

SITUACION ACTUAL DEL DILIGENCIAMIENTO, ORGANIZACIÓN Y ARCHIVO
DE HISTORIAS CLINICAS EN EL HOSPITAL SAN GABRIEL ARCÁNGEL DEL
MUNICIPIO DE VILLAGARZÓN – DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO

SANDRA LORENA LOPEZ GETIAL
SANDRA LORENA PALOMARES TOBAR

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL
NEIVA
2010

SITUACION ACTUAL DEL DILIGENCIAMIENTO, ORGANIZACIÓN Y ARCHIVO
DE HISTORIAS CLINICAS EN EL HOSPITAL SAN GABRIEL ARCÁNGEL DEL
MUNICIPIO DE VILLAGARZÓN – DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO

SANDRA LORENA LOPEZ GETIAL
SANDRA LORENA PALOMARES TOBAR

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al Título de
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social

Asesora
ALBA DEL CARMEN VARGAS
Magister en Enfermería, Especialista en Administración Pública

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL
NEIVA
2010

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

Este éxito profesional está dedicado a Dios, a quien doy gracias y bendiciones por haberme permitido lograrlo.

A mis padres por su gran apoyo y cariño con el que me animaron a iniciar y culminar este proyecto.

A mi gran amor, Sara, mi hija, quien a su corta edad me demostró madurez y paciencia.

Sandra Lorena L.

A Dios por iluminar siempre mi camino.

A mi madre Margoth Yolanda Tobar.

A mis hermanos, por brindarme su apoyo y comprensión.

A mi esposo Wilson y a mis hijas Laura Marcela y María José, por su amor, por su paciencia y comprensión.

Sandra Lorena P.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

A Dios porque sin su presencia, compañía y guía, no hubiera sido posible la culminación de esta especialización.

Al grupo de docentes que hacen parte de la Especialización en Gerencia en Servicios de Salud y Seguridad Social, por sus valiosos aportes y constante apoyo.

A la E.S.E. Hospital San Gabriel Arcángel del Municipio de Villagarzón Putumayo por permitirnos llevar a cabo esta investigación.

A todos los participantes, mil gracias.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	15
1. FORMULACION DEL PROBLEMA	16
2. JUSTIFICACION	18
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GENERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
4 MARCO REFERENCIAL	20
4.1 HISTORIA CLÍNICA	21
4.1.1 Funciones de la historia clínica	21
4.1.2 Soporte físico de la historia clínica	22
4.1.3. Componentes de la historia clínica	22
4.1.4 Importancia y repercusiones de la historia clínica	23
4.1.5 Servicio de archivo y documentación Clínica	26
4.1.6 Características de la historia clínica	27
4.2 CALIDAD	30
4.2.1 Atributos de calidad	31
4.2.2 Importancia y objeto de la evaluación	31
4.2.3 Propósitos de la evaluación de la calidad	32
4.3 MARCO LEGAL	32
4.3.1 Ley 23 de 1981	32

	Pág.
4.3.2 Decreto 3380 de 1981	32
4.3.3 Ley 80 de 1989	32
4.3.4 Ley 10 de 1990	32
4.3.5 Ley 100 de 1993	33
4.3.6 Acuerdo 07 de 1994	33
4.3.7 Resolución 2546 de 1998	33
4.3.8 Resolución número 1995 de julio 8 de 1999	33
4.3.9 Ley 594 del 2000	33
4.3.10 Resolución número 2182 del 09 de Julio de 2004	33
4.3.11 Decreto número 2200 del 28 de Junio 2005	34
4.3.12 Resolución Número 1043 de 2006	34
4.3.13 Resolución Número 058 de 2007	34
5. DISEÑO METODOLÓGICO	35
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	35
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	35
5.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	35
5.4 INSTRUMENTOS	36
5.4.1 Guía de observación	36
5.4.2 Formato de evaluación del diligenciamiento de la historia clínica	36
5.5 PROCESAMIENTO DE DATOS	36
6. RESULTADOS	38
6.1 RESULTADOS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN	38

	Pág.
6.2 ANALISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	39
6.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN SEGÚN VARIABLES Y CRITERIOS ESTABLECIDOS	43
7. DISCUSIÓN	50
8. CONCLUSIONES	52
9. RECOMENDACIONES	54
10. PROCESOS SUGERIDOS	55
BIBLIOGRAFIA	56
ANEXOS	57

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Ponderación criterios clínicos.	37
Tabla 2	Distribución de las historias clínicas de consulta externa según calificación obtenida.	41

LISTA DE GRÁFICAS

		Pág.
Gráfica1	Frecuencia de la calificación de la elaboración de las historias clínicas de consulta externa de la E.S.E. Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzon Putumayo según criterios preestablecidos.	42
Gráfica 2	Comportamiento según la calificación de los criterios evaluados en la variable legibilidad de las historias clínicas de consulta externa de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzón – Putumayo.	43
Gráfica 3	Distribución porcentual según la calificación de los criterios evaluados en la variable de identificación de las historias clínicas de consulta externa de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzón – Putumayo.	44
Gráfica 4	Calificación de los criterios evaluados en la variable de anamnesis de las historias clínicas de consulta externa de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzón-Putumayo.	45
Gráfica 5	Calificación de los criterios evaluados en la variable de examen físico de las historias clínicas de consulta externa de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzón – Putumayo.	46
Gráfica 6	Calificación de los criterios evaluados en la variable de diagnostico de las historias clínicas de consulta externa de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzón-Putumayo	47
Gráfica 7	Calificación de los criterios evaluados en la variable de plan de manejo de las historias clínicas de consulta externa de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzón – Putumayo.	48

Gráfica 8	Calificación de los criterios evaluados en la variable de conducta final las historias clínicas de consulta externa de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzón - Putumayo	49
-----------	---	----

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Guía de Observación – Manejo y archivo de historias clínicas	58
Anexo B	Formato de evaluación del diligenciamiento de la Historia Clínica	59
Anexo C	Análisis de resultados evaluación de la Historia Clínica	61
Anexo D	Proceso y Manejo de la Historia Clínica	63
Anexo E	Procedimiento Organización y Numeración de carpetas.	79
Anexo F	Procedimiento Archivo de Documentos	83

RESUMEN

La Historia Clínica es el documento principal en el sistema de información de una institución de salud, pues afecta razones de tipo económico y gerencial, ya que es el documento primordial para respaldar procedimientos practicados, complicaciones sufridas y costos monetarios de quienes responden por cada paciente, además de las implicaciones medico legales pues hace parte del contrato de servicios médicos que se establece entre usuarios y la institución prestadora de salud.

La custodia de toda la documentación médica que se produce en una institución de salud debe estar bajo autoridad responsable que garantice su adecuada operatividad, conservación y disponibilidad para el uso de los distintos servicios dentro de la institución, mientras dura su permanencia en el archivo.

La historia clínica es el documento que permite analizar la calidad de la atención en salud, mediante un proceso de evaluación que genera información pertinente para la identificación inmediata de los desvíos entre lo planeado y lo ejecutado, o entre lo esperado y lo alcanzado, de forma tal que facilita la aplicación de los correctivos correspondientes, buscando corregir las deficiencias a través de una actitud organizacional que contribuya a mejorar la calidad del producto final, que se traduce en servicio y satisfacción de calidad al usuario.

Dada la importancia de la historia clínica dentro de una institución de salud y teniendo en cuenta la normatividad vigente para su correcto diligenciamiento según normas y estándares predeterminados, se llevó a cabo la presente investigación de tipo descriptivo en la E.S.E. Hospital San Gabriel Arcángel del municipio de Villagarzón, departamento del Putumayo.

El propósito de este estudio constituye el objetivo general de la investigación y permite definir y conocer la realidad en la que se encuentra el manejo actual de la historia clínica en la ESE Hospital San Gabriel Arcángel, lo que fundamenta un valioso aporte a la institución en la toma de decisiones para establecer su adecuado manejo y archivo.

Palabras Claves: Historia Clínica, archivo, manejo, disponibilidad, normas y estándares.

SUMMARY

The history is the main document in the information system of health institutions, affecting economic reasons and management, as it is the primary document to support procedures performed, complications incurred and monetary costs of respondents for each patient, in addition to legal medical implications, as is part of the medical services contract that is established between users and the health provider institution.

The custody of the whole medical documentation that takes place in an institution of health low responsible authority that guarantees its appropriate operability, conservation and readiness for the use of the different services inside the institution, should be while its permanency lasts in the file.

The clinical history is the document that allows to analyze the quality of the medical care by means of an evaluation process that generates pertinent information for the immediate identification of the deviations among that drifted and that executed, or among that waited and that reached, in such way that facilitates the application of the corresponding correctives, looking for to correct the deficiencies through an organizational attitude that contributes to improve the quality of the final product that he/she translates himself in service and satisfaction of quality to the user.

Given the importance of the clinical history inside an institution of health and keeping in mind the effective ruler for their correct diligence according to norms and predetermined standards, it was carried out the present investigation of descriptive type in the E.S.E. Hospital San Gabriel Archangel of the municipality of Villagarzón, department of the Putumayo.

The purpose of this study constitutes the general objective of the investigation and it allows to define and to know the reality in which is the current handling of the clinical history in the THAT Hospital San Gabriel Archangel, what bases a valuable contribution to the institution in the taking of decisions to establish its appropriate handling and file.

Key words: Clinical history, file, handling, readiness, norms and standard.

INTRODUCCIÓN

En las instituciones de salud, se brinda atención a los usuarios, quienes requieren de diversos registros en la historia clínica, documento de vital importancia, el cual es privado, obligatorio y sometido a reserva. En donde se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención.

En el Hospital San Gabriel Arcángel del Municipio de Villagarzón del Departamento del Putumayo, se evidenció un sin número de deficiencias relacionadas con el manejo de historias clínicas, razón por la cual se tomó la decisión de llevar a cabo esta investigación denominada “Situación actual del diligenciamiento, organización y archivo de historias clínicas en el Hospital San Gabriel Arcángel del Municipio de Villagarzón, Departamento del Putumayo.”

Para el desarrollo de la presente investigación se tomó como base el paradigma cuantitativo, porque a través de ello se identificó el manejo actual de la historia clínica, el cual se tabuló y representó en distribución porcentual, información que nos permitió enunciar medidas preventivas, con las que se pretende mejorar la atención que se brinda a los usuarios en dicha institución.

El presente estudio se planteó como una investigación de tipo descriptivo que permitiera definir y conocer la realidad en la que se encuentra el manejo actual de la historia clínica en la ESE Hospital San Gabriel Arcángel. Este propósito constituye el objetivo general de la investigación, que sirva de base para establecer el adecuado manejo y archivo de la historia clínica y a su vez permita formular una propuesta para establecer los procesos y procedimientos.

1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En el municipio de Villa garzón, en la cabecera municipal se encuentra ubicado el HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL, que se constituye en el centro de atención primaria, encargado de atender a la creciente población urbana más la población de 71 veredas que constituyen el sector rural.

Desde el año 1980 hasta Julio de 2004 funciono como centro de salud con el nombre de Gustavo Romero Hernández, prestando los servicios de consulta médica general, atención de urgencias, procedimientos, odontología e higiene oral, a partir de 31 de Agosto de 2004 mediante decreto 0201 fue creado como Empresa Social del Estado, prestando los servicios básicos de salud de primer nivel de acuerdo a su capacidad resolutive de atención, apoyado en su talento humano capacitado y con una gran experiencia en salud.

El Hospital San Gabriel Arcángel, tiene como misión “Velar por la salud y garantizar la atención integral básica a toda la comunidad Villagarzonense y población en general de conformidad a la Constitución y la Ley, ofreciendo servicios de baja complejidad en salud con responsabilidad, humanismo y calidad, buscando siempre el mejoramiento continuo en los procesos de atención, para satisfacer las necesidades de nuestros clientes, cumpliendo siempre con todas sus expectativas”.

La ESE hospital San Gabriel Arcángel ofrece atención a la comunidad en saneamiento básico, farmacia, trabajo social, ambulancia, servicios ambulatorios, laboratorio clínico, odontología, servicios de promoción y prevención y urgencias, con la finalidad de promocionar la salud y prevenir la enfermedad.

El Hospital San Gabriel Arcángel, realiza numerosas contrataciones con personas particulares y usuarios del régimen de seguridad social en salud subsidiado, contributivo y vinculados, entre las cuales están: Selva Salud, Emssanar, Caprecom, Policía Nacional, UNIMAP, Nueva EPS y Coomeva.

La institución cuenta con recurso humano calificado, para brindar la atención respectiva, sin embargo se presentan dificultades en la organización, manejo y archivo de las historias clínicas, las cuales no cumplen con las normas vigentes, el diseño sistemático del área física no es adecuado, no se hace revisión y depuración de historias clínicas de acuerdo al valor científico y administrativo, no hay una base de datos actualizada con la información de historias clínicas, no se ha realizado la inducción o capacitación en el manejo de historias clínica al personal auxiliar que labora en esta área.

El inadecuado diligenciamiento, organización y archivo de las historias clínicas es un problema latente en el Hospital San Gabriel Arcángel, las formas actuales del manejo del archivo, además de no cumplir con lo establecido por la normatividad vigente, genera otros problemas como son la desorganización por el crecimiento continuo del volumen almacenado, que llega a crear graves problemas de espacio físico, y el inevitable riesgo de pérdida y de su deterioro, ya que el sistema de archivo aún se hace de forma manual; no hay sistematización de historias. De igual forma su diligenciamiento es lento y no permite la transferencia rápida de la información y unificación del lenguaje médico.

En cuanto al archivo se presentan también dificultades debido a que los fólderes no están debidamente marcados y por esta razón hay demora en ubicación de pacientes, lo cual retrasa la elaboración del registro de salida y de entrada de las historias.

El registro general de historias clínicas no se encuentra actualizado y la información no se transcribe de forma progresiva, tampoco hay una base de datos sistematizada que permita hacerla más expedita para las consulta médicas, odontológicas y de otros servicios.

Frente a la problemática mencionada, y dada la importancia del manejo y custodia de las historias clínicas, la elaboración de este trabajo investigativo es de gran utilidad para la Empresa Social del Estado.

Desde el punto de vista ético, y aunque se contempla que la Historia Clínica es de carácter confidencial y de reserva y tanto el personal asistencial y administrativo de la institución relacionado con el manejo y tráfico de la Historia Clínica debe velar por su custodia y conservación; algunas personas desconocen la normatividad acerca de la custodia de estas o son faltos de ética profesional y filtran información sobre casos de pacientes generalmente cuando son personalidades públicas del municipio

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se formula el problema de esta manera:

¿Cuál es la situación actual del diligenciamiento, organización y archivo de Historias Clínicas en la ESE Hospital San Gabriel Arcángel del Municipio de Villagarzón – Departamento del Putumayo?

2. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta el marco legal, así como la importancia clínica, jurídica y ética de la historia clínica, se presenta esta propuesta como diagnóstico para contribuir a la calidad del diligenciamiento, organización y archivo de este documento en la ESE Hospital San Gabriel Arcángel y además establecer la responsabilidad que tiene cada miembro de la institución para garantizar una prestación de servicios de salud de excelente calidad, de acuerdo a las normas definidas por el Ministerio de la Protección Social.

Respecto de la problemática que se presenta en el Hospital San Gabriel Arcángel sobre las deficiencias en la organización manejo y archivo de las historias clínicas, que ha traído como consecuencias información inoportuna, desorganizada, incompleta y, muchas veces, inexistente; mala prestación del servicio porque no se cuenta con la información de consultas anteriores ocasionando pérdida de tiempo en identificar y diagnosticar enfermedades; mala prestación del servicio e incumplimiento de la normatividad vigente.

Por lo anteriormente expuesto se pretende que con el desarrollo de la investigación se pueda aportar a mejorar la calidad del servicio desde diferentes puntos de vista como el Médico legal, teniendo en cuenta que la historia clínica es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.

