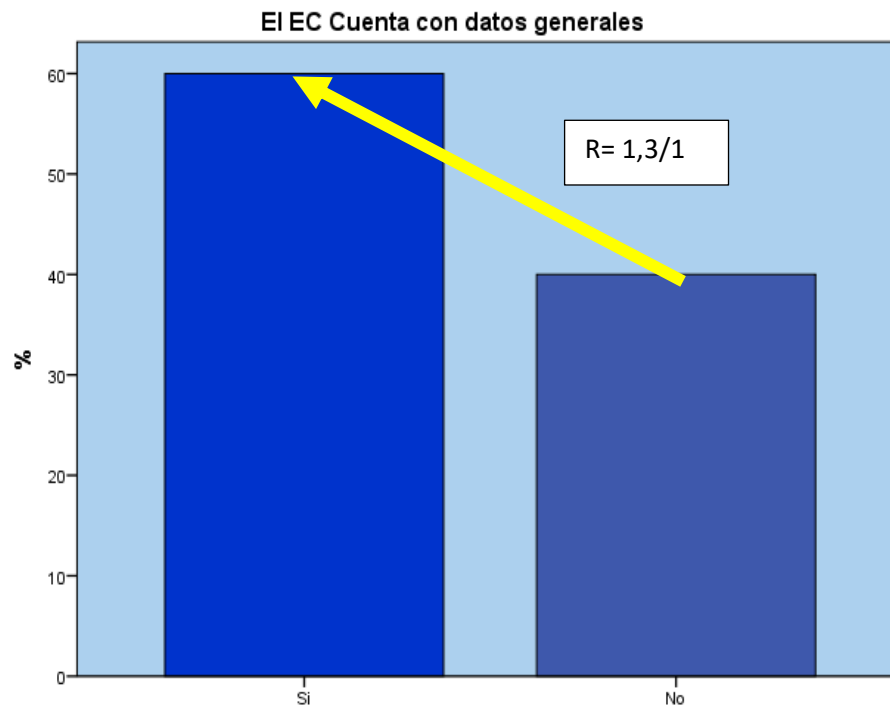
Cuadro N° 4

El Expediente clínico cuenta con datos generales

	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	60
No	8	40
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico N°5



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

De un 100 %, de los expedientes clínicos, un 40 % no cuenta con todos los datos generales que deberían de llenar según la norma actual de manejo adecuado del expediente clínico.

Con una relación de si se cumple 1.3 y 1 no se cumple de 10 expedientes clínicos.

Cuadro Nº 5

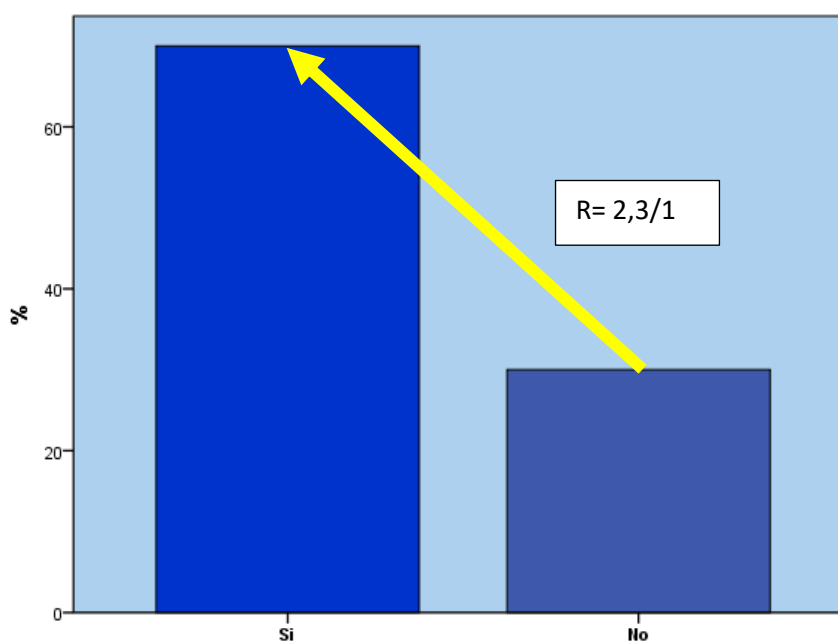
En el EC se identifica con precisión al principal médico tratante

	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	75
No	5	25
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico Nº 5

En el EC se identifica con precisión al principal médico tratante



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

En un 75 % de los Expedientes clínicos se identifica con precisión al principal médico tratante.

De 10 expedientes clínicos se considera 1 no aplica de 2,3.

Cuadro N°6

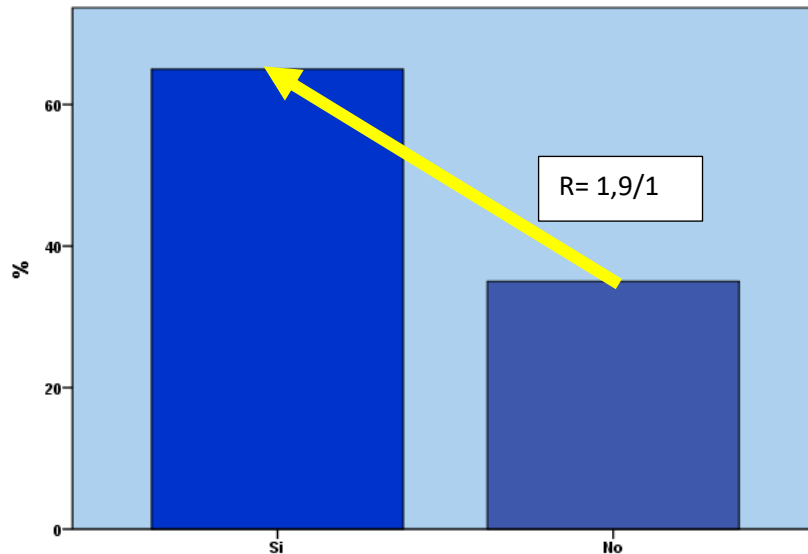
Notas de evolución están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora, son claras y legibles, llevan nombre firma y sello

	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	60
No	8	40
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico N°6

Notas de evolución están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora, son claras y legibles, llevan nombre firma y sello



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Un 40 % de todos los expedientes clínicos las notas de evolución están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora, no son claras y legibles, no llevan nombre firma y sello.

