

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICION Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO



**MEJORAR LA NORMA TECNICA
PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO**

Postulante: Germán Érico Loza Monrroy MSc.
Tutor: Franz Calani Lazcano MSc.

Propuesta de Intervención presentada para optar al título de
ESPECIALISTA EN GESTION DE CALIDAD Y AUDITORIA MÉDICA

La Paz, Bolivia, 2014

AGRADECIMIENTO

Quisiera expresar mi sincera gratitud a cuantas personas e instituciones han colaborado y me han ayudado en la realización de esta tesis. En particular,

A mis padres (+) quienes me infundieron la ética y el rigor que guían mi transitar por la vida.

A la Dra. Cecilia Monroy Traverso, por su por su amistad, incondicional y estímulo para seguir creciendo intelectualmente.

Al Lic. Efrain Alarcon, revisor de esta Propuesta de Intervención, por su asesoramiento científico; predisposición permanente en aclarar mis dudas, por sus substanciales sugerencias y la confianza en mi capacidad para desarrollar esta proposición para optar el título de Especialista en Gestión de Calidad y Auditoria Médica.

PRESENTACION

El ejercicio de la medicina está basado en la relación médico-paciente de la que se derivan derechos y deberes recíprocos, en ese contexto, el Expediente Clínico es el documento donde se refleja el acto médico y también el cumplimiento de los deberes del personal sanitario respecto al paciente, convirtiéndose en la prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial.

Por eso los registros de buena calidad son fundamentales para una adecuada atención de los pacientes. Desde que los hermanos Mayo en 1907 introducen la historia médica única, parte fundamental del Expediente Clínico, son muchos los cambios que han surgido. En general, se ha decidido adoptar un sistema de registro orientado a los problemas, modelo introducido por Lawrence Weed en los años '60

El Expediente Médico o Expediente Clínico es un proceso documental, pues hay una elaboración (se recogen datos, se seleccionan los mismos y los documentos que lo integran, se analiza esa documentación, su descripción, indización y resumen), almacenamiento (el Archivo Manual o los Archivos Electrónicos), distribución y transporte (fases de la cadena) y recuperación (gracias a la codificación que se hace con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS).

Las referencias al expediente clínico están dispersas en varias normas jurídicas, pero desde febrero de 2008, la Resolución Ministerial 0090 ha puesto en vigencia la NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO para registrar toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, elaborados con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que debe ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda.

Su gran importancia radica en su finalidad primordial: recoger los datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria, como un instrumento básico del buen ejercicio clínico, porque sin el expediente es imposible

que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestarle asistencia. No deben obviarse otros aspectos del expediente médico o clínico, como la docencia e investigación científica sobre determinadas patologías; los criterios administrativos pues el expediente clínico es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos en las instituciones del sistema de salud.

Aunque el derecho al acceso es limitado es un documento público y se lo puede considerar un acta legal de cuidados asistenciales y hay obligación jurídica de efectuarlo por normativa vigente.

En la Ley 3131 que tiene por objeto regular el Ejercicio Profesional Médico en Bolivia, se establece que el expediente médico o clínico debe estar bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud, como documento oficial, tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, por eso debe ser llenado en forma adecuada y eficaz, el incumplimiento puede tener repercusiones, como la mala praxis clínico-asistencial, defecto de gestión de los servicios clínicos, riesgo potencial de responsabilidad por perjuicios al paciente y a la administración de la institución.

Por lo expuesto, la presente propuesta de intervención pretende en el marco jurídico de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, MEJORAR LA NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO, mediante la evaluación de su implementación, si su manejo se adecua a la calidad asistencial como derecho del paciente, refleja la relación médico-paciente así como si registra la actuación y la conducta del médico.

Se efectuara también un diagnóstico del Expediente Médico o Clínico, en 22 establecimientos acreditados por la Unidad de Servicios de Salud y Calidad a nivel nacional para medir el consenso alcanzado fecha de su aprobación y la validación de la misma por la práctica frecuente.

INDICE

AGRADECIMIENTO	2
PRESENTACION	3
INDICE	5
RESUMEN	7
I. INTRODUCCION	8
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
A. El problema científico.	13
B. El problema de la transmisión de conocimientos.	16
C. El problema en la aplicación de la Tecnología.	17
D. El problema de los Criterios Administrativos en la Elaboración, Integración, Uso y Archivo del Expediente Clínico	20
E. El problema de pertenencia y confidencialidad	21
F. El problema de la actualización al Marco Jurídico de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural	23
G. La pregunta de la investigación	26
III. OBJETIVOS	27
A. Objetivo	27
B. Objetivos Específicos	27
IV. JUSTIFICACION	28
A. Marco Jurídico de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.	29
B. Evaluación de la aplicación activa de la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico.	36
V. ANTECEDENTES METODOLOGICOS	42
A. La Historia Clínica	43
B. El expediente Médico parte del Contrato de servicios	43
C. Antecedentes de la propuesta de intervención	44
VI. MARCO TEORICO	45
A. La norma jurídica	45
B. Características de la norma jurídica	46
C. El expediente médico	47
D. Características del Expediente Médico o Clínico	52
E. Actualización de la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico al Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.	54
F. Instituto Boliviano de Normalización y Calidad (IBNORCA)	61
VII. VARIABLES	67
A. Definiciones Operacionales	68

VIII. DISEÑO METODOLOGICO	71
A. Tipo de Estudio:	71
B. Población de Estudio:	71
C. Etapas de Estudio:	71
D. Actividades:	81
IX. CRONOGRAMA	85
X. PRESUPUESTO	86
XI. BIBLIOGRAFIA	87
XII. ANEXOS	90
ANEXO 1.- Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico	91
ANEXO 2.- Decreto Supremo N° 29601 “Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia”	118
ANEXO 3.- Antecedentes Metodologicos	129
ANEXO 4.- Ficha técnica - Sistematización de las Resoluciones Ministeriales	156
ANEXO 5.- Formulario de Entrevistas en Profundidad con Informantes Clave	158
ANEXO 6.- Formulario de Entrevistas Grupales con Actores Sociales.	162
ANEXO 7.- Diagnostico del Expediente Clínico. Matriz de consolidación UNO	163
ANEXO 8.- Diagnostico del Expediente Médico. Matriz de consolidación DOS	164

TABLAS

TABLA N° 1	MODELO DE ATENCION SAFCI	57
TABLA N° 2	DIAGRAMA DE VARIABLES	67
TABLA N°2	PLAN DEL ESTUDIO POR ETAPAS	72

RESUMEN

La presente propuesta de intervención está dirigida a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del Expediente Médico, mediante la evaluación de la aplicación de la Resolución Ministerial 0090, Norma Técnica del Expediente Clínico de febrero de 2008, explorando los registros, los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, evaluando si se ha constituido en herramienta obligatoria del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo. Mejorar la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico en el marco jurídico de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), revisando sus criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en su elaboración, integración, uso y archivo, necesarios para la Auditoria Médica.

Diseño. Estudio descriptivo propositivo.

Métodos. Se evaluarán expedientes clínicos de pacientes ingresados entre enero de 2009 a diciembre de 2011, en cada uno de los Hospitales seleccionados, además se recolectarán información de libros y boletas de referencia y contrarreferencia. Se revisarán las normas jurídicas del País y de América Latina al respecto, ajustando la Norma Técnica en vigencia, se entrevistarán a informantes clave vinculados a la normalización y se efectuarán diálogos grupales con diversos actores sociales.

Resultados. 2.376 expedientes evaluados, 108 en cada uno de los 22 Hospitales de Segundo Nivel acreditados con estándares de calidad, 36 por año, 3 por mes.

Conclusiones. Se pretende disponer de una norma más eficaz como instrumento médico y jurídico, mayor regulación del Expediente Clínico, mejor orientación al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiéndole además, ser de utilidad en la investigación, la estadística, la evaluación, la docencia y la administración.

Palabra clave. Expediente Médico o Clínico, Servicios de Salud con Calidad.

I. INTRODUCCION

El objeto de estudio lo constituye la mejora de la norma vigente, el marco jurídico de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, evaluando los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en el manejo del Expediente Clínico¹, en su elaboración, integración, uso y archivo como instrumento de gestión de la calidad.

El médico estudia al paciente en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondientes. Con el método clínico pueden explorarlo con la aplicación del método científico y a los elementos que la ciencia y la técnica ponen a su disposición.

El paciente que acude en busca de consejo y alivio a sus enfermedades recibe una opinión científica, información procesada y con base en ella el médico dispone un tratamiento. Una de las partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica, sea de tipo biológico o psicológico.

Y es en el Expediente Médico donde queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica, de allí su importancia. Porque en el campo terapéutico, el médico se debe atener a lo dispuesto en la ley, el código de ética y la Lex Artis, debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos y debe registrarlos de acuerdo a la NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO.

El presente trabajo corresponde a un estudio descriptivo propositivo, en el que se estudiara la Legislatura del expediente Médico, realizando una revisión de todas las

¹ **NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO. Artículo 1. FUNDAMENTACION:** El Expediente Clínico 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

normas jurídicas bolivianas como: la Ley 3131 Del Ejercicio Profesional Médico. El Decreto Supremo N° 28562 que reglamenta la Ley N° 3131. El Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio de 2011 que ha planteado para el sector salud, un nuevo modelo de atención y gestión en salud, denominado --Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)--, y el antiguo Decreto Ley No. 15629 de 1978. El Código de Salud de la República de Bolivia. El Reglamento General de Hospitales. La Resolución Administrativa del Reglamento para la elaboración, manejo y archivo del expediente médico o clínico en las entidades de Seguridad Social a corto plazo del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES). Y la NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO aprobada por la Resolución Ministerial 0090, Además se revisaran las normas jurídicas de casi todos los países del continente.

Se elaborara una estrategia cualitativa y participativa en conjunto con el Ministerio de Salud y Deportes proponiendo la Revisión documental de todas las Resoluciones Ministeriales que tengan relación con la Resolución 0090 sobre la Norma Técnica del Expediente Clínico; además se efectuaran entrevistas con informantes clave: Funcionarios del Ministerio vinculados a la normalización. Funcionarios de Redes, DILOS y SEDES y Directores de 22 Hospitales de Segundo Nivel seleccionados.

En el país existen 104 redes de salud con 184 hospitales de segundo nivel, en 22 de estos establecimientos hospitales acreditados², se realizara la evaluación de la aplicación de la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico.

También se ejecutaran entrevistas grupales con diversos actores sociales: Autoridades Locales de Salud, Comités Locales de Salud -COLOSA-, Comités Distritales de Salud –CODISAS-, Consejos Sociales Municipales de Salud, Consejos Sociales Departamentales de Salud y Consejo Social Nacional de Salud. Representantes de la estructura intersectorial: Asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos, otros (Autoridades Originarias, Médicos naturistas o médicos tradicionales, Parteras, Líderes comunitarios de las Juntas de Vecinos,

² **Acreditados por la Unidad de Servicios de Salud y Calidad** a nivel nacional, lo cual significa que cumplen con los estándares mínimos de calidad en salud,

Clubes de Madres, Usuarias de los servicios de salud y de la Seguridad Social) y los Comités de Análisis de Información (CAI) comunales o barriales. Representantes de Mesas Municipales de Salud, Asambleas Departamentales de Salud y Asamblea Nacional de Salud.

Se utilizarán fichas de recolección de datos, que permitirán evaluar cada uno de los componentes en cumplimiento del registro y la calidad, de igual forma este procedimiento permitirá una clasificación general. Las variables principales serán los componentes del expediente clínico y los ítems de calidad. Los resultados se presentaran en tablas y gráficos. Además se cruzara información con boletas, recolectándose información de los libros y boletas de referencia y contrarreferencia.

El presente trabajo MEJORARA LA NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO, abordara la evaluación, colaborando con el equipo de salud para la mejor toma de decisiones diagnósticas y de intervención. Y con un fin licito, pues la misma norma jurídica, la Resolución Ministerial 0090 la respalda, como documento indispensable.

El Expediente Médico debe ser el instrumento de registro imprescindible para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria. Debemos disponer de registros que nos brinden información ordenada y clasificada según su relevancia, para optimizar la calidad de los servicios de salud. Debemos contar con un adecuado soporte de la información que facilite esas tareas, para la correcta toma de decisiones en el diagnóstico terapéutico que apoye al apropiado y profundo conocimiento científico.

En síntesis, se debe disponer de información, de registro del acto médico, de capacidad de edificación de un buen expediente Clínico, que cuente con la activa participación de los profesionales de la salud: los médicos quienes están en capacidad de practicar una buena historia clínica; ejecutada conforme a la denominada "Lex Artis", cumpliendo con las normas de excelencia, a pesar de las

limitaciones de tiempo, lugar y entorno. Cuyo objetivo no sea otro que el de ayudar al enfermo, que se traduce en aquello que se transcribe en la historia.

Lamentablemente en muchos de los servicios de salud pública, especialmente en el área rural, solo se cuenta con registros individuales para las mujeres gestantes y los niños menores de cinco años, beneficiarios del SUMI, pero se carece de un registro unificado para la población de adultos y de adultos mayores de ambos sexos, no siendo uniforme, el agrupamiento familiar de las historias clínicas ni las formas de archivo disponibles.

Todas las normas sanitarias se deben actualizar, operativizando la lógica de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, además en este caso, específicamente en la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico se debe considerar la carpeta SAFCI, como instrumento técnico parte del Expediente Clínico, porque a través de ella las comunidades saben de que se enferman, cuanta gente hay, dónde viven, cuál es su historia y la participación en la misma del trabajo con el médico tradicional, porque la línea de esta política es no absorber la medicina tradicional, sino articularla en un nivel de jerarquía similar, por que se pretende que se atienda y se produzca salud con todos, para todos y con todos.

Finalmente a la fecha no existen antecedentes en el Ministerio de Salud y Deportes de actualización de normas a los criterios del Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural, siendo este aporte sugerente a planes de mejora de las normas en actual vigencia.

Ante este diagnóstico se propone el siguiente trabajo que va más allá de un ensayo teórico, ya que lo propuesto se encuentra en ejecución en múltiples espacios de la salud pública y bastante avanzado en la seguridad social, siendo el sub sector privado el más retrasado.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Expediente Clínico³ (E.C.) es el primer documento médico por excelencia y que contiene al resto⁴, según la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico en Bolivia y sus implicaciones son de todo tipo, especialmente médico legal.

El objeto de estudio lo constituye mejorar la norma para el manejo del expediente clínico en el marco jurídico de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, evaluando los detalles de su aplicación, sobre el registro de la información referida a los antecedentes médicos y síntomas característicos. A las pruebas diagnósticas, resultados y exploración física. Al tratamiento. A la evaluación de la evolución del paciente a lo largo del tiempo. En suma valorar si los documentos son los adecuados, suficientes y necesarios para integrar el Expediente Clínico.

Un buen Expediente Médico es indispensable para los médicos de cualquier nivel jerárquico. Gran cantidad del tiempo de quien se educa en las facultades de medicina transcurre alrededor del diseño de un buen Expediente Médico o Clínico de quienes se encuentran bajo su cuidado, sin embargo esto es casi imposible dadas las actuales dificultades en la que se encuentra el E.C.:

- Esta desjerarquizado desde su formato.
- La información no se encuentra sistematizada.

³ **Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico: Artículo 10 (Documentos Médicos Oficiales)** Bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud son de uso exclusivo del médico, siendo los siguientes: a) Expediente médico. b) Historia clínica. c) Consentimiento informado. d) Informes de procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento. e) Certificado médico. f) informes médicos. g) Certificado de mortinato. h) Certificado de nacido vivo. i) Certificado de defunción. j) Protocolo de autopsia. k) Informe pericial. l) Hoja anestésica. m) Interconsultas. n) Descripción del procedimiento quirúrgico. o) Epicrisis. p) Transferencias. g) Informes médicos legales. r) Recetas médicas.

⁴ **Decreto Supremo 28562, Capítulo V Documentos Médicos Oficiales, Artículo 12 (Expediente Médico)**. 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

- Difícil de informatizar.
- Para no obviar información relevante es necesario leer todo el E. C.
- Las íterconsultas, o los médicos no habituales del paciente, tienen dificultades para hacer correctas intervenciones a causa de lo anterior.
- Muchos problemas no se registran.
- Es difícil de abordar por otras disciplinas.
- Es dificultoso realizar un correcto cuidado preventivo del paciente.
- Poco compatible con la educación y la investigación.
- Se suele encontrar una Expediente Médico por paciente y por especialidad.
- No se disponen de espacios adecuados para su correcto archivo.
- Desactualizado del Marco Jurídico⁵ del Sistema nacional de Salud específicamente de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural⁶

1. El problema científico.

Desde su inicio la medicina asumió como fin cuidar de la salud y prevenir las enfermedades, perfeccionar la especie humana y mejorar los patrones de vida de la colectividad, sin distinción de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida constituye su esencia espiritual.

⁵ **EL MARCO LEGAL** proporciona las bases sobre las cuales las instituciones construyen y determinan el alcance y naturaleza de la participación política. En el marco legal regularmente se encuentran en un buen número de provisiones regulatorias y leyes interrelacionadas entre sí. El marco legal faculta a la autoridad correspondiente para que lleve a cabo las labores de administración de conformidad a la estructura detallada dentro de sus mismas provisiones. www.danacconnect.com/wiki/index.php

⁶ **LA POLITICA DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL** es una nueva forma de hacer salud en el Sistema Nacional de Salud, involucra a la persona, familia y comunidad en la prestación de servicios de salud integral e intercultural a través de redes de establecimientos de salud y las redes sociales, articulándose con la medicina tradicional-ancestral.

Fuente: [Módulo Introdutorio SAFCI/2007](#).

El objetivo SAFCI es Garantizar el ejercicio del derecho a la salud y la vida, como derecho social, a través de la promoción y consolidación de un sistema de salud único, intercultural comunitario.

La estrategia SAFCI es la promoción de la salud en la que se definen cuatro ejes transversales que son 1) Participación Social, 2) La Intersectorialidad, 3) La Interculturalidad y 4) La Integralidad.

El Modelo SAFCI tiene como fin avanzar en la búsqueda de la equidad en el nivel comunitario, municipal, departamental y nacional a través de la participación social para la toma de decisiones, el empoderamiento de los grupos excluidos, la promoción de la autogestión para la priorización y solución de los problemas y necesidades sentidas por la comunidad (urbana y rural), mejorar las condiciones de vida y acceso a los servicios de salud, promover el desarrollo humano sostenible, cambiar el enfoque sectorial a intersectorial y cooperación horizontal que apoye las experiencias locales y facilite el trabajo de redes.

La estructura del modelo de atención en Salud familiar Comunitaria Intercultural constituye el eje central de funcionamiento del sistema único nacional de salud, es la respuesta organizada del sistema de salud a los problemas y necesidades sanitarias de las personas, las familias y las comunidades, incluida la atención al ambiente, bajo los siguientes principios: Universalidad, Solidaridad, Equidad, Integralidad, Gratuidad, Interculturalidad y Calidad.

Fuente: [Interpretación del Módulo Introdutoria SAFCI/2007](#).

Cada paciente es sujeto de su propia investigación, el médico estudia al paciente en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondientes. Una de las partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica, sea de tipo biológico o psicológico.

Siendo el hombre una unidad síquica y somática, sometido a influencias externas, con el método clínico pueden explorarlo con la aplicación del método científico y a los elementos que la ciencia⁷ y la técnica ponen a su disposición.

El paciente que acude en busca de consejo y alivio a sus enfermedades recibe una opinión científica, información procesada y con base en ella el médico dispone un tratamiento. Y es en el Expediente Médico o Clínico donde queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica. De allí la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas. Cumpliendo con el derecho del paciente a que quede constancia por escrito de todo su proceso. Derecho subjetivo de la persona, necesario en cuanto refuerza la obligatoriedad del Expediente Clínico, que contiene la “historia clínica”⁸.

⁷ **La Ciencia** es una forma coherente y sistemática de conocimiento que acepta y explica la realidad, predice su conducta y la controla. El cuerpo de ideas obtenido después de probar la certeza del conocimiento constituye la ciencia, el conocimiento racional, sistemático, exacto y verificable.

La ciencia busca construir explicaciones a partir de observaciones organizadas en condiciones reconocidas como válidas. El método científico es un procedimiento para describir condiciones en que se presentan sucesos específicos. A través de ella se plantean problemas, se prueban hipótesis e instrumentos de trabajo investigativo.

Su interés se centra en determinar características, propiedades, relaciones y procesos en los hechos observados; es verificable; se puede someter a confrontación empírica; es relativo (sus afirmaciones pueden ser reformadas); es sistemático; es comunicable por medio de un lenguaje específico; es descriptivo, explicativo y predictivo.

⁸ **NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO.** 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 gineco obstétricos en el caso de la mujer; describe las condiciones actuales de su estado de salud- enfermedad, investigadas y recogidas a través de la anamnesis o interrogatorio y el examen físico general y especial. Concluye estableciendo el diagnóstico presuntivo, diagnósticos diferenciales y una propuesta básica de conducta y tratamiento. El responsable para su elaboración, dentro de las 8 horas de transcurrida 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.

El médico requiere datos personales para anotar en el expediente clínico integrando los diagnósticos, pero no toda la información contenida en el expediente clínico es proporcionada por el paciente. El expediente incluye información que ha sido generada a través de la interpretación que los médicos realizan de los datos recabados por el interrogatorio, la exploración física y los estudios para clínicos. Por lo anterior, un primer dilema de nuestra norma técnica aprobada por RSM 0090 estriba en diferenciar los datos personales objetivos y las interpretaciones subjetivas.

Por eso para perfeccionar la norma, es necesario revisar algunas definiciones para clasificar los datos, de manera que se pueda identificar las diferencias, distinguirlas, por ejemplo en la Ley 41/2002 de España se presentan algunas definiciones que permiten distinguir estas diferencias:

- “*Información clínica* es todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.
- *Historia clínica*: el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e información de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del tratamiento.
- *Documentación clínica* es el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial”.

Mejorar la norma es aclarar de manera expresa que el Expediente Clínico es un medio o sistema que incluye la historia clínica entre otros registros; y que la historia clínica⁹ contiene datos objetivos, así como información y valoraciones subjetivas referentes, que no pertenecen específicamente a la atención de un paciente. Estos criterios científicos o datos objetivos serán los que el paciente ha proporcionado a través del interrogatorio y las mediciones obtenidas a través de instrumentos, como los signos vitales y los resultados de estudios de laboratorio y gabinete. La

⁹ La **Historia Clínica**: documento oficial del Expediente Médico, considerado por muchos la más importante, es sin embargo insuficiente y genera juicios incorrectos sobre algunas cuestiones que posteriormente serán objeto de la presente investigación

información obtenida a través de la exploración física siempre será subjetiva, ya que es interpretada por los sentidos.

La integración de esos datos objetivos y subjetivos se traduce en una impresión diagnóstica, que consiste en una interpretación subjetiva. Esta diferenciación evidente de los tipos de información según su origen, que establezca los datos objetivos o criterios científicos, en la elaboración del Expediente Clínico, debe ser clara en nuestra Norma Técnica.

2. El problema de la transmisión de conocimientos.

Conforme con la tradición (el juramento Hipocrático) el médico está obligado a transmitir conocimientos al tiempo que ejerce la profesión, con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad. Muchas instituciones de salud han sido declaradas Hospitales Universitarios¹⁰.

En estos establecimientos sanitarios, se impone a los docentes la responsabilidad de velar por el correcto desempeño de los internos y residentes, pero no está claro quién responde por los errores culposos, de estos practicantes, en la Norma Técnica se establece que sus actividades deben ser supervisadas por Personal Autorizado¹¹.

El proceso de enseñanza de la medicina se somete a normas legales¹² y reglamentos específicos en esta parte práctica, así como a los dictados de la ciencia, a los principios pedagógicos y a la ética profesional. También se utiliza el expediente

¹⁰ En los **Hospitales Universitarios** trabajan Médicos especialistas por varios motivos, entre los que se cuentan: el volumen de casos que pueden ser atendidos, el tipo de enfermedades que presentan los pacientes que acuden a esa institución, la posibilidad de efectuar investigaciones clínicas específicas por la clase de lesiones que allí se observan, el honor de la docencia, la remuneración, y el amor al trabajo hospitalario.

¹¹ **NORMA TECNICA PARA EL MENEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO.- 5.22. Personal Autorizado:** Es toda persona que por su carácter laboral está legalmente autorizada para tender pacientes de acuerdo a la normativa vigente,... En el caso de estudiantes, profesionales o técnicos de 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.

¹² La Ley 3131 en relación a la **transmisión de conocimientos**, establece: **ARTÍCULO 3. (Principios).** En el párrafo d) En el ejercicio profesional médico, inclusive en la enseñanza de la medicina, el secreto médico es inviolable salvo las excepciones previstas en la presente Ley. **ARTICULO 11. (Derechos del Médico).** Todo médico tiene derecho a: f) Recibir capacitación y actualización de su institución. **ARTICULO 12. (Deberes del Médico).** Son deberes del profesional médico: l) Capacitación médica continua, para ello deberán someterse a los programas de capacitación y actualización periódica de conocimientos que definirá el Estado boliviano en forma obligatoria.

Médico como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual.

Mejorar la Norma es establecer que se organicen todos estos criterios en la elaboración, integración y uso del expediente Médico, documento donde se registran las acciones terapéuticas y de manejo de los pacientes, en él se deben encontrar elementos de la participación del equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, todas las cuales deberían ir respaldadas por la firma del responsable legal del enfermo, responsabilidad que debe estar claramente establecida.

3. El problema en la aplicación de la Tecnología.

Durante las últimas décadas, el extraordinario avance experimentado por las diferentes tecnologías y su introducción en casi todos los sectores de la sociedad ha revolucionado la mayor parte de las actividades, tanto a nivel macro como micro-económico, trayendo como consecuencia, la "Era del Conocimiento" -sustento de un mundo globalizado- que exige de una alta preparación profesional, una capacitación continua y vinculación entre los profesionales de diferentes disciplinas. Por lo que es imprescindible situar el conocimiento, la ciencia y la tecnología en lugares prominentes de la escala del saber y la inteligencia, en todas las profesiones y oficios. La tecnología existe en estrecho nexo con el hombre, es un producto creado por el hombre y del hombre; es un valor. Ella posibilita crear nuevos valores y modifica de manera sustancial los existentes. La tecnología¹³ determina el curso de la sociedad. Sin embargo, no debemos ser simples usuarios de tecnología, sino administradores de tecnología, tomando decisiones inteligentes que evalúen el impacto de la tecnología sobre los seres humanos y sobre los actos de su uso que generan responsabilidades jurídicas.

¹³ **La Tecnología:** es el juego de procesos, herramientas, métodos, procedimientos y equipo que se utilizan para producir bienes y servicios. La tecnología es la aplicación de los conocimientos para resolver problemas humanos.

Tecnología De Wikipedia, la enciclopedia libre: El término tecnología es una palabra compuesta de origen griego, formado por las palabras *tekne* (τεχνη, "arte, técnica u oficio") y *logos* (λογος, "conjunto de saberes"). Aunque hay muchas tecnologías muy diferentes entre sí, es frecuente usar el término en singular para referirse a una cualquiera de ellas o al conjunto de todas. Cuando se lo escribe con mayúscula, Tecnología puede referirse tanto a la disciplina teórica que estudia los saberes comunes a todas las tecnologías, como a la Educación tecnológica, la disciplina escolar abocada a la familiarización con las tecnologías más importantes.

Debido a la acumulación del conocimiento y los avances tecnológicos ocurridos en el sector de la salud, la asistencia médica ha cambiado profundamente, ello se debe, en gran medida, al impresionante desarrollo de la tecnología médica, que ha producido cambios muy significativos en la configuración de los servicios de salud.

Nuevas tecnologías médicas de incuestionable eficacia diagnóstica o terapéutica, se incorporan progresivamente a los servicios asistenciales. El diagnóstico por imagen fue revolucionado, cuando se introdujo el tomógrafo computarizado en la década de los años 70. Desde entonces, han aparecido nuevas tecnologías de diagnóstico por imagen, como la angiografía por sustracción digital, la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones.

El diagnóstico de laboratorio, en bioquímica, microbiología, hematología, inmunología y genética, ha avanzado considerablemente con los auto analizadores computarizados, que procesan más muestras, con mayor precisión y en menor tiempo. En la vertiente terapéutica, la litotricia extracorpórea por ondas de choque, aplicada al tratamiento de los cálculos renales o biliares, varias aplicaciones del láser, distintas técnicas endovasculares innovadoras y modernos sistemas para el tratamiento con radioterapia, entre otras, configuran el advenimiento de una familia de potentes tecnologías médicas con gran potencial para mejorar o reemplazar algunos procedimientos invasivos.

Conforman la tecnología médica:¹⁴ medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica y los sistemas organizativos con los que se presta la atención sanitaria. Por lo tanto, la tecnología médica no son sólo las máquinas o medicamentos, sino también la propia práctica clínica y el modo en que esta se organiza. No se debe identificar la tecnología médica con "alta tecnología", las "nuevas tecnologías" y las "tecnologías de alto costo". El límite conceptual de "alta tecnología" es difícil de establecer porque ciertas tecnologías aparentemente sencillas pueden contener componentes de "alta tecnología".

