



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN  
CIENCIA Y TECNOLOGÍA, SEDE – AZUERO**

**Decreto Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004**

**Acreditada mediante Resolución N°15 del 31 de octubre de 2012**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
POST GRADO EN GERENCIA EN SALUD**

**Monografía**

**“Manejo, entrega y verificación de copias médicos  
legales, autenticadas, del expediente clínico en el  
Hospital Gustavo Nelson Collado Ríos de la ciudad  
de Chitré”**

**Autor: Maricela Alvarado Castillero**

**Tutor: Profa. Yamileth Jiménez**

**Chitré, 29 de mayo de 2022.**

## RESUMEN

La ley 68 del 20 de noviembre del 2003 reglamenta el derecho de los pacientes a tener acceso a su información, como, por ejemplo, en casos legales, epidemiología, estudios de caso y cuando el paciente la requiera.

Este proceso es diferente en las instalaciones de salud del territorio nacional, no obstante, el Hospital Dr. Gustavo Nelson Collado Ríos de Chitré está estructurando procesos que permiten la unificación del proceso y elevar la calidad de atención al paciente, basado en los parámetros legales.

El trabajo monográfico presentado está basado en el manejo, entrega y verificación de copias médico legales, autenticadas, y cómo debe ser dirigido para mayor cumplimiento de la norma.

## **ABSTRAC**

Law 68 of November 20, 2003 is the one that regulates the right that patients have to their information and who can have access to it, in some cases such as legal cases, epidemiology, case studies and the same patient who requires this.

This process is different in health facilities throughout the territory, but the hospital in question is structuring processes that allow me to unify the process and raise the quality of patient care, based on legal parameters.

For this we present the following monograph, based on the handling, delivery and verification of authenticated medico-legal copies, and how it should be directed for greater compliance with the standard.

## ÍNDICE GENERAL

| <b>Contenido</b>  | <b>Página</b> |
|---|---------------|
| INTRODUCCIÓN .....  | 10            |
| PARTE I.....  | 11            |
| CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA .....  | 11            |
| Antecedes sobre el expediente clínico que se lleva en el Hospital Dr. Gustavo Nelson Collado Ríos. .... | 11            |
| IMPORTANCIA O JUSTIFICACIÓN .....   | 12            |
| PARTE III.....  | 13            |
| FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....   | 13            |
| 3.1. Reseña histórica del Hospital Gustavo Nelson Collado Ríos .....                                    | 13            |
| 3.2 Historia clínica y su contenido según la Ley 68.....  | 14            |
| Capítulo VII: habla sobre el expediente clínico.....  | 14            |
| 3.3. Proceso de solicitud de copias autenticadas:.....  | 23            |
| 3.4. Foliación del expediente clínico.....  | 24            |
| 3.5. Certificaciones: .....   | 25            |
| BASES LEGALES .....   | 26            |
| BIBLIOGRAFÍA .....  | 28            |
| ANEXOS .....  | 29            |

## INTRODUCCIÓN

El departamento de Registros Médicos y Estadística de la Salud, es custodio de la historia clínica del paciente y a su vez es el engranaje con las demás funciones de la institución para el logro de metas y la toma de decisiones.

Este trabajo se centra en la regulación legal para la obtención de los registros médicos, como documentos legales y privados que guardan toda la información del paciente, en una institución pública o privada, ya que tienen una importancia relevante al momento en que este recibe atención, por lo que son documentos confidenciales.

Por la relevancia del tema, el trabajo está estructurado en capítulos. El capítulo primero comprende la contextualización sobre la historia y manejo clínico para obtener las copias legales. En el capítulo segundo se describe la importancia del tema y el porqué de la combinación de criterios técnicos.

El capítulo tercero contiene la base teórica y la conceptualización de las ideas. Finalmente se presentan las bases legales, conclusiones, bibliografía y anexos.

