

**IMPLICACIONES DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL
PROCESO DE FACTURACIÓN DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA SAN JUAN
DE DIOS DE CARTAGENA, EN LOS MESES DE AGOSTO, SEPTIEMBRE Y
OCTUBRE DE 2010”.**



**LEISLIA MACOTT MARRUGO
KATTY DEL VALLE MEZA
JOAQUIN VASQUEZ VIANA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
POSTGRADO DE GESTION DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
Cartagena de Indias D.T. Y C 2012.**

IMPLICACIONES DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL PROCESO DE FACTURACIÓN DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS DE CARTAGENA, EN LOS MESES DE AGOSTO, SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 2010”.

**LEISLIA MACOTT MARRUGO
KATTY DEL VALLE MEZA
JOAQUIN VASQUEZ VIANA**

**Trabajo de grado para optar el título de
Especialista en Gestión de la Calidad y Auditoría en Salud**

Asesor:

**WILLIAM PEÑA DAZA
Magister en Administración en Salud
Pontificia Universidad Javeriana**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
POSTGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
Cartagena de Indias D.T. Y C 2012.**

Cartagena, Octubre de 2012.

Señores:

**Comité de Evaluación
Gestión de la Calidad en Auditoría en Salud
Universidad de Cartagena**

Cordial Saludo.

Por medio de la presente ponemos a su consideración para estudio y aprobación, el proyecto de grado titulado "Implicaciones del diligenciamiento de la historia clínica en el proceso de facturación de la Clínica Universitaria San Juan de Dios de Cartagena, en los meses de agosto, septiembre y octubre de 2010", como requisito para optar al título de **ESPECIALISTA EN GESTION DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD.**

Cordialmente,

LEISLIA MACOTT MARRUGO

KATTY DEL VALLE MEZA

JOAQUIN VASQUEZ VIANA

NOTA DE ACEPTACION

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

Cartagena, octubre de 2012

DEDICATORIA

Durante estos años de lucha constante, de gratas vivencias, de momentos de éxitos y dificultades para poder cumplir nuestros objetivos y así poder alcanzar uno de nuestros más grandes anhelos, culminar nuestra carrera, los deseos de superarnos eran tan grandes que logramos vencer todos los obstáculos y es por ello que debemos dedicar este triunfo a quienes en todo momento nos llenaron de amor y apoyo y por sobre todo nos brindaron su amistad.

A Dios todo poderoso por iluminarnos el camino a seguir y que siempre está con nosotros en todos los momentos difíciles.

A nuestros padres, esposos y esposa compartimos con ustedes este triunfo por que nos impulsaron para salir adelante, a nuestros hijos, motores impulsores en nuestro camino por la vida personal, familiar y profesional.

LEISLIA MACOTT MARRUGO

KATTY DEL VALLE MEZA

JOAQUIN VASQUEZ VIANA

AGRADECIMIENTOS

Primeramente damos infinitas gracias a Dios, por habernos dado fuerza y valor para terminar estos estudios de posgrados.

Agradecemos también la confianza y el apoyo de nuestros padres, hermanos y esposos (a), porque han contribuido positivamente para llevar a cabo esta meta.

A nuestro asesor **Dr. WILLIAN PEÑA DAZA** quien nos asesoró, con sus valiosos aportes, que nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

Al **Dr. JORGE LUIS CORREA ROSALES** director de La CLÍNICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS **(2009-2012)** por permitirnos realizar este trabajo de investigación.

Finalmente, agradecemos a nuestros compañeros de trabajo, que nos motivaron y apoyaron para llevar a cabo el proyecto.

LEISLIA MACOTT MARRUGO
KATTY DEL VALLE MEZA
JOAQUIN VASQUEZ VIANA

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	15
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GENERAL	16
2.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. JUSTIFICACIÓN	17
4. DELIMITACION DEL TEMA	19
4.1 DELIMITACIÓN DE ESPACIO.	19
4.2DELIMITACIÓN TEMPORAL	19
5. MARCO TEÓRICO	20
5.1 INTRODUCCION	20
5.2 MARCO HISTORICO (ANTECEDENTES HISTORICOS)	23
5.3 MARCO INSTITUCIONAL	24
5.4 MARCO JURIDICO	33
5.5 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	46
5.6 MARCO CONCEPTUAL	50
6. METODOLOGÍA	75
6.1 OBTENCION DE LA MUESTRA	75
6.1.1 Universo.	75
6.1.2 Población y muestra.	75
6.2 RECOLECCION DE DATOS	77
6.2.1 Datos para evaluación de la calidad de las historias clínicas.	77
6.2.2 Técnicas, instrumentos y fuentes de recolección de datos.	77
6.2.3 Plan de recolección, tabulación, análisis, conclusiones y recomendaciones de la información	78

6.3 DESARROLLO DE LA INVESTIGACION	81
7. GLOSARIO DE TERMINOS	103
CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Conocimiento de componentes de la historia clínica según la resolución 1995 de 1999	81
Tabla 2. Existen fallas en la calidad del diligenciamiento de la historia clínica en nuestra institución.	82
Tabla 3. Conoce las implicaciones del mal diligenciamiento de la Historia Clínica sobre la Facturación institucional	83
Tabla 4. Conocen los soportes que debe tener una Historia Clínica de un paciente hospitalizado.	84
Tabla 5. Conoce las características de la prescripción médica según Decreto 2200 de 2005.	85
Tabla 6. Conoce los contenidos mínimos de la formulación médica según Decreto 2200 de 2005.	86
Tabla 7. Percepción de problemas de diligenciamiento según encuestados	87
Tabla 8. Evaluación de calidad de diligenciamiento de historia clínica	89
Tabla 9. Causas de mal diligenciamiento	91
Tabla 10. Numero de facturas afectadas con glosas por calidad de diligenciamiento.	92
Tabla 11. Numero de facturas afectadas con glosas detalladas por calidad de diligenciamiento.	94
Tabla 12. Valor de facturas afectadas con glosas por calidad de Diligenciamiento	96
Tabla 13. Valor de facturas afectadas con glosas por calidad de diligenciamiento.	98
Tabla 14. Comparativo numero de glosas	100

Tabla 15. Valores glosados por fallas en calidad de diligenciamiento	101
--	-----

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Conocimiento de componentes de la historia clínica según la resolución 1995 de 1999	81
Grafica 2. Existen fallas en la calidad del diligenciamiento de la historia clínica en nuestra institución.	82
Grafica 3. Conocimiento de implicaciones del mal diligenciamiento de la historia clínica en la facturación de la IPS.	83
Grafica 4. Conocen los soportes que debe tener una historia clínica de un paciente hospitalizado	84
Grafica 5. Conoce las características de la prescripción médica según el decreto 2200 de 2005	85
Grafica 6. Conoce los contenidos mínimos de la formulación médica según el Decreto 2200 de 2005	86
Grafica 7. Problemas en diligenciamiento de las historias clínicas	88
Grafica 8. Evaluación de calidad de diligenciamiento de historia clínica	90
Grafica 9. Causas del mal diligenciamiento de la historia clínica	91
Grafica 10. Porcentaje de facturas glosadas según el motivo	93
Grafica 11. Numero de facturas afectadas con glosa por fallas en calidad de diligenciamiento	95
Grafica 12. Porcentaje de facturación con glosa según motivos	97
Grafica 13. Facturación afectada con glosa según motivo	99
Grafica 14. Porcentaje numero de glosas generadas según motivo	101
Grafica 15. Porcentaje participación de los motivos de glosa en la facturación glosada	102

INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica es un documento privado, confidencial, testimonio legal, de obligatorio diligenciamiento. Registro de la evolución de las condiciones orgánicas de las personas, indispensable para el ejercicio profesional de las Ciencias de la Salud.

El adecuado diligenciamiento de la historia clínica, ha ganado importancia en nuestros días por varios motivos, uno de ellos son las demandas, un recurso que los pacientes están aprendiendo a utilizar en algunos casos de manera justificada y en otros de manera oportunista buscando un beneficio económico; otro motivo es responder adecuadamente a las medidas de control que por normatividad legal realizan las IPS o EPS a sus profesionales prestadores del servicio.

Antes de 1999 nos embargaban dudas respecto al diligenciamiento de la historia clínica, las normas existentes hasta esa fecha decían lo que se debía hacer, pero no aclaraban el cómo, es decir, que se hablaba del fondo, pero sin especificidad acerca de la forma.

La Resolución No. 1995 del 08 de julio de 1999 llega como una norma que responde en forma bastante clara muchas de las preguntas que antes nos hacíamos con respecto al diligenciamiento de la historia clínica. La norma no solamente apunta hacia el diligenciamiento, sino que también define reglas para la administración, conservación, custodia y confidencialidad de la misma.

Los registros se deben hacer en forma secuencial, en el orden cronológico en que suceden las cosas, sin embargo, en la actualidad no solamente debemos registrar la fecha, sino también la hora de la atención.

Cuando la historia consta de más de un folio (hoja), éstos deben numerarse en forma consecutiva, teniendo en cuenta que también forman parte de la historia clínica los anexos, es decir, los documentos que sustentan nuestras decisiones en el ámbito legal, técnico, científico o administrativo.

Por ejemplo: consentimiento informado, declaración de retiro voluntario y reportes de ayudas diagnósticas.

En el caso de los exámenes de laboratorio y radiografías, la resolución mencionada nos concede potestad para delegar su custodia en el paciente mismo, siempre y cuando se escriban sus resultados en la historia. Para los estudios radiológicos, además debe dejarse constancia escrita, en la que el paciente firma al recibirlas, tras haber sido informado de la importancia de su conservación para análisis futuros.

El registro de la historia clínica no es ahora solamente una función del médico u odontólogo, sino de todo el equipo de salud que interviene en la atención del paciente, lo cual involucra al personal técnico y auxiliar que intervenga directamente en la atención, quienes tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas. A nivel institucional también involucra a los auditores. El acceso a la historia clínica, por parte de terceros requiere ineludiblemente de la autorización del paciente, (se entiende por terceros las personas no pertenecientes al grupo de autorizados), que son, además del equipo de salud, las autoridades judiciales y por supuesto, el paciente mismo tiene derecho al acceso a su propia historia clínica, pues ley lo define como su propietario, pero la responsabilidad de la custodia recae totalmente sobre la institución que lo atiende, o en el profesional en el caso de la consulta particular.

Los registros en la historia clínica deben hacerse en forma oportuna, es decir, inmediatamente se atiende al paciente y deben ser: claros, legibles, sin tachones, enmendaduras o intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas (algo que acostumbramos mucho los profesionales de la salud). Cada anotación debe terminar con el nombre completo y firma del autor de la misma. Las instituciones de salud deben tener diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.

Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.

En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.

Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El 19 de diciembre de 2006 en reunión con el señor ministro de la protección Dr. Diego Palacio, la señora viceministra Dra. Blanca Elvira Cajigas, el presidente del ISS Dr. Guillermo Quiche y el presidente de CAPRECOM Dr. Carlos Tadeo, por parte del Gobierno Nacional, y por parte de la orden hospitalaria el Hno. Carlos Mario Rendón, el Hno. Ángel Palmer Riveros, el Padre Luís Aldana, el Hno. Pedro Hernández, el Dr. Luís Eduardo Moreno y la Dra. María Paz Azula, se ratificó por parte del señor ministro, el apoyo e interés del Gobierno Nacional en que este nuevo modelo de administración de clínicas y hospitales públicos por entidades privadas sin ánimo de lucro, beneficie a comunidades en todo el país garantizando la continuidad de los servicios en salud a los más necesitados.

Hoy la clínica ha recibido una nueva identidad Fundación Clínica Universitaria San Juan de Dios – Cartagena, la cual es de carácter universitario, buscando apoyar la formación de profesionales en salud a través de programas de pre y post grado.

La FUNDACIÓN CLÍNICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, docente asistencial, con el carácter de fundación, de utilidad común, sin ánimo de lucro, dirigida canónicamente en la Arquidiócesis de Cartagena (Bolívar), donde tiene su domicilio, Bosque Transversal 54 N° **30 – 111**, dispone de un edificio de seis pisos con áreas para todos los servicios que ofrece.

La Fundación Clínica Universitaria San Juan De Dios es una entidad privada que cuenta con 328 camas hospitalarias , presta servicios en los tres niveles de atención y en los cuatro niveles de complejidad.

En un estudio efectuado en el mes de octubre de 2007, se encontró que el manejo de la historia clínica hospitalaria no es adecuado, la letra es ilegible, existen enmendaduras, no se identifica claramente el responsable de la atención, no hay coherencia, no tiene registrado o no está claro el motivo de consulta, no tienen diagnóstico, no tiene registrado o no está clara la evolución, el plan de tratamiento, no existen algunos anexos y soportes requeridos. Existen fallas en el acceso y manipulación de la historia clínica que es manejada por diferentes personas, existiendo de manera indiscriminada y permanente pérdida de soportes. Todo esto genera dificultades en el proceso de facturación, ante lo cual se plantean los siguientes interrogantes:

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

- ¿El diligenciamiento de la historia clínica hospitalaria de la Fundación Clínica Universitaria San Juan De Dios es de buena calidad?
- ¿Cuáles son las implicaciones del diligenciamiento inadecuado de la historia clínica en el proceso de facturación?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar las implicaciones del manejo de la historia clínica en el proceso de facturación, en la Clínica Universitaria San Juan De Dios de Cartagena durante los meses agosto, septiembre y octubre de 2010, con el fin de plantear estrategias de mejoramiento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los problemas de diligenciamiento relacionados con el manejo de la historia clínica, que inciden en la facturación.
2. Evaluar las causas por las cuales el personal que presta los servicios de salud en el área de hospitalización no diligencia la historia clínica adecuadamente.
3. Evaluar las causas de glosa en la clínica.
4. Analizar el impacto económico que genera el mal diligenciamiento de la historia clínica.

3. JUSTIFICACIÓN

El proceso de facturación es el medio o los lineamientos que utilizan las empresas o instituciones prestadoras de salud para determinar el valor de los servicios realizados de acuerdo a las actividades o procedimientos prestados a los usuarios, que deben estar adecuadamente consignados en la historia clínica con sus registros y anexos para que sirvan de soporte al presentar las cuentas de cobro a los diferentes clientes de las instituciones.

Cuando las historias clínicas no son manejadas en forma correcta se presentan dificultades para poder soportar todas las acciones realizadas siendo motivo de objeciones y/o glosas, por parte de los pagadores afectando negativamente la facturación de la clínica y disminuyendo a la capacidad de cobro efectivo por los servicios prestados.

En la Clínica San Juan de Dios de acuerdo a las auditorias internas del año 2007, se encontró un 75% de cumplimiento en el diligenciamiento de la historia clínica, afectando la facturación con un alto porcentaje de glosas, que representan una perdida apreciable para la organización, principalmente al hablar de flujo de efectivo.

Con la presente investigación se pretende analizar, verificar o negar la manera como incide el manejo de la historia clínica en el proceso de facturación de la institución. De la misma manera, con los resultados obtenidos se pueda realizar un plan de mejoramiento, con la participación de los actores del proceso, procurando disminuir los riesgos causados por el inadecuado manejo de la historia clínica, que afectan el proceso de facturación.

De acuerdo a las estadísticas institucionales obtenidas en el año 2007 en relación a glosas en las facturas presentadas a las aseguradoras, se encuentra que el 33,54% de las glosas corresponden a medicamentos no registrados por enfermería, el 2% se debe a laboratorios no soportados por el médico en la historia clínica, el 26 % se realizan por materiales sin soporte de utilización en historia clínica y un 19 % ocurren por estancias no pertinentes las cuales por hallazgos realizados en auditoría interna se detectó que la mitad de este último causal de glosa se debe a no justificación por parte del especialista en las historias clínicas de las razones por las cuales un paciente permanece hospitalizado.

A través de la realización de este estudio se pretende obtener una mejoría de la calidad del proceso de facturación a través del fortalecimiento del manejo de la historia clínica para hacerlo más efectivo, facturando sin contratiempos todos los servicios que se prestan de modo que permitan aumentar los recaudos y disminuir el porcentaje de glosas por mal diligenciamiento de historias clínicas, fortaleciendo un buen mecanismo de control de los procesos que influyen en la facturación, lo cual que permitiría prestar un mejor servicio a la comunidad, aumentando la accesibilidad de la población con infraestructura y dotación adecuada, con base a las inversiones que se puedan realizar al obtener una mayor liquidez para sostenibilidad de la organización. Para nosotros es de gran beneficio la realización de este estudio pues nos lleva a profundizar los conocimientos teóricos del postgrado y ponerlos en práctica en nuestro ambiente laboral habitual.

4. DELIMITACION DEL TEMA

El estudio se realizará durante los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2010.

