

## PRESENTACIÓN

Los registros médicos o registros de salud como también se llaman han experimentado una notable mejoría en la gestión de la información de los servicios de salud, lo que debe verse como una oportunidad para el trabajador de esta disciplina porque permite, entre otras cosas, agregar un valor que poco se conocía, el de la administración de la información en salud.

En Costa Rica, el sistema de registros está al servicio de la atención y gestión de la salud, por lo que se hace necesario conocer, en forma pormenorizada, el expediente de salud y su gestión.

Un expediente de salud es un documento formado por una serie de registros que contiene los actos realizados por el personal profesional de medicina, odontología, enfermería, psicología, nutrición, entre otros, que laboran en los diferentes centros de salud, por ello debe garantizarse su veracidad. Además, el expediente de salud resulta esencial para el desarrollo ordenado de los procesos de atención que se realizan en los diferentes centros de salud.

La creación, mantenimiento y preservación de este tipo de expediente siempre ha estado condicionado por un conjunto de reglas que garantizan que estos documentos puedan considerarse como evidencia de los procesos de salud. Para su elaboración, se presentan algunos abordajes teóricos y soluciones prácticas para la gestión de información en los sistemas manuales y electrónicos del sector de la salud. Debido a la alta sensibilidad con que cuentan dichos sistemas en cuanto a la seguridad y la confidencialidad de la información, se ha incluido la parte legal que sostiene estos procesos. Las relaciones entre el médico y el paciente quedan materializadas mediante documentos escritos en el expediente de salud y requieren de una regulación según un conjunto de políticas y normas que se establecen por medio del sistema jurídico. Dicho sistema abarca necesariamente todos los aspectos de la vida de las personas, sean sus propias actuaciones o los eventos naturales que las afectan.

Es por ello que, al estudiar el expediente de salud, están presentes un sin número de características que sirven para mantener el constante flujo de información de cada una de las actividades que se realizan, desde los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) hasta el nivel central, para la conducción de los procesos de dirección en Servicios de Salud.

## **PRESENTACIÓN DEL CURSO**

El curso Registros Médicos I ofrece una visión general desde los inicios en los cuales se tiene documentado el quehacer de la profesión de registros en salud en su labor de resguardar los documentos médicos.

Una parte relevante de este conjunto de procesos que forman los registros de salud está constituido por el documento que ha sido denominado de varias formas: expediente médico, expediente de salud o historia clínica, donde se documenta la atención de las personas ya sea por parte del personal médico, no médico y, eventualmente, personal administrativo.

En Costa Rica, existen varios métodos de identificación de expedientes que han sido adoptados a través del tiempo; en la actualidad se ha definido la necesidad de utilizar un solo método con el que se busca la estandarización en el sistema de salud.

Este documento está regido por una política institucional en la que se establece la base legal para la custodia y conservación del registro. Además, existe una normativa institucional que le da sustento al trabajo diario de esta primordial fuente de información; que constituye una plataforma para las capacitaciones e investigaciones científicas que se relacionan con la defensa de los intereses de los usuarios y del equipo de salud.

### **Presentación de los temas en la guía de estudio**

En la presente guía de estudio usted encontrará para cada tema, los objetivos de aprendizaje, ejercicios de autoevaluación con sus respectivas respuestas, palabras clave 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.

Al finalizar el curso de Registros Médicos I, el estudiante será capaz de:

- Identificar como se organizan los registros de salud.
- Reconocer los componentes estructurales y organizativos del

departamento de registros y estadísticas de salud, según las características, los sistemas y métodos de archivo que permitan la preservación de la información del expediente con soporte papel, así como su soporte electrónico.

- Registrar la normativa del expediente de salud en materia jurídica.

## **Registros médicos**

En esta sección usted encontrará información que le ayudará en su estudio y le facilitará la comprensión de los temas del curso.

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

Anote sus dudas y hágalas saber a su tutor respectivo.

## UNIDAD 1

### INTRODUCCIÓN A LOS REGISTROS DE SALUD

Al finalizar el estudio del tema “Introducción a los registros de salud”, el estudiante estará en capacidad de:

- Describir los conceptos generales acerca de la creación de los registros de salud a través de la historia.
- Reconocer el papel que la historia le ha conferido a los registros en la salvaguarda de los eventos de la salud.

Los temas tratados en la unidad 1 son: Introducción a los registros de salud, que contiene una definición sobre qué son los registros en salud, seguida del origen y evolución de los registros; luego, se incluyen los propósitos de los registros y se agrega además una descripción de la ficha familiar, del registro odontológico, la historia familiar y de las referencias de pacientes.

## Definición de registros de salud

La definición de **registro**, desde los inicios, no estuvo determinada por la naturaleza del soporte o del tipo de registro, sino por la función del documento, su que era precisamente dar fe, dar crédito de la información y tener consecuencias jurídicas sobre lo contenido en el registro. La escasa relación que se ha establecido históricamente entre documento de archivo y su soporte en el discurso archivístico, ha dado lugar a que sus definiciones sean lo que Brothman (2002) ha denominado “ciegas al medio”, y se centren en el propósito informativo o función del documento.

El predominio hasta nuestros días de documentos textuales sobre papel en los archivos, no se debe a que no consideraran otras tipologías de documentos, lo que quizás puede haber ocurrido, sino a que los creadores, con el objetivo de cumplir los requerimientos de evidencia, veracidad y perdurabilidad de la información asociada al registro, han seleccionado de antemano medios y soportes que ofrecieran determinadas garantías para lograr estos requisitos.

La naturaleza del documento **registro**, su función como instrumento y como evidencia de los actos o eventos en el sistema de salud de Costa Rica surgen del sistema de salud pública, cuya rectoría es ejercida por el Ministerio de Salud y su ejecutor la Caja Costarricense de Seguro Social. En otras palabras, el documento deriva de la necesidad que tienen las instituciones de salud, de plasmar sus actividades por medio de documentos en los cuales ellas puedan confiar y de la necesidad del usuario para preservar estos documentos, para mantenerse, protegerse y perpetuarse en un lugar físico.

## Origen y evolución

Las sociedades más antiguas de Grecia y Roma del viejo continente comenzaron a diseñar métodos de “preservación de memoria” que en su perfeccionamiento condujeron a la creación de los primeros archivos y a la existencia de “profesionales” dedicados a la gestión de los documentos que en ellos se conservaban (Duranti, 1989).

Desde fines del siglo XVIII y hasta la década de 1990, la gestión de documentos se centró en la distinción entre documentación administrativa e histórica, algo que puede considerarse una consecuencia del impacto del pensamiento de la Revolución Francesa, en lo que a guardar experiencias escritas se refiere.

La aparición del Records Management en los Estados Unidos durante la década de 1940, al tiempo que reafirmó este modelo (el de mantener información de salud de la persona en un documento único) introdujo ideas determinantes para el desarrollo de la archivística como ciencia.

La promulgación, en 1950, de la *Federal Records Act* institucionalizó el Records Management como la forma idónea para el tratamiento documental en los Estados Unidos, ella incluía instrucciones para la creación, destrucción y preservación de los documentos. La *Federal Records Act* definió la gestión documental como un área de la gestión administrativa general que se ocupa de garantizar la economía y eficiencia en la creación, mantenimiento, uso y disposición de los documentos archivísticos (*records*) a lo largo de todo su ciclo de vida (Duranti, 1989). La *Federal Records Act* tiene como objetivo:

... asegurar una documentación adecuada, evitar lo no esencial, simplificar los sistemas de creación y uso del papeleo, mejorar la forma de cómo se organizan y recuperan los documentos, proporcionar el cuidado adecuado y el almacenamiento a bajo costo de los documentos en los archivos intermedios, y asegurar la eliminación adecuada de los documentos que no se necesitan desde hace tiempo en la gestión de los asuntos del momento(...), para garantizar mediante su custodia física, su veracidad (Duranti, 1989, p. 86).

Estas ideas, que se asentaban en la mentalidad pragmática, industrial y de eficiencia norteamericana de la época, se extendieron rápidamente e influyeron de manera determinante en la comunidad archivística internacional; sus bases teóricas tuvieron un impacto extraordinario en el desarrollo de la archivística en el ámbito mundial, especialmente en lo concerniente a la teoría del ciclo de vida y a la valoración documental; incluso, podría asegurarse que una buena parte del desarrollo archivístico de los últimos 50 años del siglo XX es una consecuencia de la influencia de esas ideas norteamericanas.

La administración de las historias clínicas significó también la introducción de soluciones prácticas para enfrentar los problemas propios de la gestión de información en salud que, por su naturaleza funcional de información clasificada como confidencial, condicionan la gestión de salvaguarda de la información.

Para salud, este concepto, gestión de información, contiene en su propósito los documentos que se generan de la atención a las personas. Cada expediente de salud en Costa Rica, está formado por los formularios oficiales aprobados por la Gerencia de División Médica y en otros casos por los documentos que se originen en los procesos de atención en salud que el paciente pudiere recibir externamente a la CCSS (Reglamento del expediente de salud. CCSS 1999), con esta definición se enmarca en cierta medida lo que Duranti (1989, p.86) aclara donde afirma que:

Los hechos en los que las administraciones se involucran directamente son (...) de una naturaleza muy especial; son actos jurídicos dirigidos a la obtención de efectos reconocidos y garantizados por el sistema [jurídico], es decir son transacciones.

El sistema jurídico consecuentemente condiciona las características esenciales que deben tener los documentos para que puedan aceptarse y “funcionar” como evidencia de los actos o transacciones de la sociedad; es un elemento determinante de control externo de todo sistema de gestión de documentos. El término transacción se utiliza en el sentido que la archivística lo asume y que concuerda con el enfoque que de este término da el derecho, esto es “un acto o acuerdo, o varios actos o acuerdos que tienen alguna conexión entre sí, en la cual más de una persona está interesada, y por la cual las relaciones legales de tales personas entre ellas mismas están alteradas.

La idea anterior también fue resumida por Duranti y Gilliland-Swetland (2001) cuando anotan:

Como la función social o la fuerza exterior que domina el propósito del sistema archivístico como consecuencia del tipo de evidencia que queda plasmada en los documentos de archivo. Del género documento, el documento es una “especie” definida en cuanto a su función social. La definición de documento de archivo que ofrece el *Dictionary of archival terminology* del Consejo Internacional de Archivos (CIA), corrobora estas ideas: “Información registrada (documentos) independientemente de su forma o medio, creada,

recibida o mantenida por una entidad, institución, organización o individuo en el curso de sus obligaciones.

Con el objetivo de superar las historias clínicas tradicionales, el Dr. Lawrence Weed, en 1969, propone un nuevo modelo en la estructura de la historia clínica que pueda reflejar con mayor claridad las variables que rodean cada decisión en la asistencia prestada. La estructura propuesta es la historia clínica orientada por problemas (HCOP), que ha sido ampliamente descrita en su obra *Medical Record, Medical Education and Patient Care*. El modelo de historia clínica orientada por problemas ha recibido gran aceptación, muestra de ello es el número de artículos dedicados total o parcialmente a este tema.

Este modelo requiere de un formulario de “Evolución y planes” especialmente diseñado, donde se anotan, además de los datos de identificación, los problemas de salud presentados por el paciente, en forma descendente y priorizados por el profesional, donde el que ocupa el primer espacio viene a ser el principal y a la par de cada problema el tratamiento o educación requeridos para su recuperación.

Otra consecuencia de la medicina y de las funciones que con ella se patentiza en los registros es la infraestructura hospitalaria, que modernamente se ha traducido en los niveles de atención. Por lo que se ve reflejada en niveles de complejidad de cada centro hospitalario, otorgándole el derecho de utilizar o no, ciertos registros aplicables a su nivel. En otras palabras, cada nivel de complejidad contiene en sus historias clínicas una serie de registros que lo identifican como tal, son documentos que, por su naturaleza, únicamente se utilizan en un hospital de alta complejidad, por ejemplo. Uno de los primeros ejemplos de organización moderna nos lo ofrece el Massachussets General Hospital, que incorporó catálogos a base de fichas en 1893 y que en 1897 creó un puesto de trabajo para un responsable del sistema.

De esta organización se da como resultado el surgimiento de la primera persona encargada de administrar registros médicos que fue Grace Whiting Meyers, quien posteriormente fue presidenta de la Association of Record Librarians.

En la organización de la documentación clínica hospitalaria pueden distinguirse dos grandes tendencias: la europea continental y la anglosajona. En la tendencia europea, lo habitual era conservar las historias clínicas en cada departamento o servicio hospitalario. Los encargados de indexar y cuidar las historias eran los propios médicos que integraban el departamento, de acuerdo con una distribución de responsabilidades y con ayuda de personal auxiliar. De este modo, el consenso propio de cada escuela ocultó inicialmente la existencia de problemas terminológicos.

La tendencia anglosajona se caracterizó por la centralización de los archivos de historias clínicas. De ahí que los problemas de nomenclatura se hicieran patentes inmediatamente y también la aparición de personal específico, con su traducción institucional, como lo afirma Gala López et.ál. (1999).



## **Tipos de registros**

### ***Ficha familiar***

En Costa Rica, el Manual Normativo de Visita Domiciliar de Atención Primaria I Nivel de Atención (1999), consiste en el documento oficial del Programa de Atención Primaria en Salud, donde se organizan datos que permiten conocer la situación familiar, el ambiente físico y sus recursos. Para tal efecto se utiliza la ficha familiar, la cual el asistente de atención primaria (ATAP) debe portar como instrumento y llenarla conforme a la información obtenida de la familia. Por medio de la ficha familiar se realiza un intercambio de información entre la familia y el funcionario de salud, durante la visita domiciliar que, para efectos de información, se define como la actividad básica del primer nivel de atención.

