



Universidad Estatal a Distancia
Vicerrectoría Académica
Escuela de Ciencias Exactas y Naturales

Guía de Estudio
Registros de Salud II
(código 3152)

Elaborado por:
Lizbeth Rojas Brenes

2009



Edición académica:

Marcela Eduarte Rodríguez

Revisión filológica:

Mayté Bolaños Mora

ÍNDICE

	PÁGINA
I. Presentación	i
II. Presentación del curso	ii
III. Presentación de los temas en la guía de estudio	ii
IV. Requisitos – correquisitos del curso	lii
V. Propósito general	lii
VI. Objetivos de aprendizaje	iii
Capítulo 1 Ordenamiento del expediente de salud.	4
1.1. Objetivos	4
1.2. Expediente de salud	4
1.3. Propósito del ordenamiento del expediente de salud	5
1.4. Normativa del ordenamiento del expediente de salud	5
1.5. Información con protección adicional	7
1.6. Otros usos y entrega de información del expediente clínico	7
1.7. Derecho del usuario a solicitar su información médica	7
1.8. Derecho del usuario a solicitar comunicaciones confidenciales	8
1.9. Métodos de ordenamiento del expediente de salud	8
1.10. Ejercicios de autoevaluación	10
Capítulo 2. Instrumentos para identificar los expedientes completos de salud	11
2.1. Objetivos	11
2.2. Identificación	11
2.3. Documento estructurado	13
2.4. Documentos no estructurados	15
2.5. De uso permanente en el expediente de salud	17
2.6. Formularios básicos	18
2.7. De uso periférico	18
2.8. Formularios especiales	18
2.9. Formularios de trabajo	18
2.10. Formularios de reporte	18
2.11. Ejercicios de autoevaluación	18
Capítulo 3. Evaluación técnica del expediente de salud	20
3.1. Objetivos	20
3.2. Evaluación técnica del expediente de salud	20
3.3. Propósito de la evaluación técnica	21
3.4. Evaluación cualitativa	21
3.5. Evaluación cuantitativa	22
3.6. Procedimientos para la evaluación cuantitativa	23
3.7. Diseño y uso de instrumentos	25
3.8. Reglas para el diseño de formularios en soporte papel	25
3.9. Informes de resultados obtenidos	26
3.10. Aspectos por considerar en el informe cuantitativo	26
3.11. Aspectos por considerar en un informe cualitativo	26
3.12. Evaluación	27
3.13. Aplicaciones correctivas	28
3.14. Ejercicios de autoevaluación	29

Capítulo 4 Depuración del expediente de salud	30
4.1. Objetivos	30
4.2. Depuración	30
4.3. Selección documental	30
4.4. Tipo de expediente	30
4.5. Archivo activo	31
4.6. Tarjeta guía individual	31
4.7. Tarjeta guía colectiva	32
4.8. Archivo pasivo	32
4.9. Archivo semipasivo	32
4.10. Valoración, selección y eliminación	32
4.11. Ejercicios de autoevaluación	33
Capítulo 5. Aspectos legales y normativos relacionados con la gestión del expediente de salud	34
5.1. Objetivo	34
5.2. Aspectos legales	34
5.3. Aspectos reglamentarios del expediente médico. Condiciones de acceso	36
5.4. Ejercicios de autoevaluación	38
	40
Respuestas ejercicios de autoevaluación	
Bibliografía	47

I. Presentación

En el curso de Registros de Salud II se amplía el estudio de los aspectos fundamentales del expediente de salud; asimismo se profundiza en cómo elaborar un expediente que sirva como documento legal y normativo de las funciones del sector salud.

El expediente de salud se considera esencial para la planificación y la organización de los servicios y para el control presupuestario de las organizaciones dedicadas a la prestación de servicios de salud, dado que estos documentos son un verdadero sustento de los actos realizados por los trabajadores del área de salud y de los usuarios.

Cada vez que una persona acude a un centro de salud se registra en un formulario que forma parte del expediente. El expediente contiene los datos demográficos, los síntomas, los resultados de exámenes, las pruebas, los diagnósticos, el tratamiento los planes para atención o tratamientos futuros, entre otros. A esta información, unida por una carpeta o fólder con un ordenamiento preestablecido, con normas y con leyes, se le conoce como expediente médico, expediente clínico o expediente de salud. Sirve como medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud y como base para planear la atención y el tratamiento que recibirá el usuario. Es un documento legal que describe la atención recibida por el paciente; a la vez, se convierte en una herramienta para educar a los profesionales en salud, y poder evaluar y dar seguimiento a la atención que se brinda. Por otra parte, es fuente de datos para la investigación médica, para la planificación y promoción en centros de salud; por último es fuente de información para los funcionarios de salud pública, encargados de mejorar la salud del país.

El comprender en qué consiste el expediente de salud y la manera como se utiliza la información acerca de la salud de las personas, asegura que el expediente esté bien elaborado y permite entender quién, qué, cuándo, dónde, por qué y cuales casos, otras personas pueden tener acceso a la información acerca de la salud de los usuarios.

Todo ello sin obviar los derechos en lo referente a la información médica, porque aunque el expediente médico es propiedad física de la institución que lo integra, la información le pertenece al usuario, quien tiene el derecho de solicitar su información, según establece el *Reglamento del Expediente de Salud de la CCSS*. (Agosto 1999, 4). De acuerdo con dicha reglamentación el usuario puede obtener una fotocopia del expediente con soporte papel o copia impresa de su expediente médico electrónico o solicitar su información médica o de otros profesionales por medios alternativos, como el dictamen médico o la epicrisis.

Artículo 16. Propiedad del expediente. En su materialidad, el expediente es propiedad de la Caja y nadie podrá mutilarlo, desecharlo, incinerarlo, sustraerlo o de cualquier forma, enajenarlo, sin la autorización expresa de la Comisión Institucional de Selección y Eliminación de Documentos.

Las responsabilidades que esto implica se pueden resumir en mantener la privacidad y la confidencialidad de esa información médica. Para ello se ha dispuesto toda una normativa que se estudiará en detalle en el capítulo 5.

II. Presentación del curso

Los participantes encontrarán en este curso una herramienta que les facilitará el desempeño de sus funciones.

La profesión de registros médicos se basa en las interrelaciones con cada uno de los servicios del centro de salud, sea el hospital, el área de salud o el EBAIS.

El expediente de salud es garantía de veracidad y resulta esencial para el desarrollo ordenado de las relaciones del usuario con el personal de salud. Por esto, su creación, su mantenimiento y su preservación siempre han estado condicionados por un conjunto de normas. Este documento, que mantiene un carácter universal y en el Sistema Nacional de Salud se le distingue como protagonista de múltiples eventos, llámese estudios de caso, sociales, económicos entre otros, genera la necesidad intrínseca de asignar una forma única de identificarlo; es por ello que, aunque el nombre propio de los usuarios constituya parte de la identificación, es el número de cédula o asegurado el que en definitiva va a fundamentar las características contenidas en el método de archivo utilizado, para ocupar un lugar dentro de un espacio físico o electrónico.

III. Presentación de los temas en la guía de estudio

En esta guía de estudio usted encontrará, para cada tema en estudio, los objetivos de aprendizaje, así como ejercicios de autoevaluación con sus respectivas respuestas y material de apoyo para complementar los conceptos más relevantes del curso.

Esta guía pretende colaborar en la comprensión de los diferentes temas por tratar durante el curso y ampliar conocimientos, con información actualizada, en cuanto a la administración del expediente de salud.

Recuerde leer y estudiar cada capítulo del libro de texto, para luego complementarlo con el material que se le ofrece en este documento y realizar los ejercicios de autoevaluación que se encuentran al finalizar cada tema.

IV. Requisitos y correquisitos del curso

Las situaciones que se exponen en forma teórica acerca de las rutinas de los procesos, podrán ser comprobadas por medio de la visita de observación y el informe que realiza el estudiante, los cuales forman parte de la evaluación del curso. Se sugiere, a manera de integración de los contenidos y comprender mejor este segundo curso, haber llevado Registros Médicos 1, para facilitar el éxito académico en esta asignatura.

V. Propósito general

Adquirir herramientas teóricas y prácticas, para apoyar y asesorar directamente, acerca de la forma correcta de gestión de los registros de salud en los diferentes servicios de atención, contribuyendo de manera eficiente al mejoramiento de la calidad de la atención en salud y a proteger los intereses del usuario, del centro y del personal que participa en la elaboración de estos documentos.

VI. Objetivos de aprendizaje

1. Realizar el ordenamiento de un expediente en forma correcta para: hospitalización, efectos judiciales, archivo, consulta.
2. Identificar el uso correcto de cada uno de los instrumentos en estudio.
3. Diseñar instrumentos de evaluación cuantitativa y cualitativa de los expedientes de salud.
4. Efectuar la depuración de expedientes, así como ubicarlos en la escala, según corresponda.
5. Aplicar conocimientos sobre aspectos legales que se deben tener presentes en la gestión del Expediente de Salud.

CAPÍTULO 1

ORDENAMIENTO DEL EXPEDIENTE DE SALUD

En este capítulo se incluye el *concepto* de expediente de salud, y para una mejor comprensión se agrega el *propósito* general; aunado a ello se expone parte de la *normativa* que favorece su gestión y finalmente, se incluyen los *métodos de ordenamiento* existentes y se especifica es el recomendado para lugares donde mantienen desde unas cuantas historias clínicas, hasta un alto volumen de ellas. En los subtemas se incluye el ordenamiento durante la hospitalización, para efectos de archivo, para efectos judiciales y para consulta de usuarios, terminando con una sugerencia de cambios necesarios en el orden de los documentos.

1.1. Objetivos

Al finalizar el estudio del tema: Ordenamiento del expediente de salud, el estudiante estará en capacidad de:

- Aplicar los métodos de ordenamiento del expediente de salud, en concordancia con el número de historias existentes en su archivo clínico.
- Realizar el ordenamiento de un expediente en forma correcta para: hospitalización, efectos judiciales, archivo y consulta.

1.2. Expediente de salud

Dentro del concepto actual de *expediente de salud*, se aplica el que se incluye en el *Reglamento del Expediente de Salud* de la Caja Costarricense de Seguro Social, expone:

“Es el conjunto de documentos derivados de la atención de una misma persona, y eventualmente, del producto de la concepción, que en un establecimiento, permanecen archivados bajo una misma identificación y con carácter de único. Se consideran sinónimos del término “expediente de salud” (Reglamento del Expediente Médico. Capítulo 1, p.3).

