

DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
OFICINA DE INFORMATICA,
TELECOMUNICACIONES Y ESTADISTICA

HISTORIA CLINICA

Huancayo, Mayo 2018

Ing. José Cárdenas Bujaico
OITE - DIRESA JUNIN

NTS N° 139
Gestión de Historia Clínica

CONTENIDO

01

DEFINICION

02

OBJETIVO

03

MARCO LEGAL

04

AMBITO DE APLICACION

05

RESPONSABILIDADES

DISPOSICIONES ESPECIFICAS

SIHCE e-QHALI

DEFINICION

La historia clínica es el **documento legal** donde se registra y sustenta el **acto médico**, la cual debe ser veraz y suficiente. Esta debe **contener las prácticas y procedimientos** aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado, **es para cada persona** que se atiende en un establecimiento de salud o servicio medico de apoyo



OBJETIVO

Establecer los **procesos y procedimientos para la administración y gestión de las historias clínicas a nivel del Sector Salud**, así como estandarizar el contenido básico de la historia clínica para registrar apropiadamente la atención del usuario en salud y asegurar el manejo, conservación y eliminación de la historia clínica en correspondencia con el **actual contexto sanitario, legal, administrativo y tecnológico, en virtud a la aplicación de las tecnologías de información y comunicación.**





MARCO LEGAL

Ley N° 26842, Ley General de Salud

Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas

R.M. N° 597-2006/MINSA, se aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", modificada mediante Resoluciones Ministeriales N°204-2015/MINSA y 078-2016/MINSA-V.03;

MARCO LEGAL

Informe N° 094-2017-DIPOS-DGAIN/MINSA, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud, propone la normatividad para implementar el intercambio prestacional con la finalidad de generar mayor cobertura de los servicios y utilizar la oferta pública de forma eficiente.

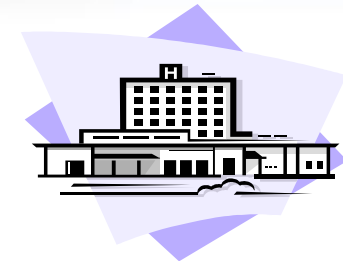
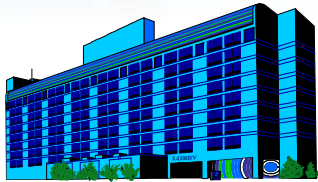
Aprobar la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"

Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA

Derogar la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" y sus modificatorias aprobadas por Resoluciones Ministeriales N°s 204-2015/MINSA y la Resolución Ministerial N° 078-2016/MINSA.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

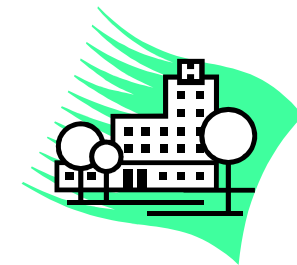
**TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS
DEL SECTOR SALUD**



La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación en todos los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos del Sector Salud y según corresponda a los servicios médicos de apoyo.



Públicos



Privados

CONSIDERACIONES GENERALES

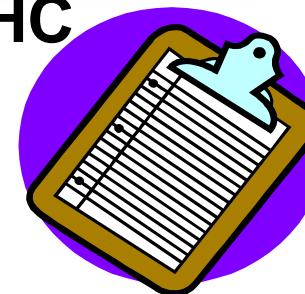


- Toda atención de salud debe registrarse en una HC.
- Los formatos de la HC deben llevar nombre, apellidos, N° de HC(DNI) en lugar visible.
- Anotaciones objetivas, letra legible y sin enmendaduras. Abreviaturas y siglas de uso internacional u oficializadas por la institución.
- Diagnósticos de acuerdo a CIE. No siglas en los diagnósticos.
- HC accesible a personal autorizado, en el horario de atención.
- Obligación de entregar copia de HC al usuario.
- Conformación de Comité Institucional de HC.

