

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE GESTION Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA ESE HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO

MAICAO, LA GUAJIRA



TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION	3
2. OBJETIVOS	3
3. ALCANCE.....	3
4. JUSTIFICACIÓN.....	4
5. MARCO NORMATIVO.....	5
6. GENERALIDADES DE LA ESE HSJM	6
7. PLATAFORMA ESTRATEGICA	7
8. DEFINICIONES	8
9. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA	10
10. PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA HISTORIA CLÍNICA	11
11. REQUISITOS DE LA HISTORIA CLINICA	12
12. RESPONSABILIDAD RESPECTO A LA HISTORIA CLINICA	13
13. RECOMENDACIONES GENERALES	14
14. GENERALIDADES DE LA HISTORIA CLÍNICA	15
15. ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	16
16. MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	17
ELABORACIÓN Y CONTROL DE CAMBIOS	21

1. INTRODUCCIÓN

PROCEDIMIENTO DE CUSTODIA DE HISTORIAS CLÍNICAS

La Empresa Social del Estado Hospital San José de Maicao, implementa el procedimiento de la Gestión y custodia de la historia clínica para garantizar la protección y confidencialidad de la Historia Clínica.

En cumplimiento de la Resolución 839 de 2017 “por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones” en la que se establecen las normas para el manejo de la historia clínica, se elabora el manual de procedimientos propendiendo por el cumplimiento de la normatividad vigente que busca garantizar los derechos y deberes de los usuarios.

La Historia clínica es una herramienta infalible en la práctica clínica de los profesionales de la salud, es un documento que debe contener la narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos, antecedentes tanto personales como familiares, síntomas e intervenciones que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad actual o de su estado de salud.

En la Empresa Social del Estado Hospital San José de Maicao, se tiene claridad sobre la importancia que tiene dentro la atención el manejo de los registros clínicos, el cual debe garantizar como mínimo los requisitos establecidos por la ley: privacidad, confidencialidad, secuencialidad y oportunidad, entre otros

2. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL

Proporcionar una orientación clara sobre la forma de llevar a cabo el registro, manejo, control, custodia, organización, y conservación de la Historia Clínica (HC), en la E.S.E. Hospital san José de Maicao

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer los lineamientos sobre los procedimientos para el acceso a la historia clínica
- Garantizar el conocimiento de la normatividad vigente para el manejo de historia clínica.



- Facilitar el manejo adecuado de los archivos de gestión, central e histórico de las historias clínicas.
- Garantizar la custodia, acceso a la información y seguridad en el archivo de la historia Clínica.

3. ALCANCE

Este manual ha sido documentado para garantizar la funcionalidad en el manejo de los registros clínicos, brindando conocimientos y conceptos claros a todo el personal asistencial y administrativo que intervienen en el proceso de atención a los usuarios. Facilitando, además, la sensibilización de los usuarios y demás partes interesadas sobre la importancia y el manejo de los registros clínicos al momento de requerirlos

Se recomienda a las empresas divulgar el presente procedimiento con la finalidad de dar a conocer los derechos y obligaciones frente a la historia clínica a su personal y de esta manera, prevenir que se filtre información, se dé un mal manejo de la historia clínica y/o se viole la reserva legal que ostentan este tipo de documentos.

4. JUSTIFICACIÓN

Diferentes instancias en la historia de la humanidad han signado etapas en el desarrollo de modelos de historia clínica. Desde sus orígenes, hace más de 2.500 años, el estilo hipocrático se basaba en el registro de las vivencias de los enfermos. El médico registraba el curso clínico de la enfermedad por medio de las observaciones de los síntomas de los pacientes.

Posteriormente, y durante siglos, el médico basó sus registros en lo que sus sentidos podían percibir y esto constituyó el centro del proceso de documentación. Con el descubrimiento de nuevos instrumentos de exploración y mediante la amplificación de los sentidos, el enfoque del registro en ese entonces cambió de las observaciones del paciente a las observaciones del médico. Con la aparición de los exámenes complementarios (exámenes de laboratorio, diagnóstico por imágenes u otros) se generó una diversidad de fuentes desde donde se aportaban. Fue hasta fines de 1960 que se ideó una nueva manera de estructurar la información por medio de la creación de una lista de problemas y el ordenamiento de las evoluciones en el contexto de un problema específico.

