

Universidad de La Salle

**Ciencia Unisalle**

---

Especialización en Sistemas de Información y  
Gerencia de Documentos

Departamento de Estudios de Información

---

1-1-2008

## Guía para el manejo técnico de los archivos de historias clínicas

Gonzalo Iván Valdivieso Ducón  
*Universidad de La Salle, Bogotá*

Yolanda Ramírez Suárez  
*Universidad de La Salle, Bogotá*

Follow this and additional works at: [https://ciencia.lasalle.edu.co/esp\\_sistemas\\_informacion](https://ciencia.lasalle.edu.co/esp_sistemas_informacion)

---

### Citación recomendada

Valdivieso Ducón, G. I., & Ramírez Suárez, Y. (2008). Guía para el manejo técnico de los archivos de historias clínicas. Retrieved from [https://ciencia.lasalle.edu.co/esp\\_sistemas\\_informacion/33](https://ciencia.lasalle.edu.co/esp_sistemas_informacion/33)

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Departamento de Estudios de Información at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Especialización en Sistemas de Información y Gerencia de Documentos by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact [ciencia@lasalle.edu.co](mailto:ciencia@lasalle.edu.co).

**GUÍA PARA EL MANEJO TÉCNICO DE LOS ARCHIVOS DE HISTORIAS CLÍNICAS**

**YOLANDA RAMÍREZ SUÁREZ  
GONZALO IVÁN VALDIVIESO DUCÓN**

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE  
DIVISIÓN DE FORMACIÓN AVANZADA  
ESPECIALIZACIÓN EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN  
Y GERENCIA DE DOCUMENTOS  
TALLER DE PROYECTOS II  
BOGOTÁ. D.C.  
2008**

**GUÍA PARA EL MANEJO TÉCNICO DE LOS ARCHIVOS DE HISTORIAS CLÍNICAS**

**YOLANDA RAMÍREZ SUÁREZ  
GONZALO IVÁN VALDIVIESO DUCÓN**

**Este trabajo es presentado como requisito indispensable de la Universidad para  
obtener el título de Especialista en Sistemas de Información y Gerencia de  
Documentos**

**HÉCTOR PINZÓN TORRES  
Profesor**

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE  
DIVISIÓN DE FORMACIÓN AVANZADA  
ESPECIALIZACIÓN EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN  
Y GERENCIA DE DOCUMENTOS  
TALLER DE PROYECTOS II  
BOGOTÁ. D.C.  
2008**

## **AGRADECIMIENTOS**

*Doy gracias a Dios por permitir alcanzar este nuevo triunfo.*

*A mi madre y a mis hijas por su paciencia, a mi amado novio por su comprensión y apoyo.*

*A todos los profesores y directivos de la universidad por impartir sus conocimientos y a todos aquellos que de alguna manera hicieron parte de este éxito.*

*YOLANDA RAMÍREZ SUÁREZ*

*Ante todo, gracias a Dios por colmar mi vida de tantas dichas y Bendiciones.*

*Expresar mi gratitud al cuerpo docente, a mi esposa, Diana Clarena Hernández, por su valiosa colaboración y comprensión, y a mis hijos, Iván Felipe y María José por su apoyo.*

*GONZALO IVAN VALDIVIESO DUCON*

## CONTENIDO

	<b>Pág</b>
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
1. MARCO DE REFERENCIA	10
1.1 MARCO CONCEPTUAL	10
1.1.1 Organización documental	10
1.1.2 Inventario documental (estado natural)	10
1.1.3 Preparación física de la documentación	11
1.1.4 Ordenación documental	12
1.1.5 Descripción documental	12
1.2 MARCO LEGAL	12
1.2.1 Aspectos legales del manejo de la historia clínica	12
1.2.2 El acceso a la historia clínica.	13
1.2.3 La sustitución de la historia clínica escrita	13
2. RESULTADOS DEL ESTUDIO	15
2.1 DIAGNOSTICO DE LOS ARCHIVOS DE HISTORIAS CLINICAS EN LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD	15
2.1.1 Clínica Avellaneda	15
2.1.1.1 Ordenación	16
2.1.1.2 Conservación	16
2.1.1.3 Mobiliario	17
2.1.1.4 Planta física	17
2.1.2 Hospital la Victoria	18
2.1.2.1 Diagnóstico por depósitos	19
2.3 MAPA DE RIESGOS DE LOS ARCHIVOS DE HISTORIAS CLINICAS	21
2.4 EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE SOLUCIONES TECNOLÓGICAS ACORDES CON LAS NECESIDADES DE ORGANIZACIÓN DE LOS ARCHIVOS DE HISTORIAS CLÍNICAS	23
2.4.1 Beneficios de las HCE	24
2.4.2 Ventajas de la HCE sobre la tradicional en las interconsultas	27
3. PROPUESTA	31
3.1 GUÍA PARA EL MANEJO ADECUADO DE LOS ARCHIVOS DE HISTORIAS CLINICAS	31
	32
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	34

## LISTA DE TABLAS

		<b>Pág.</b>
Tabla 1	Diagnostico de los Depósitos	18
Tabla 2	Tabla de Probabilidad	21
Tabla 3	Tabla de Riesgos	21
Tabla 4	Características de las HC Electrónica y las HC Tradicional	28

## RESUMEN

La presente investigación surge de la necesidad de encontrar solución a la problemática de muchas instituciones hospitalarias con respecto al manejo y organización de las historias clínicas.