## Preguntas de autoevaluación

Luego de estudiar su libro de texto y la presente guía de estudio, realice los siguientes ejercicios de autoevaluación. La solución de estos ejercicios usted la encontrará al finalizar el documento. Si falla alguna pregunta estudie de nuevo el tema que se trata en el ejercicio y si tiene dudas consúltelas con su tutor o tutora.

**Ejercicio 1.** Construya una definición corta de registro.

**Ejercicio 2.** Elabore un cuadro conceptual donde represente el origen y evolución de los registros.

**Ejercicio 3.** Refiérase a la organización de la documentación clínica hospitalaria y a sus dos grandes tendencias.

**Ejercicio 4.** ¿Cuál es la función principal de la ficha familiar?

## **UNIDAD 2**

### **ESTRUCTURA FÍSICA ORGANIZATIVA DEL ARCHIVO**

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

- Diseñar un archivo clínico en concordancia con el nivel de atención.
- Desarrollar espacios físicos, mobiliario y equipo necesarios para el desempeño de las funciones del personal.

En el tema 2, se revisa la estructura organizativa del archivo clínico, los momentos en que se trabaja en un archivo activo y cuando pasa a ser archivo pasivo. Estos aspectos del archivo clínico constituyen elementos imprescindibles para ejecutar las tareas propias de archivo, desarchivo, anexo de documentos y elaboración de informes.

## **Material de apoyo**

Es necesario ampliar los temas de estudio con aspectos que, como es normal en un mundo cambiante, hayan variado, o se agreguen elementos según se van modernizando las formas de trabajo. Es por ello que se ha buscado material de apoyo actualizado el cual pensamos será de mucha utilidad para los futuros profesionales de la gestión documental en salud.

## **Archivo activo o gestión documental**

El archivo activo o gestión documental se refiere al espacio físico donde se lleva a cabo el conjunto de procedimientos y tareas orientados a lograr eficiencia en las actividades. El archivo activo refleja el uso y la disposición de los documentos de una organización de salud durante todo su ciclo de vida y permite que la información contenida esté disponible en apoyo del quehacer de esa organización y de los usuarios internos y externos en el momento que lo requieran. Por ello se dice que el archivo activo es aquel que se encuentra en constante movimiento en lo que a sus documentos se refiere.

El término **gestión documental** es acuñado modernamente dentro del quehacer de la disciplina archivística, para dar a conocer en forma sucinta la actividad que se ejecuta dentro de un archivo.

## **Archivo pasivo**

Se refiere al espacio físico que se ha adecuado con las condiciones ambientales apropiadas, para que salvaguarde los registros que forman parte del expediente de salud, que han dejado de ser utilizados por la persona a la cual le corresponden. Para ello se mantienen períodos de inactividad de cinco años cuando se refiere a expedientes abiertos para la consulta externa y diez años los expedientes de hospitalización. Al término de estos años, son trasladados del archivo activo al pasivo, y puede ser que en años subsiguientes ese mismo documento sea reactivado, debido al reingreso a consulta de la persona usuaria del servicio.

## **Archivos convencionales**

Son los espacios físicos que permanecen fijos en un área de salud u hospital, donde se alojan en forma centralizada un número considerable de expedientes y que generalmente contienen tanto expedientes activos como pasivos, pero divididos según la arquitectura de los anaqueles o armarios donde permanecen archivados bajo un método definido. En el caso de Costa Rica se administran con el método dígito terminal compuesto, este método será analizado en detalle en el curso de Registros Médicos II.

**Para este tipo de archivos la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivo y su Reglamento expone en su articulado:**

Artículo 62 - Los documentos serán transferidos de acuerdo con los siguientes plazos.

a) Archivos de gestión: los documentos permanecerán en las oficinas administrativas productoras durante un período de cinco años, de acuerdo con lo establecido en las tablas de plazos de conservación.

b) Archivo central: una vez cumplida la etapa anterior, los documentos con valor administrativo y legal pasarán a los archivos centrales de cada entidad, donde permanecerán alrededor de 15 años. Posteriormente serán transferidos a la Dirección General del Archivo Nacional. Aquellos que tengan valor científico-cultural, previa determinación de la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos.

c) Archivo histórico o final: los documentos que tengan como mínimo 20 años de antigüedad y sean de valor científico-cultural, pasarán a ser custodiados en forma permanente por la Dirección General del Archivo Nacional, previa autorización de esta Dirección.

## **Ejercicios de autoevaluación**

Luego de estudiar su libro de texto y la presente guía de estudio realice los siguientes ejercicios de autoevaluación. La solución de estos ejercicios usted la encontrará al finalizar el documento. Si falla alguna pregunta estudie de nuevo el tema que se trata en el ejercicio y si tiene dudas consúltelas con su tutor.

1. Comente la función de archivo de gestión documental
2. Dentro de las gestiones de archivo, ¿cuáles son las más importantes en el ambiente de salud?
3. Construya un cuadro que exponga lo que la Ley 7202 del Sistema Nacional de Archivo y su Reglamento muestra en su articulado referente a los documentos, su transferencia y los plazos.

## UNIDAD 3

### EL EXPEDIENTE DE SALUD

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

- Discriminar el tipo de expediente, que se necesita, según el nivel donde se atiende al usuario, los formularios especiales y su importancia en congruencia con la atención recibida.
- Desarrollar la capacidad para administrar la gestión de la referencia y la contrarreferencia en los diferentes niveles de atención del usuario.
- Administrar el principio de confidencialidad de la historia clínica.

Los temas tratados en el capítulo 3, corresponden al concepto y definición del expediente, sus formularios básicos donde se muestran algunos ejemplos como son: historia clínica, examen físico, evolución, gráficas, exámenes de laboratorio, notas de enfermería, epicrisis, formulario de ingreso y egreso. Se incluyen también a manera de ejemplo algunos de los formularios especiales entre los que encontramos interconsulta, informe de radiología, informe de encefalopatía, requisitos preoperatorios, informe de anestesia, informe de cirugía, informe de recuperación, balance de líquidos, informe de radioterapia, informe de transfusión, informe de trabajo social, informe anatomopatológico, protocolo de autopsia; formularios de estadística vitales, como son: las de nacimientos y defunciones, autorizaciones, tratamiento, operación, radioterapia, exoneraciones, salida exigida, retiro de menores, hoja de urgencias, referencia y contrarreferencia, la carpeta del expediente de salud y finaliza con el principio de confidencialidad.

## Material de apoyo

La **historia clínica** es un documento, que surge del contacto entre el equipo de salud y los usuarios; se origina a partir de la segunda mitad del siglo XX, siguiendo los modelos de atención primaria que se fundamentan en llevar la atención en salud a la comunidad. La historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal; internacionalmente se le conoce como historia de salud o historia de vida, en nuestro país y según el Reglamento del Expediente de Salud de la CCSS en su capítulo I, artículo 1, se le conoce con los términos: expediente de salud, expediente médico o expediente clínico.

Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, la historia de salud incorpora los datos de sus antecedentes personales, familiares, sus hábitos y todo aquello vinculado con su salud biológica, psicológica y social. También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación del paciente. El expediente clínico no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye, documentos, procedimientos, informaciones y actualmente el consentimiento informado. El consentimiento informado del paciente se origina en el principio de autonomía y es un documento en el que el paciente deja registrado y firmado su reconocimiento y aceptación sobre su situación de salud o enfermedad y participa en la toma de decisiones.

## Funciones del Expediente de salud

La información recopilada y ordenada en el expediente clínico es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de actividades profesionales médicas y no médicas tales actividades incluyen:

- **Docencia e investigación:** a partir de la información que aporta el expediente clínico, se toman decisiones basándose en estudios e investigaciones, y la información contenida en el expediente ayuda a definir la existencia de determinadas patologías.
- **Epidemiología:** el expediente clínico constituye un elemento indispensable en estudios donde están presentes las poblaciones y su estado de salud.
- **Mejora continua de calidad:** el expediente clínico es considerado por las normas deontológicas y por las normas legales, como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad, puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación entre el médico y el paciente, así como un registro de la actuación de los profesionales de la salud prestada al usuario. Su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestado.



- **Gestión y administración:** el expediente clínico, es el elemento fundamental para el control y gestión de los servicios de salud de las instituciones sanitarias. Gracias a su existencia, se puede extraer información útil para realizar programas de salud dirigidos a las comunidades.
- **Medicina y asuntos legales:** el expediente clínico es prominente debido a que, este protege tanto los intereses del usuario como los de la misma institución que le brinda la atención en salud.

## Tipos de soportes del expediente de salud

### ***Soporte físico***

El expediente clínico incluye documentos de distinto soporte como son:

**A. *Papel escrito:*** tradicionalmente el expediente clínico o historia clínica ha estado formada, en mayor parte, por *papel escrito*, sobre todo manuscrito. El expediente clínico en papel tiene diversos inconvenientes como lo son:

- La legibilidad de la caligrafía.
- El volumen de espacio que ocupa.
- Su deterioro.
- Su destrucción programada para recuperar espacio en los archivos de los centros de salud.

En cuanto la destrucción programada las pautas están estipuladas en Costa Rica es la Ley 7202 del Sistema Nacional de Archivo y su Reglamento.

**B. *Soporte informático:*** en los nuevos centros de salud, el expediente clínico está digitalizado mediante complejos programas informáticos, que unifican la historia clínica. Existen varios proyectos que están desarrollando un sistema informático de gestión hospitalaria, que incluye el expediente clínico con firma digital.

La regulación española en la Ley General de Sanidad ( Ley 14/1986), 25 de abril de 1986 , señala que la información contenida en el expediente de salud, puede obtenerse siguiendo el *método clínico*, orden de trabajo semiológico, por diferentes vías que son:

- *La anamnesis*: es la información surgida de la entrevista clínica proporcionada por el propio paciente o familiar en el caso de niños o de alteraciones de la conciencia del propio paciente.
- *Exploración física o examen físico*: a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación del paciente.
- *Exploración complementaria*: son pruebas o exámenes complementarios de laboratorio, diagnóstico por imágenes y pruebas especiales realizadas en el paciente.
- *Juicios de valor*: el propio médico extrae de los documentos que elabora para fundamentar un diagnóstico, prescribir el tratamiento y finalmente, dejar constancia del curso de la enfermedad.
- Tratamiento instaurado.

Por tanto, los componentes principales del expediente clínico son:

- Datos de identificación y demográficos proporcionados por el paciente.
- Datos subjetivos proporcionados por el paciente.
- Datos objetivos obtenidos de la exploración física y de las exploraciones complementarias.
- Diagnóstico.
- Pronóstico
- Tratamiento.

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*.

El usuario tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso en un expediente de salud, así como a que se produzca un Informe de alta al finalizar su estancia hospitalaria o de atención en consulta externa.

## **Requisitos preoperatorios**

Durante décadas se ha tratado de establecer el riesgo que presenta un paciente al ser sometido a una intervención quirúrgica; la evaluación del aparato cardiovascular y de los sistemas de coagulación, no dan un verdadero pronóstico de riesgo.

El riesgo quirúrgico incluye muchas variables y algunas escapan a la evaluación, estas tienen una correlación y dependen de factores del paciente, del procedimiento quirúrgico, de la anestesia y condiciones del quirófano (Entralgo, 1998).

Con frecuencia el cirujano se encuentra en la situación de tomar la decisión de operar a personas de alto riesgo y evaluar si los beneficios están definidos y son mayores que los riesgos posibles. El cálculo del riesgo potencial para el usuario es una tarea difícil y compleja.

En 1963 *la American Society of Anesthesiologists* creó un sistema de evaluación del estado físico del paciente; esta clasificación conocida como ASA, evalúa al paciente en cinco situaciones o clases, en las cuales considera como clase ASA 1 a pacientes sanos y normales, que es solo un sentido de apreciación, debido a que un paciente sano y normal no tiene por qué ser operado, y de forma gradual ha nombrado los ASA 2, 3, 4 y 5, confiriendo un grado de dificultad creciente con cada numeral.

El evaluar a las personas con un protocolo de estudio preoperatorio permite analizar en forma completa al paciente, cuyos resultados deberían estar en los límites normales para poder ser operados. El protocolo de estudio preoperatorio compara los resultados de la morbilidad y la mortalidad de acuerdo con el riesgo quirúrgico del paciente.

La inquietud de la evaluación preoperatoria para pacientes con intervenciones de cirugía mayor, se realiza con la idea de que, desde el preoperatorio, se tenga un índice predictivo del riesgo de complicaciones en el postoperatorio. Según Collins (2001), el paciente que va a ser operado tiene posibilidades o riesgos de problemas en la intervención o después de esta y están relacionados con factores propios del paciente, anestesia, el acto quirúrgico y el equipo que opera (*Macedo et ál., 2001*).

Los estudios preoperatorios de los pacientes son amplios y completos, los riesgos que se evalúan son cardiológicos, neumológicos, hepáticos, renales, hematológicos, endocrinológicos, neuropsiquiátricos, nutricionales, sepsis, inmunológico, edad y tipo de cirugía, entre otros.

La infección y el estado de sepsis son procesos esenciales de evaluar en el paciente que va a ser operado. Muchas veces este estado no se puede corregir para mejorar las condiciones preoperatorias y, por lo tanto, se opera a un paciente con un alto grado de morbilidad y mortalidad. La escala de riesgo se establece según un sistema uniforme para definir los trastornos asociados con la sepsis.

El estado de nutrición se evalúa con parámetros simples: pérdida de peso, proteínas, albúminas, hemoglobina, además de evaluar la enfermedad del paciente y otros problemas crónicos. Los riesgos de la edad, son evaluados teniendo en cuenta que se consideran como pacientes de alto riesgo, aquellos

mayores de 80 años de edad, a estos pacientes se les calificó de grado IV de riesgo y luego en forma descendente de 20 años los otros grupos de riesgo.