Desde el punto de vista ético, garantizando el derecho al paciente de confidencialidad sobre los datos revelados por él a su médico y asentados en historias clínicas.

Desde el asistencial, logrando un buen diligenciamiento de la historias clínicas que reflejen el proceso de atención médica y permitan identificar en un futuro la calidad de los servicios prestados por la institución, y se convierta en una herramienta probatoria de singular importancia a la hora de determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas.

Desde lo administrativo, porque el estudio aporta a una adecuada gestión del archivo de historias clínicas debido a que revela aspectos relacionados con la custodia, acceso, almacenamiento y conservación que son necesarios para la formulación de proceso y procedimientos en la materia acordes con la normatividad vigente y necesidades del hospital.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el diligenciamiento, organización y archivo de Historias Clínicas de los pacientes que consultaron al servicio de consulta externa durante el mes de Junio de 2008 en la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel del Municipio de Villagarzón, Departamento del Putumayo, con el fin de detectar oportunidades para mejorar la prestación de servicios a todos los usuarios del Hospital.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la situación actual sobre el diligenciamiento, organización de Historias clínicas y su correspondiente archivo.
- Verificar el grado de cumplimiento de cada uno los criterios establecidos de acuerdo a los aspectos clínicos y administrativos de la historia clínica.
- Analizar los resultados obtenidos del estudio y mencionar las recomendaciones y conclusiones a la Gerencia del hospital San Gabriel Arcángel.
- Proponer a la institución algunos procesos y procedimientos que sirvan de apoyo a la organización y manejo de la historia clínica.

4. MARCO REFERENCIAL

El municipio de Villa garzón contó inicialmente con un Centro de Salud desde el año 1980, prestando los servicios de consulta médica general, atención de urgencias y procedimientos, odontología e higiene oral. A partir del 31 de Agosto de 2004 mediante decreto 0201 fue creado como Empresa Social del Estado, prestando los servicios básicos de salud de primer nivel de acuerdo a su capacidad resolutive de atención, apoyado en su talento humano capacitado y con una gran experiencia en salud.

Para atender a los usuarios del sector urbano y de las veredas aledañas cuenta con talento humano capacitado (Promotoras y/o auxiliares de enfermería), ubicado en los sitios estratégicos, así: Puesto de salud de umbría, Puesto de salud la castellana, Vereda Albania, Vereda el Carmen, Vereda la Joya, Vereda san Isidro, Vereda Uchupayaco, Vereda Villa rica, Vereda la Paz, Vereda Jerusalén, Vereda la Florida, Vereda Bajo Corazón.

La presente investigación fue motivada por los resultados de la autoevaluación aplicada a las historias clínicas de los pacientes que se atendieron durante el mes de Marzo de 2008, para la cual se aplicó una lista de chequeo que contiene los datos básicos con los que debe contar la historia clínica, esta evaluación estuvo liderada por el coordinador médico y la enfermera Jefe de consulta externa, el resultado fue presentado ante el comité de historias clínicas para su respectivo análisis, además se tuvo en cuenta las quejas presentadas por los usuarios, referentes a la atención en los servicios, llegando a la conclusión que una de las causas es la deficiencia en los registros de la atención prestada al usuario, lo que implicaría a la institución una inadecuada e insuficiente documentación para los casos en que impliquen sustentación legal.

Por otra parte también son importantes el número de quejas que se presentan por la demora en la prestación del servicio teniendo dentro de sus causas el inadecuado archivo de la historia clínica, lo cual demora la consecución de la misma afectando la oportunidad, puntualidad y tiempo de la consulta, además se identificó que el personal encargado del archivo y custodia de las historias no llevan un adecuado control en el préstamo de éstas a los diferentes servicios y de las que fueron entregadas para su respectivo archivo.

Otra de las fallas para la consecución de las historias clínicas es el acceso del personal asistencial al archivo general, manejando la documentación sin tener en cuenta de llevar el respectivo registro de salida del documento, sumado a esto el personal encargado de archivar y custodiar es insuficiente y no capacitado,

observándose en el proceso de atención falta de organización en el manejo y archivo de historias clínicas.

4.1 HISTORIA CLÍNICA

Los primeros relatos con información clínica se deben a los “médicos” hipocráticos del siglo V (AC), quienes sintieron la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden, su experiencia profesional ante la enfermedad individual de sus pacientes; algo que, de hecho, les servía de herramienta fundamental, tanto para el tratamiento a otros pacientes con signos y síntomas similares como para enseñar a sus aprendices.¹

La historia clínica es un documento, que surge a partir de la segunda mitad del siglo XX, por el contacto entre el equipo de salud y los usuarios, entre usuarios y el hospital, y en la Atención Primaria. La historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y la ley. En atención primaria la historia clínica se llama historia de salud.

Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, la historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento informado; es un documento que se va haciendo en el tiempo, documentando fundamentalmente la relación médico-paciente.

4.1.1 Funciones de la historia clínica: La información recogida y ordenada en la historia clínica es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de actividades de:

- **Docencia e Investigación:** A partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías y publicaciones científicas.
- **Epidemiología:** La historia clínica aporta información necesaria para hacer seguimiento a eventos de interés en epidemiología o salud pública.

¹ GONZALEZ NÚÑEZ, Alis María. Historia Clínica Documento Indispensable para la salud. [en línea]. Disponible en [http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos//La historia-clínicas](http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos//La-historia-clínicas). [citado en Agosto 4 de 2008].

- **Mejora continua de calidad:** la historia clínica es considerada por las normas ontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente, el registro de la actuación prestada al paciente es fiel reflejo de la relación de éste con el personal de salud. Su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial ofrecida. La historia clínica se constituye en un indicador de calidad de atención sanitaria en sí misma.
- **Gestión y Administración:** El control de la actividad sanitaria requiere tener una base de estudio y análisis de donde sacar conclusiones para la adecuada administración de recursos y planteamiento de planes y objetivos, ésta base de trabajo la proporciona la historia clínica.
- **Médico – Legal:** Donde queda registrada toda relación del personal con el paciente, todos los actos y actividades que se realizan con él y los datos relativos a su salud que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia desde su nacimiento hasta su muerte. Además cuando se requiera la intervención judicial, siendo la historia el elemento básico de investigación.

4.1.2 Soporte físico de la historia clínica: La historia clínica incluye documentos de distinto soporte como son:

- **Papel escrito:** Tradicionalmente la historia clínica ha estado formada en mayor parte por papel escrito, sobre todo manuscrito. La historia clínica en papel tiene diversos inconvenientes como la legibilidad de la caligrafía, del volumen de espacio que ocupa, de su deterioro o la destrucción programada, para recuperar espacio en los archivos de los centros de salud.
- Videos.
- Fotografías.
- Estudios radiológicos.
- **Soporte informático:** En los nuevos hospitales y centros de salud las historias clínicas están sistematizadas, mediante complejos programas informáticos que unifican la historia clínica. Existe un proyecto gratuito en América latina denominado Proyecto Ángel, que está desarrollando un sistema informático de gestión hospitalaria, que incluye una historia clínica con firma digital.

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

- **Identificación del usuario:** Los contenidos mínimos de este componente 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, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.

- **Registros específicos:** Es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registros que respondan a sus necesidades sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes, según lo establecido en los párrafos primero y segundo de la resolución 1995 de 1999.

- **Anexos de la historia clínica.**

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: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

Toda institución debe establecer mecanismos para la entrega de resultados de exámenes para clínicos e imágenes diagnósticas a los pacientes, previo registro de resultados en la historia clínica, de acuerdo a lo establecido en el artículo 11 de la resolución 1995 de 1999, en los párrafos primero, segundo, tercero y cuarto.

4.1.4 Importancia y repercusiones de la historia clínica:

- Dada la importancia de la historia clínica se dio lugar a la reglamentación de la Resolución 1995 de 1999 permitiendo llenar el vacío normativo existente en torno al manejo de la historia clínica y mediante Resolución 2546 de 1998 se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información de prestaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano. Por definición, historia es la relación de eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. Adicionalmente, se involucran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado.
- Intenta encuadrar el problema del paciente. De acuerdo con los conocimientos presentes, la queja del enfermo se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de involucrar sus síntomas, signos y documentos paraclínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces.
- Orienta la terapéutica. El individuo que acude en busca de consejo y alivio a sus enfermedades se llama paciente. Quien recibe la información, la procesa y la utiliza para entregar una opinión científica y con base en ella disponer un tratamiento se llama médico. Y una de las partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica, sea de tipo biológico o psicológico.

Ciertamente, en el campo terapéutico, el médico se debe atener a lo dispuesto en las leyes, los códigos de ética y la Lex Artis. Por lo tanto, debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos de acuerdo a las normas de excelencia aceptadas en ese momento por la sociedad y la ciencia.

- Posee un contenido científico investigativo. La investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Y con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación únicamente. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad.

El Código Colombiano de Ética Médica hace referencia a este punto:

“...El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición. En consecuencia el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondientes. Si así procede, a sabiendas podrá hacer

contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión...”²

- **Adquiere carácter docente.** En las escuelas de medicina y en los hospitales, se impone a los docentes la responsabilidad de velar por el correcto desempeño de los practicantes (internos y residentes) y de responder por sus errores culposos, claro está, que “pese a su cuidado y autoridad no hubieren podido evitar el hecho” (CC art. 2347 in fine).

La estructura de un hospital universitario se mueve alrededor de la jerarquía académica de sus docentes. Allí trabajan los especialistas por varios motivos, entre los que se cuentan: el volumen de casos que pueden ser atendidos, el tipo de enfermedades que presentan los pacientes que acuden a esa institución, la posibilidad de efectuar investigaciones clínicas específicas por la clase de lesiones que allí se observan, el honor de la docencia, la remuneración, y el amor al trabajo hospitalario.

En la historia clínica se registran las acciones terapéuticas y de manejo médico de los pacientes. Así mismo, en forma explícita o no, se encuentran elementos de la participación del equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, todas las cuales deben ir respaldadas por la firma del responsable legal del enfermo.

“...Conforme con la tradición secular, el médico está obligado a transmitir conocimientos al tiempo que ejerce la profesión, con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad. Cuando quiera que sea llamado a dirigir instituciones para la enseñanza de la medicina o a regentar cátedras en las mismas, se someterá a las normas legales y reglamentarias sobre la materia, así como a los dictados de la ciencia, a los principios pedagógicos y a la ética profesional...” Ley 23/81

Y el Decreto 3380 de 1981. “...Artículo 30. Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual...”³

- **Constituye importante elemento administrativo.** Por obvias razones de tipo económico y gerencial, la historia clínica es el documento más importante para

² CODIGO COLOMBIANO DE ETICA MÉDICA. Ley 23 de 1981. Capítulo I Declaración Principios, artículo 2. Disponible en http://www.medicolegal.com.co/norm-medic_1.pdf. Agosto de 2008.

³ PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Decreto 3380 de 1981. Artículo 30. Dela Publicidad y Propiedad Intelectual. Bogotá D.E. Noviembre 30 de 1981.

respaldar procedimientos practicados, complicaciones sufridas y costos monetarios de quienes responden por cada enfermo.

- **Tiene implicaciones medicolegales.** Por un lado es parte del contrato de servicios médicos. La historia clínica es uno de los elementos probatorios de la diligencia, desde su elaboración formal hasta su trasfondo científico.

De acuerdo con el Código de Procedimiento Civil, Artículo 175:

"...Sirven como pruebas, la declaración de parte, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez..."

El mismo Código, en su artículo 251 expresa:

"...Son documentos, los escritos, impresos, planos, dibujos, cuadros, fotografías, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, radiografías, talones, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo..."

Documento es todo aquel elemento perceptible por los sentidos del oído, el tacto y la vista que al ser examinado sirva para comprobar la existencia de un hecho o una manifestación del intelecto y que, por lo tanto, puede ser llevado físicamente ante el juez.

Art. 264. "Los documentos públicos hacen fe de su otorgamiento, de su fecha y de las declaraciones que en ellos haga el funcionario que los autoriza. (...)"

De modo que en caso de un proceso judicial, frente al documento no tienen gran valor las declaraciones ni otro tipo de pruebas con que pretenda desconocerse lo que ya ha quedado escrito en el momento de su ocurrencia.

4.1.5 Servicio de archivo y documentación clínica: Es el encargado de realizar la gestión de las historias clínicas sobre la base de los principios de disponibilidad, fluidez y operatividad.

El servicio de archivo, es el centro de custodia de toda la documentación médica que se produzca en el hospital y es el responsable de su adecuada conservación y disponibilidad, mientras dura su permanencia en el archivo. Así mismo controla el movimiento y uso de las historias por los distintos servicios del hospital.

El servicio de archivo es el responsable de velar por la salvaguarda de la confidencialidad de la HISTORIA CLINICA y demás documentación que custodia.

Una vez que se haya producido la salida de la documentación de los límites físicos del archivo, dicha responsabilidad recaerá sobre el peticionario y subsidiariamente a la unidad asistencial a la que pertenece.

En el servicio de archivo debe conocerse en todo momento la existencia y exacta ubicación de todas las historias, tanto de las que le hayan sido entregadas para su archivo, como de las que permanezcan circulantes y pendientes del alta del paciente.

Para conseguir todos estos objetivos son necesarias unas normas, que regulen el préstamo de historias clínicas, el acceso a la información contenida en ellas, la reproducción de documento o radiografías y la conservación de la documentación médica.

4.1.6 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 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.
- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

- **Su práctica es obligatoria.** Ningún acto médico hospitalario o de consultorio debe efectuarse sin su correspondiente registro en la historia clínica. En las instituciones de salud se exige la historia clínica como elemento indispensable para ejercer una medicina de calidad. Por otro lado, en casos de complicaciones (salvo en algunos casos de extrema urgencia y corto tiempo disponible), su ausencia no tiene excusa.
- **Es irremplazable.** Debe permanecer tal y como queda elaborada, durante su vida útil, que es de cinco (5) años en archivo activo y (10) en archivo inactivo, contados a partir de la última atención al paciente. Luego de este tiempo puede destruirse, aunque se recomienda mantenerla por otros cinco (5) años, con el fin de protegerse de una demanda ordinaria, que puede ser presentada en un lapso de veinte (20) años.
- **Es privada y pertenece al paciente.** Aquí se involucran los conceptos de confidencialidad, secreto profesional e información, cabe aclarar que este documento se mantiene bajo custodia en la IPS.
- **Confidencialidad.** Existe un aspecto relevante y es el de la Historia Clínica como Documento reservado, y en Colombia se ampara en los derechos fundamentales de la persona.

"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"⁴.

Así mismo en el artículo 38:

"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 paciente 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;

⁴ CODIGO COLOMBIANO DE ETICA MÉDICA. Ley 23 de 1981. Título II. Capítulo III. Artículo 34. Disponible en http://www.medicolegal.com.co/norm-medici_1.pdf. citado el 4 Agosto de 2008.

- A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia"

Esta norma tiene a su vez repercusión para efectos procesales, ya que el médico, al igual que otros profesionales, no está obligado a declarar sobre aquello que se le ha confiado o ha llegado a su conocimiento por razón de su oficio o profesión (Artículo 214 del Código de Procedimiento Civil).

Desafortunadamente, la confidencialidad de la historia clínica está siendo negada por los nuevos sistemas de salud y las tecnologías que ellos utilizan. En principio, tienen acceso a la historia clínica el médico tratante, los íterconsultantes, el personal auxiliar de enfermería y el personal en adiestramiento que se admite para el manejo del caso específico. Sin embargo, aunque existen indicaciones específicas sobre formatos de información (Resolución 3905 de Junio de 1994), las EPS disponen de la información a su arbitrio, particularmente a través de sus auditores médicos.

El Decreto 3380 contempla la violación de la confidencialidad en la siguiente forma:

"El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta"⁵.