4.1 DELIMITACIÓN DE ESPACIO.

La investigación se realizará en la Clínica Universitaria San Juan de Dios ubicada en la AV Bosque Transversal 54 # 30 – 111 de la ciudad de Cartagena de Indias, esta cuenta con una planta de personal de 1200 colaboradores distribuidos en las áreas administrativas y asistenciales.

4.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL

En este trabajo se tomó como periodo de estudio los meses de en los meses de agosto, septiembre y octubre de 2010”.

Con el objeto de evaluar las Implicaciones del diligenciamiento de la historia clínica en el proceso de facturación de la Clínica Universitaria San Juan de Dios de Cartagena, esta investigación consta de un diseño de la propuesta, presentación y aprobación de anteproyecto, desarrollo, definición de resultados, análisis y entrega de estudio.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 INTRODUCCION

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

Estado de Salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

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

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

Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historia 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 cinco 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.

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

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.

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cedula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número de registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número del pasaporte o cedula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad se utilizará el número de la cedula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de esta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

La HISTORIA CLINICA es el único documento válido para demostrar el tipo de atención médica que un paciente ha recibido, es fiel reflejo de la calidad de atención brindada por el médico y personal paramédico.

La historia clínica tiene un papel protagónico, fundamental y en ocasiones definitivo en los procesos de responsabilidad médica.

La historia clínica es la prueba fundamental de todos los procesos de responsabilidad por servicios de salud, de la cual se obtienen las bases para otros elementos probatorios como peritajes médico-legales, los comités AD HOC y los conceptos de los expertos.

La historia clínica tiene un gran valor jurídico en los casos de responsabilidad profesional médica al convertirse por orden judicial en una prueba material principal (prueba de primer orden), convertida en un medio de prueba válido para demostrar la verdad en el proceso. Este valor jurídico genera en el profesional de

la salud un compromiso mayor en su diligenciamiento adecuado porque se convierte en caso de reclamaciones en su mejor protección o en su más eficaz pieza condenatoria. Sin embargo vemos como hoy en día, a pesar que el profesional tiene pleno conocimiento de esta herramienta con alto valor jurídico cuya finalidad inicial es la asistencial y no la judicial puede convertirse en una defensa o en una amenaza, aun así algunos profesionales son renuentes a escribir todo lo que hacen durante la atención en salud que brindan a sus pacientes, bien sea por falta de tiempo, altos volúmenes de pacientes, falta de organización, delegación de la responsabilidad de escribir a los profesionales en formación o por simple desinterés.

Además de estos argumentos asistenciales y judiciales para el correcto diligenciamiento, existe uno administrativo cuyo impacto es mas de tipo económico, que a la postre desencadena una cascada de dificultades en el cobro de los servicios que se prestan a los usuarios de las diferentes entidades encargadas del pago. Es así como el mal diligenciamiento de la historia clínica genera consecuencias de tipo económico que en el presente trabajo esperamos medir.

5.2 MARCO HISTORICO (ANTECEDENTES HISTORICOS)

Las primeras Historias Clínicas conocidas son las de Hipócrates llamadas CATASTASIS, en las cuales se considera la totalidad del hombre, su ambiente y época de la vida. Podemos mencionar la etapa de los *CONSILIA*, historias clínicas medievales basadas en la observación de las estrellas y no en los síntomas de los pacientes, y la de las *OBSERVACIONES*, designación renacentista de la historia clínica, por la afición de la época a la observación de lo individual.

En el siglo XVII hay dos corrientes importantes, una de ellas considerada como la de la clínica pura, representada por Thomas Sydenham, muy cuidadoso de no

escribir sino sobre lo que era producto de una atenta observación, y otra representada por la medicina anatomo clínica.

En el siglo XVIII, las historias clínicas adquieren ya la estructura que hoy conocemos, y en el XIX, se apoyan en el desarrollo de la ciencia.

Actualmente, en la historia clínica se abordan dos aspectos, el psicosomático y el humanístico o antropológico.

Lo que sí es cierto, observando la evolución histórica, es que la historia clínica es el resultado de la comunicación que se establece entre el médico y el paciente, lo que exige una especial sintonía y comprensión que redundará, en definitiva, en beneficio del paciente.

5.3 MARCO INSTITUCIONAL

NATURALEZA JURIDICA: LA CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, docente asistencial, con el carácter de fundación, de utilidad común, sin ánimo de lucro, erigida canónicamente en la Arquidiócesis de Cartagena (Bolívar), donde tiene su domicilio, de inspiración cristiana y católica promovida principalmente para la prestación del servicio público de salud con gestión privada de interés social, constituida por el Hospital Universitario clínica San Rafael, institución que a su vez fue creada por la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios (Provincia de Nuestra Señora del Buen Consejo), con capacidad legal para ser sujeto de derechos y obligaciones conforme a sus estatutos, sus propias constituciones, fundamentos de la iglesia y el Ordenamiento positivo Colombiano.

OBJETIVO: LA CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS, tiene como objeto la prestación de los servicios de salud, como un servicio público con

gestión privada de interés social; en desarrollo de este objeto, podrá prestar servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.

RESEÑA HISTORICA: La orden hospitalaria inició conversaciones con el gobierno nacional colombiano a fin de participar en uno de los más importantes proyectos sociales: La Administración de la Clínica Henríque de la Vega en la ciudad de Cartagena. El objetivo fundamental de esta obra es la de brindar atención en salud con óptimos estándares de calidad y humanización a la población del departamento de Bolívar y el de los departamentos vecinos.

Para la Orden Hospitalaria regresar a Cartagena tiene un importante significado; al recuperar la puerta de entrada de su fundador en América, hace que el carisma y la hospitalidad de San Juan de Dios beneficien a los más necesitados.

Esta obra se convierte para los cartageneros en un proyecto que busca mostrar al país el modelo de gestión clínica, en el cual se involucran elementos de la acción médica y la integración de labor administrativa a fin de garantizar la integralidad de la atención como un todo en el proceso, interactuando de manera conjunta e involucrando los elementos básicos del sistema integral de calidad en salud; además de brindar una atención en salud apoyada en los criterios de calidad, es fundamental enfatizar el desarrollo de los aspectos y atributos que contribuyen a generar en la comunidad hospitalaria, la cultura de la atención humanizada.

El 19 de diciembre de 2006 en reunión con el señor ministro de la protección Dr. Diego Palacio, la señora viceministra Dra. Blanca Elvira Cajigas, el presidente del ISS Dr. Guillermo Quiche y el presidente de CAPRECOM Dr. Carlos Tadeo, por parte del Gobierno Nacional, y por parte de la orden hospitalaria el Hno. Carlos Mario Rendón, el Hno. Angelo Palmer Riveros, el Padre Luís Aldana, el Hno. Pedro Hernández, el Dr. Luís Eduardo Moreno y la Dra María Paz Azula, se

ratificó por parte del señor ministro, el apoyo e interés del Gobierno Nacional en que este nuevo modelo de administración de clínicas y hospitales públicos por entidades privadas sin ánimo de lucro, beneficie a comunidades en todo el país garantizando la continuidad de los servicios en salud a los más necesitados.

Hoy la Clínica ha recibido una nueva identidad Clínica Universitaria San Juan de Dios – Cartagena, la cual será de carácter universitario, buscando apoyar la formación de profesionales en salud a través de programas de pre y post grado, siendo centro de educación por excelencia, haciendo que uno de los objetivos de la carta de identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se desarrolle y ofrezca al país un escenario de formación continua.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios cuenta con un conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud que trabajan en forma articulada y conjunta para brindar atención oportuna, integral, continua, segura, suficiente, pertinente y digna, optimizando la utilización de los recursos disponibles para tal fin.

La Clínica Universitaria San Juan de Dios es una institución de III nivel de atención que fue constituida el 19 de diciembre de 2007, como respuesta a las necesidades de atención a los asegurados de la EPS Seguro Social y demás población cartagenera. La operación de la Clínica bajo el nuevo modelo de gestión inició con 177 camas, con un porcentaje ocupacional entre el 70 y el 75%.

POLÍTICA DE CALIDAD

La Política de Calidad de La Fundación Clínica Universitaria San Juan de Dios es Mantener un alto índice de satisfacción del usuario fundamentado en la idoneidad del talento humano y la celeridad en la prestación de los servicios a través de una gestión efectiva, el análisis permanente de los diferentes resultados, y el

mejoramiento continuo. Basados en las características de calidad, garantizando la seguridad del paciente. Enmarcados en un Trato humanizado, motivación por el mejoramiento continuo, vocación por servir al enfermo, fortalecimiento de proyectos de vida; Acogida y Respeto, Solidaridad, Hospitalidad, profesionalismo, a todo ser humano.

Propendiendo por una cultura de autocontrol, con el compromiso de todos los colaboradores a tomar las mejores decisiones y así alcanzar los objetivos de la institución y del modelo de salud.

VALORES

- **HOSPITALIDAD:** Es nuestro valor central, que se expresa y se concentra en los cuatro valores guía, es decir; Calidad, Respeto, Responsabilidad y Espiritualidad.
- **CALIDAD:** Excelencia, profesionalidad, atención holística, conciencia de las nuevas necesidades, modelo de unión con nuestros colaboradores, modelo de atención Juandiana, arquitectura y decorados acogedores, colaboración con terceros.
- **RESPECTO:** Respeto por el prójimo, humanización, dimensión humana, responsabilidad recíproca para con los Colaboradores y Hermanos, comprensión, visión holística, promoción de la justicia social, derechos civiles y humanos, implicación de los familiares.
- **RESPONSABILIDAD:** Fidelidad a los ideales de San Juan de Dios y de la Orden, ética (bioética, ética social, ética de gestión) protección del medio ambiente, responsabilidad social (para los europeos: la Unión Europea), sostenibilidad, justicia, justa distribución de los recursos.

- **ESPIRITUALIDAD:** Pastoral de la salud, evangelización, ofrecer atención espiritual a los miembros de otras religiones, ecumenismo, colaboración con parroquias, diócesis, otras confesiones religiosas.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- **Calidad:** Prestamos servicios de salud oportunos, pertinentes, seguros para evitar eventos adversos e integrales.
- **Investigación:** Generamos conocimiento al momento que prestamos servicios de atención en salud sin afectar la calidad y respetando los principios de la bioética.
- **Liderazgo:** Motivamos con el ejemplo para el cumplimiento de nuestra misión.
- **Eficiencia:** Los recursos son invertidos buscando brindar los mejores servicios al menor costo posible.
- **Eficacia:** Logramos nuestros resultados con eficiencia y calidad.
- **Seguridad:** Podemos entender como seguridad una característica de cualquiera que nos indica que ese sistema está libre de todo peligro, daño o riesgo, y que es, en cierta manera, infalible. Libertad de lesiones accidentales; asegurar la seguridad de los pacientes involucra el establecimiento de sistemas operativos y procesos que minimicen la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran.
- **Humanización.** Humanizar el campo de la salud, potenciando la convivencia humana con gestos y actitudes de solidaridad, justicia y ética.
- **Hospitalidad.** Practicar la hospitalidad con todas las personas sin distinción de clase, raza, sexo e ideología.

- **Excelencia.** Los profesionales de la salud que se vinculen a la Fundación, así como los profesionales del área administrativa, deberán contar con una sólida formación ética, humanística y científica, con un máximo sentido de responsabilidad.

MISION

La Fundación Clínica Universitaria San Juan de Dios, brinda servicios de salud a la comunidad con calidad y atención integral, basados en el desarrollo tecnológico e investigativo, talento humano cualificado y humanizado participando en el proceso de formación del futuro profesional de la salud, fundamentados en los principios de la Iglesia Católica y los valores de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

VISION

Nosotros, la Fundación Clínica Universitaria San Juan de Dios, seremos para el 2015 una institución acreditada y reconocida a nivel nacional e internacional por la prestación de servicios y programas de salud, enfocados en el desarrollo de la docencia e investigación, con tecnología de vanguardia y talento humano competente y formado en los valores de la Orden Hospitalaria

CONVENIOS

La Clínica Universitaria San Juan de Dios posee convenios con entidades prestadoras de salud que buscan brindar servicios de alta calidad buscando siempre el bienestar y la comodidad de los pacientes.

Los convenios con los que cuenta son los siguientes:

- Colmédicas.
- Nueva Eps
- Salud Total
- Goldem Group.
- Comfamiliar EPS.
- Multimédica.
- Clínica Las Peñitas.
- Medicina Integral.

- La Equidad ARP.
- ARP Positiva.
- Ambuq.
- Instituto de Cancerología de Sucre.
- Caja de Previsión de la Univ. de Cartagena.
- Sena.
- Panamerica Medicina Prepagada.
- Liberty Medicina Prepagada.
- EPS Sanitas.
- Mutual ser
- Caprecom

PORTAFOLIO DE SERVICIOS

CONSULTA EXTERNA		
ANESTESIA	OFTALMOLOGÍA	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA
CARDIOLOGÍA	ONCOLOGÍA CLÍNICA	CIRUGÍA VASCULAR
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	OPTOMETRÍA	CIRUGÍA ONCOLÓGICA
CIRUGIA GENERAL	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA
CIRUGÍA NEUROLÓGICA	OTORRINOLARINGOLOGÍA	COLOPROCTOLOGÍA
DERMATOLOGÍA	PATOLOGÍA	ELECTROFISIOLOGÍA, MARCAPASOS Y ARRIMIAS CARDÍACAS
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	PEDIATRÍA	GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA
ENDOCRINOLOGÍA	PSICOLOGIA	HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA CLÍNICA
ENFERMERÍA	PSIQUIATRÍA	NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
FISIOTERAPIA	REUMATOLOGÍA	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE	SALUD OCUPACIONAL	NEUROCIRUGÍA

GASTROENTEROLOGIA	TERAPIA OCUPACIONAL	NEUROPEDIATRÍA
GERIATRIA	UROLOGÍA	ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
GINECOBSTETRICIA	CONSULTA PRIORITARIA	ORTOPEDIA INFANTIL
HEMATOLOGÍA	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	ORTOPEDIA ONCOLÓGICA
INFECTOLOGÍA	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	NEFROLOGIA
MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	CIRUGÍA DE MANO	NEUMOLOGIA
MEDICINA GENERAL	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	NEUROLOGIA
MEDICINA INTERNA	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	NUTRICION Y DIETETICA
CIRUGÍA DE TÓRAX	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA
CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA		

URGENCIAS
Servicios de Urgencias

SERVICIOS HOSPITALARIOS	
GENERAL ADULTOS	OBSTETRICIA
GENERAL PEDIÁTRICA	HOSPITALIZACION DIA
CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	HOSPITALIZACION DOMICLIARIA
CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	

SERVICIOS QUIRURGICOS	
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	CIRUGIA UROLOGICA
CIRUGIA GENERAL	OTRAS CIRUGIAS
CIRUGIA GINECOLOGICA	IMPLANTE DE TEJIDO OSEO
CIRUGIA MAXILOFACIAL	OTROS IMPLANTES Y TRANSPLANTES
CIRUGIA NEUROLÓGICA	CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA
CIRUGIA ORTOPEDICA	IMPLANTE DE VÁLVULAS CARDÍACAS
CIRUGIA OFTALMOLOGICA	CIRUGÍA DE LA MANO
CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS
CIRUGIA ONCOLOGICA	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA
CIRUGIA ORAL	CIRUGÍA DE TÓRAX
CIRUGIA PLASTICA Y ESTÉTICA	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL
CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA	

APOYO DIGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	TRANSFUSIÓN SANGUINEA
NEFROLOGÍA - DIÁLISIS RENAL	SERVICIO FARMACÉUTICO
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	TOMA DE MUESTRAS CITOLÓGÍAS CERVICO-UTERINAS
NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCOSCOPIA	LABORATORIO DE PATOLOGÍA
HEMODINAMIA	ULTRASONIDO
LABORATORIO CLINICO	ESTERILIZACIÓN
UROLOGÍA - LITOTRIPSIA UROLOGICA	UROLOGÍA PROCEDIMIENTO
ONCOLOGÍA CLÍNICA	ELECTRODIAGNÓSTICO
RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST.	NEUMOLOGÍA LABORATORIO FUNCIÓN PULMONAR
TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLINICO	ECOCARDIOGRAFÍA

Promoción en Salud	Vacunación.
--------------------	-------------

NUEVOS SERVICIOS	
Cirugía Bariatica	Hemodinámica.

OTROS SERVICIOS	
SALA DE YESO	
SALA DE REANIMACIÓN	
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	

Transporte Especial de Pacientes	
TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	

5.4 MARCO JURIDICO

CONSTITUCION NACIONAL: Art. 15 Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar, rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas. En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetaran la libertad y demás garantías consagradas en la constitución.