En este caso si aplican 1,9 y 1 no aplica de 10 expedientes clínicos.

Cuadro Nº 7

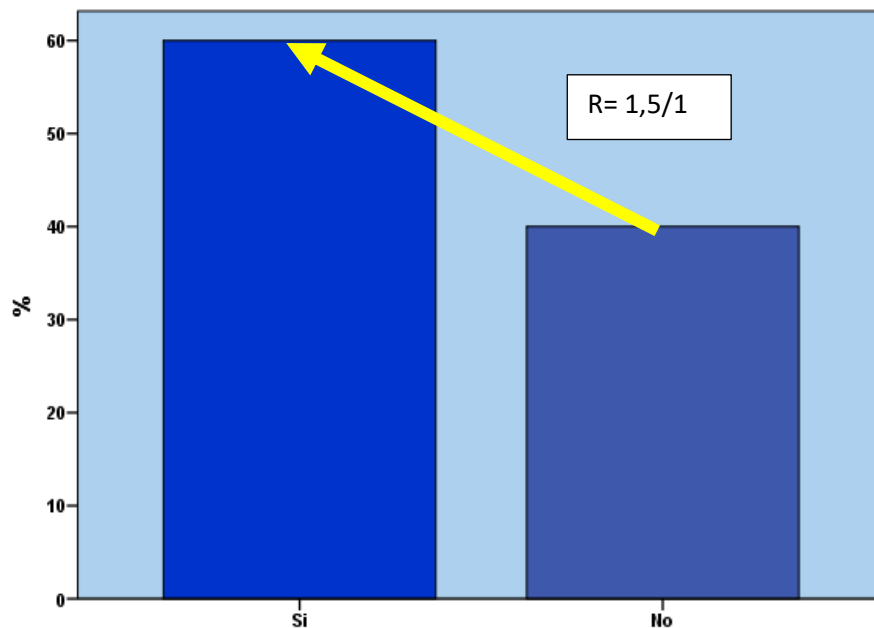
Todas las notas de prescripción están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora, son claras y legibles, llevan firma y sello de quien las elaboro

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	55
No	9	45
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico Nº 7

Todas las notas de prescripción están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora, son claras y legibles, llevan firma y sello de quien las elaboro



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Todas las notas de reporte de enfermería están completa y concordantes con orden cronológico que consigna fecha y hora, son claras y legibles, llevan nombre firma y sello en 55 % si cumple, un 45% no cumple.

Se aplica en 1,5 y 1 no aplica de 10 expedientes clínicos.

Cuadro N°8

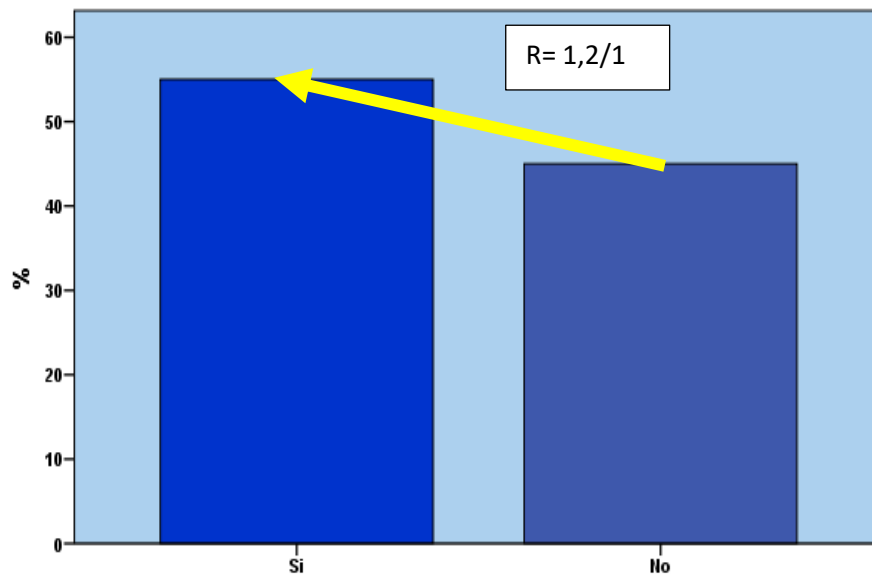
Todas las notas de reporte de enfermería están completa y concordantes con orden cronológico que consigna fecha y hora, son claras y legibles, llevan nombre firma y sello

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	55
No	9	45
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico N°8

Todas las notas de reporte de enfermería están completa y concordantes con orden cronológico que consigna fecha y hora, son claras y legibles, llevan nombre firma y sello



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

De un 100% de las notas de enfermería solo un 55% están completas con orden cronológico que consigna fecha y hora, son claras y legibles, y llevan firma y sello. De 10 expedientes clínicos 1,2 aplica y uno no aplica.