¹⁴ **Concepto de tecnología médica**, forjado a partir de las definiciones suministradas por la Office of Technology Assessment (OTA) de los Estados Unidos de Norteamérica a principios de los años setenta

Un aspecto ético fundamental en el acceso a las tecnologías médicas efectivas es asegurar su disponibilidad para todos los ciudadanos sin ningún tipo de discriminación. En el principio de justicia, se configura el binomio eficiencia/equidad que, a nivel de la relación médico-paciente, significa que intentar la eficiencia en un paciente concreto, puede comprometer el acceso de otros pacientes a la misma tecnología. El médico, en su afán por aportar el mejor y máximo cuidado a un paciente concreto, puede inadvertidamente arrebatarle a otro paciente la posibilidad de recibir un cuidado que necesita.

En el campo terapéutico, el médico se debe atener a lo dispuesto en la ley, el código de ética y la Lex Artis¹⁵, debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos de acuerdo a las normas existentes. Por esta razón, cuando se habla de la medicina como una ciencia, es preciso considerar a la vez, una tecnología que le proporciona instrumentos y una ética que imprime carácter a su trabajo.

En los últimos 30 años, los conocimientos y habilidades de la medicina se han incrementado y especializado como nunca antes, y el conocimiento es tan vasto que no puede ser dominado por un solo individuo.

El médico está viviendo un profundo trance por el nuevo papel que reclaman los enfermos, la globalización del saber médico, los aspectos éticos de las nuevas tecnologías y los condicionantes económicos, o la desaparición del vetusto modelo paternalista que debe evolucionar a una relación deliberativa.

Por esto la mejora de la norma del Expediente Clínico debe establecer los criterios básicos del uso de la tecnología para que se registre en el Expediente Médico.

¹⁵ **La locución latina Lex Artis:** literalmente 'ley del arte' o regla de la técnica de actuación de la profesión de que se trata, ha sido empleada para referirse a aquella evaluación sobre si el acto ejecutado se ajusta a las normas de excelencia del momento. Por lo tanto, se juzga el tipo de actuación y el resultado obtenido, teniendo en cuenta las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo del área profesional de la cual se trate, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos, el contexto económico del momento y las circunstancias específicas de cada enfermedad y cada paciente.

La Lex Artis tiene en cuenta la actuación y el resultado. Se basa en el cúmulo de conocimientos de la profesión en el momento en el cual se juzga o evalúa la acción médica y lo que con ella se obtiene.

4. El problema de los Criterios Administrativos en la Elaboración, Integración, Uso y Archivo del Expediente Clínico.

Por obvias razones de tipo económico y gerencial, el Expediente Clínico es el documento más importante para respaldar procedimientos practicados, complicaciones sufridas y costos monetarios de quienes responden por cada enfermo.

Esas características de coherencia intelectual deben ser apropiadamente anotadas en las páginas del Expediente Médico y lo que esté ocurriendo con el enfermo; se suma la utilización de términos adecuados, buena estructura lingüística y justificación de los actos que se originen en las condiciones del paciente.

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

En la Norma Técnica no consta el dictamen que establezca que el Expediente Médico o Clínico debe ser completamente legible. No se dispone que las abreviaciones deban, en lo posible, evitarse. Que las firmas deban ir acompañadas del nombre de quien las escribe y que deberán ser elaboradas con claridad.

Por todo esto se debe mejorar la norma para establecer los criterios administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente Médico.

En la mejora de la norma se debe instruir que no puede omitirse ninguna de sus partes constitutivas. Que debe existir orden y coherencia entre sus diferentes partes y que no solamente debe ser completo, sino estructurado.

5. El problema de pertenencia y confidencialidad

Se han generado nuevos desafíos y complejidades que atender desde la aprobación de la R.M. 0090. El acceso del paciente a la información clínica sobre su estado de salud gira alrededor del expediente clínico que regula la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Al discutir a quién pertenece el expediente clínico y los datos en él contenidos, debe centrarse en el contexto de los principios éticos que guían el proceder médico y en lo que marca la norma. En América Latina las posturas son contrarias, lo importante es reconocer la importancia que tiene dicha información para el paciente y la atención a su salud, en el momento oportuno o cuando él lo solicite, por ello se debe tener disposición a entregar un resumen clínico completo en su beneficio. Se debe adoptar la mejor solución en beneficio del paciente y la mejor práctica médica, el respeto a los derechos de todos los involucrados, el nuevo modelo de la relación médico-paciente frente al nuevo papel que reclaman los pacientes.

En Bolivia en el Reglamento General de Hospitales, se instituye que el expediente clínico es un documento médico legal de propiedad del hospital y por consiguiente ninguna persona o funcionario podrá retirarlo fuera de la institución¹⁶, la Ley 3131 establece el resguardo y la custodia de los Documentos Oficiales¹⁷.

¹⁶ **REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES, CAPITULO IV DEL FUNCIONAMIENTO, Artículo 37 (Expediente Clínico).**

I. El expediente clínico es un documento médico legal de propiedad del hospital y por consiguiente ninguna persona o funcionario podrá retirarlo fuera de la institución. Solo en caso de requerimiento por autoridades competente podrán emitirse fotocopias autenticadas por el director.

II. Los médicos tratantes del hospital son los únicos responsables de llenar los expedientes clínicos (Art. 23, Cap. III Régimen Disciplinario, Reglamento interno de Responsabilidad de la Función Pública, D. S. No. 23318 y D. S. No. 26237 de la Ley No. 1178), en forma mecánica consigna su firma y sello.

III. Los expedientes clínicos serán conservados en un archivo clínico centralizado. En dicho archivo se utilizara el sistema de registro de triple entrada y clasificación de enfermedades de la OMS de 2 y 3 dígitos. IV. La organización del expediente clínico debe realizarse de acuerdo al modelo de gestión de hospitalización.

¹⁷ **ARTICULO 10. (Documentos Médicos Oficiales).** Bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud son de uso exclusivo del médico, siendo los siguientes: a) Expediente médico. b) Historia clínica. c) Consentimiento informado. d) Informes de procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento. e) Certificado médico. f) Informes médicos. g) Certificado de mortinato. h) Certificado de nacido vivo. i) Certificado de defunción. j) Protocolo de autopsia. k) Informe pericial. l) Hoja anestésica. m) Interconsultas. n) Descripción del procedimiento quirúrgico. o) Epicrisis. p) Transferencias. q) Informes médicos legales. r) Recetas médicas.

En el ejercicio de la Medicina Privada, archivando la Historia Clínica, el resto de los componentes del expediente clínico son entregados al paciente, considerando que el derecho de acceso del paciente a la documentación del expediente clínico no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos en ella recogidos, en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso a la reserva de sus anotaciones subjetivas¹⁸.

Por ahora en el país, la norma no es clara ni específica, de lo único que podemos estar seguros es que en caso de denuncia, y una vez que la historia es reclamada por el juzgado, la discusión carece de sentido, ya que pasa a ser propiedad judicial con todas sus consecuencias.

En relación al secreto profesional, este alcanza a los facultativos, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal administrativo. En suma el Expediente Clínico es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización o en los casos previstos por la ley, teniendo en cuenta los consejos que dicta la prudencia. Concretando el problema, el mantenimiento de la confidencialidad y privacidad de los pacientes implica primeramente al expediente médico, que debe estar custodiado de forma adecuada, permaneciendo accesible únicamente al personal autorizado.

Esto a su vez tendrá repercusión para efectos procesales, ya que el médico, al igual que otros profesionales, no está obligado a declarar sobre aquello que se le ha confiado o ha llegado a su conocimiento por razón de su oficio o profesión.

Los preceptos de privacidad deben ser observados en todos los campos de la vida hospitalaria. La privacidad en el momento de la realización de la anamnesis y de la exploración física, la privacidad en el momento de la información a los familiares, las conversaciones entre sanitarios en los pasillos, el mantenimiento de la reserva

¹⁸ Siendo un tema muy discutido el qué se considera anotación subjetiva y qué no.

adecuada de los datos de los pacientes en los controles de enfermería (tablones, pizarras), las conversaciones telefónicas, los interfonos abiertos.

De esta forma más allá del expediente médico o clínico, todo el personal que trabaja con los datos de los pacientes (cualquier tipo de registros) o que mantiene relación laboral con ellos, y por tanto tiene acceso a información confidencial está obligado mantener el secreto de la información conocida.

6. El problema de la actualización al Marco Jurídico de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

La presente propuesta de intervención pretende mejorar la norma técnica para el manejo del expediente clínico en actual vigencia, a partir de su aplicación, porque esta fue diseñada verticalmente y se enmarca en el modelo de atención, hoy por hoy todavía preponderante, que privilegia el hospital y privilegia la enfermedad, la propuesta de intervención en su implementación pretende consultar a todos los actores de la misma, como lo establece la política sanitaria del Estado Plurinacional de Bolivia, el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural, política que guía el accionar del Sector Salud y que establece que no debería haber ningún programa o norma aislada, que no contemple la filosofía de que la salud es una tarea de todos, no sólo del ámbito técnico médico.

La NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO es anterior al Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio de 2011¹⁹, que ha planteado para el sector salud, un nuevo modelo de atención y gestión en salud, denominado Salud

¹⁹ **DECRETO SUPREMO N° 29601:** Tiene por objeto establecer el Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Su objetivo es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.

La estrategia de implementación del Modelo SAFCI como un proceso político de movilización social, continua por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general. Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales.

Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), basado en los Principios de Participación Comunitaria, Intersectorialidad, Interculturalidad e Integralidad; este modelo amplía la participación social en el diseño, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de salud, que incluyen acciones de promoción y reparación de la salud y prevención de las enfermedades, orientadas al desarrollo integral de la comunidad, dentro del concepto de derechos y crea instancias de diálogo entre la institución de salud y la población en los diferentes niveles de gestión.

La presente propuesta de intervención pretende MEJORAR LA NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO incorporando en la misma este nuevo paradigma en la atención de la salud, más aun si la misma viene desarrollando un instrumento técnico, que se debe constituir en parte del Expediente Clínico: --la **carpeta familiar**--²⁰ que registra el seguimiento que efectúa el médico mediante visitas casa por casa a las familias, con el fin de conocer los factores socioeconómicos, culturales, condicionantes ambientales, biológicos, genéticos, psicológicos que se identifican en el contexto familiar.

Además el modelo es operacionalizado en las redes de servicios de los establecimientos de salud, de manera integral e intercultural, abarcando no sólo la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y cosmovisión, así como su salud mental y todo lo relacionado con el espacio socioeconómico, cultural y geográfico, de donde provienen el/la usuario/a, la familia y la comunidad.

Así nuestra propuesta de intervención deberá integrarse al Modelo de Atención y a las Redes de Servicios de Salud y a la articulación de la medicina biomédica y la tradicional.

²⁰ **CARPETA FAMILIAR:** registro de los problemas de salud y sus determinantes que el médico realiza bajo el consentimiento de la comunidad, que permite conocer en que condiciones vive la familia, si cuenta con agua potable, como y cuanto se alimenta, si tiene animales fuera y dentro de la casa, la idea es tener un expediente de cada familia donde se pueda ver de manera rápida cuales son sus riesgos y actuar de manera preventiva

En la propuesta de intervención se debe considerar que en el proceso de atención, se produce la relación entre dos o más culturas médicas, por lo que son posibles encuentros y desencuentros, en especial si no hay acercamiento, coordinación, respeto y aceptación; por lo tanto se busca la articulación y complementariedad entre culturas, cuestión que debe reflejar el Expediente Clínico.

En la prestación de servicios la relación entre el equipo de salud y el usuario debe ser horizontal, en un espacio en el cual la interacción de éstos se dé respetando la cosmovisión, mediante comunicación fluida, preferentemente en el idioma del usuario, y aceptando la decisión de éste en relación a su salud implementando notablemente el consentimiento informado y los procedimientos médicos de diagnóstico, tratamiento y prevención, académicos o tradicionales que deben estar incluidos en el Expediente Clínico.

Se deben considerar también otros antecedentes jurídicos como la Resolución del Ministerio de Salud y Deportes 0090 sobre la NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO de 26 de febrero de 2008. La Resolución administrativa del Reglamento para la elaboración, manejo y archivo del expediente clínico en las entidades de Seguridad Social a corto plazo del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES). Y la Regulación del Ejercicio Profesional Médico, que se promulgó el 8 de agosto de 2005, Ley 3131²¹, y su Decreto Supremo N° 28562²² que la reglamenta.

²¹ **La Ley del Ejercicio Profesional Médico:** consta de ocho capítulos, 18 artículos y regula el ejercicio de la profesión y establece además los derechos y deberes del médico y del paciente, el funcionamiento de la auditoría médica y las excepciones para el secreto médico. a) La profesión médica está consagrada a la defensa de la vida, cuidado de la salud integral de la persona, familia y comunidad. b) El médico ejerce una labor en el marco de la probabilidad de toda ciencia para obtener resultados probables. c) El médico en el ejercicio de su profesión actuará con autonomía e independencia, guiado por normas y protocolos vigentes. d) En el ejercicio profesional médico, inclusive en la enseñanza de la medicina, el secreto médico es inviolable salvo las excepciones previstas en la presente Ley.

²² **Decreto Supremo N° 28562:** reglamenta la Ley N° 3131. En el marco de la defensa de la vida, el cuidado de la salud integral de la persona, familia y comunidad requiere acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades por parte del profesional médico, en forma inexcusable, cualquiera sea su cargo, especialidad o nivel de actuación en el Sistema Nacional 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. 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.

Documentos legales que propician una relación equilibrada médico - paciente, con el propósito de regular el acto médico y mejorar la gestión de calidad en los establecimientos de salud.

El ámbito de aplicación de la Ley N° 3131 es el Sistema Nacional de Salud en sus sectores: Público, Seguridad Social, Privado con fines de lucro y Privado sin fines de lucro legalmente autorizados.

La Ley ha definido claramente las funciones y las actividades relacionadas con el ejercicio profesional médico, como también el reconocimiento legal de los documentos médicos oficiales, estableciendo además las excepciones legales al secreto médico. Ha declarado expresamente los Derechos y Deberes del Médico como también los Derechos y Deberes del Paciente. Ha institucionalizado la auditoria médica en los ámbitos del acto médico y de la gestión de calidad de los establecimientos de salud.

7. La pregunta de la investigación

En el marco jurídico de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y de la Constitución Política del Estado en vigencia ¿Cuáles son los lineamientos de la propuesta para mejorar la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico?

IV. OBJETIVOS

A. **Objetivo:** Mejorar la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico²³.

B. Objetivos Específicos

1. Establecer la necesidad de mejorar la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico.
2. Actualizar la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico, adecuandola al Marco Jurídico de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y a la Constitución Política del Estado en vigencia.
3. Evaluar la aplicación de los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del Expediente Clínico.
4. Elaborar la Propuesta Mejorada de la Norma del Expediente Clínico, alcanzando la mejor solución técnica para obtener servicios de calidad.
5. Validar las mejoras a la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico consensuando con todos los actores.

C. Objetivos a proponer al Ministerio de Salud y Deportes:

1. Circular las mejoras a la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico, entre los/as actores(as) de los diferentes niveles de gestión compartida (local, municipal, departamental y nacional).
2. Aprobar las mejoras a la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico, fortaleciendo el Sistema Boliviano de Normalización mediante su consideración, revisión y votación (Aprobación/No aprobación), y su reconsideración, en base a las razones técnicas en que estén basados los votos negativos recibidos.
3. Difundir las mejoras a la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico.

²³ **OBJETIVO GENERAL DE LA NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO. Artículo 2.:** 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.

IV. JUSTIFICACION

Mejorar la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico,²⁴ evaluando su aplicación es desde todo punto de vista necesario, porque permitirá consolidar la idea rectora de proteger el derecho a la vida, a la salud y también a la privacidad, intimidad, honra, honor, propia imagen y dignidad. Así se perfeccionara el diseño de esta norma, perfeccionándola para que refleje los resultados de un trabajo conjunto entre todas las partes involucradas y que debe ser aprobada por consenso y armonizada con normas recomendadas internacionalmente

Por una parte realizaremos una revisión del Marco Jurídico de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural desde la perspectiva de la Constitución Política del Estado para comprender la magnitud de sus fundamentos, reconocidos en el texto constitucional vigente y por otra evaluaremos la implementación de la norma como un procedimiento para extraer la información que tenga encadenamiento lógico, que la intervención finalmente optimice el sistema de registro de datos médicos.

Considerando además, que si bien estos datos médicos corresponden a un número en el archivo administrativo son referidos a una persona importante y conocida; con nombre, apellido, familia y tradición en su comunidad y así desde tal perspectiva, asumir su trascendental valor tanto en la asistencia sanitaria como paciente, cuanto en la resolución de cuestiones médico legales. Que lleve a comprender la enfermedad, sus implicaciones prácticas que “permitirán la recolección y valoración de datos que fundamenten el diagnóstico, den idea de una posible evolución (pronóstico), orienten a una terapéutica y a los estudios necesarios y se realice un seguimiento del caso que implique la confirmación o cambio tanto del diagnóstico como de la terapéutica implementada”²⁵.

²⁴ **NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO. Artículo 5. 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.

²⁵ **LA HISTORIA CLÍNICA:** Conceptos Básicos, Sitio del Dr. Hugo Marietán: www.marietan.com

1. Marco Jurídico de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

La Resolución Ministerial 0090 de 26 de febrero, inicia la redacción: vistos y considerando con el Artículo 158 de la anterior Constitución Política del Estado que fue derogada, estableciendo que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano, técnicamente esta Resolución es anticonstitucional, pero la misma aprobó y puso en vigencia los siguientes documentos: 1. Bases para la organización y funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud; 2. Manual de auditoría en Salud y norma técnica; 3. **Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico**; 4. Guía básica de conducta médico sanitaria; 5. Obtención del Consentimiento informado; 6. Reglamento general de establecimientos de salud; 7. Manual de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de primer nivel; 8. Manual de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de segundo nivel; 9. Manual de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de tercer nivel; 10. Guía de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de primer nivel; 11. Guía de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de segundo nivel; 12. Guía de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de tercer nivel

La política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural se basa, fundamentalmente, en la vigente Constitución Política del Estado, que se constituye en la norma jurídica positiva fundamental suprema que rige la organización y el desarrollo del Estado Plurinacional, definiendo los derechos y deberes de los bolivianos y bolivianas.

La Constitución Política de Bolivia es el décimo séptimo texto constitucional en nuestra historia republicana. Entró en vigencia el 7 de febrero de 2009, fecha en la que fue promulgada por el Presidente Evo Morales, tras ser aprobada en un referéndum con un 90,24% de participación. La consulta fue celebrada el 25 de enero de 2009 y el voto aprobatorio alcanzó un 61,43% del total, es decir, 2.064.417 votos. El "no", por su parte, alcanzó 1.296.175 sufragios (es decir, un 38,57%). Los votos en blanco sumaron 1,7% y los nulos, un 2,61%.²⁶

²⁶ CORTE NACIONAL ELECTORAL: Referéndum Nacional Constituyente 2009.

El constitucionalismo boliviano²⁷ es el proceso de concreción técnica en sentido axiológico y cronológico de la ideología racionalista²⁸ al derecho público²⁹ del Estado boliviano para dotarse de normas jurídicas supremas y de una Constitución política escrita que configuren históricamente su ordenamiento constitucional.³⁰

Dentro del proceso llamado constitucionalismo boliviano³¹ se dan normas jurídicas para garantizar los derechos de las personas y limitar el poder público del Estado. Es importante destacar que el Derecho Constitucional Boliviano otorga validez al resto de las otras normas jurídicas inferiores. Su incumplimiento merece declaración de inconstitucionalidad.

El derecho a la vida, a la salud y a la privacidad, intimidad, honra, honor, propia imagen y dignidad son derechos reconocidos en el texto constitucional. Por un lado, resulta evidente que el derecho a la vida es el antecedente o supuesto ontológico sin el cual los restantes derechos fundamentales no tendrían existencia posible. Por otro lado el derecho a la privacidad e intimidad, en su doble dimensión física y moral, operan como su complemento ineludible en cuanto garantizan la plena inviolabilidad del ser humano y sienta las bases de su construcción individual y social.

²⁷ **ANTECEDENTES DEL PROCESO CONSTITUCIONAL BOLIVIANO:** Decreto de convocatoria a la Asamblea de Diputados Provincias Altoperuanas (1825, 9 febrero), Acta de Independencia (1825, 6 agosto), Decreto del Estado y Capital (1825, 11 agosto), leyes de División de Poderes (1825, 13 agosto). Primera Ley constitucional de Bolivia de Creación de Los Símbolos Nacionales (1825, 17 agosto), de División Política (1826, 23 enero), de Organización provisional del Poder Ejecutivo (1826, 19 junio), la Primera Constitución de Bolivia (1826, 19 noviembre), sus reformas parciales de 1880, 1938, 1967, 1994 y el Decreto Supremo N° 21060 (29 agosto 1985) y la actual Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

²⁸ **IDEOLOGÍA RACIONALISTA:** Doctrina sobre la teoría del conocimiento según la cual el conocimiento humano no pueden inferirse de la experiencia ni de las generalizaciones de la misma; sólo pueden extraerse del propio entendimiento: de conceptos que le son innatos o de conceptos que existen sólo en forma de aptitudes.

²⁹ **PODER PUBLICO:** Potestad inherente al Estado y que lo autoriza para regir, según reglas obligatorias, la convivencia de cuantos residen en territorio sujeto a sus facultades y administrativas. Ha sido tema de polémica el origen del poder público, para algunos, procede de Dios y recae directamente en la persona elegida para ejercerlo. Esta teoría sirvió de base a las monarquías absolutas y a los regímenes de gobierno autocrático (persona individual, partido político, grupo militar, organismo sindical). Otros muchos autores niegan el origen divino del poder público, destaca la Teoría del Contrato social expuesta por Rousseau, que dice que el poder público es un atributo del pueblo que es delegado en una constituyente al sus representantes y con las formas constitucionalmente establecidas

³⁰ **CONSTITUCIONALISMO BOLIVIANO,** Sitio del Dr. Jorge Machicado: <http://jorgemachicado.blogspot.com>

³¹ **NORMA JURÍDICA CONSTITUCIONAL:** se conceptualiza como significación lógica creada según ciertos procedimientos instituidos por una comunidad jurídica y que, como manifestación unificada de la voluntad de ésta, formalmente expresada a través de sus órganos e instancias productoras, regula la conducta humana, en un tiempo y lugar definidos, prescribiendo a los individuos, frente a determinadas circunstancias condicionantes, deberes y facultades, y estableciendo una o más sanciones coactivas para el supuesto de que dichos deberes no sean cumplidos.

J. C. SMITH citado en **RUGIERO,** Roberto de, Instituciones del Derecho Civil, Madrid, España, 1929, Tomo I, páginas 2 y 3

Nuestra Constitución reconoce los Derechos Fundamentales, Capítulo Segundo:³²

Artículo 15 I. Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física,...

Artículo 18 I. Todas las personas tienen derecho a la salud. II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. III. 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. En el **Artículo 21**, se destaca entre otros que las bolivianas y los bolivianos tienen el derecho a la privacidad, intimidad, honra, honor, propia imagen y dignidad.

El derecho a la vida y el de integridad física son, pues, no solo los primeros derechos fundamentales desde un punto de vista lógico, sino también los primeros desde la perspectiva de su enunciado y tratamiento constitucional, en nuestra evolución jurídica-política³³. El DERECHO A LA VIDA aparece por primera vez en la reforma constitucional de 1967:³⁴ toda persona tiene derecho a la vida, la salud y la seguridad

En cuanto a los tratados internacionales suscritos por Bolivia en relación con el derecho a la vida y el derecho a la integridad física, hay que destacar la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948. La Declaración supone el primer reconocimiento universal de que los derechos básicos y las

³² Los derechos fundamentales son **derechos humanos** subjetivos que de los cuales gozan las personas individuales o colectivas los cuales están protegidos por medios jurisdiccionales respecto de los poderes u órganos del Estado y de las demás personas. **Derechos humanos** son aquellos que el hombre posee por el mero hecho de serlo. Son inherentes a la persona y se proclaman sagrados, inalienables, imprescriptibles, fuera del alcance de cualquier poder político. Los derechos humanos se diferencian de los derechos fundamentales por lo siguiente: éstos últimos están reconocidos en las Constituciones, los derechos humanos aún no. **Permalink:**
<http://jorgemachicado.blogspot.com/2009/08/dcb.html>.

³³ **DERECHO CONSTITUCIONAL COMPARADO** que en otras constituciones se ha formulado el derecho a la "integridad física y moral" expresión introducida en sustitución del término más limitado de "integridad física" que señala nuestra Constitución. Más allá solo están las genéricas alusiones al derecho a la vida, como derecho innato o inalienable. Hay que recordar que tras la hecatombe que supuso la Segunda Guerra Mundial, el flagrante y manifiesto desprecio por la vida y la integridad física y moral del ser humano que se produjo en esa conflagración aconsejó, como reacción, el reconocimiento de estos bienes al máximo nivel constitucional, esto es, como derechos fundamentales con el mayor nivel de protección posible. Así la Constitución italiana de 1947 (artículos 13.4º y 27.3º y 4º), la alemana de 1949 (artículos 2.2º, 102 y 104.1), la griega de 1975 (artículo 7.2º y 3º), la portuguesa de 1976 (artículos 25 y 26) y la Constitución española de 1978 (artículos 15).

³⁴ **HUGO SAN MARTÍN**. Proceso de Reforma Constitucional y la posibilidad de la Asamblea Constituyente. **REFORMA CONSTITUCIONAL DE 1967**. Parte primera, la persona como miembro del Estado, título primero derechos y deberes fundamentales de la persona, Artículo 7.- Derechos fundamentales de la persona: Toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio: 1. A la vida, la salud y la seguridad;...
www.comisiondeconstitucion2002-2003.awardspace.com

libertades fundamentales son inherentes a todos los seres humanos, inalienables y aplicables en igual medida a todas las personas. Independientemente de nuestra nacionalidad, lugar de residencia, género, origen nacional o étnico, color de piel, religión, idioma o cualquier otra condición.

A lo largo de los años, Bolivia se adhirió mediante Decretos Supremos, elevando casi todos ellos a rango de Leyes de la republica a tratados de derecho internacional consuetudinario, principios generales, acuerdos regionales, y a través de ellos expresa y garantiza los derechos humanos³⁵.

El desarrollo legislativo del artículo 15 de la Constitución, genero varias normas que, aunque aprobadas antes de la entrada en vigor de nuestra nueva Constitución, tienen su origen directo en la misma. Las reformas del Código Penal³⁶ y sus modificaciones procesales de enorme trascendencia, que dan una nueva redacción a muchos delitos relacionados con los derechos a la vida y a la integridad personal, destacando el otorgamiento de mayor relevancia al consentimiento en las lesiones; la despenalización parcial del aborto, artículo 266 del Código Penal por el grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada (aborto terapéutico), y el embarazo a consecuencia de una violación (aborto ético o criminológico); afectando, como es natural, a todos los delitos contra la vida y la integridad personal.

³⁵ **LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS:** ha inspirado más de 80 declaraciones y tratados internacionales, un gran número de convenciones regionales, proyectos de ley nacionales de derechos humanos y disposiciones constitucionales que, en conjunto, constituyen un sistema amplio jurídicamente vinculante para la promoción y la protección de los derechos humanos.

Basándose en estos logros, en 1976 entraron en vigor el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, junto con sus dos Protocolos Facultativos, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Los dos Pactos han desarrollado la mayoría de los derechos ya consagrados, haciendo que sean efectivamente vinculantes para los Estados que los han ratificado. En su mayoría, definen derechos ordinarios tales como el **derecho a la vida**, la igualdad ante la ley, la libertad de expresión, el derecho al trabajo, la seguridad social y la educación.

Con el tiempo, los tratados internacionales de derechos humanos se han ido centrando y especializando tanto en los temas que abordan como en los grupos sociales que precisan de su protección. La legislación relativa a los derechos humanos sigue creciendo y ampliando los derechos y libertades fundamentales que figuran en la Carta Internacional de Derechos Humanos, abordando asuntos como la discriminación racial, la tortura, las desapariciones forzadas, las personas con discapacidad, y los derechos de la mujer, los niños, los migrantes, las minorías y los pueblos indígenas.

³⁶ **SE HA MODIFICADO EL CÓDIGO PENAL**, con varias medidas concretas en materia de protección de víctimas de malos tratos, en materia de seguridad ciudadana y violencia doméstica entre otras cosas, endureciendo la penalidad de las lesiones y amenazas en el ámbito familiar, fomentando los aspectos preventivos. Actualmente se encuentra para su tratamiento por la Asamblea Plurinacional, un Proyecto de Ley que pretende tipificar la negligencia médica que causa lesión al paciente, daños físicos por cuidados médicos, incumplimiento de los reglamentos por impericia, imprudencia e insuficiencia de aptitudes para el ejercicio profesional.

A partir de la aprobación y promulgación de la Nueva Constitución Política del Estado se ha iniciado un proceso para lograr el cambio de patrones culturales en la mentalidad y en el comportamiento de las personas a fin de garantizar la correcta implementación de los principios, valores y disposiciones de la nueva Ley fundamental.