El expediente de salud, es la descripción detallada de los datos relativos a la salud de una persona; es la base del sistema de información en salud, de la atención del usuario y un medio de comunicación entre médicos y otros profesionales que forman parte del equipo de salud. Cuando el expediente está bien estructurado y completo, facilita la medición de la calidad y la eficiencia de la atención brindada.

El expediente de salud es un documento al que se le aplica un proceso específico de tiempo y lugar a la hora de ejecutar en este, cualquier anotación, relacionada con la atención a la persona. Tiempo porque guarda en forma cronológica evidencia de los eventos de salud de las personas y lugar, al estar circunscrito a un área geográfica, por esta razón, es fácilmente identificable por las autoridades de salud.

La evidencia involucrada en los documentos como registros de información es situacional, es decir, depende de una agregación específica de consultas que el usuario realiza a los profesionales de la salud, lo cual trasciende como fenómeno social o va más allá de la existencia de patologías referidas por el individuo.

1.3. Propósito del ordenamiento del expediente de salud:

Este conjunto de registros forman el documento que guarda el tipo de atención que recibió el usuario. Este, a la vez, se complementa con registros escritos que sirven como evidencia de las acciones.

Sirve además para proteger los aspectos tanto médicos como legales del paciente, del centro de salud y otros profesionales que coadyuvan con la atención y provee datos para la investigación, la educación, la administración, la planificación y la evaluación de las acciones en salud.

Al ser la medicina una ciencia que por su naturaleza es sensible en relación con la seguridad y la confidencialidad de la información, es como se maneja el expediente, como demostración de los hechos y actos en los que está involucrada la información; en años recientes ha aparecido un nuevo enfoque en esta ciencia, que sin duda potencia la necesidad de la *medicina basada en la evidencia*.

Lo anterior genera efectos sustantivos para los procedimientos de registros médicos que todas las organizaciones de salud deben implementar para evitar dificultades y garantizar el mantenimiento de la integridad, la confidencialidad y la disponibilidad de las historias clínicas.

1.4. Normativa del ordenamiento del expediente de salud

Entre los ejes temáticos se encuentra el requisito de la normativa institucional; esta, la mayoría de las veces viene acompañada de alguna ley que la respalda y donde se requiere la expedición de constancias, epicrisis o copias del

expediente al paciente que lo solicite. Otro capítulo lo constituye las normativas a las cuales estamos adheridos los trabajadores de la salud, como por ejemplo, se nos exige reportar abuso o negligencia infantil, y tenemos que dar ciertos datos, en casos de violencia doméstica. Cuando se presenta un accidente laboral o de tránsito, debemos interrogar al afectado o a la afectada, con el fin de completar formularios con datos, para que posteriormente los enfermeros y los médicos continúen con la confección del registro, que debe cumplir con un formalismo determinado.

En salud pública existe la posibilidad de que ciertos informes epidemiológicos, referidos en el expediente clínico, tengan que ser reportados con el propósito de proteger la salud pública. Por ejemplo: es obligación reportar los nacimientos y las defunciones a la oficina de la Dirección General de Estadística y Censos; las enfermedades contagiosas deben reportarse al Programa de Análisis de Vigilancia Epidemiológica (PAVE), que agrupa al Ministerio de Salud y a la Caja Costarricense de Seguro Social. Si algún paciente llegara a tener problemas provocados por algún medicamento o producto médico, se debe reportar a la comisión local de farmacoterapia, o quizá se tenga que avisar a los pacientes cuando se requiera su presencia por algún examen alterado, al igual que para cumplir con el control prenatal o con las vacunas del niño o la +niña. Todo esto debe estar documentado en la historia clínica del usuario.

Para efectos judiciales y cuando se trate de la historia con soporte papel, como es el caso al cual venimos refiriéndonos, parte de la normativa está contenida en el *Reglamento del Expediente de Salud*.

Existen procedimientos jurídicos establecidos dentro del sistema de salud, donde es posible que autoridades legales, como son los jueces o fiscales, soliciten al centro de salud, les proporcione información médica; también se puede recibir una orden de “secuestro legal” de un expediente de salud, en cuyo caso el Reglamento del Expediente de Salud, en su Capítulo III, especifica:

Capítulo III:

PRÉSTAMOS, SECUESTRO Y TRASLADO DE EXPEDIENTES

Artículo 25. Para la atención en salud. *El profesional en salud responsable de la atención directa de los pacientes en cualquiera de las áreas del establecimiento, está autorizado para solicitar los expedientes con dicho fin, los restantes miembros del equipo de salud, requerirán de la autorización de la respectiva Dirección Médica.*

Artículo 26. Para otros efectos. *Toda solicitud de préstamo de expedientes, para efectos distintos a la atención directa del paciente (investigación, estudios especiales, sesiones clínicas, estudios administrativos, entre otros), requerirá de la autorización de la Dirección Médica. Por razones vinculadas a la atención del paciente, solo en casos calificados se autorizará la salida del expediente del archivo.*

Artículo 27. Secuestros judiciales. *El secuestro judicial del expediente deberá tramitarse directamente ante la Dirección Médica. La cual entregará copia foliada y certificada de este, salvo disposición expresa en contrario de la autoridad judicial competente; de forma tal, que el establecimiento conserve el original para los efectos de la continuidad de la atención del paciente.*

Artículo 28. Trámite de préstamo y devolución. *Las solicitudes de préstamo se deben tramitar ante el Archivo por los medios dispuestos para dicho fin y el expediente se devolverá al Archivo antes de finalizar la jornada, excepto que esté siendo utilizado en la atención del paciente en los servicios de Hospitalización o Urgencias. Otros casos calificados deberán contar con autorización expresa de la Dirección Médica, en cuyo caso, deberá garantizarse el acceso permanente a este por parte del personal de Archivo.*

Artículo 29. Restricción de préstamos. *Por ningún motivo el personal del Archivo o dependencia alguna, entregará expedientes directamente al paciente o a persona no autorizada por la Dirección Médica del establecimiento.*

Artículo 30. Traslado a otro establecimiento. *El traslado de expedientes a otro establecimiento de la Caja, deberá ser autorizado por la Dirección Médica, la cual además valorará la conveniencia de trasladar el original o copia de este. En todo caso, el Archivo conservará constancia de ello.*

Artículo 31. Personal de REDES. *El personal del servicio de REDES (Admisión, Afiliación, Archivo, Atención Ambulatoria y Estadística), bajo ninguna circunstancia podrá excusarse de cumplir con todos los trámites de préstamo de expedientes que establezca el Archivo.*

1.5. Información con protección adicional

Ciertos tipos de información médica llevan protecciones adicionales de acuerdo con las leyes estatales. Por ejemplo, la información médica sobre enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, así como su evolución y tratamiento.

1.6. Otros usos y entrega de información del expediente clínico

Si la institución de salud desea utilizar o proporcionar información médica con un propósito específico, solicitará permiso al comité de ética que funciona en todos los centros de salud del país. El comité de ética, basado en el interés público del tema, podrá aceptar o rechazar dicha solicitud.

1.7. Derecho del usuario a solicitar su información médica

El usuario tiene el derecho de revisar su información médica y de solicitar una copia de dicha información médica (la ley requiere que mantengamos el expediente original en nuestros archivos). Esto incluye la historia clínica completa, con todos los registros que se hayan utilizado para tomar decisiones

sobre su cuidado. Para solicitar su información de salud, basta escribir una nota dirigida al director médico del centro de salud; solamente podrá solicitarlo el propio usuario o su representante legal.

1.8. Derecho del usuario a solicitar comunicaciones confidenciales

El usuario tiene el derecho de pedir que las comunicaciones se efectúen de forma que considere confidencial. Por ejemplo, puede pedirnos que no se le llame a su casa, sino que las comunicaciones sean solo por correo o por su teléfono móvil. También puede pedir que hablen con los encargados de su cuidado médico, en privado, fuera del alcance de los oídos de otros pacientes. Solamente tiene que solicitarlo en forma escrita, o verbal; esta solicitud debe consignarse en el expediente de salud y si está por escrito, la nota formará parte del expediente. Cuando se lleven a cabo procedimientos de consulta externa y están presentes otros profesionales en su internado rotativo, el usuario tiene derecho a solicitar esa consulta, a solas con el profesional tratante.

1.9. Métodos de ordenamiento del expediente de salud

Como todo documento producido en los servicios de salud, en Costa Rica existe una normativa que especifica cómo se debe ordenar un expediente médico; este ordenamiento puede ser numérico, geográfico, cronológico y hasta mixto, pero forzosamente debe existir alguno para ubicar los registros. Siendo el expediente de salud el ejemplar por excelencia donde se ubica la mayoría de los registros producidos, se está en la obligación de adoptar métodos para su ordenamiento. Por ello, que se ha propiciado un expediente dividido en tres grandes secciones: 1) consulta externa, 2) urgencias y 3) hospitalización, donde cada una de ellas cuenta con sus propias normas de ubicación.

Durante la hospitalización, los registros forman parte de un sustrato que se mantiene generalmente al pie de la cama del hospitalizado; el legajo completo está resguardado en la estación de enfermería y usualmente se le traslada a sala en horas de visita médica o en caso necesario. Una vez que el usuario sea dado de alta, los formularios producidos durante el internamiento son anexados al expediente de salud con un orden definido. El orden permanente de los registros está fundamentado en el artículo 14 del *Reglamento del Expediente de Salud*.

Artículo 14. Ordenamiento del expediente. Los formularios del expediente, correspondientes a cada área de atención, deberán mantenerse permanentemente ordenados, conforme a los lineamientos establecidos por la Caja a través de la Gerencia de División Médica.

En admisión a consulta externa, existe una definición dada para el sector público donde se establece la forma como se ordena.

Cuadro 1.
Ordenamiento básico del expediente de salud

	Niño (0-6)	Niño (7-9)	Adolescentes (10-19)	Adulto (20-64)	Adulto Mayor (65+)
1.	Identificación				
2.	Epicrisis				
3.	Anamnesis pediátrica				
4.	Examen físico pediátrico		4. Examen físico adulto		
5.	Historia clínica masculina, femenina y de odontología				
6.	Elementos a investigar e inmunizaciones				
7.	Evolución, indicaciones y tratamiento				
8.	Historia de odontología				
9.	Desarrollo psicomotor	Índice de masa corporal			
10.	Gráfica peso- edad	Test de Tanner			
11.	Gráfica talla-edad	Tamizaje adolescente			
		Historia clínica perinatal			
		Patón / patona			
14.	Formulario de urgencias				
15.	Consentimiento informado				
16.	Anestesia y recuperación				
17.	Nota operatoria				
18.	Notas de enfermería				
19.	Exámenes de laboratorio				
20.	Estudios radiológicos				
21.	Exámenes de gabinete				
22.	Referencia y contrarreferencia				
23.	Dictámenes				

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social.