DISPOSICIONES ESPECIFICAS

Estructura de la HC

- Estructura Básica
- Formatos de la HC



Administración y
Gestión de la HC

Proceso:

- Técnico Administrativo
- Técnico Asistencial





TIPOS DE ARCHIVOS CLINICOS

Archivo activo de historias clínicas.- Es el repositorio físico que permite almacenar las historias clínicas que son requeridas con frecuencia por los pacientes y que se mantiene allí hasta por **5 años después de la última atención recibida por el paciente.**

Archivo pasivo de historias clínicas.- Es el repositorio físico que permite almacenar las historias clínicas **que no han sido requeridas por más de 5 años por los pacientes desde su última atención.** En este archivo también están consideradas las historias clínicas parcialmente eliminadas, las que contiene los formatos no eliminados (por ejemplo: formato de consentimiento informado, formato de anestesia, epicrisis, informes de alta y otros según pertinencia).

Archivo especial.- Es el archivo asignado para las historias clínicas de **casos médico legales** y de interés científico o histórico; asimismo se incorporan las historias clínicas de pacientes con cáncer ocupacional



CONSIDERACIONES DE LAS HISTORIAS CLINICAS

Las atenciones de salud brindadas a los usuarios de salud en las IPRESS públicas privadas y mixtas deben registrarse obligatoriamente en una historia clínica, **registrar o actualizar TODOS los datos solicitados del paciente.**

Los recursos requeridos para todo el proceso de la gestión de historia clínica deben estar **programados en el plan operativo institucional**, desde su apertura hasta su eliminación.

Toda IPRESS deberá proveer los recursos necesarios para asegurar la **confidencialidad de los datos** registrados en la Historia Clínica y el **acceso sólo al personal debidamente autorizado.**

Todas las atenciones de salud prestadas **fuera de la IPRESS** como actividades de esta (por ejemplo: visitas domiciliarias, campañas de atención de salud, **vacunaciones**, resultados positivos de exámenes, entre otros) deben ser incorporadas en la historia clínica del usuario de salud correspondiente, **en el respectivo formato a la prestación brindada, sin movilizar las HC.**



RESPONSABILIDADES

El personal encargado del archivo de las historias clínicas deberá ser capacitado de forma periódica (mínimo una vez al año) en los aspectos relacionados al correcto manejo, organización, conservación, custodia y eliminación de las historias clínicas, entre otros aspectos relacionados al cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud.

Cuando se identifique la ausencia o se reporte el extravío de una historia clínica, el responsable del Archivo de Historias Clínicas o el órgano de Administración de Archivos pone inmediatamente en conocimiento a la Dirección /Jefatura de la IPRESS, en referencia a la pérdida para el deslinde de responsabilidades y para las acciones legales y administrativas pertinentes, según los procedimientos administrativos que corresponde.

CUSTODIA Y GESTION DE HC (Admisión y archivos clínicos)



RESPONSABILIDADES

El personal del archivo de historias clínicas es responsable **de dar mantenimiento a las carpetas deterioradas y de mantener su conservación** (folder, broches etiquetas) y/o recuperar su estado en situaciones de deterioro y de separar los documentos deteriorados por agentes biológicos (insectos, hongos, bacterias, etc.) de la documentación en buen estado para evitar su contaminación.

Es responsabilidad de la unidad de registros médicos y estadística o la que haga sus veces, **implementar el Archivo Especial de Historias Clínicas**, para evitar que se deterioren, manipulen y/o alteren, las mismas que deben estar estrictamente foliadas.

Es responsabilidad de Unidad de registros médicos y estadística la custodia, preservación y conservación de la Historia Clínica.



NUMERACION Y ARCHIVAMIENTO

En el caso de las historias clínicas del archivo común (archivo activo y pasivo) y archivo especial, **el método para su organización deberá considerar la numeración del DNI**, procediendo a **ordenarlas de forma correlativa de menor a mayor.**

En el **primer nivel de atención** en las IPRESS con población asignada, las historias clínicas se archivan teniendo en cuenta el proceso de sectorización definido por la IPRESS; **manteniéndose para la organización de las carpetas familiares, el correlativo de menor a mayor.** El ordenamiento de las historias clínicas de los integrantes de la familia al interior de la carpeta familiar se realizará igualmente teniendo en **consideración el número del D.N.I., ordenados de forma correlativa de menor a mayor.**



CONSIDERACIONES

Cuando las historias clínicas permanecen **fuera del archivo**, corresponde la custodia y conservación al **personal de la salud que la solicitó** y de forma subsidiaria al responsable del servicio asistencial o administrativo, al que pertenezca

El tiempo de conservación de las historias clínicas en el **archivo activo** es de cinco **(5) años**, considerados a partir de la fecha de la última atención al paciente. **Al pasar al archivo pasivo, las historias conservan su número original.**

El tiempo de conservación de las historias clínicas en el **archivo pasivo es de quince (15) años**, considerando la fecha de traslado al archivo pasivo. Este periodo es igual para **el caso de Historias Clínicas de pacientes fallecidos.**



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

En caso de historia clínica electrónica, la institución debe **disponer de mecanismos que permitan garantizar la custodia, confidencialidad y conservación integral, durante la transmisión y almacenamiento de la información contenida.** Uno de los mecanismos de seguridad es encriptar la información, en caso se requiere su transmisión y crear el mecanismo de acceso según política institucional.