La aprobación del Plan General de Desarrollo Económico y Social de la Republica, Decreto Supremo No. 29272 (12/09/2007): “Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien, se constituye en impulsor para lograr el cambio del actual sistema de salud. El componente de salud se encuentra en el pilar de la Bolivia Digna, hacia un sistema de salud más social y participativo, de un Estado colonial a un Estado plurinacional, comunitario y con intensa participación social.

El Código de Salud determina en su Art. 2º que la salud es un bien de interés público, por lo que corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad. La ley N° 3351 de Organización del Poder Ejecutivo en artículo 4º inciso d) establece las atribuciones del Ministerio de Salud para aprobar y poner en vigencia normas para promover el desarrollo del Sistema Nacional de Salud: Así nace la nueva política sanitaria del País, mediante el Decreto Supremo N° 29601 (11/06/2011) que implanta el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL³⁷ que se constituye en la **nueva forma de hacer salud** en el “Sistema Nacional de Salud”, con el equipo de salud, la comunidad y sus organizaciones implementando la Gestión Compartida de la Salud y la Atención de la Salud en el establecimiento, en el domicilio y en la comunidad.

Este enfoque se basa en el reconocimiento a las diferencias culturales y un relacionamiento horizontal entre culturas.

³⁷ **DECRETO SUPREMO N° 29601: “NUEVO MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL”**: Este instrumento es **participativo** al buscar e impulsar que los (las) actores (as) sociales sean protagonistas en la gestión de la salud y su entorno, a través de acciones **intersectoriales e integrales** en las que se articulan, complementan y revalorizan las medicinas que existen en el país, pero particularmente las tradicionales, alternativas e indígenas.

El marco legal y normativo de la política de salud familiar comunitaria intercultural se fundamenta en los artículos 16, 17, 18, 19, 20, 30, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44 y 45 de la Constitución Política del Estado, marca el accionar del Ministerio de Salud.

El artículo 18 expone a la salud como derecho fundamental; el artículo 30 como Derecho a la salud de la naciones y pueblos indígenas y originarios; el artículo 35 al Sistema único incluyente de la medicina tradicional y el acceso universal a servicios; el artículo 36 al acceso al seguro universal de salud; el artículo 37 la Obligación del Estado a garantizar y sostener el derecho a la salud. El artículo 39 la Vigilancia de la calidad de atención, el artículo 41 el acceso a los medicamentos, priorizando los genéricos, el artículo 42 describe la Promoción y práctica de la medicina tradicional y las determinantes sociales ó determinantes de salud se encierran en los artículos 16, 17, 18, 19, 20, los artículos 43 y 44 explican lo relativo a los Derechos de los pacientes. El artículo 45 el Derecho de las(os) bolivianas(os) a la seguridad social.

El Decreto Supremo 29601 señala que la estrategia fundamental para hacer efectivo el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es la promoción de la salud, proceso político de movilización social continuo por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando la organización y movilización para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr y alcanzar el Vivir Bien.

El objetivo del modelo es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria³⁸, a través de la implementación del Sistema Único Comunitario Intercultural de Salud, que asume el principio de la participación social en la toma de decisiones en todos sus niveles de gestión y atención de la salud de bolivianos/as como un Derecho Fundamental que el Estado garantiza.

³⁸ **Artículo 2.- OBJETIVO DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL:** es contribuir en la eliminación de la exclusión social, reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud y de brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad, además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población. (Decreto Supremo 29601)

Los valores constitucionales están reflejados también en las siguientes normas generadas por el sector salud:

Decreto Supremo (D.S.) N° 1115, (21/12/2011) del Reglamento a la Ley N° 1716, de Donación y Trasplante de Órganos, Células y Tejidos.

Ley 31 (19/07/2010), Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”, que reconoce expresamente el derecho a vivir con dignidad.

D.S. 66 (03/04/2009) que establece el incentivo para la maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil de cero a dos años de edad, mediante el Bono Madre Niño – Niña “Juana Azurduy” en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas de erradicación de la pobreza extrema.

Ley 3323 (16/01/2006), crea el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) en todo el territorio nacional, de carácter integral y gratuito. D.S. 28666 (05/04/2006), Administración Prefectural y coordinación entre niveles. D.S. 28968 (13/12/2006), reglamento de prestaciones y gestión del seguro de salud del adulto mayor. D.S. 28966 (13/12/2006), reglamenta la administración, ejecución y descargo de gastos de los recursos económicos que constituyen el Fondo de Control Social (FCS), otorgados a los Comités de Vigilancia de los Municipios.

Ley 3250 (06/12/2005), amplía las coberturas del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en todo el territorio nacional. D.S. Reglamentario de la Ley 3131 (22/12/2005)

Ley 2426 (21/11/2002), crea el Seguro Universal Materno Infantil, con carácter universal, integral y gratuito. D.S. 26873 (21/12/2002), establece el Sistema Nacional Único de Suministro (SNUS) de medicamentos, insumos médicos y reactivos, en el Sistema Nacional de Salud. D.S. 26874 (21/12/2002), reglamento de Prestaciones y Gestión del Seguro Universal Materno Infantil. D.S. 26875 (21/12/2002), Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud (DILOS).

Ley 2235 (31/07/ 2001) Ley de Dialogo 2000 y anexo sobre salud pública, déficit de recursos humanos del sistema boliviano de salud en el total de municipios del país.

Ley 2028 (28/10/1999), Ley de Municipalidades.

D.S. 25233 (27/11/1998), Servicios Departamentales de Salud.

Ley 1737 (17/12/1996), Política Nacional del Medicamento.

D.S. 23813 (30/06/1994), Reglamento de la Ley de Participación Popular, con sus anexos: Aspectos Económicos y Patrimoniales de la Ley de Participación Popular. Programas de Salud Para Provisión de Medicamentos.

D.S. 15629 (18/06/1978), apruébese el Código de Salud de la República de Bolivia en sus seis libros y Ciento cincuenta y seis artículos y un Título preliminar.

De esta manera se justifica actualizar la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico, adecuandola al Marco Juridico de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y a la Constitucion Política del Estado en vigencia, con la participación de la ciudadanía responsable y consciente de la necesidad de la existencia de normas que regulen su accionar diario, pero que las mismas contengan valores y principios fundamentales, concensuados y aceptados por todos y todas.

B. Evaluación de la aplicación activa de la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico.

A cuatro años de su IMPLEMENTACIÓN se evaluara si todos los actos médicos se efectúan con su correspondiente registro, aplicación activa de la Norma Técnica. ¿Se ha eliminado datos superfluos? ¿Se ha logrado más coherencia en el cuadro individual que se está analizando? ¿Se han producido datos significativos? ¿Se han

efectuado Auditorias Médicas?³⁹ ¿Se han registrado conocimientos teóricos, prácticos, metodológicos? ¿Está siendo exigible por todas las instituciones de salud como elemento indispensable para ejercer una medicina de calidad?

El Aspecto TEÓRICO estará centrado en presentar las razones teóricas que justifican la investigación, ilustrando todos los conocimientos que brindará el trabajo sobre el objeto investigado. Será una gran contribución a la ciencia y a la práctica cotidiana de los profesionales del Sistema Boliviano de Salud. Una mejora de la Norma Técnica que evalúe si se han establecido los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del Expediente Clínico.

En el Aspecto PRÁCTICO pretende resolver un problema real, la ejecución eficaz de las Auditorias Médicas. Si las soluciones a las que llega resuelven la problemática planteada, la investigación poseerá utilidad práctica y se justificara solo por ello. Toda la sociedad se beneficia con la aplicación de esta norma, es su trascendencia, además de ser “un instrumento del que se valen varias personas: Médico, Psicólogo, Asistente Social, Forense, Juez, Enfermero, personal de estadística y de administración, Médicos de otras especialidades en las ínter consultas o estudios, Investigador, Docente, estudiante, etc., hasta el anatómo-patólogo y el Historiador”⁴⁰.

El diseño utilizado en el aspecto METODOLÓGICO generara nuevos conocimientos y aportara a otras investigaciones. Con una adecuada sistematización cumplirá su objetivo de dejar documentada la práctica médica. Se aplicara también un sistema modelo de revisión de normas que podrá ser replicado para revisar otras similares en el sistema Nacional de salud. El Expediente Médico tiene gran relevancia social, porque “se escribe siempre para otro. Por lo tanto, se debe hacer de tal forma que el

³⁹ **Decreto Supremo 28562, Artículo 17.- (AUDITORIA MEDICA EXTERNA).** La auditoria 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.

⁴⁰ **La historia clínica: conceptos básicos** Sitio del Dr. Hugo Marietán: www.marietan.com

que la lea se represente, lo más aproximadamente posible, las observaciones esenciales del caso, de manera que pueda sacar sus propias conclusiones. Quedan desde ya descartadas las anotaciones tipo telegrama, tanto como las noveladas. La letra ininteligible tiene el mismo valor que la página en blanco, o peor aún, hace perder tiempo (o un dato que pudo ser valioso), convirtiéndose en una falta de respeto”⁴¹.

En cuanto a su importancia Legal, el Expediente Médico o Clínico desde el punto de vista jurídico está contemplado en el DS N° 28562⁴², recordemos que es un instrumento público, y puede ser exigido por la justicia. Pero, además, esta norma debe estar basada en valores y principios que deben sostener la formación de una ciudadanía responsable, imbuida en el respeto de los derechos y deberes del paciente y del médico, con todos los elementos que ellas contienen. Se debe tener presente que el derecho social prima sobre el derecho individual, que la mediación es la única repuesta idónea para resolver la diferencias y que todos deben acatar la norma de convivencia. Este valor implicado obliga a buscar también la normativa sanitaria: la Ley N° 3131 promulgada el 8 de agosto de 2005, que establece la regulación del Ejercicio Profesional Médico, y su ámbito de aplicación el Sistema Nacional de Salud en sus sectores: Público, Seguridad Social, Privado con fines de lucro y Privado sin fines de lucro.

La Ley 3131 consagra la defensa de la vida, al cuidado de la salud integral de la persona, familia y comunidad, por lo que se necesita ineludiblemente la revisión de la aplicación de la norma del Expediente Clínico para poder legitimar las auditorias médicas como gestión de la calidad de los servicios de salud. En su Artículo 2º La Ley considera su aplicación en todo el Sistema Nacional de Salud; generando la construcción por la práctica de una norma, discutida y aceptada por todos los sectores y sujetos del sistema, como un primer paso para legitimarla.

⁴¹ Ídem.

⁴² **Decreto Supremo N° 28562:** reglamenta la Ley N° 3131. **Capítulo V Documentos Médicos Oficiales. Artículo 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.

La Ley 3131⁴³, habla de prestación sanitaria, de respeto a la dignidad de la persona, de derechos y de información acumulada y utilizada, entrecruzando una multiplicidad de intereses y derechos como el derecho a la salud, el derecho a la intimidad personal y familiar, el derecho a la vida, el derecho a la igualdad, podemos prestar la atención constitucional exigida a todos los bienes en juego refiriéndonos al derecho, a la protección de datos de carácter personal, porque esta norma define claramente el reconocimiento legal de los documentos médicos oficiales, institucionalizando mediante esta Ley, la auditoria médica en los ámbitos del acto médico.

⁴³ **Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico: Artículo 11. (Derechos del Médico).** Todo médico licite derecho a:

- a) Una remuneración justa.
- b) Un trato digno del paciente, los familiares de éste y la comunidad.
- c) Trabajar en condiciones adecuadas para el desempeño de sus funciones.
- d) Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones.
- e) Que se respete su criterio medico, diagnóstico y terapéutico y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos sustenten sobre bases éticas, científicas y protocolos vigentes.
- f) Recibir capacitación y actualización de su institución.

ARTICULO 12. (Deberes del Médico). Son deberes del profesional médico:

- a) Cumplir con los principios éticos de la Declaración de Ginebra, aprobados por la Asociación Medica Mundial.
- b) Estar inscrito en el Colegio Médico de Bolivia.
- c) Colaborar a las autoridades del Sistema Nacional de Salud en caso de epidemias, desastres y emergencias
- d) Respetar el consentimiento expreso del paciente cuando rechace el tratamiento u hospitalización que se le hubiere indicado.
- e) Guiarse por protocolos oficiales cumpliendo con normas técnicas establecidas por el Ministerio del área de Salud.
- f) En caso de urgencia ningún médico, centro de salud, hospital o clínica podrá negar su atención básica.
- g) Brindar atención cuando una persona se encuentre en peligro inminente de muerte aún sin el consentimiento expreso.
- h) Otorgar los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin distinción alguna y sin más limitaciones que las señaladas por Ley.
- i) Informar al paciente, o responsables legales, con anterioridad a su intervención, sobre los riesgos que pueda implicar el acto médico.
- j) Cumplir con el llenado de los documentos médicos oficiales señalados en la presente Ley.
- k) Guardar el secreto médico, aunque haya cesado la prestación de sus servicios.
- l) Capacitación médica continua, para ello deberán someterse a los programas de capacitación y actualización periódica de conocimientos que definirá el Estado boliviano en forma obligatoria.

ARTICULO 13. (Derechos del Paciente). Todo paciente tiene derecho a:

- a) Recibir atención médica humanizada y de calidad.
- b) La dignidad como ser humano y el respeto a sus creencias y valores étnicos culturales.
- c) La confidencialidad.
- d) Secreto médico.
- e) Recibir información adecuada y oportuna para tomar decisiones libre y voluntariamente.
- f) Libre elección de su médico, de acuerdo a disponibilidad institucional.
- g) Reclamar y denunciar si considera que sus derechos humanos han sido vulnerados durante la atención medica.
- h) Disponer de un horario y tiempo suficiente para una adecuada atención.
- i) Respeto a su intimidad.
- j) Trato justo y equitativo sin desmedro de su condición socioeconómica, étnico cultural, de género y generacional.
- k) Solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.
- l) Negarse a participar en investigaciones o enseñanza de la medicina, salvo en situaciones que la Ley establece.
- m) Apoyar a la práctica médica como voluntarios en el tratamiento de enfermedades graves y ayudar a su rehabilitación.

ARTICULO 14. (Deberes del Paciente). Todo paciente tiene deber de:

- a) Trato digno y respetuoso a su médico.
- b) Cumplir oportuna y disciplinadamente las prescripciones e indicaciones médicas.
- c) Comunicar de manera veraz y completa sus antecedentes de salud, personales y familiares.

En la Ley 3131 y en su Decreto Supremo 28562 Reglamentario, se declaran expresamente los Derechos y Deberes del Médico como también los Derechos y Deberes del Paciente y se han establecido las excepciones legales al secreto médico, propiciando una relación equilibrada médico-paciente, con el propósito de regular el acto médico y mejorar la gestión de calidad en los establecimientos de salud.

La Ley 3131 patrocinada por la Constitución promueve un poder de disposición y de control sobre el expediente médico que está constituido por el conjunto de la historia clínica y documentos relacionados que incluye el derecho a que se requiera el previo consentimiento para su recogida y uso, el derecho a saber y ser informado sobre el destino y uso de esos datos y el derecho a acceder, rectificar y cancelar dichos datos. En definitiva el poder de control sobre esos datos (con todo su contenido esencial) constituye un derecho fundamental que goza de la más alta protección de nuestro ordenamiento jurídico.

El acopio de información presenta múltiples proyecciones y en todas ellas ha de preservarse su contenido. Si la información versa sobre las personas, es decir, se refiere a datos de carácter personal ha de someterse a principios y reglas y controlarse para no provocar una lesión en los derechos de los individuos. Si esa información incorpora además revelaciones sobre la salud, es decir se convierten en datos sobre la salud, las garantías deben extremarse.

Los datos sobre la salud constituyen un elemento intrínseco y primordial en la vida de una persona. La asistencia sanitaria -tanto en atención primaria como en atención especializada, en emergencias o en la hospitalización- no constituye una cuestión circunstancial, sino que forma parte de nuestra propia existencia.

De una acertada, rápida y eficaz atención sanitaria depende nuestra salud y en ocasiones extremas nuestra propia vida. Por ello, la asistencia sanitaria adecuada requiere una información correcta sobre aspectos de la vida y la salud del paciente y

una conservación perfecta de los mismos. Estos aspectos sociales de la sanidad requieren también la utilización de los datos de los pacientes, uso que habrá de realizarse con los controles adecuados para no lesionar sus derechos y sus intereses.

La necesidad de controlar la información que revela aspectos de la salud de una persona, resulta primordial para mantener intactos en su disfrute y su ejercicio los derechos fundamentales del individuo y evitar despojar a la persona de su dignidad como ser humano. La asistencia sanitaria adecuada obliga a revelar al profesional médico datos extremadamente confidenciales, aspectos de la vida que en condiciones normales no se revelarían a nadie, salvo en el supuesto de encontrarse en juego la salud, razón por la cual han de ser especialmente protegidos. Por ello el respeto del derecho individual está observado a un nivel de protección, equivalente a la necesidad de preservar la salud.

El Artículo 21 de nuestra Constitución destaca el derecho a la privacidad, intimidad, honra, honor, propia imagen y dignidad, esto se traduce en la protección de los datos personales y que constituye una de las referencias legislativas a tener en cuenta. De lograrse este cometido, también se legitimaran las instituciones organizadas por la norma, contribuyendo a una nueva práctica del derecho, con aspectos multidimensionales que permitan la convivencia en paz, seguridad y responsabilidad de todos los involucrados en el quehacer de la relación médico paciente.

El último paso sería la proyección de esta nueva concepción de convivencia a toda la sociedad y sus instituciones; desde este enfoque de Derecho. Implementar los preceptos de la Ley 3131, significa implementar la calidad de la convivencia, así entendida, es un antecedente decisivo que contribuirá a la convivencia ciudadana, en tanto la comunidad constituye un espacio privilegiado de convivencia interpersonal, jurídica constitucional, social y organizacional que servirá de modelo y que dará sentido a los estilos de relación entre el paciente y el médico.

V. ANTECEDENTES METODOLOGICOS

Desde que los hermanos Mayo en 1907 introducen la historia clínica única, son muchos los cambios que han surgido para este registro.

En 1968 teniendo en cuenta el perfil de desempeño del médico de Atención Primaria a nivel mundial, se ha decidido adoptar un sistema de registro orientado a los problemas, modelo introducido por Lawrence Weed⁴⁴. Es meritorio destacar que esta “herramienta”, además de serle útil al paciente y a los médicos que lo atienden, es un material donde está estipulado qué otros integrantes del Equipo de Salud pueden utilizarla, ya sea interpretándolas como agregándoles datos.

El modelo de registro propuesto es desarrollado de manera cotidiana en diferentes países donde se practica la Medicina Familiar (MF), como Canadá, España, Reino Unido, EEUU, etc. y se practica diariamente en Centros de Salud, Consultorios de la Seguridad Social y Consultorios Privados de la región y del país adaptándose a estos diferentes contextos.

En la actualidad, en la mayoría de centros del Sistema se sigue este método para las historias clínicas. Los principales componentes de la historia orientada por problemas son: establecimiento de una base de datos⁴⁵, lista de problemas⁴⁶, notas SOAP⁴⁷.

⁴⁴ **Hacia el año 1964, Lawrence E. Weed** publicó un sistema de redacción de la historia clínica denominado historia orientada por problemas. En los métodos utilizados con anterioridad, cada médico hacía sus propias anotaciones de acuerdo con la dolencia del paciente según su especialidad. En dichas notas se establecía el estado del paciente en ese momento y en caso de realizarse algún procedimiento, el resultado del mismo.

Normalmente no se resumían los datos previos ni se explicaban los procedimientos por los cuales se había llegado a un diagnóstico ni cómo se había decidido un determinado tratamiento. La historia clínica orientada por problemas es un método lógico de documentar la atención que se presta al paciente, permitiendo una mayor comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al paciente, a lo largo de sus procesos patológicos.

⁴⁵ **Base de datos:** en la base de datos se recogen todos los hechos ocurridos al paciente obtenidos a partir de fuentes como la historia clínica, el examen físico, pruebas diagnósticas, etc.

⁴⁶ **Lista de problemas:** un problema se define como todo aquello que afecte al paciente. Un problema puede ser un signo, un síntoma, un resultado de laboratorio anómalo, una limitación física, etc. La lista de problemas es algo dinámico, ya que pueden ir apareciendo nuevos problemas y los anteriores pueden irse resolviendo. Los problemas se numeran cronológicamente, pero se atienden de acuerdo a su importancia y gravedad.

⁴⁷ **Notas SOAP:** esta es una forma de organizar los datos en las notas de evolución del paciente. Es un acrónimo de las palabras inglesas: S: subjective (datos subjetivos) O: objective (datos objetivos) A: assessment (valoración) P: plan (plan a seguir)

A. La Historia Clínica

- 1. Datos subjetivos:** En estos datos se registra cómo se siente el paciente según lo que él/ella explica o lo que el profesional sanitario observa. Son datos descriptivos que no pueden confirmarse mediante pruebas. Estos datos se obtienen observando cómo se comporta el paciente, escuchando cómo describe sus síntomas y mediante las respuestas a las preguntas que se le hacen en la revisión por sistemas.
- 2. Datos objetivos:** Estos datos incluyen los signos vitales, los resultados del examen físico y de las pruebas diagnósticas.
- 3. Valoración:** Los datos subjetivos y objetivos deben utilizarse para valorar (evaluar) el estado del paciente incluyendo también la evaluación de la terapia que recibe. Se debe tener en cuenta si el paciente presenta algún factor que le pueda predisponer a desarrollar algún problema. Así mismo debe evaluar si la terapia que recibe es necesaria y es la indicada.
- 4. Plan:** Establecido una vez evaluados los datos subjetivos y objetivos.

B. El expediente Médico parte del Contrato de servicios

El Expediente Médico es parte del contrato de los servicios médicos, entre el paciente y su médico, relación de contrato consensual, por la cual el médico se compromete a colocar todos los medios de su parte para devolver o mantener la salud del enfermo, quien a su vez se compromete a pagar unos honorarios al profesional por su trabajo. Esta forma de relación puede ser de varios tipos:

- 1.** A través de entidades hospitalarias de servicio público en donde el médico es un empleado a sueldo y los Municipios pagan gran parte de la atención médica mediante el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

2. A través de instituciones de las Cajas de Seguro Social
3. Mediante entidades privadas de medicina prepagada: Aunque en estos casos el paciente no busca voluntariamente al médico, se somete a ser atendido por quien se encuentra de turno o llamada.

Ninguno de los casos descarta la relación contractual entre el médico y el enfermo, sino que más bien involucra a un tercero: La institución prestadora de servicios, quien paga al médico por su trabajo y debería garantizar al enfermo la mejor atención posible. El expediente médico deberá ser elemento fundamental en cualquiera de las formas de contratación.

C. Antecedentes de la propuesta de intervención

En el anexo 3 presentamos varios resúmenes de investigaciones sobre: la Historia Clínica. Auditorias médicas. Elaboración participativa de normas. Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Determinantes sociales de la salud. Gestión participativa social en salud.

Estos antecedentes de la presente investigación⁴⁸ que presentamos en anexo, se refieren a la revisión de trabajos previos sobre el tema de la propuesta de intervención, información recabada tanto de libros como de publicaciones en revistas científicas y revistas especializadas, varios realizados por instituciones de educación superior: trabajos de grado, postgrado, resultados de investigaciones institucionales, ponencias, conferencias y congresos.

⁴⁸ **ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:** Se refiere a los estudios previos relacionados con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente y que guardan alguna vinculación con el problema en estudio de la propuesta de intervención.

Debe evitarse confundir los antecedentes de la investigación con la historia del objeto de estudio en cuestión. Se deben señalar, además de los autores y el año en que se realizaron los estudios, los objetivos y principales hallazgos de los mismos.

Aunque los antecedentes constituyen elementos teóricos, éstos pueden preceder a los objetivos, ya que su búsqueda es una de las primeras actividades que debe realizar el investigador, lo que le permitirá precisar y delimitar el objeto de estudio y por consiguiente los propósitos de la investigación.

VI. MARCO TEORICO

La propuesta de intervención para mejorar la Norma Técnica, está dirigida a evaluar su implementación para mejorar la sistematización, homogeneización y actualización del manejo del expediente Clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación y que se constituya como una herramienta de obligatoriedad para el Sistema Nacional de Salud.

La propuesta de esta mejora de la norma⁴⁹ representara el instrumento para la regulación del expediente Médico y orientara al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, enseñanza, investigación, evaluación, administración y estadística.

A. La norma jurídica

Es una regla del comportamiento humano dictado por autoridad competente de acuerdo a un criterio de valor y cuyo incumplimiento trae aparejado una sanción. Generalmente, impone deberes y confiere derechos

Se diferencia de otras normas de conducta en su carácter *heterónimo* (impuesto por otro), *bilateral* (frente al sujeto obligado a cumplir la norma, existe otro facultado para exigir su cumplimiento), *coercible* (exigible por medio de sanciones tangibles) y *externo* (importa el cumplimiento de la norma; no el estar convencido de la misma).

⁴⁹ **Decreto Supremo N° 28562:** reglamenta la Ley N° 3131. **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.

Cabe mencionar también que se añadirá a la definición anterior "con miras al bien común." Para algunos, las normas jurídicas⁵⁰ se diferencian de las *reglas del Derecho*, porque las primeras tienen intención prescriptiva, mientras las reglas tienen carácter descriptivo, de esta manera, podrían estar presentes en un mismo texto.

La relación entre ordenamiento jurídico y norma es el de todo con la parte. Es de carácter cuantitativo. El ordenamiento jurídico estaría constituido por el conjunto de las normas jurídicas. Es común que se confunda el concepto de norma jurídica con el de ley o legislación. Sin embargo, la ley es un tipo de norma jurídica, pero no todas las normas son leyes, pues son normas jurídicas también los Reglamentos, Resoluciones Ministeriales, Decretos y, en general, cualquier acto administrativo que genere obligaciones o derechos.

B. Características de la norma jurídica

1. **Generalidad:** esta dirigida, influye o rige a todas las personas que en un momento dado están bajo la aplicación de las normas.
2. **Abstracción:** operación del espíritu humano que aísla el objeto conocido de su existencia concreta, prescindiendo de las notas individuales o particulares y se queda con la esencia, creando así conceptos jurídicos.

⁵⁰ Decreto Supremo N° 28562: ARTÍCULO 4.- (NORMAS Y PROTOCOLOS). Continuación ...

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.

3. **Legitimidad:** se refiere a que sea verdadero, genuino y cierto.
 - a. Formal: cuando una norma es legítima por su fuente, es decir, que sea dictada en conformidad al procedimiento previamente establecido.
 - b. Material: significa que la norma es legítima por su contenido, es decir que va dirigida a perseguir el bien común.
4. **Imperatividad:** la norma jurídica impone deberes jurídicos, el derecho rige independientemente de la voluntad de los omitidos a sus normas.
5. **Coercibilidad:** Fuerza obligatoria que la institución creadora de la norma legítimamente garantiza para imponer, en defecto del cumplimiento voluntario, las sanciones previstas por la norma en caso de incumplimiento

C. El expediente médico⁵¹

El expediente clínico, es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias. El expediente médico es el único conjunto de documentos, válido desde el punto de vista Médico y de la ley; surge inicialmente del contacto entre el Equipo de Salud y los usuarios y que a partir de la segunda mitad del siglo XX establece una relación entre los usuarios y la institución de salud.

Además de los datos Médicos que tenga relación con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, el expediente no se limita a ser una narración de hechos simplemente, sino que incluye documentos, procedimientos, informaciones, juicios y consentimiento informado del paciente; se va haciendo en el tiempo, documentando fundamentalmente la relación médico-paciente.

⁵¹ Referencias al expediente médico o clínico se encuentran dispersas en varias normas jurídicas, pero la R. M. 90 febrero 2008, ha puesto en vigencia la NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO para registrar con carácter obligatorio, toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, elaborados con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte.

1. Las funciones del Expediente médico o clínico, **corresponden a recoger la información y ordenar los registros para el desarrollo imprescindible de las siguientes finalidades**⁵²:
 - a. Docencia e Investigación: realización de estudios e investigaciones sobre determinadas patologías y la elaboración de publicaciones científicas.
 - b. Epidemiología
 - c. Mejora continúa de la calidad: su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada y mejorarlo.
 - d. Gestión y Administración: para el control y gestión de los servicios médicos
 - e. Médico-legal.

2. **El soporte físico del expediente clínico**⁵³, del expediente médico o clínico incluye documentos de distinto soporte como son:
 - a. Papel escrito: Tradicionalmente ha estado formada en mayor parte por papel, sobre todo manuscrito, por lo que tiene diversos inconvenientes como la legibilidad de la caligrafía, el volumen de espacio que ocupa, de su deterioro con el paso del tiempo y de su destrucción programada, para recuperar espacio en los archivos de los centros de salud.
 - b. Videos.
 - c. Fotografías.
 - d. Estudios radiológicos

3. En algunos establecimientos de salud el expediente clínico está informatizado, mediante complejos programas que unifican el expediente médico.

⁵² En la **NORMA TECNICA DEL EXPEDIENTE CLINICO**, el artículo 7. **FINALIDADES**, se refiere con precisión a los múltiples usos y aplicaciones del EC, definiendo sus finalidades: 1. Asistencial, 2. Docencia, 3. Investigación, 4. Gestión y planificación de recursos, 5. Información, 6. Administración, 7. Jurídica legal, 8. Control de calidad asistencial, 9. Comunicación.