En la última evaluación se consideró la urgencia de la intervención; las intervenciones urgentes conllevan mayor riesgo, a mayor urgencia, mayor probabilidad de morbilidad y mortalidad (Morales Cobo, 2001)

En Costa Rica, estos riesgos son medidos y anotados en el expediente de salud, de la misma forma le son comentados a los pacientes o sus familiares, de ahí se desprende lo que se denomina el “consentimiento informado”, que es el documento donde el paciente se da por enterado y exonera de toda responsabilidad a la institución de salud, todo ello, en el entendido de que la práctica se lleva a cabo dentro de los requerimientos y cuidados establecidos.

## **Protocolo de autopsia**

La mayoría de las especialidades médicas disponen de actividades que las caracterizan y las identifican, sin duda alguna, la autopsia judicial es la prueba pericial por excelencia y la más relevante que el médico forense realiza sin diferencia de países o normas procesales. Por ello, su perfecto conocimiento y el perfeccionamiento científico de la prueba es un deber de todos los profesionales. (Entralgo, 1998)

## **Protocolo**

Un protocolo se define como un conjunto de estándares que controlan la secuencia de acciones que ocurren durante una situación que puede ser de varias formas, situaciones ambientales, de comunicación, de eventos en salud, políticos, económicos, entre otros. (Entralgo, 1998)

*Protocolo de tratamiento:* es el conjunto de acciones, procedimientos y exámenes auxiliares solicitados para un paciente con características determinadas, estas características están directamente relacionadas con el evento que va a ser tratado.

## **Autopsia**

La muerte es el cese de las funciones vitales y puede deberse a dos causas:

1. Por término del ciclo de vida que sobreviene como un evento natural.
2. Por la interrupción de la vida como consecuencia de un proceso no natural que puede ser patológico o traumático.

Ante la muerte se requiere la certeza diagnóstica y la consignación de la enfermedad principal. En el momento de emitir el certificado de defunción, debe estar muy clara la enfermedad principal, sus complicaciones y la causa de muerte. En los casos en los que no está claro este diagnóstico se debe recurrir a los estudios *postmortem*, a las autopsias, también denominadas: exámenes *postmortem*, necropsias, necroscopias o tanatopsias.

Una autopsia es un procedimiento médico que emplea la técnica de disección, con el fin de obtener información anatómica sobre la causa, naturaleza, extensión y complicaciones de la enfermedad que sufrió en vida el sujeto.

### **Formularios de estadísticas vitales**

Los formularios de estadísticas vitales describen los eventos trascendentales en la vida de las personas. Estas se refieren a los datos que se recopilan en los certificados de nacimiento, matrimonio, defunción y en las sentencias de divorcios ocurridos durante el año natural.

No se puede hablar de estadísticas vitales en Costa Rica, sin mencionar el Registro Civil, institución adscrita al Tribunal Supremo de Elecciones, que está constituida por la unión de los registros Civil y Electoral al cual se refiere el artículo 104 de la Constitución Política, está organizado en dos secciones: la Civil y la Electoral cada una a cargo de una oficialía mayor.

Las distintas labores que realiza el Registro Civil permiten tener el seguimiento de la vida civil y electoral de las personas, de la correcta inscripción de los hechos vitales: nacimientos y defunciones, y de los actos vitales: matrimonios, divorcios, reconocimientos, legitimaciones e inscripciones.

Como antecedentes históricos del Registro Civil, se tiene memoria escrita de que, los primeros registros de los hechos vitales en Costa Rica existen desde 1594, independientemente de las autoridades eclesiásticas, estas anotaban los bautizos, defunciones y matrimonios, pero no los nacimientos.

*Luego de 1821, en que nace a la vida independiente Costa Rica, se dan varios intentos para el establecimiento de una oficina que se encargue de lo concerniente al estado civil de las personas. Pero no es sino hasta inicios de la década de 1880 que se dictan las leyes relacionadas con la creación del Registro del Estado Civil y el 1° de diciembre de 1881, en el decreto N° L1, queda*

*establecido que el registro constará de cuatro secciones: nacimientos, matrimonios, defunciones y cartas de ciudadanía.*(Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2008)

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) es otro pilar de las estadísticas vitales, con la sanción de la Ley 7839, el 4 de noviembre de 1998, el Estado de Costa Rica reconoce lo esencial de la información estadística para el desarrollo integral del país. Dicha ley establece el Sistema de Estadística Nacional (SEN) así como los fundamentos que deben regir la producción estadística para garantizar la protección de los informantes, el derecho de los ciudadanos a la información y mecanismos para avanzar en el mejoramiento de la calidad, oportunidad y el acceso a la información estadística, y asigna al Instituto Nacional de Estadística y Censos la función de ente técnico rector del Sistema de Estadísticas Nacionales (*La Gaceta*, 1998).

El Ministerio de Salud como ente rector de las políticas públicas de salud y desarrollo social, y la Caja Costarricense de Seguro Social, prestadora de los servicios de salud, tienen entre sus propósitos la producción de registros y estadísticas vitales.

Para tales fines, en la estructura organizacional del Ministerio de Salud, se encuentra establecida la Dirección de Vigilancia de la Salud, donde se lleva a cabo la tabulación, análisis y presentación de resultados de los datos estadísticos referentes a la salud de las personas, existen numerosas publicaciones donde se pone de manifiesto los indicadores de salud de país. Además la CCSS, por medio del departamento de Información en Bioestadística, también tabula, analiza y presenta, estadísticas relacionadas con eventos epidemiológicos del país.

## **Análisis de datos**

La actividad estadística en Costa Rica se remonta desde la época colonial cuando las autoridades recurrían a los registros parroquiales para realizar cálculos poblacionales.

Durante los primeros decenios de vida independiente, nuestros gobernantes bajo la idea unificadora de la República Federal Centroamericana, procedieron a levantar algunos registros censales fundamentalmente sobre la población total costarricense.

Idéntico procedimiento se realizó simultáneamente en las demás provincias de la República Federal con el propósito de conocer cuántos habitantes vivían en la Federación y su distribución por edades y ocupación. Con base en el registro obtenido se realizaron proyecciones económicas, sociales y militares de la época.

El análisis sobre las estadísticas vitales es descriptivo, orientado a proveer cuadros que detallen las características demográficas, sociales y de morbilidad y mortalidad predominantes en la población, de acuerdo con los datos recogidos en los formularios. De las estadísticas vitales se derivan los más importantes indicadores de salud, mediante los cuales se pueden realizar inferencias, identificar patrones y establecer tendencias.

## Referencia y contrarreferencia

En general, una referencia actúa como *conexión* entre dos cosas: un objeto al que se refiere que puede ser concreto, como un *libro* o una ubicación, o *abstracto*, como un *dato*, *pensamiento* o *recuerdo* (Bireme, 2004).

En el caso de salud, la referencia es utilizada para hacer efectiva esa conexión entre dos niveles de atención, con la finalidad de ofrecer al usuario un servicio más especializado. Esta referencia es el documento que permite ir avanzando, desde el primer nivel de atención hasta un hospital especializado del tercer nivel, según sea la necesidad del paciente.

En el ámbito de la salud, se entiende por referencia el envío de un paciente de un nivel de complejidad a otro de mayor complejidad. La contrarreferencia por su parte, se refiere a la devolución del paciente al nivel de menor complejidad, con un diagnóstico definido y claras indicaciones sobre el manejo y seguimiento. En este contexto se podría decir que la Caja y el Ministerio de Salud, se vinculan por medio de un sistema de referencia y contrarreferencia tal y como se presenta en la figura N° 2 (Decreto N.19675-S, Imprenta Nacional 1998).

La atención médica se otorga conforme a un escalonamiento de los servicios, de acuerdo con la clasificación del modelo de salud. Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución del problema de salud, se deberá transferir al usuario a otra institución del sector que asegure su tratamiento.

La referencia y contrarreferencia de pacientes es un instrumento elaborado con el propósito de que, en sus tres niveles de atención se posea un documento normativo que facilite la atención de los pacientes que acuden a solicitar servicios.

La contrarreferencia puede contener dos situaciones:

1. La devolución del caso al área de salud o EBAIS con fines de continuación de su tratamiento.
2. Que el caso sea dado de alta.

## Lineamientos generales

La referencia y contrarreferencia constituye un *registro* que conlleva un procedimiento administrativo de coordinación que emana del Modelo de Atención a la Salud, para la población derechohabiente. El Modelo de Atención a la Salud involucra tres niveles:

- **El primer nivel de atención:** comprende la atención primaria que es el elemento básico de este nivel y que es atendida en los EBAIS. También abarca los equipos básicos de atención integral de la salud.
- **El segundo nivel de atención:** este nivel está compuesto por especialidades y algunas subespecialidades ubicadas en áreas de salud y hospitales periféricos.
- **El tercer nivel de atención:** aquí se encuentran los hospitales más complejos y especializados del país que asumen los derechos y obligaciones correspondientes y forman la red de servicios.

Este *registro de referencia y contrarreferencia* irá subiendo de nivel conforme la patología de la persona aumente en complejidad. Esto es, si su enfermedad resulta complicada así se tendrá que trasladar mediante referencia del EBAIS, a una especialidad o subespecialidad del área de salud y de esta a un hospital de mayor complejidad, si así lo requiere. Las figuras N° 1 y N° 2 describen este traslado de responsabilidad y su correspondiente regreso al punto de partida, que generalmente es el EBAIS.

La referencia y contrarreferencia de pacientes se realiza en el marco de los lineamientos nacionales que norman esta actividad los cuales fueron descritos someramente en el párrafo superior. Las instituciones involucradas mantienen el compromiso del apego a la normativa que se coordina por medio de la red de servicios. Esta red funciona en términos generales con un representante preferiblemente médico o de registros médicos, que se reúnen al menos una vez al mes, para tratar asuntos propios que atañen a los pacientes con referencia y contrarreferencia, valoran los motivos y emiten criterios.

Las instituciones participantes de la red asignan un responsable por unidad operativa, a fin de coordinar y vigilar el adecuado desarrollo de actividades, evalúan la operación de los procedimientos en forma periódica mediante estas reuniones mensuales para fines del cumplimiento, los tres niveles de atención asumen los derechos y obligaciones correspondientes.

Para fines prácticos, este grupo de profesionales que integran la red de servicios toma en consideración criterios como son la regionalización de los servicios, esto es, dentro de un área geográfica a qué hospital deben referir sus pacientes.



## Regionalización

Los criterios de regionalización se sustentan en:

- Ubicación geográfica de la unidad.
- Capacidad instalada (equipamiento médico, recursos humanos).

La operacionalización se realiza mediante el uso del registro de trabajo:

- Referencia a especialista (formulario número F 4-70-04-0140) :  
un paciente es aceptado tomando en cuenta la complejidad de su padecimiento y el nivel resolutivo de la unidad que lo atendió. El formulario de Referencia y contrarreferencia contiene los siguientes datos:

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL SERVICIOS MÉDICOS			
UNIDAD		FECHA	
NOMBRE DEL ASEGURADO		SEXO	CÓDIGO
NÚMERO PATRONAL	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DOMICILIO			
NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE	
ATENDIDO POR EL MÉDICO		CÓDIGO	REMITIDO AL SERVICIO
CENTRO ASISTENCIAL		FECHA	HORA CONSULTORIO
FIRMA RESPONSABLE UNIDAD QUE SOLICITA		FIRMA RESPONSABLE UNIDAD QUE CONCEDE	
<b>SOLICITUD DE ENVÍO</b>			
RESUMEN DE DATOS CLÍNICOS DE LABORATORIO Y GABINETE DE IMPORTANCIA Y RELATIVOS AL CASO	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
MOTIVO DEL ENVÍO	_____		
_____			
_____			
_____			
TERAPÉUTICA EMPLEADA	_____		
_____			
_____			
INCAPACIDAD DESDE		HASTA	
FIRMA DEL MÉDICO	CÓDIGO MÉDICO	V° B° DIRECTOR O JEFE MÉDICO	
<b>REFERENCIA A ESPECIALISTA</b> (SOLICITUD Y CONCESIÓN DE CITA)			

**Referencia al frente**

INFORME DEL MÉDICO CONSULTADO ESPECIALISTA	
INFORME DE DATOS CLÍNICOS	
DIAGNÓSTICO	
SÍNTESIS DE LA EVOLUCIÓN	
TRATAMIENTO INSTITUIDO	
RECOMENDACIONES	