"El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional, pero no será responsable por la revelación que ellos hagan..."⁶

- **Secreto profesional.** En el juramento Hipocrático se estipula: "...Aquello que yo viere u oyere en la sociedad, durante el ejercicio, o incluso fuera del ejercicio de mi profesión, lo callaré, puesto que jamás hay necesidad de divulgarlo, considerando siempre la discreción como un deber en tales casos..."

El secreto profesional médico cubre aquello que por razón del ejercicio de la profesión se haya visto, oído o comprendido y que no es ético o lícito revelar, salvo que exista una causa justa y en los casos contemplados por disposiciones legales.

⁵ PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Decreto 3380 de 1981. Artículo 37. De la Publicidad y Propiedad Intelectual. Bogotá D.E. Noviembre 30 de 1981.

⁶ Ibíd. Artículo 38.

- **Información.** La información que se presente al paciente debe ser verdadera, clara, completa y discutida con el mismo. Esta información es un derecho esencial del paciente para poner en ejercicio su libertad. De lo contrario, al presentar el médico una explicación errónea, falsa o malintencionada, no solamente se está faltando a un principio ético, sino, se esta vulnerando la libertad de decisión del paciente.

La información adecuada equivale al conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido el paciente.

A este respecto puede presentarse la discusión sobre si debe informarse la verdad completa, por las repercusiones que tal información pueda tener en el enfermo que no se encuentra preparado para recibirla. Es obvio que en este punto hay que ser muy prudente y cuidadoso, pues de la forma como se presenten las cosas al paciente, pueden depender efectos negativos.

- **Es objetiva y veraz.** Se basa en hechos ciertos y describe las situaciones como son y no como el médico quisiera que fueran. Además, debe estar libre de especulaciones. Se aceptan únicamente las disquisiciones diagnósticas y los criterios de las Juntas Médicas. De resto, la historia clínica es descriptiva.

Existen algunas situaciones en las que se enuncian juicios de valor, pero ellas son de alta peligrosidad debido a las implicaciones legales que conllevan.

En la elaboración de la historia clínica el paciente debe expresar su versión de los síntomas y el médico no debe guiarlo hacia un diagnóstico específico.

4.2 CALIDAD

“Consiste en satisfacer o superar las expectativas de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un Indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no”⁷.

Esta definición nos confirma que no todas las personas tienen iguales exigencias sobre la calidad y a la vez introduce varios conceptos interesantes: concebir algo como “de calidad” es juzgar una realidad frente a una referencia, seguida de evaluaciones sistémicas.

⁷ OTERO M. Jaime. Calidad en salud. Disponible en <http://www.grenciasalud.com/art17.htm>. [citado en Septiembre 10 de 2008]

Esto nos lleva a establecer que es exigible realizar una comparación y recién después emitir juicios, entre una realidad tangible y un estándar de comparación. Pensamos que es bastante complejo que no exista en nuestras profesiones médicas, parámetros de referencia para calificar a nuestros servicios de que “disponen de calidad”. Si la calidad es subjetiva para los pacientes, también lo será para nosotros los profesionales y gran problema tendremos si lo que nosotros conceptuamos como tal, no es coincidente con lo que piensan los pacientes.

La historia clínica es el documento que permite analizar la calidad de la atención médica según normas y estándares predeterminados.

4.2.1 Atributos de calidad. Los atributos principales que permiten calificar una atención en salud como de “calidad”, son entre otros, los siguientes: Oportunidad, Suficiencia, Integralidad, Continuidad, Racionalidad técnico científica, Pertinencia, Eficiencia (costo/beneficio), Eficacia (beneficio real para el usuario), Efectividad (beneficio en condiciones de uso promedio), Atención personalizada, Atención humanizada, Satisfacción del cliente y Costo razonable.

Estos atributos forman parte de las características necesarias para calificar una atención en salud, como “calidad”.

Algunos atributos trazadores en evaluación de la calidad de la atención en salud, son los siguientes: Satisfacción del cliente, Aspectos o contenidos técnico-clínicos, Racionalidad de los costos, Satisfacción del proveedor,

Evidentemente la evaluación de calidad de los procesos de atención en salud, deben guardar las características definidas con anterioridad, no sólo para garantizar la objetividad de la gestión evaluativa, sino para asegurar que los resultados de la misma se traducirán en un importante factor de beneficio tanto para los clientes de los servicios en primer lugar, como para las instituciones y para las personas beneficiarias.

4.2.2 Importancia y objeto de la evaluación. Debe tener en cuenta que en el proceso de prestación de servicio de salud, los proveedores de los mismos establecen un contrato tácito con quien demanda la atención, que obliga a quien suministra los citados servicios asistenciales llevar a cabo las actividades con los más altos parámetros de eficiencia, eficacia y por lo tanto de calidad.

Por otra parte, el proceso de evaluación genera información que permite la identificación inmediata de los desvíos entre lo planeado y lo ejecutado, o entre lo esperado y lo alcanzado, de forma tal que facilita la aplicación de los correctivos correspondientes, bajo la concepción de que el propósito no es buscar deficiencias

con la intención de sancionar, sino generar una actitud organizacional que contribuya a mejorar la calidad del producto final, llámese servicio.

La evaluación de calidad de atención en salud tiene su razón de ser en cuanto que constituye la herramienta fundamental para mejorar la calidad de los procesos y para asegurar el grado óptimo del servicio.

4.2.3 Propósitos de la evaluación de la calidad. La razón de la evaluación de calidad de la atención en salud está dada por la siguiente triada:

- Mejorar la calidad de la atención que se brinda.
- Asegurar el grado óptimo del servicio.
- Garantizar el impacto positivo, en términos biológicos, psicológicos, sociales y económicos de las acciones de salud, tanto en las personas como en la comunidad.

4.3 MARCO LEGAL

4.3.1 Ley 23 de 1981. Artículo 35: En las entidades del Sistema Nacional de Salud la historia clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud. La presente Ley comprende el conjunto de normas permanentes sobre ética médica a que debe ceñirse el ejercicio de la medicina en Colombia.

4.3.2 Decreto 3380 de 1981. Por la cual se reglamenta la ley 23 de 1981 y se decretan las relaciones del médico con el paciente, el secreto profesional entre otros y específicamente en el Artículo 30 menciona que las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual.

4.3.3 Ley 80 de 1989. Por la cual se crea el Archivo General de la Nación y se dictan otras disposiciones. Es una función del archivo general de la nación: Establecer, organizar y dirigir el Sistema Nacional de Archivos, con el fin de planear y coordinar la función archivística en toda la Nación, salvaguardar el patrimonio documental del País y ponerlo al servicio de la comunidad.

4.3.4 Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. **Artículo 8** Al Ministerio de Salud le corresponde formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.

4.3.5 Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En su artículo 173 numeral 2, 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 instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social.

4.3.6 Acuerdo 07 de 1994. Por el cual se crea el reglamento general de archivo. Artículo Primero: Adoptar y expedir el presente reglamento general de archivos, como norma reguladora del quehacer archivístico del país.

4.3.7 Resolución 2546 de 1998. Se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información de prestaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establecer, organizar y dirigir el Sistema Nacional de Archivos, con el fin de planear y coordinar la función archivística en toda la Nación, salvaguardar el patrimonio documental del País y ponerlo al servicio de la comunidad.

4.3.8 Resolución número 1995 de julio 8 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Determinada esta como un documento legal, privado o sea que tiene dueño, obligatorio: porque se tiene que registrar siempre la atención al paciente, sometido a reserva para guardar la confidencialidad del estado de salud de la persona, puede ser conocido por terceros salvo previa autorización. Esta ley define los parámetros del manejo de la historia clínica.

4.3.9 Ley 594 del 2000. Por medio de la cual se dicta la ley general de archivos y se dictan otras disposiciones. Artículo 1o. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer las reglas y principios generales que regulan la función archivística del Estado. Artículo 2o. Ámbito de aplicación. La presente ley comprende a la administración pública en sus diferentes niveles, las entidades privadas que cumplen funciones públicas y los demás organismos regulados por la presente ley.

4.3.10 Resolución número 2182 del 09 de Julio de 2004. Por la cual se definen las condiciones de habilitación para las instituciones de salud bajo la modalidad de Telemedicina, 4º. De la calidad de la historia clínica en telemedicina- La historia clínica de los pacientes atendidos bajo la modalidad de telemedicina debe cumplir con todos los parámetros de calidad que para el efecto se establecen en la Resolución 1995 de 1999 o en las normas que la modifiquen o sustituyan y en la Circular No. 2 de 1997 del Archivo General de la Nación. Adicionalmente, las Instituciones Remisoras y los Centros de necesarias durante la transferencia y el almacenamiento de datos para evitar el acceso no autorizado, y la pérdida, deformación o deterioro de la información.

4.3.11 Decreto número 2200 del 28 de Junio 2005. Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. Artículo 16. Características de la prescripción. Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica.

4.3.12 Resolución Número 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

4.3.13 Resolución Número 058 de 2007. Por la cual se deroga la Resolución 001715 de 2005. Que de acuerdo con la solicitud efectuada por la Dirección General del Archivo General de la Nación y los parámetros fijados por este Ministerio y dicha entidad, en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 594 de 2000 y específicamente los referidos al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, se hace necesario derogar la Resolución 1715 de 2005.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptivo, este tipo de investigación procura determinar cuál es la situación, ver lo que hay, describir tal cual es la situación, el evento o condición sobre un asunto o problema, sirve para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno. Por tanto se consideró este tipo de estudio por que nos permitió describir e interpretar la situación actual del manejo y archivo de la historia clínica.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto de estudio fue constituida por 35.891 historias clínicas registradas al 30 de junio del 2008, en la ESE Hospital San Gabriel Arcángel.

Se tomó una muestra por conveniencia, representada por **380** historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa durante el mes de Junio de 2008. Este tipo de muestra fue determinada teniendo en cuenta las conclusiones que resultaron de un análisis realizado por el comité de historias clínicas durante el mes de marzo de 2008, mes durante el cual se presentaron un gran número de quejas sobre la prestación del servicio de consulta externa, identificándose como una de las causas la deficiencia en el diligenciamiento de la historia clínica.

5.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información se recolectó en la tercera semana del mes de Julio de 2008, para lo cual se aplicaron los instrumentos de recolección diseñados previamente, para su desarrollo se contó con la colaboración de la gerencia quien autorizó el ingreso de los investigadores y el préstamo de las historias, el personal de archivo de historias clínicas quienes facilitaron la búsqueda de las historias sometidas a la evaluación y la profesional de enfermería de promoción y prevención quien colaboró en la aplicación de los instrumentos.

Para registrar el cumplimiento de los criterios de las historias clínicas, se diligenció el formato de evaluación de la historia clínica, donde se tiene en cuenta el puntaje obtenido, si cumple se le da el valor asignado y si no cumple se le da el puntaje de cero (0).

Después se tabularon los datos, sumando cada parámetro, para determinar el total del plan de manejo se sumaron los totales de los parámetros farmacológicos y no farmacológicos registrados en las casillas respectivas y el total se estableció con la suma de los totales parciales de cada ítem.

El análisis de la información recolectada se hizo por los mismos investigadores, quienes previamente estandarizaron los criterios de recolección e interpretación de los datos de acuerdo a la resolución 1995 de 1999, sin recurrir a intermediarios que pudieran cometer errores de interpretación de los datos recogidos.

5.4 INSTRUMENTOS

Previo a la recolección de la información se diseñaron los instrumentos de recolección de datos y se evaluaron y validaron, para lo cual se contó con la participación del equipo médico y de enfermería de la ESE. Una vez obtenidos los resultados que fueron satisfactorios comprobamos que el instrumento a utilizar para recolectar la información fue válido, con lo cual se procedió a recoger la información de la muestra.

Para la recolección de la información se utilizaron los siguientes instrumentos:

5.4.1 Guía de observación: Apertura, manejo y archivo de historias clínicas ESE Hospital San Gabriel Arcángel Villagarzón – Putumayo, cuyo objetivo era Identificar el actual manejo y archivo de historias clínicas en la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel del Municipio de Villa garzón, Departamento del Putumayo. (Ver Anexo A).

5.4.2 Formato de evaluación del diligenciamiento de la historia clínica, cuyo objetivo era registrar el cumplimiento de cada uno de los criterios a evaluar, a partir de Aspectos Administrativos y Clínicos. (Ver Anexo B)

5.5 PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez aplicados los instrumentos y tabulados los datos, se consolidaron y sistematizaron para su posterior análisis.

En cada una de las historias se verificó la realización de las actividades predeterminadas en el instrumento, y los datos fueron registrados en el formato de evaluación de historias clínicas.

Los datos del formato se analizaron por tabulación de cada ítem evaluado y de cada historia clínica.

El diligenciamiento de la historia clínica se calificó en forma global después de evaluar aspectos administrativos y clínicos.

Para lo anterior, se sumó el total del puntaje obtenido en los criterios administrativos más el puntaje obtenido en los criterios clínicos y se dividió entre dos (2), obteniendo el resultado de calificación global de la calidad de la historia clínica. La cual se definió de acuerdo con el puntaje obtenido, así:

Tabla 1. Ponderación criterios clínicos

CALIFICACION	RANGO
EXCELENTE	IGUAL A 100 PUNTOS
BUENO	ENTRE 80 Y 99 PUNTOS
REGULAR	ENTRE 60 Y 79 PUNTOS
DEFICIENTE	ENTRE 40 Y 59 PUNTOS
MALO	MENOR DE 39 PUNTOS

6. RESULTADOS

Se evaluaron 380 Historias Clínicas que equivalen al 100% de la muestra, de los cuales 232 corresponden a mujeres; 121 a hombres y 27 a menores de edad, lo cual significa que en su mayoría son las mujeres quienes más acuden a consulta médica ya sea por razones de enfermedad o por control médico. Al calcular la calidad en el diligenciamiento de las historias clínicas sumando los puntajes obtenidos en cada uno de los criterios evaluados para obtener el porcentaje de cumplimiento, se observaron los siguientes resultados:

6.1 RESULTADOS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN

La guía de observación arrojó los siguientes resultados:

En su mayoría, el archivo de historias clínicas **no cumple** con el parámetro de apertura e identificación, por cuanto para la numeración de las historias clínicas no se está utilizando el No. de cedula, No. de tarjeta de identidad, N°. de registro civil o en caso de ser un menor sin identificación se archivan los documentos en una AZ.

En cuanto a la numeración consecutiva de los documentos o folios de la historia clínica **no se cumple** con este parámetro, los responsables del diligenciamiento de la historia clínica no lo hacen.

En los componentes de la carpeta de historia clínica, se encontró que cumple con los ítems de hojas de evolución, notas de enfermería, procedimientos: hojas de atención de programas, hojas de atención odontológica, reporte de exámenes paraclínicos, pero no cumple con fotocopia del carnet de salud y documento de identidad e imágenes diagnósticas y a pesar de que las historias tienen la hoja de identificación del usuario, esta no cuenta con el contenido mínimo de este componente.

En el parámetro de organización y manejo de archivo de historias clínicas:

- Se observa que **cumple** con la existencia de un único archivo, donde se encuentran todas las historias clínicas, porque hasta la fecha no se ha realizado el proceso de depuración de acuerdo a las etapas en archivo de gestión, central e histórico.