⁵³ En la **NORMA TECNICA DEL EXPEDIENTE CLINICO**, artículo 5 se establecen las siguientes definiciones: **19 Documento Iconográfico** todo documento del EC que muestra una imagen, dígame grafica, dibujo, fotografía, radiografía, tomografía, ecografía, gammagrafía o lamina histopatológica. **20. Documento escrito** todo documento escrito del EC, ya sea manualmente o mediante cualquier recurso técnico.

4. El expediente médico se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud del paciente, en el hospital o en Atención Primaria. La Historia Clínica es el documento principal del expediente médico el cual es un sistema de información, imprescindible en su vertiente asistencial y administrativa. Constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que se deriva su trascendencia como documento legal.
5. **Componentes del expediente clínico:** La información contenida en el expediente médico puede obtenerse por diferentes vías que son:
 - a. Datos subjetivos: la anamnesis: es la información surgida de la entrevista clínica proporcionada por el propio paciente.
 - b. Datos objetivos: obtenidos de la exploración física o clínica y de las exploraciones complementarias.
 - c. Diagnóstico: pruebas o exámenes complementarios realizados por el médico.
 - d. Pronóstico: juicios de valor que el propio médico extrae o de documentos que él elabora para fundar un diagnóstico, prescribir el tratamiento y, finalmente, dejar constancia del curso de la enfermedad.
 - e. Tratamiento instaurado: con el transcurso del tiempo los datos surgidos de la enfermedad del paciente ayudan a comprender la variación de la historia natural de la enfermedad.
6. **La Carpeta Familiar**⁵⁴: constituye el instrumento esencial para la aplicación del Modelo de atención SAFCI para establecer las determinantes de la salud de las familias y comunidades, realizar el seguimiento de su estado de salud y garantizar el ejercicio de sus derechos a la salud.

⁵⁴ **DECRETO SUPREMO N° 29601: Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia “MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL”**: coherente con la realidad socio económico cultural de la población boliviana, desarrolla sus acciones en el marco de la justicia, en la búsqueda de equidad, fortaleciendo las capacidades de los actores sociales en cuanto a la toma de decisiones sobre las acciones de salud, e impulsando procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras).

La carpeta familiar a decir de la Dra. Heredia⁵⁵ “es de valiosa creatividad y que va a cimentar el modelo de salud familiar comunitaria”, es un instrumento de capacitación, de información, pero a su vez puede clasificarse como un instrumento mixto, al mismo tiempo que capta información, resulta ser un registro primario, también utiliza información útil esta carpeta debe aparecer en las historias o expedientes clínicos de cada miembro de la familia y por tanto adquiere el carácter de documento secundario.

La carpeta familiar resulta de utilidad para que cada establecimiento de primer nivel de salud pueda diseñar, evaluar sus estrategias tomando como base de análisis de la situación de la salud de las familias y comunidades a las que ofrece atención y a la vez que contribuye para que otras instancias mediante la información agregada que debe llegar hasta el nivel del país puedan identificar, determinantes de salud, factores de riesgo, factores o causas de morbilidad y de mortalidad en la población facilitando la dirección más acertada de las acciones de salud dentro de una familia, ya que la carpeta familiar proporciona del estado de las familias, para poder realizar su seguimiento, por tanto, establecer su derecho a la salud de estas familias.

La carpeta familiar debe ser aplicada por el personal de salud de todos los establecimientos de primer nivel, sea una auxiliar en enfermería, una licenciada en enfermería, un médico o médica, estos a su vez deben estar en directa coordinación con los líderes y autoridades de la comunidad y principalmente ser conocidos y aceptados por las propias familias, integrarse de manera íntima a las familias de sus regiones de incidencia.

El contenido de la carpeta familiar es confidencial, y el personal de salud no puede divulgar y hacer uso para un fin diferente a las acciones que busca

⁵⁵ **Dra. NILA HEREDIA MIRANDA**, promotora del modelo SAFCI, médica de profesión, fue Ministra de Salud y Deportes, Directora Técnica del Servicio Departamental de Salud, Presidenta del Colegio Médico de La Paz, Vicerrectora titular de la Universidad Mayor de San Andrés y Presidenta de la Asociación de Seguros Sociales Universitarios Autónomos de Bolivia. En su formación de post grado es Master en Políticas y Gestión en Salud; Especialista en Desarrollo Humano; Especialista en Gerencia y Epidemiología; Especialista en Gestión y Administración Universitaria y Especialista en Medicina Interna.

mejorar la salud de la familia, confidencial entre la familia y el personal de salud, la custodia de esta carpeta familiar corresponde al establecimiento o centro de salud que tiene asignada esa población.

La carpeta familiar sirve para identificar los determinantes de la salud de las familias, identificar factores de riesgo de las familias, identificar las causas de morbilidad-mortalidad de las familias y comunidades bolivianas, realizar educación para la salud con las familias, planificar visitas domiciliarias del equipo de salud, clasificar a las familias según el rango de riesgo, realizar seguimiento a miembros de la familia con problemas de salud, mejorar la calidad y oportunidad de la atención, elaborar el plan estratégico de salud con la comunidad, esas son las ventajas de la carpeta familiar y hacer un plan estratégico para mejorar en cada familia su calidad de vida y cambiar además sus hábitos de vida para ir y alcanzar hábitos más sanos y saludables.

Contribuye a que cada familia ejerza su derecho a la salud, crea relación directa, humanizada y participativa entre la familia, la comunidad y el equipo de salud, sirve de guía para la planificación participativa y el control social en las acciones de salud, permite medir el progreso de las actividades realizadas en las familias y en la comunidad, ayuda al equipo de salud a cumplir con las acciones programadas en cuanto a lo que ha hecho, orienta las necesidades de capacitación para el equipo de salud, mejora la planificación que beneficie realmente la salud de toda una familia.

La Historia Clínica es parte de los registros médicos que contiene la Carpeta Familiar, debe ser administrativa bajo la responsabilidad del personal de salud como parte del proceso de afiliación a los Seguros Públicos de Salud. La reglamentación de la implementación de la Carpeta Familiar está establecida por el Ministerio de Salud y Deportes. El modelo de atención en salud considera la afiliación, la estructura de la red de atención, la red municipal SAFCI y la carpeta familiar.

D. Características del expediente médico o clínico⁵⁶

- 1. Su práctica es Obligatoria:** Ningún acto médico debe efectuarse sin su registro correspondiente, por eso el expediente clínico es indispensable para ejercer una medicina de calidad.⁵⁷ La información que se presente al paciente debe ser verdadera, clara, completa y discutida con el. Esta información es un derecho esencial del paciente para poner en ejercicio su libertad.

La ley 3131 obliga a ofrecer información adecuada y oportuna para que el paciente pueda tomar decisiones libre y voluntaria, aunque el medico debe ofrecer siempre alguna esperanza a su paciente. Una buena practica hasta ahora, consistió en informar siempre a la familia acerca de la situación real del paciente y su enfermedad, con el vocabulario y en la oportunidad que aconsejen la prudencia y el buen juicio del medico. Si el medico presenta una explicación errónea o falsa, esta faltando a un principio ético y vulnerando la libertad de decisión del paciente. La información adecuada equivale al conocimiento de las alternativas de tratamiento y de las complicaciones del procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido.

Algunos afirman que el paciente debe conocer toda la verdad, con el objeto de arreglar sus asuntos familiares y económicos en forma definitiva. Otros, por el contrario, piensan que no se debe angustiar al paciente y más bien someterlo al tratamiento sin que sepa que su pronóstico es pésimo. A este respecto puede presentarse la discusión sobre si debe informarse la verdad completa, por las repercusiones que tal información, ya que el enfermo no se encuentra preparado para recibirla. Es obvio que en este punto la prudencia de como se presenten las cosas al paciente, puede depender los efectos negativos.

⁵⁶ **NORMA TECNICA DEL EXPEDIENTE CLINICO, Artículo 6** Para lograr que el EC, sea un instrumento de interpretación y uso confiable, debe cumplir las siguientes condiciones básicas: 1. Veracidad 2. Carácter Científico 3. Integridad 4. Sujeción a la norma 5. Secuencialidad 6 Disponibilidad 7. Exclusividad 8. Unicidad 9. Codificación

⁵⁷ **NORMA TECNICA DEL EXPEDIENTE CLINICO, Artículo 3. OBJETIVOS ESPECIFICOS.-** 1. Se establece la elaboración obligatoria del EC con sus respectivos componentes documentales, en todos los servicios de salud. 2. Se estandariza el manejo habitual del EC. 3. Se sistematiza la conservación y archivo del EC. 4. Se promueve la cultura de la calidad en el Sistema Nacional de Salud, a través del manejo adecuado del EC.

- 2. Es Objetiva y Veraz e irremplazable:** La escritura del expediente clínico no puede ser reemplazada por la memoria del médico. Es lógico que no se puedan conocer detalles de cada paciente, ni por el número ni por la complejidad individual de cada ser humano. Se basa en hechos ciertos y describe las situaciones como son y no como el médico quisiera que fueran. Debe estar libre de especulaciones. Se aceptan únicamente los diagnósticos y criterios de las Juntas Médicas, el resto del Expediente Médico es descriptivo.

Existen algunas situaciones en las que se enuncian juicios de valor, pero ellas son de alta peligrosidad debido a las implicaciones legales que conllevan. En la elaboración de la historia clínica el paciente debe expresar su versión de los síntomas y el médico no puede guiarlo hacia un diagnóstico específico.

- 3. Es confidencial.** En el juramento Hipocrático se estipula: "...Aquello que yo viere u oyere en la sociedad, durante el ejercicio, o incluso fuera del ejercicio de mi profesión, lo callare, puesto que jamás hay necesidad de divulgarlo, considerando siempre la discreción como un deber en tales casos..."

El secreto profesional⁵⁸ médico cubre aquello que por razón del ejercicio de la profesión se haya visto, oído o comprendido y que no es ético o lícito revelar, salvo que exista una causa justa y en casos contemplados por la Ley.

Se reconoce el derecho del paciente al respeto a su privacidad. Esta privacidad incluye tanto los datos y las sustancias biológicas que permitan la identificación personal de un paciente como los datos referentes a su enfermedad (diagnóstico, pronóstico y tratamiento).

⁵⁸ **Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico, Artículo 17 (Revelación del Secreto Médico).** Ese exceptúa y se exime al médico de guardar el Secreto ;Médico en los siguientes casos:

- a) Cuando el paciente o su responsable legal autoriza expresamente al médico a revelarlo.
- b) Cuando actúa en el desempeño de sus funciones como médico forense a requerimiento de autoridad competente.
- c) Cuando se trate de casos de enfermedad notificable.
- d) Cuando la salud de la familia y la comunidad se encuentren en riesgo inminente.
- e) En caso de menores de edad los padres, parientes o responsables de los mismos no podrán dar a conocer la información sobre su estado médico salvo para dar cumplimiento a lo establecido en la normativa legal.
- f) Cuando la Ley disponga expresamente.

E. Actualización de la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural.

El Estado asume la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud, desmercantilizando el Sistema Nacional de Salud para lograr el cambio al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural. La propuesta de cambio se plasma en el paradigma “Movilizados por el Derecho a la Salud y a la Vida para VIVIR BIEN”⁵⁹

Las cinco Estrategias correspondientes se orientan a: 1) la Universalización del acceso al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural⁶⁰ 2) la recuperación de la soberanía sanitaria, el rol rector del Ministerio de Salud y Deportes, mediante el ejercicio de la autoridad sanitaria en todos los niveles de gestión; 3) la revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias 4) la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y calidad de vida y 5) la alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y violencia, la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de personas discapacitadas y la inclusión social de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza. Estas estrategias, se articulan en la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, eje del sistema de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional, con la conducción del Ministerio de Salud y Deportes como actor institucional y ente rector del sector salud. En este contexto se define salud como un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza.

⁵⁹ **PLAN DE DESARROLLO SECTORIAL** que propone cinco Políticas: 1) Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, 2) Rectoría, 3) Movilización Social, 4) Determinantes de la salud, y 5) Solidaridad.

⁶⁰ **DECRETO SUPREMO N° 29601**: establece que el objetivo de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación comunitaria efectiva en la toma de decisiones en la gestión participativa y control social y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.

La salud familiar está determinada por factores socioeconómicos, culturales, así como por condicionantes ambientales, biológicos, genéticos, psicológicos y de relaciones interpersonales, que se definen a escala micro social en el contexto del hogar. La salud familiar comunitaria se entiende como una política pública que busca incidir sobre factores determinantes y condicionantes de la salud que prioriza las familias y las comunidades, desarrollando su accionar en base a decisiones en corresponsabilidad con los servicios de salud y otros actores. Los principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, son la participación comunitaria, la integralidad, la interculturalidad y la intersectorialidad.

“El modelo de atención de salud familiar comunitaria intercultural es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio”⁶¹.

Por lo tanto, el modelo de atención se constituye en la forma de articular personas, familias y comunidades (ayllus, marcas, tentas, capitanías y otros) o barrios con el equipo de salud, a partir de una prestación con enfoque de red, de carácter horizontal mediante el respeto de su cosmovisión, procesos de comunicación fluidos y aceptación de la decisión del usuario (procedimientos, diagnóstico, tratamiento y prevención), por lo que la atención de salud no solo abarca la enfermedad, sino la persona en su ciclo de vida, su entorno (socioeconómico, cultural, psicológico y físico), su alimentación, su espiritualidad y su cosmovisión.

El modelo de Atención SAFCI funciona a través de la Red de Salud, que comprende: **La Red de Servicios**, de concepción funcional, está conformada por un conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, articulados mediante el componente de referencia y retorno, que pueden pertenecer a uno o varios

⁶¹ EL MODELO DE ATENCIÓN: D.S. 29601, Título II, Cap. I, Artículo 5

municipios, dependientes de los subsistemas: público, de las cajas de salud a corto plazo y privado con o sin fines de lucro, complementados con la medicina indígena/originario/campesina y a la estructura social en salud⁶². Puede darse en un solo Municipio cuando tiene establecimientos de salud de los tres niveles, lo que supone capacidad resolutive resuelta, de lo contrario deben asociarse entre municipios o establecer mancomunidades (área rural), trascendiendo límites municipales, provinciales y departamentales para garantizar la capacidad resolutive.

La Red Municipal SAFCI establecida con territorio y población propios, conformada básicamente por establecimientos de primer nivel, aunque puede contar en su territorio con hospitales de segundo y tercer nivel. Funciona bajo la conducción del Directorio Local de Salud – DILOS- y tiene como ejecutor al Responsable Municipal SAFCI que forma parte del equipo del Coordinador de la Red de Servicios. Se la reconoce como la estructura orgánica operativa de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las personas, familias y comunidades de su área de influencia y fundamentadas en las necesidades de las mismas.

El Establecimiento de Salud que es la unidad funcional básica de la prestación de servicios de salud, que tiene tres categorías: Establecimiento de salud del primer nivel SAFCI: Centro/Puesto, Centro con camas, policlínicos y policonsultorios. Establecimientos de salud de segundo nivel: hospital de segundo nivel. Establecimientos de salud de tercer nivel: hospitales generales, hospitales especializados e institutos.

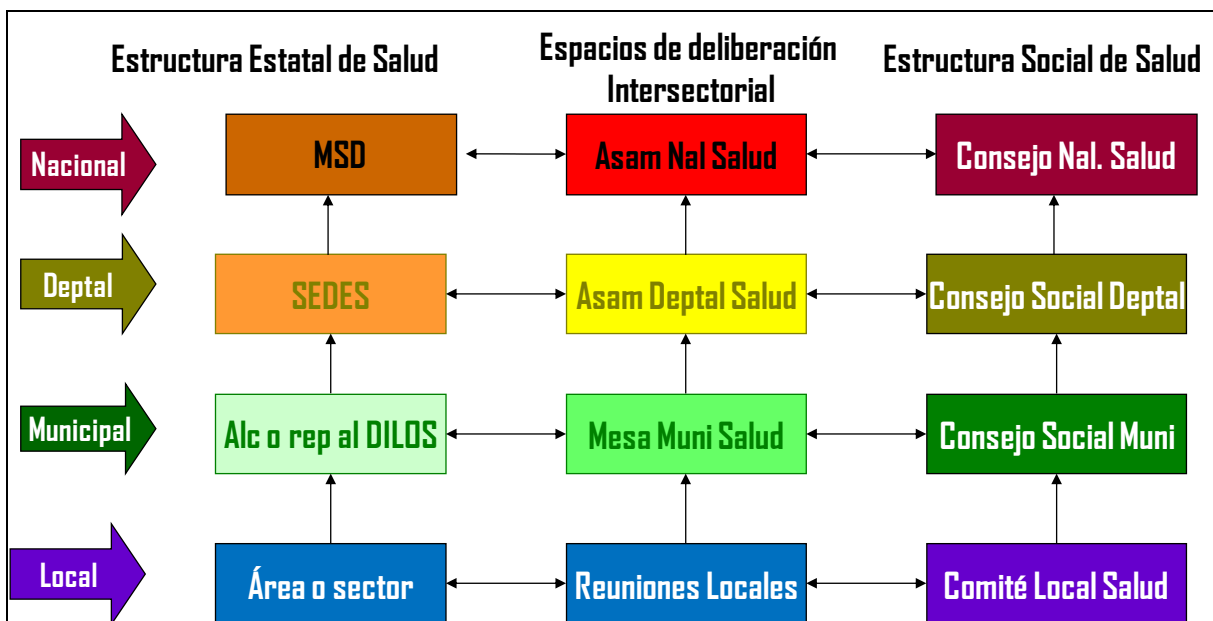
El Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud está conformado por: **La estructura estatal:** conformada por el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural que con la capacidad de los subsistemas de salud garantiza la solución de los problemas de salud de la población y la gestión eficiente y efectiva de sus

⁶² **EL MODELO DE ATENCIÓN:** D.S. 29601, Título II, Cap. II Estructura de la Red de Salud Art 10 inciso 1. Gaceta Oficial. N° 3096 11 Junio 2008

recursos de manera conjunta con las otras estructuras (social e intersectorial) en sus cuatro niveles: local, municipal, departamental y nacional.

TABLA N° 1

**MODELO DE ATENCION SAFCI
ESTRUCTURA DE LA GESTION PARTICIPATIVA EN SALUD**



FUENTE: Ministerio de Salud y Deportes.

Nivel local: es la unidad básica, administrativa y operativa del sistema de salud, ejecutor de prestación de servicios integrales e interculturales a la persona, familia y comunidad y responsable de la gestión participativa y control social en la salud.

Nivel municipal: El Directorio Local de Salud es la máxima autoridad en la gestión participativa y control social en salud en el ámbito municipal y encargada de la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, seguros públicos, políticas nacionales de salud. Asimismo es responsable de la administración de las cuentas municipales de Salud. El Directorio Local de Salud, DILOS, debe elaborar su reglamento interno en base a normativa nacional determinada por el Ministerio de Salud y Deportes.

Nivel departamental: constituido por el Servicio Departamental de Salud que es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un Departamento. Articula las políticas nacionales, departamentales y municipales para la gestión de los servicios de salud, cumpliendo y haciendo cumplir las políticas nacionales de salud, normas de orden público en las instituciones y / o entidades que conforman el subsistema público, el de cajas de salud de los seguros a corto plazo y el privado con o sin fines de lucro de su jurisdicción territorial, en directa y permanente coordinación con la estructura social.

Nivel nacional: representado por el Ministerio de Salud y Deportes, órgano rector de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular políticas, estrategias, planes y proyectos nacionales; así como de establecer las normas que rigen el sistema de salud en el ámbito nacional.

La estructura social: compuesta por los actores sociales con capacidad de tomar decisiones de manera efectiva en planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud, involucrándose, para ello en forma autónoma y organizada en el proceso de Gestión Participativa y Control Social en Salud, para el logro de la sostenibilidad de las acciones proyectadas. Está organizada de la siguiente manera:

Autoridad Local de Salud: es el representante legítimo de la comunidad o barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud; es responsable de la planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la administración del establecimiento de salud y de realizar seguimiento y control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad o barrio. Es una de las autoridades de la comunidad, elegido/a democráticamente y no es remunerado.

Comité Local de Salud: es la representación orgánica de las comunidades o barrios, pertenecientes territorialmente a la jurisdicción de un establecimiento de salud (puesto/centro SAFCI, centro SAFCI con camas, etc.), organizada en un

directorio responsable de implementar la Gestión Participativa y Control Social en Salud y de impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud. Es una de las autoridades de la comunidad, elegido/a democráticamente y no es remunerado.

Consejo Social Municipal de Salud: es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del DILOS, garantizando la Gestión Participativa y Control Social en Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local de salud (autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DILOS), una de sus funciones principales es conseguir el presupuesto y su incorporación en el POA, para las necesidades de salud de la población de su municipio.

Consejo Social Departamental de Salud: es la representación orgánica de los Consejos Sociales Municipales de Salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio responsable de articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con la Plan Departamental de Desarrollo; además de realizar el control social a la implementación de la misma en cuanto a las actividades de salud y a las acciones desarrolladas por el SEDES, una de sus funciones principales es el de conseguir el presupuesto destinado a salud para su incorporación al POA departamental/prefectural.

Consejo Social Nacional de Salud: es la representación orgánica del conjunto de Consejos Sociales Departamentales de Salud y de las organizaciones sociales representativas del país. Es el articulador de las necesidades y propuestas en salud de los Departamentos ante el Ministerio de Salud y Deportes; además de ser encargado de realizar el control social a las acciones que esta instancia emprenda. Es responsable de vigilar el adecuado crecimiento vegetativo de los recursos humanos del Sistema Único SAFCI.

La **estructura intersectorial**: es el espacio de deliberación con los representantes de los otros sectores alineados con la política sanitaria, para la solución de los problemas relacionados con las determinantes de la salud, controlando la ejecución de las acciones y sus resultados. Los espacios de deliberación son instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdo, consensos, toma de decisiones y control, de la estructura social, estatal y los otros sectores (educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación, justicia, defensa y otros).

Está conformada por: **Asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos, otros y los Comités de Análisis de Información (CAI) comunales o barriales**. Son espacios que se desarrollan en la comunidad o barrio (de acuerdo a usos y costumbres) donde se concretiza la gestión local en salud, en los que participan diferentes actores sociales e institucionales en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad o barrio.

En el nivel local existen dos tipos de espacios de deliberación que son: **La Reunión General de Planificación** (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos y otros), se realiza una vez al año, en las comunidades o barrios, tengan o no establecimientos de salud, para identificar las problemáticas de salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y los responsables. **El Comité de Análisis de Información en Salud, CAI, comunal o barrial**, para seguimiento y control, que se realiza tres veces al año (en la comunidad o barrio que cuente con un establecimiento de salud), para analizar y evaluar la situación de salud, el cumplimiento de las actividades que se han acordado en la reunión de planificación, el funcionamiento del establecimiento de salud (administración) y la calidad de atención brindada a las personas, familias y comunidades.

Mesa Municipal de Salud. Máxima instancia de diálogo, consulta, coordinación, concertación y consenso entre todos los actores de la gestión en salud del municipio que incluye a otros sectores, instituciones y organizaciones sociales con la finalidad de tomar decisiones en la planificación y seguimiento de las acciones de salud en el Municipio, para incorporarlas al Plan de Desarrollo Municipal y a la Programación Operativa Anual, constituyéndose a su vez en el espacio de seguimiento al desarrollo de los mismos.

Asamblea Departamental de Salud. Es la máxima instancia departamental de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan de Desarrollo Departamental, se constituye a su vez en el espacio donde se efectúa el seguimiento a la estrategia y al POA Departamental.

Asamblea Nacional de Salud. Es la máxima instancia de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan de Desarrollo Sectorial de Salud y a su vez es el espacio de seguimiento al mismo.

A. Instituto Boliviano de Normalización y Calidad (IBNORCA)

El 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 son ratificadas mediante Decreto Supremo N° 24498 del 17 de febrero de 1997 de creación del Sistema Boliviano de Normalización, Metrología, Acreditación y Certificación - SNMAC.

- 1. Objetivos institucionales de IBNORCA:** Promover y difundir una cultura nacional de la calidad. Proporcionar a la sociedad Normas Técnicas Bolivianas consensuadas que permitan obtener productos y servicios de calidad. Certificar sistemas, productos y servicios de acuerdo a normas técnicas nacionales e internacionales, asegurando su confiabilidad. Realizar procesos de inspección de acuerdo a Normas y reglamentos Técnicos, especificaciones propias de clientes. Capacitar a clientes internos y externos mejorando su competencia técnica en temas relacionados con normalización, calidad, seguridad industrial, medio ambiente e inocuidad alimentaria. Contribuir al fortalecimiento del Sistema Boliviano de Normalización, Metrología, Acreditación y Certificación. Representar al país en foros internacionales. Coordinar con los organismos empresariales, sectoriales y regionales para definir la política nacional de la calidad ante instituciones gubernamentales.

- 2. Funciones que desarrolla IBNORCA:** Colabora con el gobierno en promover y mantener el SNMAC y la aplicación de procedimientos reconocidos internacionalmente. Elabora Normas Bolivianas para bienes y servicios, de acuerdo con la dinámica y las necesidades de carácter nacional, orientando las mismas a la armonización con normas y recomendaciones internacionales. Coordina trabajos de normalización con los sectores público y privado, tanto en el proceso de elaboración de normas, como en la implantación y aplicación de las mismas. Edita y difunde normas, documentos técnicos y otras publicaciones relacionadas de acuerdo a su competencia. Concede el Sello de Conformidad con Norma, registrado en la Oficina de Propiedad Industrial y establece las condiciones y el derecho de su uso. Desarrolla programas de capacitación, formación y actualización en materia de normalización, certificación y sistemas de gestión de calidad y ambiental. Representa a Bolivia ante los organismos regionales internacionales relacionados con las materias de su competencia. Colabora a la pequeña y mediana empresa a ser más competitivos según los Programas con Cooperación Internacional.

- 3. Definición de norma IBNORCA:** El IBNORCA basándose en la Guía ISO/IEC 2:1996 define una norma como un documento, establecido por consenso y probado por un organismo reconocido, que proporciona, para un uso común y repetido, reglas, directrices o características para actividades o sus resultados, con el fin de conseguir un grado óptimo de orden en un contexto dado.

- 4. Contenido de la norma IBNORCA:** Para IBNORCA las normas tienen que ver con todos los aspectos técnicos, económicos y sociales de la actividad humana y cubren todas las disciplinas.

 - a. Son coherentes y consistentes:** las normas son desarrolladas por comités técnicos que son coordinadas por un organismo especializado, y aseguran que se superen las barreras entre las diferentes áreas de actividad;
 - b. Son resultado de la participación:** las normas reflejan los resultados del trabajo conjunto entre todas las partes involucradas y son aprobadas por consenso entre representantes de todas las partes interesadas;
 - c. Tienen un proceso dinámico:** Las normas se basan en experiencias reales y conducen en la práctica a resultados materiales (productos, tanto materiales como servicios, métodos de ensayo, etc.); establecen un equilibrio entre el estado del arte y aspectos económicos de cada época;
 - d. Se actualizan:** Las normas se revisan periódicamente o según las circunstancias para asegurar su vigencia, y de esa manera acompañarse con los progresos tecnológicos y sociales;
 - e. Tienen reconocimiento nacional o internacional:** Las normas son documentos que se reconocen como válidos a nivel nacional, regional o internacional, según corresponda;
 - f. Están disponibles al público:** Las normas pueden ser consultadas sin restricciones.

5. Ciclo de vida de la norma IBNORCA:

- a. **Identificación de las necesidades de los sectores:** análisis por sector de los beneficios y de la viabilidad técnica y económica del trabajo normativo sobre la base de dos preguntas determinantes: ¿proveerá la norma un "plus" técnico y económico al sector? ¿Existe el conocimiento necesario para el diseño de una norma utilizable?
- b. **Programación:** Estudio sobre la base de las necesidades identificadas y de las prioridades definidas por todos los interesados, luego de lo cual se registra en el programa de trabajo de la organización involucrada;
- c. **Elaboración de la norma:** por las partes interesadas, representadas por expertos (incluyendo productores, distribuidores, usuarios, consumidores, administradores laboratorios, etc., según corresponda), reunidos en los comités de normalización;
- d. **Consenso:** entre los expertos con respecto al proyecto de norma;
- e. **Validación:** consulta ampliada, a nivel internacional o nacional, según corresponda, en la forma de encuesta pública, abarcando todos los actores económicos de modo de verificar que el proyecto de norma satisface los intereses generales y no genera ninguna objeción mayor. Se examina los resultados y comentarios recibidos. Se finaliza el texto definitivo del proyecto de norma.
- f. **Aprobación del texto:** para publicación como norma;
- g. **Revisión:** La aplicación de las normas lleva al organismo a verificar regularmente su vigencia, lo cual hace posible detectar el momento en que una norma debe adaptarse a las nuevas necesidades. Luego de este estudio, una norma puede ser confirmada sin cambios, decidirse su revisión o ser anulada.