## PARTE I.

### CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA

#### **Antecedes del expediente clínico que se lleva en el Hospital Dr. Gustavo Nelson Collado Ríos.**

Actualmente se establece un proceso de elaboración y procesamiento de datos valiosos para mejorar la calidad en todos los servicios que se ofertan en el Hospital Gustavo Nelson Collado, de la ciudad de Chitré y se hace un análisis para custodiar, de la mejor manera posible, las historias clínicas, ya que requieren de procesos de unificación y verificación de cumplimiento, con el fin de mantener las mejoras continuas y salvaguardar la calidad de la información. Mediante el instrumento de evaluación se puede proporcionar a las diferentes instituciones una herramienta útil para la revisión de la calidad de los expedientes clínicos; lo que contribuye a mejorar de la calidad en la salud. Es importante guardar la confidencialidad de los expedientes clínicos, como lo establece la Ley 68 del 20 de noviembre del 2003: Toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos que hacen referencia a su salud. Así mismo, tiene derecho a que nadie pueda acceder a ellos, sin su autorización, salvo que lo prevea la legislación vigente<sup>1</sup>. La confidencialidad y tratamiento adecuado de los datos personales de los pacientes son hábiles, en virtud de lo dispuesto en los ordenamientos legales existentes en Panamá, hasta el momento, y que se fusionan con los conceptos de bioética, aplicables al ámbito público, en específico al Sistema Nacional de Salud. Estos elementos convergen de manera definitiva con los derechos humanos más entrañables y largamente pugnados por la humanidad, como son el derecho a la intimidad y la vida privada. Se destaca una línea de investigación documental y descriptiva, la clasificación del expediente clínico y el panorama del acceso a datos personales, para exhibir las dos opciones de clasificación: la reservada y la confidencial en temas no concluyentes del expediente clínico. Se propone un modelo y/o criterio útil para utilizarlo en el hospital, respecto al resguardo y al manejo del expediente clínico, con especial atención de los procesos y/o

---

<sup>1</sup> Ley 68 del 20 de noviembre de 2003.

procedimientos, como son el estado de necesidad terapéutico, pronósticos y/o diagnósticos, sin olvidar todos los datos personales en él vertidos.

## **PARTE II.**

### **IMPORTANCIA O JUSTIFICACIÓN**

Cada paciente, al ser atendido por alguna institución de salud, genera una serie de datos o información que revela su estado clínico, siendo estos datos acumulativos y seriados de manera cronológica, para que el paciente pueda ser analizado por diferentes instituciones o médicos en el futuro. En la actualidad, los médicos son capacitados para realizar estos documentos de una manera ordenada, clara y siguiendo una serie de rubros, determinados por la Ley 68, del 20 de noviembre del 2003 y las normas de procedimientos efectuados por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social; aunque es común que se presenten casos en los que el historial clínico se encuentra incompleto, mal redactado u organizado, lo cual genera serios problemas a los proveedores de la salud que ejercen algún juicio o diagnóstico sobre el estado del paciente.

Se deben unificar los criterios, acerca del grado de seguimiento normado por parte de los encargados de proveer los servicios de salud en el Hospital Dr. Gustavo Nelson Collado Ríos. Los resultados serían de utilidad para informar a los sujetos de prueba, acerca de sus errores más comunes, de tal manera, que reflexionen sobre la importancia del seguimiento de la norma en la realización de los historiales de cada paciente<sup>2</sup>.

La unificación de criterios es de suma importancia, porque revela datos nunca antes estimados por alguna organización pública o privada. Esto pudo comprobar, ya que, al consultar en diferentes medios sobre el tema, no se encontró información.

Se considera que esta evaluación es viable, en lo económico y en el aspecto técnico para los realizadores, pues no necesita de muchos recursos para llevarse a cabo y asegura que los resultados ayudan a resolver diferentes problemas del historial clínico.

---

<sup>2</sup> Procedimiento de entrega de copias autenticadas, HGNC 2019.