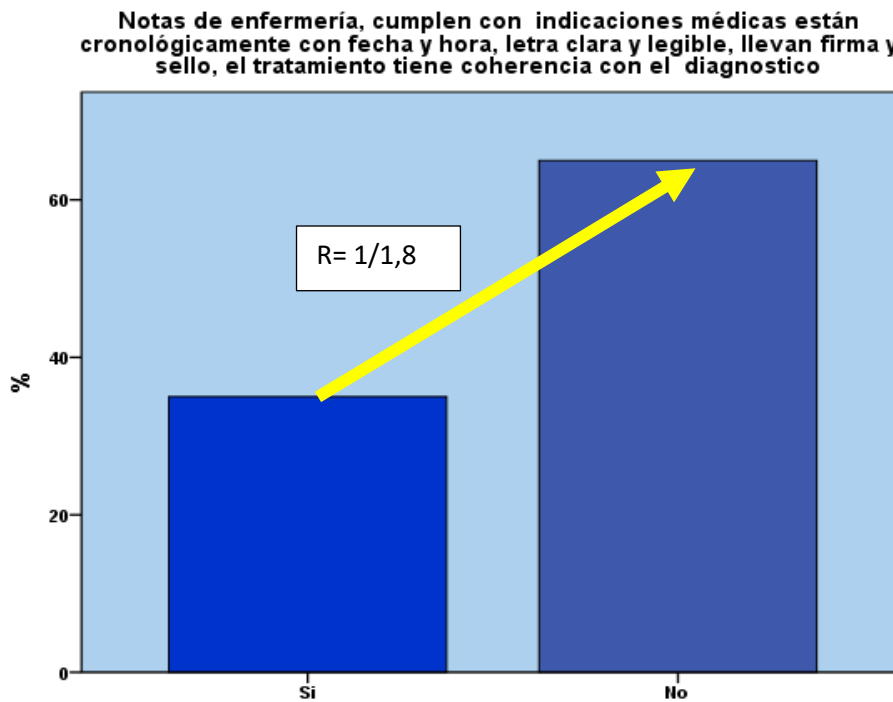
Cuadro N°9

Notas de enfermería, cumplen con indicaciones médicas están cronológicamente con fecha y hora, letra clara y legible, llevan firma y sello, el tratamiento tiene coherencia con el diagnostico

	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	40
No	12	60
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico N°9



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Notas de enfermería, no cumplen con indicaciones médicas están cronológicamente con fecha y hora, letra clara y legible, llevan firma y sello, el tratamiento tiene coherencia con el diagnostico no cumple en un 60 %.

De 10 expedientes clínicos, 1 si cumple y 1,8 no cumple la norma.

Cuadro Nº 10

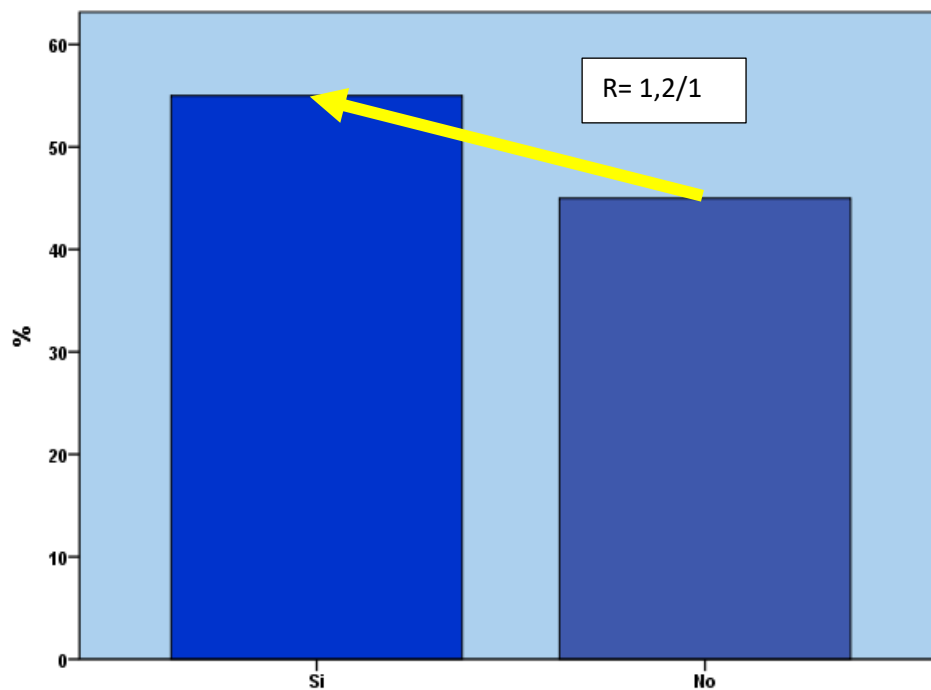
Kardex de enfermería, hoja de líquidos y eliminados son claras y legibles

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	55
No	9	45
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico Nº 10

Kardex de enfermería, hoja de líquidos y eliminados son claras y legibles



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Del 100% de los registros de Kardex solo el 55 % son claras y legibles.

De 10 expedientes clínicos 1,2 si cumple la norma y 1 no aplica, se tomó en cuenta todo tipo de error, ya sea uso de radex, letra ilegible, sobre rayado.

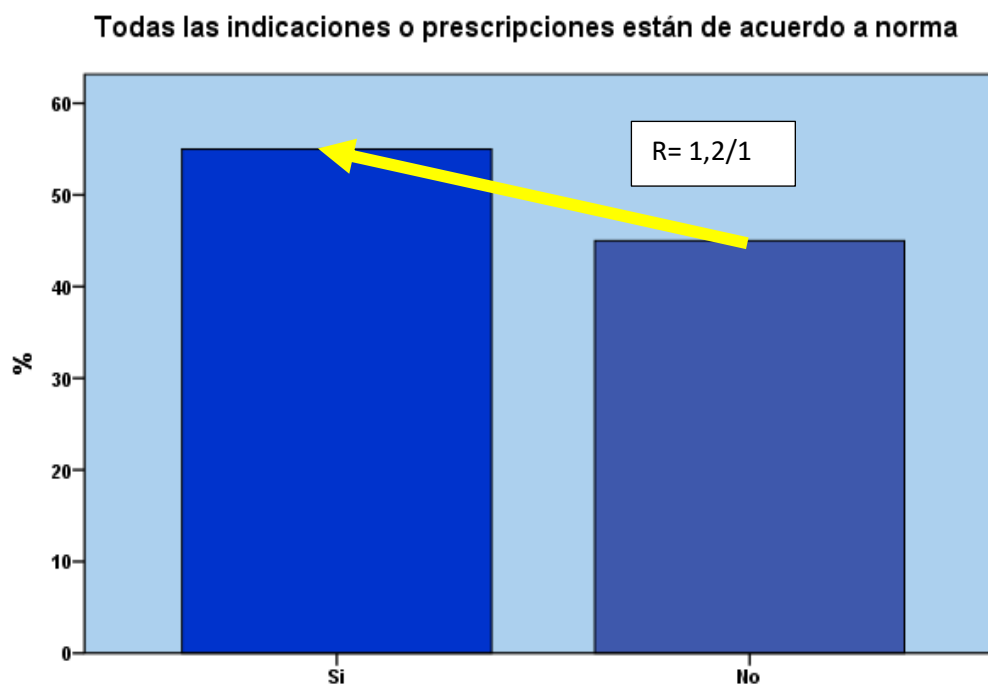
Cuadro N°11

Todas las indicaciones o prescripciones están de acuerdo a norma

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	55
No	9	45
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico N°11



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

De todas las indicaciones o prescripciones estaban de acuerdo a norma en un 55 % y un 45 no está de acuerdo a norma.