La correspondencia y demás formas de comunicación privada son inviolables. Solo pueden ser interceptadas o registradas mediante orden judicial, en los casos y con las formalidades que establezca la ley.

LEY 23 DE 1981: Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Los Art 33,34 y 35 regulan los archivos de historias clínicas.

LEY 80 DE 1989: Por la cual se crea el Archivo General de la Nación y se dictan otras disposiciones. Art 2, e. Promover la organización y fortalecimiento de los archivos del orden nacional, departamental, intendencial, comisarial, municipal y distrital para garantizar la eficacia de la gestión del Estado y la conservación del patrimonio documental, así como apoyar a los archivos privados que revistan especial importancia cultural o histórica;

LEY 10 DE 1990: Art. 8, Corresponde al Ministerio de Salud formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.

LEY 100 DE 1993: Art. 173, faculta al Ministerio de salud para dictar normas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento de todas las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud del sistema general de seguridad social en salud y las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

DECRETO NÚMERO 1011 DE 3 ABRIL 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 7°.- CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema

Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social. Los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; **Historia Clínica y Registros Asistenciales**; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud.

ACUERDO 011 DE 1996: Por el cual se establecen criterios de conservación y organización de documentos.

RESOLUCION 1995 DE 1999:

Establece las normas de manejo de la historia clínica.

CAPITULO I.

DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1. Definiciones

- a) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente...Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.
- b) Estado de Salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

- c) Equipo de Salud: Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de calidad del servicio brindado.
- d) Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.
- e) 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.
- f) 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 cinco años desde la última atención.
- g) Archivo Histórico: Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

ARTICULO 2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

ARTICULO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Las características básicas son:

Integralidad: la historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud de las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus

aspectos biológicos, psicológicos y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitario.

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.

ARTICULO 4. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO

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

CAPITULO II

DILIGENCIAMIENTO

ARTICULO 5.GENERALIDADES

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar al fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma

ARTICULO 6. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica .

A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el numero de la cedula de ciudadanía para los mayores de edad; el numero de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el numero de registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número del pasaporte o cedula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad se utilizará el numero de la cedula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de esta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al numero de orden del menor en el grupo familiar.

PARÁGRAFO PRIMERO. Mientras se cumpla el plazo en mención, los prestadores de servicios de salud deben iniciar el proceso de adecuación correspondiente a lo ordenado en el presente artículo.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber

en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha a sido entregada.

ARTICULO 7. NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA.

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

ARTICULO 8. COMPONENTES

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

ARTICULO 9. 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.

ARTICULO 10. REGISTROS ESPECIFICOS

Registro específico 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 de 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 20 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la practica de las disciplinas del área de la salud.

PARÁGRAFO PRIMERO. Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos de los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que correspondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

ARTICULO 11. ANEXOS

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

PARÁGRAFO PRIMERO. Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

PARÁGRAFO SEGUNDO. A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnosticas, los reportes de interpretación

de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con firma del paciente.

PARÁGRAFO TERCERO. Los archivos de imágenes diagnósticas que hasta la fecha existen en las instituciones Prestadoras de Servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en el artículo 15 de la presente resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.

PARÁGRAFO CUARTO. En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando existiere esta constancia firmada por el usuario será este último el responsable de la conservación de las mismas.

CAPITULO III

ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

ARTICULO 12. OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO

Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardándolos principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

ARTICULO 13. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia

clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos en las disposiciones legales vigentes.

PARÁGRAFO PRIMERO. Del traslado entre prestadores de servicios salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritos por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

PARÁGRAFO SEGUNDO. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copias al prestador a cargo de los mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

PARÁGRAFO TERCERO. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentre la historia clínica .

ARTICULO 14. ACCESO A LA HISTORIA CLINICA.

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

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

PARÁGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la Ley resulten procedente, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

ARTICULO 15. RETENCION Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.

La historia clínica debe conservarse por un período mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo 5 años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo 15 años en el archivo central.

Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

ARTICULO 16. SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS.

El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

ARTICULO 17. CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA.

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

ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadores y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Los programas autorizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la Historia Clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla Y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezcan con exactitud quien realizó los registros la hora y fecha del registro.

CAPITULO IV COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

ARTICULO 19. DEFINICIÓN.

Defínase el Comité de Historias Clínicas como el conjunto de personas que al anterior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar

por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la Historia Clínica.

Dicho Comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los Comités existentes en la Institución.

PARÁGRAFO. El Comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones se levantarán actas con copia a la Dirección de la Institución.

ARTICULO 20. FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

- a) Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b) Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del prestador, incluida la historia clínica.
- c) Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- d) Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

ARTICULO 21. SANCIONES.

Los prestadores de Servicios de Salud que incumplan lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

5.5 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

1. Trabajo investigativo cuyo tema es: **Evaluación de calidad de las historias clínicas de consulta externa de la IPS Santa Lucia de la ciudad de Cartagena** en El período comprendido entre El 1 de Mayo AL 31 de Julio de 2009, realizado en el 2010.

El objetivo general de este trabajo era evaluar la calidad de las historias clínicas de la consulta externa de medicina general en la IPS Santa Lucia de la Ciudad de Cartagena en el período comprendido entre el 1 de Mayo al 31 de Julio de 2009.

Las conclusiones de este trabajo fueron las siguientes:

- Se encontraron deficiencias en el diligenciamiento en relación a los campos de los antecedentes personales y familiares, el registro de los campos de interpretación de exámenes de laboratorio, ayudas diagnósticas y en cuanto a las recomendaciones.
- Se evidenciaron falencias en el funcionamiento del comité de historias clínicas.
- Se encontraron fortalezas en cuanto al diligenciamiento de las historias clínicas por el cumplimiento de requisitos como motivo de consulta, enfermedad actual, diagnóstico y tratamiento del paciente.
- Consideran necesario intensificar la concientización al personal médico de consulta externa respecto a la importancia de la historia clínica como instrumento básico para lograr una correcta atención en salud.

2. Tesis **“Evaluación De La Calidad De Las Historias Clínicas En La UBA Coomeva Cabecera, Universidad CES de Medellín, año 2008”**, cuyos autores fueron Ricardo Gómez Gutiérrez y Marta Yanet Gonzales León.

Sus objetivos específicos fueron:

- Diseñar un instrumento de evaluación integral ajustado a unas condiciones de calidad, normatividad, y estructura.
- Describir la metodología para identificar las falencias en el registro de datos que conllevan a una mala calidad en el diligenciamiento de la historia clínica.

-Aplicar el instrumento a una muestra previamente seleccionada de historias clínicas y registros asistenciales correspondientes a los servicios de consulta externa de medicina, que incluye el programa de Promoción y Prevención, en el periodo correspondiente del primero de julio al 31 de diciembre del 2007.

Sus conclusiones fueron:

En la auditoría realizada de las historias clínicas se encontraron deficiencias en cuanto a estructura, pertinencia y cumplimiento de la normatividad tanto de la historia clínica como en el diligenciamiento de los registros asistenciales, lo cual se traduce en una deficiente visión y análisis integral del paciente que permita identificar el problema que aqueja su salud y plantear soluciones oportunas que conduzcan a la satisfacción del usuario y a su vez optimizando recursos, adicionalmente se encontraron falencias en la estructura de la historia clínica, específicamente en el registro de datos.

3.Tesis Doctoral: “Validación De Un Modelo Para Medir La Calidad Asistencial en los Hospitales, Universidad UCA, Cádiz, Enero 2007”, cuyo autor fue Emilio Ignacio García y sus directores fueron los doctores José Almenara Barrios y Manuel Galán Vallejo. Su objetivo general fue: Diseñar una herramienta para la evaluación de la calidad total en los servicios hospitalarios.

Sus objetivos específicos fueron:

- Realizar una revisión crítica bibliográfica de los diferentes modelos de evaluación de la calidad diseñada para el sector sanitario.
- Construir los indicadores que compondrán el modelo y confeccionar y priorizar los estándares más relevantes para la evaluación de la actividad de los centros hospitalarios, que constituyan los elementos fundamentales de la herramienta a elaborar.
- Estudiar la viabilidad del instrumento diseñado tomando como base la estructura de evaluación que propone el modelo europeo de excelencia organizacional.
- Validar y comprobar la fiabilidad de la herramienta diseñada.

-Proponer el elemento elaborado a la comunidad científica como instrumento sistemático para medir patrones generales de calidad en los hospitales.

Sus conclusiones generales fueron:

-La estructura de nueve criterios, base del modelo original de la EFQM, es un marco de trabajo oportuno y válido para abordar estrategias de calidad en los centros sanitarios ya que sobre ellos se pueden agrupar todos los elementos relacionados de la gestión de la calidad en una organización. La priorización de diferentes indicadores de calidad entorno a los nueve elementos del modelo representa una forma válida y sencilla de abordar las principales áreas a tener en cuenta para mejorar la calidad en los centros sanitarios.

-La confección del modelo que proponemos, basado en la experiencia y conocimiento de gestores, pacientes y profesionales es una excelente forma de identificar aspectos claves en la calidad de los centros y sirve para implicar a los profesionales en este tipo de abordajes.

-La utilización de un formato estructurado para la elaboración de los indicadores que componen el modelo es uno de los aspectos fundamentales para que las mediciones se realicen con validez y fiabilidad. Todos los indicadores propuestos están orientados a la mejora, son fácilmente interpretables, pueden ser medidos sin grandes recursos y no necesitan excesivos esfuerzos para la recolección de los datos.

-La propuesta de indicadores claves, es decir, la mortalidad intrahospitalaria, frecuencia de cesáreas, reingresos no programados, reintervenciones quirúrgicas, reingresos, estancia media, infecciones nosocomiales, etc., concuerdan con la propuesta de indicadores de calidad que para los hospitales realizan las agencias de calidad más prestigiosas del mundo.

-Los indicadores de calidad del modelo, sobre todo los relacionados con la calidad de las historias clínicas, calidad de la información, reingresos, estancias medias, indicadores de gastos, mortalidad, infecciones nosocomiales, lesiones por presión y suspensión de intervenciones quirúrgicas, entre otros.

4. HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL NACIONAL; SATISFACCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD Y PACIENTES. cuyo autor fue Walter H. Curioso 1, José A. Saldías 2, Roberto Zambrano J.3

La percepción que tienen los pacientes sobre el uso por parte del personal de salud hacia las Historias clínicas electrónicas concuerda con otros estudios publicados. Wager KA et al 14 en estudios de grupos de médicos ("focus groups") reporta un buen grado de satisfacción incluso menciona que muchos pacientes también creen que los médicos que usan Historias clínicas electrónicas son modernos y actualizados. Incluso trabajos como los de Tang PC y Newcomb C refiere que algunos pacientes se sienten más satisfechos con médicos que usan HCE.

El aspecto de seguridad de la información es un tema importante en las HCE. En el presente estudio, casi un tercio de los pacientes piensa que información confidencial podría verse afectada en las HCE. En una encuesta realizada en 1997 en Estados Unidos por "Louis Harris & Associates" 75% de los encuestados refirieron temor a que la información vertida en una HCE podría ser usada para otros propósitos.

En nuestro caso, las claves o passwords del sistema, dan la seguridad al usuario de la inviolabilidad de la información que está ingresando, al margen de ello existe los sistemas de auditoría informática, los cuales controlan a los usuarios que ingresaron desde cada terminal en red, con la fecha y hora de acceso.

La interacción del paciente con las HCE y el uso de correo electrónico paralelamente, tienen el potencial de reducir la frecuencia de las visitas al consultorio y mejorar algunos desenlaces en salud. Sin embargo, un tema de estudio es si la interacción vía telemedicina reemplazará los encuentros clínicos, con el consecuente deterioro de la relación médico paciente.

Todavía es muy bajo la cantidad de médicos en todo el mundo, que utiliza la informática, y en particular las historias clínicas electrónicas, en parte porque aun no han adquirido la capacitación necesaria y en parte porque éste cambio les parece muy complicado.

5.6 MARCO CONCEPTUAL

DEFINICIONES

a. La Historia Clínica: Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. ¹

b. Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

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

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

¹ Resolución 1995, Ministerio de salud, del 8 de julio de 1999.

e. 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 tres años siguientes a la última atención.

f. 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 siete años desde la última atención.

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

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.

Con el fin de establecer las normas para el manejo de la historia clínica, el ministerio de protección social creó la Resolución 1995 de 1999, en la cual queda explícito la conceptualización de “La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”. (Cap. 1 Art. 1)

OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución. (Cap.1 Art 4)

GENERALIDADES ACERCA DEL DILIGENCIAMIENTO

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

COMPONENTES.

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.

Registro específico 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.

Cada institución podrá definir los datos adicionales en la Historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de

registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

ANEXOS.

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

Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

En los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

Los archivos de imágenes diagnósticas que hasta la fecha existen en las Instituciones prestadoras de servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en la presente resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.

En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando existiere esta

constancia firmada por el usuario, será este último el responsable de la conservación de las mismas. (Cap. 2 Art 5-11)

AUDITORIA

Con el ánimo de realizar una evaluación sistemática e independiente de la prestación de los servicios recibidos en las IPS en términos de satisfacción de los estándares y requerimientos establecidos por los entes reguladores y por las Entidades contratantes y verificar si éstos se han implementado efectivamente o si son adecuados para el logro de los objetivos propuestos, nace el Proceso de auditoría, según el cual existen diferentes tipos de acuerdo la actividad que se ejecuta.

TIPOS DE AUDITORÍA

-Auditoría Médica Concurrente: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación de los procesos y procedimientos que el paciente requiere durante su estancia hospitalaria, de modo que se tenga la objeción de forma temprana para lograr la corrección y la adecuada prestación del servicio, cumpliendo con estándares de calidad y eficiencia dentro de la Entidad prestadora del servicio de salud. Por lo tanto la Auditoría Médica Concurrente implica la evaluación diaria del paciente y sus procesos y procedimientos en cuanto a pertinencia, oportunidad, suficiencia y valor diagnóstico y terapéutico que ellos implican.

-Auditoría de Cuentas Médicas: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de los procedimientos y su correcto cobro a las entidades contratantes y la auditoría de cuentas y respuesta de **glosas** y objeciones de las IPS. La respuesta de **glosas** y objeciones implica la revisión y el acuerdo a que se debe llegar en caso que sea necesario con la empresa contratante y contratista, acerca de la prestación de servicios diagnósticos o terapéuticos durante el tiempo de manejo del paciente en la Institución.

GLOSA: Es una objeción que se formula al encontrar inconsistencias en la revisión de la cuenta en la cual se utiliza como soporte la historia clínica con sus anexos. En términos generales se definen tres tipos de glosas: Médica, Técnica y Administrativa

GLOSA MÉDICA: Es aquella que se genera partiendo de un análisis de aspectos técnico-científicos según criterios de auditoría médica que pueden ser:

CON RESPECTO A LA HISTORIA CLINICA:

-Historia Clínica incompleta

-Historia Clínica inadecuada: Catalogada así por presentar inconsistencias, por no relacionar lo actuado, porque imposibilita sacar conclusiones, es incoherente y/o tiene letra ilegible

CON RESPECTO A LOS PROCEDIMIENTOS:

- Admisión
- Estadía
- Procedimientos de apoyo diagnóstico: Adecuados o inadecuados.
- Tratamiento: Adecuado e inadecuado.
- Complicaciones
- Infecciones
- Cirugía: Necesaria, Justificada, Injustificada.
- Cuidados pos operatorio: Adecuado o Inadecuado.
- Evolución diaria
- Diagnóstico Final
- Epicrisis: Completa o Incompleta.

GLOSA TÉCNICA Es aquella que se deriva del incumplimiento de normas técnicas establecidas por la normatividad vigente y que puede darse por:

- Incompatibilidades con los manuales autorizados (mapipos, tarifario SOAT, etc.)
- Mala codificación de prestaciones.

- % de intervenciones múltiples mal aplicados.
- Facturación de insumos o prestaciones incluidos en los derechos de sala o de quirófano.

GLOSA ADMINISTRATIVA Es aquella que se deriva del error en el cobro por dificultades de cálculo o incumplimiento acuerdos contractuales:

- Errores de suma o cálculo
- Falta de documentación de apoyo
- Prestación fuera de convenio

MODELO DE AUDITORIA EN LA CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS

En el año 2006 cuando la orden Hospitalaria de San Juan de Dios recibió la Clínica, la administración de la historia clínica era bastante deficiente, partiendo de que la historia clínica de los pacientes se llevaba de forma manual, se encontraban incompletas y en muchos casos la Historia completa se encontraba en manos de los pacientes.

Se inicio un proceso que comprendió:

- Recuperación de las Historias clínicas que estaban en manos de los pacientes.
- Documentar adecuadamente y con todos sus soportes la historia clínica.
- Iniciar el proceso de Digitalización de la Historia Clínica.

