

M A N U A L
para la gestión del
Archivo Clínico





M A N U A L

PARA LA GESTIÓN DEL
Archivo Clínico

Santo Domingo, República Dominicana, 2010

ASOCIACIÓN DOMINICANA PRO BIENESTAR DE LA FAMILIA (PROFAMILIA)

MANUAL PARA LA GESTIÓN DEL ARCHIVO CLÍNICO

Santo Domingo, República Dominicana, 2010

EQUIPO TÉCNICO:

Elaboración:

Dra. Cecilia Villamán y Dra. Griselda Roy Larancuent; Especialistas en Gestión de Servicios.

Validación:

Licda. Ana Carolina Alcequez, Enc. Administrativa y Servicio al Cliente Clínica Profamilia Dra. Evangelina Rodríguez.

Licda. Laura Javier, Enc. Administrativa y Servicio al Cliente Clínica Profamilia Sabana Perdida.

Licda. Kenia Justo, Coordinadora de Operaciones, Clínica Profamilia San Francisco de Macorís.

Licda. Isabel Morillo, Enc. Administrativa y Servicio al Cliente Clínica Profamilia San Francisco de Macorís.

Licda. Solanly Roche, Coordinadora de Operaciones, Clínica Profamilia Sabana Perdida.

Ing. Miguel Rosario, Gerente de Operaciones, Clínica Profamilia Dra. Rosa Cisneros.

Licda. Yilin Segura, Gerente de Gestión Humana de Profamilia.

Lic. Ramón Soriano, Gerente de Operaciones, Clínica Profamilia Dra. Evangelina Rodríguez.

Dra. Mayra Toribio, Auditora Programática de Profamilia.

Licda. Odette Ulloa, Enc. de Calidad de Atención de Profamilia.

Corrección de texto: Sagrada Bujosa M. y Margarita Cordero

Diseño y diagramación: Karen Cortés H.

Una publicación de PROFAMILIA



www.profamilia.org.do

info@profamilia.org.do

Distrito Nacional, República Dominicana

CONTENIDO

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| PRESENTACIÓN | 5 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| Ámbito de Aplicación | |
| OBJETIVOS | 9 |
| General | |
| Específicos | |
| I. MARCO LEGAL | 10 |
| II. MARCO CONCEPTUAL | 10 |
| 2.1 Características del Archivo Clínico | 10 |
| 2.2 Alcance | 11 |
| III. PROCEDIMIENTOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO | 12 |
| 3.1 Apertura e identificación del Expediente Clínico | 12 |
| 3.2 Gestión del Expediente Clínico | 12 |
| 3.3 Ingreso del Expediente Clínico al Archivo | 14 |
| 3.4 Flujogramas | 14 |
| IV. ALMACENAMIENTO O ARCHIVO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO | 17 |
| 4.1. Condiciones físicas de conservación del Expediente Clínico | 17 |
| 4.2. Organización, depuración y ordenamiento de los Expedientes Clínicos | 19 |
| 4.3. Retención y tiempo de conservación | 20 |
| V. CUSTODIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO | 21 |
| 5.1 Consulta de documentos | |
| 5.2 Préstamo del expediente clínico | |
| BIBLIOGRAFÍA | 23 |
| ANEXOS | 25 |



PRESENTACIÓN

En el crecimiento y fortalecimiento de una institución de salud, es necesario actualizar los procesos y procedimientos a fin de garantizar servicios eficientes y de calidad. En este sentido, Profamilia presenta una serie de documentos que se aplicarán a nivel de los servicios de las clínicas institucionales, entre los cuales se elaboraron: Manuales, Protocolos de Procedimientos y Guías de Atención; instrumentos que servirán de base para auditar en las diferentes áreas.

Estos documentos están dirigidos a las y los proveedores de salud que laboran en Profamilia, orientados a favorecer la reflexión sobre los fundamentos éticos del trato a los/as usuarios/as que acuden en busca de servicios a las clínicas institucionales.

La elaboración de estos instrumentos propicia el conocimiento de los principios establecidos para la provisión de servicios y una dinámica que favorezca la relación proveedor/a - usuarios/as y el reconocimiento de los factores que favorecen o dificultan el logro de una atención de calidad.

Con su elaboración y divulgación, la institución busca fortalecer el conocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos, lo que implica que los/as clientes que acuden a los servicios tengan derecho a información, garantizando un modelo de atención diferenciado de alta calidad, con credibilidad y confiabilidad.