De 10 expedientes clínicos 1,2 si se aplica y 1 no aplica.

Cuadro N°12

Todas las notas de interconsulta e informes consignan fecha y hora llevan firma y sello, claras y legibles

	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	50
No	2	45
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico N° 12



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Todas las notas de interconsulta e informes consignan fecha y hora llevan firma y sello, claras y legibles no se cumple en un 45%.

Cuadro N°13

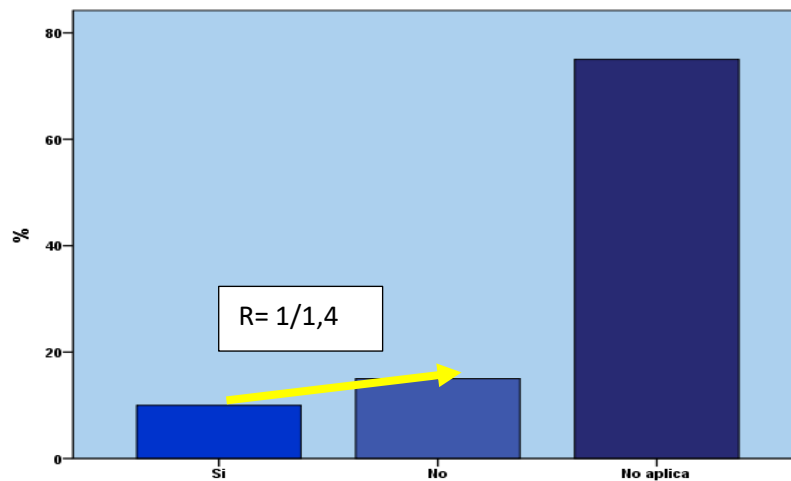
El EC cuenta con nota pre anestésica, procedimiento anestésico, nota post anestésica, nota de recuperación

	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	10
No	3	15
No aplica	15	75
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Grafico N°13

El EC cuenta con Nota pre anestésica, procedimiento anestésico, nota post anestésica, nota de recuperación



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

El expediente clínico cuenta con nota pre anestésico, procedimiento anestésico, nota post anestésica, nota de recuperación en un 10 % se cumple, un 75 % no aplica, ya que de los 20 expedientes clínico revisados solo tres expedientes clínicos fueron de pacientes quirúrgicos. Existe una relación de si se cumple con nota pre anestésica con todos los datos, sin embargo, 1,4 presenta fallas como fotocopia ilegible, letra ilegible, que se califica como no.

Cuadro N°14

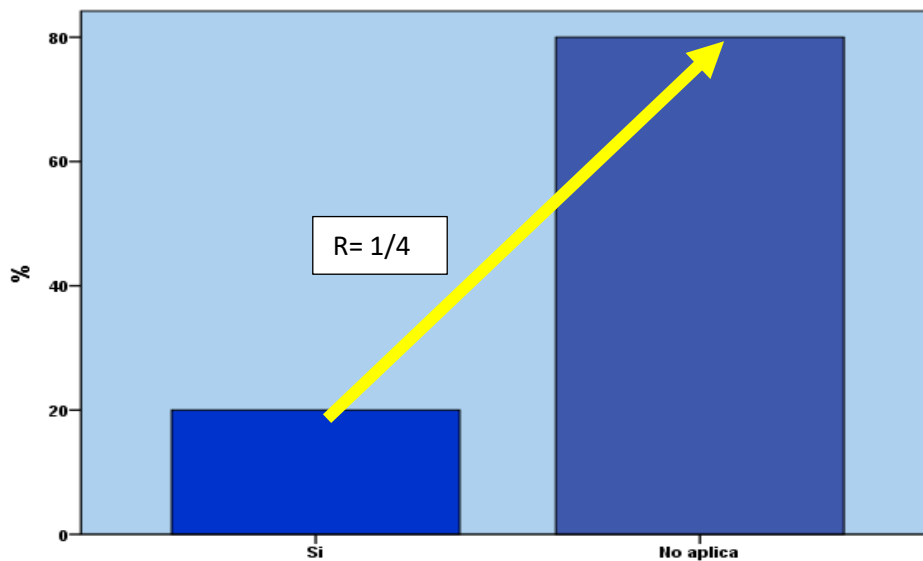
Todos los exámenes preoperatorios solicitados fueron cumplidos, todas las preparaciones preoperatorias fueron cumplidas

	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	20
No	16	80
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Grafico N°14

Todos los exámenes preoperatorios solicitados fueron cumplidos, todas las preparaciones preoperatorias fueron cumplidas



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Todos los exámenes preoperatorios solicitados fueron cumplidos, todas las preparaciones preoperatorias fueron cumplidas, 20 % cumple, el 80% no aplica por no todos los expedientes clínicos fueron quirúrgicos.

Ósea, de 10 expedientes clínicos, los exámenes y preparaciones preoperatorias si se aplicaron en 1 en relación a 4 que no se aplica ya que no todos los expedientes clínicos fueron de pacientes quirúrgicos.