En las Evaluación de calidad de diligenciamiento del año 2006, el porcentaje de cumplimiento estaba entre un 40 y un 50% (4,0 – 5,0: DEFICIENTE). Para el año 2007 hubo un mejoramiento en el porcentaje de cumplimiento entre un 20 y un 30%, alcanzando un resultado promedio al finalizar el año de un 70%.

En el año 2006 la mayor contratación estaba con el Instituto Colombiano del Seguro Social que era poco exigente en la evaluación de Calidad de

diligenciamiento de la historia clínica, lo cual generaba dificultades en la adherencia de los profesionales a un adecuado diligenciamiento, por otro lado en la administración de la historia clínica como tal (almacenamiento, archivo, custodia) también tenía dificultades, lo cual afectaba la sistematicidad en la evaluación de las historias clínicas.

El principal hallazgo en la auditoría de las historias clínicas era la ilegibilidad y el diligenciamiento incompleto de las mismas.

Con la implementación de la Historia clínica digital se mejoró la ilegibilidad, pero surgieron otros hallazgos como: Copia y pega, uso de siglas, entre otros que se mencionarán más adelante, que continúan hoy día afectando la calidad de la historia clínica a pesar de los esfuerzos que se han hecho para disminuir o eliminar estos hallazgos.

Actualmente en la clínica se desarrolla un modelo de auditoría que se enmarca en cuatro ámbitos:

1. Auditoría Concurrente
2. Auditoría de Cuentas Médicas
3. Auditoría de Calidad
4. Auditoría de Costos

Es la Auditoría Concurrente la que se encarga de realizar las evaluaciones de Calidad de diligenciamiento de las Historias clínicas. En esta auditoría se evidenció un mejoramiento de la calidad del diligenciamiento que corresponde aproximadamente a un 75% (ACEPTABLE), sin llegar a ser óptima.

De acuerdo a la Herramienta de Auditoría que se usa en la Institución y que permite evaluar todos y cada uno de los aspectos de calidad de diligenciamiento

de la historia clínica en la Institución, se habla de tres tipos de calificación así:
Optima: = o > 90% (9,0), Aceptable: entre 75% y 89% (7,5 – 8,9) y Deficiente < 75% (7,5).

	TOTAL	HCI	HCH
OPTIMA (IGUAL O MAYOR)	9,00	3,6	5,4
ACEPTABLE (IGUAL O MAYOR)	7,50	3,0	4,5
DEFICIENTE (MENOR)	7,5	3,0	4,5

**HERRAMIENTA DE AUDITORIA PARA EVALUACION DE CALIDAD DE
DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA:**

ORDEN	1		2		3	
NUMERO DE LA HISTORIA CLINICA						
	RESUL	POND	RESUL	POND	RESUL	POND
1. ANAMNESIS. Cuenta con los siguiente datos de identificación del paciente:	0,0		0,0		0,0	
Describe claramente el motivo de consulta		0		0		0
Registra detalladamente la enfermedad actual		0		0		0
Registra antecedentes personales relacionados con el motivo de la consulta		0		0		0
Registra antecedentes familiares relacionados con el motivo de la consulta		0		0		0
Consigna información de la revisión por sistemas		0		0		0
2.EXAMEN FISICO	0,0		0,0		0,0	
Están descritos los hallazgos positivos y negativos de Relevancia para la enfermedad actual.		0		0		0
Los hallazgos físicos descritos tienen correlación con la anamnesis		0		0		0
3. DIAGNÓSTICO. Establece impresión diagnóstica con las siguientes características:	0,0		0,0		0,0	
Se relaciona con el motivo de la consulta		0		0		0
Se relaciona con los hallazgos del examen físico		0		0		0
Se registran los diagnósticos principales y secundarios		0		0		0
Se registra la correcta clasificación de la enfermedad cuando aplica		0		0		0
El diagnostico del paciente es actualizado periódicamente según la evolución		0		0		0

4.FORMULACIÓN	0,0	0,0	0,0
Registra adecuadamente: nombre y presentación de medicamento	0	0	0
dosis	0,0	0,0	0,0
vía de administración y frecuencia	0,0	0,0	0,0
5. RACIONABILIDAD EN ORDENAMIENTOS	0,0	0,0	0,0
Cumple con adherencia a las guías de manejo institucionales	0	0	0
Existe racionalidad y pertinencia en ordenamientos	0	0	0
6. EXISTENCIA Y CUMPLIMIENTO DE PLAN TERAPEUTICO	0,0	0,0	0,0
Se registran los objetivos de la hospitalización	0	0	0
Se actualizan concomitantemente el plan terapéutico	0	0	0
Se cumple el plan terapeutico ordenado	0	0	0
7. CORRELACION CLINICO-TERAPEUTICA	0,0	0,0	0,0
Se deja claramente identificado en la Historia Clínica si la patología causa de hospitalización es secundaria o no a una enfermedad de base previamente establecida	0	0	0
Existe relación entre el diagnostico y el plan terapéutico establecido	0	0	0
8. FIRMAS DIGITALES DE LOS PROFESIONALES	0,0	0,0	0,0
Existe evidencia de identificación con firma digital del MEDICO ESPECIALISTA que realiza la evolución del paciente.	0	0	0
Existe evidencia de identificación con firma digital del MEDICO HOSPITALARIO que realiza la evolución del paciente.	0	0	0
Existe evidencia de identificación con firma digital OTROS PROFESIONALES DE SALUD que realizan evoluciones del paciente.	0	0	0

9. EPICRISIS	0,0	0,0	0,0
Se utilizan siglas en la epicrisis	0	0	0
Se describen exámenes de apoyo diagnóstico en epicrisis	0	0	0
La Epicrisis tiene plan de egreso y recomendaciones	0	0	0
10. DOCUMENTOS SOPORTE Y ANEXOS	0,0	0,0	0,0
Se encuentra completamente diligenciado el consentimiento informado	0	0	0
Se encuentran como soportes para el cobro la identificación del paciente, carnet de afiliación a EPS, ARS y SISBEN según sea el caso al momento de la auditoría	0	0	0
TOTAL	0,0	0,0	0,0
CALIFICACION	DEFICIENTE (MENOR)	DEFICIENTE (MENOR)	DEFICIENTE (MENOR)

APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La institución de salud preocupada por la calidad de los servicios que ofrece, tiene como política estricta e inflexible, mantener sus historias clínicas dentro de los más altos estándares tanto de forma como de contenido. Todo profesional médico o paramédico con prerrogativas para ejercer dentro la Clínica Universitaria San Juan de Dios deberá ajustarse a las normas relativas al diligenciamiento y manejo de la historia clínica.

En la Clínica Universitaria San Juan de Dios se realiza el proceso de apertura de historia clínica a los pacientes del servicio de Urgencias, Hospitalización, Cirugía Ambulatoria, Consulta Externa.

La identificación del paciente se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores

de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

La Clínica Universitaria San Juan de Dios cuenta con una historia única institucional, ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y con una aplicación para el control que permite saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, a quien y en qué fecha ha sido entregada.

NUMERACIÓN CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

Las hojas de evolución, ordenes medicas son responsabilidad del médico tratante. Las Hojas de enfermería son responsables del personal de enfermería.

COMPONENTES.

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

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO.

Los contenidos mínimos son : datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de

residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, entidad afiliadora y tipo de vinculación.

REGISTROS ESPECÍFICOS.

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

ANEXOS.

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

1o. Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica.

2º. En los casos de imágenes diagnosticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán anexarse a la historia clínica. Las imágenes diagnosticas se entregaran al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

3o. Los archivos de imágenes diagnosticas que hasta la fecha existen en la Institución deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados.

4o. En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando existiere esta constancia firmada por el usuario, será este último el responsable de la conservación de las mismas

CONTENIDOS MÍNIMOS

Se entiende por HISTORIA CLINICA completa aquella que incluye la siguiente información:

- ✓ Datos generales del paciente.
- ✓ Motivo de consulta.
- ✓ Enfermedad actual.
- ✓ Revisión por sistemas.
- ✓ Antecedentes personales, familiares, alérgicos, ginecológicos, de medicamentos y hábitos.
- ✓ Examen físico completo el cual incluye siempre signos vitales.
- ✓ Diagnóstico(s) tentativo(s) o definitivo(s)
- ✓ Plan (s) de diagnóstico o de tratamiento.
- ✓ Evoluciones o controles
- ✓ Epicrisis o resumen de egreso

FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA POR TIPO DE ATENCIÓN

Es norma en la Clínica San Juan de Dios el diligenciamiento de la Historia Clínica por parte del médico tratante en cada uno de los servicios de atención así:

1. CONSULTA EXTERNA :

- Historia clínica de consulta externa primera vez cuando el paciente acude por primera vez a la consulta.
- Los controles se realizaran en el formato de evolución consulta externa.

2. CIRUGÍA AMBULATORIA:

- Historia clínica consulta externa primera vez
- Historia clínica de anestesia tendrá validez, realizada máximo con 3 días antes de la cirugía.

- Cuando el paciente de cirugía ambulatoria se hospitaliza el médico debe diligenciar siempre el formato de historia clínica de ingreso.

3. HOSPITALIZACIÓN :

Historia clínica de ingreso: todo paciente que se hospitalice para tratamiento médico o quirúrgico, electivo o de urgencias de cualquier especialidad, deberá contar con historia clínica de ingreso por el médico tratante.

Las evoluciones deben contar con fecha y hora de la consignación de la información, se diligenciarán en el formato de evolución.

Es responsabilidad del que inicia un formato de evolución diligenciar los datos de identificación del paciente (número de historia clínica, nombres y apellidos), foliar la misma de manera consecutiva garantizando que no faltan componentes en la misma y dar cumplimiento a la normatividad legal vigente, resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud.

4. URGENCIAS:

Historia clínica de urgencias: todo paciente del servicio de urgencias debe contar con la historia clínica de Urgencia, el completo diligenciamiento es responsabilidad del médico general, internista o pediatra de urgencias.

Para la evaluación y categorización de la calidad de diligenciamiento de las historias clínica tomaremos fuera del marco legal vigente a la fecha, las recomendaciones dadas institucionalmente para el efectivo diligenciamiento de la historia clínica a saber:

RECOMENDACIONES EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Cuando la HISTORIA CLÍNICA, sea elaborada por un miembro del cuerpo profesional en adiestramiento, éste deberá firmarla y solicitar al médico

tratante del paciente que la coo-firme en señal de aprobación de su contenido.

- Los formatos de evolución deberá consignarse por parte del médico tratante o su delegado, como mínimo, una nota diaria con fecha y hora en que se describan los cambios ocurridos en el estado del paciente, los resultados de los exámenes practicados con su interpretación clínica y el plan(s) de diagnóstico y tratamiento.
- También es importante incluir en las evoluciones un resumen de las explicaciones o información dada al paciente acerca de su enfermedad y de los procedimientos a que va ha ser sometido. Una vez practicados los procedimientos se realizará una descripción clara y completa de cada uno de ellos, de sus complicaciones si las hubo, y de las medidas tomadas para manejarlas.
- Cuando el paciente llegue al final de su hospitalización el médico deberá realizar un resumen de egreso (epicrisis) de acuerdo a las normas establecidas por el Comité de Historias Clínicas, la firma del resumen final no puede ser delegada por el médico tratante.
- Cuando el paciente salga sin consentimiento médico deberá firmar el formato de Alta Voluntaria.
- Todas las notas de evolución llevarán fecha y hora, firma, registro médico y sello de quien las elaboró y la co-firma del médico tratante, si no fue él quien las escribió, en señal de que comparte el contenido de las mismas.
- Las anotaciones en la historia clínica deben ser legibles.
- Errores en la historia clínica se corregirán pasando una sola línea sobre el error y anotando la fecha y firma de la persona. El dato correcto se anotara lo más cercano posible o en el lugar que corresponda.
- Todos los formularios incorporados en la historia clínica deben ser identificados con el nombre completo y numero de historia clínica del paciente.
- No dejar espacios en blanco sin llenar.

NORMAS DE FORMULACIÓN

Ordenes médicas

- Antes de escribir una orden médica asegúrese de que la hoja respectiva está debidamente marcada con la identificación del paciente. El no tener esta precaución hace a quien escriba la orden responsable del uso indebido o equivocado de la misma.
- Toda orden médica debe escribirse con bolígrafo o pluma con fuerza necesaria para que la copia sea perfectamente legible.
- Inicie la formulación escribiendo la fecha y hora de formulación.
- Las órdenes médicas deberán llevar la firma, registro y sello del profesional responsable.
- Las ordenes médicas deben contener los siguientes puntos:
 - **ACTIVIDAD:** Especificar claramente el nivel de actividad física que el paciente puede desarrollar.
 - **DIETA:** Debe prescribirse con precisión el tipo de dieta establecido.
 - **LIQUIDOS ENDOVENOSOS Y MEDICAMENTOS** : **Procure** no utilizar abreviaturas, especialmente si éstas no son comunes. Los medicamentos deben formularse por su nombre genérico especificando las dosis, vía de administración y frecuencia,
 - **TERAPIAS ESPECIALES:** Si las hay deben quedar consignadas (oxígeno, plasmaféresis).
 - **LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS:** Toda orden de estudios paraclínicos debe contener los datos de identificación del paciente: nombre, número de historia clínica, fecha. Con respecto a Laboratorios se debe escribir la lista de todos los exámenes ordenados.

Para procedimientos que requieren autorización de la entidad afiliadora es indispensable el diligenciamiento del formato solicitud de “Autorización de

procedimientos diagnósticos y terapéuticos” de la Clínica Universitaria San Juan de Dios

- **INTERCONSULTA:** Nombre del servicio y del profesional al cual se solicita participación en el manejo del paciente.
- **SIGNOS VITALES:** Frecuencia con que el médico quiere que se le tomen y registren los signos vitales
- **ORDENES ESPECIALES:** Si las hay deben quedar consignadas.
- **MEDICAMENTOS NO POS:** Al formular un medicamento verifique si esta o no incluido en el manual del POS.

Si no esta incluido en el manual del POS, debe diligenciar el formato autorización de medicamentos NO POS.

Sin este formato la enfermera jefe esta facultada para no iniciar el medicamento y pedirle a usted el debido soporte para solicitarlo a farmacia.

OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO CLÍNICO

La Clínica Universitaria San Juan de Dios tiene un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual está organizado y presta los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La HISTORIA CLINICA está bajo custodia de la Clínica Universitaria San Juan de Dios, se prohíbe retirarla de sus predios.

La custodia de la historia clínica estará a cargo de la Clínica Universitaria San Juan de Dios, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de salud, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes.

La Clínica Universitaria San Juan de Dios podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes y cumpliendo con las normas internas de la Clínica Universitaria San Juan de Dios establecidas para la entrega de esta información. Ver Capítulo VI Entrega de información al paciente o terceros.

PARAGRAFO 1o. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

PARAGRAFO 3o. En caso de liquidación de la Clínica Universitaria San Juan de Dios, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal, para lo cual publicará como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional con un intervalo de ocho (8) días, en el cual se indicará el plazo y las condiciones para que los usuarios retiren sus historias clínicas, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses, contado, a partir de la publicación del último aviso. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

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

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

4. Las demás personas determinadas en la ley.

PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 10 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo tres (3) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo siete (7) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

La Clínica Universitaria San Juan de Dios, archiva la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

La Clínica Universitaria San Juan de Dios es responsable de la custodia de la historia clínica y debe velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

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

DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La Clínica Universitaria San Juan de Dios puede utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la **circular 2 de 1997 expedida** por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

La Clínica Universitaria San Juan de Dios debe permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

DEFINICION.

El comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

El comité está integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.

FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

- a. Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos la historia clínica en La Clínica Universitaria San Juan de Dios.
- c. Elevar a la Dirección Médica, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- d. Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.
 - La Contraloría General de la República

SANCIONES Y ORGANIZACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA

SANCIONES.

1. El descuido en la elaboración y manejo de la historia clínica tiene consecuencias jurídicas importantes, no solo dentro de un proceso de responsabilidad medica sino también en procesos penales relacionados con los llamados documentos privados.

La historia clínica está vigilada por el código Penal. La ley penal establece dos tipos de controles mediante los cuales se garantiza la legitimidad del documento:

Uno tiene que ver con la INTEGRIDAD FISICA del documento, de acuerdo en lo dispuesto en el artículo 224 del Código Penal que consagra el delito “ Falsedad Material” (destruye, suprime u oculta total o parcialmente un documento privado que puede servir como prueba) y el otro que hace relación con su CONTENIDO y corresponde al tipo penal denominado “ Falsedad Ideológica” (cuando en un documento genuino y verdadero se consignan hechos o declaraciones falsas).