Los mismos constituyen un esfuerzo más de Profamilia, para contribuir a la reflexión crítica sobre la garantía de la calidad de atención en los servicios de salud que se ofrecen a todas y todos los usuarios, con procedimientos basados en el ejercicio de las normas nacionales e internacionales y las políticas establecidas por la institución.



INTRODUCCIÓN

El Expediente Clínico y en general todos los registros médicos, constituyen documentos valiosos desde el punto de vista médico, gerencial, legal y académico, por lo que su correcta administración, gestión y custodia, contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de la atención de los usuarios y a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia y disposición de la documentación para los fines de los procesos de auditorías médicas y de expedientes clínicos.

Por ello, es importante definir correctamente todo lo concerniente a mecanismos y procedimientos que sigue el expediente clínico desde su apertura, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad las demandas cada vez más exigentes de los clientes y de los prestadores de servicios de salud (personal y establecimientos de salud). Más aún, si se tiene en cuenta la Ley General de Salud (42-01), que posiciona a las/os usuarias/os como eje de las organizaciones y de las prestaciones de salud. La disponibilidad de instrumentos, guías, manuales o protocolos que sirvan de referencia o estándares es un componente crucial para el buen desempeño del proceso de auditoría, lo cual debe ser registrado en un documento de carácter legal que es el expediente clínico, siendo archivado en un lugar seguro que pueda ser utilizado de manera oportuna, por lo que es conveniente y prioritario organizar el archivo y sistematizarlo a fin de que se generen cambios significativos en tecnología de información que permita simplificar, agilizar e incrementar el tiempo y la utilidad del proceso de trabajo y las informaciones que son tan importantes para el área administrativa como para las auditorías clínicas y médicas.

El Manual para la Gestión del Archivo Clínico de Profamilia, permite contar con un instrumento de referencia a los fines de que el personal de auditoría lo utilice para desarrollar con la mayor precisión posible la operación de auditoría y como pieza clave en la estandarización de los actos médicos y la efficientización del servicio al cliente.

Por lo antes expuesto, es de suma importancia que la institución cuente con un manual que cumpla con las especificaciones técnico-científicas necesarias y que éstas sean observadas y aplicadas por el personal de las clínicas institucionales y la Unidad de Apoyo Emocional.

Ámbito de Aplicación

El presente manual sobre la Gestión del archivo clínico es de aplicación nacional en todas las clínicas y la Unidad de Apoyo Emocional de Profamilia.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Establecer los procedimientos para el adecuado funcionamiento y la correcta organización del archivo Clínico en las clínicas y la Unidad de Apoyo Emocional de Profamilia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los procedimientos para la administración y gestión del Expediente Clínico en las clínicas y la Unidad de Apoyo Emocional de Profamilia.
- Organizar el área física de los expedientes clínicos con la finalidad de unificar la información de cada cliente en un expediente clínico único.
- Establecer la ruta crítica del expediente clínico.

I. MARCO LEGAL

1.1 Ley General de Salud 42-01

- a. Art. 28 de los derechos y deberes en relación a la salud de los usuarios, registro o constancia escrita de su proceso salud-enfermedad.
- b. Art. 29 sobre proporcionar de manera oportuna y fidedigna la información.
- c. Art. 155 sobre sistema de registro e información.
- d. Art. 170 sobre acreditación y habilitación de los establecimientos de salud, ingresos y egresos, gestión de calidad.

1.2 Reglamento General de Hospitales

Decreto NO 351-991. Art. 15 a) sobre organismos internos de asesoramiento, prohibición de la extracción de los expedientes y las historias clínicas de los establecimientos de salud, con excepción de los casos expresados, autorizados por el director, emisión de fotocopias autenticadas por el jefe de registro clínico o el subdirector médico, sobre la conservación del expediente clínico en el archivo clínico, imposibilidad de pérdida de la información aun ante la acción voluntaria de quienes tienen acceso legítimo a ella.

b) Sobre el manejo de la información: un sistema de atención, registro y resolución de quejas y reclamaciones de los usuarios de acuerdo con el modelo general establecido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

1.3 Ley de Seguridad Social 87-01

Sobre sistema de garantía de calidad.

II. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Características del Archivo Clínico

2.1.1 SEGURIDAD

Los expedientes clínicos deben estar organizados y ubicados en un espacio físico seguro, en el que sólo el personal autorizado tenga acceso al departamento y el personal autorizado por la dirección del establecimiento puede acceder a la información, para documentar un proceso de auditoría, hacer una investigación científica y hacer una investigación legal.