- En cuanto a la custodia de la historia, **cumple** con la entrega de fotocopia de la historia cuando el usuario la solicita, se realiza con un mecanismo adoptado por la coordinación de archivo para evitar la pérdida de este documento (previa solicitud por escrito y posteriormente el coordinador fotocopia historia).
- El acceso a la historia clínica, **cumple** de acuerdo a la ley, entendiéndose que solo pueden acceder el usuario, el equipo de salud, las autoridades judiciales y de salud.
- Retención y tiempo de conservación, este parámetro **no** se cumple, el archivo de historias clínicas no ha sido depurado, aunque tiene 28 años de funcionamiento desde que era Centro de Salud.
- La seguridad del archivo de la historia clínica, **no** cumple porque el área no es restringida y no está limitado el acceso, se observó que el archivo está bajo la responsabilidad de un técnico auxiliar de enfermería, que no da abasto con el número de solicitudes y recepción de historias clínicas.
- **No** cumple con el parámetro de condiciones físicas de conservación de historias clínicas, el archivo de historias se encuentra en un área física en mal estado, es un área húmeda, las historias no se encuentran protegidas de la luz, se encuentran hacinadas en estantes metálicos en mal estado y algunas en el piso, en si no se encuentran conservadas en condiciones locativas, procedimentales y medioambientales y materiales propias para tal fin.

6.2 ANALISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Resultado de la evaluación de las historias clínicas de consulta externa de la E.S.E. Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzon - Putumayo según criterios preestablecidos: (Ver Anexo C)

La evaluación de la historia clínica con base a los criterios expresa los siguientes resultados:

El porcentaje de cumplimiento de los criterios administrativos fue del **41%** y el de los criterios clínicos del **61%**.

La evaluación del cumplimiento de las 2 variables definidas en el análisis de los aspectos administrativos evidenció lo siguiente:

- A. La variable legibilidad cumple en un 33%
- B. La variable identificación cumple en un 50%

Uno de los defectos tradicionales de los médicos es la falta de claridad en su escritura, y esto es perjudicial no solamente para quien trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia o interconsulta, sino para quien juzga la actividad médica (Auditores, superiores jerárquicos, jueces, etc.).

El análisis de las 5 variables relacionadas con los aspectos clínicos mostró el siguiente resultado:

- A. La variable anamnesis cumple en 69%
- B. La variable examen físico cumple 41%
- C. La variable diagnóstico cumple 80%
- D. La variable plan de manejo cumple 60%
- E. La variable conducta final cumple 57%

Al no tener la información completa de cada una de las variables de la historia clínica, limita al profesional de la salud en la toma de decisiones, unificación de criterios y conductas y dificulta los procesos de auditoría clínica.

De las 380 historias clínicas evaluadas el 51% (194) cumplieron con los criterios de evaluación definidos, de acuerdo con la tabla de valoración total de historias clínicas de la calidad este porcentaje se clasifica como **DEFICIENTE**. (ver Anexo C)

Resultado que trae a la institución consecuencias como: dificultad en la adquisición de insumos, manejo de inventarios y la auditoría administrativa.

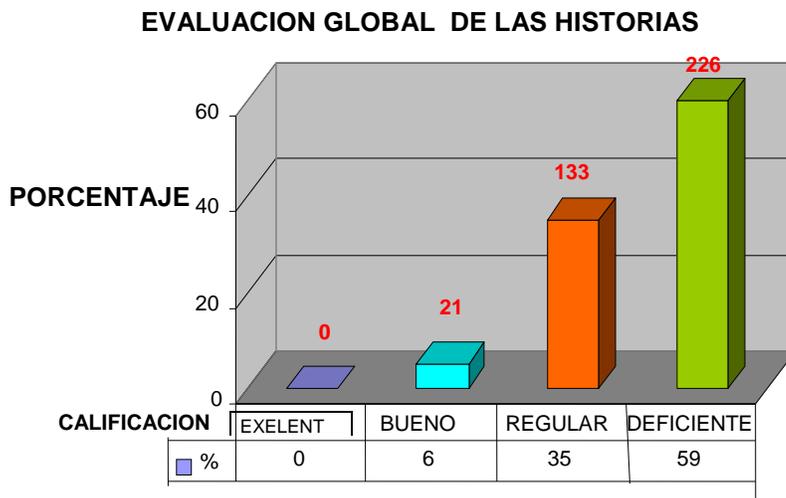
El puntaje mayor obtenido en la calificación de las historias clínicas fue **83** puntos y el menor de **42** puntos como se evidencia a continuación.

Tabla 2 Distribución de las historias clínicas de consulta externa según calificación obtenida.

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO	NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS	% DE HISTORIAS CLINICAS
42	10	2,6
45	10	2,6
46	8	2,1
48	13	3,4
49	16	4,2
50	25	6,6
51	16	4,2
54	25	6,6
55	25	6,6
56	19	5
58	28	7,3
59	31	8,2
61	7	1,8
63	7	1,8
65	13	3,4
67	19	5
68	19	5
69	25	6,6
70	13	3,4
72	10	2,6
73	13	3,4
76	7	1,8
81	4	1,1
82	10	2,6
83	7	1,8
TOTAL	380	100

Fuente: Evaluación de historias clínicas 2008

Gráfica 1. Frecuencia de calificación de la elaboración de las historia clínicas de consulta externa en la E.S.E. hospital san Gabriel Arcángel de Villagarzon - Putumayo según criterios preestablecidos:



Fuente: Evaluación de historias clínicas 2008

La frecuencia de la calificación obtenida en la evaluación de la historia clínica según los parámetros definidos fue la siguiente:

El 59% de las historias clínicas evaluadas, obtuvo una calificación **DEFICIENTE**, seguida de un **35%** que tiene una calificación de **REGULAR**, y un **6% BUENO** en calidad técnica de elaboración.

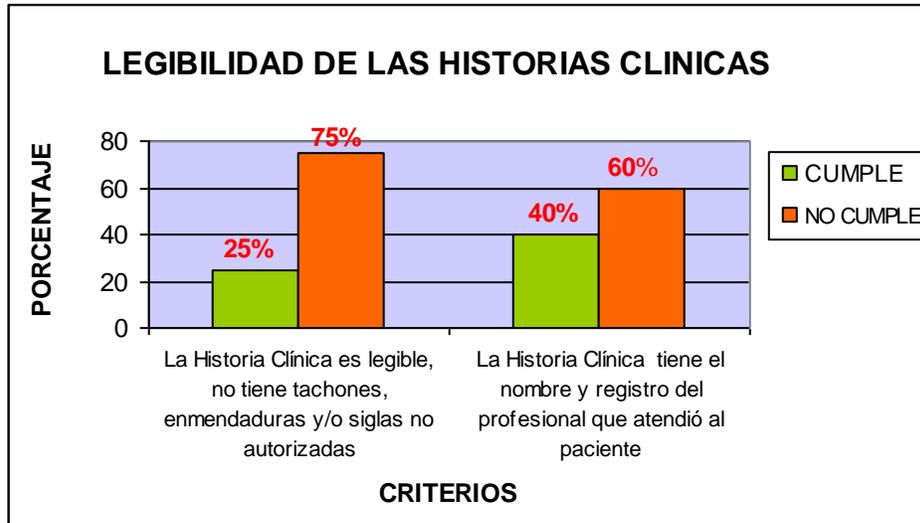
CALIFICACION	NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS DENTRO DE LA CALIFICACION	% DE HISTORIAS CLINICAS DENTRO DE LA CALIFICACION
EXCELENTE	0 HC	0%
BUENO	21 HC	6%
REGULAR	133 HC	35%
DEFICIENTE	226 HC	59%

Ninguna historia clínica fue elaborada con una calidad técnica que la ubique en el rango de excelencia.

Las falencias encontradas en la evaluación de la calidad de las historias clínicas demuestran el desconocimiento y la no aplicación de la norma por parte del personal de salud, teniendo en cuenta que no se han elaborado procesos y procedimientos para el manejo y archivo de este documento.

VARIABLES Y CRITERIOS ESTABLECIDOS.

Gráfica 2. Comportamiento según la calificación de los criterios evaluados en la variable legibilidad de las historia clínicas de consulta externa de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzón - Putumayo.

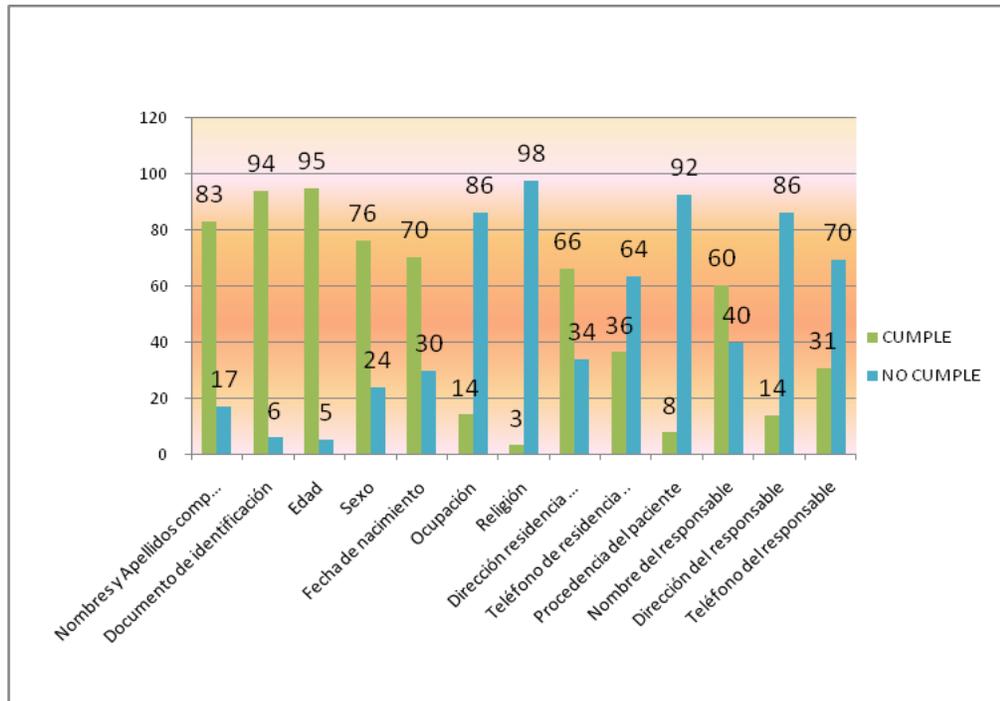


Fuente: Evaluación de historias clínicas 2008

El **75%** (285) de las historias clínicas **no cumple** con el criterio de legibilidad, y el **60%** (228) de historias clínicas **no cumplen** con la identificación completa del profesional que atendió la consulta, lo cual no permite tener claridad de la información registrada en este documento, siendo de vital importancia para dar continuidad y seguimiento integral de las acciones de acuerdo a la patología a tratar y conocer quién es el responsable de la atención.

Gráfica 3. Distribución porcentual según la calificación de los criterios evaluados en la variable de identificación de las historias clínicas de consulta externa de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzon - Putumayo.

VARIABLE IDENTIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA EN LA ESE HSGA VILLAGARZON PUTUMAYO 2008.



Fuente: Evaluación de historias clínicas 2008.

De los criterios que debe contener la identificación de un paciente, los que menos se cumplen son el de religión en un **98%** y la procedencia con un **92%**, seguido de los ítems de Sexo y ocupación en un **86%**

Dentro de la variable identificación, el ítem de religión se considera un dato secundario pero si se tiene en cuenta que se debe respetar las creencias religiosas aunque no concuerden con las de todos. Es parte de la ética profesional, respetar estas creencias del paciente, ya que debido a esto algunas personas impiden tratamientos o procedimientos (ligaduras, extracción útero, vasectomía, etc), lo cual debe ser considerado por el personal de salud tratante.

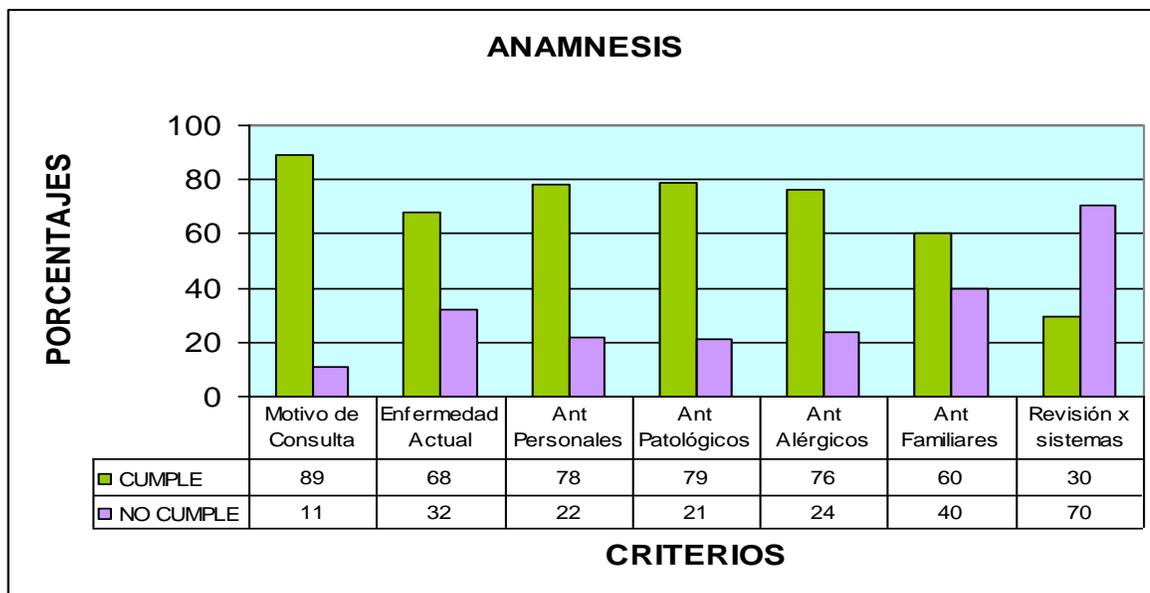
El ítem de procedencia es importante para conocer de donde viene el paciente ya que existen enfermedades características de algunas razas o de mayor

prevalencia en algunos territorios (clima tropical donde prevalecen enfermedades endémicas), es diferente la persona de origen, afrodescendiente así como una persona de origen indígena, o que viene de una zona selvática a una zona urbana.

Al identificar el género de un paciente, el personal de salud se encamina hacia probabilidades diagnosticas acorde a las entidades propias de cada género. Hay enfermedades únicas para mujeres o para hombres o algunas que se dan con mayor frecuencia según el género.

La ocupación debe ser tomada en cuenta cuando se estudia al paciente ya que existen enfermedades ocupacionales. Sabemos que un empresario con vida sedentaria esta en mayor peligro de tener enfermedades cardiacas que un trabajador del campo el cual tiene más probabilidades de padecer intoxicación por plaguicidas o picadura de insectos ponzoñosos. También saber las actividades realizadas antes del trabajo actual y por cuantos años se desempeñaron deben ser tomadas en cuenta.

Gráfica 4. Calificación de los criterios evaluados en la variable de anamnesis de las historia clínicas de consulta externa de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzón-Putumayo.



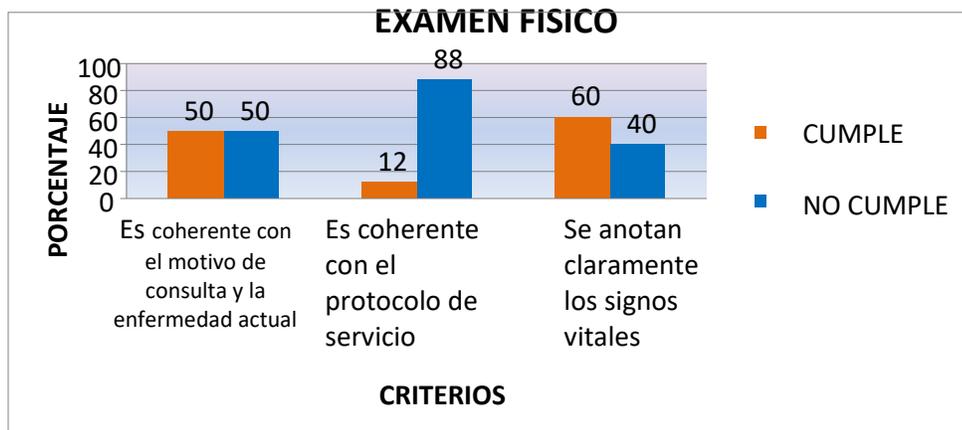
Fuente: Evaluación de historias clínicas 2008

En general el 69% de las historias clínicas cumplen con los criterios definidos en la anamnesis.