La Resolución 1995 recoge los principios básicos en la ordenación de la historia clínica. La regulación contenida en la Ley afirma que las instituciones prestadoras de salud son las directas responsables de la custodia de las historias clínicas. En este punto se plantean interrogantes acerca del manejo y administración de la historia clínica por cada centro hospitalario, enfocándonos hacia problemas como el acceso y búsqueda de la información, la verificación de los datos contenidos en la historia clínica, la posibilidad de colaboración profesional entre médicos para un diagnóstico veraz y la redundancia de datos, ya que en cada institución se vuelve a diligenciar la misma información. Adicional a esto se observa que las instituciones no cuentan con los espacios necesarios y que cumplan la norma para garantizar la adecuada conservación de los archivos de historias clínicas teniendo en cuenta los altos volúmenes de las mismas.

De todo ello puede concluirse que la historia clínica como tal debe existir y mantenerse en la institución, sin perjuicio de que, en virtud del derecho de acceso a la misma que se le reconoce, el paciente pueda conocer todos o cualquiera de los documentos e informes de los que consta e incluso obtener copia de los mismos, por tanto debe implementarse un sistema de organización que garantice Oportunidad, Disponibilidad, Integralidad, Secuencialidad y Seguridad.

## INTRODUCCIÓN

**Antecedentes.** La historia clínica nace desde el mismo comienzo de la historia de la medicina. Si bien es cierto que en las primeras fases de la evolución de esta ciencia no se hablaba de historia clínica, sí se hacía referencia a los registros médicos que sirvieron como instrumento para transmitir el conocimiento y fortalecer el desarrollo de esta ciencia. En un principio estos registros tomaron el papel que actualmente desarrolla la historia clínica, puesto que ellos reflejaban los actos médicos, las enfermedades y los tratamientos propuestos.

“A medida que la medicina avanzaba, se hizo necesaria la especialización, puesto que un solo médico no contaba con todo el conocimiento necesario. La transmisión de la información de un médico tratante a otro, sugirió la creación de la historia clínica como medio oficial para registrar los diferentes tratamientos y la evolución de cada uno de ellos. La historia clínica se convirtió entonces en un importante instrumento de comunicación entre quienes participan del cuidado del paciente. El tratamiento y las correspondientes anotaciones en la historia clínica pasaron a ser en consecuencia responsabilidades compartidas por un grupo de médicos”.<sup>1</sup>

“En un comienzo, los registros se archivaron en paquetes acondicionados por orden cronológico o en volúmenes. Esta forma de archivo y la falta de un índice para localizar una historia determinada dificultaban la consulta, restando utilidad al material disponible. Los primeros índices, por nombre del paciente o por diagnósticos y operaciones, se llevaron en libros especiales para facilitar el trabajo de investigación en algunos hospitales. Al archivar las historias se agilizó la ubicación del material pero no se solucionó totalmente el problema”.<sup>2</sup>

Durante este siglo se han realizado tres recomendaciones básicas que han marcado de forma decisiva el modelo de las historias clínicas hospitalarias y de atención primaria actuales:

- Historia clínica única para cada paciente

---

<sup>1</sup> GRUPO DE INVESTIGACION TRHISCUD Tratamiento de Historias Clínicas - Universidad Distrital

<sup>2</sup> Ibid, pag.38



- Método estandarizado para registro de datos
- Historia clínica orientada a los problemas

Entre los antecedentes nacionales, se encontró el caso de la Universidad Distrital, que realizó un muestreo en los centros médicos Fundación Santafé, Hospital de Kennedy, EPS CAFAM, observando que en todas estas entidades no se había implementado el manejo de la historia clínica por medio de la informática y las telecomunicaciones.

Las historias clínicas se diligencian en forma manual y no tienen ningún tratamiento archivístico que permita su correcta organización. Actualmente, el Ministerio de Salud y los organismos de control están ejerciendo controles para mejorar las condiciones en las que se mantienen las historias clínicas, tanto en los organismos privados como estatales.

Se han tomado como casos de investigación el Hospital La Victoria, La Clínica Avellaneda, la Fundación Alexis Carrel y UMI Emergencias, en donde se detectó la ausencia de organización archivística para las Historias Clínicas, lo que hace que su gestión sea deficiente.

**Elementos del problema.** Oportunidad, disponibilidad, integralidad, secuencialidad, seguridad.

**Descripción.** La organización de la historia clínica es muy deficiente. En los centros de salud objeto de esta investigación, es notoria la falta de aplicación de normas de organización que permitan una gestión adecuada de la información contenida en estas.

La desorganización en el archivo de historias clínicas hace que el proceso de creación o actualización de los registros de atención no se realice de forma inmediata a la prestación del servicio (oportunidad).

En muchas ocasiones los pacientes son atendidos sin la historia clínica, puesto que ella no ha sido localizada en el archivo y se deben adoptar procesos improvisados por parte de los médicos que afectan el sistema de información corporativo. Las historias clínicas, junto con los resultados de exploraciones complementarias son un material que ha de ser accesible por todos los profesionales que atienden al paciente. Deben guardarse en el centro y movilizarse cada vez que el paciente es atendido. Dado que los centros de salud son visitados a diario por un número importante de personas y que los mismos pacientes visitan distintos profesionales, es imprescindible que exista un archivo central y único, así como un sistema de archivo y extracción de historias suficientemente ágil para

permitir que todas las consultas, incluso las urgentes, se realicen con este documento encima de la mesa (disponibilidad).

