

# HISTORIA CLINICA Y REGISTRO ASISTENCIALES



JULIANA PATRICIA MUÑOZ RODRIGUEZ

# HISTORIA CLINICA

- 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.(Resolución 1995 del 1999).



## ARTÍCULO 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.



- 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

RESOLUCIÓN: 083 9 DE 2017  
( 23 MAR )2017



Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones

# OBJETO

establecer

-el manejo,  
custodia

-tiempo de  
retención

-conservación

final de los  
expedientes  
de las  
historias c

reglamentar el procedimiento que deben adelantar las entidades del SGSSS-, para el manejo de estas en caso de liquidación

Aplica a toda las  
instituciones  
integran el SGSSS, a las  
entidades con regímenes  
especiales y de  
excepción y demás personas  
naturales o jurídicas



Gobernación del Huila



Secretaría de Salud  
Departamental



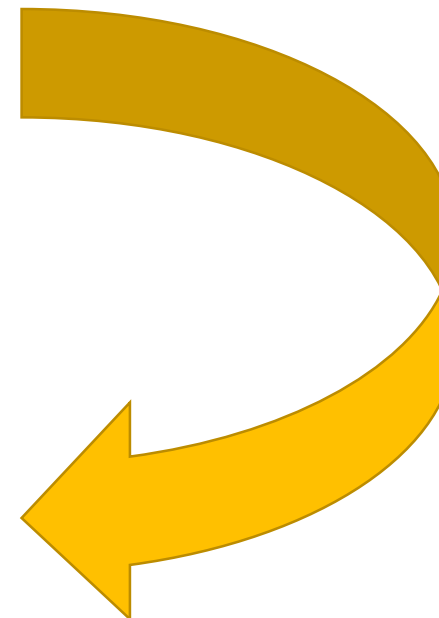


# Retención y tiempos de conservación documental del expediente de la historia clínica

Los cinco (5) primeros años  
archivo de gestión



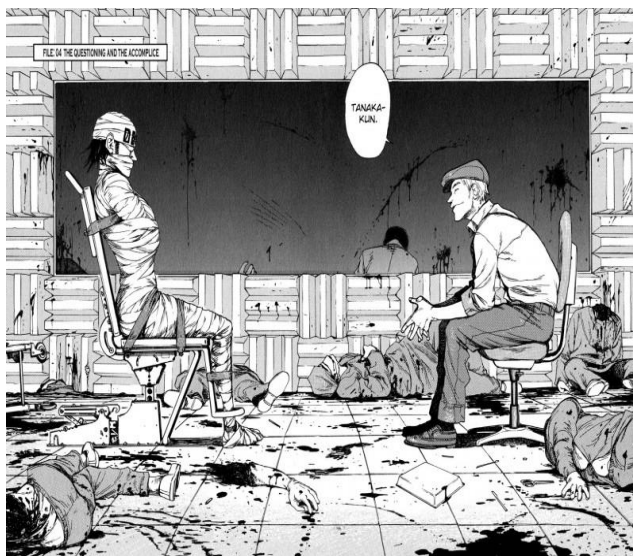
Diez (10) años siguientes en  
el archivo central.



Mínimo de quince (15)  
años



víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán



formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente

la entrega de la historia clínica al usuario, su representante legal o apoderado responsable de su custodia, de forma previa al proceso de disposición final de que trata el artículo siguiente,

se publicarán como mínimo dos (2) avisos:

en un diario de amplia circulación nacional, con un intervalo de ocho (8) días entre el primer aviso y el segundo, podrá extenderse hasta por dos (2) meses más, contados a partir de la publicación del último aviso.



Gobernación del Huila



Secretaría de Salud  
Departamental



Podrá realizarse la disposición final, siempre y cuando se cumplan con las siguientes condiciones:



Cumplido con los tiempos de retención y conservación



Relacionadas en un acta de eliminación( Formato Único de Inventario, Archivo general nacion)



Realizado la publicación en diario oficial



Revisión de cada expediente



Publicarse en un medio de amplia difusión o en su página de internet





acta de eliminación", indicando la fecha y el número de expedientes a eliminar, firmada por el representante legal de la entidad, responsable del archivo de historias clínicas y por el revisor fiscal

deberá contener el señalamiento expreso de que se ha cumplido con los tiempos de retención y conservación

a eliminación de historias clínicas deberá estar respaldada en las tablas de retención documental o las tablas de valoración documental.