Con los datos recabados se confirma o se desecha la hipótesis sobre el seguimiento que los médicos, de los diferentes niveles, dan a la Ley 68 y los procedimientos implementados por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social; proporcionando información a los interesados en el tema de la educación, en todos los servicios de los profesionales de la salud que tienen acceso a la historia clínica y que contribuyen a su compilación; para así, reevaluar los métodos de enseñanza que incluyen la capacitación para la realización de un historial clínico de calidad. En esta compilación surge la necesidad a su acceso, pero, además, la producción de copias autenticadas, para ser utilizadas de manera personal, de estudio o legal, tal como lo estipula la Ley 68.

### **PARTE III.**

#### **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

##### **3.1. Reseña histórica del Hospital Gustavo Nelson Collado Ríos**

El Hospital El Vigía era una instalación ubicada en la Urbanización El Vigía, por muchos años, hasta que en el año 2011 se entregó un edificio totalmente nuevo en el Sector de la Barriada El Rosario y en honor al Dr. Gustavo Nelson Collado Ríos, por toda su labor y deseo de brindar salud a la población, se le cambia el nombre a la instalación<sup>3</sup>.

Es una institución de la Caja de Seguro Social (C.S.S.) ubicada en la ciudad de Chitré y que brinda, desde hace 34 años, los servicios de salud a la población asegurada de las provincias centrales.

Hoy día, laboran funcionarios en los 43 departamentos, con más de mil (1000) funcionarios y muchos servicios dotados de equipos de alta tecnología.

La Caja de Seguro Social (C.S.S.) busca garantizar que los servicios de salud lleguen a la población y, sobre todo, que la comunidad participe, de manera directa, con su aporte para ayudar a resolver las necesidades que se presenten en las instituciones de salud, a nivel nacional (Caja de Seguro Social - Panama, 2018).

---

<sup>3</sup> Caja de Seguro Social, Hospital Gustavo Nelson C, 2008.

### 3.2 . Expediente clínico y su contenido según la Ley 68.

En cuanto a la historia clínica que se lleva en este hospital, la Asamblea Legislativa, el 20 de noviembre del año 2003 creó la Ley 68, publicada en Gaceta Oficial N°24,935, en ella se explica y regula: “Los Derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada”. El objeto de esta Ley regular los derechos y obligaciones de los pacientes, personas sanas, profesionales, centros y servicios de salud públicos y privados en materia de información y de decisión libre e informada.

**Capítulo VII:** habla sobre el expediente clínico.

En su artículo 37 explica que el expediente clínico recoge el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada enfermo, identificando a los médicos y demás profesionales asistenciales que han intervenido en él. En el expediente debe procurarse la máxima integración, como mínimo, en el ámbito de cada centro, donde debe existir un expediente clínico único para cada paciente (Asamblea Nacional de Panama, 2003).

Este es un documento que el funcionario de REGES maneja y custodia, el cual puede elaborarse mediante soporte de papel, audiovisual e informático; siempre que se garantice la autenticidad de su contenido, debe ser claramente legible.

En el artículo 39 señala: Los centros y servicios de salud públicos y privados deben adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para proteger los datos personales recogidos y evitar su destrucción o su pérdida accidental y también el acceso, alteración, comunicación o cualquier otro procesamiento que no sea autorizado. Este artículo recae sobre el funcionario de REGES, ya que debe adoptar medidas técnicas y organizativas para proteger los datos que se recopilan y se guardan.

En el artículo 40: el expediente clínico debe tener un número de identificación e incluir los siguientes datos:

Datos de la identificación del enfermo y de la asistencia:

- Nombres y apellidos del enfermo.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Cédula de identidad personal.
- Número de seguro social.
- Dirección de domicilio y teléfono.
- Fecha de asistencia y de ingreso, si procede.
- Indicación de la procedencia, en caso de derivación desde otro centro asistencial.
- Servicio o unidad en que presta la asistencia, si procede.
- Número de habitación y de cama, en caso de ingreso.
- Médico responsable del enfermo.
- Número de seguro privado, en caso de existir.