Cuadro Nº15

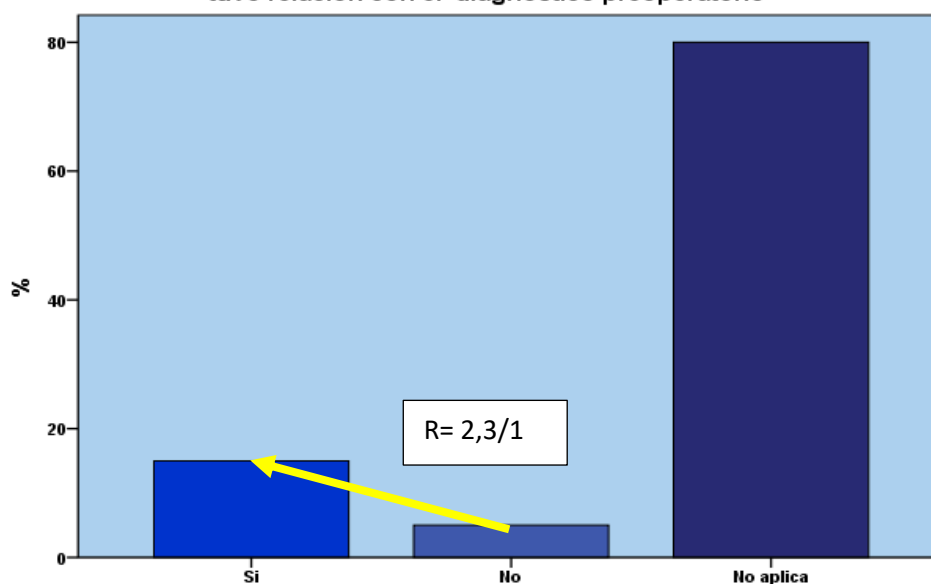
La cirugía se llevó acabo el día programado, tiene protocolo quirúrgico, lleva nombre firma y sellos, funciones quienes participaron, hallazgos quirúrgicos tuvo relación con el diagnostico preoperatorio

	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	15
No	1	5
No aplica	16	80
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico Nº15

La cirugía se llevó acabo el día programado, tiene protocolo quirúrgico, lleva nombre firma y sellos, funciones quienes participaron, hallazgos quirúrgicos tuvo relación con el diagnostico preoperatorio



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

La cirugía se llevó acabo el día programado si en un 15%, tiene protocolo quirúrgico, lleva nombre firma y sellos, funciones quienes participaron, hallazgos quirúrgicos tuvo relación con el diagnostico preoperatorio, si en un 20%, no en 5%, no aplica en un 80% porque no todos los expedientes clínicos son de pacientes quirúrgicos.

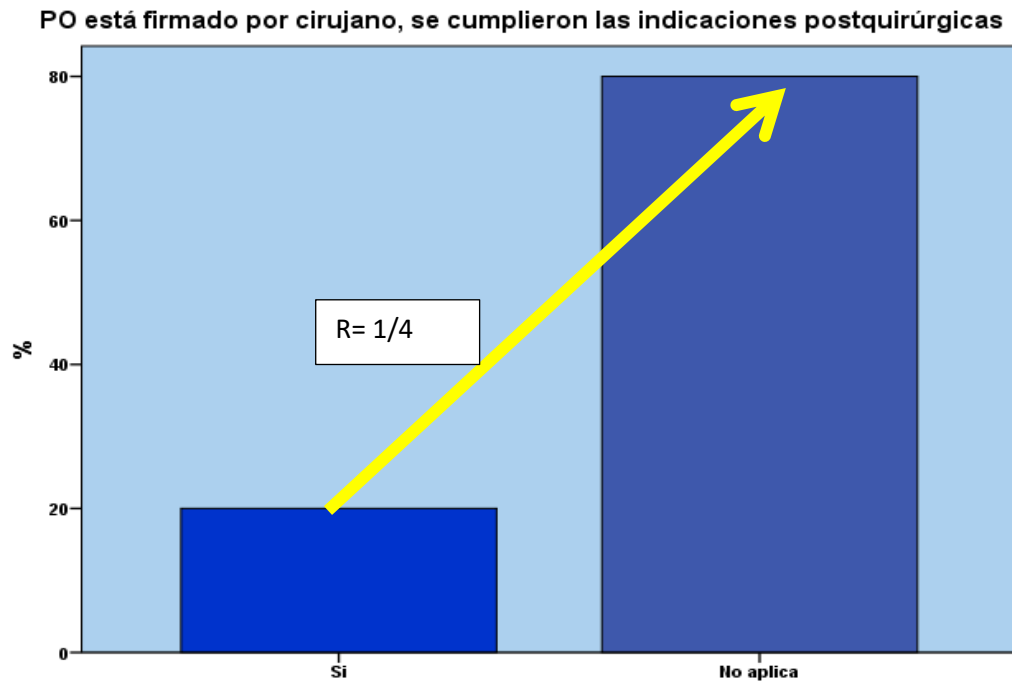
Cuadro N°16

Post operatorio está firmado por cirujano, se cumplieron las indicaciones postquirúrgicas.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	20
No aplica	16	80
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico N°16



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

PO está firmado por cirujano, se cumplieron las indicaciones postquirúrgicas, si se cumplió en un 20%, no aplica en un 80% ya que solo 2 expedientes clínicos eran quirúrgicos.

En este caso si se cumplió, en dos de 3 expedientes clínicos quirúrgicos, y uno no de los 20 expedientes revisados.

Cuadro N°17

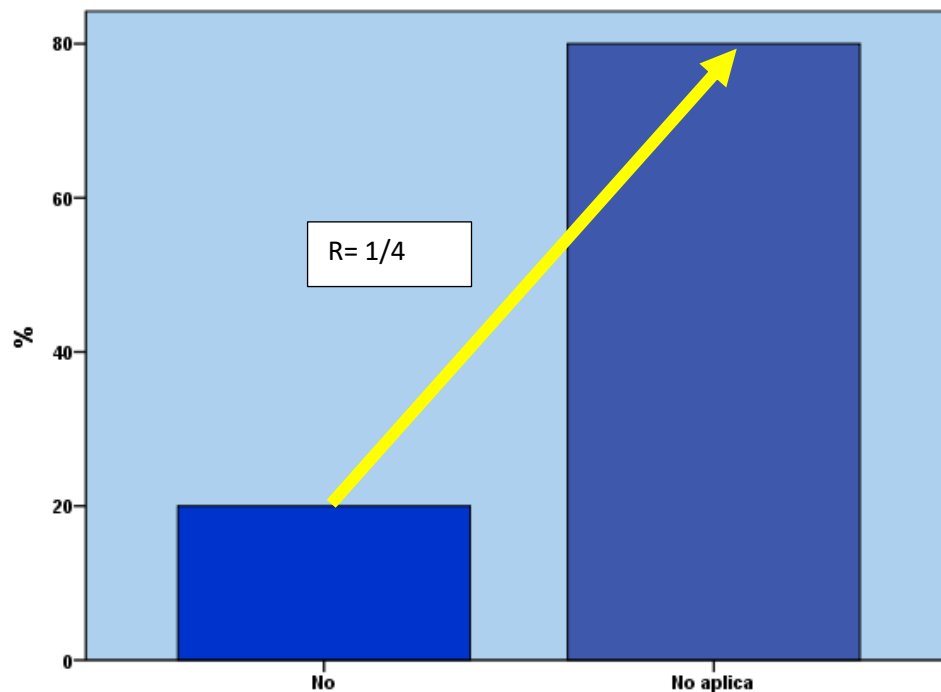
El EC contiene consentimiento informado para todos los procedimientos y cirugías realizada

	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	20
No aplica	16	80
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Grafico N° 17

El EC contiene consentimiento informado para todos los procedimientos y cirugías realizada



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Existe una relación de 1 si cumple la norma y cuatro no ya que no todos los expedientes clínicos eran de pacientes quirúrgicos.