En el momento en que la historia clínica llega al archivo, esta debe contener la totalidad de los registros producidos durante su permanencia fuera del archivo clínico, esto es, todo registro producto de la atención que se le brinde y estar ubicados en el espacio designado según la metodología empleada.

Para *consulta de usuarios* se hace indispensable presentarlo en forma ordenada, según lo descrito por el *Código de Ética del Servidor Público* y el

Código de Ética del Servidor del Seguro Social, Aprobado por Junta Directiva, en Sesión número 7308, (25 de febrero de 1999). que en su articulado señala:

Artículo 32. Del derecho de petición

Conforme al derecho de petición, prescrito en la ley, todo reclamo, solicitud o pedido que realice un ciudadano a una autoridad pública, deberá ser resuelto en un término no mayor a diez días hábiles contados a partir de la fecha de su presentación, salvo que una norma legal señale otra distinta. Ningún órgano administrativo suspenderá el trámite ni negará la expedición de una decisión sobre peticiones o reclamaciones presentadas por los ciudadanos.

1.10 Cambios necesarios en el ordenamiento de los documentos

En el país se ha detectado la falta de uniformidad en los registros que forman parte del expediente de salud, así como el faltante de datos básicos para llevar a cabo un control continuo de la calidad. Por esta razón, se hace necesaria una metodología para evaluar estadísticamente la calidad de los registros de salud. Los mismos estudiantes de la disciplina pueden organizar una propuesta exhaustiva y comprometerse al mantenimiento, la actualización y la difusión año con año.

1.11. Ejercicios de autoevaluación:

1. Con los conocimientos adquiridos elabore una definición de expediente de salud.
2. Elabore un ordenamiento de un expediente de salud para una persona de 18 años.
3. ¿Quiénes están autorizados para solicitar al establecimiento de salud expedientes médicos?
4. ¿Cuáles derechos le asisten al usuario en cuanto a la solicitud de información?
5. ¿Cómo funciona la restricción de préstamo de expedientes?

CAPÍTULO 2

INSTRUMENTOS PARA IDENTIFICAR LOS EXPEDIENTES COMPLETOS DE SALUD

2.1. Objetivos

Al finalizar el estudio del tema: Instrumentos para identificar los expedientes completos de salud, el estudiante estará en capacidad de:

1. Reconocer el uso correcto de cada uno de los instrumentos de identificación de expedientes.
2. Construir instrumentos de identificación de expedientes.

2.2. Identificación

La identificación es la verificación de una persona, con base en características de su cuerpo o de su comportamiento, utilizando, por ejemplo, su mano, el iris de su ojo, su voz o su cara, en el reconocimiento facial.

En el ámbito de la salud, la identificación numérica de los registros resulta no solo efectiva sino que, además de ser cómoda de aplicar, la autenticación se obtiene rápidamente, por medio de lo que se denomina **cédula de identidad**, para las personas nacionales y el **número de asegurado** para los extranjeros, esto resulta la forma más segura de dotar de identidad al documento llamado historia clínica.

La *cédula de identidad* es un documento emitido por el Registro Civil, entidad adscrita al Tribunal Supremo de Elecciones, institución competente para emitir la identificación personal de los ciudadanos.

No todos los países emiten documentos de identidad, aunque la extensión de la práctica acompañó el establecimiento de sistemas nacionales de registro de la población y la elaboración de los medios de control administrativo del Estado. La posesión de un documento de identidad es obligatoria en la mayoría de los países hispanos, mientras que es inusual en los que poseen un sistema jurídico basado en el derecho anglosajón.

La *cédula de identidad* en Costa Rica es otorgada por el Registro Civil a todos los ciudadanos de la República de Costa Rica mayores de 18 años (mayores

de edad, para fines legales); se puede empezar a tramitar con antelación, antes de cumplir los 18 años. A finales de la década de 1990 dejó de ser un documento hecho en máquina de escribir y pasó a ser de manufactura totalmente electrónica, e incluye un aditamento que contiene información almacenada con formato magnético. Tiene una validez de 10 años, al cabo de los cuales, el portador debe hacerse presente al Registro Civil para tomarse una nueva fotografía y actualizar la información personal, tal como el estado civil u ocupación

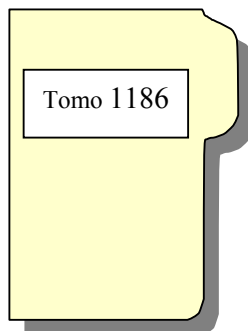
Cédula de identidad



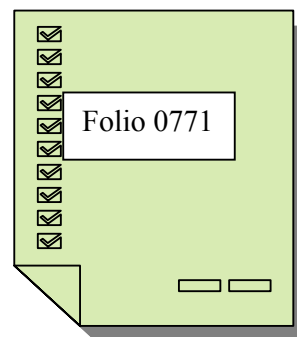
La numeración se compone de 3 grupos de números:
1-1186-0771.



Provincia 1



Tomo 1186



Folio 0771

En este caso, el 1 representa a la provincia de nacimiento o inscripción (para costarricenses nacidos en el exterior), y se asigna de esta forma:

1. San José
2. Alajuela
3. Cartago
4. Heredia
5. Guanacaste
6. Puntarenas
7. Limón
8. Costarricenses nacionalizados
9. Otros

Los otros dos grupos de números corresponden al tomo y folio donde está almacenada la constancia de nacimiento del ciudadano en cuestión, de

acuerdo con el orden cronológico con que se haya inscrito a las personas, por lo que las cédulas de las personas de más edad tienen menos dígitos.

La cédula de identidad, debe ser mostrada para el ingreso a establecimientos prohibidos para menores de edad (tales como bares, clubes nocturnos o ciertas películas en el cine, o para adquirir cigarros o bebidas alcohólicas, si existe duda sobre la edad de la persona), y para ejercer el derecho al sufragio.

Contrario a lo que a veces se piensa, este documento puede ser solicitado por las autoridades (por ejemplo, para comprobar el registro criminal de alguien) pero no puede ser retenido, ni retirado bajo ninguna circunstancia (exceptuando que se le retire la ciudadanía a alguien que la haya adquirido violando el debido proceso o infringiendo la ley del país).

2.3. Documento estructurado

Es el resultado de aplicar un sistema de extracción de información a cualquier texto, mediante la elaboración de preguntas cerradas. Un documento estructurado es el que se ha elaborado siguiendo lineamientos previamente establecidos, como cuando se estructura en un formulario los datos demográficos, donde se pregunta, mediante *casillas* “nombre completo, primer apellido, segundo apellido”. Si el documento es un documento estructurado, resulta mucho más sencillo analizarlo para obtener las entidades y sus relaciones, siempre y cuando esté debidamente etiquetado. En un documento estructurado las entidades son conocidas a partir del etiquetado y, posiblemente, algunas relaciones o roles de estas entidades. Esas etiquetas es lo que le se denominan *casillas*, donde se define, los datos que se incluirían en ese formulario.

En salud, estos documentos se encuentran etiquetados con el nombre del registro o formulario, los cuales han sido creados dependiendo de la necesidad que se quiera revisar, como por ejemplo, el formulario de identificación que abre al expediente de salud.

Cuadro 2
Formulario de identificación del expediente
de salud



Caja Costarricense de Seguro Social
Centro:

Número de Expediente

IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos completos:		Fecha nacimiento:	Cantón, Provincia y País de nacimiento:
Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Indefinido		Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Desconocido	
Telefono de Habitación:	Modalidad de aseguramiento:	Condición de aseguramiento:	
Grupo patronal:	Patronal:	Actividad Económica:	
En caso de necesidad avisar a:		de teléfono:	
Dirección actual (Provincia, cantón y distrito):			
Dirección permanente (Provincia, cantón, distrito y señas):			
Nombre y apellidos del padre:		Nombre y apellidos de la madre:	

ACTUALIZACIONES

Utilice este espacio para anotar cambios de residencia, ocupación, estado civil y aseguramiento

Nueva dirección actual (Provincia, cantón y distrito):		
Nueva dirección permanente (Provincia, cantón, distrito y señas):		
Modalidad de aseguramiento:	Condición de aseguramiento:	Grupo patronal:
Actividad económica:	Funcionario que actualiza:	Fecha:
Nueva dirección actual (Provincia, cantón y distrito):		
Nueva dirección permanente (Provincia, cantón, distrito y señas):		
Modalidad de aseguramiento:	Condición de aseguramiento:	Grupo patronal:
Actividad económica:	Funcionario que actualiza:	Fecha:
Nueva dirección actual (Provincia, cantón y distrito):		
Nueva dirección permanente (Provincia, cantón, distrito y señas):		
Modalidad de aseguramiento:	Condición de aseguramiento:	Grupo patronal:
Actividad económica:	Funcionario que actualiza:	Fecha:

Cód.4-70-04-0120

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social

En los documentos estructurados, el contenido no se puede definir de manera independiente a la presentación del documento. Para crear un formulario se utiliza un formato, y se distribuyen los datos con un ordenamiento lógico; en la parte inferior se ubica un código que permite identificar ese formulario de entre un grupo de ellos. Como se trata de un documento con estructura para capturar datos, contiene componentes identificables, que se puedan extraer y procesar.

La diferenciación de un documento estructurado proporciona expedientes con una estructura de datos que sirven para:

1. Predefinir los datos que se necesita saber del usuario consultante para el tratamiento y el control del padecimiento.
2. Incorporar procesos necesarios para llevar a cabo estudios sobre patologías específicas.
3. Automatizar los procesos del formulario utilizando un formato de archivo predeterminado.

2.4. Documentos no estructurados

Son formularios que, aunque mantienen su estructura en cuanto a los datos de identificación y algunos otros como la firma y el código del profesional, tienen espacios para realizar anotaciones en lenguaje natural del informante, con el objetivo principal de recoger las impresiones tal y como el usuario las describe.

La extracción de información se puede realizar mediante la codificación del motivo de la consulta. Para extraer la información de estos documentos, es necesario realizar las tareas de reconocimiento de impresiones diagnósticas que realiza el profesional de la salud. El tipo de datos que los sistemas de información son capaces de extraer varía en función del documento. Por ejemplo, el formulario de evolución y planes o el formulario de enfermería.