El criterio que menos se cumple es la revisión por sistemas con un 70%.

Teniendo en cuenta que una cuidadosa revisión por sistemas, permite descubrir con frecuencia enfermedades importantes que fueron omitidas en los antecedentes, los síntomas o signos deben registrarse para todos los aparatos y sistemas corporales.

Gráfica 5. Calificación de los criterios evaluados en la variable de examen físico de las historia clínicas de consulta externa de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzon - Putumayo.

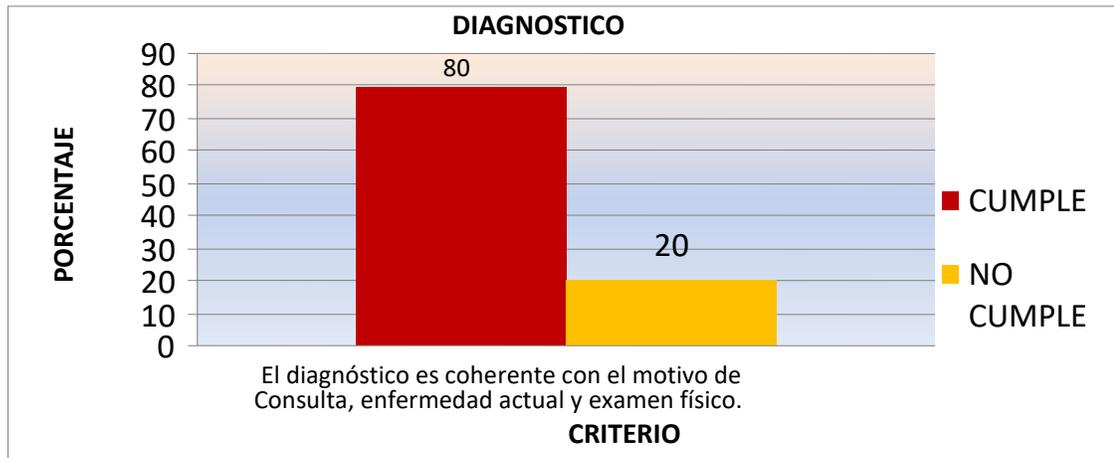


Fuente: Evaluación de historias clínicas 2008

En la revisión de historias clínicas el 88% de la valoración por examen físico no cumple con el protocolo del servicio.

En la institución existen protocolos desactualizados que no garantizan la efectividad de las intervenciones, disminución de riesgos y costos de la atención de salud correspondiente, afectando en el paciente la calidad de vida y oportunidad de la atención en el lugar adecuado.

Gráfica 6. Calificación de los criterios evaluados en la variable de diagnóstico de las historias clínicas de consulta externa de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzon-Putumayo.



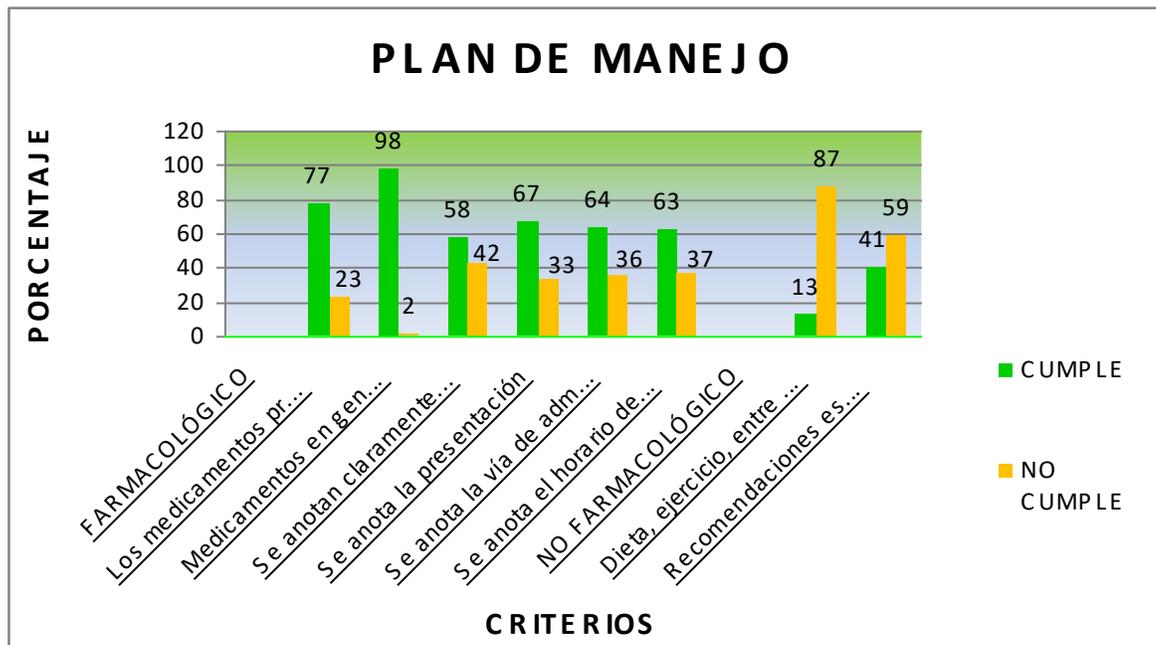
Fuente: Evaluación de historias clínicas 2008.

El 80% de las historias clínicas cumplen con el criterio de Diagnóstico.

Es importante el diagnóstico porque, aclara lo que no se conoce con el fin de evaluar la gravedad del asunto; orienta el camino terapéutico a seguir; organiza la secuencia de eventos encaminada a buscar la curación o el alivio; integra el concurso de recursos técnicos y humanos para tales fines; controla el resultado de la intervención médica; es la base para efectuar pronósticos; en fin, es la esencia misma del acto médico.

En el 20% de historias que no cumplieron con el criterio de diagnóstico, se identificó que este no coincide en algunos casos por que los pacientes consultan por alguna dolencia que para ellos en su momento puede ser de mayor importancia pero en la pericia del médico encuentra que es más importante a tender otra causa o el foco que origina la dolencia que aqueja al paciente.

Gráfica 7. Calificación de los criterios evaluados en la variable de plan de manejo de las historia clínicas de consulta externa de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzon - Putumayo.

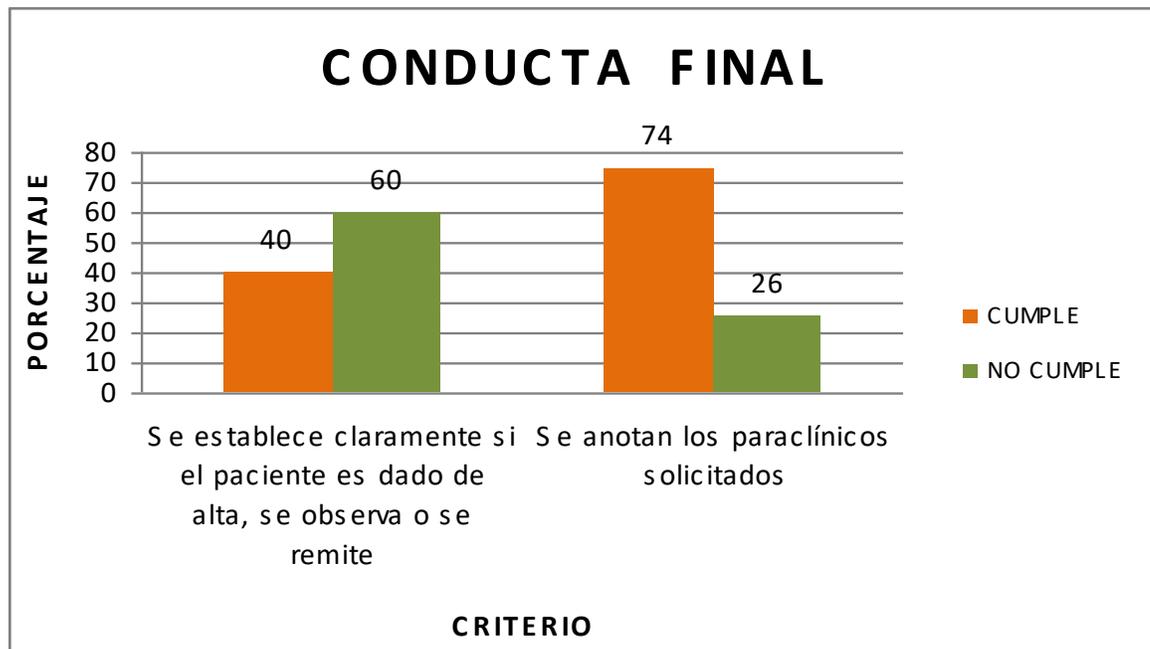


Fuente: Evaluación de historias clínicas 2008.

En cuanto al plan de manejo los criterios que más se cumplen son la coherencia de los medicamentos formulados de acuerdo al diagnóstico y la formulación de medicamentos genéricos.

Es importante contar con el registro en la historia clínica de todos los criterios establecidos en el plan de manejo, tanto farmacológico como no farmacológico, con el fin de que el personal de salud involucrado encamine el manejo y tratamiento adecuado del paciente.

Gráfica 8. Calificación de los criterios evaluados en la variable de conducta final las historia clínicas de consulta externa de la E.S.E Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzon - Putumayo.



Fuente: Evaluación de historias clínicas 2008.

De acuerdo al criterio de conducta final se cumple en un 74% la anotación de paraclínicos solicitados. Teniendo en cuenta que están relacionados con la patología a estudiar y ayudan a confirmar un diagnóstico que ya se debe tener presumido.

Deberán registrarse en la historia clínica las razones por las cuales el paciente debe ser dado de alta o remitido en función de las características de su cuadro y los recursos humanos y tecnológicos con los que cuenta la institución.

7. DISCUSIÓN

El decreto 1011 de 2006, menciona las normas y sanciones para garantizar los parámetros mínimos de calidad de la atención en salud, como punto de partida en el proceso de mejoramiento continuo de los servicios de salud.

Uno de los requisitos mínimos de calidad es el diligenciamiento legible y completo de la historia clínica, es un elemento que sirve como criterio de calidad de las atenciones brindadas por el personal de salud, este documento es esencial para una adecuada aproximación diagnóstica, una correcta evaluación de los servicios de salud y un óptimo cuidado integral. Desafortunadamente esta investigación evidenció que las historias clínicas evaluadas presentan deficiencias de estructura, frecuentemente es necesario leer toda la Historia clínica, para encontrar información específica, en general su contenido compuesto por texto suelto, complica el seguimiento de la evolución del cuidado médico- en el caso de las enfermedades crónicas.

Además de ser un documento que aporta la información necesaria de los antecedentes de salud de un paciente, de ser un instrumento que permite optimizar su atención y que consiente el desarrollo de la investigación, también se debe tener en cuenta que es una herramienta probatoria a la hora de determinar responsabilidades civiles o administrativas.

Este es un documento que puede ser utilizado como prueba técnica por ser un registro formal y único de atención, pero la diferencia encontrada en la evaluación de estos documentos hacen que este sea un registro que expresa deficiencias probatorias para un proceso médico legal, para un acertado diagnóstico o para un tratamiento oportuno que se pueda brindar al paciente.

Con base en la información analizada, se puede inferir que el personal que conforma el equipo que maneja historias clínicas en el Hospital, tienen un alto riesgo de verse expuesto a procesos disciplinarios, los cuales se pueden generar por su condición como parte de un equipo multidisciplinario, su compromiso con el cuidado e información al paciente, por el rol administrativo en los servicios y demás procedimientos de tipo legal como la cadena de custodia y autorizaciones, entre otras.

Por último de la buena elaboración de la Historia clínica, depende el éxito o el fracaso del personal de salud para conseguir el mayor provecho para su paciente.

De su exactitud e integración dependen el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, mediante el análisis crítico de éste, se pueden determinar fallas en la atención del paciente y con ello mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Sin embargo, la historia clínica lejos de ser un producto individual, es fruto de un equipo por lo que, habitualmente, en la confección de la misma intervienen diferentes y diversos profesionales (médicos, enfermeras(os), fisioterapeutas, farmacéuticos, y otros). Por otra parte, el cumplimiento de esta documentación constituye una actividad derivada de la atención al paciente, la cual en ocasiones se presta en circunstancias poco favorables. Todo ello da lugar a que la documentación presente en la historia clínica no sea la adecuada o no se halle tan completa como sería deseable. Para garantizar que la historia clínica sea un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de los pacientes, de sus enfermedades y tratamiento, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad y por fin, proporcione datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia, se debe controlar la calidad de la historia clínica.

Es recomendable que se tomen algunas acciones correctivas como la revisión de diligenciamiento y archivo de la historia clínica tomando como parámetro la norma técnica y adecuarlo a la realidad del servicio; implementar un sistema de capacitación permanente y sensibilización en cuanto al diligenciamiento, y archivo correcto de la historia clínica dado que existe personal rotante, dar a conocer al personal de las implicaciones legales y éticas del inadecuado diligenciamiento y archivo; otorgar al personal los respectivos formatos de la historia clínica para un diligenciamiento adecuado de ellos; y realizar una nueva evaluación tres meses después para ver el cambio producido.

Con el resultado de este estudio mediante la evaluación sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos, se determina que es un método eficiente para la implementación del cambio sostenible. En tal sentido, la realización de las evaluaciones debe estar acompañada de procesos interactivos y educativos con los profesionales de salud, que redunden en beneficio de mejorar la calidad de la atención que se brinda a los pacientes.

8. CONCLUSIONES

- En general la calidad técnica de elaboración de la historia clínica por el equipo de salud del servicio de consulta externa es deficiente.
- Se evidencia que la ESE Hospital San Gabriel Arcángel cuenta con un formato unificado para el registro de la historia clínica, que permite su agilidad para el diligenciamiento, pero a pesar de la existencia de este documento no se diligencia en su totalidad y no es legible.
- No se observa nombre y registro completo del profesional que atendió la consulta en forma legible, porque solo aparece la firma y no es posible identificar el nombre y apellido.
- No existen datos de un seguimiento sistemático, continuo de la calidad del registro en la historia clínica, que induzca un autocontrol en los profesionales.
- Aunque hay un Comité de historias clínicas y se ha constituido mediante resolución interna, no existen datos de su operatividad, dando incumplimiento a la normatividad.
- El resultado de la evaluación del manejo y archivo de la historia clínica, evidencia oportunidades de mejora en la institución.
- Como se ha visto, existen deficiencias en la elaboración de las historias clínicas que pueden ser debido al desinterés por parte de todo el personal y/o al desconocimiento de la normatividad. La difusión de las normas de la historia clínica debe intensificarse, así como verificar su cumplimiento.
- Por otro lado la gerencia de la ESE, debe conformar nuevamente el comité de evaluación de Historias clínicas, porque es este el encargado de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.
- En el desarrollo de este trabajo investigativo se identificaron las falencias con el ánimo de contribuir al mejoramiento y organización de las historias clínicas y proponer la elaboración de procesos y procedimientos, de gran utilidad para garantizar la atención integral del paciente, requiriendo de la participación y colaboración del personal, para satisfacer una necesidad sentida en la

institución y que redundará en beneficio de los pacientes y en el desempeño de los funcionarios del hospital.