Cuadro N°18

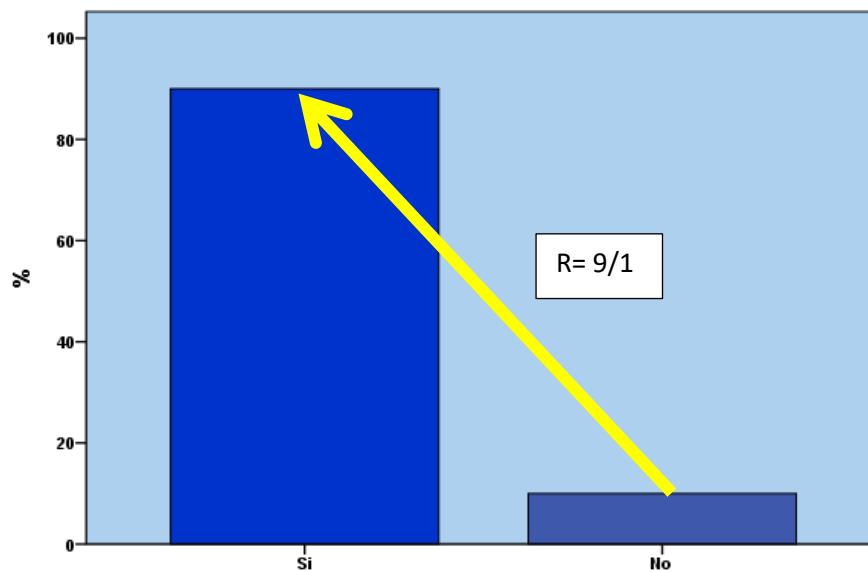
Informes de exámenes de laboratorio, gabinete, anatomía patológica, son claras y legibles, llevan firma y sello de quien las elaboro, son coherentes con el diagnostico.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	90
No	2	10
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico N° 18

Informes de exámenes de: Laboratorio, gabinete, anatomía patológica, son claras y legibles llevan Nombre, firma y sello de quien las elaboro y coherentes con el diagnostico



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Los informes de exámenes de: Laboratorio, gabinete, anatomía patológica, Son claras y legibles llevan Nombre, firma y sello de quien las elaboro, son coherentes con el diagnostico si en 90% de los expedientes clinicos revizados.

Sin embargo uno de 10 expedientes clinicos no cumple.

Cuadro N°19

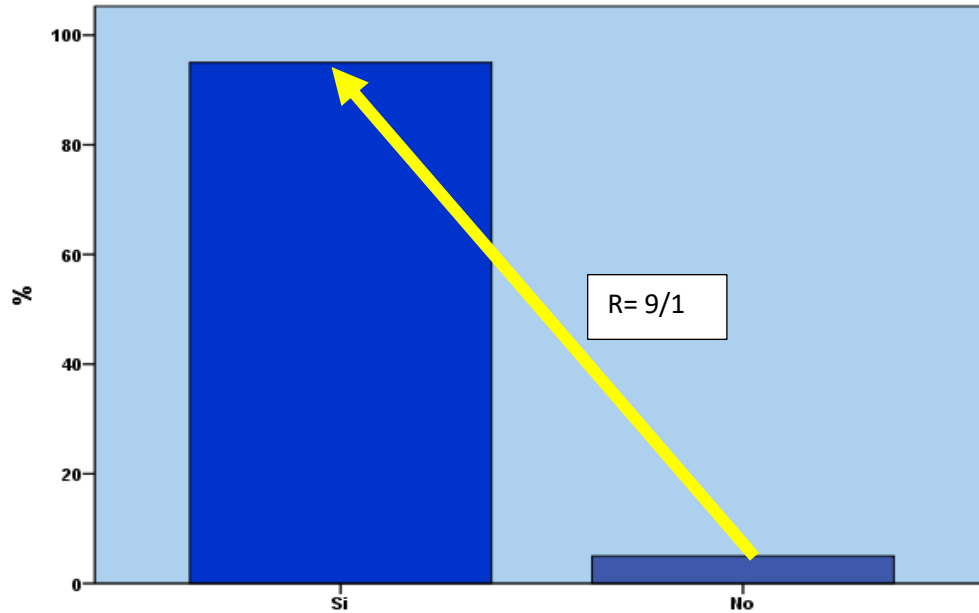
El diagnostico de ingreso es coherente con el cuadro clínico (anamnesis y examen físico)

	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	95
No	1	5
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico N° 19

El diagnostico de ingreso es coherente con el cuadro clínico(anamnesis y examen físico)



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

El diagnostico de ingreso es coherente con el cuadro clínico(anamnesis y examen físico), si en un 95%.

Con un a relacion de 9 a 1 de 10 expedientes clinicos uno se no es coherente con el cuadro clinico.

