

	PROCESO	ESTRATÉGICOS	Código:	MAN-PC-02
	SUBPROCESO	PLANEACIÓN	Versión	0
	Nombre del documento:	MANUAL DE HISTORIAS CLÍNICAS		FECHA: 2018

MANUAL DE HISTORIAS CLÍNICAS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN E.S.E



Empresa Social del Estado

POPAYÁN E.S.E.

Trabajamos de corazón

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 1 de 20

1. INTRODUCCIÓN

La **HISTORIA CLÍNICA** es un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal 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. Es el único documento válido para demostrar la atención médica que un paciente ha recibido, y refleja la calidad de atención brindada por el médico y personal asistencial. Todo profesional o auxiliar que labore en la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E, independientemente de su tipo de vinculación deberá ajustarse a las siguientes normas relativas a la elaboración y manejo de la HISTORIA CLÍNICA.

Las **HISTORIAS CLÍNICAS**, son responsabilidad de la institución, cuando estas se manejan de forma manual deben permanecer en custodia, en un lugar apropiado y seguro donde tenga accesibilidad sólo una persona.

La historia clínica constituye un medio de prueba de suma importancia en los juicios por responsabilidad médica, a tal grado que la sola imposibilidad por parte de una institución para suministrarla incluso por extravío, puede llegar a ser entendida como una conducta negligente y generadora de culpa, si se concibe la historia clínica como parte integrante del acto médico, la falla en el registro constituye por sí sola, una falla del acto médico, haciéndolo eventualmente culpable.

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 2 de 20

2. JUSTIFICACIÓN

La historia clínica es la herramienta indispensable para individualizar e integrar todos los aspectos concernientes al ciclo de salud y enfermedad de las personas; es a través de ésta que el equipo de salud podrá redactar e interpretar las impresiones que le deja un paciente, definiendo una o varias posibilidades terapéuticas, así como le será de gran utilidad para recordar datos imposibles de memorizar en su totalidad. Se debe entender que lo que se está redactando puede en cierta medida llegar a convertirse en la prueba de que se ha seguido un proceso de pensamiento amparado por las connotaciones científicas que se tengan en el momento, así como los razonamientos que permitan entender la necesidad de haber realizado determinadas intervenciones.

Debido a la necesidad de entender que el proceso de todo acto médico se debe emprender bajo condiciones de calidad, se requiere hacer un análisis de los aspectos más básicos del desarrollo de una historia clínica, comenzando por reconocer que los formatos actuales no permiten describir las verdaderas necesidades que surgen en el desarrollo de la consulta médica que permitan plasmar de una manera ordenada el pensamiento que ha llevado a tomar determinadas decisiones y que a la vez sean el reflejo de los conocimientos que se tenga sobre la salud del paciente .

 Empresa Social del Estado POPAYÁN E.S.E. <small>1994</small>	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 3 de 20

3. OBEJTIVO GENERAL

Dar a conocer la forma adecuada para el diligenciamiento, manejo, registro y custodia de las Historias Clínicas de la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar evaluaciones de las Historias con el fin de corregir las inconsistencias encontradas en el diligenciamiento.
2. Hacer cumplir lo descrito en este manual.

4. 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. **Historia clínica digital:** Base de Datos Relacional, que utiliza métodos computacionales para almacenamiento y utilización de la Historia Clínica.
- c. **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.
- d. **Equipo de Salud:** Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del paciente y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 4 de 20

- e. 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.
- f. Archivo de Gestión:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los pacientes activos y de los que no han utilizado el servicio durante los tres años siguientes a la última atención.
- g. Archivo Central:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los pacientes que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos siete años desde la última atención.
- h. Proceso de Atención en Salud:** Prestación estructurada y sistemática de procedimientos de salud para garantizar la atención del paciente desde el ingreso hasta su egreso, logrando el tratamiento y rehabilitación de su condición de salud o en su defecto contribuir a mantener condiciones que permitan al paciente una vida digna.
- i. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención:** Es el mecanismo sistemático y continuo de seguimiento y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los pacientes.
- j. Monitorización de la calidad del registro clínico:** Es la medición del nivel de calidad de los registros consignados en la Historia Clínica por el equipo colaborador de salud durante el proceso de atención.
- k. Formato de evaluación de historia clínica:** Documento utilizado por auditoría de la E.S.E Popayán para realizar la monitorización de la calidad de la Historia clínica.
- l. Registros asistenciales:** Documentos en los cuales se consignan los datos, e informes de un tipo determinado de atención. La E.S.E Popayán adoptará los

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 5 de 20

formatos y medios de registro que correspondan a sus necesidades, para las diferentes atenciones que se brindan, como también podrá definir los datos adicionales en la Historia Clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención de los pacientes.

