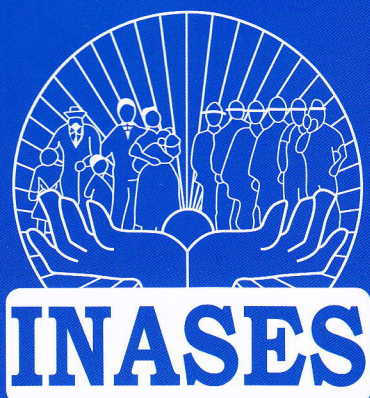




Ministerio de Salud
y Deportes

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

REGLAMENTO GENERAL DE LOS INSTRUMENTOS DE CONTROL MÉDICO



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD INASES

Dra. Nila Heredia Miranda
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Juan Alberto Nogales Rocabado
VICEMINISTRO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD

Dr. Fernando Peña Gómez
**DIRECTOR EJECUTIVO
INASES**

Dr. José Pedro Ribera Chávez
JEFE UNIDAD TÉCNICA DE SALUD

Lic. Nabal Quisbert Blanco
**JEFE UNIDAD DE FISCALIZACIÓN
ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
DE LOS ENTES GESTORES**

Dr. Juan Carlos Capra Guerrero
JEFE UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS

Dr. Enrique Sánchez Saravia
**JEFE UNIDAD DE ASUNTOS
ADMINISTRATIVOS**

REGLAMENTO GENERAL
DE LOS
INSTRUMENTOS
DE
CONTROL MÉDICO

2 0 0 6

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE CONTROL MÉDICO

COORDINACIÓN GENERAL

Dr. José Pedro Ribera Chávez
Jefe Unidad Técnica de Salud - INASES

COMITE DE AUDITORIA MEDICA

Mesa de Trabajo 1

Dra. Ingrid Ibáñez	(C.N.S.)
Dr. Luis Illanes	(C.P.S.)
Dr. Edgar Eduardo	(C.B.E.S.)
Dr. Gonzalo Maldonado	(C.S.B.P.)
Dr. Luis Montaña	(S.S.U.)
Dra. Ma. Teresa Bilbao	(C.P.S.)
Dr. Yanquel Bazán	(INASES)
Dr. José Victor Patiño	(INASES)
Dr. Raúl Gamarra	(INASES)
Dr. Edgar Cáceres	(INASES)

COMITE DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Mesa de Trabajo 2

Dra. María Cruz C.	(C.B.E.S.)
Dr. Gonzalo Laserna	(C.S.C.)
Dr. Max Romero	(S.S.U.)
Dr. Antonio Flores	(C.P.S.)
Dr. Oscar Palma	(C.S.B.P.)
Lic. Daysi Rodríguez	(COSSMIL)
Dr. Jack Antelo	(INASES)
Dr. Carmelo Guzmán	(INASES)

COMITE DE EXPEDIENTE CLINICO

Mesa de Trabajo 3

Dr. Patricio Flores	(CORDES)
Dra. Lilian Guardia	(C.S.B.P.)
Lic. Palmira Maldonado	(S.S.U.)
Dr. Jorge Zelada	(C.S.C.)
Dr. Roxana Miranda	(C.B.E.S.)
Dr. Rubén Ramírez	(C.N.S.)
Dr. Miguel Angel Suárez	(COSSMIL-CORDES)
Dr. Luis E. García	(S.S.U.)
Dr. Jorge Salazar	(C.P.S.)
Dr. Guido Pérez	(C.S.C.)
Dr. Ignacio Caballero	(INASES)
Dr. Pabel Saíenz	(INASES)

COMITE DE FARMACIA Y TERAPEUTICA

Mesa de Trabajo 4

Dra. Iris del Carmen Córdova	(C.B.E.S.)
Dr. Ramiro Carrasco	(C.P.S.)
Dra. Beatriz Cuellar	(S.S.U.)
Dra. Edith Montecinos	(COSSMIL)
Dra. Rosse Mary Alvarado	(CORDES)
Dra. Elizabeth Vargas	(C.S.B.P.)
Dra. María Eugenia Parco	(C.S.C.)
Dra. Ana María Pardo	(C.N.S.)
Dr. José Hugo Rodrigo	(S.S.U.)
Dra. Anita García	(INASES)
Dr. Harold Téllez	(INASES)

COMITÉ MEDICO ADMINISTRATIVO

Mesa de Trabajo 5

Dr. David Portugal	(C.P.S.)
Dra. Eveling Valda	(C.S.C.)
Dr. Abel Camacho	(C.B.E.S.)
Dr. Nicanor Jové	(COSSMIL)
Dr. Rolando Medrano	(C.S.B.P.)
Dra. Jacqueline Mercado	(C.S.B.P.)
Dra. María Luisa Valenzuela	(COSSMIL)
Dr. Milan Ugrinovic	(C.N.S.)
Dr. Werner Pando	(INASES)
Sr. Juan Alcazar	(INASES)

PRESENTACIÓN

En los últimos años ha aumentado el interés por los temas de evaluación, auditoría y calidad. Este fenómeno es el resultado del cuestionamiento de la práctica médica y del incremento de las competencias profesionales y económicas. Si bien la preocupación sobre la calidad de atención en salud no es nueva, en los últimos tiempos se ha acrecentado el interés en el tema, del cual, el Instituto Nacional de Seguros de Salud no se ha descuidado.

Ahora son más frecuentes los cuestionamientos de los usuarios sobre la atención que se les brinda y no sólo con referencia a los aspectos de bienestar o trato sino también sobre aspectos del desarrollo técnico de la atención.

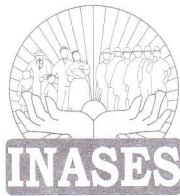
Ante esta situación, el INASES ha realizado un taller de análisis con profesionales médicos y enfermeras representantes de todas las entidades gestoras de salud, donde se discutió y analizó el documento vigente sobre Instrumentos de Control Médico, documento que contiene reglamentación sobre el funcionamiento de diferentes comités de evaluaciones que no son otra cosa que círculos de calidad o grupos de personal voluntario que trabaja en un establecimiento de atención médica y que se reúne para encontrar soluciones posibles a los problemas concretos detectados en los servicios médicos.

Consideramos que la vigencia de este documento revisado y consensado por representantes de las entidades gestoras, es una herramienta singular de apoyo a la gestión y administración de los establecimientos de salud de la seguridad social de corto plazo en la búsqueda de lograr una atención de calidad.

Expreso mi profundo agradecimiento a todos aquellos profesionales que coadyuvaron con su participación, conocimientos y experiencia al enriquecimiento de la Reglamentación Sobre Instrumentos de Control Médico, cuya aplicación permitirá lograr mejoras en la atención médica de toda la población asegurada en un corto y mediano plazo.



Dr. Fernando Peña Gómez
DIRECTOR EJECUTIVO DEL INASES



**MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD**

Av. 6 de Agosto, Edif. Las Dos Torres No. 2577, 5to. Piso • Telfs.: 2430040 - 2430050 - 2431872 - 2433029 • E-Mail: inases@ceibo.entelnet.bo • Fax: 2430070
Casilla 7007 • La Paz - Bolivia
Cochabamba • Calle Hamiraya N° 5-356 5to. Piso Telf.: 4581561 • Santa Cruz • Calle Santa Bárbara N° 201 Telf. 3340533

RESOLUCION ADMINISTRATIVA N° 158-2005

La Paz, 28 DIC. 2005

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Directorio N° 049-99 de 22 septiembre 1999, se aprueba el Reglamento de Instrumentos de Control Médico de los Servicios de la Seguridad Social, disposición homologada mediante Resolución Ministerial N° 0065 de 23 febrero 2000.

Que, mediante Resolución Administrativa N° 027-04 de fecha 30 de abril de 2004 se aprueba el "Reglamento de los Instrumentos de Control Médico en Establecimientos de Salud de la Seguridad Social" cuyo texto modifica al documento de fecha 22 de septiembre de 1999.

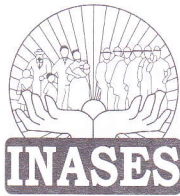
Que, mediante Resolución Ministerial del 14 de enero de 2005, se aprueba el Reglamento General de Hospitales para todo el sistema de salud de Bolivia, en cuyo artículo 23° se establecen los comités de asesoramiento que apoyan a lograr una gestión de calidad en los servicios de salud.

Que, la Ley N° 3131 Ley del Ejercicio Profesional Médico promulgada en fecha 8 de agosto de 2005, establece en su artículo 15° la auditoría médica como instrumento preventivo y correctivo del acto médico y la gestión de calidad.

Que, el Decreto Supremo N° 28562 de fecha 22 de diciembre de 2005, reglamenta a la Ley N° 3131 y establece en su artículo 5° la gestión de calidad como inexcusable para los médicos de todos los sectores del sistema nacional de salud.

Que, mediante nota UTS-30-01-302/05 de fecha 27 de diciembre de 2005, la Unidad Técnica de Salud del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), presentó el nuevo Reglamento de Instrumentos de Control Médico en Establecimientos de Salud de la Seguridad Social, documento revisado de acuerdo a disposiciones en vigencia y consensuado con profesionales de los entes gestores del Régimen a Corto Plazo de la Seguridad Social.

Que, el D.S. 25798 de 2 de junio de 2000 al establecer el Marco Institucional del INASES en sus artículos 6°, inc. k) y 25, inc. k) ratifica esa facultad que se consagra como atribución privativa del Instituto para fiscalizar la práctica del ejercicio médico en todos los niveles de los Entes Gestores y Seguros Delegados.



**MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD**

Av. 6 de Agosto, Edif. Las Dos Torres No. 2577, 5to. Piso • Telfs.: 2430040 - 2430050 - 2431872 - 2433029 • E-Mail: inases@ceibo.entelnet.bo • Fax: 2430070
Casilla 7007 • La Paz - Bolivia
Cochabamba • Calle Hamiraya N° 5-356 5to. Piso Telf.: 4581561 • Santa Cruz • Calle Santa Bárbara N° 201 Telf. 3340533

POR TANTO:

El Director Ejecutivo del Instituto Nacional de Seguros de Salud en ejercicio de las atribuciones conferidas por el artículo 19° del D.S. 25798.

RESUELVE:

PRIMERO.- Aprobar el “REGLAMENTO DE INSTRUMENTOS DE CONTROL MÉDICO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL”, que contiene los siguientes documentos:

- Reglamento General de Instrumentos de Control Médico.
- Reglamento Específico del Comité de Infecciones Intrahospitalarias.
- Reglamento Específico del Comité de Expediente Clínico.
- Reglamento Específico del Comité Médico Administrativo.
- Reglamento Específico del Comité de Farmacia y Terapéutica.
- Reglamento Específico del Comité de Auditoría Médica.
- Reglamento para la elaboración, Manejo y Archivo del Expediente Médico o Clínico en las Entidades de la Seguridad Social de Corto Plazo.

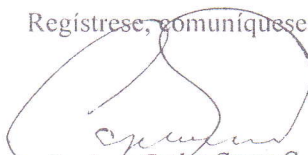
SEGUNDO.- El “REGLAMENTO DE INSTRUMENTOS DE CONTROL MÉDICO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL” entrará en vigencia en todos los entes gestores y seguros delegados a partir del primer día hábil del mes de enero de 2006, sin perjuicio de su homologación por el Ministerio de Salud y Deportes.