INCAPACIDAD DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

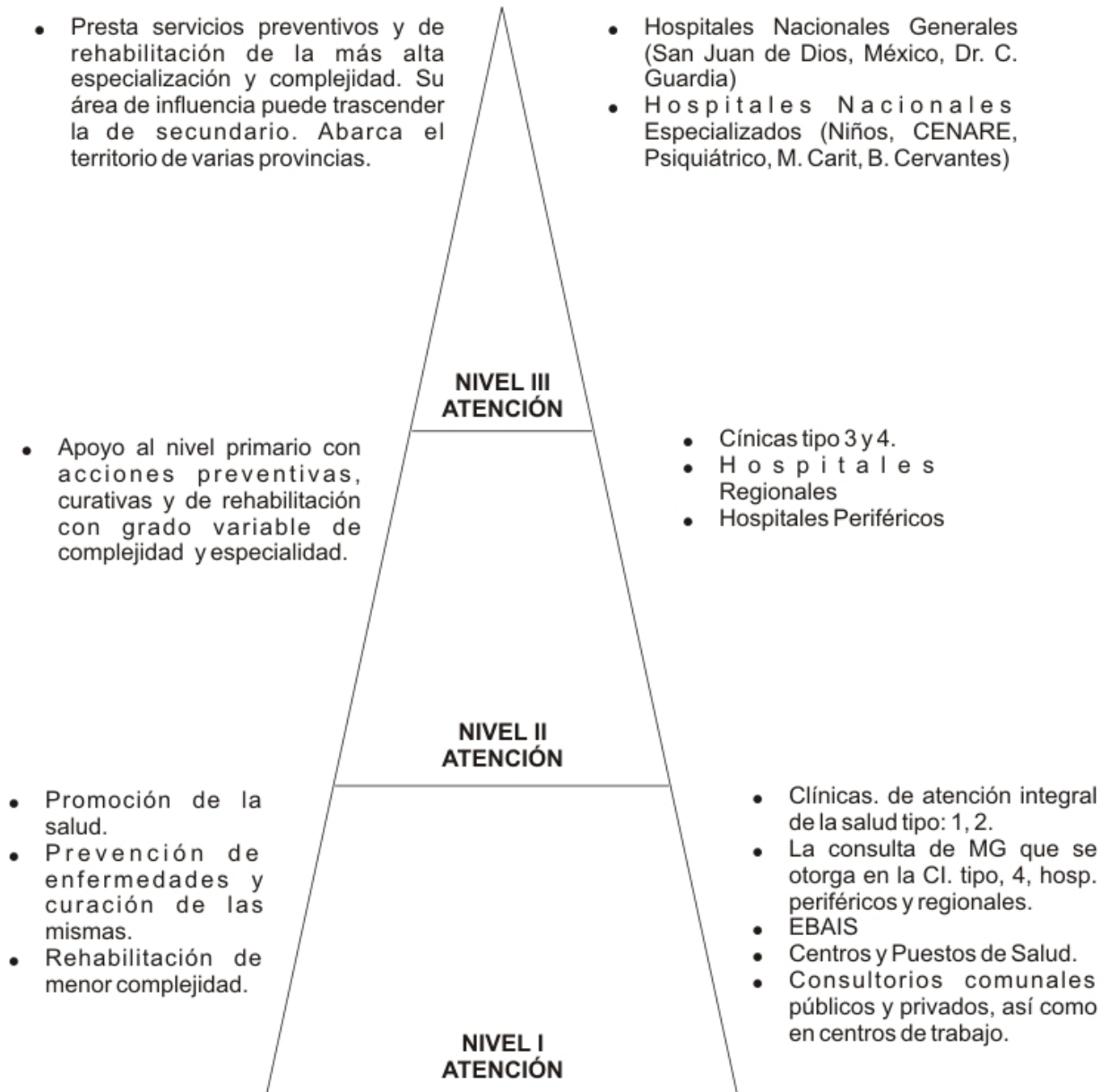
\_\_\_\_\_  
CÓDIGO MÉDICO

\_\_\_\_\_  
vº Bº DIRECTOR

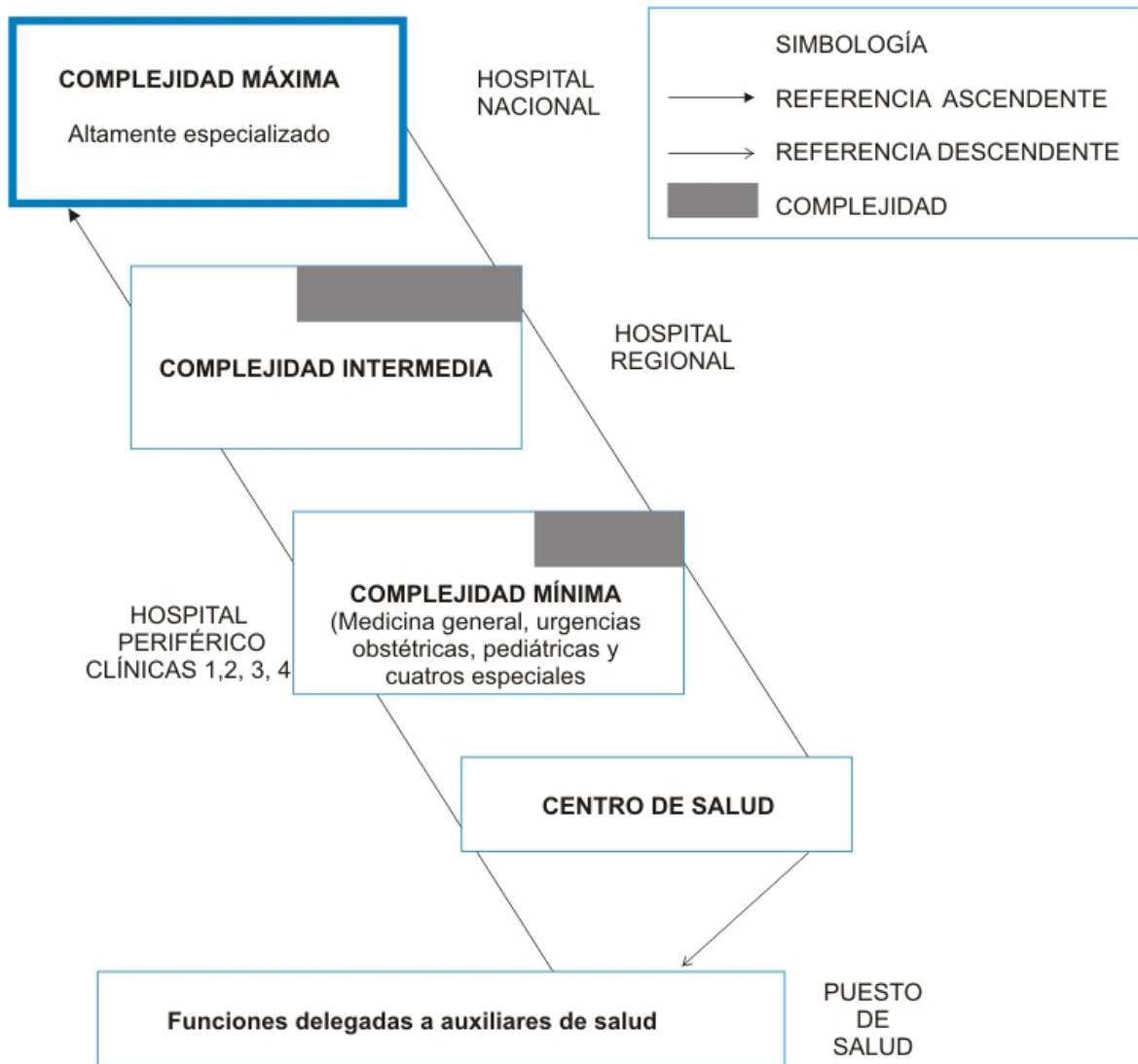
**Contrarreferencia atrás**

**ACCIONES SANITARIAS POR NIVEL**

**TIPO ESTABLECIMIENTO POR NIVEL**



**Figura 1.** Sistema de Referencia y Contrarreferencia. (Rojas, 2001). Esta figura muestra claramente las acciones sanitarias por nivel y el tipo de establecimiento según su nivel de atención.



**Figura 2.** Sistema de referencia y contrarreferencia (CCSS, 2000).

El sistema de referencia y contrarreferencia en la actualidad funciona de acuerdo con la estructura señalada con la salvedad de que los puestos de salud del Ministerio de Salud han sido asumidos y modificados por la CCSS por medio de los EBAIS, actuando como base del primer nivel de atención en salud.

## Ejercicios de autoevaluación

1. Defina historia clínica.
2. Refiérase a las funciones de la historia clínica.
3. El expediente clínico incluye documentos de distinto soporte entre ellos soporte papel. Anote la letra V al concepto verdadero y la letra F al concepto falso en los diversos inconvenientes que presenta este tipo del soporte. Justifique
  1. (    ) La legibilidad de la caligrafía
  2. (    ) El tipo de controles de salida
  3. (    ) El volumen de espacio que ocupa
  4. (    ) La normas legales de la atención médica
  5. (    ) Su destrucción programada para recuperar espacio en los archivos de los centros de salud
  6. (    ) El tipo de gestión en los servicios de salud
  7. (    ) La atención en salud de las comunidades
  8. (    ) Su deterioro
4. Comente los componentes del expediente de salud.
5. ¿Qué son formularios de estadísticas vitales?
6. ¿A qué se denomina análisis de datos?
7. Refiérase a los propósitos de la referencia y contrarreferencia.

## **UNIDAD 4**

# **MÉTODOS DE IDENTIFICACIÓN DE EXPEDIENTES DE SALUD**

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

- Discriminar entre los procedimientos y mecanismos de control que intervienen en la identificación de expedientes de salud.
- Efectuar la descripción y aplicación de los diferentes sistemas y métodos de archivo clínico.
- Resolver, de manera válida y efectiva situaciones que pueden estar en relación con la identificación de los expedientes.

En este capítulo se revisan los siguientes contenidos: se explica lo fundamental de los métodos de identificación existentes en las instituciones de salud y se estudian los métodos más relevantes que han sido utilizados y que aún forman parte del quehacer del trabajador de registros de salud, como son el número único individual, el número único familiar, la fuente de números internos, los números externos, los números de cédula números de asegurado, el padrón y el método alfabético de archivo.

## Material de apoyo

### ***El padrón:***

Del latín *patronus*. Es una relación o lista de habitantes de un municipio hecha por orden de la autoridad. Se utiliza como sinónimo las palabras censo y registro.

El padrón de habitantes es un registro administrativo donde constan los habitantes de un país, según su distribución. En Costa Rica corresponde al Servicio Civil su mantenimiento, revisión y custodia. Los *censos de población* y el *padrón electoral* son las principales fuentes de las que se derivan cifras *demográficas* a las cuales se otorga el carácter oficial, permitiendo conocer la estructura básica de la población.

Así se manifiesta que el término *padrón*, resulta perfectamente utilizable para designar la lista de personas adscritas e inscritas al sistema de salud. Para esta lista de personas, es indispensable la asignación de una identificación numérica, cuyo propósito es que sirva de acceso inmediato y de identificación única tanto para el documento que lo vincula con el sistema, al cual se llama carné de identificación, como con su historia clínica.

Gracias a la seguridad con que se trabaja en el Registro Civil (institución encargada del registro de cada persona en el país) se tiene la certeza de mantener un número de identificación único para cada persona, por otra parte la Caja Costarricense de Seguro Social mantiene un banco de números internos, denominados *números de asegurado*, estos son utilizados para identificar a la población derechohabiente extranjera que se encuentra en el país por razones de trabajo u otras.

### ***Registro:***

Formulario donde se anotan en forma ordenada los hechos o eventos relacionados con la salud de las personas, esto permite, mediante su tabulación y análisis, mostrar información útil para la construcción de indicadores en el campo de la salud.

**Censo:**

Del latín *census*. Lista de la población o riqueza de de un país, provincia o localidad, registro de ciudadanos que pueden votar. (*Diccionario de la lengua española*, 2002). Desde el punto de vista de registros médicos, adquiere valor el conteo general de la población, en virtud de que, el espacio físico del mobiliario que posee el archivo clínico para albergar sus expedientes, debe planificarse en función del censo de población. Cabe aclarar, que es necesario pensar en que cada una de las personas que forman la población de un EBAIS o un área de salud tendrá un expediente clínico en ese lugar.



## **Ejercicios de autoevaluación**

1. Refiérase al valor de los censos de población en lo que a salud se refiere.
2. Comente para qué tipo de población se utilizan los números de asegurado.

## **UNIDAD 5**

### **CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE EXPEDIENTES DE SALUD**

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

- Analizar los métodos de archivo que permitan la preservación de la información del expediente con soporte en papel.
- Aplicar el método de conservación de historias clínicas que mejor se ajuste a sus propósitos.
- Reconocer la reglamentación oficial para aplicar la destrucción del expediente de salud.

## Material de apoyo

### ***Métodos de archivo:***

Un método de archivo es el procedimiento que se adopta para guardar los expedientes de salud, en un lugar donde puedan permanecer accesibles al personal. Es una especie de brújula que nos guía en la búsqueda, evita perdernos en el caos aparente de las situaciones que necesitamos resolver. El método es independiente del objeto al que se aplique, tiene como propósito solucionar problemas de accesibilidad y oportunidad que se pudieran presentar a la hora de desarchivar un documento.

Así se tiene que los *métodos de archivo* han sido creados para solucionar el problema de la salvaguarda de las historias clínicas que deben permanecer en un mismo sitio con la accesibilidad necesaria para el momento en que sean requeridas.

### ***Método consecutivo:***

El método consecutivo está dado por la escala nominal, donde simplemente se numera siguiendo la forma natural de 1 en adelante. En algunas ocasiones lo que se acostumbra es guardar espacios con ceros a la izquierda, tratando de asumir un número de población posible para numerar; por ejemplo si tenemos una población de 100 000 habitantes el número uno sería 000001, el habitante número 25, el 000025, y así sucesivamente.

### ***Método alfabético:***

Este es un método de archivo donde se trabaja con el nombre o los nombres y los apellidos de las personas, en Costa Rica se define de primero el apellido paterno, de segundo el apellido materno y por último el o los nombres.

De esta forma se ordenan las historias clínicas, y se colocan en orden estricto, si, por ejemplo, el apellido paterno y materno son iguales se considera el primer nombre, y si todavía son iguales se considera el segundo nombre.

Ejemplo:

Murillo Rojas Marcela  
Murillo Rojas Marcela Indira

Si ambos apellidos y ambos nombres coinciden, las historias deben archivar según fecha de nacimiento, colocando primero la fecha más antigua, esto es, la persona con mayor edad.

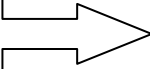
Las normas para archivar en estricto orden alfabético se exponen a continuación:

Con letras:

A-B-C-D-E-F-G-H-I-J-K-L-M-N-Ñ-O-P-Q-R-S-T-U-V-W-X-Y-Z

Para fines prácticos, la Ch y la Ll, no están representadas en el orden alfabético, según el diccionario de la Real Academia.

A continuación se presentan diferentes casos de archivo:

Uso de partículas 

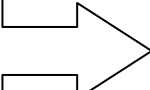
Las partículas como de, da, los, la, Mc, o, von, van, entre otras, forman parte del apellido, aún cuando estén escritas separadamente o con letra mayúscula. Al archivar se tomarán en cuenta las distintas partes del apellido como si fuera un todo.