Todos los procesos de fomento, promoción de salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, deben estar registrados dentro de las historias clínicas. Se evidencia con elevada frecuencia cómo las historias no contienen parte de los tratamientos o cualquier otro documento esencial, poniendo en grave riesgos la toma de decisiones tanto medico-científica como administrativa (integralidad).

El extravío temporal o total de la historia clínica o parte de ella, afecta el registro cronológico de los procedimientos efectuados al usuario impidiendo establecer la secuencia cronológica en que ocurrió la atención (secuencialidad).

La cantidad de información generada en los centros médicos cada vez es mayor y el espacio donde opera el archivo de las historias no es suficiente, lo que ha ocasionado búsqueda de alternativas de depósito que no cumplen con los estándares de organización poniendo en riesgo la seguridad de la historia clínica (seguridad).

Las deficiencias en el manejo de la historia clínica está generalizado en estas entidades. El documento no tiene ningún tipo de respaldo en caso fortuito (incendio, atentado, etc.) y no hay forma de recuperar la información si se llega a perder. El papel, por su naturaleza, tiende a dañarse con el tiempo y con la continua manipulación por parte del personal médico; por ende, también los datos allí consignados. Los tiempos de búsqueda del documento y la cantidad de personal utilizado para esta tarea es otro inconveniente que el hospital no ha tenido en cuenta (seguridad).

**Delimitación.** La Investigación se realizó a los archivos de historias clínicas en el Hospital la Victoria E.S.E., Clínica Avellaneda, Fundación Alexis Carrel y UMI Emergencias, centros de atención médica ubicados en la ciudad de Bogotá, D.C. durante el lapso de tiempo comprendido entre diciembre de 2.007 y Junio de 2008.

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo garantizar un adecuado manejo técnico de las Historias Clínicas en las Instituciones Prestadoras de Salud?

**Objetivos.** El objetivo general de esta investigación fue el de diseñar una Guía para el manejo técnico de los archivos de historias clínicas en las instituciones prestadoras de salud. Para lograrlo fue necesario: realizar un diagnóstico de los archivos de historias clínicas en las instituciones prestadoras de salud, evaluar la aplicación de soluciones tecnológicas acordes a las necesidades de organización de los archivos de historias clínicas y sintetizar en una guía el manejo adecuado de los archivos de historias clínicas.

**Justificación.** Teniendo en cuenta que la Historia Clínica es el documento vital en una institución de prestación de servicios de salud, ya que en ella se consigna cada una de las atenciones médicas demostrando la actuación de los profesionales médicos, es importante conservarla en forma adecuada y garantizar su seguridad e integridad.

Archivísticamente, los expedientes conformados 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 intervienen en la atención de un paciente.

Deben distinguirse por conservar características de integridad, Secuencialidad, disponibilidad y oportunidad.

**Diseño metodológico.** “El tipo de estudio corresponde al estudio de caso exploratorio. Este tipo de estudio permite a los evaluadores apreciar mejor los contextos locales, la realidad de la puesta en práctica de los programas evaluados, y eventualmente sus resultados o la dificultad de medirlos. Aportando esta información clave, este tipo de estudio suministra las bases para el desarrollo del cuestionamiento y de los métodos de investigación que hay que poner en práctica más adelante”<sup>3</sup>. En esta investigación se examinaron los archivos de las Historias Clínicas del Hospital La Victoria III Nivel E.S.E., Clínica Avellaneda, Fundación Alexis Carrel y UMI Emergencias. Se hizo observación directa y se efectuaron entrevistas con los funcionarios del área de archivo de historias clínicas.

---

<sup>3</sup> Europe Aid co-operation office

## 1. MARCO DE REFERENCIA

### 1.1. MARCO CONCEPTUAL

**1.1.1 Organización documental.** “Se entiende por *Organización Documental* al conjunto de procesos técnicos y administrativos orientados a facilitar la consulta y recuperación de la información. Incluye diferentes etapas como son la identificación, la clasificación y depuración, la ordenación y la descripción. Contempla tanto la aplicación de los procesos archivísticos que requiere la organización documental como de los procesos de alistamiento físico según sea el nivel de organización y estado físico de los documentos. Los primeros se refieren a la identificación, clasificación, depuración y ordenación, descripción, valoración y selección; los segundos a la limpieza y desinfección de acuerdo con los deterioros identificados”.<sup>4</sup>

**1.1.2 Inventario documental (estado natural).** Dadas las características como instrumento de control que “describe las unidades del fondo siguiendo la organización de las series” el inventario es la herramienta adecuada para adelantar el proceso de valoración, el inventario permite identificar los asuntos o series que maneja la entidad y cada una de sus áreas, controla la producción documental específica por dependencias, determina las fechas reales de cada asunto o serie, registra la frecuencia de consulta que indicará el carácter semiactivo o inactivo de cada serie, señala el volumen para cada serie documental, identifica el número y tipo de unidades de conservación para cada serie, por esto es importante que la entidad cuente con un inventario esquemático del fondo documental acumulado; de no tenerlo es necesario conformarlo de acuerdo con la siguiente información:

- **Encabezado.** Corresponde a la identificación corporativa de la entidad, el nombre de la dependencia jerárquica superior, responsable de los archivos y el nombre del instrumento archivístico, en este caso el inventario esquemático.

---

<sup>4</sup> Manual de Organización de Fondos Acumulados, Archivo General de la Nación.