- 6. Proceso de normalización de IBNORCA:** A nivel nacional se lleva a cabo a través de comités técnicos que pueden obtener asistencia de grupos de expertos. Estos grupos de trabajo están integrados por representantes calificados de los círculos industriales, institutos de investigación, autoridades públicas, consumidores o asociaciones profesionales. A nivel regional o internacional, el trabajo es realizado por comités técnicos, teniendo los organismos nacionales de normalización la responsabilidad de sus diferentes secretarías. Estos comités técnicos son creados por juntas o consejos técnicos de los correspondientes organismos regionales. Todos los miembros nacionales son estimulados a ser representados en los comités internacionales o regionales de sus temas específicos.
- 7. Trabajo técnico de IBNORCA:** Se realiza a través de Comités Técnicos (CT). Cada comité técnico puede, a su vez, establecer subcomités (SC) y grupos de trabajo (WG) para cubrir diferentes aspectos. Dentro de sus alcances, los comités y subcomités determinan sus propios programas de trabajo para identificar las necesidades del mercado. Para asegurar la coordinación se **establecen nexos entre los respectivos comités técnicos.**
- 8. Etapas en el desarrollo de las normas IBNORCA:** Las normas son elaboradas por los Comités (CT) y Subcomités (SC) Técnicos en un proceso de seis etapas:

 - a. Etapa de propuesta:** La primera etapa en el desarrollo de una norma es confirmar que una norma particular es necesaria. La propuesta de un nuevo ítem de trabajo (NP) se somete a votación entre los miembros del CT/SC para determinar la inclusión del ítem en el programa de trabajo. La propuesta es aceptada si los resultados de la votación satisfacen los criterios establecidos. En esta etapa normalmente se designa un líder del proyecto, responsable de ese trabajo.
 - b. Etapa de preparación:** Usualmente, el CT/SC designa un grupo de trabajo de expertos, cuyo presidente es el líder del proyecto, para la

preparación de un borrador de trabajo. Pueden considerarse sucesivos borradores hasta que el grupo de trabajo entienda que se ha alcanzado la mejor solución técnica al problema. En esta etapa, el proyecto es enviado al comité del cual depende el grupo de trabajo para la fase de búsqueda del consenso.

- c. **Etapa de Comité:** Cuando está disponible el primer proyecto de comité, éste se distribuye para comentarios y, si se requiere, se vota entre los miembros del CT/SC. Puede tomarse en consideración sucesivos proyectos del comité hasta que se obtenga el consenso sobre el contenido técnico. Una vez alcanzado el consenso, se termina el texto para pasar a considerarlo como proyecto de norma.
- d. **Etapa de encuesta:** El proyecto de norma circula entre todos los miembros de la organización para votación y comentarios dentro de un cierto período. Si no se cumplen los criterios de aprobación establecidos, el texto se remite nuevamente al CT/SC para un estudio adicional y el documento revisado se hace circular nuevamente para votación como proyecto de norma.
- e. **Etapa de aprobación:** El proyecto final de norma se circula, por un cierto período, para una votación final de Aprobación/No aprobación. Si se reciben comentarios técnicos durante este período, ya no se consideran para esta etapa, pero se registran para su consideración en una futura revisión de la norma. Si no se cumplen los criterios de aprobación establecidos, el texto se remite nuevamente al CT/SC para su reconsideración, en base a las razones técnicas en que estén basados los votos negativos recibidos.
- f. **Etapa de publicación:** Una vez que se ha aprobado el proyecto final de norma, sólo se introducen, si fuera necesario, cambios editoriales menores en el texto final. Este se envía a la Secretaría Central de ISO que lo publica como norma.

VII. VARIABLES

Las variables de la propuesta de intervención para Mejorar la Norma Técnica para el manejo del expediente Clínico se establecen en el marco jurídico de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y de la Constitución Política del Estado.

TABLA No. 2
DIAGRAMA DE VARIABLES

VARIABLES	CRITERIOS CIENTIFICOS	CRITERIOS TECNOLOGICOS	CRITERIOS ADMINISTRATIVOS	TOTAL PROPUESTA
ASPECTOS LEGALES	En el campo terapéutico, el médico se debe atener a lo dispuesto en la ley, el código de ética y la Lex Artis para que en el Expediente Médico quede constancia de los pasos que se siguieron para llegar a una opinión científica, información procesada para disponer un tratamiento, sea de tipo biológico o psicológico	Generar una herramienta para hacer del expediente médico un documento para administrar información del paciente de forma eficiente y útil	En la mejora de la norma se establecerán criterios administrativos obligatorios, para que los documentos del Expediente Médico respalden procedimientos practicados, complicaciones sufridas y costos monetarios de quienes responden por cada enfermo.	La mejora de la norma técnica será estructurada de acuerdo a criterios legales, científicos, tecnológicos, administrativos, técnicos y de ética.
ASPECTOS TECNICOS DE NORMAS	En la elaboración del Expediente Médico, se establecerán los criterios científicos, que regulen los conocimientos involucrados en todos los documentos para clínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces y que también se utilice como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos.	En la mejora a la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico se implementara tecnología para una mejor gestión de la asistencia médica.	En la mejora de la norma técnica se establecerán los criterios administrativos obligatorios, para que el Expediente Clínico sea completamente legible y claro para la interpretación en casos de urgencia y también para quien juzga la actividad médica (Auditores, superiores jerárquicos, jueces, etc.)	La mejora de la norma técnica para el manejo del E.C. incluirán el mayor número de datos en forma ordenada para planear la profilaxis, el tratamiento, los procedimientos y la prescripción.
ASPECTOS ETICOS	En todos los registros del Expediente Médico o clínico se deberán encontrar elementos de la participación del equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, sujetándose todos a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual.	La tecnología en las mejoras del expediente médico o clínico será usada con miras al bien común y no en contra de la confidencialidad	Todas las acciones terapéuticas y de manejo de los pacientes registrados en el expediente médico o clínico deberán ser respaldadas por la firma del enfermo o su responsable legal.	La mejora de la norma técnica cumplirá con el derecho del paciente a que quede constancia por escrito de todo su proceso.
ASPECTOS EMPÍRICOS	A partir de los aspectos empíricos y de la teoría de todo el conocimiento que se ha acumulado a través de muchos proyectos de investigación, se reunirá información para constituir las mejoras a la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico.	Se administrara la tecnología, evaluando las experiencias efectuadas en el Expediente Médico	Se reunirán datos administrativos, recolectando información sobre el Expediente Médico o Clínico que residen en el mundo empírico	Se constituirá la mejora a la norma técnica de acuerdo a las reglas existentes sobre el manejo del Expediente Clínico
PROPUESTA TOTAL	Establecer los criterios científicos, obligatorios en la elaboración, integración y uso del expediente clínico para mejorar la norma técnica de su manejo.	Establecer los criterios tecnológicos, obligatorios para mejorar la Norma	Establecer los criterios administrativos, obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente Médico o Clínico	Mejorar la Norma Técnica para el manejo del expediente Clínico.

FUENTE: Elaboración propia.

De esta forma esquemática, lógica y cronológica se presenta la relación supuesta entre variables, evaluadas por la propuesta de intervención en su aplicación.

A. Definiciones Operacionales:

- 1. Mejorar la norma:** Regla del manejo mejorado del expediente Médico o clínico que se compone de las siguientes dimensiones:
 - a. Dimensión de los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente Médico o clínico.
 - b. Dimensión de los aspectos legales, éticos, empíricos y de todos los aspectos técnicos para la elaboración de normas como otras importantes variables.

- 2. Los Criterios Científicos:** En el Expediente Médico o Clínico se deberán registrar los hechos científicos, como constancia de los pasos irrefutables que se siguieron para llegar a procesar información y a disponer un tratamiento, sea de tipo biológico o psicológico.

En la mejora de la norma técnica se establecerán los criterios científicos, para la elaboración del Expediente Médico, que regulen el examen de conocimientos en un marco teórico involucrando todos los documentos para clínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces y que también se regulara su utilización como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos.

- 3. Los Criterios Tecnológicos:** Implementados en la mejora de la norma técnica para el manejo del expediente, harán del documento un instrumento eficiente y útil, para una mejor gestión dentro de la asistencia médica.

Actualmente la ciencia médica, cuenta con modernos métodos de tratamiento y procedimientos tecnológicos altamente desarrollados. El desarrollo de alta tecnología, hace más fácil la realización de diagnósticos, que salvan pacientes, sin tener que someterlos a exámenes estresantes y arriesgados. Se debe sistematizar el uso de la tecnología para que no sea empleada en contra de la confidencialidad del expediente clínico. En la mejora de la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico, se administrara la tecnología, evaluando su impacto sobre el Expediente Médico.

- 4. Los Criterios Administrativos obligatorios:** Serán establecidos en mejorar la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico, ya que contiene el conjunto de documentos importantes para respaldar procedimientos practicados, complicaciones sufridas y costos monetarios de quienes responden de cada enfermo.

En la mejora de la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico, se dictaminara que este debe ser completamente legible y claro para quien trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia también para quien juzga la actividad médica (Auditores, superiores jerárquicos, jueces, etc.)

- 5. Los Criterios Éticos:** Serán destacados en la mejora de la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico, con miras al bien común, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual; cumpliendo con el derecho del paciente a que quede constancia por escrito de todo su proceso.
- 6. Los Aspectos Legales,** se enfatizaran en la mejora de la norma técnica para el manejo del expediente Clínico, ya que en el campo terapéutico, el médico se debe atener a lo dispuesto en la ley, el código de ética y la Lex Artis que debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos de acuerdo a las normas existentes.

En la mejora de la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico, se regularan las acciones terapéuticas y de manejo de los pacientes y la participación del equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, todas las cuales deberían ir respaldadas por la firma del responsable legal del enfermo.

7. **Los aspectos empíricos:** Se pretende reunir información sobre el objeto de estudio, a partir de la teoría de todo el conocimiento que se ha acumulado a través de muchos proyectos de investigación. La idea es reunir datos, recolectando información sobre el objeto de estudio que reside en el mundo empírico.

8. **Los Aspectos Técnicos:** en la mejora de las normas técnicas se pretende diseñar una estructura basada en módulos interactuantes, para administrar información del paciente de forma lógica y eficiente en el Expediente Médico.

En el desarrollo de este sistema de documentación y organización se podrá gestionar y planificar sistemas y unidades de información con una metodología científica, capaz de evaluar y mejorar continuamente el Expediente Médico o clínico.

En el diseño de la propuesta de intervención se debe estimular y facilitar la adopción de esta norma mejorada a las autoridades correspondientes haciéndoles participar; se debe demostrar claramente su necesidad, promoviendo la comunicación para evitar la duplicación de los trabajos de normalización; siendo un tema importante la implementación de la Ley 3131, el D.S. 29601 y la Constitución Política del Estado,

Finalmente, mejorar la norma técnica para el manejo del expediente clínico tendrá reconocimiento nacional y la nueva norma mejorada estará disponible al público para que pueda ser consultada sin restricciones.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

A. Tipo de Estudio:

De la revisión de la literatura, de la clasificación de Dankhe (1986) y por que nuestra estrategia de investigación describe situaciones y eventos, especificando propiedades importantes, midiendo y evaluando diversos aspectos dimensiones y componentes desarrollaremos un **estudio descriptivo propositivo**⁶³. Los estudios descriptivos se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es. En nuestro estudio, seleccionaremos una serie de cuestiones y las mediremos con la mayor precisión posible, cada variable independientemente, describiendo lo que investigamos, con enfoque propositivo caracterizado por plantear opciones o alternativas de solución al problema planteado.

B. Población de Estudio:

La NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO aprobada mediante Resolución Ministerial 0090 de 26 de febrero de 2008, la Legislación comparada, las teorías sobre el manejo del Expediente Médico o Clínico y el Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio de 2011 referente al Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

C. Etapas del Estudio:

Para mejorar la norma tecnica para el manejo del expediente clínico, desarrollaremos mediante la presente propuesta de intervencion un proceso de normalización tomando en cuenta el modelo de IBNORCA como paradigma.

⁶³ **Estudio descriptivo propositivo:** consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. **Etapas:** 1. Examinan las características del problema escogido. 2. Lo definen. 3. Enuncian los supuestos y los procesos adoptados. 4. Eligen los temas y las fuentes apropiados. 5. Seleccionan o elaboran técnicas para la recolección de datos. 6. Establecen, a fin de clasificar los datos, categorías precisas, que se adecuen al propósito del estudio. 7. Verifican la validez de las técnicas empleadas para la recolección de datos. 8. Realizan observaciones objetivas y exactas. 10. Describen, analizan e interpretan los datos obtenidos. **Descriptivo:** Porque se determinaran los elementos que contiene la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico en su implementación en el Sistema de Salud. **Propositivo:** Porque al final de la investigación se elaborara una propuesta Mejorada de la mencionada Norma, un Modelo de Gestión de Calidad Total para mejorar el servicio al paciente.

Se espera que la intervención para mejorar la norma técnica del manejo del Expediente Clínico, sea coherente y consistente porque reflejara los resultados del trabajo conjunto entre todas las partes involucradas, ya que la norma mejorada será construida por consenso entre representantes de todos los actores.

El proceso de construcción de la norma técnica mejorada, será dinámico porque se basará en la evaluación de la práctica actual en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente Médico o clínico, experiencias real científica, tecnológica y administrativa que conduce a resultados materiales (calidad de los servicios de salud); estableciendo un equilibrio entre el estado del arte y los actuales aspectos del expediente Clínico. Se desarrollará un proceso de actualización para revisar los aspectos empíricos de lo legal, ético y de los aspectos técnicos en la elaboración de normas, de esa manera se armonizará con los progresos tecnológicos y sociales.

**TABLA No. 3
PLAN DEL ESTUDIO POR ETAPAS**

		RESPONSABLE
E T A P A S	1 PROPUESTA confirmación de las necesidades de mejorar la norma técnica	Propuesta de Intervención: MEJORAR LA NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO
	2 PREPARACIÓN revisión de la legislación mediante análisis de contenido sistematización de las resoluciones ministeriales sistematización de la EMPIRICA, realización de entrevistas evaluación del manejo del expediente clínico en todo el país	
	3 COMITÉ informe final y primer proyecto de la norma mejorada seminario taller de información de resultados de la investigación en consenso texto proyecto de mejora de la norma técnica	
	4 CONSULTA proyecto mejorado de norma circula entre 22 Directores Hospitales GERENTES de Red, DILOS Municipales, y SEDES Departamentales	UNIDAD DE GESTION DEL MINISTERIO DE SALUD
	5 SOCIALIZACIÓN seminarios talleres departamentales de información de resultados estudio adicional revisado circula como norma técnica mejorada	
	6 APROBACIÓN final norma mejorada circula, para Aprobación/No aprobación. consideración criterios técnicos de aprobación establecidos	
	7 PUBLICACIÓN aprobada como Resolución Ministerial: "Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico" (actualizada y mejorada)	

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Tomando en consideración los criterios técnicos para el desarrollo de las normas IBNORCA seguiremos siete etapas para mejorar la norma técnica del manejo del Expediente Clínico, se ha tomado en cuenta las tres primeras etapas, que se realizarán en el marco de las actividades de la propuesta de intervención: propuesta, preparación y de comité y las cuatro últimas se señalan como sugerencias a ser realizadas por el Ministerio de Salud y Deportes: consulta, socialización, aprobación y publicación.

- 1. Etapa de propuesta de intervención** para confirmar la necesidad de mejorar la norma técnica del manejo del expediente Clínico. Se considerará que la misma es aceptada si los criterios científicos, tecnológicos y administrativos, obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente Clínico, son ratificados por la unidad de gestión de la calidad del Ministerio de Salud y Deportes.

- 2. Etapa de preparación** que consistirá en organizar el material y someter los documentos a la interpretación y comparación de normas en lo que respecta a la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico en vigencia, mediante la técnica básica de análisis de contenido. Estudio de Resoluciones Ministeriales relativas al Expediente Clínico así como el Decreto Supremo referente al Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI). Posteriormente se sistematizará la empírica, mediante la realización de entrevistas con informantes clave, entrevistas grupales con diversos actores sociales y evaluación de la aplicación de la norma en vigencia en todo el país, finalmente se preparará un borrador de trabajo, logrando la mejor solución técnica para la búsqueda del consenso.
 - a. Revisión de la Legislación:** Preparación del material, agrupado por categoría país y por unidades de información o documentos desglosados en unidades de significación:

1) ARGENTINA

Ley 17102 Constitución de Los "Servicios de Atención Medica Integral para la comunidad", de 30 de diciembre de 1966.

Normas referentes al expediente médico o clínico.

2) BOLIVIA

La Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico (Resolución Ministerial 0090) La Ley 3131 Del Ejercicio Profesional Médico. Decreto Supremo N° 28562 que reglamenta la Ley N° 3131

Decreto Supremo N° 29601 Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Resolucion Ministerial 1036 Norma Nacional de Red Municipal SAFCI y Red de servicios. Decreto Ley No. 15.629 del 18 de julio de 1978 Código de Salud de la República de Bolivia. Reglamento General de Hospitales Resolución Administrativa del Reglamento para la elaboración, manejo y archivo del expediente médico o clínico en las entidades de Seguridad Social a corto plazo del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).

3) BRASIL

Ley Orgánica de Salud No. 8.080 del 19 de septiembre de 1990

Normas referentes al expediente médico o clínico

4) CHILE

Ley No. 18.469 de 1985, Ley de Salud

Normas referentes al expediente médico o clínico.

5) COLOMBIA

Ley No. 10 del 10 de enero de 1990 que reorganiza el Sistema Nacional de Salud.

Ley No. 100 de diciembre 23 de 1993 crea el sistema de seguridad social.

Normas referentes al expediente médico o clínico.

6) COSTA RICA

Ley No. 18.469 de 1985, Ley General de Salud, 24 de noviembre de 1973.

Normas referentes al expediente médico o clínico.

7) ECUADOR

Ley 2006-67, Ley Orgánica de Salud

Normas referentes al expediente médico o clínico,

8) MÉXICO

Ley General de Salud publicada el 7 de febrero de 1984

Normas referentes al expediente médico o clínico.

9) PERÚ

Ley Nª 26842 – Ley General de Salud

Normas referentes al expediente médico o clínico.

10) URUGUAY

Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública, Ley No. 9.201 de 1934

Normas referentes al expediente médico o clínico.

11) VENEZUELA

Ley Orgánica de Salud del 11 de noviembre de 1998.

Normas referentes al expediente médico o clínico.

- b. Análisis de contenidos en la Legislación:** El análisis de contenido es un método que busca descubrir la significación de un mensaje, en este caso descubrir la significación de las normas jurídicas existentes sobre el expediente médico o clínico de todos los países ya señalados, más concretamente, clasificarlas y codificarlas en categorías con el fin de hacer aparecer de la mejor manera su sentido.

Actualizar la norma para el manejo del expediente clínico incluyendo los contenidos fundamentales de las políticas sanitarias del País, en relación a la salud familiar comunitaria intercultural que se constituye en la nueva forma de hacer salud en el “Sistema Nacional de Salud” además de incorporar la carpeta familiar al Expediente Clínico.

Las Tareas a seguir serán: Identificar las propiedades de las normas jurídicas sobre el expediente médico o clínico para describir todo su contenido, teniendo como fin interpretar y comparar la legislación efectiva sobre el Expediente Clínico entre los diferentes países.

Extraer información, para dar cuenta del comportamiento y de las finalidades de las normas jurídicas sobre el expediente clínico, desarrollar una deducción cualitativa y cuantitativa para revelar los postulados implícitos de los textos y describir la tendencia de las leyes, explorando posibilidades para verificar el realismo y la fundamentación de las normas ya determinadas.

El análisis de contenido permitirá verificar la presencia de temas, de palabras o de conceptos en un contenido. El análisis de contenido cuantitativo, cuantificará los datos, establecerá frecuencias y ayudará a establecer comparaciones de los elementos hallados.

- c. Sistematización de las Resoluciones Ministeriales:** Se sistematizarán Resoluciones Ministeriales⁶⁴, referentes al Expediente Clínico o Médico en conjunto con el Ministerio de Salud y Deportes. Las resoluciones se dictan para cumplir las funciones que la ley encomienda al Ministerio de Salud y Deportes.

⁶⁴ **Las Resoluciones del Ministerio de Salud y Deportes** consisten en ordenes escritas dictadas por el Ministro(a) que tiene carácter general, obligatorio y permanente, y se refieren al ámbito de su competencia. En cuanto a su ámbito material, las resoluciones alcanzan a todo aquello que complementa, desarrolla o detalla a la ley en la esfera de competencia del servicio público. En cuanto al territorio, las Resoluciones Ministeriales pueden tener alcance nacional o local, tratándose de servicios descentralizados. Las resoluciones tienen un enorme impacto en la actividad económica y social, pues tienen un grado de flexibilidad, oportunidad e información que la ley no puede tener, y en ese sentido la complementan.

Para el trabajo interesaran todas las Resoluciones relativas al Expediente Clínico o cualquiera de sus componentes, en esta fase se las reunirá, se las clasificara y se procederá a un análisis más exhaustivo.

Se ha diseñado la ficha técnica titulada: Sistematización de Resoluciones Ministeriales, para determinar si los documentos referentes están vigentes y con que frecuencia han sido utilizados. También se verificara si están nulas o fuera de uso, su origen, los datos complementarios producto de su uso y otros documentos conexos. En suma validarlas, que es lo más importante dentro de este análisis.

d. Sistematización de las consultas: Se realizara la selección de las personas entrevistadas en conjunto con la Dirección de Planificación del MSD, la Unidad de Redes de Salud y la Unidad de Gestión de Calidad.

1) Entrevistas con informantes clave de 22 Hospitales involucrados.

- Funcionarios del Ministerio vinculados a la normalización
- Funcionarios de la estructura estatal en sus niveles: GERENTES de Redes, DILOS Municipales y SEDES Departamentales.
- Directores de 22 Hospitales de Segundo Nivel seleccionados.

2) Entrevistas grupales con diversos actores sociales de 22 Hospitales involucrados.

- Actores de la estructura social: Autoridades Locales de Salud, Comités Locales de Salud -COLOSA-, Comités Distritales de Salud -CODISAS-, Consejos Sociales Municipales de Salud, Consejos Sociales Departamentales de Salud y Consejo Social Nacional de Salud.

- Representantes de la estructura intersectorial: Asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos, otros (Autoridades Originarias, Médicos naturistas o médicos tradicionales, Parteras, Líderes comunitarios de las Juntas de Vecinos, Clubes de Madres, Usuarias de los servicios de salud y de la Seguridad Social) y los Comités de Análisis de Información (CAI) comunales o barriales.
- Representantes de Mesas Municipales de Salud, Asambleas Departamentales de Salud y Asamblea Nacional de Salud

3) Evaluación de la aplicación de la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico en todo el país.

En el país existen 104 redes de salud con 184 hospitales de segundo nivel, en 22 de estos establecimientos acreditados por la Unidad de Servicios de Salud y Calidad a nivel nacional, se realizará el Diagnóstico del Expediente Médico. Ya que en estos hospitales se cumplen con los estándares mínimos de calidad en salud.

- Determinación del tamaño y distribución de la muestra: Se estudiarán 2.376 expedientes médicos de los pacientes ingresados en el período de enero del año 2009 a diciembre 2011. Tres expedientes por mes, treinta y seis por año, ciento ocho por tres años, en cada uno de los 22 Hospitales seleccionados.
- Recolección de información a través de fichas técnicas:
 - Matriz de consolidación 01
 - Matriz de consolidación 02
- Revisión de historias clínicas
- Cruce de información con datos del SNIS por hospital
- Cruce de información con boletas de referencia y contrarreferencia de cada uno de los centros hospitalarios.
- Sistematización y análisis de la información:
 - Codificación de fichas técnicas

- Procesamiento de la información
- Tabulación de datos
- Elaboración de cuadros y gráficos
- Elaboración de informes.

4) Recolección de Datos.

Se utilizara una ficha de recolección de datos que consta de elementos que se agrupan en el siguiente orden:

- Datos generales del Expediente
- Componentes del Expediente clínico
- Evaluación de la calidad del llenado
- Observaciones
- Evaluación de los Expedientes Clínicos
- En la ficha de recolección de información se registraran los componentes que cada Expediente clínico debería portar.
- Se debe de establecer si es primer ingreso o reingreso.
- Carpetas familiares de los Centros de Salud de las Redes involucradas por los 22 hospitales de Segundo Nivel.

En cada componente se valora la calidad del llenado tomando en cuenta 5 ítems: letra clara, pertinencia de las notas, secuencial, firma, fecha y hora. Esto permitirá evaluar cada uno de los componentes en cumplimiento del registro y la calidad de igual forma permitirá una clasificación general.

Los resultados se presentan en tablas y gráficos. Las variables del diagnostico serán los componentes del expediente clínico y los ítems de calidad.

- 3. Etapa de Comité o del proyecto mejorado de norma técnica para el manejo del Expediente Clínico:** Elaboración del informe final que contiene una interpretación de las normas jurídicas sobre el Expediente Clínico:
- a. Sistematización de las Resoluciones Ministeriales relativas a la propuesta.
 - b. Sistematización de la empírica: entrevistas con informantes clave, entrevistas grupales y diagnóstico de la Norma Técnica del manejo del Expediente Clínico en todo el país.
 - c. Con todos estos Insumos elaboración de un primer proyecto mejorado de la norma técnica para el manejo del expediente clínico.
 - d. Seminario Taller de información de resultados de la investigación y presentación del primer proyecto mejorado de la norma técnica del manejo del Expediente Clínico a un grupo de expertos, miembros de todas las Sociedades Científicas del área de Salud a Nivel Nacional, de la Unidad de Gestión de Calidad del Ministerio de Salud y Deportes y del Comité Técnico del Despacho de la Ministra de Salud y Deportes, se organiza la discusión y comentarios hasta que se obtenga el consenso sobre los contenidos técnicos.
 - e. Una vez alcanzado el consenso, se termina el texto para pasar a considerarlo como proyecto de norma mejorada⁶⁵.
- 4. Propuesta al Ministerio de Salud y Deportes:** Las siguientes cuatro etapas constituyen una propuesta al Ministerio de Salud y Deportes, ya que corresponden al proceso de normalización institucional.
- a. **Etapa de consulta, validación y revisión:** El proyecto mejorado de norma circula entre los Directores de 22 Hospitales de Segundo Nivel seleccionados, GERENTES de Red, DILOS Municipales, y SEDES departamentales, recogiendo comentarios dentro de un período de tres meses.
 - b. **Etapa de socialización:** Se preparan Seminarios Talleres Departamentales de información de resultados. Si no se cumplen los

⁶⁵ Conclusion de la propuesta de intervención presentada para optar el grado de Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica, titulada: MEJORAR LA NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

criterios de aprobación establecidos, el texto se remite nuevamente a la Unidad de Gestión de Calidad del Ministerio de Salud y Deportes, para un estudio adicional y el documento revisado se hace circular nuevamente como proyecto de norma.

- c. Etapa de aprobación:** El proyecto final de norma se circula, por un cierto período, para una Aprobación/No aprobación. Si se reciben comentarios técnicos durante este período, ya no se consideran para esta etapa, pero se registran para su consideración en una futura revisión de la norma. Si no se cumplen los criterios de aprobación establecidos, el texto se remite nuevamente a la Unidad de Gestión de Calidad del Ministerio de Salud y Deportes, para su reconsideración, en base a las razones técnicas en que estén basados los comentarios negativos recibidos.
- d. Etapa de publicación:** Una vez que se ha aprobado el proyecto final de de la norma, sólo se introducen, si fuera necesario, cambios editoriales menores en el texto final. La unidad de Gestión de Calidad del Ministerio de Salud y Deportes envía al Despacho de la Ministra de Salud y Deportes que lo publica como Norma Oficial Boliviana, Resolución Ministerial: “Norma Técnica del manejo del Expediente Clínico” (revisada y mejorada).

D. Actividades:

Las actividades se desarrollaran en dos fases, la primera la que corresponde a la propuesta de intervención y la segunda a las acciones del Ministerio de Salud que concluirán con mejorar la norma técnica para el manejo del expediente clínico.

Fase Uno: actividades de la propuesta de intervención

- 1. Etapa de propuesta: Reunión con el Ministerio de Salud y Deportes,** con la Unidad de Gestión de Calidad para confirmar el diseño de las mejoras de la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico, para iniciar la elaboración de una Resolución Ministerial de acuerdo al procedimiento establecido en esta propuesta de intervencion. Acta circunstanciada.