2. Las contempladas en la Ley 23 de 1981.

3. Las contempladas en el reglamento medico institucional.

6. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Se realizará un estudio cualicuantitativo de tipo descriptivo de cohorte retrospectivo, se analizará la información obtenida durante los meses agosto, septiembre y octubre de 2010

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: El 100% de los egresos DE LA FUNDACION CLINICA SAN JUAN DE DIOS entre agosto y octubre 2010.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Egresos no correspondientes al período del estudio.

6.1 OBTENCION DE LA MUESTRA:

6.1.1 Universo. Total de Historias clínicas de los usuarios de la Fundación Clínica Universitaria San Juan de Dios desde el 1 de Agosto al 31 de Octubre de 2011, incluidas ambas fechas, en el servicio de hospitalización, lo que corresponde a 4.129 historias clínicas, producto de la atención hospitalaria.

6.1.2 Población y muestra. La población del estudio está conformada por el total de egresos hospitalarios de la Clínica Universitaria San Juan De Dios de Cartagena, durante el periodo correspondiente a los meses de agosto, septiembre y octubre de 2010 que corresponde a un total de 1.376 historias clínicas mensuales.

Se tomará una muestra representativa de 177 historias clínicas calculada mediante formula matemática para poblaciones finitas, con un nivel de 95%, una precisión del 3% y una proporción del 5%.

La muestra será probabilística, se seleccionará por muestreo aleatorio simple. Dicha muestra se obtuvo a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 N p q}{N E^2 + Z^2 p q}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

P = Normalidad positiva = 50% = 0,50

q = Normalidad negativa = 0,50

E = Precisión o error, en este caso se le asigna a E un valor del 5% = 5% = 0,05

Z = Nivel de confianza = 1.96

A un nivel de confianza (NC) de 95% le corresponde un Z de 1.96

$$n = \frac{(1.96)^2 (1376) (0.50) (0.50)}{(1376) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.50) (0.50)} \quad n = 177$$

Para efectos prácticos del estudio, de las 177 historias obtenidas en la fórmula, se toma una muestra representativa del 50%, lo que equivale a un total de 89 historias, debido a que se trabajó con el mismo grupo de profesionales y con un mismo patrón de historia clínica, obtenidos así: $177 \times 50\% = 88.6$

6.2 RECOLECCION DE DATOS

6.2.1 Datos para evaluación de la calidad de las historias clínicas. Se aplica el formato de Auditoria diseñado para tal fin, en el cual se evalúan criterios de calidad de diligenciamiento específicos. (Ver pág. 15 y 16).

Unidad de análisis: Se tendrán en cuenta los egresos hospitalarios de los meses agosto, septiembre y octubre de 2010.

6.2.2 Técnicas, instrumentos y fuentes de recolección de datos.

Tabla

VARIABLES	DIMENSIONES	TECNICAS	INSTRUMENTO	FUENTE
Satisfacción Global	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiabilidad ✓ Eficacia 	Observación Directa.	Encuesta	Primaria
Eventos Adversos	Reporte de eventos adverso por el personal asistencial.	Observación Directa, Verificación Verbal.	Entrevista Informal. Formato de reporte de eventos.	Primaria.
Acciones de Mejoramiento continuo	Acciones correctivas. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación. ✓ Seguimiento 			
Autocontrol	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoevaluación ✓ Planes de mejora. Acciones correctivas.	Observación Directa, Verificación Verbal.	Entrevista Informal. Formato de Encuesta.	Primaria.

Cumplimiento de Planes de Mejoramiento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autocontrol. ✓ Evaluación. Seguimiento.	Observación Directa, Verificación Verbal.	Entrevista Informal. Formato de Encuesta.	Primaria.
Adherencia		Documental	encuesta	Primaria

6.2.3 Plan de recolección, tabulación, análisis, conclusiones y recomendaciones de la información

Fuentes y técnicas para la recolección de la información. Los procedimientos para la recolección de la información estarán basados en el registro de egresos de pacientes que estuvieron hospitalizados en el periodo de agosto, septiembre y octubre de 2010. Los instrumentos que se tendrán en cuenta serán el formato de registro de egresos, las facturas de ese periodo en ese servicio, es decir la fuente de información es secundaria. Los métodos para el control de calidad de los datos se basarán en la verificación de los datos en el registro de ingreso de pacientes el cual debe coincidir con los egresos.

Las técnicas que utilizará será una lista de chequeo y formatos de verificación basados en los parámetros que exige la resolución 1995 de 1999 y que a su vez contiene la información sobre la identificación del paciente, edad, fecha, servicio, fecha ingreso y egreso.

Se inicia el trabajo de campo, llevando a cabo la aplicación de una encuesta al personal asistencial que participa en la atención de los pacientes hospitalizados en la Fundación Clínica Universitaria San Juan de Dios, con el fin de indagar acerca de sus conocimientos en relación a las normas que regulan la calidad del diligenciamiento de las Historias Clínicas.

Luego de realizar la recolección de los datos se realizó la tabulación sistematizada de la misma apoyado por los conocimientos adquiridos previamente sobre estadística, utilizando tablas, graficas para proceder al análisis de la misma relacionando los resultados estadísticos con los conocimientos de auditoría adquiridos durante el desarrollo académico de la Especialización y en la experiencia profesional.

Para finalizar se sacaron las conclusiones y se realizaron recomendaciones tendientes a mejorar el diligenciamiento de la historia clínica para que impacte positivamente en el proceso de facturación de la Fundación Clínica Universitaria San Juan de Dios.

Esta encuesta se realizó a 50 profesionales del área de la salud, escogidos al azar en cualquiera de los pabellones de la institución y presentó los siguientes cuestionamientos:

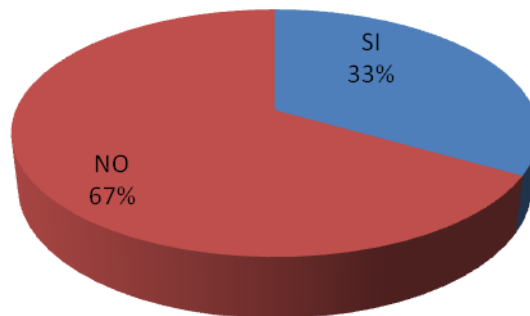
ENCUESTA

1. De acuerdo a la Resolución 1995 de 1999, sabe Usted: Cuántos y cuáles son los componentes de la Historia Clínica?. Enúncielos.
2. Cree usted que existen fallas de calidad en el diligenciamiento de la historia clínica? Si su respuesta es afirmativa, enuncie las dos principales fallas.
3. Conoce usted las implicaciones que tiene sobre la facturación el mal diligenciamiento de las Historias Clínicas en la institución?
4. Cuáles son los soportes que necesita la historia clínica para un buen diligenciamiento en el paciente hospitalizado?
5. Conoce usted las características de la prescripción médica que plantea el Decreto 2200 de 2005? si su respuesta es afirmativa, enumere las más importantes.
6. Conoce usted los contenidos mínimos de la formula medica que exige el Decreto 2200 de 2005? si su respuesta es afirmativa, enumere los más importantes.
7. Cuales considera Usted que son las causas del mal diligenciamiento de las Historias clínicas en la Clínica? Enuncie las dos principales causas que usted considere.

6.3 DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.

Luego de aplicar la encuesta, estas fueron tabuladas y los resultados analizados así:

Grafica 1. Conocimiento de componentes de la historia clínica según la resolución 1995 de 1999



Fuente: Encuesta

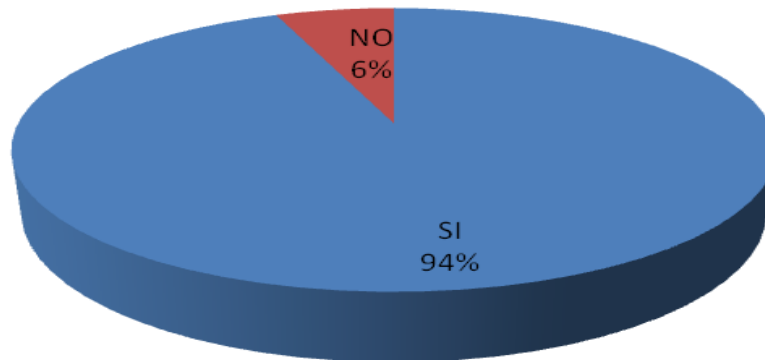
Tabla 1. Conocimiento de componentes de la historia clínica según la resolución 1995 de 1999

Conocen los Componentes de la Historia Clínica:

SI	17	34%
NO	33	66%
TOTAL	50	100%

El 66% de los encuestados no conoce los componentes de la Historia Clínica según la Resolución 1995 de 1999. Dentro de ese 66% algunos profesionales mencionan algunas partes de la historia pero no hablan de los componentes que como tal la norma define, lo que demuestra el desconocimiento de la norma que regula la calidad de diligenciamiento de la Historia clínica.

Grafica 2. Existen fallas en la calidad del diligenciamiento de la historia clínica en nuestra institución.



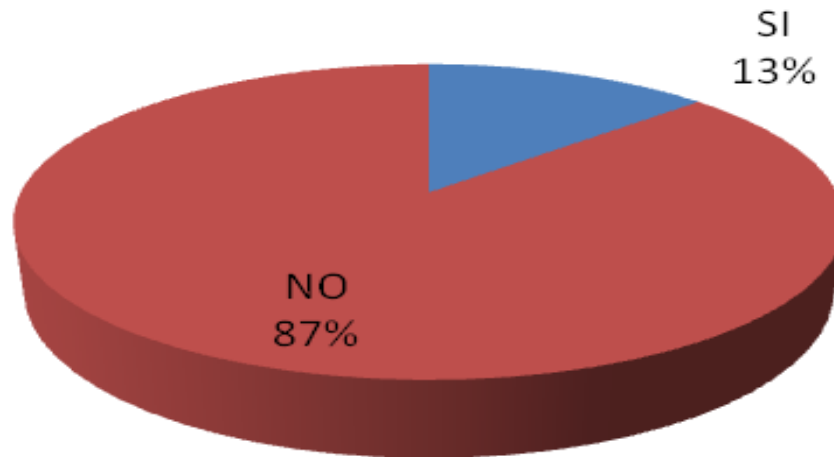
Fuente: Encuesta

Tabla 2. Existen fallas en la calidad del diligenciamiento de la historia clínica en nuestra institución.

SI	47	94%
NO	3	6%
TOTAL	50	100%

El 94% de los encuestados considera que si existen fallas en la calidad del diligenciamiento de la historia clínica en la institución y solo un 6 % considera que no hay fallas. Lo anterior demuestra que existe conocimiento institucional de que existen las falencias en el diligenciamiento de las historias clínicas. Además se les solicito que enunciaran las dos fallas principales en el diligenciamiento de la Historia Clínica, cuyo resultado se detallara más adelante.

Grafica 3. Conocimiento de implicaciones del mal diligenciamiento de la historia clínica en la facturación de la IPS.



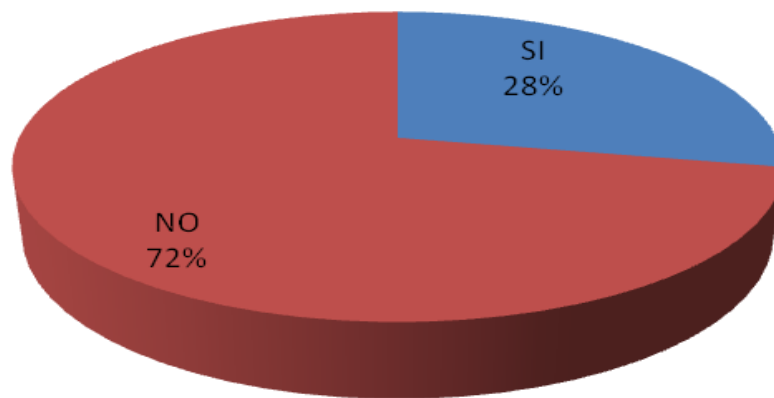
Fuente: Encuesta

Tabla 3. Conoce las implicaciones del mal diligenciamiento de la Historia Clínica sobre la Facturación institucional.

SI	7	14%
NO	43	86%
TOTAL	50	100%

El 86% de los encuestados desconoce las implicaciones que tiene sobre la facturación el hecho de realizar un mal diligenciamiento de la historia clínica. Lo anterior significa que el personal asistencial de la Fundación Clínica Universitaria San Juan de Dios no conoce el grado de importancia que tiene la calidad de la historia clínica en la facturación y por tanto en el ciclo económico de la institución.

Grafica 4. Conocen los soportes que debe tener una historia clínica de un paciente hospitalizado



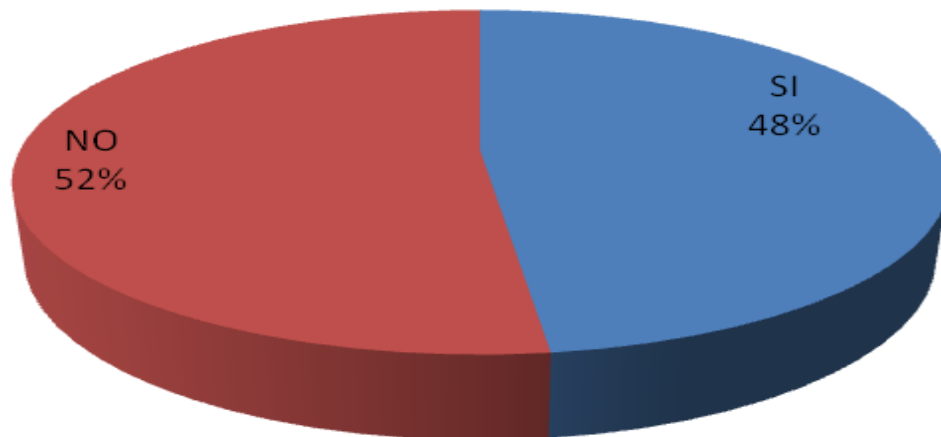
Fuente: Encuesta

Tabla 4. Conocen los soportes que debe tener una Historia Clínica de un paciente hospitalizado.

SI	14	28%
NO	36	72%
TOTAL	50	100%

En solo un 28% de los encuestados se demostró que conocen cuales son los soportes que debe tener una Historia Clínica de un paciente Hospitalizado. Un 72% menciona partes de la historia clínica pero estos no son considerados soportes. Este alto porcentaje de desconocimiento demuestra que existen dificultades en la interpretación del concepto de “soporte” en cuanto a calidad de Historia Clínica se refiere, esto puede tener repercusiones tanto clínicas, como administrativas, financieras y hasta jurídicas.

Grafica 5. Conoce las características de la prescripción médica según el decreto 2200 de 2005



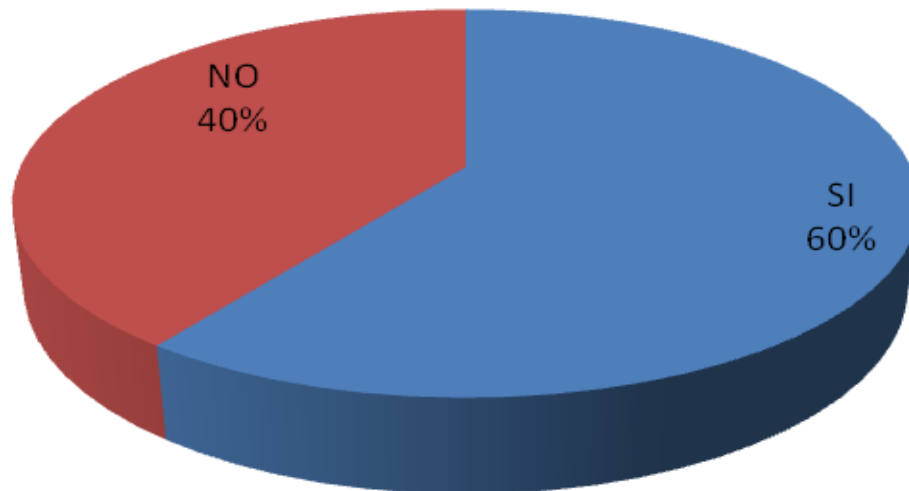
Fuente: Encuesta

Tabla 5. Conoce las características de la prescripción médica según Decreto 2200 de 2005.

SI	24	48%
NO	26	52%
TOTAL	50	100%

El 52% de los encuestados manifestó desconocer las características de la prescripción médica según el Decreto 2200 de 2005, que regula la Formulación farmacéutica.

Grafica 6. Conoce los contenidos mínimos de la formulación médica según el Decreto 2200 de 2005



Fuente: Encuesta

Tabla 6. Conoce los contenidos mínimos de la formulación médica según Decreto 2200 de 2005.