- **Identificación cualitativa de hojas de inventario esquemático.** Es la asignación de un número consecutivo de identificación de cada una de las hojas de inventario siempre en plena concordancia en el número total de hojas que lo conforman.
- **Numero de orden.** Este primer enunciado se refiere al número de consecutivo que identifica todos y cada uno de los asientos registrados en el inventario, es decir, el número consecutivo de registro asignado por cada unidad de conservación inventariada.
- **Nombre de la unidad de conservación.** Aquí se registra el nombre dado a la unidad de conservación (libro, legajo, carpeta, paquete, A-Z, etc.), por la respectiva oficina de transfirió la documentación.
- **Fechas extremas.** En esta columna se establece la fecha inicial entendida como aquella que aparece en el primer documento, y la fecha final, o sea aquella que aparece en el último documento de la respectiva unidad de conservación.

**1.1.3 Preparación física de la documentación.** Procesos Preliminares: Eliminación del polvo y suciedad superficial mediante la utilización de técnicas manuales pero observando el cuidado necesario para no deteriorar los soportes documentales y mantener la integridad de la información.

- Retirar los elementos metálicos y adhesivos presentes, tales como: ganchos, clips, cintas entre otros, teniendo el cuidado necesario de no rasgar la documentación o levantar la información contenida en dichos soportes.
- Separar los materiales o elementos que no constituyen documentos de archivo tales como: plegables, recortes de prensa, revistas, invitaciones entre otros.
- Identificar el material que se encuentre afectado por factores de deterioro ambiental, bióticos y antropogénicos, con el propósito de aislarlos del acervo documental y someterlos al tratamiento respectivo señalado para tales efectos por el Laboratorio de Restauración del Archivo General de la Nación. Es importante anotar que los procesos de intervención preventiva y curativa que se identifiquen en desarrollo del proyecto no se contemplan dentro de la propuesta técnica y económica de la presente oferta.

**1.1.4 Ordenación documental.** Definido el volumen documental objeto de conservación y transferencia se abordará la ordenación de las diferentes series y/o agrupaciones documentales, teniendo en cuenta un sistema preestablecido y que responda a las necesidades de recuperación de la información tanto al interior de las áreas usuarias, como a las entidades externas que demandan altos índices de consulta y copias documentales.

Dichos sistemas de ordenación deberán estar orientados a la disposición física de la documentación, desde el punto de vista alfabético, numérico o mixto.

**1.1.5 Descripción documental.** Con el fin de servir la información tanto a los usuarios internos como a los usuarios de las entidades externas se elaborará un inventario esquemático el cual contendrá los siguientes campos:

- Identificación de la Entidad Productora
- Ubicación Geográfica
- Sección o Unidad Administrativa
- Oficina Productora
- Entidad Remitente
- Código de serie y/o agrupación documental por dependencia
- Código de la dependencia
- Nombre de la serie o contenido
- Fechas extremas
- Unidades de conservación
- Número de folios
- Observaciones o notas

## **1.2. MARCO LEGAL**

**1.2.1. Aspectos legales del manejo de la historia clínica.** Entre los distintos aspectos implicados en la relación entre informática e historia clínica no son los de naturaleza legal los que revisten mayor importancia práctica de cara a garantizar que la utilización de la primera no lesione la esfera personal del individuo, delimitada por el derecho a su intimidad y a la reserva de toda la información relacionada con su salud. Esta afirmación (válida aun cuando deba reconocerse la gravedad de las consecuencias legales que

pueden derivarse de la vulneración de dicha esfera personal) resulta obligada a la vista del distanciamiento que en esta materia se muestra entre el Derecho y la propia realidad social regulada por él, y conduce así mismo a destacar el papel relevante que en este campo debe asignarse a los principios y criterios de carácter ético y deontológico.

El Ministerio de Salud Nacional, en su Resolución 1995 del 8 de Julio de 1999 establece las características, generalidades y privacidad de la Historia Clínica . Esta Resolución fue expedida por el Ministro de Salud Virgilio Galvis Ramírez para sentar un precedente acerca de las normas para el manejo de la Historia Médica. En este artículo citaremos globalmente los apartados más significativos y descriptivos de esta resolución que estén vinculados directamente con el motivo de nuestra investigación.

**1.2.2 El acceso a la historia clínica.** Una de las cuestiones de mayor trascendencia, y al mismo tiempo dificultad, que suscita a historia clínica y que se agrava con su tratamiento automatizado viene constituida por la determinación de las personas que, además del propio paciente, deben considerarse autorizadas para el acceso a la misma. Gran parte de esta trascendencia deriva de las graves consecuencias legales que pueden deducirse en función de que un sujeto se considere autorizado o no para el manejo o utilización de datos personales como son los contenidos en la historia clínica.

Esta razón motiva el sentimiento de insatisfacción que puede generarse al contemplar el tratamiento que a este punto da la normativa vigente.

En cualquier caso, sí parece claro que, como toda circunstancia potencialmente lesiva para un derecho fundamental como es el de la intimidad personal y familiar, la determinación de las personas autorizadas y la regularización de los procedimientos de acceso a la información sanitaria contenida en las historias clínicas debe guiarse por un principio restrictivo, conforme al cual se permita el acceso a aquellos profesionales para los que sea estrictamente necesario, y además (para el supuesto de su tratamiento informatizado) acompañado de la adopción de medidas, fundamentalmente técnicas, que permitan dotar de un nivel de seguridad lo más amplio posible a los datos contenidos en aquélla.