Por ejemplo:

De la Fuente Quirós Marlon. Se archiva de la siguiente forma:

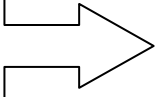
Delafuente Quirós Marlon.

La preposición **de** que precede al apellido del cónyuge de la mujer casada **no** se toma en cuenta para fines de este método de archivo.

Uso de títulos de rango o académicos 

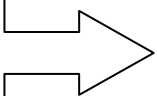
Los títulos o rangos tales como hermana, padre, doctor(a), ingeniero(a), licenciado(a), entre otros, no se toman en cuenta para fines de archivo.

Uso de  
abreviaturas



Los apellidos o nombres **no** deben escribirse en forma abreviada, pero si por asuntos de espacio se llegan a abreviar, se archivan asumiendo el nombre completo por ejemplo. Fco por Francisco, M<sup>a</sup> por María, Btes por Barrantes, entre otros.

Nada antes que  
algo

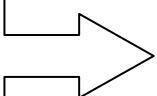


Un concepto básico en alfabetización se puede ejemplificar como *nada siempre esta antes que algo*:

Cantillano Villalobos  
Cantillano Villalobos Isabel  
Cantillano Villalobos Isabel Cristina

Nótese que en primer término tenemos dos apellidos únicamente, en este caso ese se coloca de primero, el segundo aporta un nombre y el tercer caso dos nombres, por lo que se colocan en secuencia de acuerdo con el principio de "*nada está siempre antes que algo*".

Uso de  
referencias



Cuando se hace difícil determinar cuál es el apellido y cual es el nombre como sucede con los nombres orientales se archiva tal y como aparece en el pasaporte. Como por ejemplo:

Katana Wakizashi  
Karachi Arakami  
Lian Shui  
Nian Xia

Criterios para  
archivo de los  
recién nacidos

En caso de que el sistema sea manual, las tarjetas de recién nacidos a quienes aún no se les ha dado un nombre, se establece un espacio al frente de las demás tarjetas donde se archivan en forma transitoria (si fuera del caso). Si hay más de un niño o niña sin nombre, las tarjetas se archivarán según la fecha de nacimiento, sin tomar en cuenta el sexo del niño o la niña. Y se agrega la palabra completa, según corresponda Ejemplo:

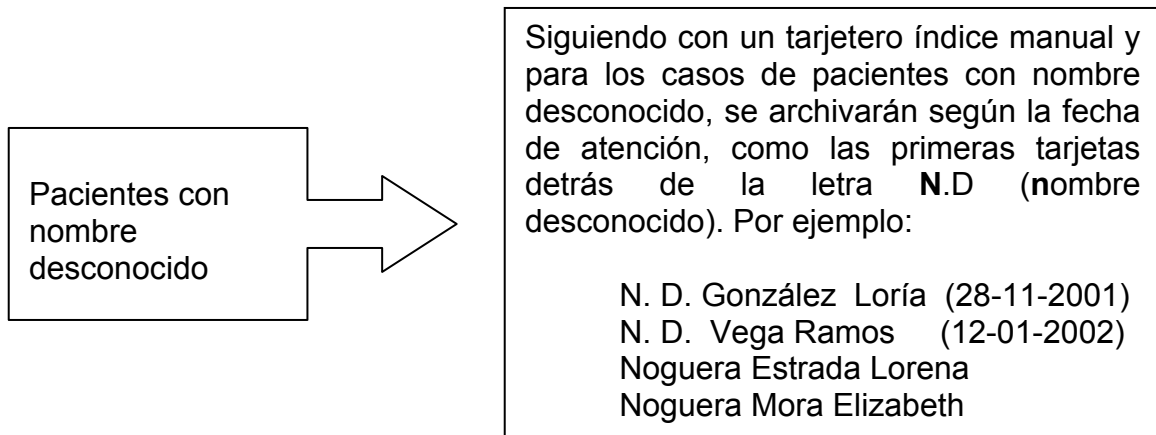
Castro López, Niño (12-01-2007)  
Castro López Niña (21-10-2008)  
Rodríguez Gamboa Niño (14-11-2008)

En cuanto se conoce el nombre del infante, este se agregará a la tarjeta y se archivará en el lugar que corresponde. En Costa Rica, generalmente se inscribe el nacimiento desde el hospital, por lo que entonces ya se conoce el nombre con sus dos apellidos, desde antes del egreso de su madre.

Pacientes con  
segundo apellido  
desconocido o sin  
él

En el tarjetero índice manual y para los casos de pacientes con segundo apellido desconocido se consigna en su lugar la especificación “**No indica otro**”, y se archiva según primer apellido, no indica otro y nombre: Por ejemplo:

Galagarza	No indica otro	Raúl
Galeano	No indica otro	Leticia
Gallardo	Vega	Lina
García	Salas	Mónica



### Archivo cronológico

El tiempo es un hecho irreversible que afecta por igual todas las actividades humanas y es un componente clave para las relaciones causales entre procesos. Las relaciones entre unos hechos y otros, están en función del orden en el que se realizan cada uno de ellos y casi siempre son la manifestación de las relaciones causales que los unen. La precisión en el tiempo y los contenidos de las acciones resultan trascendentales en el sistema de salud. Este hecho orientado a los archivos de documentos, y en el caso que nos ocupa al expediente de salud, ficha familiar u otros registros similares, guardan esa relación con el tiempo, en lo que a documentos históricos se refiere y cobran relevancia en la docencia e investigaciones, por lo que se hace necesario establecer distribuciones cronológicas.

Al aplicar *distintivos cronológicos* en los documentos, se garantiza que los eventos que ocurrieron en un momento en particular y que sus contenidos no han sido alterados desde entonces. Cuando un servicio integra el distintivo *cronológico* se puede obtener un entorno fiable y una mayor confianza en el documento (manual o electrónico).

El entorno físico, en oposición al virtual, está bastante bien adaptado al paso del tiempo; debido a que se han desarrollado figuras y procedimientos para los documentos físicos como la de los notarios que dan fe de la fecha y hora de un acto, o el médico que registra los hechos en el momento en que ocurrieron. En el entorno virtual el tiempo pasa de otra forma, por ejemplo, el reloj de un computador es fácilmente manipulable, los documentos son sencillamente editables, entre otras cosas. Pero si se intenta hacer del comercio electrónico una realidad y digitalizar buena parte de la actividad humana, se debe encontrar el

remedio de aquella seguridad física a la que nos hemos acostumbrado y en la que hemos basado nuestras leyes. Es en este punto donde aparecen los sistemas de fechado digital que intentan correlacionar la existencia de los *bits* a los eventos humanos de referencia, en general y en particular, al convenio de tiempo absoluto (Universidad de Los Andes, 2006).

El uso de documentos y la necesidad de establecer relaciones entre un documento, su tiempo de generación, modificación y firma, trae como consecuencia la necesidad de crear evidencias de la posesión de esos datos en un momento determinado. La solución consiste en introducir en el contenido señales de tiempo, relacionadas con el momento de creación y modificación de un documento. Lo anterior se logra mediante el uso de archiveros apropiados en el servicio de archivo, cuya única finalidad es disponer de un documento en un determinado instante, como parte de una premisa fundamental y es que el tiempo ha sido, es y seguirá siendo una de las variables principales en el desarrollo de cualquier actividad humana, y por tanto, referencia básica de la mayor parte de los procedimientos y trámites que tienen lugar entre el sector público y privado.

Tradicionalmente, la constancia expresa la fecha y hora de la realización de un acto, se efectúa sobre soporte en papel, circunstancia que inevitablemente se ve modificada con la utilización generalizada de las nuevas tecnologías de la información. El actual entorno precisa de la utilización del servicio de sellado de tiempo, con el objetivo de brindarle confianza a la comunidad. En estos momentos existen distintas líneas de trabajo y tendencias en cuanto a los protocolos que deben aplicarse para garantizar la seguridad de tales servicios con respecto al fechado digital, la fuente de tiempos por utilizar y los mecanismos de utilización.

Por ello se tiene la premisa de que en los registros de salud, los documentos utilizados como elementos probatorios, de docencia y de investigación sean archivados con una secuencia cronológica donde el más reciente se coloca siempre de primero y el más antiguo al final de la secuencia.

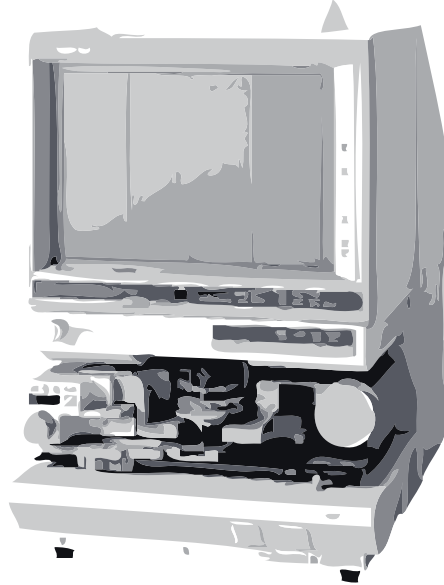
## Microfilm

El **microfilm** es un sistema de archivo, gestión y difusión documental. Su producción está sometida a un alto grado de normalización, tanto en su metodología como en los materiales utilizados y un estricto control de productos resultantes de la microfilmación.

Su objetivo es obtener una reproducción exacta del documento original, mediante la microfotografía, llevada a un grado de reducción determinado y conocido, sobre un soporte fotográfico normalizado y cuya reproducción dentro de una serie documental puede ser establecida por medio del lector.

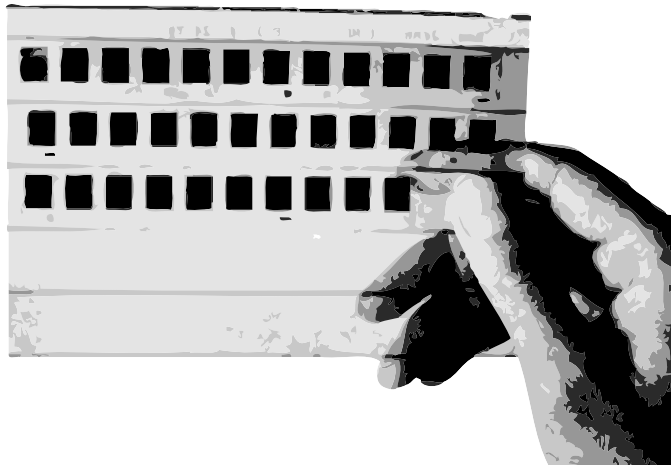


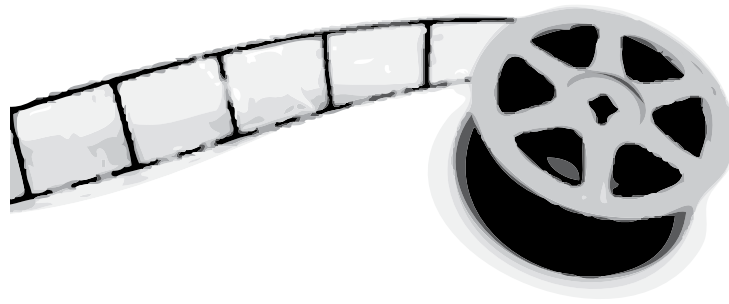
Cada una de sus imágenes tiene valor individual, y en Costa Rica este método de conservación cuenta con valor probatorio ante un tribunal . Además de que se le considera una de las formas más efectivas para ahorrar espacio en los archivos físicos de las instituciones de salud.



**Lector de microfilm**

Dibujo: Itzel Murillo R. Diseñadora Industrial





### **Ficha de microfilm**

Dibujo: Itzel Murillo R. Diseñadora Industrial

## ***Ley sobre microfilmación de documentos N° 4278***

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA,  
decreta:

**Artículo 1º-** Autorízase el sistema de microfilmación en los archivos y procedimientos del Poder Legislativo, Poder Ejecutivo, Poder Judicial, Tribunal Supremo de Elecciones, instituciones autónomas y semiautónomas, corporaciones municipales y en los particulares de personas naturales y jurídicas, de acuerdo con las normas de la presente ley.

**Artículo 2º-** La microfilmación de documentos, hecha conforme a esta ley, sus películas, fotocopias y certificaciones, debidamente autenticadas, tendrán el mismo valor jurídico y pueden ser impugnadas como los originales.

**Artículo 3º-** Los documentos microfilmados quedarán a disposición de sus dueños por el término de un año; pasado ese plazo el Archivo Nacional será informado, para que resuelva acerca de su conservación o su destrucción.

**Artículo 4º-** Al someterse a microfilmación de un documento, éste deberá quedar copiado en la película o microficha en forma nítida, íntegra y con absoluta fidelidad. La alteración o adulteración que afecten la autenticidad de la película o microficha, harán perder a tales copias el valor jurídico que les otorgue el artículo 2º de esta ley, salvo que se prueba que tales alteraciones o adulteraciones fueron posteriores a la fecha de la reproducción del documento respectivo.

**Artículo 5º-** Las películas, microfichas, fotocopias y certificaciones de los documentos microfilmados, serán autenticadas por el jefe del respectivo archivo u oficina, o por la persona que esté autorizada para ello. En el caso de archivos particulares y únicamente cuando fueren a usarse ante los Tribunales, deberán además ser autenticadas por un abogado o constar en acta notarial. Las personas a que se refiere este artículo responderán penal y civilmente por cualquier alteración o adulteración de las películas, microfichas, fotocopias o certificaciones, producida en el momento de la expedición o de la autenticación.

**Artículo 6º-** Los Poderes del Estado, el Tribunal Supremo de Elecciones, las instituciones autónomas y semiautónomas y las corporaciones municipales, con el objeto de obtener mayor economía, eficiencia y seguridad en sus archivos, reglamentarán el procedimiento de microfilmación en sus dependencias, de acuerdo con esta ley.

