

FECHA TÉCNICA DEL DOCUMENTO				
DATOS GENERALES DEL DOCUMENTO				
NOMBRE DEL DOCUMENTO: MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA				
❖ OBJETIVO: Establecer la metodología y los lineamientos para integrar el expediente clínico por medio de la apertura, capturan y registro, con el fin de asegurar su control y resguardo en el archivo clínico.				
❖ 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 por parte de la IPS Catherin Tatiana Jimenez S. A.S. y las sedes que llegase a habilitar.				
ELABORÓ	REVISÓ	ACTUALIZÓ	FECHA DE APROBACIÓN	
NOMBRE: Marcel Diaz G. Asesor de calidad	NOMBRE: Marcel Diaz G. Asesor de calidad	NOMBRE: Anyela Rodríguez Asesor de calidad	01-02-2021	

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE REVISIÓN
2	Actualización del documento	01-02-2021	01-02-2023

INTRODUCCIÓN

La HISTORIA CLINICA es definida por la Resolución 1995 de 1999 como 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, por lo tanto es el único documento válido para demostrar el tipo de atención que un usuario ha recibido, es fiel reflejo de la calidad de atención brindada por el profesional de la salud.

TERAPIAS CTJ, institución de salud preocupada por la calidad de los servicios que ofrece, tiene como política estricta e inflexible, mantener sus historias clínicas dentro de los más altos estándares tanto de forma como de contenido. Todo profesional con prerrogativas para ejercer dentro de la institución, deberá ajustarse a las siguientes normas relativas a la elaboración y manejo de la HISTORIA CLINICA y sus respectivos registros.

La historia clínica tiene un papel protagónico, fundamental y en ocasiones definitivo en los procesos de responsabilidad profesional. De todo ello puede concluirse que la historia clínica como tal debe existir y mantenerse, sin perjuicio de que, en virtud del derecho de acceso a la misma que se le reconoce, el usuario pueda conocer todos o cualquiera de los documentos e informes de los que consta e incluso obtener copia de los mismos (criterio éste último que coincide, en el ámbito de las instituciones de salud públicas, con el derecho que se reconoce a todo ciudadano en relación con los expedientes administrativos en que sea parte interesada). Estas conclusiones, recogen como derecho del usuario en el ámbito de la información y documentación de salud, el de recibir, a petición suya, un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma.

Además, el usuario tiene el derecho a exigir el debido respeto a la confidencialidad de la información contenida en su historia clínica, como faceta del derecho más general a la salvaguarda de su intimidad personal. Pero que aquél no ostenta la titularidad de la historia, entendida como plena capacidad de disposición sobre la misma, se confirma a la luz de la regulación de los derechos de rectificación o cancelación de datos.

JUSTIFICACION

Dentro de los sistemas de calidad establecidos 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. Este manual ha sido documentado para dar cumplimiento a los altos estándares de calidad, los requerimientos de ley y los requisitos y necesidades de la IPS TERAPIAS C. T. J. S.A.S.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer las directrices para el manejo y gestión de los registros clínicos en la IPS Terapias CTJ S.A.S.
2. Garantizar el conocimiento de la normatividad vigente para el manejo de la historia clínica
3. Brindar conceptos que faciliten la orientación del profesional de la salud al momento de gestionar los registros clínicos
4. Establecer las políticas para el uso y funcionalidad de la historia clínica automatizada
5. Facilitar el manejo de la historia clínica automatizada bajo la definición de instructivos para su uso
6. Procurar el cumplimiento de las políticas SIIS y Confidencialidad y Privacidad, brindando a los profesionales de la salud las herramientas para su implementación.