**1.2.3 La sustitución de la historia clínica escrita.** El desarrollo tecnológico en esta materia está ya planteando la posibilidad de que el soporte informático sustituya íntegramente al documento escrito como modo de constancia de los datos de paciente, lo que suscita el debate acerca de la legalidad o no de dicha opción.

Ciertamente no se cuestiona la informatización de los datos contenidos en las historias clínicas adicionalmente a su constancia documental, puesto que para ello existe habilitación legal.

La probabilidad de que se entienda esta expresión como constancia necesaria en un documento material es bastante alta a la vista del silencio que los textos legales sustantivos y procesales que regulan los medios de prueba admisibles en Derecho guardan en relación con medios técnicos de grabación y reproducción de datos explicable por la fecha de promulgación de aquellas normas), y teniendo en cuenta las reservas que por el mismo motivo muestran en ocasiones los órganos judiciales de cara a admitir tales medios como forma de acreditar hechos sujetos a controversia (de ello puede dar fe quien suscribe cuando, en un asunto de personal al servicio de la Administración, pudo comprobar cómo el juzgador cuestionaba la validez de los datos impresos que constaban en una base de datos informática como modo de acreditar las retribuciones de un trabajador, por entender que el medio de prueba idóneo a tal fin era la nómina considerada como documento material). Sin embargo, este no es un problema exclusivo que afecte a la posible informatización de las historias clínicas, sino que surge, incluso con mayor trascendencia legal, en otros ámbitos, singularmente el de la contratación a través de medios electrónicos. Pero sí es cierto que en este campo la redacción de los artículos legales puede constituir un obstáculo añadido, en la medida en que permita cuestionar a los órganos judiciales la validez de datos no sustentados en un documento escrito. En este punto es donde queda reflejado un cierto anacronismo de la Ley General de Salud, si bien tenemos que admitir que éste último precepto contiene, como se ha dicho, una habilitación expresa para el tratamiento automatizado de las historias clínicas, pero no da respuesta directamente a la cuestión que ahora se plantea, esto es, a la posibilidad de que el mismo sustituya plenamente a su documentación por escrito.



## 2. RESULTADOS DEL ESTUDIO

### 2.1 DIAGNOSTICO DE LOS ARCHIVOS DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD

El objetivo de este diagnóstico es determinar el estado actual de organización y condiciones de almacenamiento del archivo de historias clínicas.

**2.1.1 Clínica Avellaneda.** La Clínica Avellaneda ha adoptado un procedimiento interno básico para el archivo de sus historias clínicas. Todos los estándares de organización de las historias clínicas son los recomendados por la Secretaría distrital de salud y estos procesos son 100% manuales y no se ha integrado tecnología dentro del proceso archivístico.

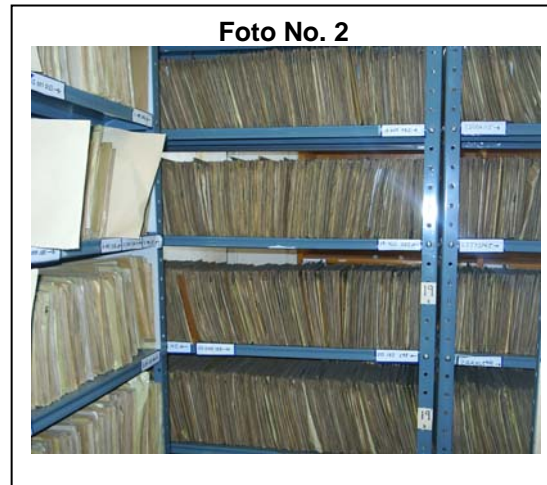
Físicamente el archivo está organizado por número de cédula del paciente y se utiliza un mecanismo de control manual, es decir, las historias que son almacenadas en el archivo son primeramente registradas en un libro de control donde se deja constancia de su traslado al depósito central. Cada Historia es conservada dentro de un sobre de manila dentro de los estantes, teniendo en cuenta el orden ascendente de acuerdo al número de cédula del paciente.

Actualmente el archivo cuenta con 600 metros lineales de historias clínicas y cada vez se hace más crítico el espacio físico, por lo que las directivas de la Clínica se encuentran evaluando soluciones que optimicen la ubicación de este tipo documental.

La administración del archivo de historias clínicas es responsabilidad de la Enfermera Jefe, quien delega algunas funciones en su personal de enfermeras auxiliares. No se tienen establecidas políticas de consulta, préstamos y retiro de la información desde el archivo central.

Legalmente existe conformado un comité de archivo dentro de la clínica pero este comité no ejerce las funciones para las cuales fue creado.

### 2.1.1.1 Ordenación



En la Clínica Avellaneda se custodia un promedio de 600 metros lineales de Historias Clínicas correspondientes a los pacientes que han atendido desde el año de 1.990, organizadas en un archivo manual en orden ascendente de acuerdo al número de cédula de ciudadanía del paciente. Solo se cuenta con archivo central ubicado en la parte posterior de la Clínica.

### 2.1.1.2 Conservación



En la Clínica Avellaneda las Historias Clínicas son guardadas en sobres de manila tamaño carta, sin ningún otro tipo de control. La continua manipulación por parte de los empleados, en búsqueda del expediente, causa deterioros tales como rasgaduras y rupturas, lo que hace que la consulta en ocasiones sea complicada.

Hay documentación que presentan rasgaduras y deterioro biológico.

### 2.1.1.3 Mobiliario



La Clínica Avellaneda solo cuenta dentro de su mobiliario dentro del archivo con estantes metálicos que no brindan las condiciones adecuadas de seguridad y conservación a la información contenida.