Datos clínicos-asistenciales:

- Antecedentes familiares y personales, fisiológicos y patológicos.
- Historia clínica y examen físico.
- Procedimientos clínicos empleados y sus resultados, con los dictámenes correspondientes, emitidos en caso de procedimientos o exámenes especializados, y también las hojas de interconsultas.
- Hojas de curso clínico, en caso de ingreso.
- Hojas de tratamiento médico.
- Hoja de consentimiento informado, si procede.
- Hoja de información facilitada al paciente, con relación al diagnóstico y al plan terapéutico prescrito, si procede.
- Informe de epicrisis o de alta, en su caso.
- Documento de alta voluntaria, en su caso.

- Informe de necropsia, si existe.
- En caso de intervención quirúrgica, debe incluirse la hoja operatoria y el informe de anestesia, y en caso de parto, los datos de registro.

#### Datos sociales

- Informe social, si procede.

Como se observa, todos estos datos deben reposar en el expediente clínico, con relación a la identificación del enfermo, los cuales son llenados por el funcionario de Registros y Estadísticas de la Salud, con letra legible, en la sección de admisión y deben ser veraces. Con respecto a los otros datos, son los funcionarios de salud, dependiendo del servicio, los que llenan estas hojas, pero el funcionario de REGES se encarga de recopilar y adjuntar la información al expediente clínico, mediante un ordenamiento, que, posteriormente reposa en la sección de Archivos Clínicos por número de cédula del 00 al 99<sup>4</sup>.

El artículo 44 dice lo siguiente: cada centro debe establecer el mecanismo a través del cual se permita que, mientras se asista a un paciente concreto, los profesionales que lo atiendan puedan, en todo momento, tener acceso al expediente clínico correspondiente. Si el personal del Departamento de REGES no entrega los expedientes clínicos del paciente, a los diferentes servicios que se ofrecen dentro de una instalación de salud, la atención no debe, ni puede darse; es importante saber que el Departamento de REGES es el eje principal en la atención del paciente, ya que, si no reposa la atención o tratamiento de este en su expediente clínico, la instalación puede salir perjudicada, legalmente. Al igual, el funcionario de REGES debe evitar el extravío o traspapelación de un expediente. Es importante que los futuros funcionarios estén capacitados para archivar y desarchivar los diferentes expedientes clínicos.

---

<sup>4</sup> Manual de Procedimiento, Departamento de REGES 2019.

El artículo 45 establece lo siguiente: Se puede acceder al expediente clínico con finalidades epidemiológicas, de investigación o docencia; con sujeción a lo establecido en la ley. Solo en estos casos es permitido el acceso a los expedientes clínicos, únicamente por el personal del Ministerio de Salud que ejerce funciones de inspección, para comprobar la calidad de la asistencia y el personal que accede en uso de su competencia, a cualquier clase de datos del expediente clínico, queda sujeto al deber de guardar el secreto sobre ello. El funcionario de REGES maneja diariamente estos expedientes y tiene acceso a todo tipo de información del paciente, no obstante, por ética profesional y en cumplimiento de la presente Ley, no se puede divulgar a los familiares o allegados, ningún tipo de información confidencial o diagnóstico de los pacientes.

En el artículo 49 se expone: El expediente clínico debe conservarse, como mínimo, hasta veinte años, contados desde la muerte del paciente. No obstante, se podrán seleccionar y destruir los documentos que no sean relevantes para la asistencia, transcurridos dos años, desde la última atención del paciente. Es muy importante mantener este mínimo de años, para cualquiera investigación o estudios posteriores, que surjan, de tal manera que los investigadores puedan tener acceso a la historia clínica del paciente fallecido<sup>5</sup>.