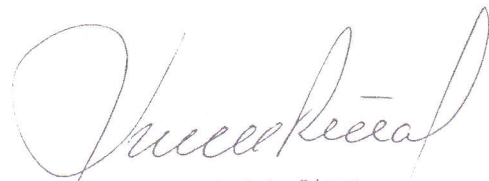
TERCERO.- Se abroga la Resolución Administrativa N° 027-2004 de 30 de abril de 2004. Se deja sin efectos legales los alcances de la Resolución de Directorio N° 049-99 de 22 septiembre 1999.

CUARTO.- La Unidad Técnica de Salud queda encargada de la ejecución y cumplimiento de la presente Resolución.

QUINTO.- La presente Resolución Administrativa deberá ser homologada por el Ministerio de Salud y Deportes, mediante Resolución expresa.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Dr. Juan Carlos Capra G.
JEFE UNIDAD ASUNTOS
JURIDICOS
INASES


Dr. Fernando Peña Gómez
DIRECTOR EJECUTIVO
INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD

INDICE

Reglamento General de Instrumentos de Control Médico	13
Reglamento Específico del Comité de Infecciones Intrahospitalarias	15
Reglamento Específico del Comité de Expediente Clínico	18
Reglamento Específico del Comité Médico Administrativo	21
Reglamento Específico del Comité de Farmacia y Terapéutica	23
Reglamento Específico del Comité de Auditoria Médica	28
Reglamento para la Elaboración , Manejo y Archivo del Expediente Médico o Clínico en las Entidades de la Seguridad Social de Corto Plazo	31

REGLAMENTO GENERAL DE LOS INSTRUMENTOS DE CONTROL MÉDICO

Artículo 1. (Definición)

Los Instrumentos de Control Médico son mecanismos de evaluación, control interno y apoyo institucional cuya función específica es el análisis de las actividades realizadas por el personal de salud para identificar problemas, sugerir soluciones y facilitar la toma de decisiones por parte de las instancias que corresponden.

Artículo 2. (Finalidad)

La implementación y el funcionamiento de los Instrumentos de Control Médico tienen la finalidad de contribuir al logro de la calidad de atención en los Establecimientos de Salud de los Entes Gestores y Seguros Delegados. Son un parámetro en los procesos de acreditación de los Establecimientos de Salud de la Seguridad Social.

Artículo 3. (Mecanismos)

El Control de la Atención Médica se realizará mediante la conformación de Comités en todos los Establecimientos de Consulta Externa y Hospitales de los Entes Gestores incluidos los Seguros Delegados cuyo número y estructura estará dada de acuerdo a la complejidad del Establecimiento de Salud en el cual se establezcan.

Artículo 4. (Ubicación Orgánica y Dependencia)

Los Comités de Control Médico, se considerarán como organismos de apoyo, que elevan sugerencias y recomendaciones a las unidades responsables de la toma de decisiones, son dependientes de la Dirección del Servicio de Consulta Externa, Dirección del Hospital y del Responsable del Seguro Delegado.

Artículo 5. (Conformación)

Los Comités de Control Médico, serán conformados por profesionales y funcionarios de los Establecimientos de Salud de los Entes Gestores de la Seguridad Social designados de forma escrita por el Director del Establecimiento de Consulta Externa, el Director del Hospital o el Responsable del Seguro Delegado, de acuerdo a las funciones de cada Comité.

Artículo 6. (Nominación y funciones)

Los diferentes Comités de Control Médico organizados se denominan de acuerdo a la actividad que realicen y sus funciones se establecen en los reglamentos específicos de cada comité, los cuales se adjuntan al presente reglamento.

Artículo 7. (Número de comités)

Se establecen los siguientes comités en las Entidades Gestoras de la Seguridad Social de Corto Plazo:

1. Comité de Infecciones Intra-hospitalaria
2. Comité de Expediente Clínico
3. Comité de Farmacia y Terapéutica
4. Comité de Auditoría Médica
5. Comité Médico Administrativo

Además de los anteriores, se podrán conformar comités de acuerdo a las necesidades institucionales, debiendo previamente elaborar su reglamentación específica la cual debe ser aprobada por el Director del Establecimiento de Consulta Externa, Hospital o Responsable de Seguro Delegado y comunicada al INASES.

Artículo 8. (Designación)

Los profesionales y funcionarios participantes en los Comités de Control Médico, serán designados por el Director del Establecimiento de Consulta Externa, el Director del Hospital y el Responsable del Seguro Delegado de acuerdo a Reglamento Específico de cada Comité.

Artículo 9. (Funcionamiento)

El Director del Establecimiento de Consulta Externa, Director del Hospital o el Responsable del Seguro Delegado, otorgará a todos los miembros de los Comités dos horas semanales (o las que se considere necesarias) para las sesiones que deba realizar el comité dentro del horario de trabajo.

Artículo 10. (Cumplimiento)

Los Entes Gestores y Seguros Delegados deben cumplir obligatoriamente con el presente Reglamento y conformar a partir de la vigencia del mismo los Comités de Control Médico en todos sus servicios de atención médica.

Artículo 11. (Fiscalización)

La verificación del funcionamiento de los Comités de Control Médico y de otros Comités establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes estará a cargo de la Unidad Técnica de Salud del INASES.

Artículo 12. (Incentivo)

El INASES otorgará Certificación Institucional al término de sus funciones como miembros de los comités a todos los profesionales que los conformen, la Certificación tendrá validez dentro de la puntuación para el Escalafón Médico.

REGLAMENTO ESPECIFICO DEL COMITÉ DE INFECCIONES INTRA-HOSPITALARIAS, MANEJO DE RESIDUOS INFECCIOSOS Y BIOSEGURIDAD

Artículo 1. (Definiciones)

a) Infecciones Intra-hospitalaria:

Las Infecciones Intra-hospitalarias son un conjunto heterogéneo de enfermedades infecciosas cuyo denominador común es el haber sido adquiridas en el hospital después de 48 a 72 horas de la admisión y que no estaba presente en periodo de incubación al momento de ingreso o, que se manifieste del alta del paciente hasta los 30 días en caso de cirugía y hasta un año en caso de implante de prótesis.

b) Residuos infecciosos:

Los residuos que se generan en los centros de atención médica se denominan residuos infecciosos por ser altamente peligrosos para la salud de las personas que lo manejan directamente o indirectamente como médicos, enfermeras, auxiliares, pacientes, personal de mantenimiento, servicio de atención al público y trabajadores de salud en general. Estos se clasifican en:

- a) *Residuos Sólidos*: cartón, papel, plásticos provenientes de empaques de medicamentos, elementos abandonados en los pasillos o habitaciones por los visitantes como cartón, residuos de comida, papel, materiales usados en curaciones como las gasas, vendas, suturas, algodón, jeringas, agujas, bisturí, cuchillas, elementos de tela impregnados con sangre, orina, vómitos u otros líquidos corporales, pedazos de mangueras o tubos utilizados en trasfusiones, tejidos y partes de órganos, cadáveres.
- b) *Residuos Líquidos*: sangre, hemoderivados, orina, heces, secreciones, entre otras.
- c) *Residuos Especiales*: radioactivos, farmacéuticos, químicos.
- d) *Residuos Comunes*: basuras, desperdicios, etc.

c) Bioseguridad:

Son los procedimientos y conductas que deben aplicarse permanentemente para disminuir la exposición a materiales contaminados y tóxicos que incluyen protecciones y barreras físicas, químicas y biológicas.

Artículo 2. (Ámbito de Competencia)

El Comité de Infecciones Intra-hospitalarias, Manejo de Residuos Infecciosos y Bioseguridad tiene como ámbito de competencia todos los servicios de hospitalización de los Entes Gestores del Régimen de Prestaciones a Corto Plazo.

Artículo 3. (Propósito)

La implementación de los Comités de Infecciones Intra-hospitalaria, Manejo de Residuos Infecciosos y Bioseguridad tiene como propósito contribuir a mejorar la calidad de la atención de los servicios, realizando acciones de control y prevención que disminuyan el riesgo de adquirir una infección, riesgos de morbi-mortalidad en paciente, personal de salud visitas en áreas hospitalarias.

Artículo 4. (Estructura)

El Comité de Infecciones Intra-hospitalaria, Manejo de Residuos Infecciosos, y Bioseguridad, estará integrado por tres Subcomités: Subcomité de Infecciones, Subcomité de Residuos Infecciosos y Subcomité de Bioseguridad.

Artículo 5. (Responsables)

Tendrá responsabilidad directa y obligatoria sobre el funcionamiento del Comité el Director del Hospital. El responsable del Comité delegará la ejecución operativa a los responsables de los subcomités y designará de forma escrita a los profesionales que lo integren.

Artículo 6. (Composición)

Los Comités de Infecciones Intra-hospitalaria, Residuos Infecciosos y Bioseguridad estarán conformados mínimamente por un Presidente y un Secretario.

Deberán ser miembros del Comité de manera obligatoria el Jefe del Servicio de Laboratorio, un Responsable de la central de equipos y esterilización, un Profesional Médico de preferencia Epidemiólogo y una Lic. en Enfermería.

El Presidente del Comité podrá convocar la participación de profesionales de diversas especialidades de acuerdo a las necesidades y complejidad del Hospital.

El Secretario será elegido por consenso de entre los miembros del Comité

Artículo 7. (Funciones de los Componentes del Comité)

- a) Funciones del Presidente:
 - Convocar, dirigir y presidir las reuniones del Comité.
 - Supervisar el cumplimiento de las recomendaciones realizadas por el Comité.
 - Elaborar y presentar informes trimestrales de las actividades del Comité al Jefe Médico del Ente Gestor, éste a la vez, enviará el informe al INASES y esta entidad, remitirá dicho informe al SNIS.
- b) Funciones del Secretario:
 - Llevar registro y elaborar actas de las reuniones y actividades del Comité y Subcomités.
 - Coadyuvar en el cumplimiento de las recomendaciones del Comité y Subcomités.
- c) Funciones de los Miembros del Comité:
 - Asistir a las reuniones convocadas.
 - Apoyar la supervisión del cumplimiento de las recomendaciones realizadas por el Comité y Subcomités.
 - Coadyuvar en la elaboración de informes del Comité Subcomités.

Artículo 8. (Funciones de los Componentes de los Subcomités)

- a) Actividades operativas de control y prevención de Infecciones Hospitalarias.
- b) Control y supervisión del Manejo de Residuos Sólidos.
- c) Control y supervisión sobre procedimientos de Bioseguridad.
- d) Elaborar los programas de capacitación continua y planificar las actividades para cada gestión.

Artículo 9. (Funciones del Comité)

- a) Realizar un diagnóstico situacional epidemiológico del servicio hospitalario obligatoriamente una vez al año.
- b) Establecer un sistema de supervisión, monitoreo y evaluación periódica a los diferentes servicios del hospital de acuerdo a Guía de Prevención y Control de Infecciones Intra-hospitalaria, Guía de Manejo de Residuos Infecciosos y Bioseguridad (Anexo 1).
- c) Implementar los Manuales de procedimientos enmarcados en las disposiciones vigentes emitidas por Ministerio de Salud y Deportes.