Cuadro 3. Formulario de evolución, indicaciones y tratamiento del expediente de salud



**Caja Costarricense de Seguro Social
Centro**

Nombre	Número de Expediente
Evolución	Indicaciones y tratamiento

4 72 63 3082

EVOLUCIÓN, INDICACIONES Y TRATAMIENTO

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social

El expediente de salud no solamente está dividido en las tres secciones, que fueron estudiadas en el curso Registros Médicos 1. Cuando se trata de la apertura de un expediente para la consulta externa, este se confecciona según la edad y el sexo del solicitante:

1. Expediente pediátrico: donde se pueden encontrar formularios acordes con la edad y el sexo del infante como los son, una anamnesis pediátrica, gráficas de peso talla, peso edad para niño y niña, registro de vacunas. Aunque por lo general estas gráficas no van más allá de los dos años, se trabaja con este expediente desde la edad de menos de 1 a menos de 10 años.
2. Expediente para adolescentes: se abre con las especificaciones de un expediente de salud para adultos; su diferenciación está dada por los instrumentos de tamizaje de adolescentes que se le incluyen a estas historias con la categorización, según el sexo.
3. Expediente femenino: cuenta con registros propios, donde se incluye la exploración ginecológica.
4. Expediente masculino: constituye una historia con registros donde se exploran situaciones propias del aparato genitourinario masculino.
5. Expediente del adulto mayor: además de que su interrogatorio contiene registros propios para situaciones que pueden estar presentes en la edad adulta, se le agregan los formularios de tamizaje para el adulto mayor, donde se evalúan aspectos de riesgo para la edad.

2.5. De uso permanente en el expediente de salud

Todo expediente médico e historias clínicas se abren con las especificaciones, como ya se mencionó, de edad y sexo; no obstante, también guarda estrecha relación con el tipo de formularios por incluir mediante su actividad, de tal manera que toda historia clínica contiene en sí misma dos tipos de registros:

1. Básicos
2. Especiales
 - 2.1 De trabajo
 - 2.2 De reporte

2.6. Formularios básicos

Son todos aquellos que forman parte del expediente desde el mismo momento de su apertura. Por norma deben contenerse, por eso se dice que son de uso permanente en el expediente.

2.7. De uso periférico

Son todos aquellos formularios especiales.

2.8. Formularios especiales

Forman parte del expediente pero estos se van anexando conforme el usuario los necesite; esto es, si una mujer nunca se embarazó, no se anexa este formulario; o si un usuario no se ha realizado un electrocardiograma, este formulario no se anexa sino hasta que se vea la necesidad por parte del médico y envíe este tipo de examen, por ello se les llama formularios especiales, porque solamente en casos particulares de necesidad del usuario se incluyen. Estos formularios, a su vez, se subdividen en formularios de trabajo y formularios de reporte.

2.9. Formularios de trabajos

Son formularios estructurados que contienen en sus casillas la solicitud de situaciones específicas a las que debe dar seguimiento el profesional.

2.10. Formularios de reporte

Son los que contienen la interpretación de un examen realizado generalmente por un especialista, como por ejemplo, una radiografía o un ultrasonido, estos se realizan y son interpretados por el especialista en formularios específicos para tal fin; se envían para anexarse al expediente y sirven de guía al profesional tratante a fin de emitir un diagnóstico.

2.11. Ejercicios de autoevaluación

1. Comente sobre el documento de identidad por excelencia de la ciudadanía costarricense.
2. Elabore un formulario estructurado y uno no estructurado, con base en los ya conocidos.
3. Pareo. Relacione los términos de la columna derecha con los de la columna izquierda y anote el número que corresponda en el paréntesis.

1. Contienen la interpretación de un examen realizado generalmente por un especialista, como por ejemplo, una radiografía.	() Formularios especiales
2. Forman parte del expediente pero éstos se van anexando conforme el usuario los necesite.	() Formularios básicos
3. Son todos aquellos que forman parte del expediente desde el mismo momento de su apertura.	() Expediente pediátrico
4. Es donde se pueden encontrar formularios de acuerdo con la edad y el sexo del infante.	() Formularios básico de reporte
5. Se le conoce como el resultado de aplicar un sistema de extracción de información a cualquier texto. Es el que se ha elaborado siguiendo lineamientos previamente establecidos por los usuarios de este.	() Documento estructurado

CAPÍTULO 3

EVALUACIÓN TÉCNICA DEL EXPEDIENTE DE SALUD

Este capítulo inicia con la definición de evaluación técnica, seguido del propósito de la evaluación, para luego describir la evaluación cuantitativa y cualitativa, que forman parte de los procedimientos que se deben seguir en la aplicación de este tipo de evaluaciones. Como subtemas se presenta lo que son rutinas, que forman parte del trabajo diario de registros de salud. Luego se describe el diseño y el uso de los instrumentos que servirán al técnico en la puesta en práctica del procedimiento, y como toda evaluación, se acompaña de un informe de resultados, estos deben venir acompañados de las respectivas medidas correctivas, en caso necesario.

Para ilustrar el contenido del expediente de salud, se describen en detalle algunos de los formularios y para concluir, se enlistan las funciones del personal que efectúa la evaluación del expediente.

3.1. Objetivos

Al finalizar el estudio del tema: Evaluación técnica del expediente de salud, el estudiante estará en capacidad de:

Diseñar instrumentos de evaluación cuantitativa y de evaluación cualitativa para los expedientes de salud.

3.2. Evaluación técnica del expediente de salud

Definición: El expediente clínico es el documento que permite disponer de un registro organizado del proceso de salud-enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron. Reúne un conjunto de documentos que identifican al usuario de los servicios y hace un relato patográfico individual, en donde se registran las etapas del estado clínico y de la evaluación cronológica del caso, hasta su solución parcial o total. No solo mide el desempeño de los diferentes servicios que intervienen y la incertidumbre de los procedimientos realizados, así como las omisiones o deficiencias encontradas, sino que se constituye en un instrumento para la enseñanza médica y la investigación clínica. (Navarrete *et al.*, 2000: 136.)

Se considera, además, una herramienta de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución que le dio origen y, de esta forma, se convierte en

un instrumento de autoevaluación del trabajo efectuado por las personas que laboran con este documento.

Para el médico tratante, el expediente clínico es la fuente de información que le proporciona elementos para su diagnóstico y tratamiento; para este y para otros profesionales de la salud, es su constancia de productividad y contiene el material para diseñar protocolos de estudio, de investigación o de tratamiento para un caso específico. Por lo tanto, su valor es imponderable ya que contiene datos confidenciales de carácter médico y legal y es la base para la asistencia, la docencia e investigación en salud. Además, para conocer los datos de morbilidad y mortalidad e implementar un sistema de vigilancia epidemiológica, se requiere de información veraz y oportuna que contribuya a la planeación estratégica por medio de datos estadísticos.

Es en este nivel donde el profesional de registros de salud tiene una importante labor, al constituirse en el personal supervisor del contenido y el ordenamiento de los formularios que forman parte del material que contiene toda la información referente al usuario.

3.3. Propósito de la evaluación técnica

La evaluación técnica busca valorar el llenado y la integración de los formularios con el fin de ofrecer información para la definición de estrategias institucionales que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la atención.

Es indispensable que en el expediente clínico exista la documentación correspondiente con las acciones realizadas durante la atención proporcionada a los usuarios. Con un expediente completo y ordenado, es más sencillo determinar el paso a seguir o la posibilidad de rectificar oportunamente.

De su exactitud e integración dependen el diagnóstico, así como el pronóstico y la terapéutica. La exploración física se debe realizar en forma completa y ordenada. Un aspecto esencial durante la atención es la toma y registro de los signos vitales, pues son los parámetros para evaluar el estado general del paciente. Otro aspecto lo constituye el correcto llenado de los datos como son la fecha, la hora, la calidad de asegurado, el nombre del médico u otro profesional tratante a ingreso de la persona y cada una de las consultas que realice el usuario.

3.4. Evaluación cualitativa

Para definir lo que es la *evaluación cualitativa* se hace necesario referirse a situaciones concretas, ya sean de rutina o aisladas, que suceden durante el proceso de evaluación. Por ello, al evaluar de forma cualitativa se tiene presente: una nota escrita, un acontecimiento, actitudes, conductas, reacciones, que se califican al momento de emitir un juicio. Es lo que puede referenciarse como situaciones por observar.

Toda institución dedicada a la salud, debe establecer un comité de evaluación del expediente clínico para vigilar su integración en forma correcta y completa. Dentro del proceso de regulación y de normalización, la disciplina de registros médicos queda facultada para realizar la evaluación cualitativa, considerando lo que se especifica en el articulado del *Reglamento del Expediente*:

Artículo 15. Modificaciones y correcciones.

La sustitución de carpetas, la corrección y modificación del número o de datos de identificación en los expedientes, es responsabilidad exclusiva del personal autorizado de REDES.

Artículo 17. Integridad del expediente.

Toda atención brindada al paciente, en cualquier área del establecimiento de salud, debe registrarse en los formularios oficiales diseñados para tal efecto e incorporarse al expediente. Los registros originados en atenciones externas al establecimiento, que por decisión del responsable de la atención pasen a formar parte del expediente, no podrán ser excluidos.

Artículo 18. Inclusión de documentos.

Todo reporte relacionado con el paciente, que se genere en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento u otros, deben ser remitidos al Archivo mediante lista de control, para efectos de su inclusión al expediente respectivo.

Sin embargo, cuando se realizan revisiones de los expedientes en cualquier institución pública de salud del país, se observa que estas revisiones se realizan de diferente manera; por ello se hace necesaria la implementación de un sistema único de análisis o de auditoría. Es indispensable la elaboración de normas para el manejo del expediente, con el propósito de establecer criterios y reglas, ante la necesidad de mejorar la calidad del documento e impulsar y sistematizar el análisis mediante de la evaluación cualitativa.

Evaluar cualitativamente las diferentes secciones de la historia clínica, así como la información consignada para sustentar el diagnóstico; la correlación diagnóstico-tratamiento; los exámenes complementarios, la evolución clínica, los datos de identificación de cada formulario, permiten que este método se constituya en una herramienta inicial práctica que coadyuvará a la estandarización del análisis y a la evaluación de los expedientes de salud en los hospitales, áreas de salud y EBAIS de todo el país. Esto tomando en cuenta que el expediente de salud continúa siendo el principal documento legal para evaluar la atención de un paciente en una institución de salud.

