1. **OBJETIVO**:

Establecer los requerimientos para el adecuado manejo y custodia de la historia clínica de la ESE Hospital La Inmaculada de Guatapé con el fin de normalizar el diligenciamiento, la administración, la conservación, la custodia y la confiabilidad de la información del estado de salud del usuario.

1. **ALCANCE:**

El procedimiento inicia con la apertura de la Historia clínica hasta la evaluación de la adherencia al adecuado diligenciamiento.

1. **RESPONSABLES:**

Es responsabilidad del adecuado diligenciamiento de la historia clínica el personal de salud autorizado para ello.

Es responsabilidad del Auxiliar Administrativo de Archivo Clínico de la custodia, y conservación de la historia clínica física.

Es responsabilidad del Comité de Historias Clínicas definir las políticas de operación, la evaluación del adecuado diligenciamiento y la decisión de la conservación de las historias con interés histórico.

1. **TÉRMINOS Y DEFINICIONES:**

**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.

**Estado de salud**: El estado de salud del paciente 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.

**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 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.

**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.

**Registro específico** es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención.

**Anexos:** Documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

**Certificado médico** es un documento destinado a acreditar el nacimiento, el estado de salud, el tratamiento prescrito o el fallecimiento de una persona. Su expedición implica responsabilidad legal y moral para el médico. Él texto del Certificado Médico será claro, preciso, ceñido estrictamente a la verdad y deberá indicar los fines para los cuales está destinado. Sin perjuicio de las acciones legales pertinentes, incurre en falta grave contra la ética el médico a quien se comprobare haber expedido un certificado falso.

**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.

**Secreto Profesional Médico[[1]](#footnote-1):** aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico 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:

a) Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne o convenga;

b) En el caso de que el paciente estando en condiciones de tomar por sí mismo la decisión de autorizar el levantamiento del secreto profesional médico a sus familiares, se oponga a ello. A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento;

c) Sin perjuicio del derecho del menor, de acuerdo con su grado de madurez y del "impacto del tratamiento" sobre su autonomía actual y futura, para decidir sobre la práctica de un determinado tratamiento y sobre la reserva de ciertos datos de su intimidad. A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces;

d) Salvo cuando se trate de informaciones que el paciente ha confiado al profesional y cuya declaración pueda implicar autoincriminación, y siempre que en los informes sanitarios o epidemiológicos no se individualice al paciente. A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley

e) Bajo el entendido de que la situación a la que se alude objetivamente corresponda a un peligro cierto e inminente y siempre que no exista un medio idóneo distinto para conjurarlo. A los interesados cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, se pongan en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia. El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional.

1. **POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

|  |
| --- |
| 1. 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. 2. 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. 3. Racionalidad científica: 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. 4. Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley. 5. Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio. 6. 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 norma. 7. La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, intercalaciones sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de esta. 8. la identificación de la historia clínica 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, 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 con el número de orden del menor en el grupo familiar. 9. 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 de Salud en los casos previstos en la Ley, 4) Las demás personas determinadas en la ley. 10. Los archivos de historias clínicas deben 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. 11. Todo personal de salud se compromete con guardar total confidencialidad de la información contenida en la historia clínica, la cual no puede divulgar sino en los casos que expresamente defina la ley y autoridades competentes. 12. En caso de traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, se deja constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por el Coordinador Médico y el funcionario responsable de la entidad receptora de la Historia clínica, la cual se archiva en el mismo archivo clínico. 13. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, la entidad que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia a la ESE a cargo de estas, previa autorización del usuario o su representante legal. 14. En caso de liquidación de la ESE, la historia clínica se debe entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Local de Salud del Municipio, la cual debe guardar el archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica. |