- d) Seleccionar y priorizar las Infecciones Intra-hospitalarias, Manejo de Residuos Sólido y Bioseguridad, mediante criterios de morbilidad, mortalidad y costos para planificar las intervenciones.
- e) Instruir la elaboración y actualización de protocolos sobre prevención de riesgos de infecciones Intra-hospitalaria, Manejo de Residuos Infecciosos y Bio-seguridad.
- f) Vigilar el uso racional de antimicrobianos.
- g) Realizar controles de calidad de manera trimestral según protocolos existentes a las áreas de esterilización del hospital.
- h) Establecer un sistema interno de vigilancia epidemiológica de Infecciones Intra-hospitalarias, Manejo de Residuos Sólido y Bioseguridad.
- i) Elaborar conclusiones y recomendaciones dirigidas a prevenir y controlar las Infecciones Intra-hospitalarias, controlar la generación de Residuos Infecciosos y controlar los procedimientos de Bioseguridad.
- j) Brindar toda la información producida por el Comité cuando esta sea requerida por instancias superiores de Administración, Dirección y Fiscalización de la Seguridad Social, cumpliendo la normativa vigente.
- k) Emitir informes trimestrales sobre infecciones intra-hospitalarias, manejo de residuos infecciosos y bioseguridad así como de otras actividades del Comité al Jefe Médico del Ente Gestor y este al INASES.
- l) Participar en la elaboración del programa anual de operaciones donde deben incluirse los requerimientos necesarios para prevenir infecciones intra hospitalaria, manejar residuos infecciosos y bioseguridad.

Artículo 10. (Disposiciones Administrativas)

- a) El Comité deberá reunirse minimamente una vez al mes para cumplir sus funciones.
- b) Las Resoluciones emitidas del Comité se pondrán en conocimiento de forma trimestral al Jefe Médico de cada Ente Gestor y este al INASES.
- c) El Comité se reunirá las veces necesarias para tratar casos específicos de infecciones intra-hospitalarias, manejo de residuos infecciosos y Bioseguridad que ameriten conducta especial.

Artículo 11. (Duración de Funciones)

El Presidente y los miembros del Comité durarán en sus funciones hasta el cese del cargo administrativo.

El Secretario deberá cumplir sus funciones durante un año obligatoriamente, puede ser elegido por un año más.

Artículo 12. (Responsabilidad)

El Presidente del Comité responderá sobre el cumplimiento de sus funciones ante las Autoridades Superiores del Ente Gestor y ante el INASES, en el marco del presente reglamento, Manual de Funciones y el Reglamento Interno de la Institución.

Artículo 13. (Vigencia)

El presente Reglamento específico entrará en vigencia una vez aprobado mediante Resolución expresa.

Artículo 7. (Organización)

El Comité estará organizado por los siguientes componentes:

- Un Presidente
- Un Secretario

Podrán integrar el Comité profesionales médicos y enfermeras de acuerdo a la necesidad y pertinencia identificada por el presidente del Comité.

El Secretario será elegido por consenso de entre los miembros del Comité.

Artículo 8. (Funciones de los componentes del Comité)

a) Funciones del Presidente

- Dirigir y presidir las reuniones
- Citar a reuniones ordinarias y extraordinarias
- Vigilar el cumplimiento de las decisiones adoptadas
- Elevar informe escrito a la autoridad competente de los resultados obtenidos.

b) Funciones del Secretario

- Presidir las reuniones del Comité, en caso de ausencia del presidente.
- Elaborar las actas de reunión.
- Documentar los acuerdos y compromisos adquiridos por el Comité.
- Llevar el registro adecuado de las reuniones del Comité, especialmente de las normas, reglamentos y disposiciones que deben ser adoptadas por la entidad.
- Realizar el seguimiento de las decisiones adoptadas.
- Coadyuvar a la implementación de las recomendaciones emanadas del Comité.

Artículo 9. (FUNCIONES DEL COMITÉ)

El comité cumplirá las siguientes funciones:

- a) El instrumento de trabajo del Comité es todo lo estipulado en el reglamento sobre la Elaboración, Manejo y Archivo del Expediente Clínico en las entidades de Seguridad Social de Corto Plazo.
- b) El Comité debe elaborar informes sobre el funcionamiento y desarrollo de actividades y elevar cada tres meses a consideración de la autoridad institucional y al INASES o cuando existan solicitudes de informe.
- c) En el marco de sus atribuciones, sugerirá la revisión y actualización de los expedientes clínicos, cuando las circunstancias así lo ameriten.
- d) El comité debe realizar cada seis meses una evaluación técnica administrativa, donde se identifique las debilidades y fortalezas de la comisión así como los requerimientos a ser incorporados en la programación del POA.
- e) El Comité debe elaborar acciones de comunicación y capacitación al personal institucional sobre el manejo del Expediente Clínico.

Artículo 12. (REGULACIONES ADMINISTRATIVAS)

- a. La revisión de historias clínicas se realizarán única y exclusivamente en ambientes institucionales y bajo ninguna circunstancia podrán realizarse fuera de la institución.
- b. El Comité sesionara como mínimo 1 vez al mes, pudiendo ampliar él numero de reuniones cuando las condiciones institucionales así lo ameriten.
- c. Las sesiones de trabajo del Comité, tendrán una duración de 2 horas por sesión, pudiendo ampliarse en

- sujeción a la complejidad de los casos.
- d. La Dirección del Hospital o Policlínico, facilitará un ambiente con las comodidades básicas para que el Comité sesione de manera reservada y sin interrupciones.
 - e. Los informes, dictámenes, libro de actas, convocatorias y otra documentación utilizada en el Comité, constituyen documentos institucionales, las mismas deben manejarse con entera confidencialidad y seguridad, de manera que los directores de Hospitales y Policlínicos, deben contribuir a este propósito.

Artículo 13. (Cumplimiento)

El cumplimiento del presente reglamento forma parte de los instrumentos necesarios a implementar en las instituciones de la seguridad social como parte de la gestión de calidad.

Artículo 14. (Sanciones)

El incumplimiento del presente reglamento dará lugar a las sanciones establecidas en el manual de funciones, reglamento interno y disposiciones vigentes.

Artículo 15. (Vigencia)

El presente reglamento entrara en vigencia a partir de su aprobación, mediante una Resolución Administrativa.

REGLAMENTO ESPECÍFICO DEL COMITÉ MEDICO ADMINISTRATIVO

Artículo 1. (Definición)

Instancia de coordinación institucional, con funciones médico administrativas en representación del establecimiento de salud, responsable de promover procesos de planificación y la ejecución de políticas orientadas a lograr calidad de atención de salud en las instituciones de la seguridad social de corto plazo.

Artículo 2. (Ámbito de Competencia)

El Comité Médico Administrativo, tiene como ámbito de competencia todos los establecimientos de consulta externa, hospitalización y seguros delegados del régimen de prestaciones a corto plazo.

Su implementación será de carácter obligatorio para todas los Entes Gestores del régimen de prestaciones de corto plazo.

Artículo 3. (Propósito)

El Comité tiene como propósito realizar la coordinación, análisis, supervisión, evaluación, control y seguimiento de las funciones y actividades médico administrativas desarrolladas por los comités vigentes en la institución, además de los procesos y procedimientos médico administrativos de gestión del establecimiento.

Artículo 4. (Responsable)

Tendrá responsabilidad directa y obligatoria sobre el funcionamiento del Comité, el Director del servicio de salud de consulta externa u hospitalización. El responsable del Comité podrá delegar la ejecución operativa a un profesional médico mediante designación de forma escrita, sin que ello signifique la delegación de responsabilidad del Director del establecimiento de salud.

Artículo 5. (Composición) el Comité Medico Administrativo esta conformado por:

- Un Presidente
- Un Secretario

Deberán integrar el comité todos los profesionales médicos, enfermeras y administrativos con cargos de responsabilidad dentro de los establecimientos de salud, de acuerdo a la necesidad y pertinencia identificada por el presidente del Comité.

El Secretario será elegido por consenso de entre los miembros del Comité.

Artículo 6. (Atribuciones del comité)

- a) Realizar el seguimiento trimestral al programa anual de operaciones referente al cumplimiento de objetivos y metas establecidas.
- b) Analizar y evaluar mensualmente los informes ejecutivos del sistema de información de la institución para recomendar acciones que contribuyan al mejoramiento continuo de los servicios y la atención médica.
- c) Informar los resultados de estas evaluaciones a las jefaturas de unidades y servicios para aplicar los correctivos recomendados.
- d) Supervisar, controlar y realizar el seguimiento del funcionamiento, actividades y resultados de los otros comités del establecimiento.
- e) Analizar , evaluar y cooperar en la ejecución de las propuestas planteadas por los otros Comités.
- f) Elaborar y emitir recomendaciones médico administrativas que permitan a las autoridades institucionales

tomar conocimiento del trabajo de los Comités e implementar correctivos para mejorar la administración y la prestación de servicios de salud.

Artículo 7. (Funciones de los miembros del Comité)

a) Funciones del Presidente

- Dirigir y presidir las reuniones
- Citar a reuniones ordinarias y extraordinarias
- Vigilar el cumplimiento de las decisiones adoptadas
- Elevar informe escrito a la autoridad competente de los resultados obtenidos.

b) Funciones del Secretario

- Presidir las reuniones del Comité, en caso de ausencia del presidente.
- Elaborar las actas de reunión.
- Documentar los acuerdos y compromisos adquiridos por el Comité.
- Llevar el registro adecuado de las reuniones del Comité, especialmente de las normas, reglamentos y disposiciones que deben ser adoptadas por la entidad.
- Realizar el seguimiento de las decisiones adoptadas.
- Coadyuvar a la implementación de las recomendaciones emanadas del Comité.

Artículo 8. (Disposiciones Administrativas)

- a) El comité deberá reunirse al menos una vez al mes para cumplir sus funciones
- b) Las resoluciones emitidas por el Comité se pondrán en conocimiento de la autoridad inmediata superior.
- c) El Comité se reunirá con carácter extraordinario por convocatoria interna o a solicitud de autoridad superior.

Artículo 9. (Supervisión)

Las autoridades del ente gestor en coordinación con el INASES, supervisarán la implementación y el adecuado funcionamiento del Comité.

Artículo 10. (Cumplimiento)

El cumplimiento del presente reglamento forma parte de los instrumentos necesarios a implementar en las instituciones de la seguridad social como parte de la gestión de calidad.

Artículo 11. (Sanciones)

El incumplimiento del presente reglamento dará lugar a las sanciones establecidas en el manual de funciones, reglamento interno y disposiciones vigentes.

Artículo 12. (Vigencia)

El presente Reglamento específico entrará en vigencia una vez aprobado por el Honorable Directorio de la institución, mediante Resolución expresa.

REGLAMENTO ESPECÍFICO DEL COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

CAPÍTULO I Disposiciones Generales

Artículo 1. El presente reglamento tiene por objeto regular las actividades y/o procesos propios de los Comités de Farmacia y Terapéutica.

Artículo 2. Todas las Instituciones de la Seguridad Social deberán promover el funcionamiento del Comité de Farmacia y Terapéutica, entendiéndose como tal, el grupo de carácter permanente al servicio de la Institución de Salud que asiste y resuelve temas afines en el ámbito de sus funciones.