Brindar seguridad a los programas automatizados, equipos y soportes documentales de la Historia Clínica, que impidan modificarla

La Historia Clínica y la base de datos **es de propiedad física de la IPRESS**

La información clínica contenida en la historia clínica **es propiedad del paciente o usuario de salud,** establecido en la Ley N° 26842, Ley General de Salud.



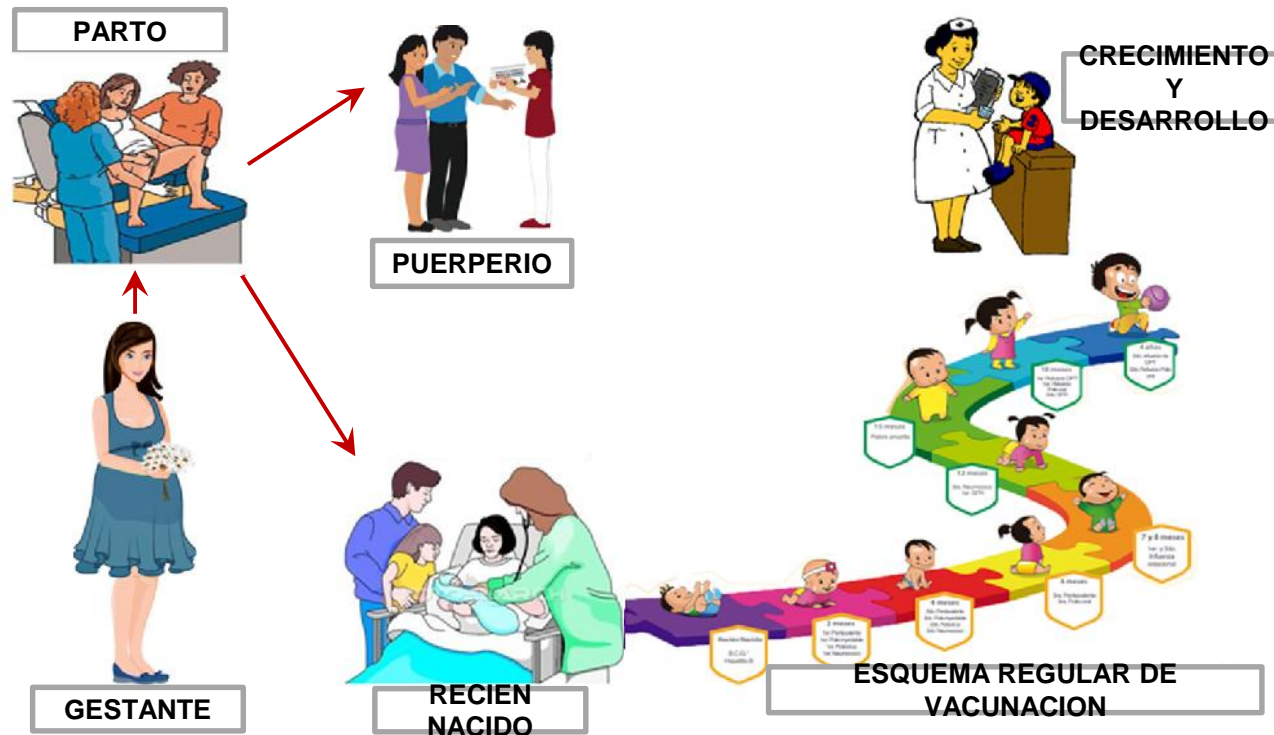
HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

La implementación de las Historias Clínicas Electrónicas en una IPRESS no implica que las historias clínicas manuscritas pre existente en ésta tengan que ser transformadas a la versión electrónica.