Cuadro N°20

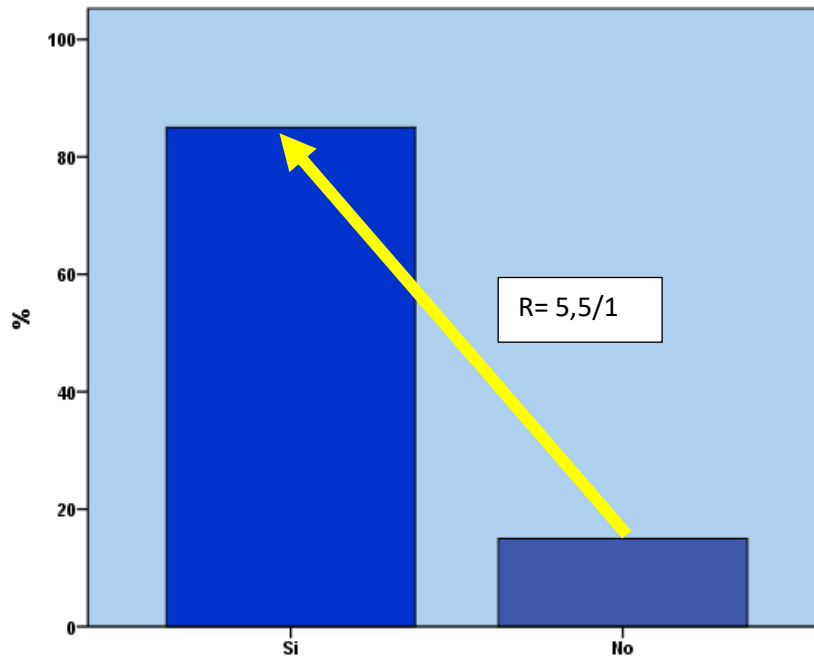
Nota de alta y epicrisis están firmadas por médico tratante

	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	85
No	3	15
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico N° 20

Nota de alta y epicrisis están firmadas por médico tratante



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Nota de alta y epicrisis están firmadas por médico tratante en un 15 % no están firmadas por médico tratante.

En este sentido de 10 expedientes clínicos 5 están firmados por médico tratante y uno no

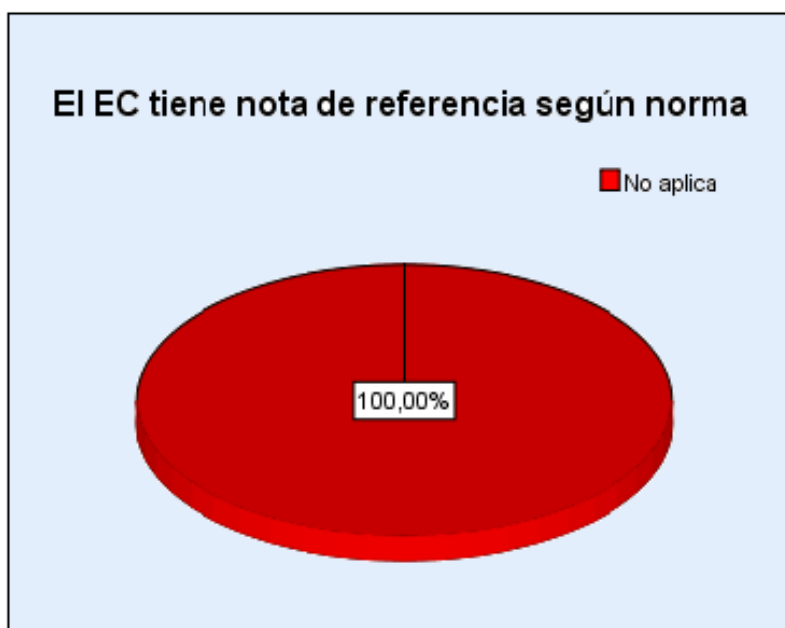
Cuadro Nº 21

El EC tiene nota de referencia según norma

	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	20	100
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico Nº 21



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

En un 100 % no se aplica el expediente clínico no se aplica la nota de referencia según norma.

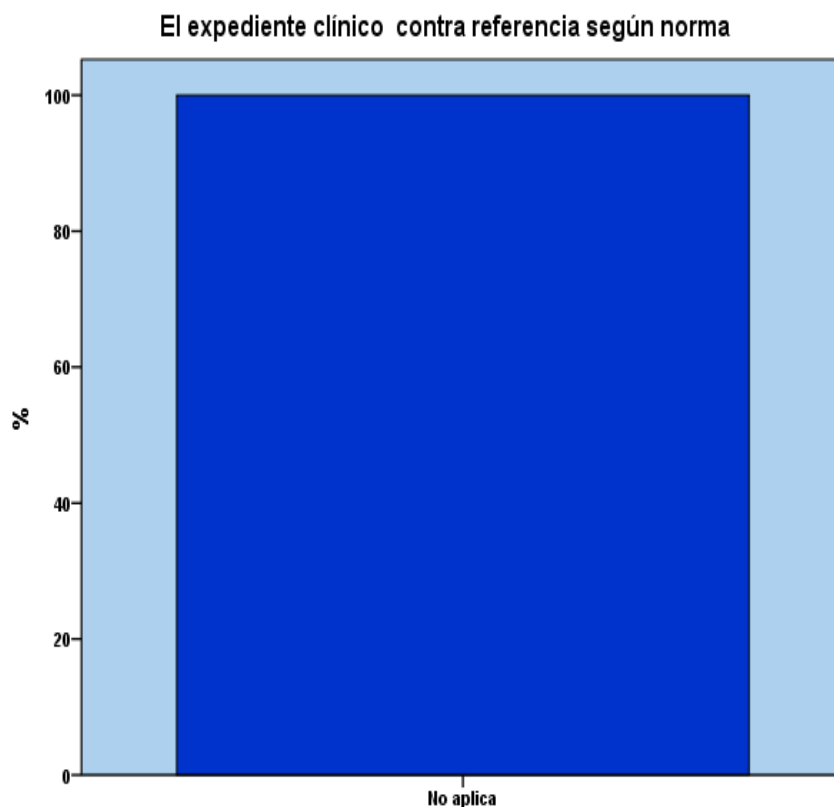
Cuadro Nº 22

El expediente clínico tiene nota contra referencia según norma

	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	20	100
Total	20	100

Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

Gráfico Nº 22



Fuente: Elaboración MTI - Unidad Estadística INT 2018.

El expediente clínico tiene nota de contra referencia según norma no se aplica en un 100%.