CAPÍTULO II De los Objetivos del Comité Nacional de Farmacia y Terapéutica

Artículo 3. El presente reglamento tiene los siguientes objetivos:

- a) Formular, asesorar, desarrollar e implementar las políticas relacionadas con los medicamentos: selección, programación, dispensación, administración y uso racional de los mismos.
- b) Participar en la formulación de programas diseñados para satisfacer las necesidades del usuario y del equipo de salud, relacionadas con el conocimiento y uso adecuado de los medicamentos.
- c) Evaluar los informes enviados por los Comités Regionales sobre la sospecha de la existencia de eventos adversos o problemas relacionados con los medicamentos.

CAPÍTULO III De la Conformación del Comité Nacional de Farmacia y Terapéutica

Artículo 4. Este Comité estará integrado por:

- El Director (a) o Gerente de Servicios de Salud o su representante.
- El Jefe Nacional de Farmacia (a)
- Un profesional de la especialidad médica respectiva, cuando el tema a desarrollar o discutir lo requiera.
- La Jefe Nacional de Enfermeras o su representante.
- Un representante del área administrativa y financiera cuando el tema a desarrollar o discutir lo requiera.

CAPITULO IV

De las Funciones de los Miembros del Comité Nacional de Farmacia y Terapéutica

Artículo 5. Del Presidente

- Dirigir y presidir las reuniones
- Citar a reuniones ordinarias y extraordinarias
- Vigilar el cumplimiento de las decisiones adoptadas
- Controlar, supervisar y evaluar la labor de los Comités Regionales
- Recibir los informes de los Comités Regionales, para su análisis en el Comité Nacional.
- Elevar informe escrito a la autoridad competente de los resultados obtenidos.

Artículo 6. Del Secretario

- Presidir las reuniones del Comité, en caso de ausencia del presidente.
- Elaborar las actas de reunión.
- Documentar los acuerdos y compromisos adquiridos por el Comité.
- Llevar el registro adecuado de las reuniones del Comité, especialmente de las normas, reglamentos y disposiciones que deben ser adoptadas por la entidad.
- Realizar el seguimiento de las decisiones adoptadas.
- Coadyuvar a la implementación de las recomendaciones emanadas del Comité.

CAPITULO V

De las Reuniones del Comité Nacional de Farmacia y Terapéutica

Artículo 7. El presidente del Comité programará lugar, fecha y hora, de las reuniones ordinarias con suficiente antelación y las extraordinarias de acuerdo a requerimiento.

Artículo 8. La periodicidad de las reuniones estará dada por la urgencia y las responsabilidades asignadas al comité, las mismas se realizarán al menos 6 (seis) veces al año.

Artículo 9. Los informes de trabajo y las actas de reunión, deben ser remitidos al INASES trimestralmente para el análisis de la documentación y posterior seguimiento del cumplimiento de los compromisos contraídos.

CAPÍTULO VI

De las Funciones del Comité Nacional de Farmacia y Terapéutica

Artículo 10. Las funciones del Comité Nacional serán:

- Verificar el cumplimiento de las Normas y Reglamentos institucionales relacionadas a medicamentos.
- Seleccionar los Medicamentos para inclusión o exclusión del Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales de la Seguridad Social.
- Asesorar en toda actividad relacionada con la promoción del uso racional de medicamentos en la institución.

- Promover un sistema de farmacovigilancia a nivel institucional.
- Fomentar la investigación sobre el uso de medicamentos y utilizar sus resultados como insumo en el desarrollo de sus otras funciones
- Analizar los informes de trabajo y actas de reunión remitidos por los Comités Regionales.

CAPÍTULO VII

De los Objetivos de los Comités Regionales y Centros Asistenciales de Farmacia y Terapéutica

Artículo 11. Formular, asesorar, desarrollar y hacer cumplir las políticas relacionadas con los medicamentos: selección, programación, dispensación, administración y uso racional de los mismos.

Artículo 12. Participar en la formulación de programas diseñados para satisfacer las necesidades del usuario y del equipo de salud, relacionadas con el conocimiento y uso adecuado de los medicamentos.

Artículo 13. Recolectar y analizar los datos enviados por las distintas áreas del servicio de salud sobre la sospecha de la existencia de eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con los medicamentos e informar los resultados al médico tratante, al personal de salud y a las autoridades correspondientes.

CAPÍTULO VIII

De la Conformación del Comité Regional y de Centros Asistenciales de Farmacia y Terapéutica

Artículo 14. Este Comité estará integrado por:

- El Administrador Regional (a) o Jefe Médico Regional o su representante.
- El Supervisor o Regente de la Farmacia Regional (a)
- La Jefe de Enfermeras o su representante
- Un profesional de la especialidad médica respectiva, cuando el tema a desarrollar o discutir lo requiera.
- Un representante del área administrativa y financiera cuando el tema a desarrollar o discutir lo requiera.

CAPÍTULO IX

De las Funciones de los Miembros de los Comités Regionales y Centros Asistenciales de Farmacia y Terapéutica

Artículo 15. Del Presidente

- Dirigir y presidir las reuniones
- Citar a reuniones ordinarias y extraordinarias
- Vigilar el cumplimiento de las decisiones adoptadas
- Elevar informe escrito a la autoridad competente de los resultados obtenidos.

Artículo 16. Del Secretario

- Presidir las reuniones del Comité, en caso de ausencia del presidente.
- Elaborar las actas de reunión.
- Documentar los acuerdos y compromisos adquiridos por el Comité
- Llevar el registro adecuado de las reuniones del Comité, especialmente de las normas, reglamentos y disposiciones que deben ser adoptadas por la entidad
- Realizar el seguimiento de las decisiones adoptadas
- Coadyuvar a la implementación de las recomendaciones emanadas del Comité

CAPITULO X

De las Reuniones de los Comités Regionales y Centros Asistenciales de Farmacia y Terapéutica

Artículo 17. El presidente del Comité programará lugar, fecha y hora, de las reuniones ordinarias con suficiente antelación y las extraordinarias de acuerdo a requerimiento.

Artículo 18. La periodicidad de las reuniones estará dada por la urgencia y las responsabilidades asignadas al Comité, las mismas se realizarán al menos 6 (seis) veces al año.

CAPÍTULO XI

De las Funciones de los Comités Regionales y Centros Asistenciales de Farmacia y Terapéutica

Artículo 19. Las funciones de los Comités Regionales y Centros Asistenciales serán:

- Asesorar en toda actividad relacionada al suministro de medicamentos y promover el uso racional.
- Dirigir los programas de detección, seguimiento y evaluación de reacciones adversas.
- Evaluar los reportes de falla terapéutica y emitir el informe correspondiente.
- Participar en la elaboración de protocolos institucionales promoviendo la utilización de medicamentos establecidos en el Cuadro Básico de la Seguridad Social.
- Fomentar y participar en actividades de educación continua en terapéutica dirigida al usuario y al equipo de salud.
- Difundir las alertas presentadas en el uso de medicamentos.
- Recabar y analizar las solicitudes de inclusión o exclusión de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales.
- Difundir en la institución la información correspondiente de las acciones y recomendaciones del Comité.
- Remitir los informes de trabajo y actas de reuniones al Comité Nacional de Farmacia y Terapéutica.

CAPÍTULO XII

Del Control y Supervisión

Artículo 20. El control y supervisión de la aplicación del presente reglamento quedará a cargo de acuerdo a su dependencia de:

- La Dirección Nacional de Servicios de Salud.
- La Administración o Jefatura Médica Regional.
- La Dirección del Centro de Salud o Autoridad equivalente.

CAPÍTULO XIII

Disposiciones Finales

Artículo 21. El presente Reglamento específico entrará en vigencia una vez aprobado por el Honorable Directorio de la institución, mediante Resolución expresa.

REGLAMENTO ESPECIFICO DEL COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA

Artículo 1. (Definición)

La auditoria médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo con el fin de emitir un dictamen, informe, o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud. (Art. 15 Ley 3131 del 8 de agosto del 2005)

Se entiende la AUDITORIA MEDICA como la evaluación de la calidad de atención médica otorgada en los servicios de salud de los Entes Gestores a través del análisis del Expediente Clínico realizado por un Profesional Auditor Médico.

Artículo 2. (Propósito)

El Comité de Auditoria Médica tiene como principal propósito evaluar la calidad de la atención médica y de salud a través del análisis periódico y continuo del expediente médico o clínico, identificando los riesgos y recomendando los correctivos correspondientes tomando en cuenta la elaboración, los procedimientos utilizados en la atención medica y la pertinencia de las conductas diagnósticas y terapéuticas practicadas por los profesionales de salud.

Artículo 3. (Tipos de Auditoria Médica – Art. 16 y 17 del DS. 28562 del 22 de diciembre del 2005. Decreto Reglamentario de la Ley 3131)

La Auditoria médica constituye un proceso unitario, educativo, preventivo y según corresponda también correctivo. Según el propósito, puede ser interna o externa.

- a) **La auditoria médica interna**, constituye un procedimiento de aplicación regular, es técnico, evaluativo, preventivo y correctivo, para el aseguramiento de la estructura, proceso y resultados, conducida por los **COMITÉS DE AUDITORÍA MÉDICA** bajo la supervisión del departamento o responsable de gestión de calidad y auditoria médica institucional.
- b) **La Auditoria Médica Externa** es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo que se realiza ante denuncias de mala practica médica. Se aplica al acto médico y consiste en la verificación del cumplimiento de normas y protocolos de atención médica vigentes. Se realiza mediante el análisis del expediente clínico.

Si la denuncia de mala práctica médica, involucra al sector de la Seguridad Social de Corto Plazo, la autoridad departamental de salud solicitará la intervención del **Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES para que en uso de sus atribuciones realice al auditoria médica externa.**

Artículo 4. (Responsable)

Tendrá responsabilidad directa y obligatoria sobre el funcionamiento del Comité el Director del servicio de salud de consulta externa u hospitalización. El responsable del Comité podrá delegar la ejecución operativa al jefe de departamento o encargado de gestión de calidad y auditoria médica de la institución, mediante designación escrita, sin que ello signifique la delegación de responsabilidad del Director del establecimiento de salud.

Artículo 5. (Composición) el Comité de Auditoria Médica esta conformado por:

- Un Presidente
- Un Secretario

Deberán integrar el comité todos los profesionales médicos de preferencia aquellos con conocimiento y experien-

REGLAMENTO ESPECIFICO DEL COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA

Artículo 1. (Definición)

La auditoria médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo con el fin de emitir un dictamen, informe, o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud. (Art. 15 Ley 3131 del 8 de agosto del 2005)

Se entiende la AUDITORIA MEDICA como la evaluación de la calidad de atención médica otorgada en los servicios de salud de los Entes Gestores a través del análisis del Expediente Clínico realizado por un Profesional Auditor Médico.

Artículo 2. (Propósito)

El Comité de Auditoria Médica tiene como principal propósito evaluar la calidad de la atención médica y de salud a través del análisis periódico y continuo del expediente médico o clínico, identificando los riesgos y recomendando los correctivos correspondientes tomando en cuenta la elaboración, los procedimientos utilizados en la atención medica y la pertinencia de las conductas diagnósticas y terapéuticas practicadas por los profesionales de salud.

Artículo 3. (Tipos de Auditoria Médica – Art. 16 y 17 del DS. 28562 del 22 de diciembre del 2005. Decreto Reglamentario de la Ley 3131)

La Auditoria médica constituye un proceso unitario, educativo, preventivo y según corresponda también correctivo. Según el propósito, puede ser interna o externa.