# CUSTODIA, CONSERVACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE LOS EXPEDIENTES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS ANTE LA LIQUIDACIÓN DE UNA ENTIDAD O EL CIERRE DEFINITIVO DEL SERVICIO



De no ser posible la entrega de la historia clínica al usuario o a su representante legal, levantará.

un acta con los datos de quienes no las recogieron y procederá a remitirla junto con las historias clínicas, a la Entidad Promotora de Salud a la que se encuentre afiliado el usuario. Copia del acta se remitirá a la Superintendencia Nacional, entidad departamental o distrital .

Las actas deberán ir acompañadas de un inventario documental.





# Expedientes de historias clínicas de personas sin afiliación



entregadas a la entidad departamental o distrital de salud del domicilio y sede donde se les haya prestado el servicio por parte de la entidad liquidada o en liquidación  
La entrega se realizará mediante acta, la cual deberá ir acompañada de un inventario documental



Continuidad en la prestación de servicios de salud. Cuando en las instalaciones de una institución prestadora de servicios de salud que ha sido objeto de liquidación, se continúen prestando servicios de salud,

quien asuma su prestación deberá recibir las historias clínicas de la entidad objeto de liquidación, en el estado en que se encuentren, custodiarlas y llevar a cabo los procesos de gestión documental que estas requieran, para garantizar la continuidad de la prestación de servicios a la comunidad.



# Anexos a la historia clínica consentimiento informado

- El consentimiento informado es una herramienta para informar al paciente sobre los riesgos y beneficios a los cuales se someterá en un procedimiento, diagnóstico, tratamiento y a los beneficios que este conlleva. Con esta información el paciente y/o familiar podrá decidir si acepta o no el procedimiento indicado.



# La Ley 23 de 1981

- Por la cual se dictan normas en materia de ética médica, estableció en su artículo 15 que “el médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, Qx.



# La Resolución 1995 de 1999

- Artículo 11 define que son considerados anexos de la historia clínica; “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).





# La Resolución 2003 de 2014,

En la página 34 definió en el estándar, de historia clínica y registros que se debe contar “con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación



# Qué contenido tiene un consentimiento informado?

- a) Sobre qué se está pidiendo consentimiento (qué es lo que se va a hacer).
- b) Para qué se va a hacer el procedimiento o tratamiento (objetivos claros).
- c) Qué se espera obtener como resultado (beneficios esperados).
- d) Cuáles pueden ser los riesgos que se corre (riesgos más frecuentes y más graves).

e) Qué alternativas existen a lo que se está proponiendo (alternativas disponibles).

f) Qué ocurriría (clínicamente) si el paciente decide no acceder a lo que se le ofrece (riesgos de no tratarse o aceptar un procedimiento).

g) Qué hacer si necesita más información (a quién preguntar, dónde y cómo, información completa y continuada).

h) Qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o rechazado (revocabilidad).

## Qué se debe tener en cuenta en el momento de pre- diseñar consentimientos informados?

- Escribir con términos sencillos y frases cortas.
- Organizar los contenidos por epígrafes.
- Incluir dibujos, si es posible.
- Utilizar varios tipos y tamaños de letra.
- No ocupar más de un folio por las dos caras.
- Evaluar la legibilidad del texto.
- Posible valoración por el Comité de Ética, si lo hay.
- Papel oficial,



## ¿Cuáles son los mecanismos que monitorean el funcionamiento del consentimiento informado?

- Realizar Auditorías a las historias clínicas con el fin de verificar que los anexos, entre ellos el “consentimiento informado”, se estén diligenciando, teniendo en cuenta la calidad de diligenciamiento del mismo.
- Dentro de los elementos mínimos que se deben contemplar se debe tener en cuenta:
  - 1- Nombre y apellido del paciente y médico que informa.
  - 2- Explicar la naturaleza de la enfermedad y su evolución natural.



3- Nombre del procedimiento a realizar, especificando en qué consiste y cómo se llevará a cabo.

4- Explicar los beneficios que razonablemente se pueden esperar del procedimiento o examen y consecuencia de la denegación.

5- Información sobre riesgos de la cirugía, probables complicaciones, mortalidad y secuelas.

6. Planteo de alternativas de tratamiento comparadas con la cirugía propuesta.

7- Explicación sobre el tipo de anestesia y sus riesgos.



8. Posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía.
9. Satisfacción del paciente por la información recibida y resolución de sus dudas.
10. Fecha y firma aclarada del médico, paciente y testigos, si la hubiere.
11. Realizar auditorías periódicas a los usuarios y/o familia para verificar el entendimiento del consentimiento informado explicado por el profesional de la salud y la aceptación voluntaria del procedimiento o la intervención.



# GRACIAS