2. Etapa de preparación:

a. Preparación de material: Leyes, Decretos, Códigos, Reglamentos y Resoluciones concernientes a normas para la elaboración, manejo y archivo del expediente médico o clínico agrupado por categoría país y por unidades de información o documentos desglosados en unidades de significación.

b. Revisión de la Legislación y análisis de contenido: Se examinará la Legislación de los países señalados mediante la metodología de análisis de contenido, tomando en cuenta entre otros factores a los siguientes:

- 1) Importancia de las normas jurídicas sobre el expediente médico/clínico.
- 2) Clasificación y codificación por categorías.
- 3) Identificación de las propiedades de las normas jurídicas
- 4) Comparación de legislaciones sobre el expediente médico/clínico.
- 5) Descripción de las tendencias de las leyes y normas,
- 6) Verificación del realismo en la fundamentación de las normas.
- 7) Análisis de contenido cualitativo
- 8) Análisis de contenido cuantitativo, cuantificar los datos y establecer frecuencias

c. Sistematización de las Resoluciones Ministeriales relativas al Expediente Clínico: Implementación del formulario de Sistematización (ANEXO 4)

- 1) Clasificación de las Resoluciones o de cualquiera de sus componentes.
- 2) Análisis de contenido similar al párrafo b.

d. Sistematización de las entrevistas:

- 1) Implementación del formulario entrevistas con informantes clave (ANEXO 5)

- 2) Implementación del formulario entrevistas grupales con diversos actores sociales. (ANEXO 6)
- 3) Implementación de la evaluación de la aplicación de la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico en vigencia en 22 Hospitales de todo el país de acuerdo con el procedimiento establecido.
 - Informe por Hospital
 - Matrices 1 y 2 de consolidación (ANEXO 7) (ANEXO 8)
 - Fichas de información de datos de cada expediente clínico
 - Tablas y Gráficos por variable

3. Etapa de Comité o del primer proyecto de mejoras a la Norma Técnica del manejo del Expediente Clínico:

- a. Elaboración del informe final.
- b. Elaboración del primer proyecto de mejora de la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico.
- c. Seminario Taller de información de resultados de la investigación y presentación del primer proyecto de mejora de la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico, discusión, comentarios y consenso.
- d. Presentación de los resultados del Seminario Taller del primer proyecto de mejora de la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico al consejo Técnico del Ministerio de Salud.
- e. Texto final para pasar a considerarlo como proyecto de norma técnica para el manejo del Expediente Clínico (revisada y mejorada), al consejo Técnico del Ministerio de Salud.

Fase Dos: tareas del Ministerio de Salud y Deportes

- 1. Etapa de consulta:** El proyecto mejorado de norma circula entre los Directores de 22 Hospitales de Segundo Nivel seleccionados, GERENTES de Red, DILOS Municipales, y SEDES departamentales, recogiendo comentarios dentro de un período de tres meses.

- 2. Etapa de Socialización:**
 - a. Seminarios Talleres Departamentales de información de resultados.
 - b. Estudio adicional si no se cumplen los criterios de aprobación establecidos
 - c. Nueva circulación del proyecto de mejora de la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico.

- 3. Etapa de aprobación:**
 - a. Elaboración del Proyecto final de mejora de la norma técnica para el manejo del Expediente Clínico.
 - b. Proceso de PRE aprobación del proyecto final de mejora de la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico.
 - c. Reconsideración del proyecto final de mejora de la Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico, por razones técnicas recibidas.
 - d. Aprobación del Proyecto Final por el Consejo Técnico del Ministerio de Salud y Deportes.

- 4. Etapa de publicación:**
 - a. Introducción de cambios editoriales menores en el texto final.
 - b. Publicación de la Resolución Ministerial:
“Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico” (revisada y mejorada).

X. PRESUPUESTO

EXPRESADO EN BOLIVIANOS		
ETAPA	ACTIVIDAD	MONTO
	Fase Uno: actividades de la propuesta de intervención	
Propuesta	Reunión con el Ministerio de Salud y Deportes.	80
Preparación	Preparación del material.	1.600
Preparación	Revisión de la Legislación y análisis de contenido.	1.200
Preparación	Sistematización de las Resoluciones Ministeriales relativas al Expediente Clínico.	800
Preparación	Sistematización de la empírica.	0
	Entrevistas con informantes clave (80)	2.400
	Entrevistas grupales con diversos actores sociales (120)	2.400
	Evaluación de la aplicación de la Norma Técnica para el manejo del EC. (2.376)	23.760
Comité	Elaboración del informe final.	600
Comité	Elaboración del primer proyecto de la propuesta mejorada de la norma técnica de manejo del expediente médico o clínico.	300
Comité	Seminario Taller de información de resultados investigación y primer proyecto mejorado de la norma técnica de manejo del expediente médico o clínico. (40)	2.400
Comité	Presentación de los resultados del Seminario Taller al consejo Técnico del Ministerio de Salud	300
Comité	Texto final para pasar a considerarlo como proyecto mejorado de la norma técnica de manejo del expediente médico o clínico.	300
	Fase Dos: tareas del Ministerio de Salud y Deportes	
Consulta	Recoger comentarios circulando el Proyecto mejorado de la norma entre los Colegios Profesionales, DILOS Municipales y SEDES Prefecturales.	240
Socialización	Seminarios Talleres Departamentales de información de resultados.	16.800
Socialización	Estudio adicional si no se cumplen los criterios de aprobación establecidos	300
Socialización	Nueva circulación del proyecto mejorado de la norma.	240
Aprobación	Elaboración del Proyecto final mejorado de la norma.	300
Aprobación	Proceso de PRE aprobación de la norma mejorada.	300
Aprobación	Reconsideración del proyecto final de mejoras a la norma técnica de manejo del expediente clínico, por razones técnicas recibidas.	300
Aprobación	Aprobación del Proyecto Final de mejoras de la norma por el Consejo Técnico Ministerio de Salud y Deportes	300
Publicación	Publicación de la Resolución Ministerial: "Norma Técnica de manejo del Expediente Clínico."(revisada y mejorada)	4.000
	TOTALES	58.920

XI. BIBLIOGRAFIA

- (1) Aguirre Gas Héctor. **Calidad de la atención médica.** Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México. 1997.
- (2) Aulló CM, Pelayo PS. **La historia clínica.** En: Responsabilidad legal del profesional sanitario. Madrid: Edicomplet, 2000; 5.
- (3) Camacho Ferrel, Carlos; Heredia Miranda, Nila. **“Manual Básico de Actividades intrahospitalarias”** Editor; Colegio Médico Departamental de La Paz, Impresión C editores. La Paz-Bolivia, 2003.
- (4) Cano Torres, Orlando. **Consideraciones generales sobre el registro del diagnóstico médico.** Bol. Epidemiol. 9 (4): 129-30. Oct.-Dic. 1984.
- (5) Carrasco, María Julia. **Manual de Procedimientos para el Servicio de Estadística y Archivo Clínico,** Instituto Nacional de Tórax 2006.
- (6) Dawdy -MR; Hunter-DW; Gilmore-RA. **Correlation of patient entry rates and physician documentation errors in dictated and hand writer emergency treatment records.** Am. J. Emerg. Med. 15 (2): 115-7; Mar. 1997.
- (7) De Lorenzo y Montero R. **Derechos y obligaciones de lospacientes.** Análisis de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía de los pacientes y de los derechosde información y documentación clínica. Madrid: COLEX, 2003; 152.
- (8) Fac. de Medicina UNAM. **Estudio analítico del expediente Médico.** México. 1997.
- (9) Hervada J. **Introducción crítica al derecho natural.** Navarra, España: EUNSA, 1981; 41-78.
- (10) Herranz RG. **La ética médica y sus relaciones con la historia clínica y el secreto.** III Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid: Fundación. MAPFRE. Medicina, 1997.
- (11) Kessler D, McClellan M. **Do doctors practice defensive medicine?** Quart J Econ 1996; 111 (2): 353-390.
- (12) León Correa Francisco Javier. **“Fundamentos ético-jurídico de la objection de conciencia de los profesionales de la salud”.** Rev., CONAMED. Vol. 12, N° 1, Enero a Marzo 2007.
- (13) Luna Orozco E,, Javier. **“Semiología Quirúrgica”.** Producciones HEPTA. Tercera Edición. La Paz-Bolivia, 1988
- (14) Malagón-Londoño; Galán Morera, **Auditoría en Salud.** Segunda Edición. Editorial Médica Panamericana 2003.
- (15) Martínez LLJ. **El secreto de la historia clínica. Visión del médico.** III. Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina, 1997.
- (16) Martín PJ. **Consentimiento, revelación de secretos, usurpación defunciones, negligencias médicas.** VI Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina, 1999.
- (17) Martínez SM. **La ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y lainscripción de ficheros** (archivos del profesional sanitario). VII Congreso Nacional de Derecho

- Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, 2000
- (18) McInerney V MacDonald [1992] 2 S.C.R. 138: **Medical records - Patient's right of access. La Forest, L'Heureux-** Dubé, Gonthier, Stevenson and Iacobucci JJ. http://www.hrcr.org/safrica/access_information/index.html. Acceso 20 de abril de 2005.
 - (19) McQuade JS. **The medical malpractice crisis-reflections on the alleged causes and proposed cures.** JR Soc Med 1991; 84: 408-411.
 - (20) Médicos Mundi. **Programa de Fortalecimiento de la Gestión Hospitalaria**, Modelo de Gestión de Hospitalización. 2003.
 - (21) Ministerio de Salud y Deportes. **Reglamento General de Hospitales.** Segunda Edición. La Paz-Bolivia, 2005.
 - (22) Ministerio de Salud y Deportes. **Ley Nº 3131 del Ejercicio Profesional Médico.** La Paz-Bolivia, Agosto. 2005
 - (23) Ministerio de Salud y Deportes. **Decreto Supremo Nº 28562.** Reglamentario a la Ley Nº 3131 La Paz - Bolivia, Diciembre 2005.
 - (24) Ministerio de Salud y Deportes INASES **“Reglamento para la elaboración, manejo y archivo del expediente clínico en las entidades: de Seguridad Social de corto plazo”.** Impresión Producciones Nor Chichas. La Paz - Bolivia, 2006.
 - (25) Moure GE. **Historia clínica y confidencial.** En: Memorias del VICongreso Nacional de Derecho Sanitario, Fundación MAPFRE. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 2000; 328.
 - (26) Organización Mundial de la Salud. **Conferencia sobre ALMA ATA.** *WHO Chron* 1978; 32: 428-430.
 - (27) Otero, Jaime. **Glosario de Auditoría en Salud.** Portal de Gerencia y Marketing. Octubre 2002.
 - (28) Padilla, T. y Cossio, P. **“Semiología General”** Librería “El Ateneo” Editorial. Sexta Edición. Buenos Aires - Argentina, 1952.
 - (29) Quintero, Luis; Díaz, Isabel; Vethencourt, Alfredo; Vivas, Lilian. **Las abreviaturas en la historia clínica.** *Salus Militeae.* 1991 Ene. Dic. 16 (1/2): 5-12.
 - (30) Rodríguez JM. **Mala praxis médica** (responsabilidad penal, civil y administrativa). Buenos Aires, Argentina: Editorial de Ciencia y Cultura, 1999; 95.
 - (31) Rivero-Serrano O. **Los riesgos de la medicina defensiva en una sociedad en proceso de cambio.** *Rev CONAMED* 1999; 3: 7-11.
 - (32) Sánchez CC. **La intimidad y el secreto médico.** Madrid: Editorial Díaz de Santos, 2000; 13-16.
 - (33) Sánchez GJM, Tena TC, Rivera CAE et al. **Medicina defensiva en México: Una encuesta exploratoria para su caracterización.** *CirCir* 2005; 3: 201-208.
 - (34) Summerton N. **Positive and negative factors in defensive medicine: A questionnaire study of general practitioners.** *BMJ* 1995; 310 (6971): 27-29.
 - (35) Serrano LA. Ramírez OF, Arce AE, Rivapalacio CS. **Evaluación de la calidad de la atención médica por medio del expediente clínico y la satisfacción del usuario en una clínica de medicina familiar de la Ciudad de México.** *Arch Med Fam* 2002; 4: 56-62.

- (36) Secretaría de Salud. **Norma Oficial Mexicana** NOM-168-SSA1-1998, http://www.conamed.gob.mx/nom_exp.htm. (Accesada 23 de abril de 2005).
- (37) Secretaría de Salud. **Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica**. México DF: Editorial Porrúa.
- (38) Subdirección General Médica del IMSS. **Evaluación médica**. México. 1972.
- (39) Subdirección Gral. Médica. **Expediente Médico en la atención médica**. IMSS, México. 1973.
- (40) Tena TC, Sánchez GJM. **Medicina asertiva**. En: Tena TC, Hernández OF (eds). **La comunicación humana en la relación médicopaciente**. Ed Prado, 2004; 407-427.
- (41) Tabak-N; Ben-Or-T. **Jurídico and medical nursing aspects of documentation, recording and reporting**. Med. Law. 1995; 14 (3-4): 275-82.
- (42) Vacarezza R, Núñez ME. **¿A quién pertenece la ficha clínica?** RevMed Chile 2003; 131: 111-114.
- (43) Valenzuela Gonzales, J.C. **“Modelo de Historia Clínica”**. Impresores POLIGRAF. Cochabamba - Bolivia, 1983.
- (44) Tabak -N; Ben-Or-T. **Jurídico and medical nursing aspects of documentation, recording and reporting**. Med. Law. 1995; 14 (3-4): 275-82. Tenta Tamayo, C.; Ramírez Ramírez, A. "Regulación jurídica de los datos clínicos en México (acceso del paciente a su expediente clínico)". Revista CONAMED, Vol. 11, Nº 6, abril- Junio 2006.

XII. ANEXOS

ANEXO 1

Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico

ANEXO 2

**Decreto Supremo N° 29601
Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia**

ANEXO 3

Antecedentes Metodológicos

ANEXO 4

Ficha técnica
Sistematización de las Resoluciones Ministeriales

ANEXO 5

Sistematización de la EMPIRIA
Formulario de entrevistas en profundidad con informantes clave

ANEXO 6

Sistematización de la EMPIRIA
Formulario de entrevistas grupales con diversos actores sociales.

ANEXO 7

Diagnostico del Expediente Médico o Clínico
Matriz de consolidación UNO

ANEXO 8

Diagnostico del Expediente Médico o Clínico
Matriz de consolidación DOS

ANEXO 1

Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico

CAPITULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. FUNDAMENTACION

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, laboratorio, 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 cuales 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 contrarrefirieron.

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, dígame grafica, 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 esta 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. Gestion 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 tomo 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 sello visibles, es responsabilidad del médico de planta o médico que hospitalizó 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 hidroelectrolítico, cuantificación de orina, número de evacuaciones, control de sondas y avendamientos, 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 gineco obstétricos en el caso de la mujer; describe las condiciones actuales de su estado de salud- enfermedad, investigadas y recogidas a través de la anamnesis o interrogatorio y el examen físico general y especial. Concluye estableciendo el diagnóstico presuntivo, diagnósticos diferenciales y una propuesta básica de conducta y tratamiento. El responsable para su elaboración, dentro de las 8 horas de transcurrida 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 hospitalizó 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) N° de cama.
- d) N° 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 y drenajes.
- 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 utilizados 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 firmade 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) Gráfica 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 intra operatoria.
- 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 esta 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 adicionara la hoja de monitoreo durante el traslado que deberá ser entregada al establecimiento que recibe alpaciente.

13.2. Protocolo de Autopsia.- En caso de haberse practicado por fallecimiento del paciente al interior del establecimiento. Su realización puede obedecer a múltiples causa 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 consignara 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 quedara 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 pacible de tratamiento o seguimiento por un programa específico, dígame tuberculosis, enf. de Chagas, detección temprana de cáncer de cervix 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 color diferente y estarán especialmente diseñados

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 mas 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 farmacos 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 jefes 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 esta. 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 inadmisibles 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 actué 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 adjuntara 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.

- 26.5. 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 entregaran 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 pasara 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 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 expresada 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 e iconografía 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 tomográficas 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 este 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 altamédica, 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.

ANEXO 2**Decreto Supremo N° 29601****Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia****“MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL”****EVO MORALES AYMA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA****CONSIDERANDO:**

Que el inciso a) del artículo 7 de la Constitución Política del Estado, establece que toda persona tiene derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad.

Que, la Ley No 3351 de 21 febrero de 2006, de Organización del Poder Ejecutivo establece las atribuciones y responsabilidades del Ministerio de Salud y Deportes, respecto a la formulación, desarrollo, supervisión y evaluación de la implementación del modelo sanitario.

Que, el Decreto Supremo No 29272 de 12 de septiembre de 2007, aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010 establece entre los objetivos del pilar Bolivia Digna la eliminación de la exclusión social en salud, a través de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Que, el Decreto Supremo No 29246 de 22 de agosto de 2007, de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario establece la política, objetivos y principios para la erradicación de la pobreza y extrema pobreza y toda forma de exclusión, discriminación, marginación y explotación; coadyuvando a la restitución y fortalecimiento de los derechos y capacidades (económicas, físicas, humanas, naturales y sociales) de la población, principalmente de los indígenas, originarios y campesinos; fortalecer el modelo comunitario urbano y rural que se sustenta en los valores de la comunidad, el control social directo y la transparencia, las formas organizativas propias de las poblaciones locales y la identidad cultural y territorial.

Que, la Ley 1702 de 17 de julio de 1996, modificatoria del Artículo 1º de la Ley 1551 de Participación Popular, reconoce, promueve y consolida el proceso de Participación Popular, articulando a las Comunidades Indígenas, Pueblos Indígenas, Comunidades Campesinas y Juntas Vecinales, respectivamente, en la vida jurídica, política y económica del país, procurando mejorar la calidad de vida de la mujer y el hombre bolivianos, con una más justa distribución y mejor administración de los recursos públicos.

Que la Ley Nro 1252 de 11 de julio de 1991, reconoce el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo – OIT, sobre derechos de los pueblos indígenas, como forma de eliminar las diferencias socioeconómicas en la sociedad, y que en salud significa la oferta de servicios de salud adecuados a la realidad indígena bajo la responsabilidad y control de los mismos; además, de la valoración y utilización de las medicinas propias de dichos pueblos.

Que la Ley 3760 de 7 de noviembre de 2007, eleva a rango de Ley la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas a través de los cuales se reconoce el derecho de éstos a su autodeterminación, a partir de sus especificidades culturales, identitarias, políticas y organizativas, por lo cual se apoya la revalorización de la medicina indígena originaria campesina y su proceso de articulación y complementariedad con la medicina académica occidental.

Que, el D.S. N° 25233 de 27 de noviembre de 1998 establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud dentro de las previsiones del Decreto Supremo N° 25060 que establece la estructura orgánica de las Prefecturas de Departamento y disposiciones vigentes en materia de salud.

Que, la Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil dispone la prestación de salud con carácter universal, integral y gratuito en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad a Corto Plazo a mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.

Que, el D.S. N° 26875 de 21 de diciembre de 2002, Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud amplía los alcances del D.S 25233, incorporando al conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, a nivel Nacional, Departamental, Municipal y Local; reguladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social, involucrando al Sistema Público, Seguro Social de Corto Plazo, Iglesias Privadas con y sin fines de lucro y la Medicina Tradicional.

Que, ante la necesidad de establecer e implementar un Modelo Sanitario de Salud, coherente con la realidad socio económico cultural de la población boliviana, desarrolle sus acciones en el marco de la justicia, en la búsqueda de equidad, fortaleciendo las capacidades de los actores sociales en cuanto a la toma de decisiones sobre las acciones de salud, e impulsando procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras).

EN CONSEJO DE MINISTROS,

DECRETA:

TÍTULO I MARCO GENERAL

CAPÍTULO I OBJETIVO, PRINCIPIOS Y ESTRATEGIA

ARTÍCULO 1.- (OBJETO)

El presente Decreto Supremo tiene por objeto establecer el Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.

ARTICULO 2. (OBJETIVO DEL MODELO)

El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.

ARTÍCULO 3.- (PRINCIPIOS)

a. Participación Comunitaria

Es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.

b. Intersectorialidad

Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

c. Interculturalidad

Es el desarrollo de procesos de articulación complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.

d. Integralidad

Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

ARTÍCULO 4.- (PROMOCIÓN DE LA SALUD)

Es la estrategia de implementación del Modelo SAFCI como un proceso político de movilización social, continua por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general. Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales.

TÍTULO II MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD

CAPÍTULO I MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD

ARTÍCULO 5.- (DEFINICIÓN)

El modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

ARTÍCULO 6.- (CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD)

- a. Enfoca la atención de manera intercultural e integral (Promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad).
- b. Desarrolla sus prestaciones con equipos de salud interdisciplinarios
- c. Organiza sus prestaciones en redes de servicios y redes sociales.
- d. Recupera la participación de los usuarios en la organización de los servicios.
- e. Desarrolla sus acciones en el ámbito del establecimiento de salud y en la comunidad.

ARTÍCULO 7.- (AFILIACION)

La afiliación constituye el proceso de registro a los Seguros Públicos de salud, siendo ésta responsabilidad de los Gobiernos Municipales como componente de la planificación y del desarrollo humano sostenible para el Vivir Bien.

La reglamentación, tanto del proceso de afiliación como de la aplicación de su sistema integrado de información, será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.

ARTICULO 8.- (CARPETA FAMILIAR – HISTORIA CLINICA)

La Carpeta Familiar constituye el instrumento esencial para la aplicación del Modelo de atención SAFCI para establecer las determinantes de la salud de las familias y comunidades, realizar el seguimiento de su estado de salud y garantizar el ejercicio de sus derechos a la salud.

La Historia Clínica es parte de los registros médicos que contiene la Carpeta Familiar, debe ser administrativa bajo la responsabilidad del personal de salud como parte del proceso de afiliación a los Seguros Públicos de Salud.

La reglamentación de la implementación de la Carpeta Familiar será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.

ARTÍCULO 9.- (MODELO DE ATENCIÓN EN EL SEGURO DE CORTO PLAZO)

La Seguridad de corto plazo que brindan las Cajas de Salud, deben adecuar su atención al Modelo Sanitario SAFCI, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

CAPÍTULO II ESTRUCTURA DE LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

ARTÍCULO 10.- (REDES DE SERVICIOS)

I A fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población, se constituyen las Redes de Servicios. Cada Red deberá estar conformada por un conjunto de establecimientos y servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel que pueden pertenecer a uno o varios municipios.

II Según la atención requerida el responsable de la misma podrá realizar la referencia y retorno de un nivel a otro, siendo la puerta de ingreso a la Red de Servicios el establecimiento de Primer Nivel. La atención de emergencias y urgencias serán la excepción.

III La reglamentación será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.

ARTICULO 11.- (COORDINADOR DE LA RED DE SERVICIOS)

- I El Coordinador es el responsable técnico de la coordinación en los tres niveles de atención de una Red de Servicios que depende orgánica y funcionalmente del Servicio Departamental de Salud.
- II Es responsable de la suscripción de compromisos de gestión con los establecimientos de salud de la Red bajo su coordinación de acuerdo a normativa del Ministerio de Salud y Deportes.
- III El Coordinador de la Red de Servicios cuenta con un Equipo Técnico conformado al menos por un Profesional en Salud Pública, un Estadístico y un Conductor.
- IV La remuneración y gastos operativos del Coordinador y su Equipo estarán a cargo de la Prefectura correspondiente, a través del SEDES.

ARTÍCULO 12.- (RED MUNICIPAL SAFCI)

- I Es la estructura operativa del Modelo SAFCI constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las familias de su área de influencia y fundamentada en las necesidades de la misma.
- II Desarrolla servicios integrales de salud (promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de las personas, familias y comunidades en el ámbito de su jurisdicción), la participación social consciente y efectiva y la corresponsabilidad de otros sectores en el marco de la salud familiar y la **interculturalidad**.

ARTÍCULO 13.- (RESPONSABLE MUNICIPAL DE SALUD)

- I Responsable técnico administrativo del funcionamiento de la Red Municipal SAFCI
- II Depende orgánica y funcionalmente del Gobierno Municipal.
- III Es responsable del cumplimiento de la planificación municipal de salud a través de compromisos de gestión de la Red Municipal SAFCI.
- IV El Perfil del responsable municipal de salud corresponde a un profesional de las ciencias de la salud, ciencias económicas y financiera o de ciencias sociales con experiencia en salud.

TITULO III MODELO DE GESTIÓN EN SALUD

CAPITULO I MODELO DE GESTION EN SALUD

ARTÍCULO 14.- (AMBITO, COMPETENCIAS Y PARTICIPACION SOCIAL)

- I El modelo de gestión en salud vincula la participación social con los niveles de gestión estatal en salud y las instancias de concertación sobre los temas de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional.

II Las decisiones abarcan a la gestión de la salud (planificación, ejecución administración, seguimiento control) de los actores sociales en constante interacción con el sector salud.

ARTÍCULO 15.- (ESTRUCTURA ESTATAL).

- a. **Nivel local:** Es la unidad básica, administrativa y operativa del Sistema de Salud, ejecutor de prestación de servicios integrales e interculturales a la persona, familia y comunidad y responsable de la gestión compartida de salud.
- b. **Nivel municipal:** El Directorio Local de Salud es la máxima autoridad en la gestión de salud en el ámbito municipal y encargada de la implementación del Modelo Sanitario SAFCI, seguros públicos, políticas y programas de salud en el marco de las políticas nacionales. Así mismo, es responsable de la administración de las cuentas municipales de salud. El Directorio Local de Salud – DILOS, elaborará su reglamento interno en base a normativa nacional determinada por el Ministerio de Salud y Deportes.
- c. **Nivel departamental:** Constituido por el Servicio Departamental de Salud que es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un departamento. Articula las políticas nacionales, departamentales y municipales; además de coordinar y supervisar la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación social y del sector privado. Es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política nacional de salud y normas de orden público en su jurisdicción territorial, alcanzando a las instituciones y/o entidades que conforman tanto el sector público como privado. El Director Técnico que dirige el SEDES es nombrado por el Gobernador del Departamento y depende técnicamente del Ministerio de Salud y Deportes.
- d. **Nivel nacional:** Esta conformado por el Ministerio de Salud y Deportes que es el órgano rector-normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular la política, estrategia, planes y programas nacionales; así como de establecer las normas que rigen el Sistema de Salud en el ámbito nacional.

ARTICULO 16.- (FUNCIONAMIENTO DEL DIRECTORIO LOCAL DE SALUD DILOS)

En el marco de la conformación de DILOS establecida en el artículo 6 de la Ley No. 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil, esta instancia cuenta para el ejercicio de sus funciones con:

- a. **Nivel de decisión política.** Conformado por el Alcalde Municipal o su representante, quien lo preside, un representante técnico del SEDES y un representante del Comité de Vigilancia.
- b. **Nivel de coordinación.** Conformado por el Coordinador de la Red de Servicios.

- c. **Nivel operativo.** Conformado por la Red Municipal SAFCI y la Estructura Social en salud local y municipal, conformada por la Autoridad Local de Salud, Comité local de Salud y Consejo Social Municipal de Salud.

ARTÍCULO 17.- (PARTICIPACION DE LA ESTRUCTURA SOCIAL)

El Modelo SAFCI reconoce la estructura social que se expresa en la participación y toma de decisiones de las organizaciones sociales, orientada a la relación igualitaria con la estructura estatal en los procesos de resolución de la problemática de salud.

- a. **Autoridad Local de Salud:** Es el representante legítimo de la comunidad o barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud; encargada de hacer planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la administración del servicio de salud y de realizar seguimiento control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad o barrio. No es un cargo voluntario, es una más de las autoridades de la comunidad o barrio.
- b. **Comité Local de Salud:** Es la representación orgánica de las Autoridades Locales de Salud, pertenecientes territorialmente a un área o sector de saludante el sistema de salud (puesto o centro de salud), organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión compartida en salud y de impulsar la participación de la comunidad en la toma de decisiones sobre las acciones de salud. No es un cargo voluntario, es una autoridad comunitaria.
- c. **Consejo Social Municipal de Salud:** Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del DILOS garantizando la Gestión Compartida de Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local en salud (Autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DILOS), proponer el porcentaje de presupuesto destinado a salud para su incorporación al POA municipal.
- d. **Consejo Social Departamental de Salud:** Es la representación orgánica, existente en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio encargado de articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con la política departamental de desarrollo; además de realizar control social a la implementación de la misma en cuanto a salud y a las acciones desarrolladas por el SEDES, proponer el porcentaje de presupuesto destinado a salud para su incorporación al POA departamental.
- e. **Consejo Social Nacional de Salud:** Es la representación orgánica de las organizaciones sociales e instituciones del nivel nacional, que articula las necesidades y propuestas en salud de los departamentos ante el Ministerio de Salud y Deportes; además de ser encargado de realizar control social a las acciones que esta instancia emprenda.

ARTÍCULO 18.- (ESPACIOS DE DELIBERACIÓN INTERSECTORIAL EN LA GESTIÓN EN SALUD)

Los espacios de deliberación de la Gestión, son instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, disensos y toma de decisiones, sobre la gestión de la salud, donde la estructura social y estatal de gestión en salud participan de manera conjunta asumiendo corresponsabilidad en el desarrollo de acciones de salud incorporadas en los planes estratégicos de cada nivel de gestión de salud

- a. **ASAMBLEA NACIONAL DE SALUD:** Es la máxima instancia nacional de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan Nacional de Salud; a su vez es el espacio de seguimiento al desarrollo del mismo.
- b. **ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE SALUD:** Es la máxima instancia departamental de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan Departamental de Salud, a su vez es el espacio donde se efectúa el seguimiento a la estrategia y al POA departamental
- c. **MESA MUNICIPAL DE SALUD:** Es una instancia de diálogo, consulta, coordinación, concertación y consenso entre todos los actores de la Gestión Compartida del municipio, otros sectores, instituciones y organizaciones sociales con la finalidad de tomar decisiones en la planificación y seguimiento de las acciones de salud en el municipio (Estrategia Municipal de Salud).
- d. **ASAMBLEAS, AMPLIADOS, REUNIONES, JUNTAS, CUMBRES, CABILDOS, OTROS Y CAIS COMUNALES O BARRIALES:** Son espacios que se desarrollan en la comunidad o barrio (de acuerdo a usos y costumbres), donde se concretiza la Gestión Local en salud, en los que participan diferentes actores sociales e institucionales en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución administración y seguimiento evaluación control de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad o barrio. En el nivel local, existen dos tipos de espacios de deliberación, que se detallan a continuación:
 1. **Planificación:** “Reunión General de Planificación” (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos y otros) que se realizan una vez al año, en las comunidades o barrios tengan o no establecimiento de salud, para identificar las problemáticas en salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución, que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y responsables.
 2. **Espacios de seguimiento control:** “Comité de Análisis de Información en Salud (CAI) comunal o barrial”, que se realiza tres veces al año (en la comunidad o barrio que cuente con un establecimiento de salud), para

analizar y evaluar la situación de salud, el cumplimiento de las actividades que se han acordado en la reunión de planificación, el funcionamiento del establecimiento de salud (administración) y la calidad de atención brindada a los usuarios

ARTÍCULO 19.- (DESARROLLO REGLAMENTARIO)

El Ministerio de Salud y Deportes queda encargado de reglamentar el presente Decreto Supremo en un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha. Asimismo, aprobará las normas de funcionamiento del Modelo de Atención y Modelo de Gestión en salud.