Cada estante contiene rótulos en cada entrepaño que despliega el rango de Historias Clínicas que se ubican en ese sector, es decir, el número de cedula de ciudadanía menor y el mayor contenido en ese entrepaño.

### 2.1.1.4 Planta física



El archivo de historias clínicas de la Clínica Avellaneda no cuenta con los estándares necesarios para la conservación de la información. Se adecuó un cuarto en la parte posterior del edificio y no se controlan los factores de riesgo como la humedad y el deterioro biológico.

El acceso al cuarto no cuenta con las debidas normas de seguridad, lo que hace que cualquier funcionario pueda acceder a la información contenida en las historias clínicas.

**2.1.2 Hospital la Victoria.** Dentro de esta entidad, si bien no se siguen los procedimientos adecuados, se han desarrollado actividades tendientes a mejorar la organización de las historias clínicas. Para este estudio se tomó como base el diagnóstico realizado por el Archivo Distrital y se actualizaron los valores correspondientes. El archivo se encuentra ubicado dentro de las instalaciones del hospital en la diagonal 39 sur No. 3 – 20. El archivo cuenta con tres depósitos con las siguientes características:

Tabla 1. Diagnostico de los Depósitos

<b>No. DEPOSITO</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>FECHAS EXTREMAS</b>	<b>MTS 2</b>	<b>MTS LIN.</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
1	Archivo de Gestión de Historias Clínicas	1997 - 2004	80	333	Debe ser transferido al archivo central las HC correspondientes a 1997 a 1998
2	Archivo Inactivo de Historias Clínicas	1980-1997	60	293	
3	Archivo de Historias clínicas de fallecidos, hijos de indocumentados	1980-2004	43	192	Transferir información anterior a 1999 al archivo central

Fuente: Los autores

El 100% de las historias clínicas se encuentran en papel

### **2.1.2.1 DIAGNOSTICO POR DEPÓSITOS**

- **DEPÓSITO 1**

En este depósito se detecta que no ofrece las condiciones necesarias para el correcto almacenamiento y conservación de la documentación.

Las Historias Clínicas están depositadas en contacto con la estantería fija metálica, la cual se observa sobresaturada, generando sobre la documentación diversos deterioros de tipo físico mecánicos, como deformación del plano, rasgaduras, y faltantes de soporte.

La iluminación esta dada por lámparas de luz fluorescente sin filtros y su distribución con respecto a la estantería no es la correcta, ya que interrumpe la visibilidad. El área donde trabajan los funcionarios de archivo está dentro del depósito lo cual influye directamente sobre el medio ambiente del espacio, incrementando los niveles de humedad relativa.

El flujo de personal que se observa, esta infiriendo con la seguridad que debe tener un depósito de archivo y por ende se pone en riesgo la seguridad de la Historia Clínica.

- **DEPÓSITO 2**

Se observó gran acumulación de polvo sobre el material documental y sobre la estantería, siendo esto indicador de falta de mantenimiento y limpieza del depósito. Una gran saturación de la estantería lo que esta ocasionando problemas estructurales, disposición de las historias clínicas en el piso, ubicación de documentos sobre las baldas superiores de la estantería lo que representa, por su cercanía a las lámparas fluorescentes, un alto factor de deterioro físico - Químico y riesgo de desastre, especialmente incendios.

Varios cuerpos de estantería fueron ubicados muy cerca de la ventana, donde la documentación se ve expuesta directamente a la luz natural y radiaciones solares. Factor que acelera reacciones de oxidación, generando cambios al papel.

La documentación esta en contacto directo con la estantería y carece de unidades de almacenamiento, razón por la cual las carpetas fueron agrupadas y atadas con cabuya.

- **DEPÓSITO 3**

Este espacio no ofrece las condiciones adecuadas para la conservación y almacenamiento, los estantes no son suficientes para la cantidad de metros lineales allí depositados, debido a esto se están utilizando sobre su capacidad. Hay numerosa documentación depositada directamente en el piso, la cual carece de unidades de almacenamiento y presente deterioros de tipo físico mecánico como deformación, rasgaduras, suciedad superficial, debido a su incorrecto almacenamiento e inadecuada manipulación.

Los depósitos no ofrecen las condiciones apropiadas para poder cumplir con una adecuada conservación de los acervos que allí se han depositado, además no son suficientes para los volúmenes de documentación existente. Por lo anterior se recomienda la búsqueda de otros espacios que cuenten con la capacidad necesaria y con las medidas requeridas de conservación de la documentación o buscar otras alternativas para dar solución y mejorar las condiciones de organización, seguridad e integralidad de las historias clínicas.

Es pertinente adaptar o acondicionar algún espacio adyacente al depósito como oficina de archivo, para que de esta manera puedan ser realizados los procesos archivísticos y de suministro de historias clínicas, garantizando así que este espacio quede separado del área de depósito.

La estantería que se encuentra en mal estado debe ser remplazada o ajustada de tal manera que garantice la resistencia del peso que soporta. Se debe llevar a cabo un programa de organización de historias clínicas que garanticen su recuperación.