**Artículo 7º-** Rige a partir de su publicación y deroga o modifica cualquier otra disposición que se le oponga. Comuníquese al Poder Ejecutivo Asamblea Legislativa.- San José, a los seis días del mes de diciembre de mil novecientos sesenta y ocho.

## **Escaneo y digitalización de documentos**

La administración de la digitalización de documentos mejora el flujo de trabajo para lograr un tiempo de respuesta óptimo. Dependiendo del equipo proporciona funcionalidades completas, desde el escaneo y la conversión de documentos hasta la administración y el almacenamiento de documentos electrónicos. Desde este punto de vista, no es necesario dedicar tiempo a buscar información ni el consabido inconveniente de las copias impresas, porque la información se obtiene en el momento requerido.

La implementación de políticas, procedimientos y tecnologías de administración de registros de salud, según los expertos de la Organización Mundial de la Salud *“ayuda a mitigar los mayores riesgos relacionados con los registros, evitar consecuencias potencialmente costosas y genera un retorno inmediato de la inversión”* (OPS, 2000).

El escaneo de documentos es el proceso automatizado por el cual los documentos en papel se convierten en imágenes. Para ello se hace necesario contar con un escáner de producción, que posibilita la generación de imágenes, mediante un proceso automatizado y gracias a un *software* (programa) que permite interpretar los caracteres detectados por un escáner.

En la actualidad, los servicios de salud que optan por conservar documentos de archivos clínicos a través del escaneo, son aquellas que por el alto volumen de expedientes de salud con soporte en papel, este se ha hecho inmanejable y, por cuestiones de espacio físico resulta una solución ideal, además de que se asegura rapidez y eficiencia en el procesamiento de la información.

La digitalización de archivos de expedientes de salud u otros documentos crea imágenes digitalizadas que son validados, indexados y permite la búsqueda de información en forma rápida y automática. La digitalización de documentos es sencilla, eficiente y permite el proceso automatizado de grandes volúmenes de imágenes digitalizadas.

El proceso automatizado de documentos ahorra tiempo y dinero también reduce los errores humanos y mejora la calidad de los datos de los documentos.

Entre las ventajas que el mercado ofrece de conservar expedientes mediante este mecanismo están:

- Eficiencia en la consulta.
- Consultas simultáneas de documentos digitales por una gran cantidad de usuarios.
- Las imágenes digitales pueden incorporarse a cualquier documento electrónico, sistemas y aplicaciones diversas o bases de datos, a diferencia del papel.
- Mejor utilización del espacio físico, ya que no se requerirá archivar todos los documentos porque estarán disponibles en formato digital.

Para comprender mejor el escaneo de registros se describen los siguientes pasos, indispensables en este proceso:

### **Preparación:**

- Recepción, ingreso, clasificación y separación de los documentos.
- Identificación del tipo de documento y asignación de condiciones de prioridad u otra.
- Desencuadernar, desengrapar, desenrollar, recortar, eliminar sobres, y cualquier otro tipo de elemento como *post its*, expurgar y clasificar del material y alisar.

### **Generación de imágenes de documentos:**

- Conversión de los archivos electrónicos a formatos digitales.
- Escaneo de páginas.
- Importación de archivos.
- Control de calidad (nitidez de la imagen).

### **Conversión:**

- Conversión de archivos.
- Control de calidad.

### **Indexación:**

- Todo registro cuenta con una identidad, para luego poder ser localizado por el usuario; la asignación de esta información se hace simultánea a la de digitalización y puede acometerse de forma automática, mediante la aplicación de un *software* específico que reconoce los datos y su ubicación en el documento como si fuera de forma manual.
- Introducción manual de teclas para facilitar la búsqueda por palabra clave.
- Código de barras u otras formas de acceso.
- Extracción de la base de datos.
- Control de calidad.

### **Rearmado y publicación de los registros que forman el expediente de salud:**

Para los casos en que el usuario tenga necesidad de solicitar parte o el expediente clínico completo, se realiza el acceso electrónico y se imprime el documento.

- Se define un tipo de almacenamiento según especificaciones del centro de salud.
- Se busca el documento en el sistema por medio del número de identificación o el nombre de pila, a través de índices e imágenes de los medios de almacenamiento escogidos.
- Se imprimen los registros según las especificaciones del programa.
- Se rearme el documento impreso original y se devuelve al usuario.

### **Seguridad:**

Se debe realizar un seguimiento de los documentos y las solicitudes de trabajo en todo el proceso para verificar su calidad, así como la implementación de códigos de acceso y derechos de los usuarios.

## **Destrucción del expediente de salud**

Hasta el momento lo que impera en materia de destrucción del expediente de salud, es lo que describe explícitamente la Ley 7202 y su Reglamento, del Sistema Nacional de Archivo, que literalmente dice:

### **De la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos:**

**Artículo 31** -Créase la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos como el órgano de la Dirección General del Archivo Nacional encargado de dictar las normas sobre selección y eliminación de documentos, de acuerdo con su valor científico-cultural y de resolver las consultas sobre eliminación de documentos de los entes productores a los que se refiere el artículo 2º de la presente ley.

**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 documentos que hayan finalizado su trámite administrativo.

**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 trasgresión 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.

## Reglamento de la Ley 7202

### De la organización y funcionamiento de la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos

**Artículo 117** - La Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos estará constituida, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley del Sistema Nacional de Archivos, de la siguiente manera: un presidente, quien será el Presidente de la Junta Administrativa del Archivo Nacional o quien lo represente; el jefe del departamento documental, quien ejercerá la vicepresidencia; 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 actuará como Director Ejecutivo de la Comisión.

**Artículo 118** - El Jefe del Departamento de Servicios Archivísticos Externos o su representante asistirá a las reuniones como invitado permanente, actuará como secretario y en tal calidad será el responsable de llevar las actas, establecer el orden del día y convocar a las reuniones, de común acuerdo con el Presidente y con el Director Ejecutivo de la Comisión.

**Artículo 119** - El Técnico del Departamento de Archivo Histórico que va a asistir a la Comisión será designado por el Director General del Archivo Nacional y permanecerá en su puesto por un período de dos años. El historiador nombrado por la Junta Administrativa también permanecerá como miembro de la Comisión durante dos años, pudiendo ambos ser reelegidos.

**Artículo 120** - Son funciones de la Comisión:

- a) Dictar normas sobre selección y eliminación de los documentos que producen las instituciones mencionadas en el artículo 2º de la ley que se reglamenta.
- b) Resolver consultas atendiendo a la directriz de conservar lo que tenga valor científico-cultural, y autorizar la eliminación de los documentos que carezcan de este valor, en las diferentes etapas de formación de los archivos.
- c) Analizar y aprobar las tablas de plazos de conservación de documentos que presentan las instituciones mencionadas en el artículo 2º de la ley que se reglamenta.
- d) Dictaminar en los casos en que se intenta llevar documentos con valor científico-cultural fuera del país.
- e) Dictar las directrices generales en los aspectos de procedimiento de las labores de la Comisión.
- f) Otras funciones que le asignan las leyes y reglamentos.

**Artículo 121** - Son funciones del Presidente:

- a) Presidir y dirigir las reuniones de la Comisión.
- b) Velar porque en la Comisión se cumplan las leyes y reglamentos relativos a su funcionamiento.
- c) Convocar a las reuniones de la Comisión, junto con el Secretario y el Director Ejecutivo.
- d) Resolver cualquier asunto, en caso de empate, con su doble voto.
- e) Firmar, junto con el Director Ejecutivo, las actas de las sesiones aprobadas.
- f) Ejercer las demás funciones que las leyes, los reglamentos y la Comisión le asignen.

**Artículo 122** - El Vicepresidente sustituirá al Presidente en sus ausencias.



**Artículo 123** - Son funciones del Director Ejecutivo:

- a) Ejecutar y comunicar todos los acuerdos tomados por la Comisión.
- b) Asistir a todas las reuniones de la Comisión, con derecho a voz, pero sin voto.
- c) Aportar información sobre la realidad archivística del Archivo Nacional, para que la Comisión tome sus acuerdos de manera adecuada.
- d) Presentar la correspondiente denuncia, cuando las instituciones incumplan los acuerdos de la Comisión, de conformidad con lo que establecen los artículos 35 y 36 de la ley que se reglamenta.
- e) Convocar a reunión, de común acuerdo con el Presidente y el Secretario.
- f) Firmar, junto con el Presidente, las actas de las sesiones.
- g) Ejercer las demás funciones que los reglamentos y la ley le asignen.

**Artículo 124** - Son funciones del Secretario:

- a) Levantar las actas de las sesiones de la Comisión.
- b) Convocar a las reuniones de común acuerdo con el Presidente y el Director Ejecutivo.
- c) Preparar, junto con el Presidente y el Director Ejecutivo, el orden del día para cada sesión.
- d) Tramitar la correspondencia de la Comisión.
- e) Llevar el registro de asistencia de los miembros de la Comisión.
- f) Mantener clasificada, ordenada, descrita y en perfecto estado de conservación la documentación producida por la Comisión.
- g) Preparar los informes para que el Director General del Archivo Nacional, comunique a las instituciones interesadas los acuerdos de la Comisión.
- h) Ejercer las demás funciones que los reglamentos y la misma Comisión le asignen.

**Artículo 125** - La convocatoria a las reuniones se hará por escrito o por otro medio de comunicación, con un mínimo de dos días hábiles de anticipación a la fecha señalada.

**Artículo 126** - El quórum para todas las reuniones será de tres miembros y los acuerdos serán tomados por la mayoría de los votos presentes; en caso de empate decidirá quien preside, con su doble voto.

**Artículo 127** - La asistencia a las sesiones es obligatoria para los miembros de la Comisión y su ausencia debe justificarse por escrito.

**Artículo 128** - La Comisión debe pronunciarse a la mayor brevedad posible sobre las consultas que se hagan, de acuerdo con el orden de presentación de la solicitud.

**Artículo 129** - Todas las instituciones productoras de documentos son las responsables de fijar la vigencia administrativa y legal de cada tipo documental. La Comisión únicamente determinará el valor científico-cultural de los documentos.

**Artículo 130** - Las consultas establecidas en la Ley de Microfilmación N° 4278 del 6 de diciembre de 1968, serán atendidas por esta Comisión.

**Artículo 131** - Las entidades productoras podrán hacer sus consultas a través de dos procedimientos:

- a) La tabla de plazos de conservación: es un instrumento en el que constan todos los tipos documentales producidos o recibidos en una oficina o institución, en el cual se anotan todas sus características y se fija el valor administrativo y legal.
- b) Cuando no existan estas, se harán consultas parciales si se desea eliminar uno o varios tipos documentales que han perdido su valor administrativo y legal. La Comisión determinará cuáles tipos documentales tienen valor científico-cultural.

**Artículo 132** - Una vez aprobadas las tablas de plazos, las instituciones pueden eliminar los tipos documentales autorizados sin consultar nuevamente a la Comisión. Sin embargo, las tablas de plazos aprobadas deben someterse a una revisión, tanto del Comité Institucional como de la Comisión Nacional cada cinco años, para determinar si los criterios originales son aun válidos.

**Artículo 133** - Las consultas parciales de eliminación así como las solicitudes de aprobación de tablas de plazos de conservación, deben contener los siguientes requisitos:

- a) Ser dirigidas a la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos.
- b) Estar firmadas por el superior de la unidad administrativa interesada, y avalada por el Comité Institucional de Selección, donde esté formado.

**Artículo 134** - Las instituciones productoras levantarán un acta que contenga todos los tipos documentales que eliminen y la conservarán en sus archivos.

**Artículo 135** - Cada autorización para eliminar documentos emanada de la Comisión comprenderá única y exclusivamente los tipos documentales que expresamente se señalen en ella.

**Artículo 136** - Los tipos documentales cuya eliminación se autoriza deben ser transformados en material no legible, utilizando diferentes técnicas como incineración, trituración y otros similares.

**Artículo 137** - Cada vez que se solicite una visita de selección, la Dirección General del Archivo Nacional recomendará el establecimiento de tablas de plazos de conservación, para la institución o las unidades administrativas de los Comité Institucionales de Selección y Eliminación de Documentos.

**Artículo 138** - Cada una de las entidades mencionadas en el artículo 2º de la ley que se reglamenta, integrará un Comité Institucional de Selección y Eliminación de Documentos, que estará formado por el asesor legal, el superior administrativo y el jefe o encargado del archivo de la entidad productora de la documentación, o por quienes estos deleguen, siempre y cuando reúnan las mismas condiciones profesionales. Entre esos miembros se nombrará, de acuerdo con lo que establece al respecto la ley general de la administración pública, un presidente y un secretario, electos por mayoría absoluta, quienes durarán en el cargo un año, pudiendo ser reeligidos. El Comité establecerá sus normas de trabajo y la frecuencia de las reuniones.

**Artículo 139** - Los comités institucionales podrán integrar miembros adicionales, según los objetivos y funciones específicas de cada entidad, en calidad de observadores.

**Artículo 140** - Son funciones del Comité Institucional:

- a) Evaluar y determinar la vigencia administrativa y legal de los documentos de la institución. Para ello promoverá la elaboración de tablas de plazos de conservación en los archivos de gestión y en el archivo central.
- b) Consultar a la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos cuando se deban eliminar documentos que hayan finalizado su trámite administrativo y no existan tablas de plazos aprobadas.
- c) Someter a la aprobación de la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos las tablas de plazos aprobadas por el Comité Institucional:

## Ejercicios de autoevaluación

1. ¿A qué se denomina método de archivo?
2. Ordene, según la norma de archivo alfabético los siguientes nombres. Lostalo López Lina, Katana Wakizashi, Brenes Sánchez Sofía, Lian Shui Roing, Lazcano Adrián Vega No indica otro Anabelle, Baldelomar Arjona Ligia, Karachi Arakami, Mata No indica otro Mario, Vega Campos Ana.
3. Refiérase a la importancia del archivo cronológico.
4. Según el articulado de la ley y el reglamento, elabore el proceso de selección y eliminación de documentos.