- a) **La auditoria médica interna**, constituye un procedimiento de aplicación regular, es técnico, evaluativo, preventivo y correctivo, para el aseguramiento de la estructura, proceso y resultados, conducida por los **COMITÉS DE AUDITORÍA MÉDICA** bajo la supervisión del departamento o responsable de gestión de calidad y auditoria médica institucional.
- b) **La Auditoria Médica Externa** es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo que se realiza ante denuncias de mala practica médica. Se aplica al acto médico y consiste en la verificación del cumplimiento de normas y protocolos de atención médica vigentes. Se realiza mediante el análisis del expediente clínico.

Si la denuncia de mala práctica médica, involucra al sector de la Seguridad Social de Corto Plazo, la autoridad departamental de salud solicitará la intervención del **Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES para que en uso de sus atribuciones realice al auditoria médica externa.**

Artículo 4. (Responsable)

Tendrá responsabilidad directa y obligatoria sobre el funcionamiento del Comité el Director del servicio de salud de consulta externa u hospitalización. El responsable del Comité podrá delegar la ejecución operativa al jefe de departamento o encargado de gestión de calidad y auditoria médica de la institución, mediante designación escrita, sin que ello signifique la delegación de responsabilidad del Director del establecimiento de salud.

Artículo 5. (Composición) el Comité de Auditoria Médica esta conformado por:

- Un Presidente
- Un Secretario

Deberán integrar el comité todos los profesionales médicos de preferencia aquellos con conocimiento y experien-

cia en auditorías médicas, enfermeras y administrativos con cargos de responsabilidad dentro de los establecimientos de salud, de acuerdo a la necesidad y pertinencia identificada por el presidente del Comité.

El Secretario será elegido por consenso de entre los miembros del Comité.

Artículo 6. (Funciones de los Miembros del Comité)

a) Funciones del Presidente

- Dirigir y presidir las reuniones
- Citar a reuniones ordinarias y extraordinarias
- Vigilar el cumplimiento de las decisiones adoptadas
- Elevar informe escrito a la autoridad competente de los resultados obtenidos.

b) Funciones del Secretario

- Presidir las reuniones del Comité, en caso de ausencia del presidente.
- Elaborar las actas de reunión.
- Documentar los acuerdos y compromisos adquiridos por el Comité.
- Llevar el registro adecuado de las reuniones del Comité, especialmente de las normas, reglamentos y disposiciones que deben ser adoptadas por la entidad.
- Realizar el seguimiento de las decisiones adoptadas.
- Coadyuvar a la implementación de las recomendaciones emanadas del Comité.

Artículo 7. (Funciones del Comité de Auditoría Médica)

- Elaborar un Plan de Trabajo Anual al inicio de la gestión
- El Comité realizará auditorías médicas internas ordinarias y extraordinarias de acuerdo a su capacidad y necesidad institucional.

- *Auditoría Médica Interna Ordinaria*: Es aquella practicada en forma rutinaria utilizando selección aleatoria.
- *Auditoría Médica Interna Extraordinaria*, es aquella que por el interés médico institucional de tipo académico, técnico u otro requiere ser realizada por el Comité.

- Evaluar el expediente médico o clínico (de emergencia, consulta externa y hospitalización) de acuerdo a la guía metodológica del auditoría médica.
- Elaborar conclusiones y recomendaciones dirigidas a mejorar el manejo, elaboración y uso del expediente médico o clínico.
- Informar periódicamente al cuerpo médico y personal de salud los hallazgos y resultados de las auditorías, con la finalidad de difundir las observaciones y recomendaciones para la planificación y mejoramiento de calidad de atención.
- Brindar la información requerida por instancias institucionales superiores dando cumplimiento a la normativa vigente.
- Realizar supervisión, seguimiento y evaluación de la aplicación de las normas de diagnóstico y tratamiento médico elaboradas por el INASES y protocolos de atención institucionales.
- En caso de denuncias por mala práctica o negligencia médica producida en el establecimiento, el Comité deberá remitir la misma al INASES de acuerdo a lo establecido en el Art. 17 del Decreto Supremo reglamentario de al Ley 3131 N° 28562 del 22 de diciembre del 2005.

Artículo 8. (Metodología de la auditoría médica interna)

La auditoría médica interna realizará la evaluación del acto médico utilizando el instrumento descrito en el ANEXO 2 del presente documento.

Artículo 9. (Metodología de la Auditoría Médica externa)

La auditoría médica externa será elaborada por el INASES de acuerdo a la metodología estipulada en el ANEXO 3

Artículo 10. (Disposiciones Administrativas)

- d) El comité deberá reunirse al menos una vez al mes para cumplir sus funciones
- e) Las resoluciones emitidas por el comité se pondrán en conocimiento de la autoridad inmediata superior.
- f) El comité se reunirá con carácter extraordinario por convocatoria interna o a solicitud de autoridad superior.

Artículo 11. (Duración de Funciones)

El Presidente y los miembros del Comité durarán en sus funciones hasta el cese del cargo administrativo.

El Secretario deberá cumplir sus funciones durante un año obligatoriamente, puede ser elegido por un año más.

Artículo 12. (Supervisión)

Las autoridades del ente gestor en coordinación con el INASES supervisarán la implementación y el adecuado funcionamiento del Comité.

Artículo 13. (Cumplimiento)

El cumplimiento del presente reglamento forma parte de los instrumentos necesarios a implementar en las instituciones de la seguridad social como parte de la gestión de calidad.

Artículo 14. (Sanciones)

El incumplimiento del presente reglamento dará lugar a las sanciones establecidas en el manual de funciones, reglamento interno y disposiciones vigentes.

Artículo 15. (Vigencia)

El presente Reglamento específico entrará en vigencia una vez aprobado por el Honorable Directorio de la institución, mediante Resolución expresa.

**REGLAMENTO PARA LA ELABORACIÓN, MANEJO Y ARCHIVO DEL EXPEDIENTE
MÉDICO O CLÍNICO
EN LAS ENTIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL
DE CORTO PLAZO**

**CAPITULO I
GENERALIDADES**

Artículo 1. (Objeto del reglamento)

El presente Reglamento tiene por objeto, estandarizar, la elaboración, manejo y archivo del expediente Médico o Clínico en las entidades de la Seguridad Social de Corto Plazo y los Seguros Delegados en Bolivia.

Artículo 2. (Definiciones)

- a) Se entiende por EXPEDIENTE MEDICO o CLÍNICO al conjunto de documentos escritos e iconográficos generados durante cada proceso asistencial de la persona atendida en servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización de los Entes Gestores, los cuales reflejarán toda la información relativa a su estado de salud o enfermedad. Es un documento técnico, científico, administrativo y legal, utilizado para la evaluación de la calidad de los servicios médicos, odontológicos, enfermería y otros.

El expediente médico o clínico está compuesto por: hoja de admisión, historia clínica, exámenes complementarios y auxiliares, evolución y tratamiento, solicitud de ínter consultas, consentimiento informado, parte de baja, alta medica, hojas de enfermería, informe de juntas medicas, epicrisis.

- b) **Historia Clínica** es un documento técnico, científico, legal, administrativo y confidencial, en el que se registran los datos en orden cronológico concernientes al proceso salud enfermedad que se inicia con la filiación y termina con el plan terapéutico. Debe ser elaborada en los servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización.
- c) **Consentimiento Informado**, es una declaración de voluntad efectuada por el paciente, familiares de primer grado o su representante legal, el cual luego de recibir información suficiente con respecto a su enfermedad y al procedimiento o intervención quirúrgica que se le propone médicamente aconsejable como la mas correcta para la solución, mitigación o rehabilitación de su problema de salud, decide dar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención.
- d) **Atención Médica**: conjunto de servicios multidisciplinarios que se proporciona al usuario, con el fin de restaurar, proteger y promover su salud.
- e) **Resumen Clínico**: *(En casos de ínter consultas, referencia o actualización del caso)*. Es el documento elaborado por el médico tratante en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá contener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinetes.
- f) **Médico tratante**: Profesional del área médica acreditado por las instancias legales respectivas responsable del acto médico, desde el inicio de la atención hasta su referencia, alta definitiva o voluntaria.
- g) **Acto médico**: Toda intervención profesional del médico, respaldada por protocolos, normas, o información científica basada en la mejor evidencia, con calidad y calidez humana.
- h) **Referencia y contrarreferencia**: Es el procedimiento médico administrativo entre unidades operativas

de los tres niveles de atención para facilitar el envío, recepción y retorno de pacientes con el propósito de brindar atención médica integral y de calidad.

- i) **Interconsulta:** Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de clarificar diagnóstico, indicar tratamientos o proporcionar rehabilitación al usuario.
- j) **Usuario(a):** Asegurado, beneficiario, derecho habiente o persona particular que solicita atención médica.

Artículo 3. (Ámbito de Aplicación)

El presente Reglamento del Expediente Médico o Clínico es de observancia y cumplimiento obligatorio en el ámbito de los establecimientos de atención médica de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo y Seguros Delegados.

Artículo 4. (Características del Expediente médico o clínico)

Todo expediente médico o clínico debe cumplir con las siguientes características:

- a) Es único por persona para todo el proceso de atención médica.
- b) Es acumulativo, porque toda la información de salud generada sobre el usuario durante los procedimientos asistenciales, se incorporará en una sola carpeta.
- c) Es integrado, por contener toda la documentación de los procesos de salud efectuados en diferentes servicios.
- d) Es confidencial, porque la información que contiene no es pública y forma parte del secreto profesional.
- e) Contiene información disponible para el personal de salud autorizado, en función al requerimiento o necesidad.
- f) Debe ser completo, continuo, legible, sin abreviaturas, sin enmiendas ni tachaduras, ordenado, foliado, conservarse en buen estado y realizado en los formularios diseñados para la respectiva función.
- g) Las notas de Inter-consultas se ajustaran a los principios técnicos y éticos que orientan la práctica médica y a todo lo establecido en el presente reglamento.

Artículo 5. (Funciones del Expediente medico Clínico)

- a) **FUNCION INFORMATIVA:** El Expediente Clínico permite registrar datos sobre el estado de salud del usuario; para el adecuado seguimiento e información del equipo de salud u otras instancias reconocidas por ley sobre el proceso y la evolución por los que transcurre el paciente.
- b) **FUNCION PROBATORIA:** El Expediente Médico o Clínico es el único documento que acredita o exterioriza la existencia de la relación institucional del médico y del paciente, pudiendo constituirse en una prueba para establecer las responsabilidades determinadas por ley.
- c) **FUNCION ESTADISTICA:** Es un elemento base del Sistema de Información del establecimiento y la institución para la toma de decisiones gerenciales.
- d) **FUNCION EVALUADORA:** El Expediente Médico o Clínico podrá ser utilizado para evaluar el acto médico, a través de técnicas reconocidas por la norma jurídica vigente.
- e) **FUNCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION:** Podrá ser utilizado en los procesos de enseñanza - aprendizaje, e investigación.

Artículo 6. (Requisitos del Expediente Médico o Clínico)

El expediente medico o clínico debe contar con los siguientes requisitos:

- a) **Veracidad.**- El Expediente Médico o Clínico, debe caracterizarse por ser un documento que contenga una descripción veraz en lo referente al estado de salud del paciente y a los procedimientos realizados para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
- b) **Científico.**- Los datos que contiene deben estar en el marco del método clínico y los procedimientos aceptados en la práctica médica.
- c) **Simultaneo.**- La información que debe registrarse en el Expediente Médico o Clínico deberá realizarse de forma simultanea al acto o procedimientos médicos efectuados.
- d) **Completo.**- Debe contener datos suficientes sobre el estado de salud del paciente, debiendo reflejarse en ella todas las fases del método clínico incluyendo los procedimientos auxiliares de diagnóstico, tratamiento y los aspectos administrativos, refrendados con el nombre, firma y sello de quien lo elabora.