ANEXO 12

AUDITORIA MEDICA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

RESUMEN ANALITICO

INSTITUCIÓN: Instituto Nacional del Tórax

Fecha: 30 /05 / 2018

Nº Ítem	Verificación	Resultados y observaciones
1	El EC está completo.	En un 35% de los expedientes revisados de un total de 20 EC, 35 % filiaciones incompletas, antecedentes incompletos, examen físico sin signos vitales.
2	El EC está ordenado de acuerdo a norma	Un 90% esta ordenado de acuerdo a norma.
3	El EC está debidamente paginado.	La mitad el 50 % no está paginado, algunos tienen doble numeración, tachonados, borrados.
4	El EC Cuenta con datos generales	El 40% cuenta con todos los datos generales, no se registran fecha de nacimiento, raza, no existe HC, no existe datos de ocupación, fecha de ingreso, grado de instrucción, dirección.
5	En el EC se identifica con precisión al principal médico tratante	En un 75 % de los expedientes clínicos se identifica con precisión al principal médico tratante, algunos solo consignan firma de médico interno en el EC, sellos ilegibles, sellos solo de residentes.
6	Notas de evolución están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora, son claras y legibles, llevan nombre firma y sello.	Solo el 40 %, se cumple y un 60 % no, se encontró borrones, ausencia de signos vitales, sobrescrito, letra ilegible, tinta gastada de máquina de escribir.
7	Todas las notas de prescripción están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora, son claras y	55 % se cumple, pero el 45 % no, firmas y sellos ilegibles, fecha y hora alteradas con borrones, uso de nombres comerciales, indicaciones médicas sobrescritas y borradas, tachadas.

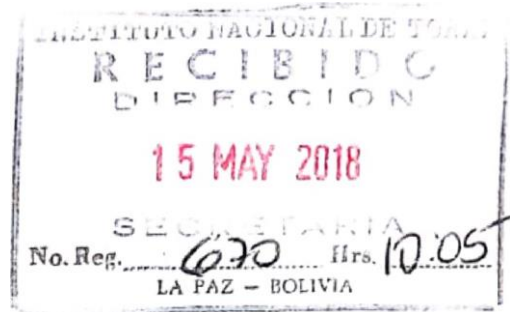
	legibles, llevan firma y sello de quien las elaboro	
8	Todas las notas de reporte de enfermería están completa y concordantes con orden cronológico que consigna fecha y hora, son claras y legibles, llevan nombre firma y sello.	Solo un 55 % cumple, el 45 % no cumple entre las observaciones algunas notas están sobreescritas, uso de radex, letra ilegible, con tachaduras y enmendaduras, uso de bolígrafo rijo ilegible
9	Notas de enfermería, cumplen con indicaciones médicas están cronológicamente con fecha y hora, letra clara y legible, llevan firma y sello, el tratamiento tiene coherencia con el diagnostico	60% no aplica la norma por lo siguiente, uso de radex sobre escrito, solo llevan firmas y no sellos ni nombres letra ilegible, sobre rayado, solo sellos sin nombre.
10	Kardex de enfermería, hoja de líquidos y eliminados son claras y legibles.	Solo el 55% son claras y legibles, se observó sobreescrito, tachadura, radex, letra ilegible, bolígrafos ilegibles.
11	Todas las indicaciones o prescripciones están de acuerdo a norma	55% si cumple, no se usa nombre comercial y no genérico, indicaciones médicas sobreescritas, dosis de medicamentos equivocadas, día de tratamiento borrado sobreescrito, sin firma ni sellos ilegibles.
12	Todas las notas de interconsulta e informes consignan fecha y hora llevan firma y sello, claras y legibles	No se cumple en un 45%.
13	El EC cuenta con nota pre anestésica, procedimiento anestésico, nota post anestésica, nota de recuperación.	10 % se cumple, un 75 % no aplica, ya que de los 20 expedientes clínico revisados solo dos expedientes clínicos fueron de pacientes quirúrgicos.
14	Todos los exámenes preoperatorios solicitados fueron cumplidos Todas las preparaciones preoperatorias fueron cumplidas	Se cumple en 20%, pero un 80 % no por no todas las revisiones ingresaron a quirófano.

15	La cirugía se llevó acabo el día programado, tiene protocolo quirúrgico, lleva nombre firma y sellos, funciones quienes participaron, hallazgos quirúrgicos tuvo relación con el diagnostico preoperatorio.	Sí en un 15%, preoperatorio, si en un 20%, no en 5%, no aplica en un 80% porque no todos los expedientes clínicos son de pacientes quirúrgicos
16	PO está firmado por cirujano Se cumplieron las indicaciones postquirúrgicas	20%, no aplica en un 80 ya que solo 2 expedientes clínicos eran quirúrgicos. De todos los casos revisados si se cumple.
17	El EC contiene consentimiento informado para todos los procedimientos y cirugías realizada	En un 80% no se aplica, solo en un 20%.
18	Informes de exámenes de: <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio • Gabinete • Anatomía Patológica Son claras y legibles llevan Nombre, firma y sello de quien las elaboro Son coherentes con el diagnostico	Si en 90% de los expedientes clínicos revisados.
19	El diagnostico de ingreso es coherente con el cuadro clínico (anamnesis y examen físico)	El diagnostico de ingreso es coherente con el cuadro clínico (anamnesis y examen físico), si en un 95%.
20	Nota de alta y epicrisis están firmadas por médico tratante	Nota de alta y epicrisis están firmadas por médico tratante en un 15 % no están firmadas por médico tratante.
21	El EC tiene nota de referencia según norma	En un 100 % no se aplica el expediente clínico no se aplica la nota de referencia según norma.
22	El expediente clínico contra referencia según norma	El expediente clínico tiene nota de contra referencia según norma no se aplica en un 100%.

Fuente: MTI - INT 2018.

ANEXO N°12

La Paz, 15 de mayo del 2018



Señor:

Dr. Edgar Pozo V.

DIRECTOR INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX

Presente.


Ref.: **SOLICITUD DE REVISIÓN DIRIGIDA DE HISTORIAS CLÍNICAS.**

Señor Director:

Me dirijo a su Autoridad, siendo el motivo la presente, así mismo informo, que mi docente tutor fue el Dr. Zambrana, con quien realice el protocolo de la propuesta de intervención que lleva como título "IMPLEMENTACIÓN DE AUDITORÍA DE CALIDAD DEL LLENADO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE PACIENTES INTERNADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX GESTIÓN 2018".

Sin otro particular me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atte.


Dra. Mónica Torrez Itusaca
C.I. 3455810 LP
Cel. 60129524