## **UNIDAD 6**

### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA DEL EXPEDIENTE DE SALUD**

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

- Diseñar formularios que le permitan llevar a cabo la evaluación cuantitativa del expediente de salud, en forma general o específica.
- Proponer recomendaciones tanto para funcionarios técnicos como para profesionales en la correcta elaboración de los registros de salud.

Los temas tratados en el capítulo 6, comprenden el concepto de evaluación cuantitativa del expediente de salud, el control de recepción de expedientes para realizar la evaluación cuantitativa, la forma en que se debe ordenar y compaginar un expediente, los pasos por seguir en el análisis o revisión cuantitativa así como su evaluación, por último contiene una reseña de la forma de terminar un expediente una vez finalizada la evaluación y elabora una guía para trabajar expedientes incompletos.

## Material de apoyo

### **Concepto e importancia de la evaluación cuantitativa del expediente de salud**

La historia clínica o expediente de salud es el documento básico de todas las etapas del de la atención médica y debe ser apreciada como una fuente de información para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona; también se emplea para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.

Este documento en algunos aspectos puede ser comparado con la libreta de notas del científico, pero a diferencia de este, el tipo de anotaciones e información contenida deben cumplir determinadas exigencias descritas en los protocolos en todos los casos. El médico observa, anota, pero su lenguaje tiene que ser menos simbólico, debido a que a diferencia del científico físico, químico o biólogo, su objeto de estudio es a la vez sujeto, por tanto, se deben reflejar las interacciones recíprocas que se establecen con cada paciente; también el trabajo en equipos interdisciplinarios de los tiempos actuales obliga a que la información obtenida de cada paciente sea igualmente comprensible para todos sus miembros, sobre todo para el personal no médico que lo compone.

De aquí se deduce la magnitud que tiene el hecho de que nuestros médicos hagan buenas historias clínicas y como la realidad se aleja de estos objetivos.

*Según la Norma ISO 15489 –1. 2001. Gestión de Documentos, algunos informes en los últimos 25 años se han realizado estudios en numerosos centros hospitalarios de diferentes países y de forma reiterada se ha demostrado serias deficiencias en la calidad de las historias clínicas. Este fenómeno ha adquirido dimensiones alarmantes, al extremo de que muchos docentes plantean que las historias clínicas actuales carecen de valor científico.*

En el Sistema Nacional de Salud de Costa Rica, se ha implementado la evaluación cuantitativa del expediente de salud como función rutinaria de los hospitales, con el objetivo de mantener historias más completas; además, la calidad de esos datos también es medida en los llamados compromisos de gestión.

La mayoría de los indicadores de salud disponibles, que se utilizan para medir el logro de las metas, están relacionados con la forma en que se desarrolla la función de prestación o provisión de servicios de salud, por parte del personal médico y no médico. Estos indicadores constituyen las fuentes de análisis de los diferentes campos de acción del sistema de salud, comprometidos más directamente con las prácticas de gestión y la toma de decisiones que están bajo la responsabilidad de los directores de la atención en salud y de los funcionarios de salud a nivel local, regional y nacional. Definir los indicadores adecuados para estimar cómo se están llevando a cabo los procesos de atención en el sistema, está estrechamente relacionado con las evaluaciones cuantitativas y cualitativas de las historias clínicas, de ahí la necesidad de cumplir con este requisito y dar a conocer a los hacedores de los registros estas evaluaciones.

Las unidades que se presentan en este capítulo contienen varios ejemplos de cómo confeccionar un registro para evaluar técnicamente una historia clínica; no obstante, el evaluador puede confeccionar la suya, de conformidad con los elementos por calificar y los propósitos que desee fundamentar.

## **Ejercicio de autoevaluación**

1. Elabore un formulario de lo que podría ser una evaluación cuantitativa del expediente.



## **UNIDAD 7**

### **NORMATIVA DEL EXPEDIENTE DE SALUD**

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

- Adquirir nociones básicas acerca de la normativa del expediente de salud en materia jurídica
- Determinar los requisitos legales, operativos y administrativos en relación con los procesos de salvaguarda de las historias clínicas.

Este capítulo no está contenido en las unidades de estudio, se requiere para ello, agregar al estudiante cada uno de los documentos incluidos en 7.1 y 7.2, al momento de la matrícula.

### **Ejercicios de autoevaluación**

1. Elabore un cuadro sinóptico donde exponga lo concerniente a cada ley del expediente de salud.
2. Comente al menos dos consecuencias con efecto legal al no cumplir con las disposiciones incluidas en la ley.
3. Refiérase al secuestro legal del expediente de salud .

## 8. BIBLIOGRAFÍA

Bireme. (2004). *Descriptores en Ciencias de la Salud*. Sao Paulo: DeCS.

Bravo Toledo. R y C Campos Asensio. (2006). *Medicina basada en pruebas*. España: Acimed.

Brothman, B. (2002). *Conceptions of record and evidence in archival discourse*. Archival Science. Washington, D.C.: Council on Library and Information Resources.

Campos Neto, CM., A.G.M.R Sousa, J.Sousa., M.R.Eduardo., J.C Pachón Mateos. (2003). Development of database for research purpose. *Rev. Soc. Cardiol.* Estado de São Paulo.

Consejo Internacional de Archivos. (1999). *Guía para la gestión de documentos desde la perspectiva archivística*. México D. F.: Consejo Internacional de Archivos.

Duranti, L.(1996). *Usos nuevos para una antigua ciencia*. Washington, D.C: Colección Biblioteca Archivística. Carmona. S&C Ediciones.

Duranti, L. 1989. *The Odyssey of Records Managers*. Part I: From the dawn of civilization to the fall of the Roman Empire. ARMA Records Management Quarterly.

Eggers, S.C.(1996). *Law implications of clinical records and the general medical documentation*. Arch Chil.

Gala López, B. (1999). Salud, proposición de un diseño y premisa teórica de una historia clínica computarizada para la atención hospitalaria. *Cuba. Educ. Med. Sup.*

Gilliland Swetland, A.J. (2000). *The value of the archival perspective in the digital environment*. Washington, D.C: Council on Library and Information Resources.

Laín Entralgo, P. (1971). *Historia clínica en patología general*. Barcelona: Toray.

Laín Entralgo, P. (1998). *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Madrid: Triacastela.

Mena Mugica M.M. (2007). *Utilidad de las soluciones archivísticas para la gestión de información en los sistemas electrónicos del sector de la salud*. Acimed.

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2008). *Comités Etico-Científico Costa Rica*. Minsa.

Ministerio de Sanidad. (1986). *Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), 25 de abril de 1986*.

Morales Cobo, A., Cano Jiménez, C., Polo Dominguez, C., Báez León. (2001). *La cirugía hospitalaria*. Madrid : La Paz.

Norma ISO 15489 – 1. (2001). *Información y documentación – Gestión de documentos – Parte 1: Generalidades*. Ginebra: ISO.

Organización Panamericana de la Salud. (1997). *Programa de información sobre servicios de salud. Registros médicos electrónicos para tres países de Centroamérica*. Washington, D.C: OPS.Serie Sistemas de Información sobre Servicios de Salud, 3.

Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Programa de información sobre servicios de salud. Registros médicos electrónicos para tres países de Centroamérica*. Washington, D.C: OPS.

Oxman, G. 1995. *Local management information system*. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud (PAHO/HSS/HSL).

Ríos Massabot, E., Fernández Viera, RM., Pérez, J. (2005). Los registros médicos en Cuba. *Rev. Cubana Salud Pública*.

Rubí González, P. (2005). *Historia clínica psiquiátrica*. Barcelona: Acimed.

Sánchez Mansolo A. A., Martín Díaz O., Iglesias Dios JL., Hernández Cáceres JL. (2007). Registro electrónico de pacientes. *Rev Cub Educ Med Super 2000*.

Sánchez, AA. Martín, O. Iglesias, J I. 1999. *Registro electrónico de pacientes*. Cuba Educ. Med. Supl.

Segovia Escolar. 2007. *Historia clínica electrónica de asistencia especializada*. Disponible en: <<http://www.seis.es/segovia2002/escolar.htm>>. Consultado mayo 9 2008.

Sigulem Ramos, M.P and M.S. Anção. (2003). Informatics in medical practice. *Brazil: Rev Soc Cardiol*, de São Paulo.

Souza, M.N., Quijano, B., Díaz Barriga, SL., Guisa C.V.M., Lorenzo V., Gaucin. (2008). Historia Clínica Psiquiátrica codificada para adicción. *Brazil. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*.

United Nations, Advisory Committee for the Coordination of Information Systems (ACCIS). 1990. *Management of Electronic Records: Issues and Guidelines*. New York C: United Nations.

Universidad de los Andes. 2006. *Archivo cronológico*. Consultado agosto 12 2006 en < <http://tirnanog.ls.fi.upm.es/>>

Universidad de los Andes. 2006. *Decreto N.19675-S*, Imprenta Nacional.

Vidal Ledo, M., B. Fernández Oliva., I. Alfonso Sánchez., Armenteros Vera, I. (2004). *Información, informática y estadísticas de salud: un perfil de la tecnología de la salud*. Cuba : Acimed.

## 9. RESPUESTAS A LOS EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

### Repuestas Tema 1

#### 1. Definición corta de registro

Evidencia de los actos o eventos que se llevan a cabo en el sistema de salud pública, preserva documentos para mantener, proteger y perpetuarse estos actos o eventos en un lugar físico.

#### 2. Cuadro conceptual del origen y evolución de los registros.

Las sociedades más antiguas de Grecia y Roma	Preservación de memorias que en su perfeccionamiento condujeron a la creación de los primeros archivos dedicados a la gestión de los documentos que en ellos se conservaban
Massachussets General Hospital, incorporó catálogos a base de fichas en 1893	Uno de los primeros ejemplos de organización moderna nos lo ofrece el Massachussets General Hospital, que creó un puesto de trabajo para un responsable del sistema. De esta organización se da como resultado el surgimiento de la primera persona encargada de administrar registros médicos que fue Grace Whiting Meyers, quien posteriormente fue presidenta de la Association of Record Librarians
Desde fines del siglo XVIII y hasta la de 1990 (siglo XX).	La gestión de documentos se centró en la distinción entre documentación administrativa e histórica, algo que puede considerarse una consecuencia del <i>impacto del pensamiento de la Revolución Francesa</i> , en lo que a guardar experiencias escritas se refiere.
Estados Unidos en la década de 1940 del (siglo XX)	Al tiempo que reafirmó este modelo, (el de mantener información de salud de la persona en un documento único) introdujo ideas determinantes para el desarrollo de la archivística como ciencia.
La promulgación, en 1950, de la <i>Federal Records Act</i> institucionalizó el <i>records</i>	La promulgación, en 1950, de la <i>Federal Records Act</i> institucionalizó el <i>records management</i> como la forma idónea para el tratamiento documental en los Estados Unidos, ella incluía instrucciones para la creación, destrucción y preservación de los documentos.

<i>management</i>	
El Dr. Lawrence Weed (1969)	Propone un nuevo modelo en la estructura de la historia clínica que pueda reflejar con mayor claridad las variables que rodean cada decisión en la asistencia prestada. La estructura propuesta es la historia clínica orientada por problemas (HCOP), que ha sido ampliamente descrita en su obra <i>Medical Record, Medical Education and Patient Care</i> 1969. El modelo de historia clínica orientada por problemas ha recibido gran aceptación, muestra de ello es el número de artículos dedicados total o parcialmente a este tema.
Segunda mitad del siglo XX	La administración de las historias clínicas significó también la introducción de soluciones prácticas para enfrentar los problemas propios de la gestión de información en salud que, por su naturaleza funcional de información clasificada como confidencial, condiciona dicha gestión.

**3. En la organización de la documentación clínica hospitalaria pueden distinguirse dos grandes tendencias:**

La tendencia europea, donde lo habitual era conservar las historias clínicas en cada departamento o servicio hospitalario. Los encargados de indexar y cuidar las historias eran los propios médicos que integraban el departamento, de acuerdo con una distribución de responsabilidades y con ayuda de personal auxiliar. De este modo, el consenso propio de cada escuela ocultó inicialmente la existencia de problemas terminológicos.

La tendencia anglosajona que se caracterizó por la centralización de los archivos de historias clínicas. De ahí que los problemas de nomenclatura se hicieran patentes inmediatamente y también la aparición de personal específico, con su traducción institucional.

**4. Función principal de la ficha familiar**

Documento en donde se organizan datos que permiten conocer la situación familiar, el ambiente físico y sus recursos. El Asistente de Atención Primaria (ATAP) debe portar la ficha familiar como instrumento, conjuntamente con otros y llenarla conforme a la información obtenida de la familia. Por medio de ella se realiza un intercambio de información entre la familia y el funcionario de salud, en la visita domiciliar que, para efectos de información, se define como: “la actividad básica del primer nivel de atención”.

## **Respuestas Tema 2**

### ***1. Función del archivo de gestión documental***

Se refiere al espacio físico del área en metros cuadrados, donde se lleva a cabo el conjunto de procedimientos y tareas orientados a lograr eficiencia en las actividades; refleja el uso y la disposición de los documentos de una organización de salud durante todo su ciclo de vida y permite que la información contenida esté disponible en apoyo del quehacer de esa organización, de los usuarios internos y externos a ella en el momento que lo requieran. Por ello se dice que el archivo activo es aquel que se encuentra en constante movimiento en lo que a sus documentos se refiere. El término gestión documental es acuñado modernamente dentro del quehacer de la disciplina archivística, para dar a conocer en forma sucinta la actividad que se ejecuta dentro de un archivo.