### Historia Clínica

El médico tratante es el encargado de elaborar la Historia Clínica, la cual debe contener los siguientes rubros:

Interrogatorio: Debe tener como mínimo, la ficha de identificación, antecedentes familiares, hereditarios, antecedentes personales patológicos (incluyendo ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas.

Exploración física: Debe tener como mínimo, información acerca de los “hábitas exterior”, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y

---

<sup>5</sup> Ley 68 del 20 de noviembre de 2003.

respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.

Resultados previos: Que contienen los estudios de laboratorio, gabinete, etc.

Terapéutica empleada y resultados obtenidos.

Diagnósticos o problemas clínicos.

Nota de Evolución:

Esta es elaborada por el médico, cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con su estado clínico. En esta nota se describe lo siguiente: Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).

Signos vitales.

Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

Diagnósticos.

Tratamiento e indicaciones médicas. En el caso de medicamentos, señalar como mínimo: dosis, vía y periodicidad.

Nota de Interconsulta

La interconsulta es la derivación por parte del médico tratante, a otro profesional o centro en convenio.

La solicitud para la interconsulta debe ser elaborada por el médico, cuando se requiera y la nota se adjunta al expediente clínico.

La nota debe ser elaborada por el médico consultado y contemplar lo siguiente:

- Criterios diagnósticos.
- Plan de estudios.
- Sugerencias diagnósticas y tratamiento.
- Fecha y hora en que se otorga el servicio.
- Signos vitales.
- Motivo de la consulta.
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso.
- Diagnósticos o problemas clínicos.

- Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Tratamiento y pronóstico.

#### Nota de Referencia/ Traslado<sup>6</sup>

Si se requiere de una nota de transferencia/traslado, esta debe ser elaborada por un médico del establecimiento, con copia del resumen con que se envía al paciente; la cual contiene:

- Establecimiento que envía.
- Establecimiento receptor.

Resumen clínico, que incluya como mínimo:

- Motivo de envío.
- Impresión diagnóstica (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).
- Terapéutica empleada, si la hubo.

#### Notas Médicas en Urgencias

El departamento de urgencias es el encargado de atender toda lesión o enfermedad que representa una amenaza inmediata para la vida del paciente, y cuya asistencia no puede dilatarse.

Durante la atención y el tratamiento del paciente se hacen varias notas, que se dividen en iniciales, de evolución y de traslado; estas son elaboradas por un médico, las cuales deben contener lo siguiente:

- Inicial.
- Fecha y hora en que se brinda el servicio.
- Signos vitales.
- Motivo de la consulta.
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso.
- Diagnósticos o problemas clínicos.

---

<sup>6</sup> Manual de Procedimiento REGES, 2019.

- Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Tratamiento.
- Pronóstico.

#### Nota de Evolución.

En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, debe quedar por escrito, tanto la solicitud que realiza el médico solicitante, como la nota de interconsulta que debe realizar el médico especialista.

#### De Referencia/Traslado.

Las notas se llevan a efecto, al igual que las notas de interconsulta:

- La solicitud debe ser elaborada por el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico.
- La elabora el médico consultado y debe contar con:
  - Criterios diagnósticos.
  - Plan de estudios.
  - Sugerencias diagnósticas y tratamiento.

#### Notas Médicas de Hospitalización

##### De ingreso.

Debe ser elaborada por el médico que ingresa al paciente, con los datos siguientes:

- Signos vitales.
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso.
- Resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Tratamiento.
- Pronóstico.
- Historia Clínica.

### Nota de Evolución

El médico que atiende al paciente es el encargado de elaborarla, mínimo, una vez al día y de acuerdo con el estado clínico del paciente, la cual describe lo siguiente:

- Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).
- Signos vitales.
- Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Diagnósticos.
- Tratamiento e indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad.