9. RECOMENDACIONES

- La ESE San Gabriel Arcángel, requiere de inmediato la elaboración de los procesos y procedimientos para el manejo y archivo de la historia clínica.
- Además, es necesario realizar planes de mejoramiento donde se involucren al comité de historias clínicas, personal de salud y al personal encargado del archivo de las historias clínicas.
- Reactivar el comité de historias clínicas y dado el caso realizar los cambios necesarios del personal que lo conforma.
- Reglamentar el manejo y archivo de la historia clínica mediante acto administrativo.
- Implementar un sistema permanente de monitoreo y de sensibilización en el diligenciamiento completo y legible de la Historia clínica, dado que en la institución el personal no tiene estabilidad laboral.
- Recordar y /o dar a conocer al personal asistencial las implicaciones legales y éticas del inadecuado diligenciamiento de la Historia clínica.
- Realizar un seguimiento sistemático y continuo del diligenciamiento y archivo de la Historia clínica, mediante el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.
- Realizar una nueva evaluación del manejo y archivo de las historias clínicas seis meses después de ver el cambio generado y motivado por el resultado de esta investigación.
- Definir planes de mejoramiento con el personal de salud y hacer seguimiento a sus resultados con el fin de mejorar la prestación de los servicios en la institución.

10. PROCESOS SUGERIDOS

Alcanzar y mantener la calidad en una institución hospitalaria requiere no solamente el compromiso de la entidad sino la estandarización de los procesos para poder ofrecer los servicios de manera eficaz, ágil y con calidez humana, además de la definición y puesta en marcha de protocolos de atención, así como la verificación de los resultados.

Toda institución prestadora de servicios de salud requiere en algún momento documentar el trabajo que realizan los empleados para poder responder entre otras cosas los siguientes interrogantes: ¿quién?, ¿Cómo?, ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia?, O ¿por autorización de quien? Se llevan a cabo los procesos. La necesidad de establecer manuales administrativos surge por distintas razones y llevan a las organizaciones a detallar minuciosamente todos los procedimientos que se siguen en el desarrollo del trabajo diario.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación del manejo y archivo de historias clínicas, se considera importante y necesario realizar el levantamiento, documentación y socialización de los procesos y procedimientos para el manejo y archivo de historias clínicas en la ESE hospital San Gabriel Arcángel.

Como valor agregado del trabajo de investigación se aporta a la institución un proceso y dos procedimientos así:

- PROCESO-MANEJO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLINICA (Anexo D)
- PROCEDIMIENTO- ORGANIZACIÓN Y NUMERACION DE CARPETAS (Anexo E)
- PROCEDIMIENTO- ARCHIVO DE DOCUMENTOS (Anexo F)

BIBLIOGRAFÍA

BONILLA C., Elsy y RODRIGUEZ S., Penélope. La investigación en ciencias sociales. Más allá del dilema de los métodos. Bogotá: Universidad de los Andes, julio, 1995. 223 p.

BRIONES, Guillermo. Métodos y técnicas de la investigación para las ciencias sociales. Editorial USTA, 1985.

DE MIGUEL MANZANO, B y otros. La historia clínica de urgencias. Un parámetro de la calidad de la asistencia. En: Revista Emergencias. Vol. 9. No. 1. Ávila, 1997. p. 31-34

HERMIDA, Jorge y RICO, Rubén. Calidad de servicios y acercamiento al cliente. Buenos Aires: Machi, 1991. 130 p.

JACQUES, Honovits. La calidad del servicio. Tomo III. México: Mc Graw Hill, 1994. 230 p.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Lineamientos de Auditoría en Salud.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 1995 de julio 8 de 1999. Santafé de Bogotá, 1999.

RUELAS Barajas, Enrique. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. En: Economía y salud No. 8. México D.F. 1994.

QUIJANO Vodniza, Armando José. Mecanismos e instrumentos para la planificación, seguimiento y evaluación de los proyectos de investigación. San Juan de Pasto: Centro de Estudios Superiores María Goretti, 2001.

SAMPIERI Hernández, Roberto y otros. Metodología de la investigación. México. MC Graw Hill, 1991.505 p.

Referencias Electrónicas

www.archivogeneral.gov.co/?idcategoria=2012

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles//La-historia-clínicas>. [citado en Agosto 4 de 2008].

http://www.medicolegal.com.co/norm-medici_1.pdf. Agosto de 2008.

<http://www.grenciasalud.com/art17.htm>. [citado en Septiembre 10 de 2008]

ANEXOS

Anexo A. Guía de Observación – Manejo y archivo de historias clínicas

PARÁMETROS A EVALUAR	Cumple	No cumple
APERTURA E IDENTIFICACIÓN		
• Número de cédula para mayores de edad		
• Número de tarjeta de identidad para mayores de 7 años		
• Número de registro civil para menores de edad		
NUMERACIÓN CONSECUTIVA		
• Forma consecutiva		
COMPONENTES		
• Identificación del usuario		
• Fotocopia de carné de salud y documento de identidad		
• Hojas de evolución		
• Notas de enfermería		
• Procedimientos: hojas de atención programas		
• Hoja de atención odontológica		
• Reporte de exámenes paraclínicos		
• Imágenes diagnóstica		
ORGANIZACIÓN Y MANEJO DE ARCHIVO DE H.CLÍNICAS		
• Existencia de un archivo único de historias clínicas o etapas de archivo de gestión central e histórico.		
Custodia de historia clínica		
• Se entrega fotocopia de HC al usuario cuando solicite		
• Efectos previstos en las disposiciones legales vigentes		
Acceso a la historia clínica		
• El usuario		
• Equipo de salud		
• Autoridades judiciales y de salud		
Retención y tiempo de conservación		
• Conservación por un período determinado		
Seguridad del archivo de historia clínica		
• Área restringida		
• Acceso limitado al personal autorizado		
Condiciones físicas de conservación de historias clínicas		
• Adecuada locación		
• Adecuación medioambiental y material		

Anexo B. Formato de evaluación del diligenciamiento de la Historia Clínica.

CRITERIOS DE EVALUACION		Puntaje Asignado	Obtenido			
			C	%	NC	%
Aspectos Administrativos	A. LEGIBILIDAD	6				
	La Historia Clínica es legible, no tiene tachones, enmendaduras y/o siglas no autorizadas	3				
	La Historia Clínica tiene el nombre y registro del profesional que atendió al paciente	3				
	B. IDENTIFICACIÓN	13				
	Nombres y Apellidos completos del paciente	1				
	Documento de identificación	1				
	Edad	1				
	Sexo	1				
	Fecha de nacimiento	1				
	Ocupación	1				
	Religión	1				
	Dirección residencia del paciente	1				
	Teléfono de residencia del paciente	1				
	Procedencia del paciente	1				
	Nombre del responsable	1				
	Dirección del responsable	1				
Teléfono del responsable	1					
TOTAL ASPECTOS ADMINISTRATIVOS						
Aspectos Clínicos	A. ANAMNESIS	20				
	Motivo de Consulta	5				
	Enfermedad Actual	5				
	Antecedentes Personales	2				
	Antecedentes Patológicos	2				
	Antecedentes Alérgicos	2				
	Antecedentes Familiares	2				
	Revisión por sistemas	2				
	B. EXAMEN FÍSICO	20				
	Es coherente con el motivo de consulta y la enfermedad actual	10				
Es coherente con el protocolo del servicio	5					

	Se anotan claramente los signos vitales	5				
C.	DIAGNÓSTICO	16				
	El diagnóstico es coherente con el motivo de consulta, enfermedad actual y examen físico.	16				
D.	PLAN DE MANEJO	17				
	FARMACOLÓGICO	11				
	Los medicamentos prescritos son coherentes con el Diagnóstico	6				
	Medicamentos en genéricos	1				
	Se anotan claramente las dosis	1				
	Se anota la presentación	1				
	Se anota la vía de administración	1				
	Se anota el horario de administración	1				
	NO FARMACOLÓGICO	6				
	Dieta, ejercicio, entre otras medidas de estilos de vida saludables	3				
	Recomendaciones específicas sobre cuidados, según la patología diagnosticada	3				
E.	CONDUCTA FINAL	8				
	Se establece claramente si el paciente es dado de alta, se observa o se remite	5				
	Se anotan los paraclínicos solicitados	3				
	TOTAL ASPECTOS CLINICOS					
	TOTAL DE VALORACION DE HISTORIAS CLINICAS					

SIGLAS: C = Cumple

NC = No Cumple

Anexo C. Análisis de resultados evaluación de la Historia Clínica.

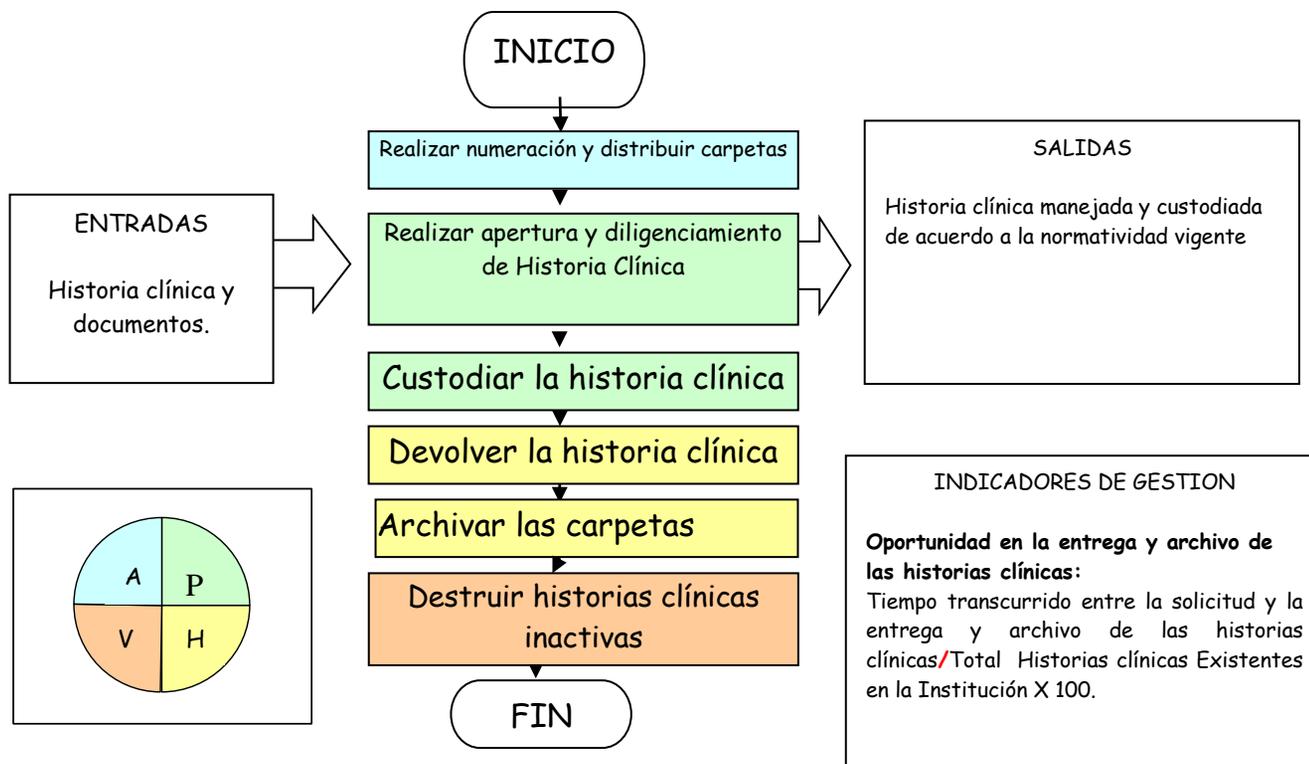
CRITERIOS DE EVALUACION		Puntaje Asignado	Obtenido			
			C	%	NC	%
Aspectos Administrativos	A. LEGIBILIDAD	6		33		67
	La Historia Clínica es legible, no tiene tachones, enmendaduras y/o siglas no autorizadas	3	95	25	285	75
	La Historia Clínica tiene el nombre y registro del profesional que atendió al paciente	3	152	40	228	60
	B. IDENTIFICACIÓN	13		50		50
	Nombres y Apellidos completos del paciente	1	316	83	64	17
	Documento de identificación	1	357	94	23	6
	Edad	1	361	95	19	5
	Sexo	1	290	76	90	24
	Fecha de nacimiento	1	267	70	113	30
	Ocupación	1	53	14	327	86
	Religión	1	12	3	368	98
	Dirección residencia del paciente	1	251	66	129	34
	Teléfono de residencia del paciente	1	138	36	242	64
	Procedencia del paciente	1	29	8	351	92
	Nombre del responsable	1	229	60	151	40
	Dirección del responsable	1	52	14	328	86
Teléfono del responsable	1	116	31	264	70	
TOTAL ASPECTOS ADMINISTRATIVOS			41		59	
Aspectos Clínicos	A. ANAMNESIS	20		69		31
	Motivo de Consulta	5	338	89	42	11
	Enfermedad Actual	5	258	68	122	32
	Antecedentes Personales	2	296	78	84	22
	Antecedentes Patológicos	2	299	79	81	21
	Antecedentes Alérgicos	2	290	76	90	24
	Antecedentes Familiares	2	229	60	151	40
	Revisión por sistemas	2	113	30	267	70
	B. EXAMEN FÍSICO	20		41		59
	Es coherente con el motivo de consulta y la enfermedad actual	10	190	50	190	50
Es coherente con el protocolo del servicio	5	45	12	335	88	

	Se anotan claramente los signos vitales	5	229	60	151	40
C.	DIAGNÓSTICO	16		80		20
	El diagnóstico es coherente con el motivo de consulta, enfermedad actual y examen físico.	16	303	80	77	20
D.	PLAN DE MANEJO	17		60		40
	FARMACOLÓGICO	11				
	Los medicamentos prescritos son coherentes con el Diagnóstico	6	293	77	87	23
	Medicamentos en genéricos	1	374	98	6	2
	Se anotan claramente las dosis	1	219	58	161	42
	Se anota la presentación	1	254	67	126	33
	Se anota la vía de administración	1	242	64	138	36
	Se anota el horario de administración	1	238	63	142	37
	NO FARMACOLÓGICO	6				
	Dieta, ejercicio, entre otras medidas de estilos de vida saludables	3	48	13	332	87
	Recomendaciones específicas sobre cuidados, según la patología diagnosticada	3	155	41	225	59
E.	CONDUCTA FINAL	8		57		43
	Se establece claramente si el paciente es dado de alta, se observa o se remite	5	151	40	229	60
	Se anotan los paraclínicos solicitados	3	283	74	97	26
	TOTAL ASPECTOS CLINICOS		61		39	
	TOTAL DE VALORACION DE HISTORIAS CLINICAS		51		49	

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	MANEJO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	OCTUBRE DE 2008

Anexo D. Proceso Manejo y custodia de historia clínica

1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO



ELABORADO POR:		REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:		Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	MANEJO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	OCTUBRE DE 2008

2. JERARQUIZACION DEL PROCESO

MACROPROCESO	PROCESO	PROCEDIMIENTO
ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Selecciona las carpetas por la numeración según la serie.
		Distribuye a los servicios de Consulta externa y urgencias las carpetas.
		Ingresa el número de carpeta al sistema. Registra los datos de identificación del usuario
		Registro de los eventos y la prestación del servicio en la institución.
		Ordena cronológicamente los folios de la historia clínica según normatividad.
		Entrega las historias clínicas al archivo registrándolas en un libro, de los usuarios que egresaron el día anterior.
		Recibe las historias clínicas según listado de entrega

ELABORADO POR:	REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:	Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	MANEJO Y CUSTODIA DE LA HSTORÍA CLÍNICA	OCTUBRE DE 2008

MACROPROCESO	PROCESO	PROCEDIMIENTO
		Verifica documentos que hacen parte de la historia clínica con la lista de chequeo preestablecida y enumera cada una de las hojas.
ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Teniendo en cuenta el dígito terminal de la historia clínica se archiva la carpeta en el estante correspondiente
		Según las tablas de retención documental, selecciona las historias clínicas que durante 10 años no se han solicitado para atención médica y las clasifica como inactivas.
		-Se reúne el comité de historias clínicas, invitando además al auditor, administrador y coordinador científico, se elabora un acta y previa aprobación del comité, se procede a destruir las historias clínicas inactivas.
		Diligencia formato de solicitud de préstamo de historia clínica completo con letra legible y lo entrega en el archivo al auxiliar administrativo de archivo.
		Busca la historia clínica. Deja la solicitud de préstamo en el estante donde estaba la historia clínica Entrega la historia clínica

ELABORADO POR:		REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:		Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	MANEJO Y CUSTODIA DE LA HSTORÍA CLÍNICA	OCTUBRE DE 2008

MACROPROCESO	PROCESO	PROCEDIMIENTO
		Recibe y custodia la historia clínica de archivo.
ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Entrega de historia clínica completa al auxiliar administrativo de archivo en un plazo no mayor a 12 horas. Recibe el formato de solicitud.
		Recibe y custodia la historia clínica de archivo.