CAPITULO II DE LA ELABORACIÓN DEL EXPEDIENTE MEDICO O CLINICO

Artículo 7. (De la obligación)

Todos los establecimientos de atención médica de la Seguridad Social, deben elaborar con carácter obligatorio un Expediente Médico o Clínico a los pacientes que requieren sus servicios, de acuerdo a lo establecido en el presente reglamento.

Artículo 8. (De la historia clínica)

Las Historias Clínicas de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia, deberán contener todo lo que se estipula en el Cap. II art. 9 y 10 del presente reglamento de acuerdo a las particularidades del servicio o especialidad.

Artículo 9. (De la Numeración)

Se debe asignar un solo numero de identificación para el expediente médico o clínico, debiéndose mantener el mismo numero en todos los documentos que lo componen de acuerdo a lo establecido y señalado en el artículo 2, inciso a), del presente reglamento.

CAPITULO III DE LOS COMPONENTES DEL EXPEDIENTE MEDICO O CLINICO

Artículo 10. (Componentes del Expediente Médico o Clínico)

- a) **Hoja de Admisión:** contiene datos generales de filiación y vigencia de derechos del asegurado y beneficiarios de acuerdo a particularidades de cada ente gestor.

b) **Historia Clínica**, la cual tendrá las siguientes partes:

1. Datos generales:

1. Número de Expediente Clínico de acuerdo a lo establecido.
2. Nombre.
3. Fecha y lugar de nacimiento
4. Domicilio.
5. Número de matrícula del Asegurado o Beneficiario de acuerdo a lo establecido en el Código de la Seguridad Social.
6. Nombre de la Institución – Centro Médico – Policlínico – Hospital
7. Edad.
8. Sexo.

2. Aspectos técnico médicos

- * Anamnesis
 - Motivo de consulta
 - Historia de la enfermedad actual
 - Antecedentes Personales no Patológicos
 - Antecedentes Personales Patológicos
- * Examen físico
 - Peso – Talla – Signos Vitales
 - Semiotécnica general
 - Semiotécnica por sistemas
- * Diagnóstico
 - Presuntivo
 - Definitivo
- * Exámenes Complementarios
- * Plan terapéutico

c) **Nota de Internación**

Deberá contener:

- * Datos Generales del Paciente
- * Resumen Clínico
- * Servicio al que se interna
- * Número de Cama
- * Fecha y Hora de la internación
- * Firma y sello del médico que solicita la internación.

d) **Notas medicas de evolución y tratamiento**

Deberán contener:

- * Fecha
- * Hora
- * Evolución: Subjetivo, objetivo, Análisis, Conducta.
- * Nombre y apellido completos del medico tratante.
- * Firma y sello de quien la elabora.

e) **Exámenes Complementarios de diagnóstico y tratamiento**

Deberá contener:

- * Datos generales del paciente
- * Fecha
- * Hora
- * Nombre, firma y sello del médico solicitante
- * Informe, observaciones y resultados
- * Firma y sello de quien elabora el informe

f) **Nota de referencia / contra-referencia**

Debe contener:

- * Resumen Clínico sobre el estado actual del usuario
- * Fecha y hora de referencia
- * Firma y sello del médico que realiza la transferencia

g) **Nota Pre-Operatoria:** Deberá ser elaborada por el cirujano que va a intervenir al paciente, y deberá contener como mínimo:

- * Fecha de la cirugía
- * Diagnósticos.
- * Plan Quirúrgico.
- * Tipo de intervención Quirúrgico.
- * Riesgo quirúrgico.
- * Enfermedades y hábitos importantes
- * Cuidados y plan terapéutico.
- * Pronóstico.
- * Nombre, firma y sello del cirujano

h) **Nota anestésica:** Deberá ser elaborada por el Anestesiólogo que participara en el acto quirúrgico, y deberá contener como mínimo:

- * Nota de valoración pre-anestésica
- * Hoja de registro o protocolo de anestesia
- * Nota de evolución intra-anestésica
- * Nota post-anestésica o de recuperación
- * Fecha y Hora de elaboración
- * Nombre, firma y sello del anestesiólogo

i) **Protocolo Operatorio:** Es responsabilidad del cirujano que intervino al usuario y deberá ser elaborado al término de la cirugía. Constituye un resumen de la cirugía practicada y deberá contener como mínimo:

- * Datos Generales del usuario.
- * Fecha, hora de inicio y finalización de la cirugía.
- * Diagnóstico preoperatorio.
- * Diagnostico pos operatorio
- * Cirugía planeada.
- * Cirugía realizada.
- * Diagnóstico post operatorio
- * Descripción de la técnica quirúrgica.
- * Hallazgos trans-operatorios.
- * Reporte de gases y compresas.

- * Incidentes y accidentes.
- * Cuantificación de sangrados si los hubo.
- * Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento trans-operatorios.
- * Nombres de Ayudantes, Instrumentistas -Anestesiólogo - Circulantes
- * Estado post quirúrgico inmediato.
- * Plan de manejo y tratamiento post operatorio inmediato.
- * Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.
- * Nombre completo, firma y sello del Cirujano.

j) **Epicrisis**, que deberá ser elaborada por el médico tratante y conteniendo como mínimo la siguiente información:

- Fecha de ingreso – egreso.
- Diagnostico de ingreso
- Diagnostico de egreso.
- Motivo de Alta
- Resumen de la evolución.
- Problemas clínicos pendiente
- Plan de manejo y tratamiento
- Recomendaciones para vigilancia ambulatoria
- Enfermedades colaterales y hábitos.
- En caso de defunción – causas de muerte acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo, estudio de necropsia hospitalaria.

k) **Resumen de egreso o nota de alta:** Responsabilidad del médico tratante y deberá contener:

- Datos Generales del usuario
- Fecha de ingreso y egreso
- Diagnósticos de ingreso y egreso
- Recomendaciones
- Nombre, firma y sello del responsable.

l) **Nota de Alta Solicitada:**

Es el documento por medio del cual el paciente o familiar más cercano tutor o representante legal, solicita el egreso con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Debe contener la fecha, hora, nombres, firmas y el número de documento de identificación del solicitante y del médico tratante.

m) **Registros de instrumentos técnicos administrativos del personal de enfermería.**

El personal de enfermería no esta autorizado a administrar ningún medicamento ni solicitar exámenes complementarios sin una orden escrita del médico tratante.

Los registros de instrumentos técnicos y administrativos deberán contener como mínimo lo siguiente:

- **Registros de signos vitales**
Debe contener datos, tablas, o gráficas sobre los signos vitales, según indicación médica y características de cada servicios y turno.
- **Hoja de enfermería según servicios**
Deberá ser elaborada por personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico, debe contener los datos generales del paciente, nota de evolución, procedimientos a realizar, observaciones, fecha, hora, sello y firma de quien elabora.

- **Hoja de administración de medicamentos**
Será elaborada y registrada por la licenciada de enfermería y deberá contener datos generales del paciente, fecha, hora de cada administración de medicamentos, nombre genérico, vía de administración, dosis de administración, observaciones, firma y sello de quien administra.
 - **Hoja de Kardex**
Deberá ser elaborado y registrado por la licenciada de enfermería y debe tener los datos generales del usuario, fecha de ingreso del usuario, nombre del médico tratante, diagnósticos, dieta, indicaciones médicas actualizadas, plan de cuidados de enfermería según diagnósticos, nombre sello y firma de la responsable.
 - **Hoja de administración y eliminación de líquidos**
Deberá ser elaborada y registrada por el personal auxiliar de enfermería supervisadas por una licenciada de enfermería. Debe tener los datos generales del usuario, registro de administración de líquidos según vía y horario de acuerdo a indicación escrita del médico según turno y servicio, cuantificación de líquidos ingeridos y eliminados de acuerdo a indicación del médico según turno y servicio, fecha, hora, firma y sello de quien registra.
- n) **Otros documentos:** Informes de juntas médicas, registros de trabajo social, registro de vacunas, etc. Que puedan generarse en el proceso de atención médica deberán ser incluidos en el expediente médico o clínico.

CAPITULO IV DEL MANEJO DEL EXPEDIENTE MEDICO O CLÍNICO

Artículo 11. (Discrecionalidad y Confidencialidad). Bajo el principio básico de respeto a la dignidad humana, el expediente clínico garantizará la confidencialidad de la información relacionada con las prestaciones de salud que se dan al usuario/usuario protegiendo la privacidad de la misma por medios adecuados que la salvaguarden en los procesos de obtención, utilización, archivo, custodia y transmisión.

El personal de salud deberá considerar la discrecionalidad y confidencialidad del expediente clínico y sólo se romperá el secreto profesional en los casos establecidos en el Cap. VII, Art. 17 de la Ley 3131 del 8 de agosto de 2005.

Artículo 12. (Propiedad del Expediente Médico o Clínico)

El expediente clínico es un documento médico legal de propiedad del establecimiento de salud (hospital, policlínico, clínica o centro de salud) y por consiguiente ningún funcionario podrá retirarlo fuera de la institución o utilizarlo sin la autorización por autoridad respectiva.

Solo en caso de requerimiento por autoridad competente podrán emitirse fotocopias autenticadas por la unidad jurídica de la entidad y avaladas por el Director del establecimiento de salud. Según Resolución Ministerial 028/97

Artículo 13. (Requerimiento del Expediente Médico o Clínico)

- a) El Expediente Clínico deberá ser requerido en la Unidad de Admisión tanto para la primera consulta o consulta subsiguiente, debiendo esta unidad registrar los datos generales y administrativos en el formulario admisión, transfiriendo la ficha a la unidad de Archivo, para la identificación y remisión del Expediente Clínico al consultorio correspondiente.
- b) La Responsabilidad para requerir los expedientes clínicos y devolverlos al encargado de Archivo, será de la Licenciada o Auxiliar de Enfermería del servicio correspondiente, debiendo registrar estas acciones de acuerdo a la modalidad de cada institución.

- c) El tiempo para la devolución de los expedientes clínicos al archivo deberá estar sujeto a reglamentaciones internas de acuerdo a las particularidades de cada institución.

CAPITULO V DEL ARCHIVO DEL EXPEDIENTE MEDICO O CLINICO

Artículo 14. (Archivo del Expediente Clínico)

- a) Los expedientes clínicos deberán ser conservados por un periodo de cinco años en archivo a partir del ultimo acto medico.
- b) A partir del sexto año, la institución podrá organizar sus archivos en depósitos, medios magnéticos u otros que la tecnología pueda proporcionar teniendo en cuenta que se debe contar con un resumen de todos sus expedientes clínicos.
- c) El área de archivo debe ser un espacio que brinde seguridad a los expedientes con el equipo, mobiliario suficiente y tener la señalización correcta para el manejo por índice alfabético o código de acuerdo al procedimiento que se decida emplear.
- d) Debe contarse con un registro único y confiable (listado de expedientes) o con una metodología de archivo de acuerdo a las características de cada entidad gestora, que permita identificar con facilidad la ubicación de los expedientes requeridos al momento necesario.
- e) Debe designarse un responsable del Archivo con formación en el tema y cuyas funciones están establecidas en el manual de funciones y reglamento interno de la entidad.