La orientación a problemas fue uno de los cambios estructurales del registro médico en su evolución histórica y originalmente fue concebida para posibilitar su informatización. Durante el proceso de atención, independientemente de quién la realice y dónde se preste dicho servicio, se

genera información que suele ser almacenada en la historia clínica. Con frecuencia, dicha denominación se utiliza de forma intercambiable con diferentes términos tales como ficha clínica, registro médico, expediente clínico, expediente médico o prontuario médico. Todos estos términos son utilizados para referirse al conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. En la E.S.E Hospital San José de Maicao, se maneja la Historia Clínica de forma manual y electrónica siendo estas herramientas fundamentales de la atención médica, sin considerar otros aspectos igualmente importantes como son su valor como documento legal e instrumento de auditoría concurrente de la práctica médica.

5. MARCO NORMATIVO

Resolución 839 de 2017, Por la cual se modifica la resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones

Ley 1712 de marzo de 2014. Congreso de la República, Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1 “es regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información”

Acuerdo 004 de 2013 Archivo General de la Nación, Por el cual se reglamentan parcialmente e los Decretos 2578 y 2609 de 2012 y se modifica el procedimiento para la elaboración, presentación, evaluación, aprobación e implementación de las tablas de Retención Documental y las tablas de valoración Documental.

Artículo 15 Eliminación de documentos. La eliminación de documentos de archivo, tanto físicos como electrónicos deberá estar basada en las tablas de retención documental o en las tablas de valoración documental, y deberá ser aprobada por el correspondiente Comité Institucional de Desarrollo Administrativo o el Comité Interno de Archivo según el caso. Se podrá elevar consulta al Archivo General de la Nación cuando no existan normas legales que regulen los plazos de retención de ciertos documentos: a su vez este podrá solicitar concepto al organismo cabeza de sector al que corresponda la documentación objeto de consulta. Adicionalmente se deberá cumplir con el siguiente procedimiento

1. Previamente y por un periodo de treinta (30) días se deberá publicar en la página web de la respectiva entidad, el inventario de los documentos que han cumplido su tiempo de retención y que en consecuencia pueden ser eliminados, de forma que los ciudadanos puedan enviar sus observaciones sobre este proceso a los Consejos Departamentales y Distritales de Archivos o al Archivo General de la Nación;

2. Las observaciones deberán ser revisadas por el respectivo Consejo Departamental y Distrital

de Archivos o el Archivo General de la Nación, para lo cual contarán con sesenta (60) días, instancia que con base en el fundamento presentado por el o los petitionarios, podrá solicitar a la entidad suspender el proceso de eliminación y ampliar el plazo de retención de los documentos. Todo lo anterior se hará público en los sitios web de la entidad;

- La aprobación de la eliminación de documentos de archivo, tanto en soporte físico como electrónico, deberá constar en un Acta de Eliminación de Documentos, la cual suscribirán el Presidente y Secretario Técnico del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo o el Comité Interno de Archivo según el caso, de la respectiva entidad;
- Las actas de eliminación y el inventario de los documentos que han sido eliminados, se conservarán permanentemente y la entidad deberá mantenerlos publicados en su página web para su consulta;
- El Archivo General de la Nación será la última instancia en cuanto a las solicitudes de suspensión de los procesos de eliminación, de acuerdo con la naturaleza de los documentos y su valor legal, testimonial, informativo, cultural, histórico o científico, cuando a su juicio se pueda afectar el patrimonio documental del país;
- La eliminación de documentos se debe llevar a cabo por series y subseries documentales y no por tipos documentales. Por ningún motivo se pueden eliminar documentos individuales de un expediente o una serie, excepto que se trate de copias idénticas, o duplicados.

Ley 019 de 2012 del Ministerio de salud y protección Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública, en su Artículo 110 contemplo algunas disposiciones en relación con el procedimiento que ha de seguirse para la custodia y conservación de la historia clínica en caso de liquidación de entidades del SGSSS, previendo el deber de la correspondiente Entidad Promotora de Salud — EPS, de proceder a su recibo, custodia y conservación hasta por el término normativamente previsto.

Ley 1438 2011 de 19 de enero de 2011 del Ministerio de salud y protección social por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en. Salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1011 de 3 de abril de 2006 del ministerio de salud y protección Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema Artículo 33 obliga a garantizar el desarrollo de procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad que los programas de auditoría sean concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básico en el Sistema Único de Habilitación.

Ley 594 de 14 de julio de 2000 Por medio de la cual se dicta la Ley general de archivo y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 049 de 2000 Archivo General de la Nación “Conservación de Documentos” del Reglamento General de Archivos sobre “condiciones de edificios y locales destinados a archivos”.



Artículo 2: Condiciones generales. Ubicación, aspectos estructurales. Artículo 3: Áreas de depósito. Resolución No 1995 de 8 de julio de 1999. Del ministerio de salud. por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

Decreto 2174 de 1996 Mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud Numeral 4 artículo 5 “estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoria, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios”

Acuerdo 011 de 1996 Archivo General de la Nación de Colombia Por el cual se establecen criterios de conservación y organización de documentos”.

Acuerdo 07 de 1994 Archivo General de la Nación de Colombia Por el cual se adopta y se expide el Reglamento General de Archivos como norma reguladora del quehacer archivístico del país.

Ley 100 de 23 de diciembre de 1993. Del congreso de la república Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones Numeral 2, Artículo 173 “faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.

Ley 23 de 1981 “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica” Artículo 33 “Las prescripciones médicas se harán por escrito, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia”. En su Artículo 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley. Artículo 35. En las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

Decreto 3380 de 1981 Por el cual se reglamenta la ley 23 de 1981 Artículo 23 El conocimiento que de la historia clínica que tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta.

6. GENERALIDADES DE LA ESE HSJM

El Hospital San José de Maicao es una Empresa Social del Estado de orden Departamental, mediante acuerdo No.021 del 6 de diciembre de 1994 y acuerdo 002 del 11 de abril de 1997 y Según ordenanza No. 005 del 16 de marzo de 1999, la Asamblea Departamental de la Guajira eleva al Hospital a II nivel de atención, que constituye una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden departamental, dotado de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa del II nivel adscrito al Departamento Administrativo de Salud, se



convierte en Empresa social del Estado, con sede en la Cabecera del municipio de Maicao, ubicada estratégicamente equidistante de los municipios del norte de departamento, lidera la subred norte de referencia de 4 (cuatro) municipios: Uribía, Manaure, Albania, de conformidad con el Plan Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de la red pública del departamento de La Guajira.

La ESE Hospital San José de Maicao creada hace 47 años, identificada con NIT 892.120.115-1, ubicada geográficamente en la ciudad fronteriza Maicao (La Guajira), en la calle 16, Numero 39 a bis-31 Troncal de Caribe, es un establecimiento Público descentralizado de naturaleza especial, del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, fundamentada legalmente en el artículo 48 de la Constitución de 1991, artículo 19 de la ley 10 de 1990, y artículos 194 y 195 de la Ley 100/93, creada como Empresa social del Estado, cuyo perfil asignado es Materno Perinatal. Habilitado y con Registro Especial de Prestador: código No 4443000277, En la actualidad registra además una sede de baja complejidad ambulatoria en el corregimiento de Paraguachon.

7. PLATAFORMA ESTRATEGICA

Misión.

La E.S.E Hospital San José de Maicao contribuye al mejoramiento del nivel de salud y la calidad de vida de la población de la Guajira, con énfasis materno-infantil, a través de la prestación de servicios de salud, con criterios de equidad, bienestar clínico, optimización de recursos, satisfacción, enfoque diferencial y resultados de impacto positivo en salud, con un talento humano calificado, mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud basados en estándares superiores de calidad.

Visión

Para el 2027 la E.S.E. Hospital San José de Maicao será un centro de referencia en el Departamento de La Guajira y a nivel nacional por implementar estándares elevados de calidad en la prestación de servicios de salud, tanto en el componente primario como complementario en el proceso de atención, con enfoque diferencial, humanizado e inclusivo, que garantice mejorar la experiencia del cliente interno y externo, resultados favorables en salud, optimización de los recursos, bienestar clínico y equidad en salud para la población territorial.

Objetivos Estratégicos

- Prestar servicios de salud primarios y complementarios humanizados con capacidad resolutoria de calidad, basados en la seguridad del paciente, involucrando la familia en el cuidado de su salud, respetando y promoviendo la cosmovisión de la salud de la población indígena y raizal, conservando el medio ambiente, mediante el fortalecimiento del modelo



de atención institucional integral, integrado, preventivo e inclusivo que asegure el bienestar de la población de la Guajira.

- Lograr el desarrollo sostenible de la institución generando impacto en cada uno de los grupos de interés.
- Lograr el crecimiento y desarrollo institucional a partir del equilibrio financiero.
- Aumentar la participación y cobertura en la prestación de los servicios.
- Incrementar los niveles de satisfacción hasta lograr una mejor experiencia de servicio para el usuario y su familia.
- Fortalecer el nivel de desempeño en gestión clínica.
- Lograr la Acreditación en Salud bajo los estándares superiores de Calidad según resolución 5095 de 2018.
- Lograr el desarrollo del Talento Humano, su motivación y adhesión a los fines organizacionales.

8. DEFINICIONES

Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.

Archivo Histórico. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

Archivo de historia clínica física: se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

Consulta: Una vez que se tiene los registros en el sistema, la Historia Clínica de cada paciente podrá ser consultada por el equipo médico y administrativo de acuerdo al nivel de competencia definida en los permisos que se tienen establecidos en cada perfil, manteniendo la confidencialidad del documento, siendo solo accedida por el personal autorizado.

Contingencia: Suele referirse a algo que es probable que ocurra, aunque no se tiene una certeza al respecto. Plan de contingencia es la implementación de un mecanismo que permita el registro de la prestación del servicio de forma íntegra confidencial y segura en situaciones de contingencia por fallas del hardware, software o energía eléctrica y que garantice la continuidad e integridad del registro de la Historia Clínica y permita tener herramientas que soporten los procesos de facturación.

Distribución: La distribución entendida como característica del archivo de historias clínicas sistematizadas en la efectiva disponibilidad, oportunidad, garantía de organización, conservación,

preservación y migración en el tiempo para los interesados, con las limitaciones que impone la Ley (Ministerio de Salud, 1999).

Equipo de Salud: Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

Historia Clínica: es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado

9. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Las características básicas de la Historia clínica son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley. Se debe poder localizar, recuperar, presentar, interpretar y leer. Su presentación debe mostrar la actividad que lo produjo

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Confidencialidad: La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia administrada a un paciente, por lo que es el documento privado de una persona.

Seguridad: En toda historia clínica Debe constar la identificación del paciente, así como de los profesionales que intervienen a lo largo del proceso asistencial. Única: La historia clínica debe ser única institucional para cada paciente.

Legible: Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

Autenticidad: Los usuarios del sistema de información de Historia Clínica Electrónica de la E.S.E Hospital San José de Maicao, son autenticados a través de identificación electrónica la cual consta de usuario y contraseña para su ingreso, para el registro de actos médicos y demás procedimientos realizados por el equipo de salud que interviene en la atención del paciente; las evoluciones entre otros registros y documentos médicos son firmados electrónicamente por el respectivo profesional de salud encargado de la atención una vez finalice y apruebe el registro. Una vez firmado ya no se puede modificar el registro. Se puede realizar nota aclaratoria.

Responsabilidad: todo el personal que participa en la atención de un usuario es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la Historia Clínica y que ésta cumpla con los propósitos para la cual ha sido diseñada. Sin embargo, es el médico quien tiene la mayor responsabilidad relativa tanto en forma individual como colectiva, la cual radica no solo en el registro de sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta. Toda persona que tenga acceso a la Historia Clínica o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional.

10. PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL DE LA HISTORIA CLINICA

Retención y tiempos de conservación documental del expediente de la historia clínica. La historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención.

Los cinco (5) primeros años dicha retención y conservación se hará en el archivo de gestión los diez (10) años siguientes en el archivo central. Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán. Si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llegare a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la entidad a cuyo cargo se encuentre la custodia, utilizando para tal fin los medios que considere necesarios.

Cumplidos dichos términos, con miras a propender por la entrega de la historia clínica al usuario,

su representante legal o apoderado responsable de su custodia, de forma previa al proceso de disposición final se publicarán como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional, definidos por la entidad responsable de dicha publicación, con un intervalo de ocho (8) días entre el primer aviso y el segundo, en los que indicará el plazo y las condiciones para la citada entrega, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses más, contados a partir de la publicación del último aviso. Disposición final de la historia clínica

La disposición final y la consecuente eliminación de historias clínicas, procederá por parte del responsable de su custodia, siempre que concurran las siguientes condiciones:

Que se haya cumplido el tiempo de retención y conservación documental.

Que se haya adelantado el procedimiento de publicación

Que se haya adelantado la valoración correspondiente, orientada a determinar si información contenida en las historias a eliminar posee o no valor secundario (científico, histórico o cultural), en los términos establecidos por el Archivo General de la Nación, de lo cual se dejará constancia en un acta, que ser firmada por el representante legal de la entidad y por el revisor fiscal cuando a ello haya lugar, acompañada del respectivo inventario en el que se identifique la valoración realizada a cada una de aquellas.

11. REQUISITOS DE LA HISTORIA CLINICA

Veracidad: La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.

Rigor técnico de los registros: Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el paciente otros profesionales o la institución.

Coetaneidad de registros: La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y sincrónica con la asistencia prestada al paciente.

Completa: Debe contener datos suficientes sobre la patología del paciente, debe reflejar todas las fases médico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales.

12. RESPONSABILIDAD RESPECTO A LA HISTORIA CLINICA

Todo el personal que participa en la atención de un usuario es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la HISTORIA CLINICA y que ésta cumpla con los propósitos para la cual



ha sido diseñada. Sin embargo, es el médico quien tiene la mayor responsabilidad relativa tanto en forma individual como colectiva, la cual radica no solo en el registro de sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta.

SECRETO PROFESIONAL Toda persona que tenga acceso a la Historia Clínica o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional. La persona que divulgue información de la historia clínica a personas no autorizadas será sancionada.

El código penal colombiano establece sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado. Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico o personal paramédico, está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.

Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer: Al paciente, en aquello que estrictamente le concierne y convenga. A los familiares del paciente, si la revelación es útil al tratamiento. A los responsables del usuario, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.

A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley. A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

El profesional velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional, este debe cobijar igualmente a todas aquellas personas que, por su estado y profesión, reciben o tienen acceso a esta información confidencial.

El Código Penal Colombiano establece las sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

13. RECOMENDACIONES GENERALES

1. Sólo se prestan las historias en físico para fotocopiar a su respectivo propietario o a un acudiente, previa autorización del propietario. Se debe diligenciar el formato de solicitud de copia de HC
2. El acceso al archivo clínico está restringido, solo pueden ingresar los funcionarios que laboran en dicha dependencia y el personal de salud que requiera HC.
3. El egreso de la HC de la oficina de archivo, debe estar registrado en el sistema SIOS, custodia de la HC y allí mismo registrar el Ingreso.
4. Las historias clínicas en físico prestadas deben ser devueltas al archivo el mismo día, excepto las solicitadas para auditorias, glosas a requerimiento legal.

5. El mecanismo para ejercer control sobre el acceso a las historias clínicas automatizadas, garantizando la confidencialidad, se estableció dando a cada profesional de la salud un código de acceso al programa SIOS, a su vez el personal de facturación, autorizaciones, auditoría médica y archivo tendrá su clave para acceder a la Historia clínica digital.
6. Se establece procedimiento de respaldo de información que garanticen la no pérdida de historias clínicas automatizadas, realizando copias de seguridad en el servidor.
7. El comité de historias clínicas debe velar por el cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la gestión de los registros clínicos y el buen funcionamiento del software clínico.
8. Se continúa archivando en la carpeta física de la HC, que reposan en el archivo de gestión, los documentos de los usuarios que ya la tienen. Las HC y anexos de los usuarios que no tienen carpeta, se archiva en un AZ en orden cronológico y mes a mes.
9. Las historias físicas no deben salir de la institución por ningún motivo

14. GENERALIDADES DE LA HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica manual debe diligenciarse en forma legible clara, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco sin utilizar siglas o acrónimos, cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. La historia clínica digital, debe diligenciar todos los campos que conforman el formato, sin utilizar siglas.

APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

En la E.S.E Hospital San José de Maicao, se realiza apertura de historia clínica a todos los usuarios que ingresan a los servicios de Urgencias, Hospitalización, Promoción y Prevención, Odontología, Consulta Externa, psicología

La identificación del usuario se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años, con el número de nacido vivo para los recién nacidos, menores sin identificación.

Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería, los irregulares con el prefijo "Ven" y número de la cédula venezolana. La institución cuenta con una historia Clínica física y digital, única institucional, ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención. Con acceso al sistema SIOS.

Las HC físicas permite saber en todo momento, en qué servicio de la institución se encuentra la



historia clínica, a quien y en qué fecha ha sido entregada y procedimientos de respaldo de información definidos y controladas para garantizar la seguridad de las historias clínicas automatizadas.

En cada tipo de historia clínica manual el ordenamiento es cronológico ascendente por fecha de atención; se archiva, encima de la última atención.

NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA: Los soportes físicos de la HC deben permanecer en la carpeta, actualmente no se enumeran los folios pero se inicia con la hoja de identificación, seguido de los soportes en orden cronológico.

COMPONENTES: Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO: Los contenidos mínimos son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia.

HOJA DE EVOLUCION, ANEXOS: Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: consentimiento informado, procedimientos, declaración de retiro voluntario Los resultados de exámenes para clínicos podrán ser entregados al usuario luego que el resultado sea registrado en la historia clínica. En los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán anexarse a la historia clínica. Las imágenes diagnosticas se entregarán al usuario, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica.

CONTENIDOS MINIMOS

Se entiende por Historia Clínica completa aquella que incluye la siguiente información:

Datos generales del usuario

Motivo de consulta

Enfermedad actual

Revisión por sistemas

Antecedentes personales, familiares, alérgicos, ginecológicos, de medicamentos y hábitos.

Examen físico completo el cual incluye siempre: signos vitales aparatos y sistemas.

análisis médico. Diagnóstico (s) presuntivo (s) o definitivo (s)

Finalidad y causa.

Conductas: orden de medicamento. Orden de laboratorio, orden de imagen logia interconsultas, remisiones.

Evoluciones o controles.

Epicrisis o resumen de egreso.

Consentimientos.

15. ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS:



La E.S.E Hospital San José de Maicao, organiza maneja las historias clínicas en un archivo único con las etapas de archiva de gestión, gestión central e histórico de acuerdo con la normatividad vigente guardando los principios establecidos por el archivo General de la Nación.

SOLICITUD DE LA HISTORIA CLÍNICA: La normatividad colombiana es cautelosa en la protección y confidencialidad de la historia clínica. La resolución 1995 de 1999 señala que la Historia Clínica es un documento privado, sometido a reserva, que sólo puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en casos previstos por la Ley.

HISTORIA CLÍNICA POR TIPO DE ATENCIÓN Es norma en la E.S.E Hospital San José de Maicao, el diligenciamiento de la Historia Clínica sistematizada, por parte de los profesionales tratantes en cada uno de las dependencias de atención.

CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

Historia clínica de ingreso: todo usuario que se hospitalice para tratamiento médico o parto, deberá contar con historia clínica de ingreso por el médico tratante.

Las evoluciones deben contar con fecha y hora de la consignación de la información, se diligenciarán en el formato de notas médicas. Es responsabilidad del que inicia un formato de evolución diligenciar los datos de identificación del usuario (número de historia clínica, nombres y apellidos).

ODONTOLOGÍA Todo usuario que accede al servicio de odontología debe contar con la historia clínica, el completo diligenciamiento es responsabilidad del odontólogo general, quien debe garantizar el registro de odontograma, datos correspondientes a los exámenes clínicos, tratamientos y consultas de urgencias.

PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Todo usuario que accede al servicio de promoción y prevención debe contar con la historia clínica correspondiente, el completo diligenciamiento es responsabilidad del médico general y el personal de enfermería: Crecimiento y desarrollo, Planificación Familiar, Prenatal y Puerperio, Enfermedades Crónicas, Atención del Joven, Atención del Adulto, Agudeza visual. Citologías y demás programas de Prevención y promoción.

PSICOLOGÍA Todo usuario que accede al servicio de psicología debe contar con la historia clínica, el completo diligenciamiento es responsabilidad del psicólogo, quien debe garantizar el registro en la historia clínica.

16. MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA



BENEFICIOS

- Generar ventajas competitivas a partir de la adecuada integración de procesos críticos, manejando eficientemente todos los aspectos de la institución y así reforzar su presencia en el sector de la salud.
- Procesar en tiempo real la información a todo nivel.
- Facilitar y apoyar el trabajo analítico de los colaboradores, para retener el talento en su organización y no perder competitividad por el éxodo de su personal y el conocimiento.
- Disponer de acceso directo y amigable a la información de una manera intuitiva y gráfica, que les permita la toma oportuna de decisiones.
- Contar con una plataforma de mejoramiento continuo, escalable, con proyección al futuro, fácil de utilizar, flexible, con ayudas en línea, ambiente gráfico y provista con las últimas tecnologías.
- Atender oportunamente los requerimientos legales de información por parte de los entes estatales de control Supersalud.
- Obtener mayor rentabilidad a través del ahorro en procesos, así como evitar desperdicio de recursos, duplicación de funciones, dispersión de información y minimizar el consumo de papel con el manejo electrónico de la información.
- Optimizar los procesos de su institución para el manejo de las variables y complejidades propias de su actividad, de modo tal que se garantice el cumplimiento de compromisos con las EPS-S, los proveedores, los usuarios y la atención oportuna para todos los pacientes que soliciten los diferentes servicios que brinda la institución.
- Incrementar los puntos de contacto, el nivel de satisfacción y de servicio en los usuarios.

MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Consigna las órdenes médicas que a su vez aparecen en forma automática en el área de despacho o de realización, como son farmacia, laboratorio, imágenes diagnósticas, terapias. De igual forma se establecieron ayudas para el diligenciamiento rápido de la misma, cada uno de los elementos registrados en la historia clínica quedan consignados en la base de datos, lo que permite la utilización de éstos para la realización de estudios clínico epidemiológicos, por contar con elementos de selección múltiple, garantizan de forma fidedigna la validez del dato para cada uno de estos estudios.

Genera de manera automática la epicrisis tomando de la historia clínica los elementos obligatorios y los relevantes disminuyendo de forma sustancial el nivel de glosas de la institución. Se accede al módulo con su usuario y contraseña personal y la fecha del día en que se presta el servicio, se diligencia la actividad a realizar que para este caso es consulta externa, se define el estilo de facturación (se recomienda utilizar módulo de citas ya que todas deben estar aginadas por agenda), se ingresa el número del documento del paciente y se realiza la búsqueda por medio

de citas asignadas al paciente.

Es importante recalcar que este número es el que relaciona todas las bases de datos del sistema que guardan información del paciente. Por esto mismo la operación de modificación del mismo es una tarea delicada que está reservada a usuarios de estadística que puede verificar el documento y realizar el formato de reporte de inconsistencias resolución 3047.

El sistema permite la búsqueda de una historia clínica indicando su actual situación (prestada, archivada, extraviada) y la fecha desde la que se encuentra en dicha situación.

CAPTURE DE LA HC SIOS

DATOS PERSONALES

La parte superior de la pantalla se observa los datos personales de los pacientes. El Sistema prevé medidas para controlar la reserva y seguridad de los datos que se almacenan en el mismo, seguridad en la información disponible en los campos memos.

La historia Clínica se DEBE GUARDAR una vez terminado de diligenciar la historia del paciente. Y permite verla más adelante desde distintas partes de la historia clínica del paciente seleccionado.

SEGURIDAD

El sistema permite el registro de datos unificados de salud para sus habitantes, permitiendo su almacenamiento y gestión de todas las Historias Clínicas Digitales, de manera segura, confiable, ordenada y actualizada ya que hace copias cada 2 horas (BAKUPS) automáticas en frío y caliente en el servidor central y una copia en el equipo local en caso de desconexión del servidor central con el equipo local, permitiendo así el desarrollo de actividades profesionales de forma transparente.

Para blindarnos de cualquier posible avería del disco donde se guarda la información estas copias se hacen en discos separados en el servidor central.

La seguridad de la historia clínica está basada en la apertura de folios por cada una de las entradas a ésta y un cierre automático a la salida, lo que imposibilita la modificación o alteración de lo registrado en cada uno de los folios, en caso de error es necesario el diligenciamiento de un nuevo folio para realizar la nota explicativa de la corrección. Esta información es almacenada en forma encriptada para evitar una posible manipulación.

BIBLIOGRAFIA

Guía Práctica de preparación para la acreditación en salud. 2007

Decreto 1011 de 2006

Resolución 5095 de 2018.



ELABORACIÓN Y CONTROL DE CAMBIOS

ELABORACIÓN INICIAL DEL DOCUMENTO

CONTROL	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO
REALIZÓ	26/10/2018	JAVIER AYALA	Epidemiólogo
REVISÓ	30/10/2018	MABIS MERCADO RÚA	Calidad
APROBÓ	10/11/2028	CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ	Subgerente



CONTROL DE CAMBIOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA MODIFICACIÓN	MODIFICACIÓN	RESPONSABLE
PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA ESE HSJM	HSJM-PX:003	3	10/02/2024	CONTENIDO	MABIS MERCADO RUA

REGISTRO DE COMUNICACIÓN DEL DOCUMENTO

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA	FECHA
HENRY MARTINEZ V.	SUBGERENTE		10/02/2024
SIBELIS CORDOVA M.	EPIDEMIOLOGA		10/02/2024