La información clínica contenida en la historia clínica **es propiedad del paciente o usuario de salud**, establecido en la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

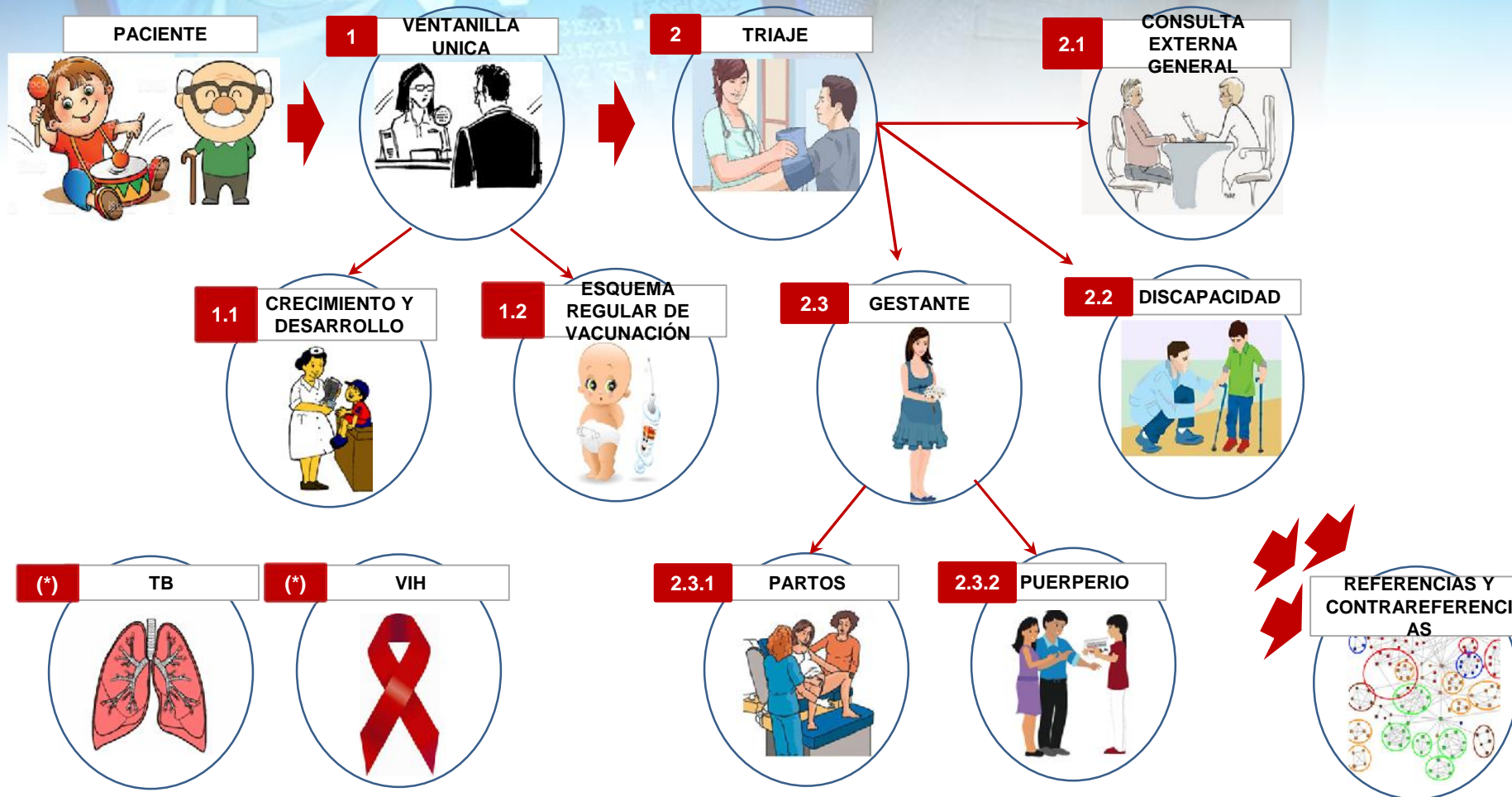
IMPLEMENTACION DEL SISHCE e-QHALI

Es un sistema de información de Historia Clínica Electrónica SIHCE que está en la nube, pudiendo tener acceso desde cualquier punto del país a través de una computadora, laptop, Tablet, móvil.



I Etapa de Vida: Gestación, recién nacido, niño(a)

SISHCE e-QHALI ¿Cómo Funciona?





GRACIAS