ELABORADO POR:	REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:	Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	MANEJO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	OCTUBRE DE 2008

3. OBJETIVO

Garantizar la conservación y custodia de la Historia clínica de forma unificada para la Institución, cumpliendo con la normatividad vigente y las políticas del Hospital.

4. ALCANCE

Inicia con la numeración de las carpetas para ser distribuidas en la Institución para su apertura y finaliza con la destrucción en el momento de ser consideradas como inactivas después de transcurrido el tiempo exigido por la ley.

5. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL

- Resolución 1995 de 1999
- Ley 594 de 2000
- Resolución 1715 de 2005

ELABORADO POR:		REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:		Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	MANEJO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	OCTUBRE DE 2008

6. RESPONSABLE

Coordinador de área de estadística

7. DEFINICIONES

HISTORIA CLÍNICA PARA EFECTOS ARCHIVISTICOS: Es el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

DIGITALIZAR: Transformar algo analógico (físico, real, de precisión infinita) en algo digital (un conjunto finito y de precisión determinada de unidades lógicas denominadas bits).

SOFTWARE: Es la parte lógica del ordenador, es el conjunto de programas que puede ejecutar el hardware para la realización de las tareas de computación a las que se destina.

ELABORADO POR:		REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:		Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	MANEJO Y CUSTODIA DE LA HSTORÍA CLÍNICA	OCTUBRE DE 2008

8. DETALLE DE ACTIVIDADES

No.	QUE HACER	DONDE	QUIEN LO HACE	COMO LO HACE	CUANDO LO HACE	RECURSO
1.	Realizar la numeración de carpetas según banda de color.	Archivo	Auxiliar Administrativo (Archivo)	Selecciona las carpetas por la banda de color y las numera según la serie.	Cada tercer día	- Carpetas - Sello numerador - Tinta
2.	Distribuir las carpetas	- Consulta Externa - Urgencias	Auxiliar Administrativo (Archivo)	Distribuye a los servicios de Consulta externa y urgencias las carpetas. Registra en un libro las carpetas que entregó numeradas.	Cada tercer día	-Carpetas numeradas
3. ®	Realizar apertura de Historia Clínica	- Consulta Externa - Urgencias	Auxiliar Administrativo (Admisiones)	Ingresa el número de carpeta al sistema. Registra los datos de identificación del usuario: - Tipo de Documento - Número de documento - Nombres y apellidos completos. - Sexo - Fecha de nacimiento - Responsable - Nombre de los padres - Seguridad Social - Dirección y teléfono	Cada vez que ingresa un paciente	- Carpetas - Computador - Software

ELABORADO POR:	REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:	Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	MANEJO Y CUSTODIA DE LA HSTORIA CLÍNICA	OCTUBRE DE 2008

No.	QUE HACER	DONDE	QUIEN LO HACE	COMO LO HACE	CUANDO LO HACE	RECURSO
4. ®	Diligenciar la historia clínica	Servicio	Profesional de Salud	Registro de los eventos y órdenes para la prestación del servicio en la Institución.	Durante la atención del usuario	- Papelería - Bolígrafos tinta negra
5. ®	Ordenar cronológicamente la historia clínica	Servicio	Auxiliar de enfermería	Ordena cronológicamente los folios de la historia clínica según la normatividad.	Egreso del usuario	- Folios de historia clínica
6.	Foliar historia clínica	En el servicio	Auxiliar de Enfermería	Verifica los documentos que hacen parte de la historia clínica con la lista de chequeo preestablecida y enumera cada una de las hojas.	Diariamente	- Lista de Chequeo - Lapicero
7. ®	Registra y entrega la historia clínica	En el servicio	La Enfermera Jefe o la Auxiliar de Enfermería	Registra en el libro radicador cada una de las historias que va a entregar al auxiliar de archivo. Realiza la entrega de las historias clínicas al auxiliar de archivo.	Diariamente	- Libro radicador
8.	Recibir la historia clínica	En el servicio	Auxiliar Administrativo (Archivo)	Recibe las historias clínicas según listado de Egreso Diario.	Diariamente	- Formato prediseñado.

ELABORADO POR:		REVISADO POR		APROBADO POR	
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS			
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	MANEJO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	OCTUBRE DE 2008

No.	QUE HACER	DONDE	QUIEN LO HACE	COMO LO HACE	CUANDO LO HACE	RECURSO
9.	Realizar la entrega de cada Historia Clínica	En la oficina de Procesos Técnicos (Archivo)	Auxiliar Administrativo (Archivo)	Entrega la Historia Clínica a un funcionario de la Oficina de Procesos Técnicos, para que se adelante el procedimiento de digitalización de la misma.	Diariamente	Historia Clínica.
10. ®	Hacer copias de seguridad	Archivo	Ingeniero de sistemas	Ingresando a CD la información escaneada e identificando cada CD con el número de registro.	Diariamente	- Computador - Software - CDs
11.	Archivar carpetas	Archivo	Auxiliar Administrativo (Archivo)	Teniendo en cuenta el dígito terminal de la historia clínica se archiva la carpeta en el estante correspondiente.	Diariamente	N/A
	Es solicitada la historia clínica?					
12.	NO Seleccionar las historias clínicas que han permanecido inactivas por 10 años.	Archivo	Auxiliar Administrativo (Archivo)	Según las tablas de retención documental, selecciona las historias clínicas que durante 10 años no se han solicitado para atención médica y las clasifica como inactivas.	Mensualmente	- Historias Clínicas =Tablas de retención documental.

ELABORADO POR:	REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:	Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	MANEJO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	OCTUBRE DE 2008

No.	QUE HACER	DONDE	QUIEN LO HACE	COMO LO HACE	CUANDO LO HACE	RECURSO
13. ®	Escanear las historias clínicas inactivas	Archivo	Auxiliar Administrativo (Archivo)	Pasar por el escáner la historia clínica, registrando como motor de búsqueda número de historia clínica, nombres y apellidos, documento de identidad y fecha de ingreso.	Una vez seleccionadas las historias clínicas inactivas	- Historias Clínicas = Escáner - Computador - Software
14. ®	Hacer copias de seguridad de las historias clínicas inactivas	Archivo	Ingeniero de sistemas	Ingresando a CD la información escaneada e identificando cada CD con el número de registro.	Una vez seleccionadas las historias clínicas inactivas	- Computador - Software - CDs
15.	Destruir las historias clínicas inactivas	Archivo	Auxiliar Administrativo (Archivo)	Se reúne el comité de historias clínicas, invitando además al área de Gestión Pública y Autocontrol y Revisoría Fiscal, se elabora un acta y previa aprobación del comité, se procede a destruir las historias clínicas que han estado inactivas por 20 más años.	Cada 6 meses	- Historias Clínicas - Acta de destrucción de las historias.

No.	QUE HACER	DONDE	QUIEN LO HACE	COMO LO HACE	CUANDO LO HACE	RECURSO
ELABORADO POR:		REVISADO POR		APROBADO POR		
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS				
Fecha:		Fecha:		Fecha:		

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	MANEJO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	OCTUBRE DE 2008

16.	Si Llenar formato de préstamo	Servicio u Oficina Administrativa	Funcionario administrativo	Diligencia formato de solicitud de préstamo de historia clínica completo con letra legible y lo entrega en el archivo al auxiliar administrativo.	Cada vez que se requiera una historia clínica	- Formato de solicitud de préstamo de historias clínicas
17. ®	Entregar Historia clínica	Archivo	Auxiliar Administrativo (Archivo)	Busca la historia clínica Reemplaza la Historia Clínica por la solicitud de préstamo que debe ser ubicada en el sitio del estante donde estaba la historia clínica. Entrega la historia clínica.	Cada vez que sea solicitada una historia clínica	- Formato de solicitud de préstamo de historias clínicas - Tarjetón de reemplazo
	Es solicitada por el área administrativa?					
18.	Si Custodiar la historia clínica en la oficina máximo durante 48 horas.	Oficina Administrativa que solicitó la historia clínica	Funcionario administrativo	Recibe y custodia la historia clínica durante el tiempo que permanezca en su poder, el cual no debe superar 48 horas.	Cuando se requiere para algún trámite administrativo.	- Historia Clínica

ELABORADO POR:		REVISADO POR		APROBADO POR	
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS			
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

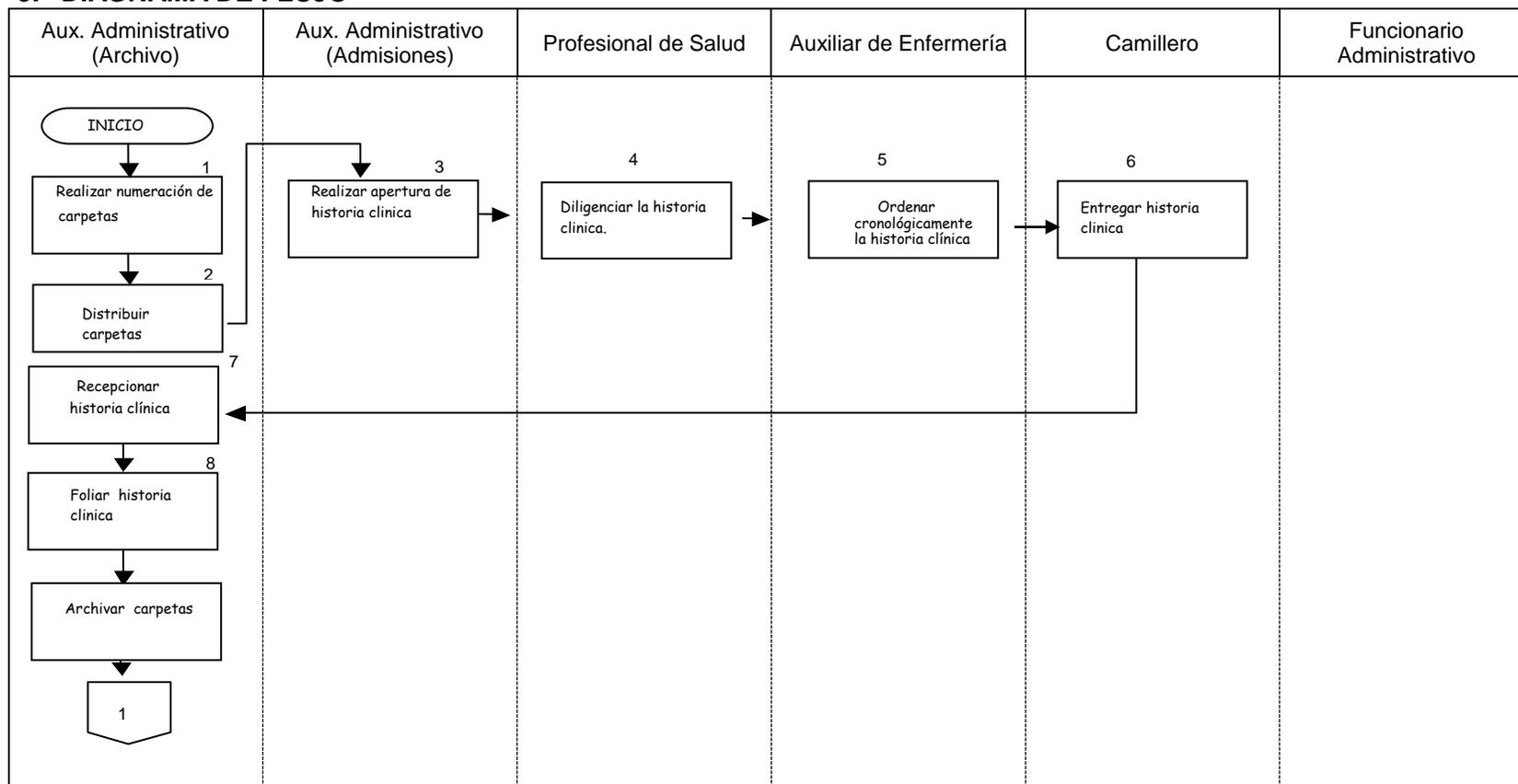
 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	MANEJO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	OCTUBRE DE 2008

No.	QUE HACER	DONDE	QUIEN LO HACE	COMO LO HACE	CUANDO LO HACE	RECURSO
19. ®	Devolver la historia clínica	Archivo	Funcionario administrativo	Entrega de historia clínica completa al auxiliar administrativo de archivo en un plazo no mayor a 48 horas. Recibe el formato de solicitud.	Una vez terminado el trámite administrativo.	- Historia clínica
20.	SI Custodiar la historia clínica en el Servicio.	Consulta Externa	Funcionario administrativo	Recibe y custodia la historia clínica.	Cada vez que solicite una historia clínica para la prestación del servicio.	- Historia Clínica
21. ®	Devolver la historia clínica	Archivo	Funcionario administrativo	Entrega de historia clínica completa al auxiliar administrativo de archivo en un plazo no mayor a 12 horas. Recibe el formato de solicitud.	Después de 12 horas de haberla solicitado o Antes si ya la ha desocupado.	- Historia Clínica
22.	NO Custodiar la historia clínica en el Servicio de Hospitalización	Servicios Asistenciales	Funcionario administrativo y/o asistencial	Recibe y custodia la historia clínica.	Cuando se requiere la historia clínica.	- Historia Clínica
23. ®	Devolver la historia clínica	Archivo	Auxiliar Administrativo (Archivo)	Recibe la historia clínica completa a la Enfermera Jefe ó auxiliar de Enfermería en un plazo no mayor a 48 horas.	Cuando la ha desocupado.	- Historia Clínica

ELABORADO POR:	REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:	Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	MANEJO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	OCTUBRE DE 2008

9. DIAGRAMA DE FLUJO



ELABORADO POR:		REVISADO POR		APROBADO POR	
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS			
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	MANEJO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA	OCTUBRE DE 2008



ELABORADO POR:		REVISADO POR		APROBADO POR	
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS			
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZACIÓN Y NUMERACION DE CARPETAS	OCTUBRE DE 2008

10. DOCUMENTOS GENERADOS

Historia clínica en medio físico y medio magnético.

11. PROCESOS INVOLUCRADOS

- Destrucción de historias clínicas digitalizadas

12. DETALLE DE RIESGOS

No.	RIESGO	PUNTO DE CONTROL	RESPONSABLE
3.	En el momento de la apertura, se realiza asignación de un nuevo número de historia clínica a un mismo usuario.	Verificar si el usuario tiene asignado un número de historia clínica antes de asignar uno nuevo.	Auxiliar Administrativo (Admisiones)
4.	Historia clínica digitada sin cumplir con los requisitos de la normatividad vigente y normatividad interna de la Institución.	Evaluación de registros clínicos.	Comité de Historias clínicas
5.	Historia clínica que no se organiza según la normatividad vigente.	Revisión del orden de la historia clínica antes de ser escaneada en el archivo.	Auxiliar Administrativo de archivo.
6.	No entregar todas las historias clínicas al archivo	Verificar que se entreguen las historias clínicas, según el libro de egresos del día anterior	Auxiliar Administrativo de archivo.