1. **DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

| **No** | **ACTIVIDADES** | **RESPONSABLE** | **REGISTROS / PUNTOS DE CONTROL** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Apertura E Identificación De La Historia Clínica.** |  |  |
| 1 | Abrir historia clínica a todo paciente que consulta por primera vez a la Institución por cualquiera de los servicios. | Auxiliar de Admisiones  Auxiliar de Enfermería | Historia Clínica Identificación. |
| 2 | Registrar en la identificación del usuario los siguientes datos:   * 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, según el caso; * aseguradora y tipo de vinculación. | Auxiliar de Admisiones  Auxiliar de Enfermería | Historia Clínica Identificación  **Punto de Control**  Realizar verificación cruzada al menos de dos parámetros nombres y fecha de nacimiento o documento con fecha de nacimiento. |
|  | **Registrar las atenciones de salud** |  |  |
| **3** | Registrar en la Historia clínica la información de la atención en salud brindada al usuario en los formatos o medios determinados por la Institución y de acuerdo con los lineamientos definidos por el Comité de Historias Clínicas y las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia científica. | Equipo de Salud | Historia Clínica Registros Específicos |
| **4** | Diligenciar los anexos de la historia clínica según el caso de acuerdo con los instructivos en cada caso | Equipo de Salud | Consentimiento informado  Autorizaciones, etc.  Historia clínica Anexos. |
| **5** | Registrar los resultados de los reportes de exámenes paraclínicos en la historia clínica  Nota 1: Los exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que tiene la Historia Clínica.  Nota 2. en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de estas también deberán registrarse en el registro especifico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnosticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente | Médico Tratante | Historia Clínica Registro de Exámenes paraclínicos  Registro de Entrega de imágenes |
| **6** | Registrar la Identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante el nombre y firma electrónica  En los registros físicos como anexos, exámenes paraclínicos consignar nombre o sello y la firma del responsable de la atención, cuidando que sean legibles y fácilmente identificables, adicional la fecha y hora de la atención. | Personal de salud | Firma digital o fisica |
|  | **Custodia de la Historia Clínica** |  |  |
| **7** | Custodiar la historia clínica que generó la atención del usuario, cumpliendo los procedimientos de archivo y otras normas legales vigentes. | Auxiliar de Archivo Clínico |  |
| **8** | Entregar copia de la historia clínica al usuario cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes. | Auxiliar de Archivo Clínico  Equipo de Salud | Copia de la Historia |
| **9** | Autorizar a su representante legal u otra persona que considere para reclamar copia de la historia clínica, adjuntando carta de autorización o poder, copia de su documento de identificación. | Usuario | Carta de Autorización  Poder Copia de Documento de Identificación  Punto de Control  Realizar verificación cruzada de la identificación con al menos dos parámetros documento y fecha de nacimiento o nombre y fecha de nacimiento. |
| **10** | Trasladar la historia clínica del usuario a otra entidad o viceversa cuando así se requiera dejando constancia en acta de entrega o de recibido con las firmas de las personas responsables.  Nota 1. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de estas, previa autorización del usuario o su representante legal | Auxiliar Administrativa de Archivo Clínico | Acta de Entrega o Devolución |
|  | **Retención y tiempo de conservación.** |  |  |
| **11** | La historia clínica se conserva 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 del Hospital,  y mínimo quince (15) años en el archivo central.  Una vez transcurrido el término de conservación, el Comité de Archivo analiza y define el modo y tiempo de conservación de aquellas historias que por su contenido tengan algún interés científico, legal o histórico, las demás se pueden destruir previa elaboración de acta donde conste la identificación del usuario y los datos relevantes de su contenido. |  |  |
| **12** | Depurar anualmente el archivo clínico físico de acuerdo con los tiempos de retención establecidos por la normatividad vigente. | Auxiliar Administrativa de Archivo Clínico | Base de datos del Archivo.  **Punto de Control**  Verificar en la historia clínica electrónica la posibilidad de activación del usuario y por tanto del tiempo de retención de la Historia. |
|  | **Seguridad de la Historia Clínica** |  |  |
| **13** | Archivar la historia clínica física en un área con acceso restringido, al público, solo tiene acceso el Auxiliar de Archivo Clínico. | Auxiliar Administrativa de Archivo Clínico |  |
| **14** | Conservar las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.  Esto también incluye la historia en medios electrónicos.  Verificar al menos una vez al semestre el adecuado funcionamiento del programa automatizado que contiene la historia clínica y que se conservan los registros.  Analizar la necesidad de ampliar la capacidad del servidor para este propósito. | Auxiliar de Archivo Clínico  Ingeniero de Sistemas | Registro de verificación. |
| **15** | Realizar copia de seguridad desde el servidor de la historia clínica cada mes.  Realizar copia de seguridad en medio extraíble anual. | Ingeniero de Sistemas | Copias de seguridad magnéticas.  **Punto de Control.**  Verificar la integridad del contenido de las copias de seguridad una vez realizada.  Migrar la información a la tecnología más reciente según cambios en la Institución |
| 16 | En caso de falla del software de la historia clínica, realizar las notas de evolución en un programa de texto, una vez se restaure el software se realiza copia de este contenido en los diferentes apartes de la historia clínica digital | Personal de salud | **Punto de Control**  Verificar que la información quede grabada en la historia clínica. |
|  | **Evaluación de la Historia Clínica** |  |  |
| **15** | Evaluar trimestralmente la calidad de la historia clínica teniendo en cuenta que por las normas legales es un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. La historia debe reflejar fielmente la relación médico-paciente, así como un registro de la actuación médico-sanitario prestada al paciente, adicional es el soporte en caso de actuación judicial o administrativa.  Nota: En esta evaluación incluir los registros físicos como los consentimientos informados | Comité de Historias Clínicas | Guías para la evaluación de la Historia Clínica |
| **16** | Elaborar informe consolidado y por profesional de la adherencia al adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica | Comité de Historias Clínicas | Informe consolidado de adherencia  Informe Individual de adherencia |
| **17** | Elaborar plan de mejoramiento a los resultados de la evaluación.  En lo individual, los resultados se tendrán en cuenta para la concertación de objetivos de desempeño con el personal usuario de la historia clínica. | Comité de Historias Clínicas  Jefe Inmediato | Plan de mejoramiento del proceso  Plan de mejoramiento individual |

1. **DOCUMENTOS DE REFERENCIA:**

Ley 23 de 1981 de Ética Médica, Capitulo III. De La Prescripción Médica, La Historia clínica, El Secreto Profesional Y Algunas Conductas.

Resolución 1995 de 1999

Resolución 837 de 2019

Resolución 1478 de 2006 reglamenta formulación medicamentos de control

Resolución 2346 2007 Historia clínica Ocupacional

Ley 911 de 2004Código De Ética De Enfermería

Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996. Sobre la Historia clínica en la Ley 23 de 1981.

Resolución 001918 De 2009por la cual se modifican los artículos 11 y 17 de la Resolución 2346 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997 del Archivo General de la Nación.

1. **ANEXOS:**

Consentimiento Informado

Historia clínica

1. **NOTAS DE CAMBIO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Versión** | **Breve descripción del cambio** | **Fecha** |
| 1 | 01 | Elaboración del documento | 03 febrero 2016 |
| 2 | 02 | Cambio en la normatividad | 20 diciembre 2020 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elaboró: Gerente | Revisó: Asesor | Aprobó: Gerente |

1. Ley 23 de 1981 Ley de ética médica. [↑](#footnote-ref-1)