CAPITULO VI DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 15. (Excepciones)

Los expedientes clínicos utilizados en algunas especialidades como pediatría, ginecología y obstetricia, medicina del trabajo entre otras, podrán mantener sus formatos preestablecidos a la fecha, cuidando que los mismos, contengan los requerimientos mínimos establecidos en el presente reglamento.

Artículo 16. (Cumplimiento)

El cumplimiento del presente reglamento forma parte de los instrumentos necesarios a implementar en las instituciones de la seguridad social como parte de la gestión calidad.

Artículo 17. (Sanciones)

El incumplimiento del presente reglamento dará lugar a las sanciones establecidas en el manual de funciones, reglamento interno y disposiciones vigentes.

Artículo 18. (Vigencia)

El presente reglamento entrara en vigencia a partir de su aprobación, mediante una Resolución Administrativa.

ANEXO 1

ANEXO 1

1. GUIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INTRA HOSPITALARIAS

Parámetro a evaluar	INDICADORES	Fuente de Verificación	Cumplimiento		Observaciones y Conclusiones
			SI	NO	
Reglamentación sobre Limpieza Hospitalaria	La señalización de personas está regulada en los distintos sectores del hospital.				
	Existencia de normas escritas para el Manejo de Residuos Infecciosos.				
	Existencia de normas escritas para limpieza e higiene.				
	Existencia de protocolos sobre esterilización del instrumental quirúrgico.				
	Existencia de protocolos sobre esterilización de insumos y equipos.				
	Existencia de protocolos sobre esterilización de ropería.				
	Existencia de protocolos sobre esterilización				
	Existencia de protocolos sobre asepsia y antisepsia durante las curaciones post quirúrgica.				
	Existencia de normas escritas para limpieza, higiene y bio-seguridad del hospital.				
	Existencia de protocolos sobre esterilización de áreas quirúrgicas.				
Existencia de protocolos para la adquisición, almacenamiento, distribución, suministro, dispensación, prescripción y administración de medicamentos.					

H O S P I T A L

S E R V I C I O S D E C I R U G I A

Parámetro a evaluar	INDICADORES	Fuente de Verificación	Cumplimiento		Observaciones y Conclusiones
			SI	NO	
Prevención de Infecciones del Torrente Sanguíneo	Reducción de la manipulación al mínimo indispensable en la terapia intra vascular				
	Uso de técnica aséptica en todos los procedimientos				
	Uso de vías subclavia o yugular para administración parenteral por tiempo prolongado				
	Uso de antiséptico (yodados o clorhexidina) para preparación del sitio de inserción				
	Mantenimiento de circuito cerrado en terapia vascular.				
	Cánula fijada e inmovilizada				
	Cambio de catéteres periféricos antes de las 72 horas de su colocación.				
	Uso de filtros en sistemas de administración de soluciones				
	Existencia de protocolos de terapia intra-vascular				
	Personal capacitado en terapia intra vascular				
Prevención de Infecciones Respiratorias	Uso de fluidos estériles en humidificadores de respiradores y nebulizadores				
	Cambio de nebulizadores en cada procedimiento				
	Reducción de aspiración de secreciones respiratorias al mínimo indispensable				
	Aspiración de secreciones por personal entrenado				
	Aislamiento de pacientes con enfermedades infectocontagiosas por vía aérea.				
	Uso de equipo de terapia respiratoria estéril				
	Cambio de todos los elementos que se usan en terapia respiratoria en cada paciente				
	Eliminación de líquido que se condensa en los corrugados de los respiradores				
	Intubación endotraqueal por el periodo mínimo indispensable				

S E R V I C I O S D E C I R U G I A

Parámetro a evaluar	INDICADORES	Fuente de Verificación	Cumplimiento		Observaciones y Conclusiones
			SI	NO	
Prevención de Infecciones de Herida Operatoria	Existencia de protocolos de profilaxis antibiótica para intervenciones quirúrgicas				
	Profilaxis antibiótica en cirugías de alto riesgo de infección de acuerdo a protocolo				
	Técnicas quirúrgicas de acuerdo a protocolos				
	Preparación pre-operatoria de la zona corporal a ser intervenida				
	Uso de antiséptico (yodados o clorhexidina) en zona quirúrgica antes del inicio de la intervención				
	Tratamiento de focos sépticos distales previo a la intervención				
	Mejora previa del estado nutricional del paciente				
	Evitar rasurados dentro de lo posible. Rasurado solo en lugar de herida quirúrgica				
	Uso de técnica antiséptica en todos los procedimientos realizados en la intervención				
	Uso de técnicas de asepsia y antisepsia por los participantes de la intervención				
	Las heridas de intervenciones clasificadas como contaminadas se cierran por segunda intención				
	Aseo y desinfecciones de salas de operaciones entre intervenciones				
	Instalación y Mantenimiento de catéteres realizada por personal capacitado				
Prevención de Infecciones del Tracto Urinario	Uso de cateterización solo si es necesario y por el mínimo tiempo posible				
	Uso de técnica aséptica en todo el procedimiento				
	Uso y Mantenimiento del círculo cerrado del sistema de drenaje único				
	Fijación apropiada del catéter par evitar desplazamiento				
	Mantenimiento permanente del flujo urinario sin obstrucciones				

S E R V I C I O D E P E D I A T R I A		Parámetro a evaluar	INDICADORES	Fuente de Verificación	Cumplimiento		Observaciones y Conclusiones
					SI	NO	
Prevención de Infecciones del Torrente Sanguíneo	Reducción de la manipulación al mínimo indispensable en la terapia intra vascular						
	Uso de técnica aséptica en todos los procedimientos						
	Uso de vías subclavia o yugular para administración parenteral por tiempo prolongado						
	Uso de antiséptico (yodados o clorhexidina) para preparación del sitio de inserción						
	Mantenimiento de circuito cerrado en terapia vascular.						
	Cánula fijada e inmovilizada						
	Cambio de catéteres periféricos antes de las 72 horas de su colocación.						
	Uso de filtros en sistemas de administración de soluciones						
	Existencia de protocolos de terapia intra-vascular						
	Personal capacitado en terapia intra vascular						
Prevención de Infecciones Respiratorias	Uso de fluidos estériles en humidificadores de respiradores y nebulizadores						
	Cambio de nebulizadores en cada procedimiento						
	Reducción de aspiración de secreciones respiratorias al mínimo indispensable						
	Aspiración de secreciones por personal entrenado						
	Aislamiento de pacientes con enfermedades infectocontagiosas por vía aérea.						
	Uso de equipo de terapia respiratoria estéril						
	Cambio de todos los elementos que se usan en terapia respiratoria en cada paciente						
	Eliminación de líquido que se condensa en los corrugados de los respiradores						

S E R V I C I O D E P E D I A T R I A		INDICADORES	Fuente de Verificación	Cumplimiento		Observaciones y Conclusiones
				SI	NO	
Parámetro a evaluar	Prevención de Infecciones de Herida Operatoria	Profilaxis antibiótica en cirugías de alto riesgo de infección				
		Profilaxis antibiótica en cirugías medianas y mayores				
		Existencia de protocolos de profilaxis antibiótica para intervenciones quirúrgicas				
		Preparación preoperatoria de la zona corporal a ser intervenida				
		Uso de antiséptico (yodados o clorhexidina) en zona quirúrgica antes del inicio de la intervención				
		Tratamiento de focos sépticos distales previo a la intervención				
		Mejora previa del estado nutricional del paciente				
		Evitar rasurados dentro de lo posible. Rasurado solo en lugar de herida quirúrgica				
		Uso de técnica antiséptica en todos los procedimientos realizados en la intervención				
		Uso de técnicas de asepsia y antisepsia por los participantes de la intervención				
		Las heridas de intervenciones clasificadas como contaminadas se cierran por segunda intención				
		Aseo y desinfecciones de salas de operaciones entre intervenciones				
		Instalación y Mantenimiento de catéteres realizada por personal capacitado				
		Uso de cateterización solo si es necesario y por el mínimo tiempo posible				
Uso de técnica aséptica en todo el procedimiento						
Uso y Mantenimiento del círculo cerrado del sistema de drenaje único						
Fijación apropiada del catéter par evitar desplazamiento						
Mantenimiento permanente del flujo urinario sin obstrucciones						
Prevención de Infecciones del Tracto Urinario						

Parámetro a evaluar	INDICADORES	Fuente de Verificación	Cumplimiento		Observaciones y Conclusiones
			SI	NO	
Prevención de Infecciones del Torrente Sanguíneo	Reducción de la manipulación al mínimo indispensable en la terapia intra vascular				
	Uso de técnica aséptica en todos los procedimientos				
	Uso de vías subclavia o yugular para administración parenteral por tiempo prolongado				
	Uso de antiséptico (yodados o clorhexidina) para preparación del sitio de inserción				
	Mantenimiento de circuito cerrado en terapia vascular.				
	Cánula fijada e inmovilizada				
	Cambio de catéteres periféricos antes de las 72 horas de su colocación.				
	Uso de filtros en sistemas de administración de soluciones				
	Existencia de protocolos de terapia intravascular				
	Personal capacitado en terapia intra vascular				
Prevención de Infecciones Respiratorias	Uso de fluidos estériles en humidificadores de respiradores y nebulizadores				
	Cambio de nebulizadores en cada procedimiento				
	Reducción de aspiración de secreciones respiratorias al mínimo indispensable				
	Aspiración de secreciones por personal entrenado				
	Aislamiento de pacientes con enfermedades infectocontagiosas por vía aérea.				
	Uso de equipo de terapia respiratoria estéril				
	Cambio de todos los elementos que se usan en terapia respiratoria en cada paciente				
	Eliminación de líquido que se condensa en los corrugados de los respiradores				
	Intubación endotraqueal por el periodo mínimo indispensable				
	Realiza tactos vaginales lo mínimo necesario para monitorizar el parto.				
Prevención de Endometritis Puerperal	Uso de profilaxis antibiótica en pacientes de alto riesgo				
	Realizar instrumentación quirúrgica lo mínimo posible				

G I N E C O - O B S T E T R I C I A

Parámetro a evaluar		INDICADORES	Fuente de Verificación	Cumplimiento		Observaciones y Conclusiones
				SI	NO	
Prevención de Infecciones de Herida Operatoria		Profilaxis antibiótica en cirujías de alto riesgo de infección				
		Profilaxis antibiótica en cirujías medianas y mayores				
		Existencia de protocolos de profilaxis antibiótica para intervenciones quirúrgicas				
		Preparación preoperatoria de la zona corporal a ser intervenida				
		Uso de antiséptico (yodados o clorhexidina) en zona quirúrgica antes del inicio de la intervención				
		Tratamiento de focos sépticos distales previo a la intervención				
		Mejora previa del estado nutricional del paciente				
		Evitar rasurados dentro de lo posible. Rasurado solo en lugar de herida quirúrgica				
		Uso de técnica antiséptica en todos los procedimientos realizados en la intervención				
		Uso de técnicas de asepsia y antisepsia por los participantes de la intervención				
		Las heridas de intervenciones clasificadas como contaminadas se cierran por segunda intención				
		Aseo y desinfecciones de salas de operaciones entre intervenciones				
		Instalación y Mantenión de catéteres realizada por personal capacitado				
		Uso de cateterización solo si es necesario y por el mínimo tiempo posible				
Uso de técnica aséptica en todo el procedimiento						
Uso y Mantenión del círculo cerrado del sistema de drenaje único						
Fijación apropiada del catéter par evitar desplazamiento						
Mantenión permanente del flujo urinario sin obstrucciones						
G I N E C O - O B S T E T R I C I A						