2.1.2 DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN

Es la posibilidad de utilizar el **expediente clínico** en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

2.1.3 OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN

Es el diligenciamiento de los registros de atención del **expediente clínico**, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

2.1.4 ORGANIZACIÓN

Esta característica se relaciona con la secuencialidad de los registros, los cuales deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico el expediente clínico es un instrumento que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al cliente.

2.1.5 CONFIDENCIALIDAD

Se refiere a que la información contenida en el expediente clínico no debe ser objeto de revisión y divulgación por parte del personal de archivo, es confidencial y privada.

2.2 Alcance

El archivo es el lugar físico en el que se depositan de manera organizada los expedientes clínicos cuya documentación es importante para los diferentes actores involucrados, por lo que debe ser de conocimiento su importancia desde los proveedores de la atención hasta el personal que trabaja en el área de archivo propiamente y el de servicio al cliente, que gestiona la atención al usuario/a.

2.2.1 FUNCIONES DEL ARCHIVO

- Formación de expedientes clínicos
- Guarda de expedientes clínicos
- Manejo de expedientes clínicos
- Coordinación de su trabajo con servicio al cliente

2.2.2 COMPONENTES DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

El expediente clínico deberá contar con:

Historia Clínica: Deberá **llenarla** el médico y constará de: interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos.

Nota de evolución: Deberá **llenarla** el médico cada vez que proporciona atención ambulatorio al paciente, de acuerdo con el estado clínico del paciente.

Nota de Interconsulta: La solicitud deberá llenarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico.

Nota de referencia/traslado: De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía.

Hoja de enfermería y órdenes médicas: Esto en caso de internamiento.

Epicrisis: en casos de internamiento es un resumen de todo el proceso llevado a cabo con el paciente, el cual se envía al departamento de facturación para fines de aprobación y hacer reclamación de pagos a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS).

Otros documentos:

Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio o internamiento, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo. En seguida se refieren los que sobresalen por su frecuencia:

Consentimiento informado: Es un documento por medio del cual el cliente autoriza la intervención o procedimiento habiendo sido previamente y debidamente informada por el médico o personal de salud asignado.

Hoja de egreso voluntario: Documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

III. PROCEDIMIENTOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

3.1 Apertura e identificación del Expediente Clínico

Una vez el/la cliente solicita el servicio en la clínica de profamilia, debe digitarse la información antes de ser archivado el Expediente Clínico. Se solicita al cliente sus datos sociodemográficos como son:

- Identificación personal: Nombre, apellidos y apodo
- Cédula de Identidad
- Dirección
- Teléfonos y correo electrónico
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Nivel de Escolaridad
- Ocupación Actual
- En caso de emergencia a quien debe notificar
- Poner el número de la carpeta del Expediente Clínico con que se está trabajando, cuando es un paciente de primera vez, asignarle un número de Expediente Clínico (herramienta informática).
- Fecha de apertura del expediente
- Edad del paciente al momento de hacer la consulta
- Fecha de la última consulta

3.2 Gestión del Expediente Clínico

a. Paciente que viene por primera vez a la clínica / Ruta Crítica:

1er. paso: El cliente va a registro en donde le toman los datos generales y le es asignado por el sistema informático automatizado el número del expediente. Además se crea el expediente clínico físico ya enumerado.

2do. paso: Si tiene seguro pasa a ARS, luego pasa a caja que genera el turno para la consulta.

3er. paso: Si No tiene seguro pasa a caja a pagar los servicios solicitados. Caja genera el turno para la consulta.

La factura contiene: Código del médico, turno, seguro o afiliación, cupón y/o efectivo, hora, fecha, el nombre del medico y el numero de comprobante fiscal NCF, el nombre del cajero, el número del expediente clínico y el servicio a recibir.

4to. paso: Caja pasa esta documentación al archivo para fines de completar el expediente (introducción de los formatos del Expediente Clínico y de los procedimientos requeridos por el cliente, incluye también la hoja del programa de violencia). Le entrega el original de la factura al cliente y la clínica se queda con la copia.

5to. paso: Archivo grapa la factura y lleva el expediente clínico a la consulta (el cual es llevado por la archivista y/o enfermería) con la factura.

6to. paso: Cliente pasa a la consulta en donde el médico escribe su nombre y el diagnóstico en una hoja de registros del expediente clínico y diagnósticos, la cual es entregada en archivo al final de la consulta y es guardada en folders específicos para esto; dicha información sirve de insumo para la elaboración de los informes estadísticos de la clínica. Estos registros son entregados semanalmente al/la Gerente Médico de la clínica.

7mo. Paso: Una vez recogidos los expedientes de la consulta médica son registrados en el programa de violencia y son archivados al finalizar la jornada de trabajo del día.