### Nota Pre-Operatoria

Debe ser elaborada por el cirujano que va a intervenir al paciente, incluyendo a los cirujanos dentistas (excepto el pronóstico para estos últimos), y debe contener como mínimo:

- Fecha de la cirugía.
- Diagnóstico.
- Plan quirúrgico.
- Tipo de intervención quirúrgica.
- Riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).
- Cuidados y plan terapéutico pre-operatorios.
- Pronóstico.

Nota Pre-Anestésica, vigilancia y registro anestésico.

### Nota Post-Operatoria.

El cirujano que intervino al paciente es el encargado de elaborarla, terminada la cirugía. Esta es un resumen de la operación practicada, y debe contener como mínimo:

- Diagnóstico pre-operatorio.
- Operación planeada.
- Operación realizada.
- Diagnóstico post-operatorio.
- Descripción de la técnica quirúrgica.
- Hallazgos transoperatorios.
- Reporte de gases y compresas.
- Incidentes y accidentes.
- Cuantificación de sangrado, si lo hubo.
- Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios.
- Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante.
- Estado post-quirúrgico inmediato.
- Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato.
- Pronóstico.
- Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.
- Otros hallazgos de importancia para el paciente, relacionados con el quehacer médico.
- Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

#### Nota de Egreso.

- Debe ser elaborada por el médico y contener como mínimo:
- Fecha de ingreso/egreso.
- Motivo del egreso.
- Diagnósticos finales.
- Resumen de la evolución y el estado actual.
- Manejo durante la estancia hospitalaria.
- Problemas clínicos pendientes.
- Plan de manejo y tratamiento.

- Recomendaciones para vigilancia ambulatoria.
- Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).
- Pronóstico.
- En caso de defunción, las causas de la muerte acorde al certificado de defunción.

### 3.3. Proceso de solicitud de copias autenticadas:

Para obtener las copias certificadas de la historia clínica, el solicitante debe contar con visto bueno de la dirección médica del Hospital Gustavo Nelson Collado y que sustente su entrega, mediante un formulario o nota de solicitud, según el artículo 48 que establece: La administración o dirección de los centros hospitalarios o de salud velarán por el buen uso de los archivos de datos de los pacientes, aplicando las medidas de seguridad, control y registro de cualquier acceso a los datos efectuados, debe describir qué parte de la historia clínica desea o si su solicitud corresponde a todo el expediente<sup>7</sup>, esto solo lo puede solicitar el dueño del expediente o autorizando a otra persona, junto con copia de cédula. En el artículo 51 señala: El derecho de acceso del paciente al expediente clínico puede ser también por representación, siempre que esté suficientemente acreditada.

El Órgano Judicial, el Sistema Penal Acusatorio, Salud Ocupacional y estudiantes de la salud que estén en convenio con la instalación de salud, en este caso la Caja de Seguro Social, pueden solicitar copia del expediente.

Dicha solicitud se realiza en la dirección médica y una vez se obtenga el visto bueno del director médico pasa al departamento de REGES, en la sección de Archivo Clínico delegará a un funcionario (Estadístico III), para que realice la réplica de la información solicitada.

Se envía a la persona natural (solicitud de copias personales), con recibo de pago para que cubra el costo de lo solicitado. Si se trata de fiscalía o de cualquier otro ente (investigativo, o caso judicial), no tendrá costo, para este fin la entidad legal

---

<sup>7</sup> Procedimiento de entrega de copias autenticadas, REGES 2019.

no requiere autorización del paciente para obtener dichas copias, fundamentados en la Ley 68 que, para asuntos legales, no requiere autorización de la persona, pero sí se requiere visto bueno de la dirección médica para obtener las copias<sup>8</sup>.

El departamento de REGES se encarga de redactar la nota, dirigida a la dirección médica, indicando la condición de alguna información que contenga el expediente clínico del paciente, para que realice o confeccione la certificación; este proceso solo se realiza para las entidades públicas o jurídicas, a las personas naturales, se les notifica por medio de llamada.