### ***2. Gestiones de archivo más importantes en el ambiente de la salud.***

2.1 Los archivos convencionales, que son los espacios físicos que permanecen fijos en un área de salud u hospital, donde se alojan en forma centralizada un número considerable de expedientes y que generalmente contiene tanto expedientes activos como pasivos, pero divididos según la arquitectura de los anaqueles o armarios donde permanecen archivados bajo un método definido.

2.2 Los archivos pasivos: que se refiere al espacio físico, que se ha adecuado con las condiciones ambientales apropiadas, para que salvaguarde los registros que forman parte del expediente de salud, que han dejado de ser utilizados, por la persona a la cual le corresponden.



**3. Cuadro, de la Ley 7202 del Sistema Nacional de Archivo y su Reglamento referente a los documentos, su transferencia y los plazos.**

Archivos de gestión	Los documentos permanecen en las oficinas administrativas productoras durante un periodo de cinco años, de acuerdo con lo establecido en las tablas de plazos de conservación.
Archivo central	Cumplida la etapa anterior, los documentos con valor administrativo y legal pasarán a los archivos centrales de cada entidad, donde permanecerán alrededor de 15 años. Posteriormente serán transferidos a la Dirección General del Archivo Nacional, aquellos que tengan valor científico-cultural, previa determinación de la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos.
Archivo histórico o final	Los documentos que tengan como mínimo 20 años de antigüedad y sean de valor científico-cultural, pasarán a ser custodiados en forma permanente por la Dirección General del Archivo Nacional, previa autorización de esta Dirección.

## Respuestas Tema 3

**1. Historia clínica:** es un documento, que surge del contacto entre el equipo de salud y los usuarios; se origina a partir de la segunda mitad del siglo XX, siguiendo los modelos de atención primaria que se fundamentan en llevar la atención en salud a la comunidad. La historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal.

### **2. Funciones de la historia clínica:**

- Docencia e investigación: a partir de la información que aporta el Expediente Clínico, pueden tomarse decisiones sobre estudios e investigaciones para definir la existencia de determinadas patologías.
- Epidemiología: el expediente clínico constituye un elemento indispensable en estudios donde están presentes las poblaciones y su estado de salud.
- Mejora continua de calidad: el expediente clínico es considerado por las normas deontológicas y por las normas legales, como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad, puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente, así como un registro de la actuación de los profesionales de la salud, prestada al usuario. Su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.
- Gestión y administración: el expediente clínico, es el elemento fundamental para el control y gestión de los servicios de salud de las instituciones sanitarias. Gracias a su existencia, se puede extraer información útil para realizar programas de salud dirigidos a las comunidades.
- Medicina y asuntos legales: es de gran valor debido a que, este protege tanto los intereses del usuario como los de la misma institución que le brinda la atención en salud.

**3. Inconvenientes que presenta el expediente médico con soporte en papel.**

3.1	( V )	La legibilidad de la caligrafía
3.2	( F )	El tipo de controles de salida
3.3	( V )	El volumen de espacio que ocupa
3.4	( F )	Las normas legales de la atención médica
3.5	( V )	Su destrucción programada para recuperar espacio en los archivos de los centros de salud
3.6	( F )	El tipo de gestión en los servicios de salud
3.7	( F )	La atención en salud de las comunidades
3.8	( V )	Su deterioro

3.1 De la legibilidad depende la interpretación del diagnóstico para su posterior codificación.

3.2 Cada vez que sale un expediente del archivo debe quedar en su lugar un tarjetón de remplazo

3.3. La cantidad de registros en papel ocupan gran cantidad de espacio en los anaqueles.

3.4 El cumplimiento de las normas legales no constituye incumplimiento por el solo hecho de estar confeccionado en soporte papel.

3.5 Su destrucción debe ser programada, está sujeta al cumplimiento de la normativa explícita en la Ley 7202.

3.6 El tipo de gestión no está relacionado con el soporte papel de los expedientes.

3.7 La atención en las comunidades no presenta ningún obstáculo en expedientes con soporte en papel.

3.8 El deterioro sí está directamente relacionado con el soporte en papel porque se deben tomar las precauciones ambientales.

**4. Componentes principales del expediente clínico son:**

1. Datos de identificación y demográficos proporcionados por el paciente
2. Datos subjetivos proporcionados por el paciente.
3. Datos objetivos obtenidos de la exploración física y de las exploraciones complementarias.
4. Diagnóstico.
5. Pronóstico
6. Tratamiento.

**5. Formularios de estadísticas vitales:** los formularios de estadísticas vitales describen los eventos trascendentales en la vida de las personas. Estas se refieren a los datos que se recopilan en los certificados de nacimiento, matrimonio, defunción y en las sentencias de divorcios ocurridos durante el año natural.

**6. El análisis de datos:** es el estudio detallado de las estadísticas vitales es descriptivo, orientado a proveer cuadros que abarquen las características demográficas, sociales y de morbi-mortalidad predominantes en la población, de acuerdo con los datos recogidos en los formularios. De las estadísticas vitales se derivan indicadores importantes de salud, mediante las cuales se pueden realizar inferencias, identificar patrones y establecer tendencias.

**7. Propósito de la referencia y contrarreferencia:** en el caso de salud, la referencia es utilizada para hacer efectiva esa conexión entre dos niveles de atención, con la finalidad de ofrecer al usuario un servicio más especializado. Esta referencia es el documento que permite ir avanzando, desde el primer nivel de atención, hasta un hospital especializado del tercer nivel, según sea la necesidad del paciente. La contrarreferencia, por su parte, se refiere a la devolución del paciente al nivel de menor complejidad, con un diagnóstico definido y claras indicaciones sobre el manejo y seguimiento. En este contexto se podría decir que la Caja y el Ministerio de Salud, se vinculan por medio de un sistema de referencia y contrarreferencia tal y como se presenta en la figura N.º 2. (Decreto N.19675-S, Imprenta Nacional 1998)

## Respuestas Tema 4

- 1. *Trascendencia de los censos de población en salud:*** su influencia se refiere al conteo general de la población, en virtud de que, el espacio físico del mobiliario que conforma el archivo clínico para albergar sus expedientes debe planificarse en función del censo de población. Cabe aclarar, que es necesario pensar en que cada una de las personas que conforman la población de un EBAIS o un área de salud tendrá un expediente clínico en ese lugar.
- 2. *Números de asegurado:*** la Caja Costarricense de Seguro Social mantiene un banco de números internos, denominados *números de asegurado*, estos son utilizados para identificar a la población derechohabiente extranjera que se encuentra en el país por razones de trabajo u otras.

## Respuestas Tema 5

### **1. Métodos de archivo**

Son los procedimientos que se adoptan para guardar los expedientes de salud, es un lugar donde puedan permanecer accesibles, al personal. El método es independiente del objeto al que se aplique, tiene como objetivo solucionar problemas de accesibilidad y oportunidad que se pudieran presentar a la hora de desarchivar un documento.

#### ***Método consecutivo:***

El método consecutivo está dado por la escala nominal, donde simplemente se numera siguiendo la forma natural de 1 en adelante. En algunas ocasiones lo que se acostumbra es guardar espacios con ceros a la izquierda, tratando de asumir una posible cantidad de población por numerar, por ejemplo, si tenemos una población de 100 000 habitantes el número 1 sería 000001, el número 25, 000025, y así sucesivamente.

#### ***Método alfabético:***

Este es un método de archivo donde se trabaja con el nombre o los nombres y los apellidos de las personas, en Costa Rica aparece de primero el apellido paterno de segundo el apellido materno y por último el o los nombres.

De esta forma se ordenan las historias clínicas, y se colocan en orden estricto; si, por ejemplo, el apellido paterno y el materno son iguales, se considera el primer nombre, y si todavía son iguales, se considera el segundo nombre.

### **2. Archivo alfabético**

Baldelomar Arjona Ligia  
Brenes Sánchez Sofía  
Katana Wakizashi  
Karachi Arakami  
Lian Shui  
Lostalo López Lina  
Mata No indica otro Mario  
Roing Lazcano Adrián  
Vega Campos Ana  
Vega No indica otro Anabelle

**3. Magnitud del archivo cronológico:** los distintivos cronológicos en los documentos garantizan que los eventos que ocurrieron en un momento en particular y que sus contenidos no han sido alterados desde entonces. Al integrar un servicio el distintivo *cronológico* se puede obtener un entorno fiable y una mayor confianza en el documento (manual o electrónico).

**4. Proceso de selección y eliminación de documentos**

CAPÍTULO IV.

De la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos

CAPÍTULO V. Reglamento de la Ley 7202.

De la Organización y Funcionamiento de la Comisión Nacional de Selección y Eliminación de Documentos.

## Respuestas Tema 6

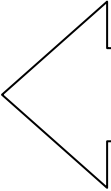
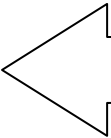
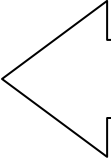
### 1. Evaluación cuantitativa del expediente de salud

<b>Número de expediente</b>	<b>Tipo de error u omisión</b>	<b>Responsable</b>

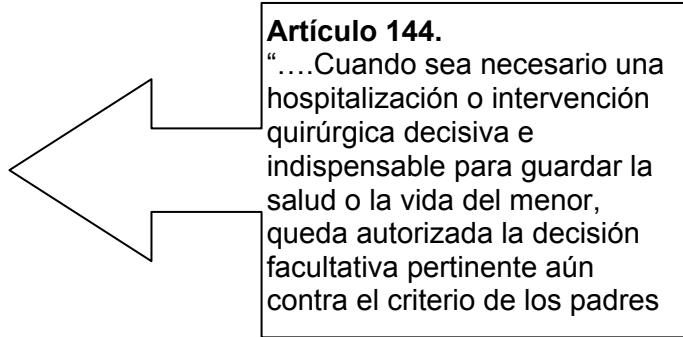


## Respuestas Tema 7

### 1. Cuadro sinóptico leyes del expediente de salud.

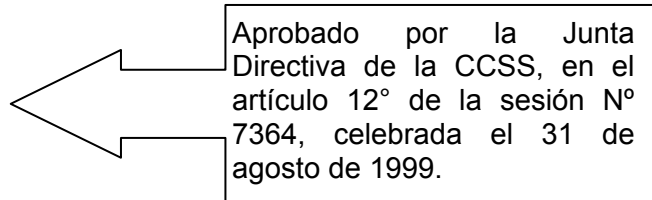
Código Penal		<b>Artículo 203.</b> Será reprimido con prisión de un mes a un año, o de treinta a cien días multa, el que teniendo noticias por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación puede causar daño lo revele sin justa causa.
Código Penal		<b>Artículo 337.</b> Será reprimido con prisión de dos a tres años, el funcionario público que divulgare hechos, actuaciones o documentos, que por ley deben quedar secretos .
Departamento Legal de la C.C.S.S.		2 de mayo de 1988: “... la información de un expediente clínico sólo puede ser facilitada a su dueño, o a alguien debidamente autorizado por él; y en su defecto, a una autoridad judicial....”

Código de Familia



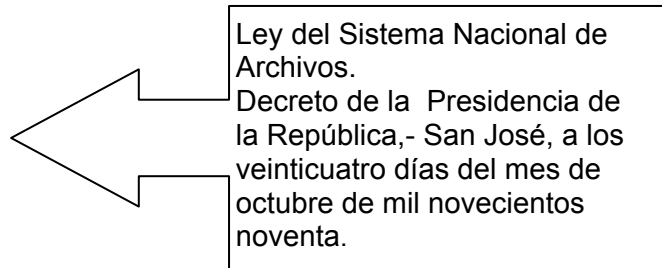
**Artículo 144.**  
“...Cuando sea necesario una hospitalización o intervención quirúrgica decisiva e indispensable para guardar la salud o la vida del menor, queda autorizada la decisión facultativa pertinente aún contra el criterio de los padres

Reglamento del Expediente de Salud de la CCSS



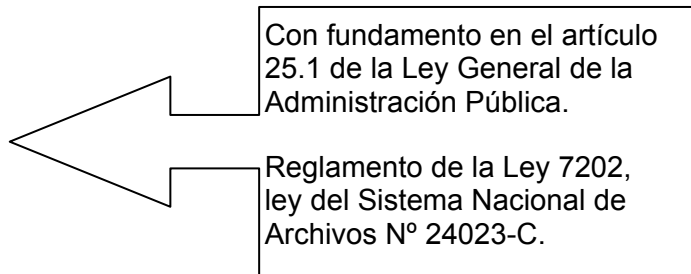
Aprobado por la Junta Directiva de la CCSS, en el artículo 12° de la sesión N° 7364, celebrada el 31 de agosto de 1999.

Ley 7202



Ley del Sistema Nacional de Archivos.  
Decreto de la Presidencia de la República,- San José, a los veinticuatro días del mes de octubre de mil novecientos noventa.

Reglamento de la Ley 7202



Con fundamento en el artículo 25.1 de la Ley General de la Administración Pública.  
Reglamento de la Ley 7202, ley del Sistema Nacional de Archivos N° 24023-C.

**2. Consecuencias con efecto legal al no cumplir con las disposiciones incluidas en la ley.**

Consecuencias

**Código Penal, Artículo 203:**

Será reprimido con prisión de un mes a un año, o de treinta a cien días multa, el que teniendo noticia por razón de su estado, oficio, empleo profesión o arte, de un secreto cuya divulgación puede causar daño, lo revele sin justa causa.

**Código Penal, Artículo 337**

Será reprimido con prisión de dos a tres años, el funcionario público que divulgare hechos, actuaciones o documentos, que por ley deben quedar secretos.

**3. Secuestro legal del expediente de salud**

Capítulo III, Artículos 25, 26, 27 y 28, del Reglamento de expediente de salud de la CCSS.

Acuerdo tomado por el CONSEJO SUPERIOR, en sesión celebrada el veintisiete de febrero de 1997. (Acuerdo ubicado en la página 12 del mismo Reglamento).