Los expedientes de cirugías ambulatorias se manejan con citas previas y los expedientes de estos pacientes son buscados en el archivo con anticipación.

El expediente clínico contiene la historia clínica y los formularios de los diferentes procedimientos que se realizan en la clínica (Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria - AQV), consentimiento informado, sonografía y mamografía, biopsia de mamas, etc.).

b. Pacientes subsecuentes o recurrentes/Ruta Crítica:

1er. paso: Si el paciente es asegurado pasa directamente a la ARS y luego a caja

2do. Paso: Si el paciente no es asegurado pasa directamente a caja

3er.paso: Caja le genera un turno (lo entrega a archivo y la factura), entrega la factura original al paciente.

La factura contiene: Código del médico, turno, seguro o afiliación, cupón y/o efectivo, hora, fecha, el nombre del medico y el numero de comprobante fiscal NCF, el nombre del cajero, el número del expediente clínico y el servicio a recibir.

4to. paso: Archivo grapa la factura, busca el expediente clínico y lo envía a la consulta médica elegida por el paciente (es llevado por la archivista y/o enfermera).

5to. paso: Paciente pasa a la consulta en donde el médico escribe su nombre y el diagnóstico en una hoja de registro la cual es entregada a archivo al final de la consulta y es guardada en folders específicos para esto, dicha información sir-

ve de insumo para la elaboración de los informes estadísticos de la clínica. Estos registros son entregados semanalmente al Gerente Médico de cada clínica.

6to. paso: Los expedientes de la consulta médica junto con la Hoja de Registro Diaria (la cual es llenada por el médico) son recogidos por la archivista y/o enfermera, y llevados al archivo.

7mo. paso: Los expedientes son organizados por orden numérico y colocado en la tramería al final de la jornada de trabajo del día (tandas matutina o vespertina).

Los expedientes de cirugía ambulatoria se manejan con citas previas y son buscados en el archivo con anticipación (de uno a dos días antes).

El expediente clínico contiene la historia clínica, consentimiento informado, reporte de mamografía y sonografía de mamas, y los formatos de los diferentes procedimientos que se realizan en la clínica (Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria - AQV), toma de muestra para biopsia, etc.).

3.3 Ingreso del Expediente Clínico al Archivo

El ingreso de todo expediente clínico, registro clínico o documento anexo al mismo se realizará a través de una relación de entrega. El personal del archivo quien recibe, debe verificar contra relación y físico de entrega del expediente clínico, el número correspondiente al mismo, nombre a quien pertenece, número de folios. Se debe revisar la cantidad de folios que lo componen, estando numerados en forma consecutiva, por el responsable del diligenciamiento del expediente clínico, lo cual significa, que todo aquel que realiza la primera anotación de cada hoja, debe identificarla en forma correcta y clara, con los datos de identificación del paciente y número del expediente clínico respectivo y así mismo, efectuar el registro del número de folio respectivo en la parte inferior derecha de la misma, por cada una de las páginas que contempla cada hoja.