ELABORADO POR:	REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:	Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZACIÓN Y NUMERACION DE CARPETAS	OCTUBRE DE 2008

No.	RIESGO	PUNTO DE CONTROL	RESPONSABLE
9. 13.	No escanear todas las historias clínicas y no hacerlo de forma ordenada	Comprobar que se escaneen las historias clínicas de forma ordenada, que no se escaneen hojas en blanco y que se escaneen todos los folios.	Auxiliar Administrativo de archivo.
10. 14.	No hacer copias de seguridad	Evidenciar que se realicen copias de seguridad de las historias clínicas.	- Auxiliar Administrativo de archivo - Ingeniero de Sistemas.
17.	No dejar el formato de solicitud en el estante de la historia clínica en el momento de entregarla.	Confirmar que se deje el formato de solicitud de historia clínica.	Auxiliar Administrativo de archivo
19. 21. 23.	- No devolver la historia clínica en el tiempo estipulado. - No entregar el formato de solicitud en el momento que se devuelve la historia clínica.	- Informar al jefe inmediato del funcionario que devuelve de forma extemporánea la historia clínica para los correctivos necesarios. - Confirmar que se entregue el formato de solicitud de historia clínica.	- Auxiliar Administrativo de archivo - Funcionario que solicita la Historia clínica.

ELABORADO POR:	REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:	Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZACIÓN Y NUMERACION DE CARPETAS	OCTUBRE DE 2008

Anexo E. Procedimiento para la Organización y numeración de carpetas

1. OBJETIVOS

Garantizar la custodia y manejo de la Historia Clínica del usuario en la Institución, por el personal autorizado, cumpliendo así con la normatividad vigente.

2. RESPONSABLE

Coordinador Área estadística

3. DEFINICIONES

HISTORIA CLÍNICA PARA EFECTOS ARCHIVISTICOS: es el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y los 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.

ELABORADO POR:	REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:	Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZACIÓN Y NUMERACION DE CARPETAS	OCTUBRE DE 2008

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.

ELABORADO POR:		REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:		Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	PROCEDIMIENTO ARCHIVO DE DOCUMENTOS	OCTUBRE DE 2008

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

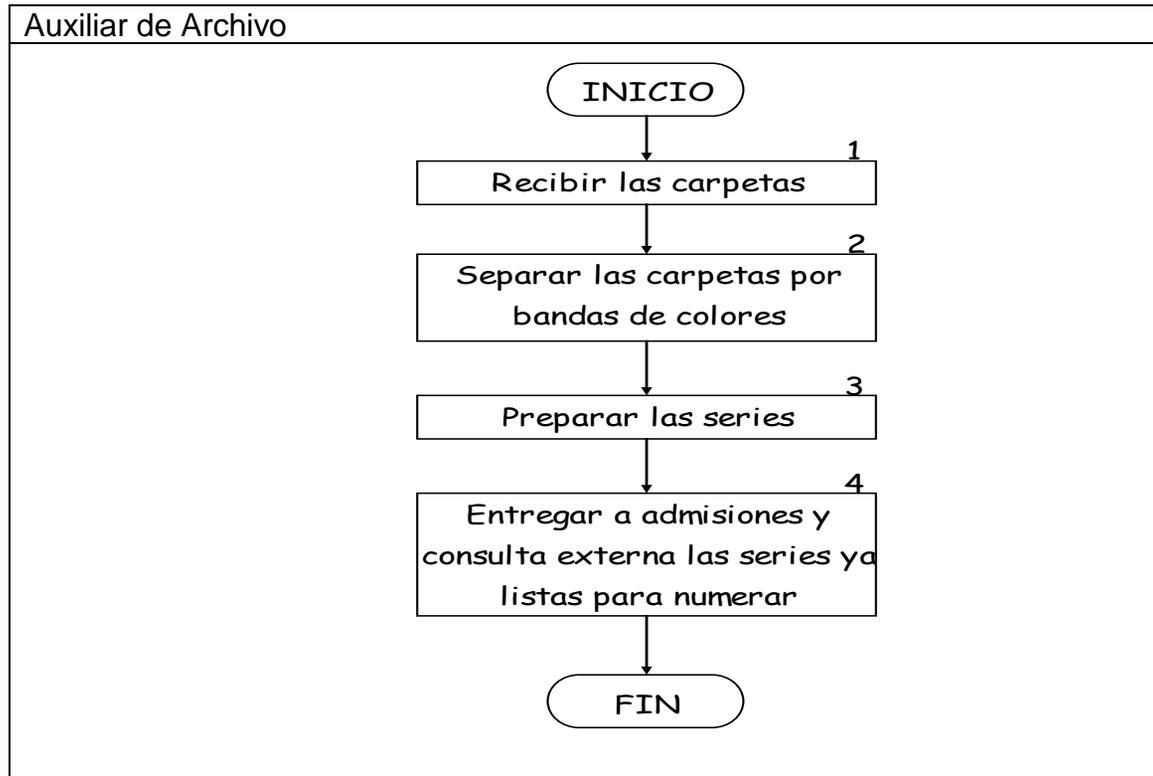
4. DETALLE DE ACTIVIDADES

No.	QUIEN LO HACE	COMO LO HACE
1.	Auxiliar de Archivo	Recibe las carpetas: revisando y verificando todas las carpetas solicitadas al almacén.
2.	Auxiliar de Archivo	Separa las carpetas por bandas de colores: Identificando los colores y el ancho de la banda.
3.	Auxiliar de Archivo	Prepara las series: Separando diez carpetas por cada color y diez por ancho de banda.
4.	Auxiliar de Archivo	Entrega a admisiones y consulta externa las series ya listas para numerar: Asignando a consulta externa y admisiones dos series armadas.

5. DIAGRAMA DE FLUJO

ELABORADO POR:	REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:	Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	PROCEDIMIENTO ARCHIVO DE DOCUMENTOS	OCTUBRE DE 2008



ELABORADO POR:		REVISADO POR		APROBADO POR	
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS			
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	PROCEDIMIENTO ARCHIVO DE DOCUMENTOS	OCTUBRE DE 2008

Anexo F. Procedimiento Archivo de Documentos

6. OBJETIVOS

Garantizar la custodia y manejo de la Historia Clínica esta directamente relacionada con la calidad de la atención:

- Garantizar la accesibilidad y recuperación de las historias clínicas en forma rápida para la atención médica e investigación.
- Resguardar la integridad de la documentación de las historias clínicas.
- Colaborar con la protección y confidencialidad de las historias clínicas.

7. RESPONSABLE

Coordinador de unidad funcional de estadística.

8. DEFINICIONES

HISTORIA CLÍNICA PARA EFECTOS ARCHIVISTICOS: 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 los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

ELABORADO POR:	REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:	COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:	Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	PROCEDIMIENTO ARCHIVO DE DOCUMENTOS	OCTUBRE DE 2008

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.

ELABORADO POR:		REVISADO POR		APROBADO POR	
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS			
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	PROCEDIMIENTO ARCHIVO DE DOCUMENTOS	OCTUBRE DE 2008

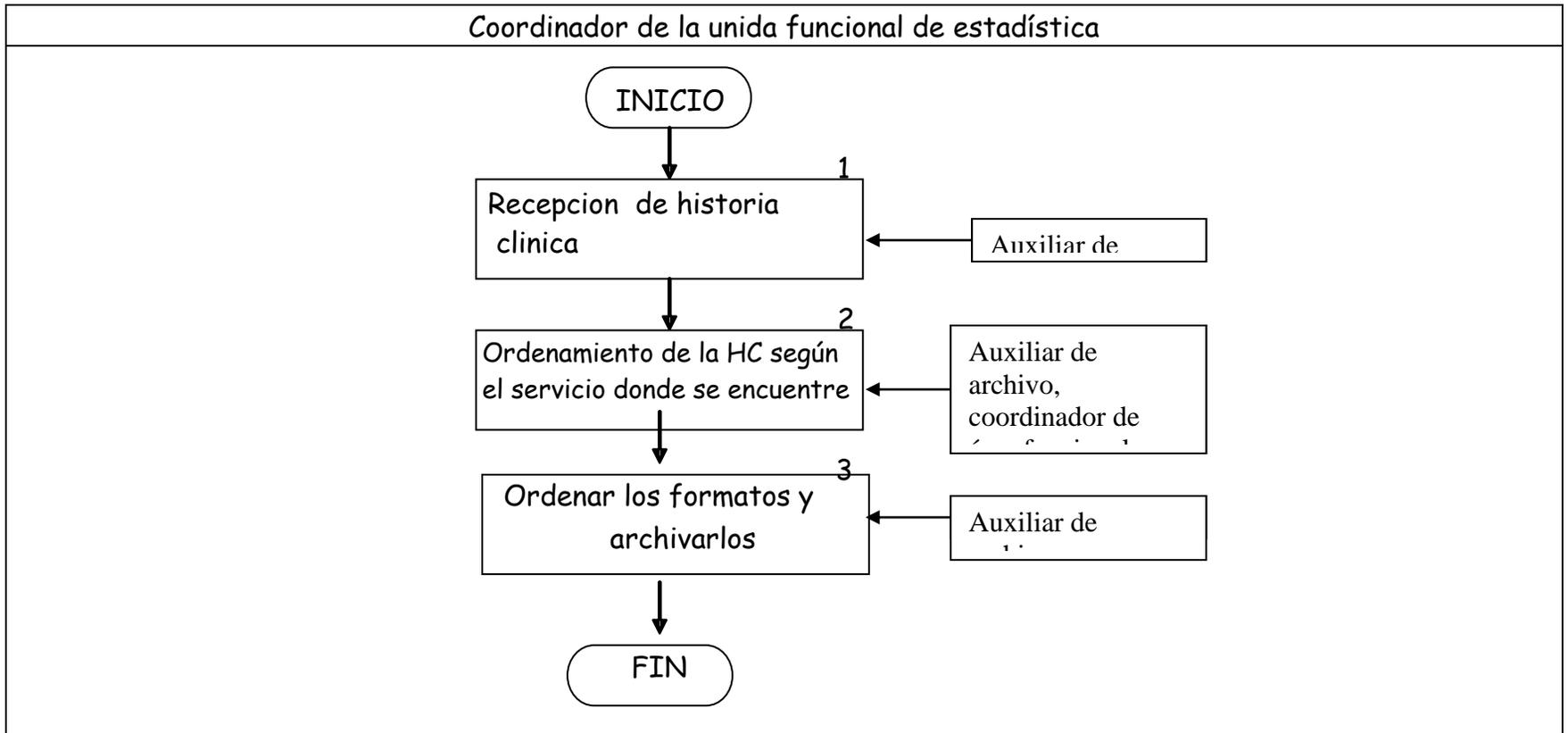
9. DETALLE DE ACTIVIDADES

No	ACTIVIDAD	QUIEN LO HACE	COMO LO HACE
5.	RECEPCION DE HISTORIA CLINICA	Auxiliar Archivo	<p>Comprobar a diario la recepción de las historias de los pacientes atendidos, verificando el número de historia con el nombre y el apellido en el libro de control, colocar el signo visto bueno a lado del nombre del paciente cuya historia fue recibida.</p> <p>Una Hc se recibe después de 24 horas de atendido el paciente sustituir el visto bueno por la fecha de recepción.</p>
6.	ORDENAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA	Auxiliar Archivo Coordinador de área y personal asistencial.	<p>Para el archivo la historia clínica se ordena para responder a las necesidades de atención médica posteriores, para los usos administrativos de investigación o docencia.</p> <p>Usualmente se estipula un ordenamiento distinto cuando la Hc está en los servicios que cuando está en el archivo.</p> <p>Ver anexo 1</p>

5. DIAGRAMA DE FLUJO

ELABORADO POR:		REVISADO POR		APROBADO POR	
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS			
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	PROCEDIMIENTO ARCHIVO DE DOCUMENTOS	OCTUBRE DE 2008



ELABORADO POR:		REVISADO POR		APROBADO POR	
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS			
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	PROCEDIMIENTO ARCHIVO DE DOCUMENTOS	OCTUBRE DE 2008

PROCESO GENERAL PARA EL ORDENAMIENTO

- Verificar la identificación del formulario (nombre del paciente y número de HC respectivo)
- Si el nombre del paciente y el número de la HC registrado en un formulario contiene algún error o esta sin datos de identificación, deben corregirse después de verificar el dato en otros formularios de la HC.
- Si en la Hc se encuentra algún formulario correspondiente a otro paciente incorporarlo a la historia clínica correspondiente
- Depurar la Hc extrayendo los formularios en blanco, los cuales se deben acumular en los lugares designados para almacenaje y pueden utilizarse en otra HC.
- Si estos formularios están identificados con el nombre del paciente, verificar si hacen falta para completar la historia en cuyo caso se dejan en el lugar correspondiente, de lo contrario se destruyen
- Antes de ubicar la HC en la carpeta respectiva, verificar que los Datos coincidan exactamente
- Compaginar los formularios de la HC por episodios de atención, separando las hospitalizaciones, los formularios de consulta externa o de atención de urgencias.
- Compaginar los ejemplares de un mismo formulario, ejemplo: Formulario de evolución, ordenes médicas, etc, colocarlos en orden cronológico.

ELABORADO POR:		REVISADO POR	APROBADO POR
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	
Fecha:		Fecha:	Fecha:

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	PROCEDIMIENTO ARCHIVO DE DOCUMENTOS	OCTUBRE DE 2008

ORDENAMIENTO QUE DEBE OBSERVAR EN LA HISTORIA CLINICA SEGÚN LOS INSTANTES EN QUE SE ENCUENTRA

ORDENAMIENTO PARA LA SALA

- Signos vitales
- Exámenes auxiliares de diagnostico
- Informes de otros exámenes auxiliares de diagnostico
- Ordenes medicas
- Notas de enfermería
- Evolución
- control y administración de medicamentos/Control y administración de soluciones endovenosas
- Historia clínica prenatal CLAP (Para casos de partos)
- Registro individual de prestaciones de salud (Recién nacido)
- Atención de urgencias
- Epicrisis y otros formularios que necesiten llenarse tan pronto el paciente sea atendido
- Remisión (solicitud)

ELABORADO POR:		REVISADO POR		APROBADO POR	
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS			
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	PROCEDIMIENTO ARCHIVO DE DOCUMENTOS	OCTUBRE DE 2008

ORDENAMIENTO PARA EL ARCHIVO

Una vez el paciente es atendido, debe ser ordenada antes de pasar al archivo así:

- Epicrisis
- Remisión (solicitud)
- Remisión (Respuesta)
- Atención de urgencias
- Historia clínica prenatal CLAP (Para casos de partos)
- Interconsultas
- Exámenes auxiliares de diagnostico
- Informe de otros exámenes auxiliares e diagnostico
- Evolución
- Notas de enfermería
- Ordenes médicas
- Control y administración de medicamentos/Control y administración de soluciones endovenosas
- Signos vitales
- Registro individual de prestaciones de salud (Recién nacido)

ORDENAMIENTO PARA CONSULTA EXTERNA

- Atención general
- Interconsultas

ELABORADO POR:		REVISADO POR		APROBADO POR	
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS			
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL VILLAGARZON	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	FECHA DE ELABORACION
	PROCEDIMIENTO ARCHIVO DE DOCUMENTOS	OCTUBRE DE 2008

- Historia Clínica prenatal CLAP(Para casos control de embarazo)
- Remisión (solicitud)
- Exámenes auxiliares de diagnostico
- Informe de otros exámenes auxiliares de diagnostico: citología
- Otros formularios
- Tratamiento odontológico

ORDENAMIENTO PARA URGENCIAS

- Inscripción admisión egreso
- Atención de urgencias
- Remisión (solicitud)
- Exámenes auxiliares de diagnostico
- Evolución
- Notas de enfermería
- Ordenes medicas
- Control y administración de medicamentos / control y administración de soluciones endovenosas.

ELABORADO POR:		REVISADO POR		APROBADO POR	
Unidad:		COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS			
Fecha:		Fecha:		Fecha:	