MARCO CONCEPTUAL

- a. **La Historia Clínica:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del usuario, 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 usuario o en los casos previstos por la ley.
- b. **Historia Clínica Electrónica:** es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, que se encuentra contenido en sistemas de información y aplicaciones de software con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectiva en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente
- c. **Estado de salud:** El estado de salud del usuario se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- d. **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.
- e. **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 usuario, el cual también tiene el carácter de reservado.
- f. **Guarda y custodia.** Todos los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, seguirán teniendo la responsabilidad de la guarda y custodia de las historias clínicas de las personas en sus propios sistemas tecnológicos de acuerdo con las leyes vigentes sobre la materia. En todo caso, también serán responsables de la guarda y custodia los demás actores de salud involucrados en el marco de interoperabilidad de la historia clínica electrónica.
- g. **Autorización a terceros.** Solo la persona titular de la Historia Clínica Electrónica podrá autorizar el uso por terceros de la información total o parcial en ella contenida de acuerdo con la normatividad vigente; salvo en los casos que por ley no sea requerido el otorgamiento de dicha autorización.
- h. **Contenido.** La Historia Clínica Electrónica deberá contener los datos clínicos relevantes de la persona de forma clara, completa y estandarizada con los más altos niveles de confidencialidad. La información suministrada en la Historia Clínica Electrónica no podrá ser modificada sin que quede registrada la modificación de que se trate, aun en el caso de que ella tuviera por objeto subsanar un error. En caso de ser necesaria la corrección de una información de Historia Clínica Electrónica, se agregará el nuevo dato con la fecha, hora, nombre e identificación de quien hizo la corrección, sin suprimir lo corregido y haciendo referencia al error que subsana. Todo paciente tendrá derecho a que le suministren su historia clínica por cualquier medio electrónico por parte de los prestadores de servicios de salud de forma gratuita, completa y rápida.

CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

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 y realizarse backup 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 usuario, 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.

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

OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

RESPONSABILIDAD EQUIPO TÉCNICO 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, sino que además debe revisar los aportes de otras disciplinas de la salud y comentar sobre ellos especialmente si los resultados son inesperados. Este podrá delegar su elaboración en un miembro del cuerpo profesional en adiestramiento, sin que este pierda su carácter de responsable ante la Fundación y ante la ley.

SECRETO PROFESIONAL

Toda persona que tenga acceso a la HISTORIA CLINICA 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 enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga.
- A los familiares del enfermo, 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.

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.

MARCO LEGAL

- Ley 594 de 2000 – Ley general de Archivo
- Resolución 1995 de 1999 – Normas para el Manejo de la Historia Clínica
- Ley 2015 del 31 de enero del 2020.
- Resolución 3891 de 1982 – Como diligenciar la Historia Clínica
- Circular 2 de 1997 - Archivo General de la Nación
- SUH criterios Registros Clínicos
- SIUA, estándares de Gerencia de la Información y de atención al cliente
- Ley 528 de 1999 -Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones.

DIRECTRICES INSTITUCIONALES SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

- ♣ Registro cronológico de las condiciones de salud del paciente y procedimientos ejecutados por el profesional que interviene en su atención. Cada registro de Historia clínica debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con nombre completo y firma del autor de la misma.
- ♣ La Historia Clínica debe ser diligenciada en forma clara, legible, completa, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.
- ♣ Obligatoriedad del registro de observaciones, conceptos, decisiones y resultados de cada una de las atenciones realizadas, hallazgos, recomendaciones y todas las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios, registrando la fecha de la atención.
- ♣ Todo el personal asistencial y administrativo de la Institución relacionado con el manejo y tráfico de la Historias Clínicas son responsables de velar por su custodia y conservación.
- ♣ Sin excepciones de ninguna índole, todos los pacientes atendidos deben tener el registro completo de la Historia Clínica.
- ♣ Todas las especialidades sin excepción deberán diligenciar la historia clínica completa e incluir en ella en anexo correspondiente
- ♣ Los Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) deben ser diligenciados por el profesional en el momento de la prestación de servicios de salud.
- ♣ De los reportes e interpretación de los exámenes para-clínicos y de imágenes diagnósticas se deberá dejar constancia en la Historia Clínica entregada por el paciente para futuros análisis.

POLÍTICAS GENERALES

- Las historias clínicas requeridas para la atención clínica no son entregadas a los usuarios
- Sólo se prestan las historias para fotocopiar a su respectivo propietario o a un acudiente, previa autorización del propietario
- El acceso al archivo clínico está restringido, solo pueden ingresar los funcionarios que laboran en dicha dependencia.
- Se deben tener definidos los mecanismos para ejercer control sobre el acceso a las historias clínicas automatizadas, garantizando la confidencialidad
- Establecer procedimientos de respaldo de información que garanticen la no pérdida de historias clínicas automatizadas
- 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.
- Las historias no deben salir de la institución.

APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

En el Centro de Terapias CTJ, se realiza apertura de historia clínica a todos los usuarios que ingresan a los servicios. 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. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad (entiéndase menores de un mes), se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

Terapias CTJ S.A.S. cuenta con una Historia Clínica única institucional automatizada, la cual cada profesional cuenta con su login para poder ingresar y poder realizar las respectivas evoluciones.