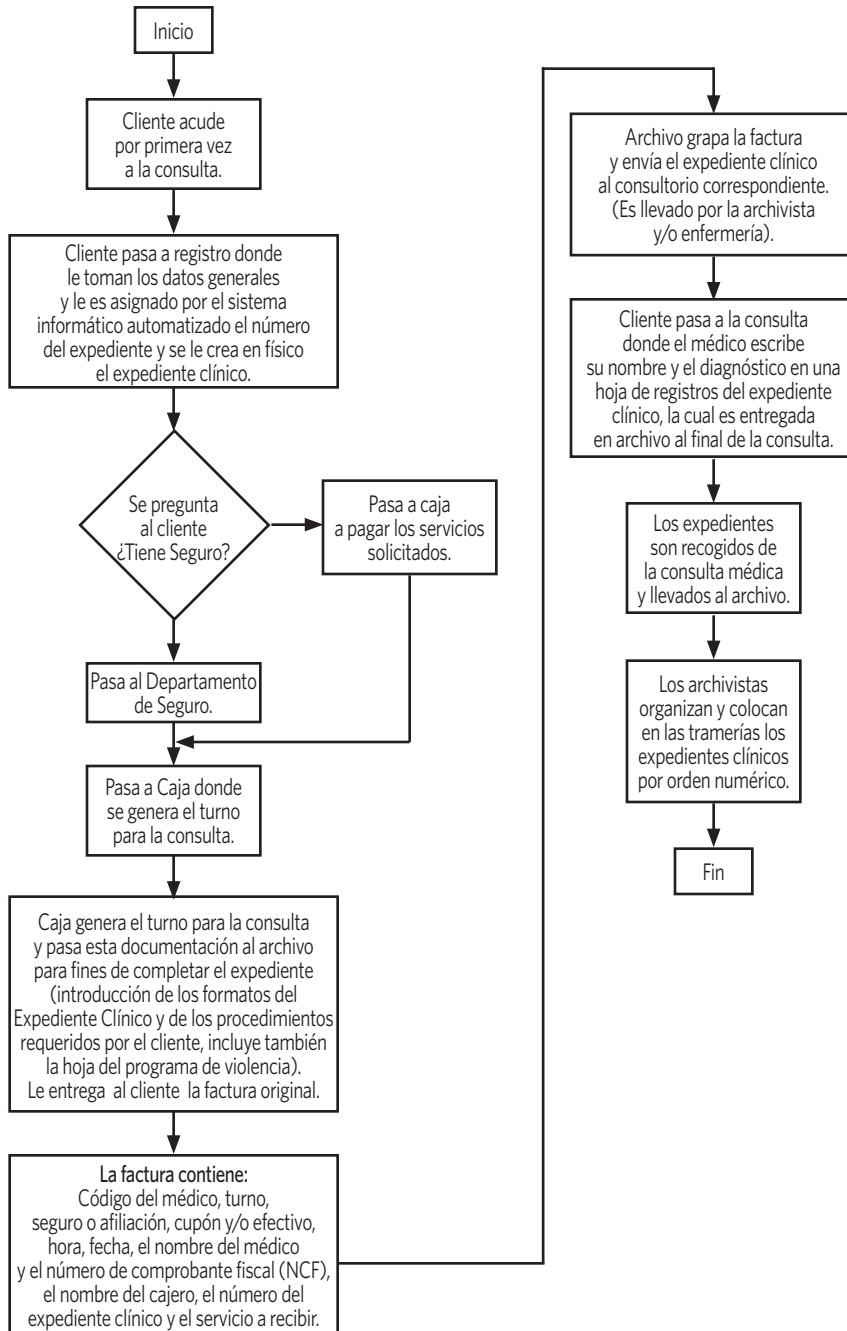
Es de aclarar, que quien efectúa la primera anotación de cada hoja deberá seguir el consecutivo de numeración de folios según el tipo de registro. En caso de expedientes provenientes de consulta, se debe verificar contra Registros Individuales de Prestación de Servicios, mediante el cual fueron entregadas.

3.4 Flujogramas

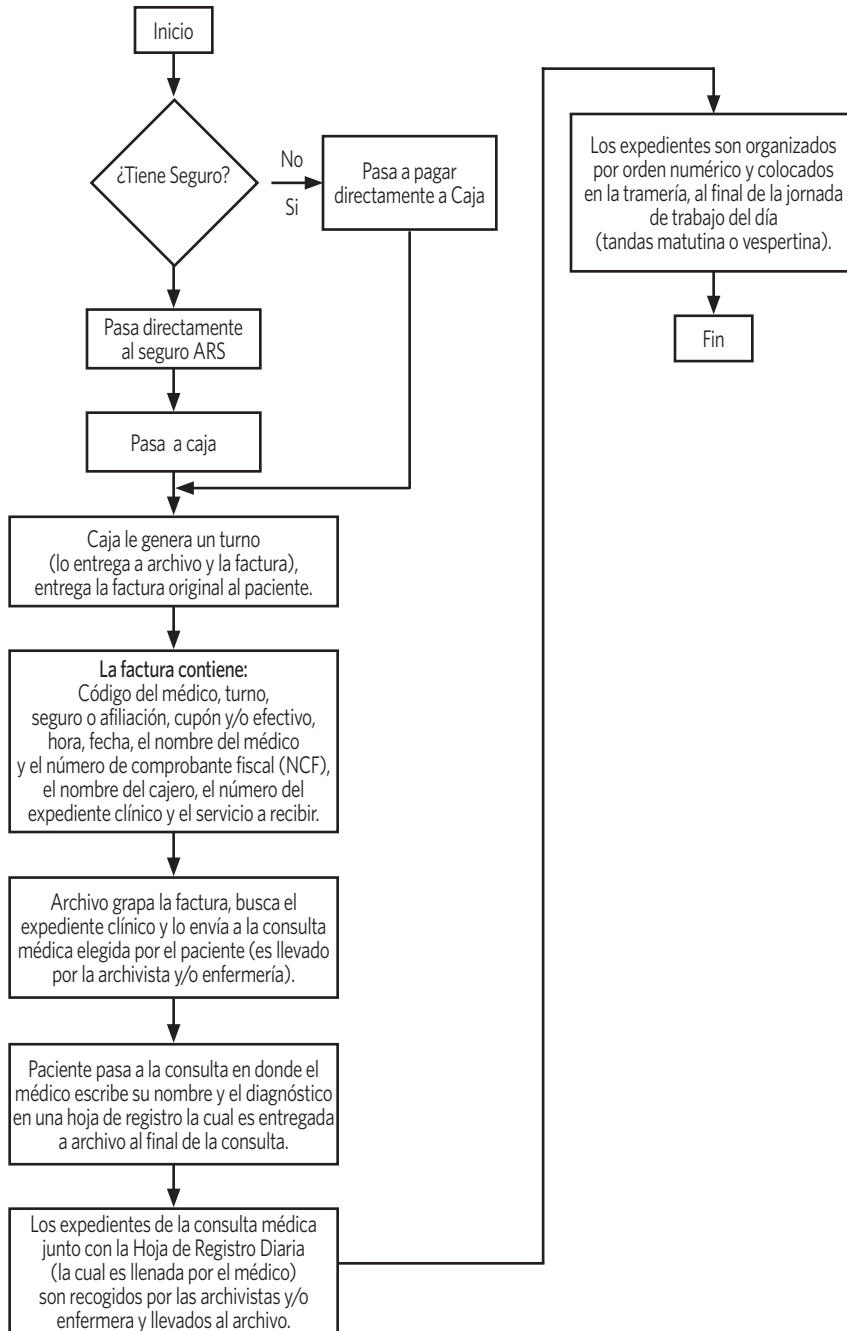
A continuación se presentan los flujogramas siguientes:

- Gestión del Expediente Clínico de cliente de primera vez en la clínica Profamilia.
- Gestión del Expediente Clínico de Cliente de Consulta Subsecuente en la clínica de Profamilia.

GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE CLIENTE DE PRIMERA VEZ EN LA CLÍNICA DE PROFAMILIA



GESTIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE CLIENTE SUBSECUENTE EN LA CLÍNICA DE PROFAMILIA



IV. ALMACENAMIENTO O ARCHIVO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Las clínicas disponen de un archivo único de expedientes clínicos en las etapas de archivo de gestión y de un archivo central e histórico de la siguiente forma:

Archivo de Gestión o Archivo Activo: Es aquel donde reposan los expedientes clínicos de los clientes activos, y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

Archivo Central o Pasivo: Es aquel donde reposan los expedientes clínicos de los clientes que no han vuelto a usar los servicios de atención en salud de la clínica o de la Unidad de Apoyo Emocional, en los últimos 5 años y se conservarán en el mismo hasta 10 años después de la última atención.

En el caso de fallecimiento

En los casos de clientes de las clínicas y la Unidad de Apoyo Emocional de Profamilia que hayan fallecido, estos expedientes clínicos permanecerán en los archivos de las clínicas y UAE cumpliendo con el tiempo que estipula las normativas de la SESPAS como entidad rectora de la salud.

4.1 Condiciones físicas de conservación del Expediente Clínico

El archivo de los expedientes clínicos se debe conservar en condiciones de lugar, procedimentales, medioambientales y materiales, propias y adecuadas para tales fines.

Las condiciones de infraestructura que debe tener el archivo son:

- Ubicación
 - Está ubicado en terreno que ofrece estabilidad sin riesgos de inundación.
 - Se encuentra lejos de industrias contaminantes o posible peligro por atentados u objetivos bélicos.
- Aspectos Estructurales
 - Se utiliza estantería de 2.20 metros de alto.
 - Los pisos, muros, techos y puertas deben estar contruidos con material aislante de alta resistencia mecánica y desgaste mínimo a la abrasión.
 - Las pinturas utilizadas deben tener propiedades aislantes y darles el tiempo de secado necesario evitando el desprendimiento de sustancias nocivas para la documentación.
- Capacidad de almacenamiento

Los depósitos se dimensionarán teniendo en cuenta:

 - La manipulación, transporte y seguridad de la documentación.
 - El crecimiento documental de acuerdo con los parámetros archivísticos y los procesos de retención establecido.

4.2 Organización, depuración y ordenamiento de los Expedientes Clínicos

4.2.1 DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES:

Consiste en hacer un análisis detallado del área donde opera el archivo, si caben los archivos actuales y los futuros. Se considera que el promedio en un archivo de expedientes depurado, es de aproximadamente 4 expedientes duplicados por usuario/a, lo que reduce el espacio considerablemente. Si se considera que no es suficiente el área del archivo, se debe buscar otro sitio dentro de la clínica e iniciar su adecuación antes de comenzar con la depuración de expedientes, para que el archivo nuevo llene los requisitos y se puedan trasladar los expedientes depurados.