SI	30	60%
NO	20	40%
TOTAL	50	100%

El 40% de los profesionales encuestados desconocen los contenidos mínimos de la formulación médica según el Decreto 2200 de 2005, norma que regula todos los aspectos relacionados con la prescripción médica. De igual manera este porcentaje de desconocimiento de la norma en los profesionales médicos sobretodo tiene implicaciones más que financieras, de tipo legal, pues se sobrentiende que si un profesional tiene autorización legal para prescribir un medicamento, este debe conocer los requisitos mínimos exigidos por la ley para tal fin. Este resultado infiere también dificultades clínicas en términos de

concentración de medicamentos, suministro adecuado de dosis de medicamentos, entre otros.

Luego de la realización de esta encuesta y evidenciar los resultados expuestos, se desarrolla la investigación fundamentada en la evaluación de cuatro variables básicas:

1. Problemas de Diligenciamiento
2. Causas del Mal diligenciamiento
3. Evaluación de las Glosas
4. Implicaciones financieras

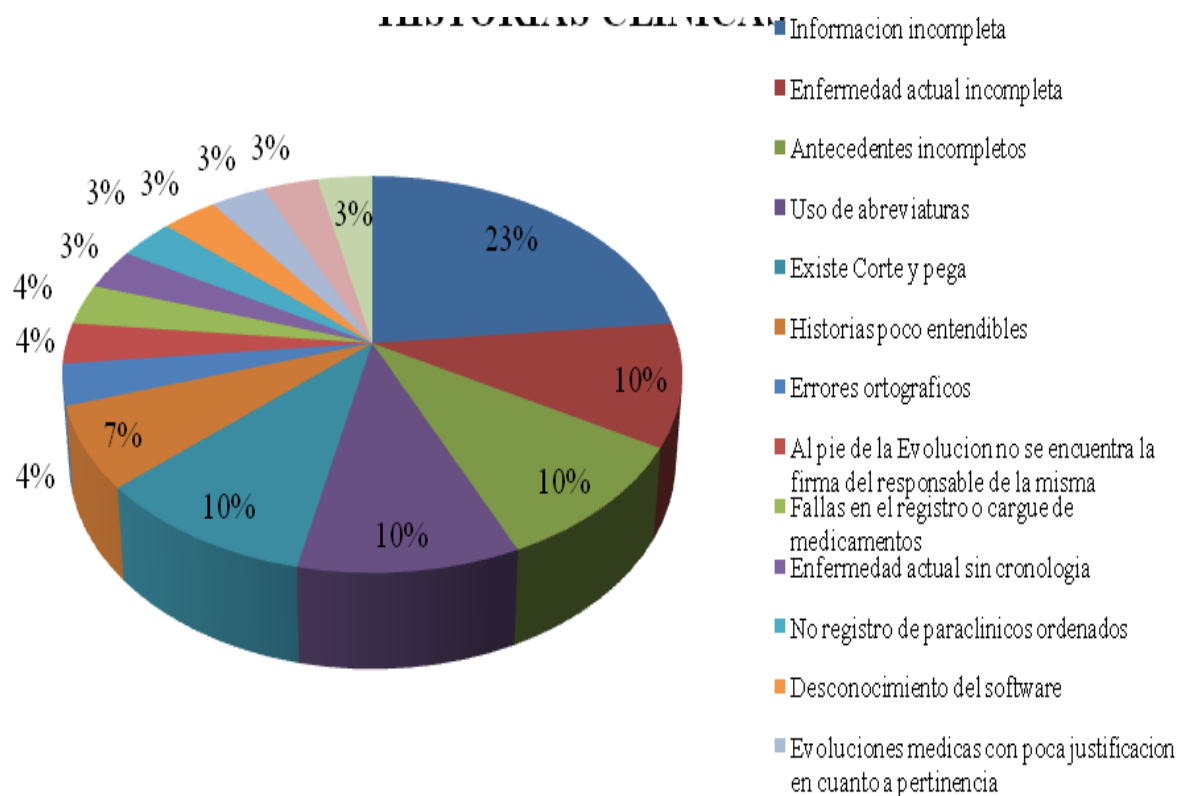
Detallaremos cada una de ellas en aras de llegar a un análisis específico a cada una de ellas.

Tabla 7. Percepción de problemas de diligenciamiento según encuestados

FALLAS QUE LOS ENCUESTADOS VEN EN EL DILIGENCIAMIENTO	
Información incompleta	23
Enfermedad actual incompleta	10
Antecedentes incompletos	10
Uso de abreviaturas	10
Existe Corte y pega	10
Historias poco entendibles	7
Errores ortográficos	3
Al pie de la Evolución no se encuentra la firma del responsable de la misma	3
Fallas en el registro o cargue de medicamentos	3
Enfermedad actual sin cronología	3
No registro de paraclínicos ordenados	3

Desconocimiento del software	3
Evoluciones medicas con poca justificación en cuanto a pertinencia	3
Formato Hosvital que repite la misma anamnesis	3
Evoluciones sin secuencia lógica	3
TOTAL	100

Grafica 7. Problemas en diligenciamiento de las historias clínicas



Fuente: Encuesta

La principal falla de diligenciamiento es la información incompleta en la historia clínica, seguida de enfermedad actual incompleta, antecedentes incompletos, uso de abreviaturas y uso del corte y pegue debido a que la historia es sistematizada.

En general se deduce que la principal falla en el diligenciamiento de las historias clínicas según los encuestados es la falta de información en la historia clínica en general o en algunos de sus componentes.

PROBLEMAS DE DILIGENCIAMIENTO SEGÚN HALLAZGOS DE AUDITORIA:

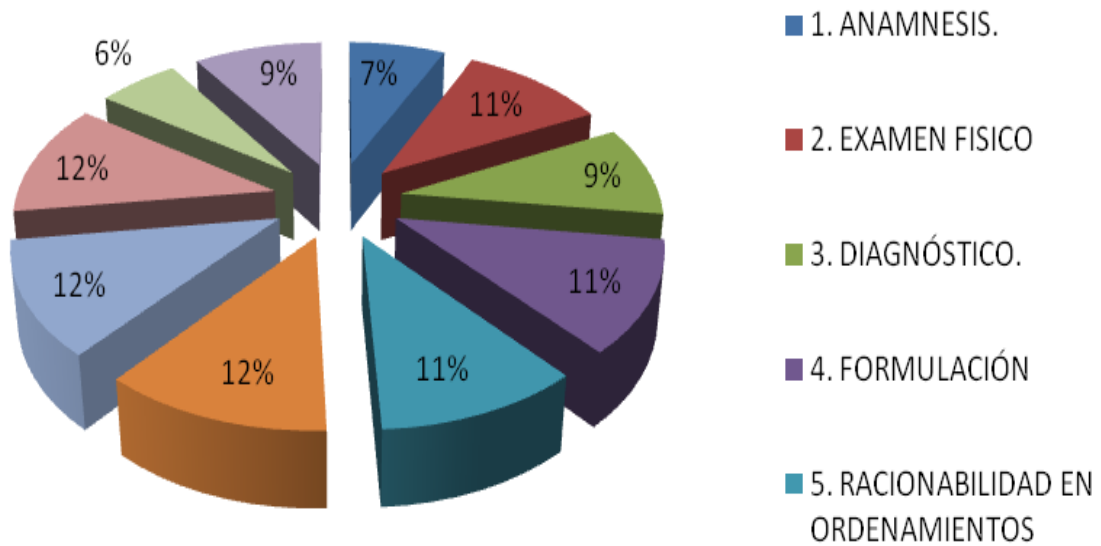
Luego de aplicar la herramienta de auditoría con el fin de conocer la calidad de diligenciamiento a las 177 historias clínicas que se tomaron como muestra representativa, se encontraron los hallazgos consolidados en la presente tabla:

Tabla 8. Evaluación de calidad de diligenciamiento de historia clínica

EVALUACION DE CALIDAD DE DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA	
CRITERIOS	PUNTAJE
1. ANAMNESIS.	0,6
2. EXAMEN FISICO	0,9
3. DIAGNÓSTICO.	0,8
4. FORMULACIÓN	1,0
5. RACIONABILIDAD EN ORDENAMIENTOS	0,9
6. EXISTENCIA Y CUMPLIMIENTO DE PLAN TERAPEUTICO	1,0
7. CORRELACION CLINICO-TERAPEUTICA	1,0
8. FIRMAS DIGITALES DE LOS PROFESIONALES	1,0
9. EPICRISIS	0,5
10.DOCUMENTOS SOPORTE Y ANEXOS	0,8
TOTAL	8,5
CALIFICACION	ACEPTABLE (IGUAL O MAYOR)
EVALUACION DE HISTORIA CLINICA DE INGRESO	3,5
	ACEPTABLE (IGUAL O MAYOR)
EVALUACION DE HISTORIA CLINICA HOSPITALARIA	5,0

**ACEPTABLE
(IGUAL O
MAYOR)**

Grafica 8. Evaluación de calidad de diligenciamiento de historia clínica



Fuente: Herramienta de Auditoria

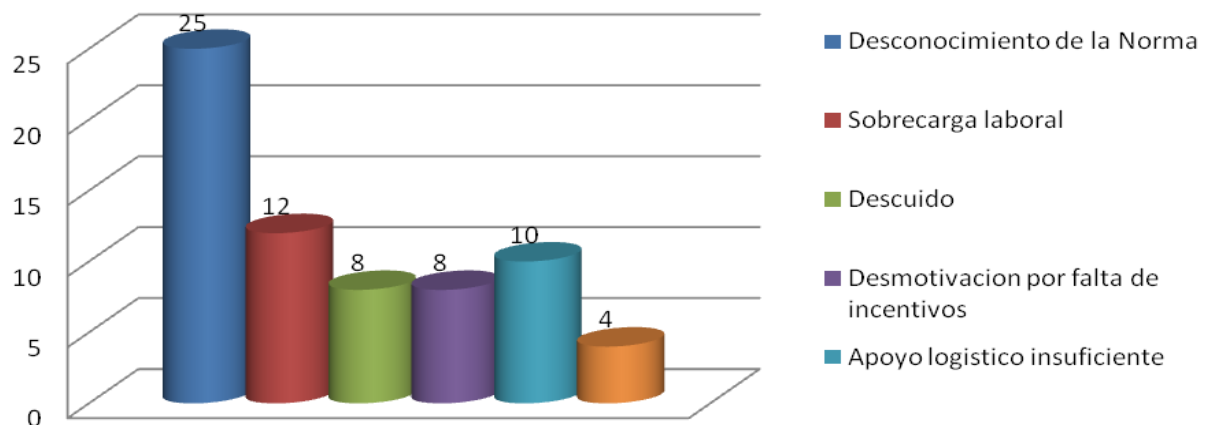
La evaluación de calidad de diligenciamiento abarca diez aspectos en general: Anamnesis, examen físico, diagnóstico, formulación, razonabilidad en ordenamientos, existencia y cumplimiento de plan terapéutico, correlación clínico-terapéutica, firmas digitales de los profesionales, epicrisis y documentos soporte y anexos. Cada uno de estos tiene un peso de un (1) punto en la calificación total. Luego de efectuar esta evaluación a todas y cada una de las 177 historias clínicas elegidas al azar dentro de la población sujeta a estudio, se concluye que el puntaje alcanzado por las historias clínicas evaluadas es de 8,5, que las califican en general como una historia clínica con calidad aceptable, sin embargo llama la atención que los aspectos que mayor impacto negativo tienen en esta evaluación y que por tanto disminuyen la calificación, son el diligenciamiento de la anamnesis donde la mayor dificultad se encontró en el registro completo de los antecedentes

personales y familiares en la historia clínica inicial. La epicrisis es otra parte de la historia clínica que presenta dificultad, principalmente en lo relacionado a la descripción de exámenes de apoyo diagnóstico. Otro aspecto es la anotación adecuada y completa de los diagnósticos principales y secundarios en la historia clínica inicial y las evoluciones siguientes durante la estancia hospitalaria, pues se evidenció que estos diagnósticos no son actualizados diariamente en todas las evoluciones que se realizan y por tanto no alcanza un puntaje adecuado.

Tabla 9. Causas de mal diligenciamiento

CAUSAS DEL MAL DILIGENCIAMIENTO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	
Desconocimiento de la Norma	37
Sobrecarga laboral	18
Descuido	12
Desmotivación por falta de incentivos	12
Apoyo logístico insuficiente	15
Otras	6
TOTAL	100

Grafica 9. Causas del mal diligenciamiento de la historia clínica



Fuente: Encuesta

La principal causa del mal diligenciamiento de las historias clínicas según los encuestados es el desconocimiento de la norma (37%), seguida de la sobrecarga laboral (18%), enumeran otras causas como apoyo logístico insuficiente, haciendo referencia a la falta de equipos de computo que permitan diligenciar oportunamente y sin afanes la historia clínica.

EVALUACION DE LAS GLOSAS

Se tomó del sistema de información de la Fundación Clínica Universitaria San Juan de Dios de Cartagena (HOSVITAL), el detallado de las Glosas causadas por fallas de calidad en el diligenciamiento de la historia clínica.

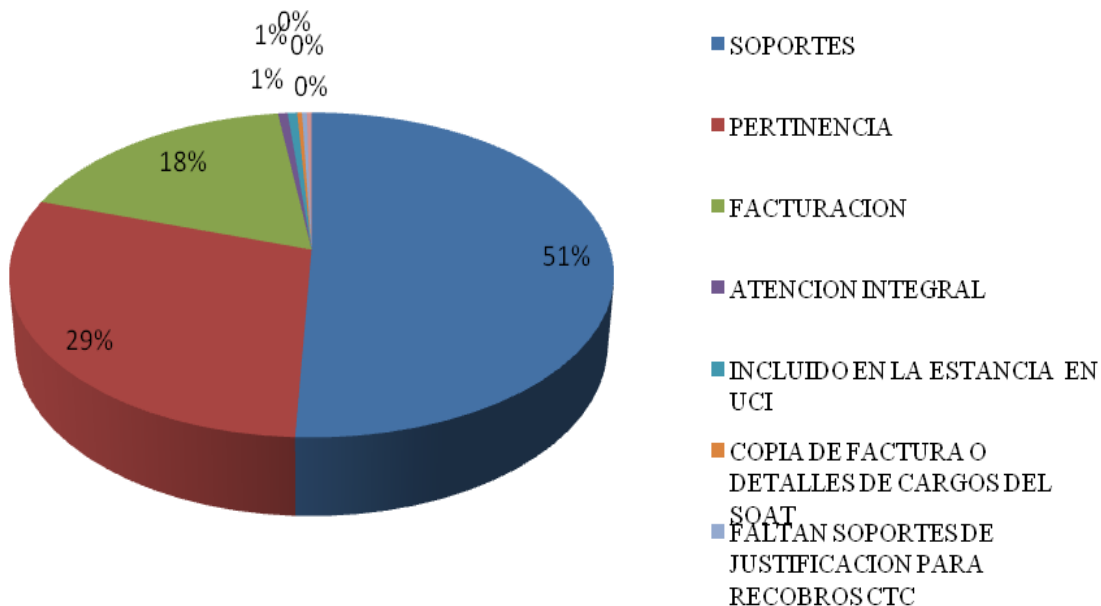
En primera instancia se analiza el número total de facturas generadas afectadas por glosas debido a fallas de calidad en el diligenciamiento:

Tabla 10. Numero de facturas afectadas con glosas por calidad de diligenciamiento.

MOTIVOS DE GLOSA	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	Total general	%
Soportes	98	52	21	171	48%
Pertinencia	48	31	20	99	28%
Facturación	24	24	12	60	17%
Atención integral	2			2	1%
Incluido en la estancia en uci		1	1	2	1%
Copia de factura o detalles de cargos del SOAT	1			1	0%
Faltan soportes de justificación para recobros CTC ATEP	1			1	0%
No soportado en historia clínica			1	1	0%

Total general	182	112	62	356	100%
---------------	-----	-----	----	-----	------

Grafica 10. Porcentaje de facturas glosadas según el motivo



Fuente: Hosvital (Software de facturación)

En el trimestre de Agosto a Octubre, se encontró que de un promedio mensual de 9.500 facturas generadas promedio por mes, equivalente a 28.500 facturas en el trimestre, 356 (1,2%) de ellas se vieron afectadas por glosas debido a fallas en la calidad del diligenciamiento de las Historias Clínicas que soportan el cobro de los servicios, el 48% de las facturas presentaron problemas de soporte de prestación de los servicios, como lo son soportes de consultas e interconsultas, soportes de realización de estudios, de traslados en ambulancia, entre otros. Un 28% de las facturas tienen problemas de pertinencia y un 17% con problemas de facturación de servicios, en este caso tiene que ver con fallas de diligenciamiento pues en su mayoría se facturan algunos servicios como estancias en UCI e intermedios que no son suficientemente justificados en la evolución medica y por tanto son objeto de glosa.