La apertura de la historia se realiza al momento de ingresar el usuario al software administrativo y clínico, de la IPS. Solo se realiza apertura manual de la historia clínica como plan de contingencia cuando se tienen inconvenientes con el software, problemas de energía y operador de internet, para lo cual el archivo clínico realiza impresión el cual es archivado en carpeta rotulada con logo de la institución, marcada completamente en su parte externa con apellidos y nombres completos, # de identificación y año de consulta, junto con los demás formatos que conforman la historia.

La historia clínica manual está ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y con una aplicación para el control que permite saber en todo momento, en qué lugar 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. POSTERIOR SERAN ARCHIVADAS FOLIADAS SEGÚN NORMA DEL ARCHIVO GENERAL DE LA NACION.

NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma. Las hojas de evolución, órdenes médicas son responsabilidad del profesional tratante.

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, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, entidad de afiliación y tipo de vinculación, nombre de padre y madre aun si están fallecidos o no conviven con ellos ya que este dato es de gran ayuda para identificar los homónimos

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, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario Los resultados de exámenes paraclínicos 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 MÍNIMOS

Se entiende por HISTORIA CLINICA 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.
- Concepto médico.
- Diagnóstico (s) tentativo (s) o definitivo (s)
- Finalidad y causa.
- Evoluciones o controles.
- Epicrisis o resumen de egreso.
- Consentimientos Informados.

PROCEDIMIENTO PARA UTILIZAR LA HISTORIA CLINICA

- Cuando la HISTORIA CLÍNICA, sea elaborada por un profesional éste deberá firmarla (en la Historia Clínica automatizada esta la firma del profesional con su respectivo numero de identificación).
- También es importante incluir en las evoluciones un resumen de las explicaciones o información dada al usuario acerca de su enfermedad y de los procedimientos a que va a ser sometido. Una vez practicados los procedimientos se realizará una descripción clara y completa de cada uno de ellos, de sus complicaciones si las hubo, y de las medidas tomadas para manejarlas.

- Todas las notas de evolución llevarán: fecha y hora, firma, registro profesional y sello de quien las elaboró
- Las anotaciones en la historia clínica deben ser legibles.
- Todos los formularios incorporados en la historia clínica deben ser identificados con el nombre completo y numero de historia clínica del usuario.
- No dejar espacios en blanco sin llenar.
- La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva
- Las atenciones deben registrarse cronológicamente
- La Historia Clínica solo debe ser conocida por terceros con previa autorización del usuario o en los casos previstos por la ley
- El usuario debe tener una Historia Clínica única e integral, en ella deben consignarse todo lo referente a la prestación de servicios del usuario dentro de la institución, teniendo racionalidad científica en la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones de salud brindadas
- Verificar que la Historia Clínica corresponda al usuario a atender: Comparar los nombres y apellidos al igual que el número de la Historia
- Leer la (s) atenciones anteriores más recientes, verificando motivos de consulta y medicamentos e imágenes diagnósticas enviados
- Si se inicia hoja de evolución, diligencie el encabezado: Nombres y Apellidos completos, No. De Historia Clínica, Edad, Sexo y foliar la hoja de acuerdo al número que corresponde consecutivamente (para historia clínica manual).
- Registre: Motivo de Consulta Enfermedad actual Antecedentes personales patológicos, Antecedentes patológicos familiares, Signos Vitales.

OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO CLINICO

En Terapias CTJ cuenta con un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico (pasivo), el cual está organizado y presta los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos,, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La custodia de la historia clínica está a cargo de CTJ Terapias, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de salud, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes.

ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

1. El usuario.
2. El equipo de salud.
3. Las autoridades judiciales y salud en los casos previstos en la Ley.

4. Las demás personas determinadas en la ley. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal. Dentro del Manual SIIS se establecen las políticas de acceso y control de la información consignada en el software administrativo y clínico: Las restricciones se realizan desde el administrador de usuarios en el software:

- Se establecen los perfiles de los usuarios creando grupos de trabajo
- Se identifican las necesidades del usuario de cada estación, según las funciones que desempeña
- Cada uno de los usuarios establece la clave de acceso, la cual solo es conocida por él
- Se capacita al usuario sobre la responsabilidad de compartir la clave de acceso
- Periódicamente se evalúa el acceso de los usuarios al sistema y se identifican nuevas necesidades y fallas en el procedimiento de seguridad

Terapias CTJ puede entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes y cumpliendo con las normas internas establecidas para la entrega de esta información se deberá adelantar el trámite señalado en el siguiente acápite. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por el líder del proceso de atención al usuario.

RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión, y mínimo 15 años en el archivo central o pasivo, según lo establecido en la resolución 1995 de 1999 o necesidades empresariales. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse, dejando acta que legalice su destrucción. Esta normatividad se aplicará al archivo digital, estableciendo los mecanismos para crear en el sistema una base de datos para cada uno de los archivos definidos por la norma.

SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Las historias clínicas son archivadas en un área restringida, con acceso limitado al personal autorizado, conservándolas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información. CTJ Terapias es responsable de la custodia de la historia clínica y debe velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado. Se tiene documentado procedimiento de respaldo de la información, el cual garantiza la minimización del riesgo de pérdida de información.

CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN HISTORIA CLÍNICA

El archivo de historias clínicas debe conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN H.C

Terapias CTJ ha adoptado la utilización medios físicos o técnicos como computadoras, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen. Tanto los programas automatizados implementados para el manejo de las Historias Clínicas, como los equipos y soportes documentales, están provistos de mecanismos de seguridad, que imposibilitan la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos. Se garantiza protección de la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impiden el acceso de personal no autorizado para conocerla y adopción de medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada. La identificación del personal responsable de los datos consignados, se realiza mediante códigos, ligados a la firma de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

PROCEDIMIENTO ENTREGA DE INFORMACIÓN AL USUARIO O TERCEROS

El responsable final de la entrega de información es el líder del proceso de atención al usuario, que se rige por las siguientes normas:

- a) Por ningún motivo se debe entregar el original de la historia clínica al usuario o familiares (cuando esta es historia clínica manual).
- b) De conformidad con la Ley, la autoridad competente podrá solicitar copia de la historia clínica previa solicitud por escrito y autorización del subgerente científico
- c) Así mismo, la Ley 906 de 2.004 faculta a la Policía Judicial para solicitar copia y/o el original de la historia clínica. Dicha solicitud también debe ser formalizada por escrito y se le deberá anexar fotocopia del carnet que identifique al funcionario que realiza el requerimiento.
- d) Quienes tienen acceso a la historia clínica:

El Usuario El equipo de Salud Tribunales de Ética Médica Autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley, como: La Superintendencia Nacional de Salud, Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud, Tribunales, Juzgados, entre otros.

- e) Cuando La solicitud se hace por medio de terceros, el solicitante debe presentar documento con la siguiente información:

- Fecha de solicitud
- Nombres y apellidos completos del usuario.
- Número de documento de identificación, si es menor de edad, el del parent
- Persona responsable.
- Propósito para el cual se solicita la información
- La información que se solicita y período correspondiente.
- Firma del usuario o persona responsable y documento de identificación.
- Copias de los documentos tanto del autorizado como del dueño de la Historia.

- f) Si la solicitud es tramitada por un tercero, esta persona debe presentar una autorización emitida por escrito por el usuario, la cual debe de reunir los requisitos de los anteriores numerales, y debe llevar adjunta la fotocopia del documento de identidad del usuario y del tercero.

- g) La solicitud de información de la historia clínica para Médicos, Hospitales e Instituciones dedicadas al cuidado del usuario deben atenderse previa presentación de la solicitud por escrito del médico.
- h) La solicitud de información de la historia clínica para entidades en convenio en lo posible se deberá realizar en papelería de la entidad.
- i) Para solicitudes de historias clínicas de usuarios que estén hospitalizados, se debe solicitar al médico tratante realizar un resumen de egreso, para el trámite de órdenes para la salida del usuario se autoriza la entrega de las últimas evoluciones.
- j) En el evento de encontrarse el usuario con incapacidad mental, de lo cual debe dar constancia escrita el médico tratante, no se podrá dar información a la familia y a terceros interesados los cuales deberán iniciar gestión judicial ante las autoridades competentes para levantar la reserva de la historia clínica. Excepto si el usuario antes de su estado de incapacidad mental levantó la reserva y/o, a los familiares del enfermo cuando la vida del usuario se encuentre en peligro y la revelación sea útil al tratamiento.
- m) Las solicitudes de constancia de diagnóstico, evaluación médica del estado de salud, tiempo de tratamiento y lo referente al aspecto médico serán contestadas mediante una fotocopia del resumen de historia clínica o Epicrisis.
- n) Se deberá rendir oportunamente aquella información confidencial de obligatoriedad a las autoridades competentes.
- p) Se prohíbe comunicar nombres de usuarios a terceros que desean esta información para fines de lucro, (usuarios fallecidos a funerarias, usuarios traumatizados o abogados).
- q) El empleado que entrega información confidencial a personas no autorizadas a recibirla, recibirá las sanciones correspondientes.
- r) Se podrá entregar copia de la historia clínica de usuarios fallecidos si el usuario en vida levantó la reserva por escrito, de lo contrario se expedirá una certificación con la normatividad legal vigente que regula la materia.