3.5. Evaluación cuantitativa

La evaluación cuantitativa sirve para medir y para calificar los resultados de un procedimiento, por medio de escalas nominales, porcentuales, de grados o

cualquiera otra que sea cuantificable en forma numérica. En la evaluación cuantitativa, el profesional ejerce una serie de acciones sobre los expedientes, para hacer efectiva una determinada competencia o procedimiento; al ser un instrumento de medición y de control, debe ser realizada por el especialista mediante el uso de técnicas que permitan comprobar y valorar el cumplimiento de los objetivos planteados en cada una de las áreas que pretende evaluar.

La mayoría de las investigaciones científicas basan su análisis en el esquema cuantitativo, en factores de medición y mediante sistemas de cumplimiento de criterios o de ejecución de planes. La evaluación cuantitativa al ser aplicada cuando se requiere y combinándola con la evaluación cualitativa cuando las condiciones cambian, logra esquematizar situaciones de omisión o de errores en los registros a los cuales les aplica el instrumento.

Este instrumento se construye junto con un diseño que satisfaga las necesidades del momento, en cuanto a la cuantificación de datos se refiere.

3.6. Procedimientos para la evaluación cuantitativa

En esta sección se estudia y se describen los procedimientos que se deben seguir para realizar la evaluación cuantitativa de los expedientes de salud. Estos procedimientos incluyen una calificación de los criterios de los procesos utilizados por el personal médico o de salud, una tabla de ponderación para estos criterios y el uso de rutinas, procedimiento básico en la elaboración de un expediente completo y exacto.

3.6.1 Calificación de los criterios de proceso: todos los criterios de los procesos y de los resultados, se califican por el evaluador en una escala de niveles que generalmente es nominal. Cada nivel representa el grado de cumplimiento del proceso por verificar. La descripción de los niveles puede ser la siguiente:

0. El proceso no está documentado.
1. El proceso existe documentado, pero su ejecución no es sistemática, porque el personal no lo conoce, ni sabe dónde se encuentra descrito. Se aplica básicamente de forma reactiva y no controlada.
 - 1.1 El personal no lo conoce y tiende a ser aplicado de forma relativa.
 - 1.2 No se registra información acerca de su ejecución ni de sus resultados.
2. El proceso existe documentado, tiene un responsable asignado.
 - 2.1 El personal lo conoce y lo aplica de forma consistente.
 - 2.2 El responsable ha iniciado algún registro de su ejecución y resultados para el establecimiento de controles.
 - 2.3 Se han establecido controles de calidad.
 - 2.4 Existe evidencia documental de los procesos de mejora.

Ningún criterio podrá dejarse sin calificación. Cuando la unidad de atención de usuarios no otorgue un servicio por las características definidas de su estructura, el criterio correspondiente deberá especificarse por el evaluador como **No Aplica (NA)**.

3.6.2. Ponderación de los criterios de proceso

La ponderación de los criterios se establece con base en los niveles de cumplimiento requeridos, que determinan la relación del contenido; así tenemos que se pueden establecer criterios para todos y cada uno de los usuarios del expediente o para una disciplina en especial. Para los criterios cada unidad puede ponderarlos de acuerdo con el número de ellos por evaluar. Ejemplo: (A) completo, (B) incompleto, (C) falta formulario.

Cuadro 4
Tabla con criterios

Nombre del formulario	Servicio responsable	Ponderación de criterios		
		A	B	C

Fuente: elaboración propia.

3.6.3. Rutinas

Una **rutina** es el procedimiento que se ejecuta cada vez que se le necesite, por ejemplo, la rutina de otorgar citas médicas. Una rutina, al ser identificada dentro de un programa de trabajo, se constituye en un hábito de hacer por práctica y muchas veces sin razonar. Dentro de estas actividades programadas, que se ejecutan a diario, se hace necesario estimular el razonamiento con respecto al llenado correcto de lo que solicite el registro en forma rutinaria.

En las rutinas establecidas, como es el caso de la identificación de instrumentos (formularios de identificación), que contienen una variedad de datos, que incluso algunos de los funcionarios de salud no están enterados de la utilidad de cada uno de ellos; posiblemente el funcionario no será muy exhaustivo en la búsqueda de los datos solicitados. Es aquí cuando la evaluación técnica dará resultados desfavorables para el personal de esta área, sin embargo, estos resultados resaltan lo esencial de mantener registros completos, exactos y actualizados.

3.7. Diseño y uso de instrumentos

Varios autores han elaborado listas de criterios para diseñar instrumentos; sin embargo, la práctica nos ha llevado a tomar unos cuantos y crear otros para diseñar o rediseñar instrumentos capaces de resolver situaciones habituales o emergentes. Ellos son:

- a. Expresar claramente el nombre de la institución (logotipo).
- b. Tener claro el objetivo.
- c. Enlistar los datos por registrar (las variables).
- d. Asignar un título que exprese claramente su función.
- e. Tener claro el destinatario.
- f. Definir el personal participante.
- g. Redactar un instructivo donde las instrucciones sean breves y comprensibles, redactadas en forma de orden.
- h. Hacer grupos lógicos de campos o espacios y separarlos con blancos. Por ejemplo: nombre, primer apellido y segundo apellido, es un grupo lógico.
- i. Las etiquetas de los campos o espacios deben usar terminología familiar.
- j. Ser consistente en el uso de los términos, es decir, usar siempre las mismas palabras para los mismos conceptos, tanto en el instrumento como en el instructivo.
- k. En salud, no existen campos opcionales.

El diseño de formularios como instrumentos de trabajo cuenta con varios **principios básicos**, entre ellos:

1. Debe existir un propósito o una necesidad demostrada para cada dato solicitado en el formulario.
2. Los datos deben ser registrados en secuencia lógica, por ejemplo, en el formulario de identificación del paciente es lógico colocar edad e inmediatamente después, la fecha de nacimiento, la dirección y el número de teléfono.
3. La identificación debe encabezar el formulario.
4. La terminología utilizada debe ser consistente con la información requerida.

3.8. Reglas para el diseño de formularios en soporte papel

1. Usar un tamaño uniforme de papel y establecer medidas exactas.
2. Mantener uniforme el margen en el lado donde se va a anexar a la historia clínica.
3. Si los formularios van a estar impresos por ambos lados, asegurar que la impresión se haga de pie a cabeza, y si van a anexarse de lado, tener ambos lados cabeza a cabeza, para tener una compaginación tipo libro.
4. Establecer un espacio o campo entre las etiquetas según la forma de llenado: a mano, en máquina de escribir o de modo electrónico.
5. Elegir la calidad y el espesor del papel, dependiendo de la utilidad, esto es,

- si va a ser usado por uno o por ambos lados.
6. Evitar usar papel de color, por los problemas que presenta para el fotocopiado.
 7. Mantener uniformes los márgenes.

3.9. Informes de resultados obtenidos

El informe de los resultados ayuda a dar el seguimiento del progreso. Los resultados se pueden medir a partir de muchos o algunos elementos, que son producto del análisis de los datos. Normalmente, resumen los datos recolectados y el tratamiento estadístico que se practicó, aunque cuando no se aplican análisis estadísticos, sino más bien cualitativos, los resultados pueden ser frases o afirmaciones que los resuman.

Los resultados se presentan a los receptores explicando en qué consiste; en todo caso se deben incluir las pruebas estadísticas, los cuadros, los gráficos, los dibujos y las figuras. Cada uno de los elementos debe ir enumerado.

3.10. Aspectos por considerar en el informe cuantitativo

De acuerdo con Barrantes (2003: 240) un informe cuantitativo está compuesto por una introducción donde se incluya el planteamiento del problema, los antecedentes, la justificación y los objetivos. Un marco teórico donde se desarrollen las ideas que sustentan el trabajo, estudios anteriores sobre el tema y aspectos prácticos que le dieron origen. Se acompaña por un marco metodológico que describe la elaboración del estudio y el formato de presentación de los resultados que se obtendrán. Los resultados son el análisis de los datos; en el enfoque cuantitativo se resumen los datos recolectados, su tratamiento y el análisis estadístico. Lo recomendable es que se describa primero la idea principal que resume los resultados o descubrimientos y luego, se informe detalladamente.

Las conclusiones, las recomendaciones e implicaciones o la discusión, deben redactarse de manera que facilite la toma de decisiones respecto al problema planteado. En este nivel debe evitarse que las conclusiones rompan con el formato del reporte; es necesario que cada conclusión tenga su recomendación; no se puede establecer un reporte con calidad si las conclusiones van por un lado y las recomendaciones por otro.

3.11. Aspectos por considerar en un informe cualitativo

Algunas orientaciones para presentaciones escritas de los estudios cualitativos según Barrantes (2003 p:240).

Lo primordial es explicarle al interlocutor el modo como se recogieron e interpretaron los datos; hay que ofrecer información suficiente para que se comprenda el contexto del trabajo de campo, del conocimiento cultural, del marco teórico o de las entrevistas.

En este enfoque, la metodología se basa en la observación participante, las entrevistas a profundidad, los documentos, entre otros procedimientos de investigación.

Los siguientes son criterios por considerar:

- Tiempo y extensión del estudio: ¿Cuánto tiempo estuvo con los informantes? ¿De qué modo se distribuyó ese tiempo?
- Naturaleza de los escenarios e informantes: los tipos de escenarios que se estudiaron,
- ¿Cuántos fueron? ¿Quiénes fueron los informantes? ¿A cuántos se entrevistó?
- Diseño: ¿Cómo se identificaron y se eligieron los escenarios? ¿Cómo se modificaron en el transcurrir del tiempo?
- Control de datos: la construcción de un informe cualitativo de resultados debe incluir el planteamiento del problema, la metodología y los resultados. Al organizar las interpretaciones y las conclusiones que han ido surgiendo a lo largo del trabajo y redactar el informe, pueden descartarse algunos aspectos que resulten irrelevantes, o resaltar otros que parecen ser relevantes para el informe que se está construyendo.

Recordemos que esta es una tarea creativa y no siempre se incluyen todos los elementos, pero ninguno de los aquí presentados deben obviarse.

3.12. Evaluación

En atención a las premisas de Hoffman (1999: 23), evaluar es comparar un resultado obtenido con el resultado esperado, para establecer el valor de un proceso o un método, de una hipótesis, un estudio, una teoría, de la acción de una persona o de un equipo.