M E D I C I N A I N T E R N A

Parámetro a evaluar	INDICADORES	Fuente de Verificación	Cumplimiento		Observaciones y Conclusiones
			SI	NO	
Prevención de Infecciones del Torrente Sanguíneo	Reducción de la manipulación al mínimo indispensable en la terapia intra vascular				
	Uso de técnica aséptica en todos los procedimientos				
	Uso de vías subclavia o yugular para administración parenteral por tiempo prolongado				
	Uso de antiséptico (yodados o clorhexidina) para preparación del sitio de inserción				
	Mantención de circuito cerrado en terapia vascular.				
	Cánula fijada e inmovilizada				
	Cambio de catéteres periféricos antes de las 72 horas de su colocación.				
	Uso de filtros en sistemas de administración de soluciones				
	Existencia de protocolos de terapia intravascular				
	Personal capacitado en terapia intra vascular				
Prevención de Infecciones Respiratorias	Uso de fluidos estériles en humidificadores de respiradores y nebulizadores				
	Cambio de nebulizadores en cada procedimiento				
	Reducción de aspiración de secreciones respiratorias al mínimo indispensable				
	Aspiración de secreciones por personal entrenado				
	Aislamiento de pacientes con enfermedades infectocontagiosas por vía aérea.				
	Uso de equipo de terapia respiratoria estéril				
	Cambio de todos los elementos que se usan en terapia respiratoria en cada paciente				
	Eliminación de líquido que se condensa en los corrugados de los respiradores				
	Intubación endotraqueal por el periodo mínimo indispensable				

M E D. I N T E R N A	Parámetro a evaluar	INDICADORES	Fuente de Verificación	Cumplimiento		Observaciones y Conclusiones
				SI	NO	
Prevención de Infecciones del Tracto Urinario		Instalación y Mantenimiento de catéteres realizada por personal capacitado				
		Uso de cateterización solo si es necesario y por el mínimo tiempo posible				
		Uso de técnica aséptica en todo el procedimiento				
		Uso y Mantenimiento del círculo cerrado del sistema de drenaje único				
Prevención de úlceras de decúbito		Fijación apropiada del catéter par evitar desplazamiento				
		Mantenimiento permanente del flujo urinario sin obstrucciones				
		Realiza cambios de posición				
		Colocación de bolsas, colchones de agua o salva vidas				
		Fisioterapia y lubricación de zonas de apoyo				

2. GUIA DE EVALUACIÓN TRATAMIENTO DE RESIDUOS INFECCIOSOS

	Parámetro a evaluar	INDICADORES	Fuente de Verificación	Cumplimiento		Observaciones y Conclusiones
				SI	NO	
H	Disposición y tratamiento de residuos sólidos	Basureros limpios y dispuestos en sala de espera, pasillos, consultorios, y salas de hospitalización.				
		Existencia de manual de procedimiento con clasificación de todos los residuos sólidos.				
		Existencia de un flujo de recojo y tratamiento de los residuos sólidos				
O	Disposición y tratamiento de residuos sólidos	Coordinación entre la institución de salud y la empresa encargada del recojo y tratamiento de residuos sólidos				
		Actividades de capacitación sobre la importancia y el tratamiento los residuos hospitalarios a los funcionarios de la institución.				
		Existencia de materiales y equipos indispensable para el recojo de los residuos líquidos.				
P	Disposición y tratamiento de residuos líquidos	Existencia de manual de procedimiento con clasificación de todos los residuos líquidos				
		Sistema de alcantarillado funcionando sin complicaciones				
		Actividades de capacitación sobre la importancia y el tratamiento los residuos hospitalarios líquidos a los funcionarios de la institución.				
I	Disposición y tratamiento de residuos líquidos	Existencia de materiales y equipos indispensable para el tratamiento de los residuos espaciales.				
		Existencia de manual de procedimiento con clasificación de todos los residuos espaciales				
		Coordinación entre la institución de salud y la empresa encargada del recojo y tratamiento de residuos hospitalario				
T	Disposición y tratamiento de residuos especiales	Existencia de un plan de disposición, clasificación y tratamiento de residuos comunes.				
		Existencia de espacio de acumulación temporal de residuos comunes de acuerdo a normas técnicas universalmente aceptadas.				
		Coordinación entre la institución de salud y la empresa encargada del recojo y tratamiento de residuos comunes				
A	Disposición y tratamiento de residuos comunes	Coordinación entre la institución de salud y la empresa encargada del recojo y tratamiento de residuos comunes				

Parámetro a evaluar		INDICADORES	Fuente de Verificación	Cumplimiento		Observaciones y Conclusiones
				SI	NO	
H O S P I T A L Medidas generales de Bioseguridad		Cumple lavado de mano antes y después de cada procedimiento				
		Uso de indumentaria apropiada para los procedimientos (gorro, barbijo, guantes, botas y lentes)				
		Mantienen limpios los ambientes donde se realizan pruebas y procedimientos (residuos sólidos y alimentos)				
		Recibe inmunizaciones específicas (hepatitis B y tétanos)				
		Manipulación adecuada de agujas e instrumentos punzo-cortantes				

A ANEXO 2 2

ANEXO 2

GUIA DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Parámetros a Evaluar	INDICADORES	Cumplimiento		Observaciones y Conclusiones
		SI	NO	
Procedimientos establecidos para el proceso de atención	Registro de datos generales del paciente			
	Registro de Fecha de Ingreso			
	Registro del diagnóstico de Admisión			
	Historia clínica abierta por el Médico de Guardia o de Sala, el mismo día de la admisión			
	La historia clínica contiene registro de anamnesis			
	Registro de motivo de consulta y enfermedad actual.			
	Registro de tratamientos recibidos			
	Registro de exámenes realizados			
	Registro de evolución clínica			
	Registro de antecedentes patológicos y familiares			
	Registro del examen físico			
	Registro de examen neurológico			
	Registro de signos vitales			
	Registro de exámenes complementarios			
	Registro de diagnósticos diferenciales			
Registro de diagnóstico de sala				
Registro de tratamiento e indicación de exámenes complementarios				
Correlación entre el diagnóstico de admisión y el de sala	Justificación sobre la base del diagnóstico presuntivo de admisión para la internación			
	Relación entre el diagnóstico presuntivo de admisión y los diagnósticos diferenciales de sala			
Relación entre las indicaciones de tratamiento con el diagnóstico y protocolos de atención	Tratamiento en base a protocolos y fármacos del Listado Nacional de Medicamentos Esenciales			

Parámetros a Evaluar	INDICADORES	Cumplimiento		Observaciones y Conclusiones
		SI	NO	
Adecuación de la conducta terapéutica al manual de procedimientos Justificación de los exámenes complementarios solicitados Correlación clínica epidemiológica del caso	Relación entre la dosis, vía y tiempo de tratamiento con las normas de atención y evolución del paciente			
	Relación entre la solicitud de exámenes complementarios con los diagnósticos diferenciales o diagnósticos establecidos.			
	Cumplimiento de criterios epidemiológicos para el control y seguimiento del caso según normas establecidas.			
Evolución del paciente	Registro de evolución general			
	Registro de síntomas nuevos			
	Registro de respuesta al tratamiento			
	Registro de resultados de exámenes complementarios			
	Registro de cambios de medicación			
	Registro de Inter-consultas			
	Registro diario de órdenes médicas			
	Autorización del paciente para procedimientos médico-quirúrgicos			
	Registro de justificación de la conducta quirúrgica			
	Registro de notas pre y post operatorias			
Conducta Quirúrgica	Registro del protocolo quirúrgico			
	Registro notas de anestesiología			
	Registro de resultados de exámenes complementarios			
	Registro de complicaciones			
	Relación entre el cuadro clínico y los días de internación			
Días de internación	Registro de diagnósticos de ingreso			
	Registro de diagnósticos de egreso			
Procedimientos del egreso Hospitalario	Registro de fecha de ingreso			
	Registro de fecha de egreso			
	Registro de las causas del alta			
	Registro de los días de internación			
	Registro de defunción			
	Registro de conclusiones y datos de autopsia			

INFORME DEL COMITÉ DE EXPEDIENTE CLÍNICO Y AUDITORÍA MÉDICA

Ente Gestor: Regional:
 Servicio: Fecha:

Parámetros a Evaluar	Conclusiones	Recomendaciones
Procedimientos establecidos para el proceso de atención		
Integridad y Claridad del Registro de la Historia Clínica.		
Correlación entre el diagnóstico de admisión y el de sala.		
Relación entre las indicaciones de tratamiento con el diagnóstico y protocolos de atención		
Adecuación de la conducta terapéutica al manual de procedimientos		
Justificación de los exámenes complementarios solicitados		
Correlación clínica epidemiológica del caso		
Evolución del paciente		
Conducta Quirúrgica		
Días de internación		
Procedimientos del egreso Hospitalario		

Firmas:

Secretario del Comité

Presidente del Comité

A ANEXO 3 3

ANEXO 3

La ejecución de la Auditoría Médica Externa en la INASES seguirá la siguiente metodología:

1. Recepción del expediente clínico en original y fotocopia legalizada de calidad aceptable, debidamente foliado.
2. Planificación de actividades – fecha de inicio y de conclusión.
3. Solicitud de apoyo profesional para el análisis del caso a la Sociedad Médica correspondiente
4. Analizar la Guía de Evaluación del Expediente Clínico (Anexo 2).
5. Utilizar el método científico que permita la identificación de los problemas clínicos determinantes.
6. Transcribir las notas de importancia de las evoluciones del expediente clínico
7. Confrontar las conclusiones con las normas de diagnóstico y tratamiento establecidas en el país, así como las de la literatura médica mundial científicamente comprobada.
8. Describir rigurosamente la bibliografía utilizada de acuerdo a normas establecidas – OMS/OPS.
9. Elaborar con lenguaje claro y concreto las conclusiones, la racionalidad clínica metodológica y los resultados.
10. Las recomendaciones deben tener un correlato lógico de las conclusiones.
11. Se debe establecer plazos para el cumplimiento y seguimiento de las recomendaciones establecidas por la Auditoría Médica Externa.
12. La Unidad Técnica de Salud del INASES realizará seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones.
13. El Presidente del Comité del Expediente Clínico y Auditoría Médica debe remitir los casos especiales al INASES dentro de las 72 horas de haber establecido la imposibilidad de realizar esta auditoría.
14. Deberá elevarse el informe de la Auditoría Médica Externa a las máximas Autoridades del Ente Gestor y a la Dirección Ejecutiva del INASES conforme a normas establecidas.
15. Se prevé 30 días hábiles para concluir con el informe de Auditoría Médica Externa.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD

Av. 6 de Agosto - Edificio Las Dos Torres N° 2577 - piso 4

Teléfonos: 2430040 - 2430050 Fax: 2430070

www.inases.gov.bo

E-mail: inases@ceibo.entelnet.bo

Casilla N° 7007 • La Paz - Bolivia