CAPÍTULO II DISPOSICIONES TRANSITORIAS

DISPOSICIÓN TRANSITORIA UNICA.-

La seguridad de corto plazo debe presentar en el término de noventa (90) días al Ministerio de Salud y Deportes, un plan de adecuación al Modelo Sanitario SAFCI, para su compatibilización y aplicación a nivel nacional.

DISPOSICIONES ABROGATORIAS Y DEROGATORIAS

DISPOSICIONES DEROGATORIAS.-

- I. Se derogan los artículos 2, 3, 4, 5, 7 párrafo I, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 23,25,26, 27 y 28 del Decreto Supremo N° 26875 de 21 de diciembre de 2002.
- II Que derogado el párrafo I del artículo 2 del Decreto Supremo N° 26874 de 21 de septiembre del año 2002.

El Señor Ministro de Estado, en el Despacho de Salud y Deportes, queda encargado de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo.

Es dado en el Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los once días del mes de junio del año dos mil ocho.

FDO.

EVO MORALES AYMA

y

MINISTROS DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

ANEXO 3

Antecedentes Metodológicos

La presente propuesta de intervención se ha originado revisando una gran variedad de fuentes para generar ideas de investigación. Entre ellas se pueden mencionar las experiencias individuales, materiales escritos, teorías, conversaciones personales y observaciones de hechos. Las fuentes primarias utilizadas para elaborar el marco teórico son los artículos que a continuación presentamos, obtenidos de libros, revistas científicas y ponencias de trabajos presentados en congresos y otros eventos, son fuentes primarias que sistematizan el tema que nos interesa, nos ha costado poco dinero obtenerlas y utilizarlas, y son altamente especializadas.

A. La Historia Clínica: Conceptos Básicos

Autor: Hugo Marietan, Médico Psiquiatra. Hospital Borda. Docente Adscrito de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Publicado en la Revista ALCMEON Volumen 1, Nº 3 401-47, 1991- *Malos testigos son los ojos y los oídos para los hombres que tienen almas bárbaras.* (Heráclito, frag. III)

La Historia Clínica⁶⁶ (HC) es necesaria como instrumento médico y jurídico; además de ser de utilidad en la investigación, la estadística, la docencia y la administración. Cuando se habla de Historia se suponen cuatro momentos teóricos distintos: el primero la recolección de material (datos); el segundo la selección significativa de los mismos; el tercero la interpretación de los datos y finalmente la conclusión.

Pero estos pasos no se realizan anárquicamente sino que son orientados por una idea rectora, del asunto a esclarecer. Desde luego que la habilidad para realizar una adecuada HC requiere un tiempo de aprendizaje teórico práctico: La lectura de los textos ayuda, pero no es suficiente. El "estar" con pacientes termina por convertir a los profesionales de la salud en "prácticos". Es la sabia amalgama entre estos dos factores, más las propias vivencias (que tiñe de manera única los actos) lo que dará como resultado, si la mezcla es buena, un criterio correcto. Sirva esta enumeración de la importancia de la HC y de la claridad con que debe ser redactada.

- 1. Utilidad médica:** El objetivo de la HC es dejar documentada la práctica médica ejercida en un paciente⁶⁷.

⁶⁶ **Patiño "La Psiquiatría Clínica":** Cuando indagamos en la historia de una persona que padece, lo que buscamos son los hechos y vivencias de su biografía, anteriores y actuales, que entornados por el conocimiento teórico que apliquemos, nos permita extraer la información que dé un sentido (que tenga cierto encadenamiento lógico) que nos lleve a entender o comprender su sufrimiento y/o enfermedad.

Es decir, se requiere de una observación orientada hacia un objetivo (la extracción de datos significativos) lo que implica: 1. Conocimiento teórico y práctico sobre el tema. 2. Eliminación de datos superfluos. 3. Una postura crítica del investigador que lo lleve a ir despejando las incógnitas hasta obtener una coherencia en el cuadro individual que está analizando.

No se trata en consecuencia de la mera recolección de datos porque si, ni tampoco del apego férreo a esquemas pre hechos, sino de la plasticidad de ir adaptando los datos de la observación (la información) nueva del caso individual a nuestro conocimiento ya adquirido y a su vez, en un camino bi direccional, ajustando lo asimilado a la nueva información.

2. Importancia Legal: La necesidad de la HC desde el punto de vista jurídico está contemplada en la ley⁶⁸, la dirección del establecimiento confeccionará una HC⁶⁹ de cada internado, en la que constará con la mayor precisión:

- a. sus datos personales
- b. los exámenes verificados
- c. el diagnóstico
- d. el pronóstico
- e. la indicación del índice de peligrosidad que se le atribuya
- f. el régimen aconsejado para su protección y asistencia
- g. las evaluaciones periódicas del tratamiento
- h. y las fechas de internación y egreso

A la HC se agregarán:

- i. las solicitudes de internación y egreso deberán contener los datos personales del peticionante.
- j. las órdenes judiciales y las disposiciones de la autoridad policial.
- k. copia de las comunicaciones y notificaciones a que se refiere esta ley, con las constancias de su recepción por los destinatarios

3. Partes constitutivas de la Historia Clínica

a. Identificación e información Legal y social, cuyo objetivo es la correcta identificación del paciente y sus familiares y todo lo relacionado con los requisitos legales.

- 1) Identificación: Nombre, apellido, documento, edad, etc.
- 2) Identificación de los familiares: Ídem anterior
- 3) Certificado de internación.
- 4) Juzgado N^o, Juez, Secretario de Juzgado, dirección, teléfono, todo lo relacionado con
- 5) las comunicaciones al Juzgado.
- 6) Número de Registro de la HC - Estadística.
- 7) Información Económico-social: ingresos, trabajo, vivienda, etc.

⁶⁷ Recordemos que la **HC hospitalaria y sanatorial** son instrumentos públicos, y pueden ser exigidas por la justicia. No así la HC privada (de consultorio), que es un instrumento privado, en consecuencia el médico puede ampararse en el secreto médico, no obstante el Juez tiene la facultad de relevarlo del secreto médico y utilizar la HC privada a los fines judiciales.

⁶⁸ El expediente Clínico (EC) es un instrumento testimonial cuya interpretación y análisis tienen un uso y aplicación jurídica como lo establece la **NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO, Artículo 7. FINALIDADES: 7.7. Jurídica legal**, por constituirse en un documento de evidenciaprimaria sobre lo acontecido con el paciente y las actuaciones y responsabilidades del establecimiento y el personal que tomo parte en su atención.

⁶⁹ La precisión en la **NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO. Artículo 8. EXPEDIENTE CLÍNICO DE HOSPITALIZACIÓN** 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.

- b. Información médico-psicológica, cuyo objetivo es el diagnóstico preciso como partes constitutivas de la Historia Clínica ⁷⁰
- 1) Antecedentes personales: Clínicos y psiquiátricos
 - 2) Antecedentes familiares: Ídem, información genética
 - 3) Enfermedad actual - Entrevista inicial: Libre y semi estructurada -
 - 4) Psicodiagnóstico
 - 5) Diagnósticos Diferenciales
 - 6) Exámenes Complementarios
 - 7) Interconsultas médicas (clínicas, quirúrgicas, etc.)
 - 8) Ateneos.
- c. Programación Terapéutica, cuyo objetivo es la remisión de síntomas, disminución del índice de peligrosidad y externación para su reinserción.
- 1) Tratamiento Farmacológico
 - 2) Tratamientos Biológicos
 - 3) Psicoterapia: individual, grupal, asambleas.
 - 4) Control clínico y dietético
 - 5) Terapéutica familiar: diagrama de visitas y salidas, estudio de la familia.
 - 6) Laborterapia: Taller, música terapia, tareas específicas, juegos.
- d. Evolución: seguimiento de los resultados obtenidos con la Programación Terapéutica, sus ajustes y conclusiones.
- e. Pre-Externación y Externación: diagramación de las salidas, valoración. Conclusión final: resumen completo desde el cuadro inicial, el diagnóstico presuntivo, la programación terapéutica, sus resultados, las modificaciones al diagnóstico inicial, diagnóstico final, pronóstico, recomendaciones para ambulatoria, derivación a consultorios externos y hospital de día.

⁷⁰ Las partes constitutivas en la **Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico** están señaladas en el **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 se desagrega en documentos individuales, lo que otorga a cada uno de ellos, importancia y significación y son: 12.1. Papeleta de interacción. 12.3. Gráfica de Registro de Signos Vitales. 12.4. Historia Clínica.- 12.5 Consentimiento Informado. 12.6 Informes de Exámenes Complementarios. 12.7. Notas de Evolución. 12.8. Interconsultas. 12.9. Notas de Informe Profesional. 12.10. Documentos Quirúrgicos. 12.10.1. Protocolo Quirúrgico. 12.2. Nota de Internación. 12.3. Gráfica de Registro de Signos Vitales. 12.4. Historia Clínica. 12.5. Consentimiento Informado. 12.6. Informes de Exámenes Complementarios. 12.7. Notas de Evolución. 12.8. Interconsultas. 12.9. Notas de Informe Profesional. 12.10. Documentos Quirúrgicos. 12.10.1. Protocolo Quirúrgico. 12.10.2. Registro Quirúrgico. 12.11. Documentos de Anestesiología. 12.11.1. Nota Preanestésica. 12.11.2. Protocolo del Procedimiento de Anestesia. 12.11.3. Nota de Recuperación Anestésica. 12.12. Notas de Indicaciones Médicas. 12.13. Documentos de Enfermería. 12.13.1. Notas de Evolución de Enfermería. 12.13.2. Notas de Registro de Tratamientos de Enfermería. 12.14. Epicrisis. 12.15. Informe de Emergencias.

B. Tratado de la prueba judicial V. 4: indicios y presunciones.

Autor: Parra Quijano, Jairo. Derecho Comparado. ISBN 9587070704 Biblioteca Universidad ICESI. Bogotá, 2005.

1. **Diligencia** es la cualidad por la cual el médico ejerce su acto profesional utilizando los principios de cuidado, exactitud, ciencia y conocimiento, con el objeto de llegar a un diagnóstico preciso de las condiciones de un enfermo, para orientar su terapéutica.
2. **Negligencia**, la actitud contraria a la diligencia, es sinónimo de abandono, dejadez, desidia, descuido e incurria. Es un acto mediante el cual se viola un deber de atención, estando en capacidad intelectual y técnica de preverlo.
3. **Derecho Comparado**, citas legislación acto médico y expediente clínico:
 - a. "... el expediente clínico es uno de los elementos probatorios de la diligencia, desde su elaboración formal hasta su trasfondo científico."
 - b. "... el médico tiene el deber de poner todo su cuidado siempre que atienda a sus pacientes con el fin de probar su curación o mejoría; lo que por negligencia, descuido u omisión cause perjuicio a la salud de aquellos incurre en una conducta ilícita que será calificada por el juez según su magnitud..."
 - c. "El acto médico negligente es una transgresión, constituye un descuido u omisión tal, que al comparar la conducta de un médico con la de otro que posea un conocimiento similar y el correspondiente sentido común de responsabilidad conferido por la experiencia y el estudio respectivos, y de quienes se espera una conducta lógica, mesurada y acorde con el deber de cuidado y la Lex Artis que rigen el acto que se analiza, se concluye que obró por fuera de los parámetros mínimos de cuidado."
 - d. "La historia clínica es una forma de prueba, pues se considera documento. De acuerdo con el Código de Procedimiento Civil (Sección III, Régimen Probatorio, Título XIII, Pruebas, Capítulo I, Artículo 175)"
 - e. "... sirven como pruebas, la declaración de parte, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez..."
 - f. "... Son documentos, los escritos, impresos, planos, dibujos, cuadros, fotografías, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, radiografías, talones, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo..."

- g. "Documento es todo aquel elemento perceptible por los sentidos del oído y la vista que al ser examinado sirva para comprobar la existencia de un hecho o manifestación del intelecto, que puede ser llevado físicamente ante el juez."
- h. "... en el aspecto procesal y probatorio hay dos tipos de documentos: Solemne (cuando la ley impone que un acto se celebre a través de un documento específico, como la venta de un inmueble o un consentimiento informado); y Probatorio cuando se constituye como objeto permanente de representación como medida de seguridad. Adicionalmente, la historia es parte de la función del médico como auxiliar de la justicia, evento consagrado en la Ley de Ética Médica".
- i. "... El médico es auxiliar de la justicia en los casos que señala la ley, ora como funcionario público, ora como perito expresamente designado para ello. En una u otra condición cumplirá su deber teniendo en cuenta las altas miras de su profesión, la importancia de la tarea que la sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad y sólo la verdad..."

C. Otro documento: La historia clínica

Autor: Carlos Manuel Da Costa Carballo, Doctor en Medicina. Profesor de la Universidad Complutense de Madrid. ISSN: 02104210, 1997.

Al realizar el tema, se plantea dar a conocer, explicar desde un punto de vista muy general, el documento básico de la praxis médico-asistencial con el que se va a encontrar necesariamente cualquier documentalista que realice su labor en un centro sanitario: la Historia Clínica que, dentro de la tipología documental médico-asistencial, es quizás, el documento más importante de todos los que se manejan en la asistencia sanitaria.

La Historia Clínica, como cualquier documento, pasa por todo el proceso documental, pues hay una *elaboración* (con una recogida de datos, una selección de los mismos y de los documentos que integran la historia clínica, un análisis de esa documentación, con su descripción, indización y resumen, que no es otra cosa que el informe de alta hospitalaria), *almacenamiento* (o bien en el Archivo de Historias Clínicas o en los Archivos Electrónicos que empiezan a implantarse hoy en día), *distribución* y *transporte* (fases de la cadena no desarrolladas en el ámbito asistencial) y *recuperación* (gracias a la codificación de esa información, que se hace con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS).

Teniendo en cuenta que, la finalidad de este tema es enseñar a un documentalista nuestro documento, para lo cual hay que intentar definir ¿qué es la Historia Clínica y para qué puede servir?, ¿cómo ha ido evolucionando a lo largo de la historia y qué partes y/o contenidos se fueron integrando en cada momento histórico?, la tipología actual de este documento y los documentos que hoy por hoy se entienden como fundamentales para formar parte de la misma.

Es decir la normalización⁷¹, de la historia clínica, que es el establecimiento de una serie de normas y principios para unificar los documentos que componen la historia clínica⁷², documentos cada vez más numerosos y complejos, debido a que es el vehículo de transmisión de la información clínico-asistencial a lo largo del tiempo y del espacio. Para poder desarrollar el proceso de manera adecuada habrá que analizar varios aspectos muy importantes:

1. En primer lugar estudiar todos **los documentos clínicos** existentes en el centro sanitario donde vamos a unificar la historia clínica. Para ello tendremos que realizar varias tareas:
 - a. primero, recoger todos los documentos teniendo en cuenta que podemos diferenciar entre documentos básicos y documentos específicos;
 - b. segundo, confeccionar un catálogo con todos los documentos recopilados;
 - c. tercero, analizar esos documentos buscando ¿quién los utiliza?, nivel de normalización, contenidos de los mismos y usos a los que se destinaban.

2. Establecer las normas de diseño, para lo que seguiremos las propuestas de la OMS: identificar claramente la persona a la que se refiere; ser legible e inteligible por cualquier persona con calificación adecuada; ser fiable, concisa y estar organizada lógicamente; ser resistente al deterioro; identificar a las personas que hacen las anotaciones; y ser accesible.

Después de haber recabado las opiniones de todos los servicios implicados en esta tarea, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos más elementales:

⁷¹ **Normalizar es** regularizar a poner en orden lo que no lo estaba. Sinónimo de tipificar es decir ajustar a un tipo modelo a norma. (Real Academia Española - 21ª. ed.).

⁷² **La normalización de la historia clínica** hoy es un proceso fundamental pues nos permitirá la integración de los documentos clínico - asistenciales más variados procedentes de todos los servicios que compongan el centro sanitario, es un documento único que pasaremos a denominar expediente clínico, es decir, la necesidad que hay de normalizar hoy en día es considerado básico para elaborar adecuadamente un sistema de información (Barreda. M.: Normalización de la Historia Clínica. *Todo Hospital* 1988)

- a. tamaño⁷³: en la historia clínica hay dos tamaños estandarizados, DIN A/4 (210 x 297 mm) de los impresos generales y DIN B/6 (125 x 175 mm) de los volantes de petición de pruebas diagnósticas y/o analíticas;
- b. papel⁷⁴: los documentos que se guarden deben ser gruesos, mientras que los que se eliminen cuando el paciente se va de alta pueden ser de inferior calidad. Los sobres del expediente clínico deben de ser de excelente calidad;
- c. márgenes: uniformizados en el mismo lateral y de las mismas dimensiones. Si los documentos van a escribirse por las dos caras el abrochado de los mismos debe situarse en la parte superior para facilitar la lectura.
- d. La caligrafía debe ser clara, sencilla, legible. La terminología utilizada debería indicar aquello que queremos expresar sin distorsionar el lenguaje. El espaciado interlineal se establecerá en función de la herramienta utilizada para escribir: manuscrita, ordenador, máquina de escribir, etc.;
- e. colores: una opción interesante pero el suministro de papel de colores siempre puede ser peor que el papel normal blanco por lo que no es recomendable su utilización, además de que siempre será más costoso;
- f. datos básicos: en todos los formularios deben aparecer en el mismo lugar y de forma clara para favorecer la identificación del centro y del enfermo, los datos identificativos de ambos.

3. Documentos clínicos básicos que deben formar parte del expediente clínico:

- a. Hoja estadístico-clínica u Hoja de admisión:
- b. Hoja de anamnesis:
- c. Hoja de exploración clínica inmediata:
- d. Hoja de evolución:
- e. Hoja de exploraciones solicitadas:
- f. Hoja de órdenes médicas:

⁷³ En la **Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico**: NO se han señalado los tamaños de los diferentes formularios ni de ninguna documentación pertinente con fines de estandarización.

⁷⁴ En la **Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico**: NO están señaladas las referencias del papel a ser utilizado.

- g.** Hoja de constantes diaria y horaria:
- h.** Hoja de balance hídrico:
- i.** Hoja de cuidados de enfermería:
- j.** Hoja preoperatorio:
- k.** Hoja operatoria:
- l.** Hoja de preanestesia:
- m.** Hoja de anestesia:
- n.** Valores de analíticas:
- o.** Hoja resumen de analíticas:
- p.** Hoja de petición de consulta:
- q.** Hoja de radiodiagnóstico:
- r.** Informe de electroencefalograma e informe de electrocardiograma:
- s.** Hoja de estudio anatomopatológico:
- t.** Hoja de autorización:
- u.** Hoja de alta voluntaria:
- v.** Hoja de autorización de autopsia:
- w.** Hoja de autorización para facilitar información clínica:
- x.** Hoja informe de alta hospitalaria, traslado de servicio, etc.:
- y.** Hoja informe clínico:

Hay documentos de naturaleza intrínsecamente asistencial que deben ser incorporados a la historia clínica. Otros, en cambio, cumplen cometidos burocráticos (movimiento, petición, seguimiento, devolución). Estos se incorporan a la historia clínica y que ayudan mucho a la hora de informatizar este documento tan importante. Son los conocidos como Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

D. Resumen del expediente clínico publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Autor: Revista Anales Médicos, de la Dirección General, Dirección Médica y la Asociación Médica del Hospital ABC. -- An Med Asoc Med Hosp ABC 2000 --

La revista Anales Médicos, la Dirección General, la Dirección Médica y la Asociación Médica del Hospital ABC elaboraron este resumen del expediente clínico publicado en el Diario Oficial de la Federación, cuyas normas habrán de regir y ser vigentes, en la estructura de los expedientes clínicos, en los hospitales de la República Mexicana. La información contenida, representa el formato «oficial vigente» al cual deberán apegarse todos los centros de salud de la República Mexicana

Los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años contados a partir de la fecha del último acto médico.

El médico así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la Norma en forma ética y profesional.

Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo así como la firma de quien la elabora.

Para el caso de los expedientes de psicología clínica, tanto la historia clínica como las notas de evolución se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, en razón de lo cual sólo atenderán a las reglas generales previstas en la Norma.

Del expediente en consulta externa:⁷⁵ deberá contar con:

- 1. Historia clínica.** Deberá elaborarla el médico y constará de interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos en el orden siguiente:

⁷⁵ En la **Norma Técnica Boliviana el Artículo 9 se refiere al EXPEDIENTE CLÍNICO DE CONSULTA EXTERNA** 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 y técnicos médicos. b) Formulario 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. g) Notas de tratamiento y medicamentos administrados. h) Hoja de evolución de enfermería. i) Resumen de atención, orientación y prescripción del paciente. j) Documentos administrativos: 1. Nota de referencia y contrarreferencia. k) 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).

- a. Interrogatorio. Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido ex fumador, ex-alcohólico y ex-adicto) y no patológicos, padecimiento actual (incluidas tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas.
 - b. Exploración física. Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria) así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.
 - c. Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
 - d. Terapéutica empleada y resultados obtenidos.
 - e. Diagnósticos o problemas clínicos.
- 2. Nota de evolución.** Deberá elaborarla el médico cada vez que proporcione atención al paciente ambulatorio de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:
- a. Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido las adicciones)
 - b. Signos vitales.
 - c. Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
 - d. Diagnósticos: y
 - e. Tratamiento e indicaciones médicas en el caso de medicamentos, señalando como mínimo dosis, vía y periodicidad.
 - f. En el caso de control de embarazadas, niños sanos, diabéticos, hipertensos, entre otros, las notas deberán integrarse conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas respectivas.
- 3. Notas de interconsulta.** La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La elabora el médico consultado y deberá contar con:
- a. Criterios diagnósticos.
 - b. Plan de estudios.
 - c. Sugerencias diagnósticas y tratamiento: y
 - d. Demás que marca el numeral de las notas médicas en urgencias.
- 4. Nota de referencia/traslado.** De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente: constará de:
- a. Establecimiento que envía.

- b. Establecimiento receptor.
- c. Resumen clínico que incluirá como mínimo:
 - 1) Motivo de envío.
 - 2) Impresión diagnóstica (incluidas las adicciones).
 - 3) Terapéutica empleada, si la hubo.

5. De las notas médicas en urgencias. Deberá elaborarla el médico y deberá contener losiguiente:

- a. Fecha y hora en que se otorgó el servicio.
- b. Signos vitales.
- c. Motivo de la consulta.
- d. Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental.
- e. Diagnósticos o problemas clínicos.
- f. Resultados de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- g. Tratamiento: y
- h. Pronóstico.

6. Notas de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporcione atención al paciente y las notas se llevarána efecto conforme a lo previsto y a la presente Norma.

7. En los casos en los que el paciente requiera **interconsulta** por médico especialista, deberá quedar por escrito tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.

8. De referencia/traslado. Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en la presente Norma.

9. De las notas médicas en hospitalización. Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:

- a. Signos vitales.
- b. Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso.
- c. Resultados de estudios servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- d. Tratamiento: y
- e. Pronóstico.

10. Historia clínica. Las notas se llevarán a cabo conforme a lo previsto en la presente Norma.

11. Notas de evolución. Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en la presente Norma.

12. Nota de referencia/traslado. Conforme a lo previsto en la presente Norma.

13. Notas de egreso. Deberá elaborarla el médico y contener como mínimo:

- a. Fecha de ingreso/egreso:
- b. Motivo del egreso:
- c. Diagnósticos finales:
- d. Resumen de la evolución y el estado actual:
- e. Manejo durante la estancia hospitalaria:
- f. Problemas clínicos pendientes:
- g. Plan de manejo y tratamiento:
- h. Recomendaciones para vigilancia ambulatoria:
- i. Atención de factores de riesgo (incluidas las adicciones):
- j. Pronóstico: y
- k. En caso de defunción, las causas de la muerte, acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.

14. Otros documentos. Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo. En seguida se refieren los que sobresalen por su frecuencia.

15. Cartas de consentimiento bajo información. Contener como mínimo:

- a. Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento en su caso:
- b. Nombre, razón o denominación social del establecimiento:
- c. Título del documento.
- d. Lugar y fecha en que se emite:
- e. Acto autorizado.
- f. Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.
- g. Autorización del personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva: y
- h. Nombre completo y firma de los testigos.
- i. Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:
 - 1) Ingreso hospitalario.
 - 2) Procedimientos de cirugía mayor:
 - 3) Procedimientos que requieran anestesia general.

- 4) Salpingoclasia y vasectomía:
- 5) Trasplantes.
- 6) Investigación clínica en seres humanos.
- 7) De necropsia hospitalaria:
- 8) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
- 9) Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.
- 10) El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo información adicionales a las previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.
- 11) En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

16. Hoja de egreso voluntario. Documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Deberá ser elaborada por un médico a partir del egreso y cuando el estado del paciente lo amerite; deberá incluirse la responsiva médica del profesional que se encargará del tratamiento y constará de:

- a. Nombre y dirección del establecimiento:
- b. Fecha y hora de alta:
- c. Nombre completo, edad, parentesco y firma de quien solicita el alta:
- d. Resumen clínico que se emitirá con arreglo al 5.8 de la presente Norma:
- e. Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo:
- f. En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva:
- g. Nombre completo y firma del médico que emite la hoja: y
- h. Nombre completo y firma de los testigos:

17. Hoja de notificación al Ministerio Público. En casos en que sea necesario dar aviso a los órganos de justicia, la hoja de notificación deberá contener:

- a. Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador:
- b. Fecha de elaboración:
- c. Identificación del paciente:
- d. Acto notificado:
- e. Reporte de lesiones del paciente, en su caso:
- f. Agencia del Ministerio Público a la que se notifica: y
- g. Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación:
- h. Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica.

E. Auditoria médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos.

Autor: LLANOS-ZAVALAGA Luís Fernando, MAYCA PÉREZ Julio, NAVARRO CHUMBES Guían Carlos - Rev Med Hered - Auditoria médica de historias clínicas en consulta externa, calidad de registro.

La auditoria es definida como análisis crítico sistemático de la calidad de atención médica, incluyendo procedimientos, uso de recursos y resultados que repercuten en los desenlaces clínicos y la calidad de vida del paciente.

1. Objetivos:

El presente estudio busca evaluar el llenado de historias clínicas (HC) de consulta externa, permitiendo identificar los errores o vacíos de información.

2. Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio transversal descriptivo. Se incluyeron muestras aleatorias representativas de pacientes nuevos atendidos en 4 hospitales MINSA de la costa norte (Lambayeque -390 HC) y sur (ICA -396 HC), sierra (Junín -384 HC), y selva (Amazonas -396 HC). La unidad de muestreo y análisis fue la HC de pacientes atendidos en consultorios.

3. Resultados:

Se encontró: registro de funciones vitales en 8,75% de las HC, registro de síntomas de consulta en 91,08%, registro de examen físico en 56,63%, registro de diagnóstico del paciente en 97,43%, registro del tratamiento o plan de trabajo en 89,37%, registro de fecha y hora en 13,70%, y registro de la firma y sello del profesional en 54,65%. Se observaron diferencias significativas entre los cuatro hospitales.

4. Conclusiones:

Tal como se ha reportado, el llenado de HC es pobre para la mayoría de variables evaluadas.

Se esperaba que los hallazgos mostrasen valores elevados en aspectos que en consideración de los profesionales son sustantivos para una buena calidad de atención al usuario.

La auditoria médica mejorará los estándares de la práctica médica cuando el personal de salud entienda y se convenza de su valor como herramienta educativa.

F. Evaluación de los Expedientes Clínicos

Autor: Dr. Nelson Guillermo García Lanzas. Especialista en psiquiatría clínica. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de evaluar el registro y llenado, para lo cual se tomo una muestra de 245 expedientes clínicos de pacientes ingresados entre Septiembre y Noviembre del año 2003 en el Hospital Psiquiátrico Nacional y se diseñó una ficha para recolectar la información.

Entre los resultados encontrados más importantes fueron que por cada mujer que ingresa lo hacen 2 varones, el tiempo de estancia hospitalaria es entre 8-23 días, los reingresos representaron la mayoría con relación a los de primer ingreso.

Ningún expediente se cumplió de manera completa, y el componente terapia ocupacional no se registro.

Las historias longitudinales no se realizaron en un 36%, y las que se han hecho en su mayoría son realizadas por médicos residentes.

Según la herramienta para evaluar calidad que se propone se encontró que el 67% de los expedientes están clasificados como buenos.

El pabellón # 4 presentó mayor porcentaje de cumplimiento, pero el pabellón # 3 registro mayor calidad del llenado.

El ítem de calidad mayormente reportado fue la falta de firma de algunos componentes, seguida de letra clara, fecha y hora que no van más allá del 10% de los componentes,

Todo paciente debe ser abordado a partir del concepto integral de salud emitido por la Organización Mundial de la Salud⁷⁶.

Convencionalmente se ha abordado al individuo de una manera separada y frecuentemente el médico trabaja aisladamente del resto de los profesionales que atienden a la persona, lo que ha provocado problemas de comunicación entre el médico, el paciente y el personal paramédico y, peor aún, causa serios trastornos en la transcripción de datos y demoras en establecer los diagnósticos.

Debe de insistirse que el paciente sea atendido integralmente y que todo el personal de salud tenga paciencia, voluntad y amor, tal como si fuera un familiar, para obtener la mayor información y los mejores resultado posibles; en caso contrario estaremos

⁷⁶ **CONCEPTO INTEGRAL DE SALUDOMS**" La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

faltando a la definición universal de salud, pues sin paciencia no podremos abordar todos los problemas del paciente, sin voluntad haremos registros confusos o incompletos y sin amor nos olvidaremos del cuidado y esmero que se merece.

El abordaje del paciente en toda unidad que ofrece servicio de salud tiene como meta brindar calidad de atención, lo que representa un reto técnico y humano y con fundamentos científico teóricos.

Para encausar la deseada calidad se requiere como un paso necesario recoger información a través del paciente, de familiares, en fin de todas aquellas personas que de alguna u otra manera han estado en contacto y en relación con el usuario.

Dicha información se organiza en diferentes componentes del expediente clínico, en donde participa un equipo multidisciplinario y que cada uno de ellos plantea los elementos propios de su intervención constituyéndose así "en un documento por excelencia conocido como el expediente clínico".

El expediente clínico es una herramienta importante dentro del proceso de atención médica y a través de él conocemos todos aquellos elementos necesario para conocer la enfermedad del paciente, así como también es de esencial relevancia en la docencia, en la investigación, en auditorias, y en ámbito judicial.

El buen manejo de un expediente comienza desde que el paciente pone sus pies en el centro asistencial, siendo este momento crucial para la exploración porque dependiendo de las condiciones como sea entrevistado serán los resultados de la información en la admisión.

La buena organización del expediente clínico, con el llenado de información de calidad, con letra legible, siguiendo los pasos del SMOPP, se obtendrá una mejor calidad de atención.

El profesional de salud, el equipo multidisciplinario y la autoridad de dicha institución no están comprometidos con los usuarios si no hay un constante seguimiento del paciente, cuya evolución debe registrarse en el expediente permanentemente.

En este estudio se pretende evaluar el cumplimiento del registro de los diferentes componentes y formular una herramienta para evaluar la calidad del llenado de cada componente del expediente clínico.

G. Responsabilidad e Historia Clínica

Autor: Ospino Rodríguez Jairo Alfonso, Universidad Cooperativa de Colombia, WEB: geocities.com/jaospino. 2007

La actividad del profesional de la salud en desarrollo del arte del curar es objeto de interés creciente. El acceso a la comunicación hace que la actividad práctica sea cuestionada continuamente, derivando en acciones judiciales que intentan encontrar responsabilidad ante eventos calificados de adversos. Por eso, nuestra legislación, jurisprudencia y doctrina se ocupan cada vez más del tema.

Lo desastroso es el poco interés que existe en la comunidad médica en la revisión de actitudes que lo inmunicen contra problemas, la gran mayoría de ellos, susceptibles de prevenir.

Observando la gravedad de la situación que cotidianamente se vive, donde los juicios "por supuesta mala praxis" crecen a ritmo constante, ¿le damos a todos las actividades del acto médico la importancia que merece?

La historia clínica es un buen ejemplo de ello, muchos de los problemas médico legales se derivan de la mala elaboración de este documento vital. Muchas veces encontramos en los estrados judiciales a colegas tratando de explicar sus correctas actuaciones con base en una historia deficiente e inculpadora.

La gran mayoría de casos que llegan ante la justicia son derivados de actuaciones sin intención de causar daño al paciente, es decir, no dolosas, o lo que es lo mismo, culposas.

La historia clínica es la prueba por excelencia de la actividad médica. Ante diversas eventualidades la historia clínica del paciente, es el sitio donde se objetiva la actuación de los profesionales del equipo tratante y donde no sólo se puede observar lo que se hizo, sino también lo que no se hizo. La elevada frecuencia de problemas médico legales que se observan en la actualidad, hace indispensable que estos registros médicos sean confeccionados completos, descriptivos, cronológicos, fieles, ordenados y legibles.

Mientras más se tarde en aceptar que este documento es trascendental para defender (o hundir) al médico seguirán aumentando los procesos judiciales. No hay que perder de vista que la pobre infraestructura del sistema de seguridad social o el empuje perverso a realizar el mayor número de actos médicos por unidad de tiempo lleva a elaboración de historias incompletas y decididamente inadecuadas para una adecuada defensa.

Concluyendo: la historia clínica representa y refleja la evolución de los pacientes y la conducta médica. La misma es un instrumento de gran valor, puesto que como irrefutable prueba documental, podrá significar la absolución o la condena de quien la confeccione a conciencia o sin ella.

H. ¿Qué debe hacer para obtener su Historia Clínica?

Autor: Centro de Investigaciones en Salud. Hospital Universitario. Fundación Santa Fe de Bogota. 2007.

La normatividad de Colombia es cautelosa en la protección y confidencialidad de la reserva de la historia clínica. El Ministerio de Salud expidió la Resolución 1995 de 1999 que señala que la historia clínica es un documento privado, sometido a reserva que solo puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Adicionalmente, la Superintendencia Nacional de Salud ha señalado claramente que los prestadores de servicios de salud tienen la obligación de custodiar las historias clínicas de los pacientes y de hacer respetar el carácter reservado y confidencial ordenado por la ley.

Por ello la Fundación Santa Fe de Bogotá está obligada a cumplir estrictamente con los lineamientos legales vigentes:

1. El paciente es el titular y dueño de su historia, por tanto, para la entrega de la misma únicamente se exigirá el respectivo documento de identificación.
2. Debido a que los terceros solo pueden tener acceso a la historia clínica del paciente cuando éste lo ha autorizado, se solicitará la carta de autorización firmada por el paciente y deberá anexarse copia de la identificación del paciente y de quien la reclama.
3. En el evento que la historia clínica sea solicitada por las autoridades judiciales o de salud, la Fundación Santa Fe de Bogotá está en la obligación de entregarla y dejará como constancia en la historia clínica, la copia de la respectiva solicitud.
4. Los pacientes menores de edad con pleno discernimiento, tienen derecho a obtener copia de su historia clínica. Los representantes legales del menor pueden tener acceso presentando los documentos que así los acrediten.
5. Tratándose de pacientes fallecidos, sus familiares solo pueden tener acceso a la historia clínica, si el paciente lo autorizó en vida. En este mismo caso, ante la existencia de pólizas de seguro a favor del fallecido, el Departamento de Registros Médicos gustosamente entregará copia de la historia siempre y cuando se entregue copia del documento por medio del cual el paciente autorizó en vida a la Compañía de Seguros.
6. La historia clínica de urgencias estará disponible al egreso del paciente, excepto cuando exista la orden de practicarse exámenes que tengan procesos especiales.

I. ¿Historia Clínica o Ficha Odontológica? Un análisis

Autor: Monzón Wyngaard, Alvaro. Ariasgago, Olga L. Núñez, Oscar F. Cátedra Odontología Legal, Ética e Historia de la Odontología, Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Argentina, 2003.

La historia clínica ha sido definida de muchas maneras, una de ellas de Moya Pueyo y Col. la define como *“un documento fundamental en que se recoge la descripción ordenada, completa y precisa de la experiencia que el odontólogo obtiene en su relación directa y técnica con los pacientes”*, en tanto que Cumplido la conceptualiza como la relación ordenada, detallada y cronológica de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores como actuales, relativos a un enfermo, que sirve de base para el juicio acabado de la enfermedad, finalizando con el resultado obtenido y las condiciones en que el paciente abandona el centro asistencial. La llama expediente médico *“...Por ser un documento de tipo universal, donde debe quedar perfectamente registrada toda la actuación profesional que se le brindó a ese paciente, es que se transforma en un verdadero expediente...”*, es decir utiliza la palabra “expediente” para referirse al conjunto de documentos que la conforman, pues la historia clínica siempre está acompañada de radiografías, estudios de laboratorio, certificados, informes de interconsultas a otros profesionales especialistas, modelos etc.

Citando a Jean Penneau, (Profesor de Derecho Médico de París) Rescata de su definición, un doble significado: el objetivo de la historia clínica y el punto de vista legal (Documento): *“Podemos decir que el expediente médico de un paciente es el documento o el conjunto de documentos en los cuales el médico consigna y conserva las informaciones que asegurarán a su paciente la continuidad de los cuidados que su estado requiere. Por decirlo de alguna manera, es el soporte y la prolongación de la memoria del médico”*. Se convierte así en la mejor fuente de información para evaluar la calidad de la atención brindada al paciente siendo un derecho de éste que se deje constancia en el mismo de todo lo que se le realiza.

La ficha odontológica, a diferencia de las historias clínicas médicas posee un diseño predeterminado al cual el profesional debe adaptarse. El propósito del presente trabajo consiste en establecer si la ficha dental, (comúnmente utilizadas en la labor cotidiana del Odontólogo), cumple las funciones de historia clínica y su repercusión en el ámbito jurídico. Para ello se parte de la hipótesis que el inadecuado diseño de las fichas odontológicas, no permiten al Profesional registrar toda la información que requiere la historia clínica, por lo que se la abordará desde dos enfoques:

1. La revisión de los diseños de fichas dentales utilizadas en la actualidad y
2. las implicancias y connotaciones jurídicas que conlleva. Pensamos que estas perspectivas son diferentes e importantes a la vez en la formación del odontólogo, y es así que la idea de este trabajo es aproximarnos a emitir un juicio tentativo del valor de la ficha dental como historia clínica (tal como se la ha definido) y como documento.

J. Legalidad e Historia Clínica

Autor: Miguel Ángel Ruiz Cano. Trabajo para ORAC. Documentación sanitaria. Organización de archivos. CFGS Documentación Sanitaria.

Variadas son las facetas médicas y jurídicas que conlleva el crear, usar y custodiar la historia clínica en los ámbitos sanitarios. Unos, se relacionan con la pertenencia, utilización, objetivos y acceso; otros, relacionados con su custodia, conservación y durabilidad; y, los últimos relacionados directamente con los datos contenidos.

De entre los distintos aspectos implicados en la relación entre informática e historia clínica no son los de naturaleza legal los que revisten mayor importancia práctica de cara a garantizar que la utilización de la primera no lesione la esfera personal del individuo, delimitada por el derecho a su intimidad y a la reserva de toda la información relacionada con su salud. Esta afirmación resulta obligada a la vista del distanciamiento que en esta materia se muestra entre el Derecho y la propia realidad social regulada por él, y conduce asimismo a destacar el papel relevante que en este campo debe asignarse a los principios y criterios de carácter ético y deontológico.

Las normas legales constituyen sin duda un obligado marco de referencia, pero evidencian desde un primer momento su insuficiencia; en primer lugar debido a que las mismas, bien sean por su falta de previsión o anacronismo, bien porque la realidad siempre se adelanta a la Ley (en ámbitos afectados por el desarrollo tecnológico), no pueden ofrecer respuesta concreta y anticipada a la multitud de dudas o cuestiones que la propia realidad plantea; y en segundo lugar, sobre todo, porque el Derecho por sí solo no ofrece garantías efectivas para que el uso de la informática sea respetuoso con la protección de la esfera íntima del individuo.

Las normas legales contemplan fundamentalmente mecanismos de tipo sancionador o indemnizatorio que, en el mejor de los casos, tienden a reparar el daño causado una vez que éste ha sido efectivo, pero que sólo desde esta perspectiva represora contribuyen a evitar que la lesión a los derechos de los particulares se produzca.

Si a ello se añade la dificultad que reviste la aplicación de medidas de insuficiencia legal, dotando de mayor relevancia práctica a los mecanismos o procedimientos de garantía y autorregulación desarrollados (bajo principios éticos y deontológicos) en el propio ámbito de la informática como modo de garantizar el uso correcto de la misma y, en la medida de lo posible, de evitar de antemano (como es deseable) que la intimidad de la persona pueda verse lesionada.

Bajo estas consideraciones (que de algún modo anticipan lo que pudieran ser sus conclusiones) se desarrolla este breve estudio, a través del examen de tres grandes apartados: la referencia al marco legal vigente en la materia; el planteamiento y propuestas de solución a algunas de las cuestiones legales que plantea la relación entre la informática y la historia clínica; y por último el análisis de los medios de protección o garantía diseñados en la normativa actual.

K. “Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud”

Autor: Comisión de Libertades e Informática, CLI, Ministerio de Sanidad y Consumo, España 2007.

La CLI, en trabajos con el Ministerio de Sanidad y Consumo avala el Proyecto “Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud”.

Las Agencias y los expertos designados por las Comunidades Autónomas podrán efectuar su valoración y propuestas.

La CLI forma parte de un Grupo de Trabajo integrado por diversas entidades, coordinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, con el fin de consensuar el documento base sobre la “Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud”.

La Comisión de Libertades e Informática valora muy positivamente el Proyecto por las razones siguientes:

1. Tiene una orientación clara de situar las tecnologías de la información y de las comunicaciones al servicio del ciudadano, a quienes van dirigidas las acciones de mejora de acceso a la información sobre sus datos de salud con las debidas garantías.
2. Resuelve el reto de que la movilidad de un ciudadano no vaya en detrimento del ejercicio del derecho de acceso a sus datos y a la salud del mismo.
3. Tiene también una orientación hacia las necesidades de los profesionales sanitarios, en su atención al ciudadano, dotando al sistema de mecanismos ágiles y seguros que facilitan su función y que al propio tiempo ofrecen las garantías necesarias para que su actuación se realice en un marco ético y jurídicamente seguro.
4. Cumple el mandato de la Ley, según el cual el Ministerio de Sanidad y Consumo debe coordinar los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y salud individual, para permitir el acceso tanto al usuario como a los profesionales en los términos necesarios para garantizar la calidad de la asistencia y la confidencialidad e integridad de la información.

En resumen, la CLI, queda a la espera de la evolución en la forma de gestionar el proyecto, con la participación de las partes implicadas.

L. Proposición de un diseño y premisas teóricas de una historia clínica computarizada para la atención hospitalaria.

Autor: Dr. Boris L. Gala López - Especialista en Cirugía General y Master en Ciencias en Informática Médica - Centro de cibernética aplicado a la medicina, REVISTA CUBANA DE SALUD.

Uno de los elementos fundamentales en la medicina institucional es la historia clínica, sin embargo, su aplicación ha enfrentado diversas dificultades que se han hecho evidentes durante la práctica diaria, las cuales han provocado un funcionamiento poco eficiente del engranaje hospitalario.

En este trabajo se propone un diseño para concebir una historia clínica computarizada que permita superar las limitaciones ya presentes en el formato actual. Esta idea se denominó SALUD: Se enumeran premisas y se propone una estructura basada en módulos interactuantes, encargados de administrar la información del paciente de forma lógica y eficiente. SALUD pudiera generar una herramienta para hacer de la historia clínica un documento eficiente y útil, por lo que su implementación revertiría en una mejor gestión dentro la asistencia médica.

M. Norma técnica de auditoría en salud para el mejoramiento de la calidad en los servicios

Autor: Ministerio de Salud del PERU

En nuestro medio, la Auditoría en Salud se viene realizando en la mayoría de las Organizaciones de Salud, de modo permanente. Sin embargo, con el devenir del tiempo, se han desarrollado diferentes metodologías, procesos y procedimientos, lo cual dificulta establecer los estándares correspondientes. Es por este motivo, que resulta necesario contar con una norma que establezca los ámbitos de competencia y determine los procesos de Auditoría en Salud para el mejoramiento continuo de la calidad en las organizaciones de salud.

La presente norma, afianza el tercer componente del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, referido a la Garantía y Mejora de la Calidad, en armonía con el esfuerzo que viene desarrollando el Ministerio de Salud, con el fin de mejorar la calidad de los servicios, recursos, y tecnologías del Sistema de Salud y uniformizar principios, procesos y procedimientos e instrumentos de Auditoría en Salud.

Su objetivo general propone establecer el marco normativo para el desarrollo de la Auditoría en Salud, dentro de las organizaciones de salud, en el contexto de Gestión de la Calidad y su base legal corresponde a: 1. Constitución Política del Perú. 2. Ley N° 27813. "Del Sistema Nacional Coordinado y descentralizado de Salud" 3. Ley N° 26842, "Ley General de Salud" 4. Ley N° 27783, "Ley de Bases de la Descentralización" de 20. Julio. 2002. 5. Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública". 6. R. M. N° 768-2001-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud."

N. Procedimiento para la elaboración de Normas del CODEX y Textos Afines

1. La Comisión del CODEX teniendo en cuenta los "criterios para el establecimiento de las prioridades de los trabajos", decide que se elabore una norma y qué órgano debe encargarse de este trabajo. La decisión de elaborar normas puede ser tomada también por órganos auxiliares de la Comisión de conformidad con los citados criterios y con sujeción a la aprobación posterior por la Comisión o por su Comité Ejecutivo en la primera oportunidad posible.
2. La Secretaría toma las disposiciones para la preparación de un "anteproyecto de norma"⁷⁷, y lo envía a los gobiernos solicitando sus observaciones, a la luz de las cuales será examinado después por el órgano auxiliar competente, que podrá presentar el texto a la Comisión en calidad de "proyecto de norma". Si la Comisión adopta el "proyecto de norma", se envía a los gobiernos para que formulen nuevas observaciones y, teniendo en cuenta estas observaciones y su examen subsiguiente por el órgano auxiliar interesado, la Comisión estudia de nuevo el proyecto y lo adopta como "norma del CODEX".
3. La Comisión o el Comité Ejecutivo, o cualquier órgano auxiliar previa confirmación por la Comisión o el Comité Ejecutivo, podrá decidir que la elaboración de una determinada norma del CODEX es tan urgente que debe aplicarse un procedimiento de elaboración acelerado.
4. La Comisión podrá decidir que se devuelva el proyecto, para su ulterior examen, a uno de los anteriores trámites pertinentes del Procedimiento. La Comisión podrá asimismo decidir que se retenga el proyecto en el Trámite 8.
5. La Comisión podrá autorizar, sobre la base de la mayoría de dos tercios de los votos emitidos, la omisión de los trámites 6 y 7, cuando dicha omisión haya sido recomendada por el Comité del CODEX encargado de elaborar el proyecto. La recomendación de omitir trámites se notificará a los miembros y a los organismos internacionales interesados lo antes posible después de la reunión del Comité del CODEX de que se trate.
6. Al formular recomendaciones para omitir los trámites 6 y 7, los Comités del CODEX tendrán en cuenta todas las cuestiones apropiadas, incluidas la necesidad de urgencia y la posibilidad de que pueda disponerse de nueva información científica en un futuro inmediato.
7. La Comisión podrá, en cualquier fase de la elaboración de la norma, encomendar cualquiera de los trámites pendientes a un Comité del CODEX o a otros órganos distintos de aquél al que se le había encomendado previamente la tarea.

⁷⁷ En el presente texto, el término "Norma" se aplica a cualquiera de las recomendaciones de la Comisión que está previsto someter a los gobiernos para su aceptación. Con excepción de las disposiciones relativas a la aceptación, el Procedimiento se aplica, *mutatis mutandis*, a los códigos de prácticas y otros textos de carácter consultivo.

8. Quedará a discreción de la Comisión decidir si debe tenerse en estudio la revisión de las "normas del CODEX". El procedimiento de revisión será, *mutatis mutandis*, el establecido para la elaboración de las normas del CODEX, con la excepción de que la Comisión podrá decidir la omisión de cualquier trámite o trámites del Procedimiento cuando, a su juicio, una enmienda propuesta por un Comité del Codex sea de forma o de fondo, pero consecuente a disposiciones de normas similares adoptadas por la Comisión en el Trámite 8.
9. Las normas del Codex se publican y se envían a los gobiernos para su aceptación. Se envían también a las organizaciones internacionales a las que sus respectivos Estados Miembros han transferido competencia en la materia. La Secretaría de la Comisión publica periódicamente información detallada sobre las aceptaciones.

Q. Elaboración participativa de normas, una medida consensuada con la comunidad.

Autor: Municipio de Morón, Buenos Aires Argentina.

La Elaboración Participativa de Normas constituye un mecanismo por el cual se habilita un espacio institucional para la expresión de opiniones y propuestas respecto de proyectos de normas administrativas y/o reglamentarias de carácter general, encuadradas en la competencia constitucionalmente otorgada a los Departamentos que componen la Municipalidad y que coordinen con las atribuciones provinciales y nacionales.

La finalidad de esta herramienta es permitir y promover una efectiva participación ciudadana en el proceso de elaboración de los proyectos de normas.

La elaboración Participativa de Normas constituye un mecanismo por el cual se habilita un espacio institucional para la expresión de opiniones y propuestas respecto de proyectos de normas administrativas y/o reglamentarias de carácter general, encuadradas en la competencia constitucionalmente otorgada a los Departamentos que componen a la Municipalidad y que coordinen con las atribuciones provinciales y nacionales.

La finalidad de esta herramienta es permitir y promover una efectiva participación ciudadana en el proceso de elaboración de los proyectos de norma.

El proyecto de ordenanza para garantizar el Libre Acceso a la Información Pública, aprobado por el Honorable Concejo Deliberante en 2005 en una sesión que se llevó a cabo en una escuela en el marco del Programa "El Concejo en los Barrios", se realizó a partir de una convocatoria del intendente Martín Sabbatella para que las organizaciones de la comunidad intervengan en la propuesta a través del Proceso de Elaboración Participativa de Normas.

R. El Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural

Autora: Dra. Nila Heredia Miranda

Ideas eje: Luchamos por un mundo donde la salud pueda llegar a todos. El modelo de salud existente privilegia al hospital y a la enfermedad. La salud no depende únicamente de hospitales sino de las determinantes sociales y económicas del lugar donde nacen y viven las personas. Ya no se ve la salud como un tema individual sino como algo que está ligado a la familia y a la comunidad. Somos personas que trabajamos con personas y las personas vienen con su cultura, con su historia, con sus esperanzas y con sus mitos.

En salud, no es lo mismo trabajar en una comunidad aymara que en una comunidad quechua o con una comunidad de afro descendientes, por eso nuestra política es intercultural. La salud es una tarea de todos, no sólo del ámbito técnico médico y es una consecuencia del estado de bienestar de todos. Salud a partir de la participación social. La participación entendida como la presencia de los sectores sociales en todos los niveles de acción, desde el diagnóstico de su comunidad, la planificación, la ejecución y el control.

En la lógica anterior, se afirmaba que la gente se enferma por que es descuidada. Se entendía la salud como una responsabilidad personal. Esto le quitaba responsabilidades al Estado. El reto fundamental para nosotros radica en cómo llevar a la práctica esta teoría. No es suficiente ir a dialogar con la gente, ellos y sus familias necesitan atención médica. Nuestra realidad nos ha llevado a ver la salud de un modo diferente. La realidad, en nuestras comunidades, nos muestra que en torno a la enfermedad está la falta de servicios básicos como el agua, la lejanía de los servicios de salud, la inexistencia de los medicamentos recetados, la imposibilidad económica de adquirirlos o el miedo al mismo médico.

En la parte operativa se ha organizado la residencia en SAFCI. En el año 2009 de 169 residentes que ingresaron a este sistema se han graduado 138, lo que indica que aproximadamente se han atendido alrededor de 1.380 comunidades. Actualmente existen más de 166 graduados y 156 residentes. Por eso se incorporó la nueva política sanitaria a la Constitución en temas como el sistema único de salud y el reconocimiento de la medicina tradicional. Se creó una especialidad de 3 años denominada “socio clínica” donde el 70% del trabajo se realiza en el área rural y 30% al área netamente clínica. De esta forma se privilegia la formación en las áreas rurales y con preferencia en las áreas más pobres y periféricas.

Se han implementado las carpetas familiares, por medio de las cuales, los residentes pueden hacer un seguimiento y articular su trabajo con los médicos tradicionales en un nivel de jerarquía similar pero sin absorberlos. La población debe participar a través de los congresos donde se debaten las políticas de salud. No se puede lograr salud si no hay un trabajo intersectorial que involucre la educación, la agricultura, el medio ambiente, el agua, etc., a partir de este eje de intersectorialidad se espera lograr que la comunidad acceda a la salud.

S. Las determinantes sociales de la salud

Autor: Dr. Eduardo Ayllón

Ideas eje: En el país se está haciendo un gran esfuerzo para llevar adelante el enfoque de determinantes sociales de la salud. Es la primera vez que se enfoca el tema de la salud yendo más allá de los hospitales y el derecho a la salud, enfocándose en las causas básicas de la salud y la enfermedad que son las condiciones materiales de vida de la población.

Todos tenemos derecho a la seguridad alimentaria, derecho a la educación gratuita, a una vivienda digna y a los servicios básicos. Los niveles de educación de la población tienen relación con el procesos salud-enfermedad, también inciden las condiciones materiales en que vive la población.

Las determinantes intermedias del proceso salud enfermedad tienen que ver con la condiciones materiales de vida de la población (educación, vivienda, servicios básicos y trabajo). Los factores lejanos están en relación a la pobreza, a la distribución desigual del poder económico y político. De ahí la importancia de estructurar una sociedad más justa y equitativa. Los factores cercanos son el individuo y la familia, a los que se los denomina factores biológicos.

La política SAFCI es una estrategia para incidir en las determinantes sociales, busca cambiar las condiciones de vida de la población a través del trabajo de los médicos SAFCI. Esta política tiene 2 componentes importantes: el modelo de gestión y el modelo de atención.

El modelo de gestión es la forma cómo el sector salud administra los recursos que se le destinan, en la práctica, se concreta en niveles de intervención de la comunidad organizada en la labor en salud. En el componente de gestión la población tiene el derecho de participar plenamente.

En la política SAFCI hay cuatro niveles de participación: a nivel del Ministerio de Salud está el consejo nacional de salud, a nivel departamental está el consejo social departamental de salud, a nivel municipal tenemos el consejo social municipal de salud y a nivel de los establecimientos de salud están los consejos sociales locales de salud.

En el segundo componente, modelo de atención, se tienen hospitales de primer y segundo nivel con cuatro especialidades básicas y los de tercer nivel con una mayor complejidad. En todos tiene que haber participación y control social para el buen manejo de los recursos.

El Ministerio de Salud tiene 3 principios: el primero afirma que la salud es un derecho humano bajo la responsabilidad del Estado (CPE Art. 18, 35,36). El segundo principio dice que la salud no depende sólo de los hospitales y el personal de salud sino que las causas del proceso salud-enfermedad parten de la estructura misma de la

sociedad (determinantes sociales de la salud) y el tercer principio se basa en la participación y control social.

El bono Juancito Pinto, el bono Juana Azurduy, la Renta Dignidad, entre otras, son medidas que implementó el Estado para la reducción de la pobreza. La pobreza tiene una relación directa con la salud y la enfermedad, otro factor determinante en la salud son los niveles educativos de la población.

T. Gestión participativa social en salud

Autora: Dra. Alicia Aliaga

Ideas eje: La gestión participativa en salud es un proceso organizado de toma de decisiones entre la comunidad o barrio, sus representantes, el sector de salud y los gobiernos municipales, departamentales y el gobierno nacional, en el cual cada uno de ellos participa en la planificación, ejecución, administración, seguimiento y control social en temas de salud. Estamos ante una forma nueva de hacer salud junto con la comunidad y sus organizaciones sociales.

Estamos promoviendo un cambio en la promoción de la salud atendiendo sus determinantes sociales, por medio de un proceso de carácter político-social, participando de manera activa en la toma de decisiones en el desarrollo de la salud.

La política SAFCI tiene como estrategia la promoción de la salud a partir de las determinantes de la salud, es decir considerando la causa de las causas, dejar de ver a la persona como un objeto de atención centrado en la enfermedad, sino también ver su entorno, cómo vive la persona, identificando así las determinantes sociales de su salud.

La descolonización en el contexto de la política SAFCI implica replantear el sistema de salud a partir de los principios de revalorización, fortalecimiento, auto reflexión y de construcción. El sector salud ahora debe hacer la gestión conjuntamente con las organizaciones sociales, tanto en el área rural como en el sector urbano. Debe existir la gestión participativa social en salud, lo que significa trabajar en interacción conjunta, de igual a igual, en horizontalidad con el sistema médico tradicional.

La Participación social en salud se realiza con el objetivo de atacar las determinantes de la salud como causa de las causas. **La intersectorialidad** se debe trabajar en horizontalidad con el sistema médico tradicional, construyendo la salud, en interacción conjunta, con la comunidad y las organizaciones sociales. **La interculturalidad** radica en la valorización de nuestra medicina tradicional a nivel local, reconociendo y valorando todo el potencial que las personas tienen en este campo. **La integralidad** significa dejar de ver a la persona como un objeto de atención, centrado en la enfermedad y comenzar a verla en un modo integral, considerando su núcleo familiar y su entorno como determinantes sociales de su salud.