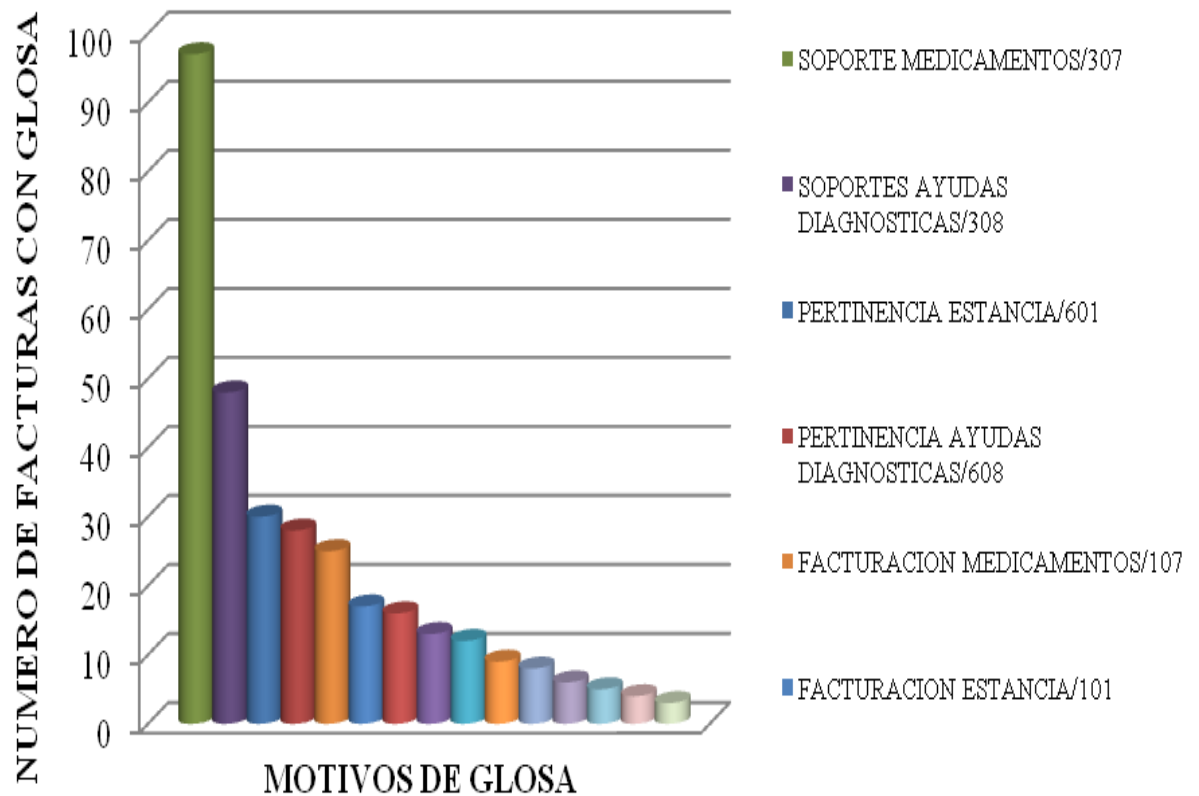
En forma detallada se presentan los motivos de glosa que se encontraron y el volumen de facturas que afectan en el periodo objeto de estudio.

Tabla 11. Numero de facturas afectadas con glosas detalladas por calidad de diligenciamiento.

NUMERO DE FACTURAS AFECTADAS CON GLOSAS DETALLADAS POR CALIDAD DE DILIGENCIAMIENTO				
MOTIVOS DE GLOSA	AGOST	SEPT	OCT	Total general
Atención integral	2			2
Copia de factura o detalles de cargos del SOAT	1			1
Facturación servicio o insumo incluido en estancia	2	3	7	12
Facturación estancia	9	6	2	17
Facturación honorarios médicos en procedimientos		1		1
Facturación honorarios otros profesionales		1		1
Facturación medicamentos	11	11	3	25
Facturación procedimiento o actividad	2	2		4
Faltan soportes de justificación para recobros CTC	1			1
Incluido en la estancia en uci		1	1	2
No soportado en historia clínica			1	1
Pertinencia ayudas diagnosticas/608	11	11	6	28
Pertinencia consultas, interconsultas y visitas	5	2	1	8
Pertinencia estancia/601	10	14	6	30
Pertinencia honorarios médicos	1			1
Pertinencia materiales/606	10	1	2	13
Pertinencia medicamentos/607	9	3	4	16

Pertinencia procedimiento o actividad/623	2		1	3
Soporte consultas, interconsultas y visitas	6			6
Soporte copia de historia clínica completa/333	1			1
Soporte descripción quirúrgica/341	2			2
Soporte hoja de traslado en ambulancia/338	6	3		9
Soporte honorarios médicos en procedimientos/303		3	2	5
Soporte honorarios otros profesionales	2			2
Soporte lista de precios/342	1			1
Soporte medicamentos/307	45	36	16	97
Soportes ayudas diagnosticas/308	35	10	3	48
Total general	182	112	62	356

Grafica 11. Numero de facturas afectadas con glosa por fallas en calidad de diligenciamiento



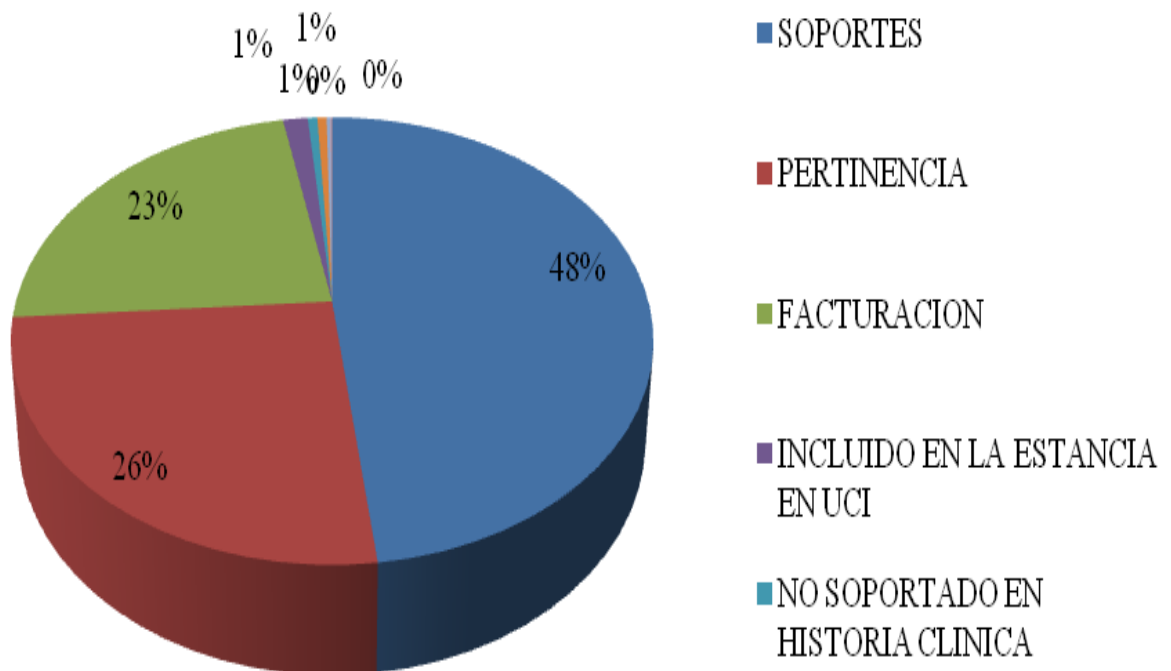
Fuente: Hosvital (Software de Facturación)

Como se puede evidenciar en la Tabla 11 y Grafica 11, el motivo de glosa que afecta un mayor número de facturas en el periodo es el Soporte de administración de medicamentos (27%), seguido de soporte de realización de ayudas diagnosticas (13%) y pertinencia de estancia (8%).

Tabla 12. Valor de facturas afectadas con glosas por calidad de diligenciamiento

MOTIVOS DE GLOSA	AGOST	SEPT	OCT	Total general	%
Soportes	750.452.327	422.504.297	155.528.323	1.328.484.947	47%
Pertinencia	334.398.929	226.736.168	150.362.380	711.497.477	25%
Facturación	284.404.916	198.197.270	158.388.901	640.991.087	23%
Incluido en la estancia en uci		22.261.498	18.734.720	40.996.218	1%
No soportado en historia clínica			15.807.568	15.807.568	1%
Atención integral	15.089.308			15.089.308	1%
Copia de factura o detalles de cargos del SOAT	6.705.773			6.705.773	0%
Faltan soportes de justificación para recobros CTC ATEP	2.409.621			2.409.621	0%
Total general	1.403.599.302	875.192.264	568.070.883	2.846.862.449	100%

Grafica 12. Porcentaje de facturación con glosa según motivos



Tomando en cuenta que la facturación promedio por mes de la Fundación Clínica Universitaria San Juan de Dios es de aproximadamente \$ 8.500.000 de pesos, lo que para el periodo significa unos \$ 25.500.000, se concluye que en el periodo analizado, existe un 11% de la facturación que presento problemas de glosas iniciales relacionadas con el mal diligenciamiento de la historia clínica.

De las facturas que tienen esta característica, las cuales en total corresponden a unos \$2.846.862.449 millones de pesos, el 47% de esta facturación tiene glosas por ausencia de soportes, un 25% de la facturación tiene glosas por pertinencia y un 23% por problemas de facturación.

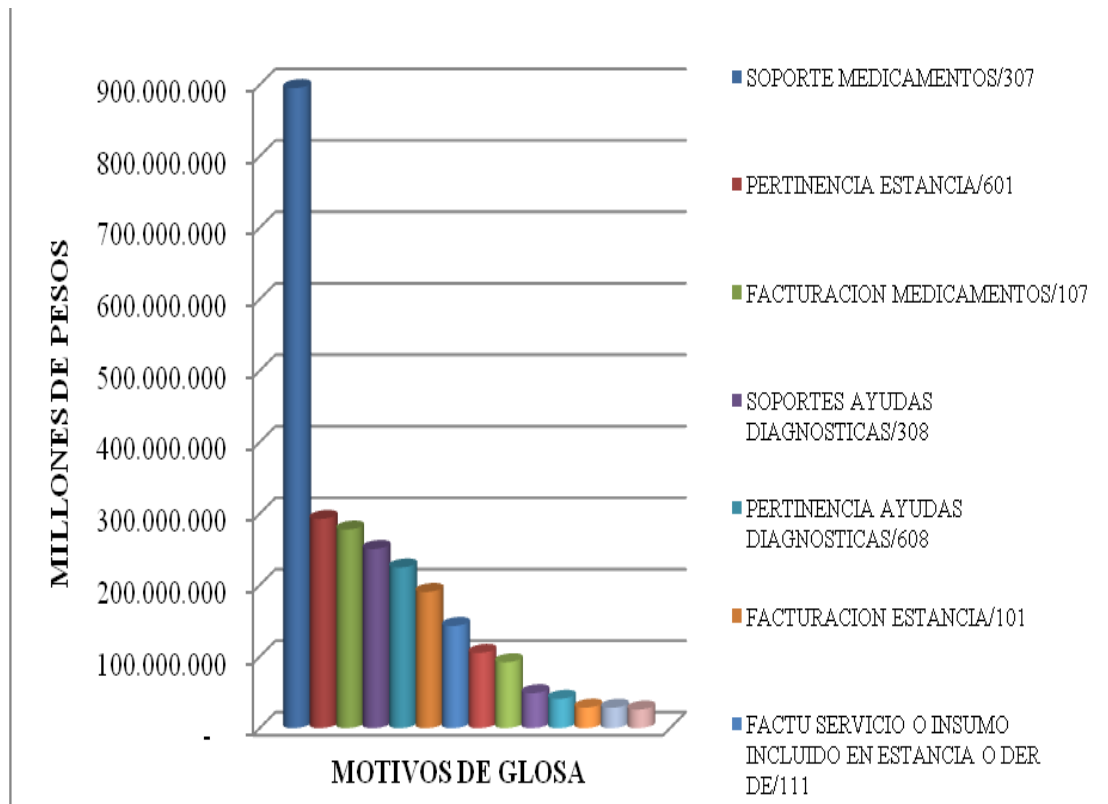
Los motivos detallados de esta facturación glosada son los siguientes:

Tabla 13. Valor de facturas afectadas con glosas por calidad de diligenciamiento.

MOTIVOS DE GLOSA	AGOST	SEPT	OCT	Total general
ATENCION INTEGRAL	15.089.308			15.089.308
FACTURA O DETALLES DE CARGOS SOAT	6.705.773			6.705.773
FACTU INSUMO INCLUIDO EN ESTANCIA	17.166.530	36.067.191	89.694.301	142.928.022
FACTURACION ESTANCIA/101	146.248.441	33.993.544	10.261.669	190.503.654
FACTURACION MEDICAMENTOS/107	113.088.010	106.320.208	58.432.931	277.841.149
FACTURACION PROCEDIMIENTO	7.901.935	20.578.232		28.480.167
FALTAN SOPORTES DE CTC	2.409.621			2.409.621
INCLUIDO EN LA ESTANCIA EN UCI		22.261.498	18.734.720	40.996.218
NO SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA			15.807.568	15.807.568

PERTINENCIA AYUDAS DIAGNOSTICAS/608	134.062.966	75.039.828	15.641.829	224.744.623
PERTINENCIA CONSULTAS, INTERCONSULTAS	7.035.292	4.222.560	8.581.431	19.839.283
PERTINENCIA ESTANCIA/601	73.742.141	117.877.326	101.033.346	292.652.813
PERTINENCIA HONORARIOS MEDICOS	1.837.992			1.837.992
PERTINENCIA MATERIALES/606	37.817.199	1.834.979	9.240.582	48.892.760
PERTINENCIA MEDICAMENTOS/607	65.411.092	27.761.475	12.055.286	105.227.853
PERTINENCIA PROCEDIMIENTO	14.492.247		3.809.906	18.302.153
SOPORTE CONSULTAS, INTERCONSULTAS	28.610.160			28.610.160
SOPORTE COPIA DE HISTORIA CLINICA	15.181.616			15.181.616
SOPORTE DESCRIPCION QUIRURGICA/341	3.511.504			3.511.504
SOPORTE HOJA DE TRASLADO	84.349.788	7.849.426		92.199.214
SOPORTE HONORARIOS		12.240.502	3.184.233	15.424.735
SOPORTE HONORARIOS OTROS	1.505.466			1.505.466
SOPORTE LISTA DE PRECIOS/342	26.025.907			26.025.907
SOPORTE MEDICAMENTOS/307	390.853.089	355.490.657	149.032.584	895.376.330
SOPORTES AYUDAS DIAGNOSTICAS/308	200.414.797	46.923.712	3.311.506	250.650.015
Total general	1.403.599.302	875.192.264	568.070.883	2.846.862.449

Grafica 13. Facturación afectada con glosa según motivo



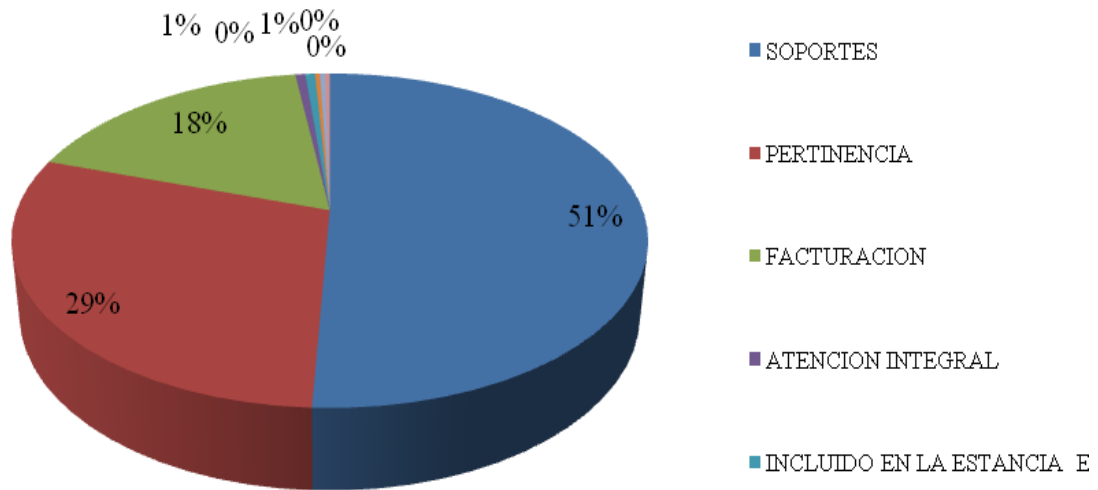
Fuente: Hosvital (Software de Facturación)

De acuerdo a la tabla 13, se evidencia una mayor participación en el total de la facturación glosada de la ausencia de soporte de aplicación de medicamentos (31%) y la pertinencia de estancia hospitalaria (10%), seguida de problemas en la facturación de medicamentos (10%) y ausencia de soportes en las ayudas diagnosticas (8%).