5. 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: Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un paciente, 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.

COMPLETA: Que contenga la **totalidad** de la información relevante del paciente, con la totalidad de las anotaciones del colaborador asistencial que intervienen en la atención.

COHERENTE: Que tenga una correlación entre las diferentes anotaciones.

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 6 de 20

LEGIBLE: Que no dé lugar a interpretaciones o errores; no debe contener siglas que no puedan ser entendibles por otro personal.

CONFIDENCIALIDAD: La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia administrada a un paciente, por lo que es el documento privado de una persona.

SEGURIDAD: En toda historia clínica debe constar la identificación del paciente así como de los colaboradores que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

ÚNICA: La historia clínica debe ser única institucional para cada paciente.

6. OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.

En la Empresa Social del Estado, Los profesionales y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un paciente, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas.

7. RESPONSABILIDAD DEL EQUIPO TÉCNICO RESPECTO A LA HISTORIA CLÍNICA

El médico, el auxiliar de enfermería y los profesionales de la salud de la E.S.E Popayán, que participan en la atención de un paciente son los responsables por la integridad, exactitud y custodia de la **HISTORIA CLÍNICA** y que ésta cumpla con los propósitos para la cual ha sido diseñada. Sin embargo, es el médico y el comité de Historias Clínicas quienes tienen la mayor responsabilidad tanto en forma individual como colectiva, la cual radica no solo en el registro de sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta, sino que además debe revisar los aportes de otras disciplinas de la salud y comentar sobre ellos especialmente si los resultados son inesperados.

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 7 de 20

8. SECRETO MÉDICO O PROFESIONAL

Toda persona que tenga acceso a la **Historia Clínica** o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional. La persona que divulgue información de la historia clínica a personas no autorizadas será sancionada. El código penal Colombiano establece sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

ARTICULO 37. Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa.

El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.

ARTICULO 38. Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- a) Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga.
- b) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento.
- c) A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
- d) A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley.
- e) A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia

ARTICULO 39. El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional Este debe cobijar igualmente a todas aquellas personas que por su estado y profesión, reciben o tienen acceso a esta información confidencial.

El Código Penal Colombiano establece las sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 8 de 20

9. REQUISITOS DILIGENCIAMIENTO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

La Historia Clínica manual 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.

En cuanto a la historia clínica digital se debe diligenciar sin utilizar siglas de forma clara y completa sin dejar información en blanco o sin llenar, y con nombre y firma digital de quien la diligencia.

a. APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

En la E.S.E Popayán se realiza el proceso de apertura de historia clínica tanto en la digital como en la manual a los pacientes del servicio como requisito obligatorio, cuando se preste un servicio de salud por primera vez. 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,
- el número del registro civil para los menores de siete años.
- 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.

b. NUMERACIÓN CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

En la Historia Clínica Manual todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable de archivo de la misma.

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 9 de 20

Los formatos establecidos por el área de Calidad y el comité de Historias clínicas son responsabilidad del (os) auxiliares de enfermería y profesionales que la diligencien y del encargado de archivo.

c. 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
- Lugar de residencia,
- Nombre y teléfono del acompañante
- Nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario
- Entidad afiliadora y tipo de vinculación.

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 10 de 20

ANEXOS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como:

- a) Autorizaciones para intervenciones quirúrgicas
 - b) Consentimiento informado de procedimientos y disentimientos informados.
 - c) Certificaciones médicas.
1. Los reportes de exámenes para clínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica.
 2. En los casos de imágenes diagnósticas, 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.
 3. En los casos de reportes de imágenes diagnósticas el prestador de servicios será responsable del reporte en la historia digital, si es en historia clínica manual, debe dejar constancia firmada en la historia clínica de su entrega. Cuando existiere esta constancia, será el paciente el responsable de la conservación de las mismas.

10. CONTENIDOS MÍNIMOS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

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

- ✓ Datos generales del paciente.
- ✓ Motivo de consulta.
- ✓ Enfermedad actual.
- ✓ Revisión por sistemas.

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 11 de 20

- ✓ 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
- ✓ Firma del profesional a cargo del paciente.
- ✓ Anexos

11. 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 (NOMBRE COMPLETO Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD).
- ✓ Inicie la formulación escribiendo la fecha y hora de formulación.
- ✓ Las órdenes médicas deberán llevar la firma, registro y sello profesional responsable.

➤ **LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**

Toda orden de estudios para clínicos debe contener los datos de identificación del paciente:

Nombre Completo,

Número de historia clínica

Fecha.