Se archiva lo entregado en el expediente clínico, donde se señala la fecha, firma y cantidad de páginas entregadas; además, copias originales del expediente electrónico, impresas, previamente foliado cronológicamente.

#### 3.4. Foliación del expediente clínico

Acción de colocar a cada folio o página del expediente administrativo, con tinta indeleble u otro medio de presión seguro, su correspondiente número, en estricto orden cronológico de arriba del documento o constancia procesal a la secretaría del despacho de la autoridad. (Artículo 201 de la Ley 38 de 31 de julio de 2000).

Con base a esto, los expedientes clínicos son ordenados cronológicamente, cada cara de la página se enumera en la parte de arriba, siempre al lado derecho, la cual es certificada y firmada por el jefe de REGES o supervisor del archivo, además, debe ser sellada en un lugar visible, donde no puedan ocultarse datos e información.

Si la cara de la página no contiene información, se procede a colocar una raya de izquierda a derecha para indicar que la página no contiene datos y así, evitar que se coloque información posterior a la entrega del documento. Cabe señalar que no se le coloca numeración.

---

<sup>8</sup> Procedimiento de entrega de copias autenticadas, REGES 2019.

Si la cara de la página contiene información hasta la mitad o solo cubre parte de la página, se le coloca una línea donde finalice la información y posterior a esta, en forma de “Z”, se le coloca numeración en la parte superior, lado derecho.

### 3.5. Certificaciones:

Una vez se realice una petición de copias, se ejecuta la búsqueda de lo solicitado, solo para solicitudes judiciales o médico legales, y si en la solicitud se encuentra un error en la fecha, en el número de identificación del paciente o que simplemente este no tiene atenciones en el hospital, se expide una certificación de lo encontrado, de la jefatura de REGES a la dirección médica, para que esta, a su vez, expida una certificación al ente solicitante. A las solicitudes personales no se les expide certificación, solo se aclara verbalmente lo encontrado y se coloca manualmente en la solicitud, para que quede constancia<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Procedimiento de entrega de copias autenticadas, REGES 2019.

### **BASES LEGALES**

- Ley No. 68 de 20 de noviembre de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y decisión libre e informada.
- Ley No 41 de 30 de junio de 2009, que instituye y regula la carrera de Registros y Estadísticas de Salud.
- Decreto Ejecutivo N.º 1458 del 6 de noviembre de 2012 en materia de información.
- Decreto Ejecutivo N.º 523 del 25 de febrero de 2019.

## CONCLUSIONES

El departamento de Registros y Estadísticas de la Salud es parte esencial en el engranaje hospitalario, para la presentación de informes y parámetros que ayudan en la toma de decisiones a corto, mediano y largo plazo. Además, es custodio de los datos generados de cada paciente y su ética es direccionada por la confidencialidad de la información, amparado por la Ley 68.

El paciente cada vez es más consciente de sus derechos y por lo tanto, inicia acciones legales, buscando compensaciones o reivindicaciones; es por ello que se debe velar por el cumplimiento de la normativa establecida y evitar obtener copias autenticadas, sin los debidos procesos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Nacional de Panamá. (20 de noviembre de 2003). *Ley 68*. Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada.: <http://www.css.gob.pa/Ley%2068%20del%2020%20de%20noviembre%20de%202003.pdf>
- Caja de Seguro Social - Panamá. (10 de octubre de 2018). Recuperado el 28 de febrero de 2021, de Nota de Prensa sobre el Hospital Dr. Gustavo Nelson Collado Ríos: <http://www.css.gob.pa/web/10-octubre-2018nc.html>
- Ministerio de Salud de Panamá. (2016). *Decreto 0697*. Gaceta Oficial.
- Organización Mundial de la Salud. (2 de septiembre de 2019). La Historia Clínica Electrónica en América Latina. *Panamá, 24 horas*. Recuperado el julio de 2020, de <https://brechacero.com/wp-content/uploads/2019/07/HCE-America-Latina-ESP.pdf>