4.2.2 LIMPIEZA:

El área del archivo debe estar siempre limpia y organizada. Es un área que contiene mucho polvo que sale de los expedientes. Se recomienda lo siguiente para mantener la limpieza del archivo:

- Paredes limpias y pintadas preferiblemente de un color claro que tranquilice y que a la vez de la sensación de espacio.
- Techos sin telas de araña u otro tipo de insectos atraídos por el papel.
- Paredes libres de fotografías, póster o elementos que no tengan relación con el trabajo que se realiza en el área, esto carga el ambiente y limita la visibilidad, produce stress.
- Anaqueles limpios, pintados y/o reparados, antes de comenzar el proceso de organización del archivo.
- Equipos y mobiliario limpios: PC, escritorios e impresoras.

4.2.3 ORGANIZACIÓN DEL ÁREA:

Anaqueles: colocarlos en el sentido de las manecillas del reloj, señalizados con etiquetas con letra legible.

Fólderes:

- Certificar que los números de los fólderes coinciden con lo señalado en la tramería. Hacer un muestreo de por lo menos 10 expedientes al azar para verificar que la organización se está haciendo bien.
- Verificar que los fólderes se encuentran en buenas condiciones físicas (se pueden reutilizar si se voltean).

Extintores: El área de archivo por tener riesgo de incendio debe disponer de extintor de incendios con carga vigente como norma de seguridad, instalado dentro del archivo y adiestrar el personal sobre su uso. Debe instalarse a una altura de 50 pulgadas el piso el puño del extintor.

Medidas de Bioseguridad:

Se deben cumplir con algunas conductas de Bioseguridad que mejoren tanto el área de archivo como la del personal del área.

- **Ventilación del área** cuando se está archivando o desarchivando debe estar ventilada por lo que se recomienda: ventanas abiertas o abanicos.

- **Uso de batas o delantales:** Verificar el uso de batas en el personal de archivo que busca y guarda los expedientes clínicos. La cantidad de batas debe corresponder con la cantidad de personas que trabajan en el área.
- **Escalera de 3 escalones o banquillo:** Para depurar los expedientes clínicos que se encuentren archivados en una altura superior a la de la estatura (alto de su cabeza) y que deben desarchivarse y archivar, debe utilizar una escalera para sacar y entrar de los estantes los expedientes y evitar un desgarro muscular en la espalda.
- **Uso de mascarillas y guantes:** Usar guantes de látex, mascarilla y delantal o bata de médico o enfermera para archivar, depurar y manipular los Fólderes.

Verificar:

- El uso de mascarillas y guantes por el personal que busca y guarda los expedientes clínicos.
- Cantidad de mascarillas y guantes corresponde con el número de personas del archivo.
- Se deben reemplazar tan pronto como se comiencen a deteriorar.

4.2.4 MEDIDAS GENERALES DE ARCHIVO:

- No ingerir bebidas ni ningún tipo de alimento dentro del área.
- No fumar dentro del área de archivo.

Misceláneos: Tener en cuenta gastos que se requieren para la depuración y organización del archivo, al mismo tiempo que un manejo adecuado de los suministros y materiales gastables.

Materiales utilizados en la organización del Archivo: Marcadores, etiquetas para marcar los anaqueles o estanterías, computadora con aplicación de una herramienta informática, tarjetero manual, escritorio, silla escalera de tres pasos, cajas para organizar documentos depurados, ganchos para fólderes, perforadora de 2 huecos, fólderes.

4.2.5 DEPURACIÓN DEL ARCHIVO

1. Realizar un reconocimiento general del archivo, revisar si las historias clínicas, expedientes o records están archivados por orden numérico o por orden alfabético.
2. Revisar si los estantes o anaqueles están marcados con los números o letras de los expedientes o records que allí se archivan.
3. Revisar la existencia del tarjetero índice.
4. Establecer el orden para la organización del archivo, iniciando desde la izquierda hacia la derecha en el sentido de las manecillas del reloj, y de arriba hacia abajo con relación a la estantería. Hasta que no tenga organizado y depurado todo el estante no se pase a otro.
5. Tomar los expedientes clínicos o records repetidos e inclúyalas en una sola carpeta.
6. Si encuentra un record que solo tiene la fecha, descártelo.
7. Archive las carpetas en orden cronológico de las fechas de consulta (desde la más antigua hasta la más reciente).
8. Cuando un cliente tenga dos expedientes, se actualiza en el sistema y no se hace una nueva tarjeta índice.