Tabla 14. Comparativo numero de glosas

MOTIVOS DE GLOSAS	AGOST	SEPT	OCT	TOTAL	%
Soportes	98	52	21	171	51%
Pertinencia	48	31	20	99	29%
Facturación	24	24	12	60	18%
Atención integral	2			2	1%
Incluido en la estancia en uci		1	1	2	1%
Copia de factura o detalles de cargos del SOAT	1			1	0%
Faltan soportes de justificación para recobros CTC	1			1	0%
No soportado en historia clínica			1	1	0%
Total general	182	112	62	337	100%

Grafica 14. Porcentaje numero de glosas generadas según motivo



Fuente: Hosvital (Software de Facturación)

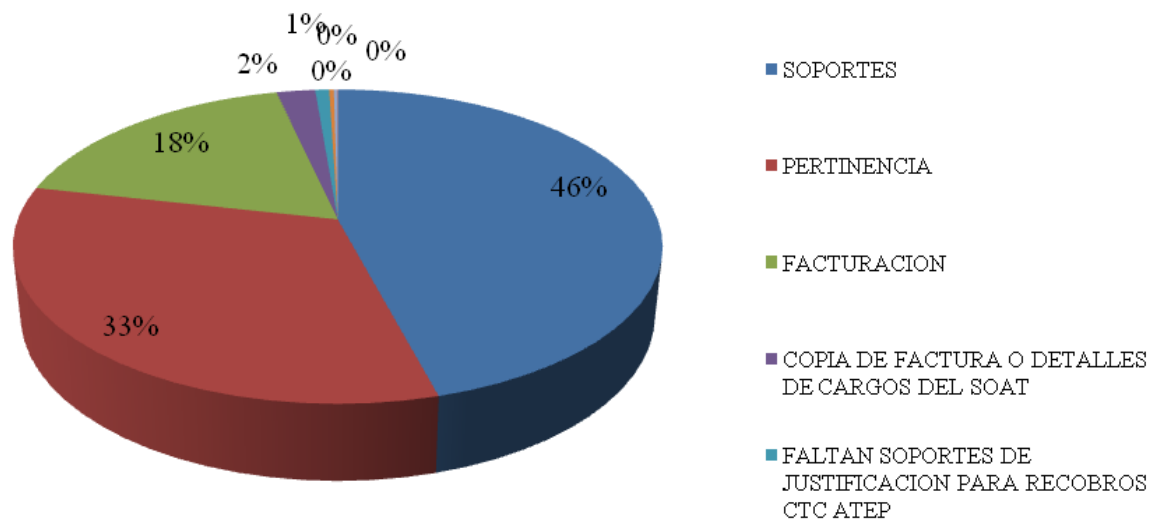
En cuanto a número de glosas generadas a la facturación de historias clínicas con problemas de diligenciamiento, se evidenció que el 51% de las glosas que se generaron son por ausencia de soporte, un 29% por no pertinencia y un 18% por problemas de facturación. Vemos como estos porcentajes en número de glosas se relacionan también con los principales motivos que afectan tanto el número de facturas como el monto facturado de las mismas.

Tabla 15. Valores glosados por fallas en calidad de diligenciamiento

MOTIVOS DE GLOSA	AGOST	SEPT	OCT	Total general	%
Soportes	81.751.537	43.440.573	9.912.219	135.104.329	46%
Pertinencia	42.393.147	37.112.033	16.906.099	96.411.279	33%
Facturación	25.466.387	15.031.114	12.573.638	53.071.139	18%
copia de factura o detalles de cargos del SOAT	6.705.773			6.705.773	2%

faltan soportes de justificación para recobros CTC ATEP	2.409.621			2.409.621	1%
Incluido en la estancia en uci		674.257	140.732	814.989	0%
Atención integral	516.092			516.092	0%
No soportado en historia clínica			160.565	160.565	0%
Total general	159.242.556	96.257.977	39.693.253	295.193.786	100%

Grafica 15. Porcentaje participación de los motivos de glosa en la facturación glosada



Fuente: Hosvital (Software de Facturación)

Las glosas generadas a la Fundación Clínica Universitaria San Juan de Dios de Cartagena en el periodo Agosto a Octubre de 2010 suman \$ 295.193.786, donde un 46% de este valor corresponde a glosas por falta de soporte en la prestación de los servicios, un 33% se debe a la no pertinencia de algunos servicios y un 18% a problemas de facturación. Estos tres motivos de glosa equivalen al 96% de

la glosa total generada por fallas en la calidad de diligenciamiento de la historia clínica.

7. GLOSARIO DE TERMINOS

- **ACCESIBILIDAD:** Acción de llegar o de acercarse.
- **ATRIBUTO:** Cada una de las cualidades de un ser.
- **CALIDAD:** Conjunto de cualidades de una persona o cosa.
- **CENTRALIZACIÓN:** Reunir varias cosas en un centro común o hacerlas depender de un poder central. Asumir el poder público facultades atribuidas a organismos locales.
- **COMPETENCIA:** Represente la presencia entre dos o más empresas las cuales dentro del mismo sector pretenden captar al consumidor a través de la satisfacción de sus requerimientos.
- **COMUNICACIÓN:** Es un proceso de transparencia, mediante el cual se transmiten las premisas decisiones de un miembro de la institución a otro dentro del proceso se muestra la presencia de una fuente (emisor) y un destino (receptor), todo este proceso se conforma a través de códigos simbólicos de la que hace uso de la comunicación para llegar a transmitir la información requerida.
- **COSTO:** Trabajo que cuesta una cosa.

- DEPARTAMENTO: Área que formaliza a posteriori de un proceso de delegación de las diversas funciones que debe cubrir la organización tomándola de manera homogénea.
- DIRECCIÓN: Acto que permite la realización efectiva a todo lo planeado.
- EFICIENCIA: Virtud por facultad para lograr un efecto determinado.
- EFECTIVIDAD: Calidad de Efectivo.
- EFICACIA: Virtud, actividad fuerza.
- ENTORNO: Es el medio ambiente externo en donde la organización busca su crecimiento y desarrollo y de donde obtiene los recursos para su subsistencia.
- ESTRATEGIA: Arte facilidad para dirigir un asunto.
- ESTANDARES: Ajustar un tipo o norma.
- ESTRUCTURA: Puede definirse como el conjunto de todas las normas en que se divide el trabajo entre áreas distintas, consiguiéndose posteriormente la coordinación de la misma. Es el esqueleto por la cual se apoyan las funciones requeridas para la empresa, las cuales interactúan tratando de encontrar el equilibrio que permita el desarrollo organizacional. Actuará como una herramienta de coordinación y orden.
- EVALUACIÓN: Valor, apreciar estimar el valor de las cosas inmateriales.
- GARANTÍA: Acción por efecto de afirmar lo convenido.

- **GESTIÓN:** Acción o efecto de administrar.
- **HOSPITAL:** Establecimiento destinado al tratamiento de enfermedades, Promoción y prevención de la salud.
- **OPORTUNIDAD:** Conveniencia de lugar o tiempo.
- **ORGANIZACIÓN:** Sistema social integrado por individuos que conformen grupos y que basándose en una estructura determinada y dentro de un contexto controlado parcialmente desarrollen actividades dentro la aplicación de recursos, de manera tal que le permitan el logro de los objetivos.
- **PROGRAMA:** Es la interacción de metas, políticas y procedimientos, reglas asignación de recursos y todo factor que permita llevar a delante un curso de acción sincronizado en forma secuencial y cronológica.
- **PROCESO:** Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno.
- **RECURSO:** Son insumos requeridos por el proceso organizacional de manera tal que permita obtener los objetivos a través de la interrelación de las mismas áreas. Son recursos humano, económico, financiero, tecnológico.
- **RESULTADO:** Consecuencia y efecto de un hecho, operación, etc. Buen éxito de una cosa.
- **RIESGO:** Situación que afecta la toma de decisiones puesto que no hay certeza de las consecuencias que se puedan presentar ante una situación

tomada, frente a los cuales debe emplear herramientas probabilística que permitan disminuir las posibilidades de error.

- **SERVICIO:** Organización y personal destinado a cubrir intereses o satisfacen necesidades del público o de alguna entidad pública o privada.

- **SISTEMA:** Es el conjunto de factores interrelacionados de manera tal que tomen una sola compleja, es un todo ordenado después conforme a un esquema ubicado y abreviado de un marco de limitaciones o fronteras que permitan su identificación.

- **USUARIO:** Que tiene derecho en usar con ciertas limitaciones de las cosas ajenas.

CONCLUSIONES

Del anterior trabajo, se derivan varias conclusiones:

1. Las glosas generadas en la facturación se deben a fallas en la calidad de las historias clínicas, ocasionando una pérdida total de \$295.193.786, en los tres meses estudiados. Del total de glosas, el 46% se debe a problemas de soporte, lo cual afectó la facturación de servicios de la IPS, correspondientes a una pérdida por el valor de 135.104.329.
2. De los 50 (cincuenta) profesionales de la salud encuestados, solo el 34% conoce los componentes de las historias clínicas, por ende el 66% restante no tiene conocimiento acerca de los mismos, lo cual se refleja en los resultados negativos obtenidos en la facturación, por el no diligenciamiento de la historia clínica de acuerdo a los estándares de calidad establecidos. Lo más preocupante es que el 94% de los encuestados sabe que existen fallas en el diligenciamiento de la historia clínica.
3. El 13% de los encuestados tienen conocimiento de que hay implicaciones en la facturación de la IPS como producto del mal manejo de las historias clínicas, afectándola negativamente, razón por la cual se deben implementar métodos educativos que permitan concientizar al equipo de salud acerca de la importancia del buen diligenciamiento de las historias clínicas, acorde con lo estandarizado, con el fin de que la calidad de las mismas impacte positivamente en la prestación del servicio a los usuarios y se genere por tanto rentabilidad social y financiera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 100 de 1993.
2. Resolución 3374 de 2000, Registros Individuales de Prestación de Servicios “RIPS”.
3. Registros Médicos e Historias Clínicas, Ministerio de Salud, Oficina de Planeación, División e informática, Bogotá, Enero de 1993.
4. Guía para la elaboración de un Departamento de Registros Hospitalarios, Organización Panamericana de la Salud, Publicaciones Científicas No 110, Diciembre de 1964.
5. Fundación Santa Fe de Bogotá, Manual de Historias Clínicas
6. Ley 23 de 1981, Decreto Reglamentario 3380 de 1981, Normas sobre Ética Médica.
7. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Valor jurídico de las Historias clínicas.
8. Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.
9. Resolución numero 001715 de 2005 (junio 13).
10. Chavida García F. La confidencialidad de los datos clínicos: Mucho por hacer en el sistema público (I y II). Jano 1997; 52: 1.195-1.197.

11. Criado del Rio M. Aspectos Médico-Legales de la Historia Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. Correspondencia: Dr. M.T. Criado del Río. Condes de Aragón, 8. 50009 Zaragoza. Manuscrito aceptado el 28-6-1997. Med Clin (Barc) 1999; 112: 24-28.
12. De Ángel Yagüez R. Problemas Médico-Legales de la Historia Clínica en el marco hospitalario. I Jornadas Nacionales sobre los Derechos de los Enfermos. Cátedra de Medicina Legal de Murcia: Ed: Consejería de Sanidad y Consumo, 1987.
13. Castillo C. Néstor R. Documentos Médicos. (1995-2000) Apuntes y Conferencias INML y CF.
14. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica Peruana de Auditoría en Salud para el Mejoramiento de la Calidad de los servicios. En: www.minsa.gob.pe/portalminsa/publicaciones. (Fecha de acceso: Diciembre 2005).
15. Ortega-Benito. JM. La auditoria médico- clínica (II). Definiciones y tipología. Med Clin (Barc) 1994; 103: 741-4.
16. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. México DF: La Prensa Médica. Mexicana, 1984.
17. Vuori H. Introducir el Control de Calidad, Un ejercicio de Audacia. Control Calidad Asist 1987; 2: 1-4.
18. Suñol R, Delgado R. El Auditor Médico: Un Método Para La Evaluación de la Asistencia. Control Calidad Asist 1986; 1: 27-30.
19. Álvarez Heredia F. Auditoria Médica y Epidemiología. Ecoe Ediciones.
20. Alvares Heredia F. Calidad y Auditoria En Salud. Ecoe Ediciones.
21. Leuro Martínez M. Facturación y Auditoria De Cuentas En Salud. Ecomedios Ediciones.

ANEXOS

ENCUESTA

1. De acuerdo a la Resolución 1995 de 1999, sabe Usted: ¿Cuántos y cuáles son los componentes de la Historia Clínica? Enúncielos.
2. ¿Cree usted que existen fallas de calidad en el diligenciamiento de la historia clínica? Si su respuesta es afirmativa, enuncie las dos principales fallas.
3. ¿Conoce usted las implicaciones que tiene sobre la facturación el mal diligenciamiento de las Historias Clínicas en la institución?
4. ¿Cuáles son los soportes que necesita la historia clínica para un buen diligenciamiento en el paciente hospitalizado?
5. ¿Conoce usted las características de la prescripción médica que plantea el Decreto 2200 de 2005? si su respuesta es afirmativa, enumere las más importantes.
6. ¿Conoce usted los contenidos mínimos de la formula medica que exige el Decreto 2200 de 2005? si su respuesta es afirmativa, enumere los más importantes.
7. ¿Cuales considera Usted que son las causas del mal diligenciamiento de las Historias clínicas en la Clínica? Enuncie las dos principales causas que usted considere.

MINISTERIO DE SALUD
RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999
(JULIO 8)

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica
EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de las facultades legales y en especial las conferidas por los artículos 1, 3, 4 y los numerales 1 y 3 del artículo 7 del Decreto 1292 de 1994 y

Que conforme al artículo 8 de la Ley 10 de 1990, 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.

Que la Ley 100 de 1993, 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 Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.

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

Que la Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 80 de 1989.

RESUELVE:

CAPITULO I

ARTICULO 1. DEFINICIONES.

- a. La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento

- únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.
- b. Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
 - c. Equipo de Salud. Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.
 - d. Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.
 - e. 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.
 - f. 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.
 - g. e) Archivo Histórico. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.
 - h. **ARTICULO 2. AMBITO DE APLICACIÓN.**
 - i. Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.
 - j. **ARTICULO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.**
 - k. Las características básicas son:
 - l. 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.
 - m. 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.
 - n. 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.

- o. Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- p. Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

ARTICULO 4. **OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.**

CAPITULO II

ARTICULO 5. GENERALIDADES

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

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

ARTICULO 6. **APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

PARAGRAFO 1º. Mientras se cumple el plazo en mención, los prestadores de servicios de salud deben iniciar el proceso de adecuación correspondiente a lo ordenado en el presente artículo.

PARAGRAFO 2º. Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada.

ARTICULO 7. NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

ARTICULO 8. COMPONENTES.

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

ARTICULO 9. 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.

ARTICULO 10. REGISTROS ESPECÍFICOS.

Registro específico 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.

PARAGRAFO 1º. Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

PARAGRAFO 2º. Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los

formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

ARTICULO 11. ANEXOS.

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

PARAGRAFO 1º. Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

PARAGRAFO 2º. A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

PARAGRAFO 3º. Los archivos de imágenes diagnósticas que hasta la fecha existen en las Instituciones Prestadoras de servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en el artículo [15](#) de la presente resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.

PARAGRAFO 4º. En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando existiere esta constancia firmada por el usuario, será este último el responsable de la conservación de las mismas.

CAPITULO III

ARTICULO 12. OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO.

Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo [07](#) de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

ARTICULO 13. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

PARAGRAFO 1º. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

PARAGRAFO 2º. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

PARAGRAFO 3º. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

ARTICULO 14. ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

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

1. El usuario.
2. El Equipo de Salud.
3. Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
4. Las demás personas determinadas en la ley.

PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

ARTICULO 15. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central.

Un vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

ARTICULO 16. SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

ARTICULO 17. CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales

ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

CAPITULO IV

ARTICULO 19. DEFINICION.

Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución.

PARAGRAFO. El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.

ARTICULO 20. FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.

- a. Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- c. Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- d. Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

ARTICULO 21. SANCIONES.

Los Prestadores de Servicios de Salud que incumplan lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

ARTICULO 22. VIGENCIA.

La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Fe de Bogotá, a los 8 días del mes de Julio de 1999

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud