

**CIRCULAR 003
(01-04-2013)**

DE: JAIME GUILLERMO DIAZ CHABUR -Gerente HSB

PARA: PERSONAL ASISTENCIAL (Médicos, Enfermeras (os) y Auxiliares de Enfermería) y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE COMPETENCIA DEL HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL E.S.E.

ASUNTO: INSTRUCTIVO SOBRE MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS

FECHA: 1 de abril de 2013

Respetados funcionarios:

Con el fin de dar cumplimiento a la normatividad sobre manejo de historias clínicas es importante precisar los siguientes aspectos:

DEFINICIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

De conformidad con el artículo 1 de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, *“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”.*

Por lo anterior ese documento es un instrumento de comunicación para conocer los antecedentes de salud del paciente, optimizar su atención presente y futura, permitir la investigación y la docencia, y es fundamental como herramienta probatoria a la hora de determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas.

La historia clínica también es un elemento que sirve como criterio de calidad de los cuidados médicos, de la correcta asistencia facultativa y puede ser utilizada como prueba técnica. En tal contexto es el registro formal y único de la atención brindada por el médico, es inmodificable, y es una prueba veraz, imparcial y válida para la justicia.

Por tanto es importante tener en cuenta las normas básicas sobre la historia clínica, que se deben cumplir prudentemente so pena de encontrarse sin el elemento probatorio fundamental a su favor en los procesos de responsabilidad profesional por complicaciones o falla en la atención de salud, que se derivan en procesos éticos, penales, civiles, disciplinarios o administrativos.

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARTE DEL ACTO MÉDICO

El acto médico no se refiere exclusivamente a la acción del servicio profesional dado a un paciente, sino además incluye la obligación de registrarlo o documentarlo, en lo que se denomina la historia clínica (acto médico documental), que por normatividad legal es de carácter obligatorio. (Art. 34 de la Ley 23 de 1981 y arts. 2 y 4 de la Resolución 1995 de 1999)

LA HISTORIA CLÍNICA ES UN ELEMENTO PROBATORIO DE PRIMER ORDEN

La historia clínica es un documento fundamental que sirve como prueba en todos los procesos de responsabilidad por la atención en la prestación de los servicios de salud, pues en ella se establecen elementos probatorios que sirven de sustento para los peritajes médicos legales, conceptos que se soliciten sobre procedimientos a los especialistas.

Si la historia clínica es diligenciada de manera completa, clara y con calidad el profesional de la salud estará respaldado procesalmente, porque se evidenciaría el cuidado tenido con el paciente, de lo contrario el médico carecería de elementos de prueba para determinar hasta donde va su responsabilidad médica.

La historia clínica es el medio en que se basa la construcción de la defensa para el Hospital San Blas.

DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, sin enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas¹, adicional a lo anterior, es importante tener en cuenta lo siguiente:

Teniendo en cuenta que no se pueden usar resaltadores o esferos de colores el diligenciamiento debe ser con esfero de tinta negra; cuando sea necesario identificar aspectos relevantes, críticos o de riesgo del usuario se podrán subrayar también con esfero de tinta negra.

Cada una de las notas del personal asistencial debe llevar la fecha y hora en la que se efectúa, con el nombre completo y firma del autor de la misma, o sello en caso de que se utilice.

Así mismo, los registros clínicos y anexos a la historia, deben atender las normas de diligenciamiento de la historia clínica.

¹ Artículo 5 del Decreto 1995 de 1999.

Al paciente que se le realice el ingreso hospitalario se le debe efectuar la respectiva Nota de ingreso y diligenciarla en su totalidad.

Cuando se utilice el sello médico se debe tener en cuenta que es personal e intransferible por lo que no podrá cederse a terceros. El titular del mismo es responsable de su correcta utilización.

Los documentos de carácter asistencial deben llevar la firma del médico tratante, y si utiliza el sello.

La información personal (apellidos y nombres, identificación, estado civil, sexo, edad, dirección, teléfono, aseguradora, nombre del acompañante y teléfono del acompañante) es obtenida directamente del paciente si llega consiente o del acompañante, a través de la consulta realizada por el profesional asistencial o administrativo.

La identificación de la historia clínica se hará con el número de identificación personal (NUIP: se asignan a los recién nacidos y a los que tramitaron la cédula por primera vez a partir del 2004. Los ciudadanos que tengan su cédula expedida antes de octubre de 2003 seguirán teniendo el mismo número). Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo con el número de orden del menor en el grupo familiar².

LA HISTORIA CLINICA ES PROPIEDAD DEL PACIENTE

El artículo 30 del Decreto 3380 de 1981 señala que *"Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual.*

El paciente puede autorizar³ a la persona que desee para tener acceso a su historia clínica en forma expresa y por escrito. La entrega de copias al paciente se realiza única y exclusivamente para fines que de acuerdo con la Ley resulten procedentes.

CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

El Hospital San Blas II nivel ESE debe garantizar el cumplimiento de las siguientes características básicas en concordancia con la Resolución 1995 de 1999:

² Artículo 6 de la Resolución 1995 de 1999

³ Literal a) artículo 1 de la Resolución 1995 de 1999 y sentencia T - 343 del 2008

- Integralidad - Información científica y técnica administrativa relativa a la atención de salud, que permita determinar la calidad de la historia clínica como que sea completa, coherente, sustentada, sin espacios en blanco, con autorizaciones incluidas, fechada y firmada y legible.
- Secuencialidad - Deben los registros tener la secuencia cronológica de la atención.
- Racionalidad Científica - La historia debe evidenciar en forma lógica, clara y completa el procedimiento realizado para determinar el diagnóstico y plan de manejo.
- Disponibilidad - Posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesite, con las limitaciones que impone la Ley.
- Oportunidad - El registro debe ser simultáneo a la ocurrencia de la prestación del servicio.

Así mismo, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Las anotaciones de la Historia Clínica deben ser objetivas, con letra legible y utilizando sólo abreviaturas o siglas aprobadas por la costumbre médica colombiana.
- Cuando se presente un error al escribir en la Historia Clínica se corregirá trazando una línea sobre el error y anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable (si es usado por el personal asistencial), y señalando el fundamento de la corrección.
- Siempre que los estudiantes, internos y/o residentes de medicina y otras profesiones de la salud realicen anotaciones en la historia clínica deberá ser aprobada con la firma y sello de los profesionales docentes o especialistas de acuerdo con el servicio que se le presta al paciente.
- Las observaciones en la Historia Clínica deberán ser fechadas y firmadas por quién realice el acto médico, consignándose claramente, el nombre y apellido, el número de registro y sello (En caso de ser utilizado).
- El conjunto de las hojas que componen la Historia Clínica deberán ser identificadas con el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente, en lugar uniforme y de fácil visibilidad, en los espacios formulados para el efecto. En el caso de pacientes hospitalizados se registrará además el servicio y el número de cama.

COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA⁴

⁴ Artículos 8 al 11 de la Resolución 1995 de 1999



- Identificación del Paciente - Datos completos del paciente, dirección y teléfono, responsable legal en caso de menores de edad o discapacitados y asegurador.
- Registros específicos – finalidad de la consulta, motivo de consulta, antecedentes, examen físico, diagnóstico y conducta
- Anexos – artículo 11 de la Resolución 1995 de 1999 “*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.*”

ACCESIBILIDAD A LA HISTORIA⁵

Pueden tener acceso a la historia clínica:

- El Usuario
- El equipo de salud (Profesional, técnica y auxiliar del área de la salud que asistan al usuario, los auditores médicos de aseguradoras y prestadores responsables de la calidad del servicio de salud brindado)
- Las autoridades judiciales y de salud en los casos previsto por la Ley
- Las demás personas determinadas por la Ley

Las autoridades competentes para conocer la historia clínica son: La Superintendencia Nacional de Salud, Los jueces de la república, El Tribunal de Ética Médica, La Fiscalía General de la Nación y la Procuraduría General de la Nación.

Hacen parte de la Historia Clínica el resumen de atención y la Epicrisis, de acuerdo con lo señalado por el artículo 6 de la Resolución 3905 del 8 de junio de 1994, de la primera cuando expresa que “*El Resumen de Atención hace parte de la historia clínica, y por lo tanto esta bajo la misma normatividad sobre reserva que al respecto exista*”, y respecto a la Epicrisis la Resolución 3374 de 2000 indica que “*Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico*” (Anexo técnico No. 02)

En pronunciamiento del Consejo de Estado⁶, la Epicrisis aunque tiene información sobre las condiciones del paciente, el hecho de que circule para estos efectos fuera de la institución de salud, no viola el derecho a la intimidad de los pacientes puesto que los

⁵ Artículo 14 de la Resolución 1995 de 1999

⁶ Sentencia del Consejo de Estado 6203 de mayo 4 de 2001

datos allí registrados tienen protección suficiente sobre su divulgación y son necesarios para las acciones del Ministerio de Salud y Protección Social relacionadas con la información para decisiones en beneficio de la comunidad.

La Corte Constitucional se ha referido al tema en sentencia T-413 de 1993⁷ de la siguiente forma: *"El derecho a conocer y solicitar copia de una historia clínica, desde la perspectiva constitucional, está limitado fundamentalmente por el derecho a la intimidad, consagrado en el artículo 15 de la Carta, ya que se trata de una información privada que, en principio, sólo concierne a su titular y a quienes profesionalmente deben atenderlo, excluyendo a otras personas, así sean sus propios familiares"*

Ahora, para determinar las personas que pueden acceder a la información contenida en la Historia Clínica se observa el siguiente pronunciamiento de la Corte Constitucional: *"tratándose de fallecidos, el acceso comportaría vulneración a ese derecho de intimidad que, mutatis mutandis, atañe al cónyuge o compañero (a) permanente y a la familia más cercana del causante, lo que justifica que los demás deban acudir a medios ordinarios dispuestos en el ordenamiento jurídico."*⁸

También, la Corte Constitucional en sentencia T-158A de 2008 estableció algunas condiciones para que un familiar pueda acceder a la historia clínica del paciente:

"a) La persona que eleva la solicitud deberá demostrar que el paciente ha fallecido.

b) El interesado deberá acreditar la condición de padre, madre, hijo o hija, cónyuge o compañero o compañera permanente en relación con el titular de la historia clínica, ya que la regla aquí establecida sólo es predicable de los familiares más próximos del paciente. Para el efecto, el familiar deberá allegar la documentación que demuestre la relación de parentesco con el difunto, por ejemplo, a través de la copia del registro civil de nacimiento o de matrimonio según sea el caso.

c) El peticionario deberá expresar las razones por las cuales demanda el conocimiento de dicho documento, sin que, en todo caso, la entidad de salud o la autorizada para expedir el documento pueda negar la solicitud por no encontrarse conforme con dichas razones. A través de esta exigencia se busca que el interesado asuma algún grado de responsabilidad en la información que solicita, no frente a la institución de salud sino, principalmente, frente al resto de los miembros del núcleo familiar, ya que debe recordarse que la información contenida en la historia clínica de un paciente que fallece está reservada debido a la necesidad de proteger la intimidad de una familia y no de uno sólo de los miembros de ella.

d) Finalmente y por lo expuesto en el literal anterior, debe recalcar que quien acceda a la información de la historia clínica del paciente por esta vía no podrá hacerla pública, ya que el respeto por el derecho a la intimidad familiar de sus parientes exige que esa información se mantenga reservada y alejada del conocimiento general de la sociedad. Lo anterior, implica que no

⁷ Sentencia de 29 de septiembre de 1993, M. P. Carlos Gaviria Díaz

⁸ Sentencia de la Corte Constitucional T-114 de 2009.

es posible hacer circular los datos obtenidos y que éstos solamente podrán ser utilizados para satisfacer las razones que motivaron la solicitud.

Acreditado el cumplimiento de estos requisitos, la institución prestadora de servicios de salud o, de manera general, la autoridad médica que corresponda, estará en la obligación de entregarle al familiar que lo solicita, copia de la historia clínica del difunto sin que pueda oponerse para acceder a dicho documento el carácter reservado del mismo”.

CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA⁹

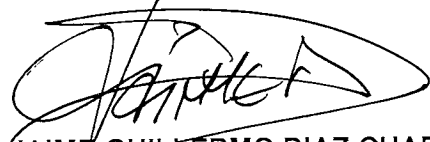
EL Hospital San Blas II nivel ESE está obligado a custodiar la historia clínica en forma organizada y tenerla disponible en el momento en que se necesite, clasificadas en activas (de gestión 5 años), pasivas (central 5 años) y las de más de 20 años (histórica - conservación a partir de la última atención), y atendiendo lo señalado por la sentencia T 443/94 de la corte constitucional se expresa: *“Las instituciones de salud tienen el deber especial de mantener archivos de información relevante que asegure a la persona conocer plenamente cuál era su situación y cómo se procedió en el caso específico; así como la obligación de suministrarle toda la información personal cuando este la solicite”.*

El Hospital debe cumplir con los procedimientos de archivo o custodia de la historia clínica y puede entregar copias al paciente o a su representante legal cuando lo solicite para efectos legales.

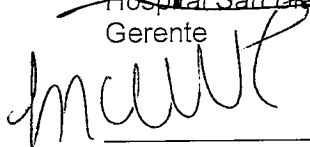
COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS¹⁰

Personas que al interior de la institución, se encargan de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica. Sus reuniones tendrán actas con copia a la dirección de la institución, el Hospital San Blas II nivel ESE reorganizó el Comité de Historias Clínicas mediante Resolución No. 00110 del 24 de abril de 2007.

Cordial saludo,



JAIME GUILLERMO DIAZ CHABUR
Hospital San Blas II nivel ESE
Gerente



⁹ Artículo 13 de la Resolución 1995 de 1999

¹⁰ Artículos 19 y 20 de la Resolución 1995 de 1999