SEGUIMIENTO Y CONTROL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

DEFINICION

Conjunto de personas que se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica y la gestión del archivo clínico. El comité está integrado por: Gerente de la institución, coordinación de calidad, coordinación del servicio y terapeutas del servicio. De las reuniones, se levantan actas, dejando evidencia de las auditorías realizadas y las acciones correctivas o de mejora propuestas.

FUNCIONES GENERALES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

- a. Promover la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos
- c. Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo y gestión de los registros clínicos

FUNCIONES GERALES DEL COORDINADOR DEL SERVICIO

- Realizar auditoria de historia clínica.
- Entregar historias clínicas a las diferentes dependencias (historias manuales)
- Archivar las historias clínicas recibidas de las diferentes dependencias
- Revisar periódicamente para confirmar que no haya historias por fuera del archivo clínico por mucho tiempo.
- Organizar las historias para la consulta del día siguiente
- Incluir en las historias clínicas la papelería requerida, de acuerdo a la atención se brindará al usuario.
- Realizar depuración del archivo clínico
- Facilitar fotocopias de las historias clínicas a los usuarios
- Cuidar de la historia clínica como documento sometido a reserva
- Rendir en forma oportuna y adecuada informes al comité de historias
- Mantener actualizado el manual de gestión de registros clínicos
- Velar por el buen funcionamiento de los equipos de cómputo y herramientas informáticas requeridas para el manejo de los registros clínicos, identificando y reportando oportunamente las fallas o falencias detectadas a la dependencia correspondiente.

OFICINA DE CALIDAD

La unidad auditora, establece cada año plan de auditorías, en el cual se priorizan y establece la periodicidad de las auditorías a realizar en el año, al cual le hace seguimiento, velando por el cumplimiento del mismo y garantizando el cumplimiento de planes de mejoramientos establecidos de acuerdo a los resultados obtenidos.

De igual manera la unidad auditora realiza auditorías a la dependencia del archivo clínico garantizando el cumplimiento de las normas establecidas y la adherencia al manual y procedimientos establecidos para tal fin.

GESTIÓN DEL RIESGO

Pérdida de Historias Definición: Historia Clínica cuya ubicación no se establece Control del Riesgo

- Elaboración de Procedimiento y manual de gestión de registros clínicos
- Acceso restringido al Archivo Clínico
- Capacitación permanente sobre el manejo del archivo clínico
- Registro de cada historia clínica prestada
- Confirmar con la planilla de agenda el regreso de las historias prestadas a los consultorios
- Elaboración Manual Gestión del riesgo Evaluación
- Revisión periódica del control de salida de H.C
- Confirmar con el funcionario responsable del préstamo, el motivo por el cual no ha devuelto la historia
- Seguimiento al procedimiento de respaldo por parte del comité de historias Seguimiento al Riesgo
- Informar al Comité de Historias la pérdida de una historia y asentarla en el formato correspondiente, identificando el último funcionario que la solicitó y la fecha de préstamo.
- Presentación de informe de fallas e inconsistencias presentadas en el procedimiento de respaldo de información por parte del asesor de sistemas al comité de historia



PLAN DE CONTINGENCIA DE HISTORIA CLINICA

El ingeniero de sistemas quien es la persona encargada del mantenimiento del software realiza un back up de las historias clínicas cada mes que se resguardan en el software de la institución.

En caso de que suceda algo con el software o las condiciones no permitan que se haga uso del mismo se dispondrá del formato de historia clínica manual.

Las historias clínicas que sean evolucionadas a mano serán archivadas en folios de custodia que serán resguardadas en la oficina de coordinación conforme a la ley.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley 23 de 1981, Decreto Reglamentario 3380 de 1981, Normas sobre Ética Médica. Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud Archivo General de la Nación.
- RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999 (JULIO 8) por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica
http://www.archivo.palmira.unal.edu.co/paginas/documentos/normatividad/RESOLUCION_1995_1999.pdf

CONFIDENCIAL