Con respecto a Laboratorios se debe escribir la lista de todos los exámenes ordenados. Todas las solicitudes de apoyo diagnóstico deberán estar consignadas en la historia clínica digital y en las manuales deben estar firmadas y selladas por el médico o profesional responsable. Para procedimientos que requieren autorización de la entidad afiliadora es indispensable el diligenciamiento del formato solicitud de "Autorización de

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 12 de 20

procedimientos diagnósticos y terapéuticos” tal como está señalado en el Decreto 4747 de Diciembre de 2007 del Ministerio de la Protección Social y definidos en la Resolución 3047 de 2008.

En el caso de las imágenes diagnósticas los registros y reportes de interpretación de las mismas deberán consignarse en la historia clínica en el registro de exámenes paraclínicos, y las imágenes diagnosticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuras referencias. Esa entrega deberá ser registrada con firma del paciente quien así se hace responsable de su conservación: En caso de no producirse la entrega, la conservación de las imágenes diagnosticas será de la E.S.E. Popayán.

- **ORDENES ESPECIALES:** Si las hay deben quedar consignadas, en la Historia clínica.
- **MEDICAMENTOS NO POS:** Al formular un medicamento verifique si está o no incluido en el manual del POS. Si no está incluido en el manual del POS, debe diligenciar el formato autorización de medicamentos NO POS de la EPS respectiva para que pueda obtener el servicio o reclamar el medicamento.

12. DILIGENCIAMIENTO FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA.

En La E.S.E Popayán actualmente existe un formato único de historia clínica Digital disponible para médico general, para auxiliares de enfermería y profesionales de la salud, aunque se cuenta con formatos manuales en caso de contingencia y para los consentimientos y disentimientos informados.

13. RECOMENDACIONES EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Estas son algunas de las recomendaciones que La E.S.E Popayán le hace al personal profesional y auxiliar que manejan las historias clínicas.

- Indique el motivo de la consulta.

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 13 de 20

- Realizar un examen físico con toma de signos vitales al menos a los hipertensos y diabéticos
- Consigne el diagnóstico presuntivo y especifíquelo bien fundamentado científicamente su presunción.
- Indique si está adoptando las normas de un protocolo o guía de diagnóstico y tratamiento.
- Fundamente el pedido de cada práctica diagnóstica.
- Fundamente cada cambio de tratamiento. Si se trata, por ejemplo, del uso empírico de un antibiótico, explique por qué no se pudo recuperar el germen causal y el porqué de la rotación de antibióticos.
- Anote claramente las indicaciones médicas.
- Justifique la repetición de un estudio.
- Evite abreviaturas y siglas, excepto las de uso muy generalizado.
- Los formatos de evolución manual (consentimientos disentimientos informados) deberán consignarse por parte del médico tratante o la auxiliar de enfermería, con fecha y hora en que se describan los procedimientos aplicados al paciente o cambios ocurridos en el estado del paciente.
- 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 a 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.
- Todas las notas de evolución llevarán fecha y hora, firma, registro médico y sello de quien las elaboró.
- Las anotaciones en la historia clínica manual deben ser claras y legibles.
- Todos los formularios incorporados en la historia clínica deben ser identificados con el nombre completo y número de historia clínica del paciente.

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 14 de 20

- Tanto en historia clínica digital y manual, no dejar espacios en blanco sin llenar.
- En historia clínica manual no use corrector blanco. Si ha cometido un error táchelo con una línea fina que permita leer lo que está escrito debajo, consigne fecha y hora de la corrección y firme al lado de la corrección. Luego escriba y firme a continuación la indicación correcta.
- En historia clínica manual use siempre tinta negra (no azul).

14. ARCHIVO CLÍNICO.

14.1 CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La HISTORIA CLINICA está bajo custodia de La Empresa Social del Estado Popayán E.S.E, se prohíbe retirarla de sus predios. La custodia de la historia clínica estará a cargo de la E.S.E, 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 E.S.E Popayán, 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 para la entrega de esta información.

La Empresa Social del Estado Popayán E.S.E tiene un formato para este proceso de salida y entrada de historias clínicas el cual debe ser diligenciado y firmado por la persona que recibe y entrega la historia; ver los anexos.

14.2 ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

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

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 15 de 20

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.

Ver anexo 1: formato de entrada y salida de historias clínicas.

14.3 PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA HISTORIA CLÍNICA

Retención y tiempos de conservación documental del expediente de la historia clínica. La historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Los cinco (5) primeros años dicha retención y conservación se hará en el archivo de gestión y los diez (10) años siguientes en el archivo central.

Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán. Si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llegare a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E, utilizando para tal fin los medios que considere necesarios. Cumplidos dichos términos, con miras a propender por la entrega de la historia clínica al usuario, el Gerente o apoderado responsable de la custodia de la Historia clínica, de forma previa al proceso de disposición final publicará como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional, definidos por la

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 16 de 20

E.S.E Popayán , con un intervalo de ocho (8) días entre el primer aviso y el segundo, en los que indicará el plazo y las condiciones para la citada entrega, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses más, contados a partir de la publicación del último aviso.

14.4 DISPOSICIÓN FINAL DEL EXPEDIENTE DE HISTORIA CLÍNICA.

La disposición final y la consecuente eliminación de historias clínicas, procederá por parte de la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E, siempre que concurren las siguientes condiciones:

- Que se haya cumplido el tiempo de retención y conservación documental establecido anteriormente.
- Que se haya adelantado el procedimiento de publicación mencionado anteriormente.
- Que se haya adelantado la valoración correspondiente, orientada a determinar si la información contenida en las historias a eliminar posee o no valor secundario (científico, histórico o cultural), en los términos establecidos por el Archivo General de la Nación, de lo cual se dejará constancia en un acta, que será firmada por el o la Gerente y por el revisor fiscal cuando a ello haya lugar, acompañada del respectivo inventario en el que se identifique la valoración realizada a cada una de aquellas.
- Cada historia clínica a eliminar, deben estar relacionadas en un acta de eliminación, en la cual deberá consignarse la siguiente información. Diligenciar documento Formato Único de Inventario Documental, propuesto por el Archivo General de la Nación. Dicha información deberá publicarse en un medio de amplia difusión o en su página de internet.

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 17 de 20

- Las Historias Clínicas que se identifiquen con valor secundario, deberán ser conservadas de forma permanente y su transferencia deberá realizarse en los términos que definan el Archivo General de la Nación y el Ministerio de Salud y Protección Social

15 COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

Se cuenta con un comité de Historias Clínicas, que se reúnen mensualmente en los 19 puntos de atención de la E.S.E y un Comité Macro de Forma bimensual en la Sede Principal, para realizar la evaluación de todo lo concerniente a las Historias Clínica de los pacientes de la **E.S.E Popayán** analizar y dar las correcciones pertinentes al personal encargado del diligenciamiento, manejo y cuidado de las Historia Clínicas.

De cada reunión queda un acta donde se evalúa y se designan los compromisos a cumplir.

16 CONTINGENCIA PARA LA HISTORIA CLINICA.

Cuando se presenten fallas en el sistema informático de la Empresa, se recurrida al diligenciamiento manual de la Historia; para ello cada servicio está dotado de papelería marcada como contingencia la cual cumple con las especificaciones requeridas para la historia. Luego de restablecido el sistema informático de la Empresa, el profesional debe actualizar la información en la historia clínica del usuario, procedimiento que se debe llevar a cabo en el mismo mes que se presento el evento.

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 18 de 20

17 BIBLIOGRAFÍA.

1. Fundación Santa Fe de Bogotá, Manual de Historias Clínicas.
4. Ley 23 de 1981, Decreto Reglamentario 3380 de 1981, Normas sobre Ética Médica.
5. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Valor jurídico de las Historias clínicas.
6. Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.
7. Resolución número 001715 de 2005.
8. Decreto 4747 de 2007.
9. Resolución 3047 de 2008.
10. Resolución 839 de 2017.

8. ANEXOS

Formato de entrada y salida de Historias Clínicas.

	Proceso:	Estratégicos	Código:	MAN-PC-02
	Subproceso:	Planeación y Calidad	Versión:	0
	Nombre del documento:	Manual de Historias clínicas	Página:	Página 19 de 20

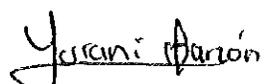
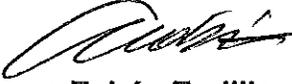
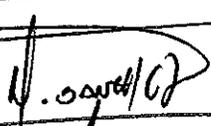
9. CONTROL DE CAMBIOS.

FECHA	NATURALEZA DE LOS CAMBIOS	RESPONSABLE

10. CONTROL DE REGISTROS

Control de registros del Sistema de Gestión de Calidad					
Nombre del registro	Código	Recuperación	Almacenamiento	Conservación	Disposición

10. REGISTRO DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
 Yurani Milet Garzón Apoyo a Planeación.	 Hilliana Guerrero  Álvaro Tobón Trujillo Contratista Líder Calidad. Contratista Líder Planeación	 Marco H. Sánchez Sánchez Gerente ADF
Fecha : Junio 2018	Fecha : Julio 2018	Fecha : Julio 26 2018