El objetivo de la evaluación no es histórico, ni judicial, ni anecdótico, sino práctico; se evalúa para hacer las cosas mejor, cuando se trata de situaciones cíclicas o cuando menos repetibles, o por lo menos para obtener el máximo provecho de las circunstancias, si se trata de hechos irrepetibles.

La evaluación es un instrumento irremplazable que las personas utilizan en sus funciones públicas o privadas, individuales o colectivas, normalmente como preparación para tomar decisiones.

Se hace necesario tener en cuenta que no hay un único modo de evaluar un evento. Todo depende del punto de vista de la evaluación. Un mismo acontecimiento puede ser visto para un grupo de forma positivo y para otro, no. El punto de vista adoptado dependerá de los intereses del programa y a veces del evaluador, o de quien solicita la evaluación.

En el área de la salud, las evaluaciones son constantes; se evalúan los expedientes de igual forma como se evaluaría el cumplimiento de un programa. Este documento, por ser el depositario de todas y cada una de las acciones que se lleven a cabo con los individuos, las familias y las comunidades, compromete su eficacia a los resultados de la evaluación técnica.

Los resultados se pueden emitir en términos de las puntuaciones directas o los porcentajes que los técnicos obtienen en las pruebas, en la presentación de resultados, en términos de escalas de rendimiento y en niveles de rendimiento. En este trabajo se presentan las características de los programas que son parte de un plan nacional de salud y se analizan sus ventajas e inconvenientes.

Frecuentemente se pide a los profesionales que realicen una autoevaluación del rendimiento en el trabajo para analizar las áreas en las que el rendimiento es óptimo y determinar los aspectos por mejorar. El formulario de evaluación es una herramienta creada por el mismo servicio, teniendo en cuenta las variables necesarias para llevar a cabo la evaluación.

Dentro de los criterios de evaluación para estos fines encontramos, entre otros, las siguientes propuestas que son aplicables a este tipo de evaluaciones:

Evaluación centrada en los objetivos: incluye instrumentos de evaluación que se diseñan conforme a parámetros más precisos, centrados en objetivos, así como el análisis de contenidos. Estos instrumentos se caracterizan por poseer criterios explícitos aunque varíe su nivel de puntualización.

Evaluación durante el proceso: aquí se encuentran diferentes opciones de observación destinadas a establecer valoraciones a lo largo del proceso se les denomina instrumentos de "observación libre, sistemática y provocada (De Ketele, 1984: 29 - 32).

Las revisiones llegan a ocupar mucho tiempo, pero constituyen una herramienta primordial para la administración del expediente de salud. La creación de esta plantilla de revisión cuantitativa o cualitativa ahorra tiempo y agiliza el proceso de revisión de las variables, ya que proporciona una manera coherente de documentar los datos en la organización.

3.13. Aplicaciones correctivas

Como se explicó, la evaluación constituye la mejor forma para establecer razonablemente el valor de un proceso; las acciones correctivas están directamente relacionadas con el mejoramiento e idoneidad que plantean los modelos de trabajo de una institución de salud. Por ello, es necesario desarrollar formas que permitan optimizar los procesos que se llevan a cabo, donde se consienta aplicar las correcciones y prevenciones necesarias a tiempo, permitiendo así, el mantenimiento del sistema con calidad. Las acciones correctivas reconocen situaciones como la falta de información disponible en las historias clínicas cuando se presentan, identifican el nivel de responsabilidad que tiene un usuario del expediente

médico dentro de la atención y admiten identificar el tipo de acción correctiva correspondiente. Ayudan a cumplir con la misión del sistema de salud, asegurando la calidad en cuanto a servicios de consulta, de información, de seguimiento de las acciones correctivas, de control y de auditorías.

3.14. Ejercicios de autoevaluación

1. ¿Cuál es el propósito primordial de la evaluación técnica de un expediente de salud?
2. Dentro del proceso de regulación y normalización, la disciplina de registros médicos queda facultada para realizar:
 - a) La evaluación cualitativa
 - b) La selección
 - c) La integración
 - d) Todas las anteriores
3. La sustitución de carpetas, la corrección y la modificación del número o de datos de identificación en los expedientes, es responsabilidad exclusiva del
 - a) Personal autorizado de registros médicos.
 - b) Personal administrativo
 - c) Personal profesional
 - d) Todos los anteriores
4. Enumere al menos tres criterios que se utilizan en los procedimientos para la evaluación cuantitativa.
5. Con la tabla de ponderación de criterios realice el ejercicio con al menos 10 expedientes de salud.
6. ¿Cómo se define una rutina en los procesos de registros de salud?
7. Con los elementos aportados en la guía de estudio, diseñe un instrumento para uso de un programa de atención del niño en la comunidad.
8. Anote y comente al menos cuatro reglas para el diseño de formularios con soporte papel.
9. Elabore un comentario de lo que se entiende por evaluación.

CAPÍTULO 4

DEPURACIÓN DEL EXPEDIENTE DE SALUD

4.1. Objetivos

Al finalizar el estudio del tema: Depuración del expediente de salud, el estudiante estará en capacidad de:

1. Efectuar la depuración de expedientes.
2. Ubicar los expedientes en la escala de activo, semipasivo y pasivo, según corresponda.

4.2. Depuración

Es la selección, la separación y la cuantificación de documentos que, por su trámite, han cumplido su gestión administrativa y no son de utilidad, para la unidad generadora ni para la unidad poseedora. Entendiéndose como unidad generadora, la creadora del documento y como poseedora, la unidad donde se encuentra al momento de la depuración.

4.3. Selección documental

Consiste en la depuración del expediente liberándolo de documentos sin valor diagnóstico. La selección se realizará por los titulares designados, en el lugar donde se generan y de acuerdo con la necesidad de conservarlos.

Para realizar las acciones de depuración será indispensable valorar los tiempos de conservación en las fases de la vida útil de los documentos, para ello se han creado tablas con plazos que definen el criterio para la conservación o eliminación y en caso de eliminación se procede según la *Ley de Archivo Nacional N° 7202*.

4.4. Tipo de expediente

Los expedientes de salud siempre han permanecido en un espacio físico denominado archivo clínico, ya sea en condiciones de un sistema centralizado, como en los hospitales y áreas de salud, o descentralizado, como en el caso de los EBAIS. En un espacio periférico se guardan en una bodega acondicionada los expedientes pasivos, con fechas mayores de cinco años de inactividad en

consulta externa y mayores de 10 años de inactividad en hospitalización, porque no fue sino hasta inicios del año 2000, cuando se inicia con el expediente electrónico en algunas áreas y hospitales. Anterior a esta fecha se habían trabajado los expedientes de soporte papel en forma manuscrita; no fue sino hasta el 2003 cuando se incorpora un sistema computarizado para el registro de expedientes.

El archivo custodia y resguarda expedientes médicos, los cuales son transferidos a cada uno de los servicios, en caso necesario. Los expedientes están ordenados en su mayoría con un número, bajo el método dígito terminal compuesto.

4.5. Archivo activo

Un **archivo activo** es el que está en constante uso de sus expedientes. A los se les establece un sitio en un mueble llamado *anaquel* y cuentan con un tarjetón o guía de reemplazo, que es una ficha donde se anota la salida del expediente del archivo, su destino y la persona responsable de su trasiego. Al regresar el expediente al archivo, el tarjetón se introduce en el expediente al cual pertenece y se archivan juntos. Estas guías de reemplazo pueden ser individuales o colectivas.

4.6. Las guías de reemplazo individuales

son fichas que se incluyen dentro de cada uno de los expedientes (una por expediente) se anota el número y nombre del expediente al que se le adjunta y contiene espacios para realizar anotaciones de sus salidas.

TARJETA GUÍA INDIVIDUAL		
NOMBRE:		
NÚMERO:		
FECHA	DESTINO	FIRMA

4.7. La guía colectiva esta constituida

Por un formulario del tamaño de una hoja 8.5x11cm (centímetros), que se trabaja fuera del expediente, generalmente se utiliza un número de guías según la cantidad de consultas del día; cada día se preparan las que sean necesarias para anotar las salidas de los expedientes y se chequea también la entrada al archivo.

TARJETA GUÍA COLECTIVA		
FECHA:		
NOMBRES	NÚMERO	DESTINO
1		
2		
3		
4		
5		
15		

4.8. Archivo pasivo

Un archivo pasivo lo ocupa un espacio físico semejante a una bodega con anaqueles apropiados donde se custodian los expedientes, con soporte papel, de las personas que no se presentaron durante cinco o diez años en ese centro de salud. Estas historias clínicas se archivan con el mismo método empleado en los archivos dígito terminal compuesto, (explicado en la guía de registros médicos 1).

4.9. Archivo semipasivo

Un archivo semipasivo es aquel que no se encuentra en ninguna de las dos condiciones anotadas (activo-pasivo), pero que, por lo general, el personal de archivo cuando realiza la búsqueda, valora que ese expediente se acerca más a la norma de pasivo que de actividad, por ejemplo cuatro años de inactividad en consulta externa, por lo que opta por un traslado transitorio a un archivo semipasivo, para que al año siguiente se realice el traslado definitivo al espacio físico del archivo pasivo.

4.10. Valoración, selección y eliminación.

Se entiende como *valoración* al proceso mediante el cual se determinan plazos para la *eliminación*, la transferencia y el acceso a la documentación contenida en el expediente de salud. La valoración, es en consecuencia la fase del tratamiento, en la que después de analizar los documentos, se decide si estos deben transferirse al Archivo Nacional, o si por el contrario, deben eliminarse o conservarse parcialmente, en cuyo caso se deben aplicar técnicas de *selección*.

En forma constante, el personal de archivo realiza la *valoración* de las áreas activas en busca de expedientes que cumplan con la norma de inactividad para trasladarlos al archivo semipasivo y pasivo. De esta búsqueda se pueden *seleccionar* expedientes abiertos pero sin que contengan consulta alguna, de manera que estos se apartan para su eliminación.

Si se cuenta con equipo de microfilmación o digitalización, se efectúa la selección del expediente aplicando la evaluación técnica para resolver cuáles formularios son necesarios de mantener y cuáles se pueden eliminar. Una vez efectuado este procedimiento, se realiza la microfilmación o digitalización para luego eliminarlo; la eliminación de expedientes de salud debe hacerse con el mayor apego a lo que dicta la Ley del Sistema Nacional de Archivo, número 7202, que se comentará en el Capítulo 5.

4.11. Ejercicios de autoevaluación

1. Pareo. Relacione los términos de la columna derecha con los de la columna izquierda, y anote en el paréntesis el número que corresponda con el enunciado.

1. Es la selección, separación y cuantificación de documentos que por su trámite, han cumplido su gestión administrativa y no son de utilidad para la unidad generadora o poseedora.	() Archivo pasivo
2. Consiste en la depuración del expediente liberándolo de documentos sin valor diagnóstico; se realizará por los titulares designados, en el lugar donde se generan, de acuerdo con su necesidad de conservarlos.	() Archivo activo
3. Es el que está en constante uso de sus expedientes, a los que se les establece un sitio en un mueble llamado anaquel y que cuentan con un tarjetón o guía de reemplazo, que es una ficha donde se anota la salida del expediente.	() Selección documental
4. Donde se custodian los expedientes con soporte papel de las personas que no se presentaron durante cinco o diez años en ese centro de salud.	() Depuración

2. Elabore una definición de valoración, una de selección y una de eliminación.
3. ¿Cuál es el procedimiento mediante el cual se permite eliminar un documento médico?

CAPÍTULO 5

ASPECTOS LEGALES Y NORMATIVOS RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DEL EXPEDIENTE DE SALUD

5.1. Objetivo

Al finalizar el estudio del tema: Aspectos legales y normativos relacionados con la gestión del expediente de salud, el estudiante estará en capacidad de:

- Reconocer los aspectos legales que se deben tener presentes en la gestión del expediente de salud.

5.2. Aspectos legales

En lo que a este apartado respecta y en concordancia con la temática de la Guía de Registros Médicos 2, los aspectos legales se pueden encontrar en la *LEY DEL SISTEMA NACIONAL DE ARCHIVOS*, (Ley N° 7202 de 1998) en el articulado expuesto.

*Artículo 1° -Dictase la siguiente Ley del Sistema Nacional de Archivos:
CAPÍTULO I*

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 8° -Los documentos producidos en las instituciones a las que se refiere el artículo 2° de la presente ley, como producto de su gestión, cualquiera que sea su soporte: papel, película, cintas, "diskettes", serán propiedad de esas instituciones durante su gestión y su permanencia en los respectivos archivos centrales, salvo lo dispuesto en el artículo 53 de esta ley. Ninguna persona, funcionario o no, podrá apropiarse de ellos. Posteriormente formarán parte del fondo documental que custodia la Dirección General del Archivo Nacional,

Artículo 9° Si algún funcionario público o cualquier particular transgredieren las disposiciones del artículo anterior, será sancionado de acuerdo con lo

dispuesto en los artículos 208 y 209 del Código Penal. En cualquier caso, además, se le obligará a devolver los documentos.

CAPITULO IV

DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SELECCIÓN Y ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS

Artículo 32 -La Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos estará integrada por los siguientes cinco miembros: El presidente de la Junta Administrativa del Archivo Nacional, o su representante, quien la presidirá; el jefe del Departamento Documental de la Dirección General del Archivo Nacional; un técnico de ese departamento nombrado por el Director General del Archivo Nacional; el jefe o encargado del archivo de la entidad productora de la documentación; y un reconocido historiador nombrado por la Junta Administrativa del Archivo Nacional. El Director General del Archivo Nacional será el director ejecutivo de la institución, quien asistirá a las sesiones con voz pero sin voto.

Artículo 33 -Cada una de las entidades mencionadas en el artículo 2º de la presente ley integrará un comité institucional de selección y eliminación, formado por el encargado del archivo, el asesor legal y el superior administrativo de la entidad productora de la documentación. El comité tendrá las siguientes funciones:

- a) Evaluar y determinar la vigencia administrativa y legal de sus documentos.
- b) Consultar a la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos cuando deba eliminar.

Artículo 34 -La resolución sobre la consulta para eliminar documentos que carezcan de valor científico-cultural se tomará por mayoría de los votos presentes. En caso de empate, decidirá el presidente con su doble voto. Los documentos que deban ser eliminados serán transformados en material no legible.

Artículo 35 -Todas las instituciones a que se refiere el artículo 2º de la presente ley, incluida la Dirección General del Archivo Nacional, estarán obligadas a solicitar el criterio de la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos, cada vez que necesiten eliminar algún tipo documental. También deberán considerar las resoluciones que al respecto emita la Comisión, las que serán comunicadas por escrito, por medio del Director General del Archivo Nacional.

Artículo 36 -Será penado con seis meses a tres años de prisión, el funcionario que autorice o lleve a cabo la eliminación de documentos con transgresión de lo que dispone el artículo anterior, salvo que el hecho configure un delito sancionado con una pena mayor.

Artículo 37 -Los miembros de la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos trabajarán en forma ad honórem. Se reunirán cada vez que sea necesario, previa convocatoria de su presidente o del Director General del Archivo Nacional.

Artículo 38 -La Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos dictaminará, en los casos en que se intente llevarlos fuera del país, los documentos a que se refiere el artículo 5º de la presente ley.

CAPÍTULO V

DE LOS ARCHIVOS ADMINISTRATIVOS PÚBLICOS

Artículo 41 -Todas las instituciones deberán contar con un archivo central y con los archivos de gestión necesarios para la debida conservación y organización de sus documentos, lo que deberá hacer, salvo normativa especial, de acuerdo con las disposiciones de esta ley, su reglamento y las normas de la Junta Administrativa del Archivo Nacional, de la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos y de la Dirección General del Archivo Nacional.

5.3. Aspectos reglamentarios del expediente médico

Esta sección describe y expone las regulaciones, según lo estipulado en el *Reglamento de Expediente de Salud*, con respecto al acceso y reproducción del expediente de salud.

5.3.1. Condiciones de acceso: el personal de la sección de archivo y el personal de turno del departamento son los únicos funcionarios autorizados para archivar y desarchivar expedientes. El profesional en salud encargado de ver directamente a los pacientes solicita el expediente mediante listas y vales.

Artículo 42. Restricción de ingreso.

Es prohibido para toda persona ajena al Archivo, el ingreso al área de custodia de los expedientes. Se exceptúa de esta prohibición al personal de REDES expresamente autorizada por motivos de caso fortuito o fuerza mayor. En consecuencia, nadie, excepto estos funcionarios están autorizados para tomar expedientes de los anaqueles.

5.3.2. Solicitudes judiciales: estas obedecen a situaciones muy particulares de los usuarios o sus representantes legales, en cuyo caso pueden acceder a su expediente en las condiciones que estipula el *Reglamento del Expediente de Salud*.

Reglamento del expediente de salud.

Artículo 27. Secuestros judiciales.

El secuestro judicial del expediente deberá tramitarse directamente ante la Dirección Médica. La cual entregará copia foliada y certificada de éste, salvo disposición expresa en contrario de la autoridad judicial competente; de forma tal, que el establecimiento conserve el original para los efectos de la continuidad de la atención del paciente.

5.3.3. Condiciones de reproducción de expedientes: La persona interesada envía una solicitud al director del establecimiento, quien le indicará al jefe del departamento para que atienda dicha solicitud.

Reglamento del expediente de salud.

Artículo 22. Entrega de Documentos.

Es absolutamente prohibido facilitar originales o copias de documentos contenidos en el expediente sin autorización expresa de:

- Dirección Médica del establecimiento. Cuando la solicitud no implique uso personalizado de la información, o esta proceda de autoridad judicial competente.
- Dirección Médica del establecimiento y el paciente o su representante legal. Cuando el uso de la información sea de carácter personalizada, esto es, que la identificación del paciente sea indispensable para el fin con que se solicita la información.

Artículo 44. Requisito para usuarios externos.

Todo usuario ajeno al establecimiento debe presentar la respectiva solicitud de expediente por escrito ante la Dirección Médica o autoridad designada, la cual debe establecer si esta implica uso personalizado del expediente, en cuyo caso, será necesario anexar la autorización del paciente. El expediente de salud expresamente autorizado conforme a este procedimiento, no podrá salir del área física del Archivo. Se hace la salvedad del expediente requerido por autoridad judicial competente, conforme a lo estipulado en el Artículo 27 del presente reglamento.

5.4. Ejercicios de autoevaluación

1. ¿Cómo está formada la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos?
2. El Artículo 36 se refiere a la penalización por eliminar o transgredir un documento como es el expediente de salud ¿Cuál es la penalización?
3. Comente la definición contenida en el Reglamento del Expediente de Salud acerca de los secuestros judiciales.
4. Pareo. Relacione los términos de la columna izquierda con los de la columna derecha y anote entre paréntesis el número que corresponda al enunciado.

1. Todas las instituciones deberán contar con un archivo central y con los archivos de gestión necesarios para la debida conservación y organización de sus documentos.	() Restricción de ingreso
2. En consecuencia, nadie, excepto funcionarios autorizados, puede tomar expedientes de los anaqueles.	() Entrega de Documentos
3.-Deberá tramitarse directamente ante la Dirección Médica. La cual entregará copia foliada y certificada de este, salvo disposición expresa de lo contrario.	() Requisito para usuarios externos
4.-Es absolutamente prohibido facilitar originales o copias de documentos contenidos en el expediente, sin autorización expresa de la Dirección Médica del establecimiento.	() Archivos administrativos públicos
5.-Todo usuario ajeno al establecimiento debe presentar la respectiva solicitud de expediente por escrito ante la Dirección Médica o autoridad designada.	() Reglamento del Expediente de Salud. Secuestros judiciales.

5. Complete la oración con la frase correspondiente.

5.1. El expediente de salud expresamente autorizado, no podrá salir del área física del archivo. Se hace la salvedad del expediente requerido por la autoridad judicial competente, conforme a lo estipulado en _____.

5.2. Todo usuario ajeno al establecimiento debe presentar la respectiva solicitud de expediente por escrito ante _____ o la autoridad designada.

RESPUESTAS A LOS EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

Respuestas a los ejercicios de autoevaluación Capítulo 1

1. El expediente de salud es garantía de veracidad y resulta esencial para el desarrollo ordenado de las relaciones del usuario con el personal de salud. Por esto, su creación, su mantenimiento y su preservación siempre han estado condicionados por un conjunto de normas que garantizan que dichos documentos puedan considerarse evidencia.
2.
 - Anamnesis
 - Examen físico adulto
 - Historia clínica masculina o femenina
 - Elementos por investigar e inmunizaciones
 - Evolución de indicaciones y el tratamiento
 - Historia de odontología
 - Índice de masa corporal
 - Test de Tanner
 - Tamizaje adolescente
 - Formulario de urgencias
 - Consentimiento Informado
 - Notas de enfermería
 - Exámenes de laboratorio
 - Estudios radiológicos
 - Exámenes de gabinete
 - Referencia y contrarreferencia
 - Dictámenes
3. El profesional en salud responsable de la atención directa de los pacientes en cualquiera de las áreas del establecimiento, está autorizado para solicitar los expedientes con dicho fin, los restantes miembros del equipo de salud, requerirán de la autorización de la respectiva Dirección Médica

4. *Artículo 29. Restricción de préstamos. Por ningún motivo el personal del Archivo o dependencia alguna, entregará expedientes directamente al paciente o a persona no autorizada por la Dirección Médica del establecimiento*

Respuestas a los ejercicios de autoevaluación Capítulo 2

1. La *cédula de identidad* es un documento emitido por el Registro Civil, entidad adscrita al Tribunal Supremo de Elecciones, institución competente para emitir la identificación personal de los ciudadanos
2. Para elaborar un formulario estructurado y uno no estructurado, puede hacerse con base en los conocidos.
3. Pareo. Relacione los términos de la columna derecha con los de la columna izquierda y anote el número que corresponda en el paréntesis.

1. Contienen la interpretación de un examen realizado generalmente por un especialista, como por ejemplo una radiografía.	(3) Formularios básicos
2. Forman parte del expediente, pero estos se van anexando conforme el usuario los necesite,	(4) Expediente pediátrico
3. Son todos aquellos que forman parte del expediente desde el mismo momento de su apertura.	(5) Documento estructurado
4. Es donde se pueden encontrar formularios acordes con la edad y el sexo del infante.	(2) Formularios especiales
5. Se le conoce como el resultado de aplicar un sistema de extracción de información a cualquier texto. Un documento estructurado es el que se ha elaborado siguiendo lineamientos previamente establecidos por los usuarios de este.	(1) Formularios básico de reporte

Respuestas a los ejercicios de autoevaluación Capítulo 3

1. La evaluación técnica busca evaluar el llenado e integración de los formularios con el fin de ofrecer información para la definición, de estrategias institucionales que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la atención los profesionales en ciencias de la salud.

2. Evaluación cualitativa
3. Personal autorizado de registros médicos
4. Calificación de los criterios de proceso
 0. El proceso no está documentado.
 1. El proceso está documentado, pero su ejecución no es sistemática, porque el personal no lo conoce, ni sabe dónde se encuentra descrito. Se aplica básicamente de forma reactiva y no controlada. No se registra información acerca de su ejecución ni de sus resultados.
 2. El proceso existe documentado, tiene un responsable asignado.
 - 2.1 El personal lo conoce y lo aplica de forma consistente
 - 2.2 El responsable ha iniciado algún registro de su ejecución y sus resultados para el establecimiento de controles.
 3. El proceso existe documentado
 - 3.1. Tiene un responsable asignado.
 - 3.2. El personal lo conoce y lo aplica sistemáticamente.
 - 3.3. Se registra información de su ejecución y resultados.
 - 3.4. Se han establecido controles de calidad.
 - 3.5. Existe evidencia documental de los procesos de mejora.
5. El alumno puede contestar o no esta pregunta, todo de acuerdo con la posibilidad con que cuente para realizar el ejercicio. Ejemplo de respuesta.

Tabla de ponderación de criterios

Nombre del formulario	Servicio responsable	Ponderación de criterios		
		A	B	C
1. Identificación	Registros médicos	x		
2. Anamnesis	Médico		x	
3. Formulario de enfermería	Registros médicos			x

1. El formulario de identificación está completo
- 2.-La anamnesis está incompleta, pueden faltar datos como firma y código médico
- 3.-El formulario de enfermería no ha sido incluido por el personal que administra el expediente.
6. Es el procedimiento usado cada vez que se le necesite. Una rutina, al ser identificada dentro de un programa de trabajo, se constituye en un hábito de hacer cosas por práctica dentro de estas actividades programadas.
7. El estudiante debe darse a la tarea de realizar el ejercicio con los elementos aportados en la página 38.

Expresar claramente el nombre de la institución (logotipo). ♀☺
Tener claro el objetivo. Capacitar a las adolescentes en el auto examen de mamas.
Enlistar los datos a registrar (las variables). Auto examen de mamas.
Dar un título que exprese claramente su función. El auto examen de mamas para adolescentes.
Tener claro el destinatario. Mujeres adolescentes.
Definir el personal participante. Personal de registros médicos.

8.

1. Usar un tamaño uniforme de papel y establecer medidas exactas
 2. Mantener uniforme el margen del lado donde se va a anexar a la historia clínica.
 3. Si los formularios van a estar impresos por ambos lados, asegurarse que la impresión se haga de pie a cabeza, y si van a anexarse de lado, tener ambos lados cabeza a cabeza, para obtener una compaginación tipo libro.
 4. Establecer un espacio o campo entre las etiquetas según la forma de llenado: a mano, en máquina de escribir o de modo electrónico.
 5. Elegir la calidad y el espesor del papel, dependiendo de la utilidad, esto es, si va a ser usado por uno o por ambos lados.
 6. Se debe evitar el uso de papel de color, por los problemas que presenta para el fotocopiado.
 7. Mantener uniformes los márgenes.
8. Evaluar es comparar el resultado obtenido con el resultado esperado para establecer razonablemente el valor de un proceso o un método, de una hipótesis, un estudio o una teoría, de la acción de una persona o un equipo

Respuestas a los ejercicios de autoevaluación Capítulo 4

1.

1. Es la selección, la separación y la cuantificación de documentos, que por su trámite, han cumplido su gestión administrativa y no son de utilidad, para la unidad generadora o poseedora.	(4) Archivo pasivo
2. Consiste en la depuración del expediente, liberándolo de documentos sin valor diagnóstico; se realizará por los titulares designados, en el lugar donde se generan, de acuerdo con su necesidad de conservarlos.	(3) Archivo activo
3. Es el que está en constante uso de sus expedientes, a los que se les establece un sitio en un mueble llamado anaquel y que cuentan con un tarjetón o guía de reemplazo, que es una ficha donde se anota la salida del expediente.	(2) Selección documental
4. Donde se custodian los expedientes, con soporte papel, de las personas que no se presentaron durante cinco o diez años en ese centro de salud.	(1) Depuración

2. Se entiende como *valoración* al proceso mediante el cual se determinan plazos para la *eliminación*, la transferencia y el acceso a la documentación contenida en el expediente de salud. La *valoración*, es en consecuencia, la fase del tratamiento en la que después de analizar los documentos, se decide si estos deben transferirse al Archivo Nacional, o si por el contrario, deben eliminarse o conservarse parcialmente, en cuyo caso se deben aplicar técnicas de *selección*.

3: Si se cuenta con equipo de microfilmación o digitalización, se efectúa la selección del expediente aplicando la evaluación técnica para resolver cuáles formularios es preciso mantener y cuáles se pueden eliminar. Una vez efectuado este procedimiento, se realiza la microfilmación o digitalización, para luego eliminarlo.

Respuestas a los ejercicios de autoevaluación Capítulo 5

1. La Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos estará integrada por los siguientes cinco miembros: el presidente de la Junta Administrativa del Archivo Nacional, o su representante, quien la presidirá; el jefe del Departamento Documental de la Dirección General del Archivo Nacional; un técnico de ese departamento nombrado por el Director General del Archivo Nacional; el jefe o encargado del archivo de la entidad productora de la documentación y un reconocido historiador nombrado por la Junta Administrativa del Archivo Nacional. El Director General del Archivo Nacional será el director ejecutivo de la institución, quien asistirá a las sesiones con voz, pero sin voto.

2. Será penado con seis meses a tres años de prisión, el funcionario que autorice o lleve a cabo la eliminación de documentos con transgresión, salvo que el hecho configure un delito sancionado con una pena mayor.

3. El secuestro judicial del expediente deberá tramitarse directamente ante la Dirección Médica, la cual entregará copia foliada y certificada de este, salvo disposición expresa en contrario de la autoridad judicial competente, de forma tal, que el establecimiento conserve el original para los efectos de la continuidad de la atención del paciente.

4. Pareo.

<p>1. Todas las instituciones deberán contar con un archivo central y con los archivos de gestión necesarios para la debida conservación y organización de sus documentos.</p>	<p>() Restricción de ingreso</p>
<p>2. En consecuencia, nadie, excepto funcionarios autorizados puede tomar expedientes de los anaqueles.</p>	<p>() Entrega de documentos</p>
<p>3. Deberá tramitarse directamente ante la Dirección Médica, la cual entregará copia foliada y certificada de este, salvo disposición expresa de lo contrario.</p>	<p>() Requisito para usuarios externos</p>

<p>4. Es absolutamente prohibido facilitar originales o copias de documentos contenidos en el expediente sin autorización expresa de la Dirección Médica del establecimiento.</p>	<p>() Archivos administrativos públicos</p>
<p>5. Todo usuario ajeno al establecimiento debe presentar la respectiva solicitud de expediente, por escrito, ante la Dirección Médica o la autoridad designada.</p>	<p>() Reglamento del expediente de salud. Secuestros judiciales.</p>

5. Complete la oración con la frase correspondiente.

5.1. El expediente de salud expresamente autorizado conforme a este procedimiento, no podrá salir del área física del archivo. Se hace la salvedad del expediente requerido por autoridad judicial competente, conforme a lo estipulado en [el Reglamento del Expediente de Salud](#).

5.2- Todo usuario ajeno al establecimiento debe presentar la respectiva solicitud de expediente por escrito ante [la dirección médica](#) o autoridad designada.

BIBLIOGRAFÍA

AENOR. Asociación Española de Normalización y Certificación. (1986). *Para la elaboración, integración y uso del expediente clínico. Norma Técnica número 52*. España: Ed SSA.

Cruz Medrano, J. (2006). *Administración del ISSEMYM*. México: Ed. Universidad Autónoma de Yucatán.

De Ketele, J. M. (1984). *Evaluar para educar*. Madrid: Ed. Visor.

Hoffman, J. (1999). *Evaluación y construcción del conocimiento*. En: La evaluación: mito y desafío: una perspectiva constructivista.(pp.11-33). Porto Alegre: Ed. Mediação.

Navarrete-Navarro S., G.A. López-García., J.F. Hernández-Sierra., J.M. Mejía-Arangure & Rubio-Rodríguez S. (2000). *Consistencia y validez en la evaluación del expediente clínico*. México: Ed EDAMEX.