4.3 Retención y tiempo de conservación

- Los expedientes clínicos deben conservarse por un periodo mínimo de 10 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión o activo de la clínica, y mínimo diez (10) años en el archivo central o pasivo, cumpliendo con lo establecido por las normativas de la SESPAS.
- Una vez transcurrido el término de conservación, los expedientes clínicos podrán destruirse, mediante levantamiento de acta que relacione los expedientes y las Historias clínicas destruidos con la fecha de la última atención.
- Dicha acta debe ser firmada por el responsable del archivo de los expedientes clínicos y el revisor fiscal o contralor del proceso. Dicho documento debe ser remitido a Profamilia.
- La custodia de los expedientes clínicos es responsabilidad del prestador de servicios que la generó durante la atención bajo el cumplimiento de los procedimientos de archivo.
- El archivo de los expedientes clínicos es un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando los expedientes clínicos en condiciones que garantizan su integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

V. CUSTODIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

5.1 Consulta de documentos

La consulta de documentos en los archivos activos de gestión, por parte de otras dependencias o de los ciudadanos, se realiza permitiendo el acceso a los documentos cualquiera que sea su soporte.

El acceso a la consulta de documentos se efectúa previa verificación del documento de identidad y el establecimiento de los fines de consulta.

Si el interesado desea que se le expidan copias o fotocopias, éstas deberán ser autorizadas por el Gerente Médico de la clínica y sólo se permitirá cuando la información no tenga carácter de reservado, conforme al marco legal.

5.2 Préstamo del Expediente Clínico

Cuando el expediente clínico es extraído del archivo para varios fines, se registra en una herramienta informática. Deberá solicitarse la extracción del expediente a través del Gerente Médico de la clínica. Mientras el expediente este afuera del archivo el espacio que le corresponde ocupar al expediente tendrá una ficha o tarjeta de reemplazo (anexo 3) que contiene los datos de la persona que solicitó el expediente y los datos de la persona del archivo que entregó dicho expediente, la fecha de entrega y la fecha en que será devuelto el expediente al archivo.

En caso de demanda, qué hacer:

En caso de una demanda imputada a una de las clínicas de Profamilia y/o a un proveedor médico de dicha clínica, se debe garantizar la custodia del expediente clínico, ya que como documento legal es propiedad de la institución y del proveedor médico. Dicha custodia queda bajo la responsabilidad del Gerente o Coordinador Médico de la clínica en cuestión, siendo este quien debe intercambiar con la representación legal del caso. No se debe entregar copia del mismo de manera directa a los familiares ni al usuario/a. En tal sentido se realizará un Resumen clínico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica del/la paciente, contenidos en el expediente clínico, incluyendo como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete y firmado por el Gerente Médico.

En todas las clínicas de Profamilia, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de las autoridades judiciales y el organismo rector en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Caja de Herramientas Gerenciales, Proyecto USAID/Reforma de Salud, 2005/2008
- Documentación de Procesos, Alliance Business Solutions; 2007.
- Leyes General de Salud 42-01.
- Ley de Seguridad Social 87-01.
- Manual de Normas y Procedimientos Sobre Control y Organización de Archivos Administrativos, Universidad Pontificia Bolivariana; Departamento de administración de Documentos, 2006.
- Normas Nacionales del Expediente Clínico de la Atención Médica. Serie Normas Nacionales No. 32. Primera edición. SESPAS 2003.



ANEXOS

- TARJETERO ÍNDICE
- TARJETA DE REEMPLAZO



TARJETERO ÍNDICE

| |
|--|
| |
|--|

| 1er. Apellido | 2do. Apellido | Nombres | No. de Expediente |
|---------------|---------------|---------|-------------------|
|---------------|---------------|---------|-------------------|

Clínica: _____

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Cédula: _____</p> <p>No. Récord Anterior: _____</p> <p>Fecha de Apertura: _____</p> <p>NSS: _____</p> <p>ARS: _____</p> | <p>Nombres: _____</p> <p>Apellido 1: _____</p> <p>Apellido 2: _____</p> <p>Apodo: _____</p> <p>Nacimiento: _____</p> <p>Sexo: _____</p> |
| <p>Calle: _____</p> <p>Casa: _____ Edificio: _____ Piso: _____</p> <p>Apartamento: _____ Teléfono: _____</p> <p>Provincia: _____</p> <p>Municipio: _____</p> <p>Sección: _____</p> <p>Paraje: _____</p> | <p>PADRES</p> <p>Nombres:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