## 2.3 MAPA DE RIESGOS DE LOS ARCHIVOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

Tabla 2 Tabla de Probabilidad

NIVEL	DESCRIPTO R	DESCRIPCION
5	Casi seguro	El evento se espera que ocurra en la mayoría de las circunstancias
4	Probable	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias
3	Moderado	El evento debería ocurrir algunas veces
2	Improbable	El evento podría ocurrir alguna vez
1	Raro	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales

Tabla 3 Tabla de Riesgos

NIVEL	NIVEL	DESCRIPCION
C1	A	Impacto Financiero
C2	A	Impacto de Imagen de la Empresa
C3		Impacto en la Economía
C4	A	Impacto en el Cumplimiento de Objetivos
C5	A	Impacto en la Continuidad del Servicio
C6	M	Impacto en la Confidencialidad de la Información
C7	M	Impacto en la Integridad y Confiabilidad
C8	A	Impacto en la ocurrencia de accidentes de trabajo

Fuente: Los autores

## MAPA DE RIESGOS DE LOS ARCHIVOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

Elementos analizados: oportunidad, disponibilidad, integralidad, secuencialidad e integridad

ELEMENTO DE RIESGO	C1	2	3	4	5	6	7	8	PROBABILIDAD	CONTROLES EXISTENTES	NIVEL DE EXPOSICION
	No disponer de la historia clínica en el momento de la atención del paciente. El no diligenciamiento de los registros de atención en la historia clínica inmediatamente después de prestado el servicio, puede ocasionar	B	A	NA	A	M	B	A	NA	4	NINGUNO
No es posible utilizar la historia clínica en el momento que se necesita. No se puede llevar la continuidad del tratamiento médico.	A	A		A	M	B	A	NA	4	NINGUNO	ALTO
La historia clínica no contiene todos los elementos tanto técnicos, científicos, administrativos relativos a la atención de salud.	A	A		A	M	B	A	NA	4	NINGUNO	ALTO
La historia clínica no conserva la secuencia cronológica en que ocurrió la atención médica	A	A		A	M	B	A	NA	4	NINGUNO	ALTO
Los archivos de historias clínicas no cuentan con las características necesarias para garantizar la seguridad de las mismas.	A	A		A	M	A	A	NA	5	NINGUNO	ALTO

Fuentes: Los autores



## **2.4 EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE SOLUCIONES TECNOLÓGICAS ACORDES CON LAS NECESIDADES DE ORGANIZACIÓN DE LOS ARCHIVOS DE HISTORIAS CLÍNICAS**

Producto del trabajo realizado por el grupo investigador, se puede concluir que la utilización de tecnología asociada al control y gestión de las historias clínicas a nivel nacional es bastante deficiente con relación a países como Estados Unidos, España, Argentina y otros. Según la opinión de los encargados de los archivos de las historias clínicas en los centros asistenciales visitados, uno de los grandes problemas que deben afrontar es el que tiene que ver con el gran espacio físico que deben utilizar para la conservación de las historias clínicas, debido al alto volumen de generación de estos documentos.

De igual forma, el inadecuado control que se ejerce sobre las historias en un sistema manual y la facilidad que se presenta en algunas instituciones, para modificar la información contenida en ellas, hacen pensar en la urgente necesidad de implementar procesos sistematizados que mejoren la gestión de las historias, tomando estándares ampliamente probados en otros países y adaptándolos a la normatividad nacional y a los requerimientos específicos de las instituciones de salud colombianas.

Los mismos problemas que encontramos en nuestro entorno, referentes a la administración de las historias clínicas se presentan en países desarrollados y subdesarrollados, pero se ha concebido la automatización de estas historias como una de las soluciones más importantes para lograr la reducción de los crecientes costos que implica la salud pública. El proceso de convertir las historias clínicas en formato tradicional, elaboradas de forma manual sobre papel, a historias en formato electrónico, se le conoce como Historia Clínica Electrónica (HCE).

“Definir en una institución médica la adquisición de la plataforma tecnológica adecuada para la generación y administración de la HCE no es tarea fácil. En países con un elevado índice de adopción de tecnología dentro de sus sociedades ha sido complicada la migración de la forma tradicional de la historia tradicional a la HCE, debido a la complicación en la selección de estándares, implementación de infraestructura de hardware y software, cultura organizacional, arquitectura de telecomunicaciones, etc”.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> GRUPO DE INVESTIGACION TRHISCUD Tratamiento de Historias Clínicas - Universidad Distrital.

“En nuestro medio, la legislación aunque pobre, está dando sus primeros pasos en pro de estandarizar y reglamentar la utilización de la HCE. Los comités de Historias clínicas que han sido coordinados por el Archivo General de la Nación, han establecido pautas para la adopción de tecnología dentro de los procesos archivísticos de la HC y pretenden impulsar ante las autoridades nacionales la actualización de la normatividad existente y la formulación de nuevas leyes que permitan la implementación y desarrollo de nuevas tecnologías tendientes a impulsar la HCE. Paralelamente, en el campo del desarrollo archivístico se diseñan nuevos estándares para la organización de los documentos electrónicos lo que supone la mejoría de las condiciones para la implementación de la HCE en las instituciones de salud en Colombia.

La sustitución de la HC tradicional (en soporte papel) por una historia clínica electrónica responde a varias necesidades”:<sup>6</sup>

- Dar cumplimiento a las características y objetivos del documento HC en cuanto a los requerimientos del equipo sanitario, manteniendo la confidencialidad.
- Resolver los dos problemas clásicos de los archivos de HC el almacenamiento de grandes volúmenes documentales y la seguridad frente a los riesgos de pérdida y de deterioro.
- Permitir la transferencia rápida de la información médica existente de un paciente a puntos lejanos, garantizando que cada paciente solo tenga un único expediente y este pueda ser consultado simultáneamente en distintos lugares.
- Soportar las decisiones médico-asistenciales, mediante la interacción con bases de datos, que permitan una rápida consulta de las mejores prácticas, los protocolos de manejo y las evidencias reconocidas.
- Poner a disposición de los educadores, investigadores y de los planificadores sanitarios esta información, en forma eficiente.<sup>7</sup>

**2.4.1 Beneficios de la HCE.** Se ha reconocido ampliamente que la incorporación de las historias clínicas electrónicas a los sistemas de salud redundará en ventajas desde el punto

---

<sup>6</sup> De la historia clínica tradicional a la historia clínica informatizada. Facultad de derecho de la Universidad de Buenos Aires.

<sup>7</sup> La Historia Clínica Informatizada. Evaluación de los casos colombiano y español

de vista asistencial, docente, investigativo y administrativo. Algunos investigadores llegan a afirmar que las HCE se convertirán en el corazón de los sistemas de salud del futuro e, incluso, otros afirman que puede redundar en más beneficios para la sociedad que el propio hecho del descubrimiento de una vacuna o de la cura contra la enfermedad producida por el virus de la Inmunodeficiencia Humana.

En los Estados Unidos, se le da tal importancia a esta problemática que cuentan con dos Institutos que se dedican básicamente al estudio, investigación y promoción de todo lo concerniente a las HCE. Es el caso del Instituto de Registros Médicos (MRI) y el Instituto de Registros de Pacientes basados en Computadoras (CPRI). Este último fue creado en enero de 1992, como resultado de la segunda recomendación del reporte publicado por el Instituto de la Medicina (IOM) de los Estados Unidos, en 1991. En este reporte, se abordaba el estado en que se encontraban las HCE en dicho país; éste ha sido aceptado y generalizado. En estos momentos, la mayor parte de los investigadores y desarrolladores de HCE de todos los países son guiados por él. El mundo galopa en esta dirección a pasos gigantescos; un avance en este sentido ha sido la creación de las "tarjetas inteligentes", de amplio uso desde hace muchos años en el sistema financiero. En el ámbito de la Medicina, hasta el momento, han estado confinadas al tema investigativo; pero ya en diciembre del 1997, se anunció la creación de una empresa conjunta que incluye a Digital Equipment Corporation, Microsoft, MCI Communications y Gemplus, la última es la empresa líder mundial en producción de tarjetas inteligentes y lectores para éstas. La tarjeta será similar a las de crédito, pero contendrá el historial médico del paciente, los nombres de los doctores de la familia e información de la aseguradora que le proporciona servicio. Esta coalición debe tener resultados prometedores a corto plazo.

De cualquier forma, todo parece indicar que en un futuro no muy lejano la información médica concerniente al paciente se encontrará disponible en formato electrónico para que el paciente pueda llevarla consigo de tal forma que si se aleja de su entorno habitual por motivos de ocio, de trabajo o cualquier otro pueda contar con una pequeña tarjeta que llevaría en el bolsillo y permitiría a cualquier médico consultar sus datos en caso de una emergencia o de una consulta sencilla incluso, en el futuro tal vez hasta se pueda almacenar el resultado de esta consulta, siendo de utilidad con posterioridad para el médico de asistencia familiar del paciente. El objetivo final es que ésta pueda ser utilizada por cualquiera de los profesionales de la salud, o sea, poder ser compartida, sin barreras

de países, regiones, lenguajes o distancias. Por supuesto para que esto ocurra primero debe existir un formato estándar que permita que esta información pueda ser reconocida con independencia de que se reclame su utilización en el nivel de atención primario o terciario, en el sector privado o en el estatal, en un país o en otro. A nivel local, la Alcaldía de Bogotá está adelantando estudios tendientes a desarrollar la plataforma para la implementación de la **Historia Clínica Única** utilizando la tarjeta electrónica (similar a la tarjeta de crédito) como medio de almacenamiento para la información de la historia clínica de los pacientes sin importar a que médico o entidad haya recurrido para su atención.

“Como es lógico suponer, esta conversión de la información de papeles a un formato electrónico implica una serie de consecuencias positivas, como son:

- Mayor efectividad y eficiencia en los cuidados del paciente.
- Análisis de la información clínica recogida en los diferentes centros de salud, lo que servirá de guía ante la necesidad de priorizar las inversiones en el campo de la salud pública, con el objetivo de obtener mejoras en la salud de grandes agrupaciones poblacionales.
- La transferencia de la información del paciente automáticamente entre diferentes sitios, que acelerará su entrega y reducirá las posibilidades de realizar complementarios y prescripciones duplicadas.
- La disminución de los errores humanos y la mejora de la eficiencia en los diferentes servicios de salud.
- Brindar a los médicos la oportunidad de seguir un paciente (caso) a lo largo de todo el sistema de salud, independientemente del nivel de atención en el que haya sido tratado.
- Facilitar el uso de técnicas de inteligencia artificial, como el Razonamiento Basado en Casos y otras, para el apoyo en la toma de decisiones médicas.
- Las búsquedas de la información serán más rápidas y eficientes, así como el procesamiento estadístico de ésta mediante fórmulas predeterminadas o software que se creen para ello.

- Se propiciará la coordinación entre las diferentes especialidades médicas, que es muy necesaria, pero que la tendencia actual a la hiperespecialización la obstaculiza”.<sup>8</sup>

**2.4.2 Ventajas de la HCE sobre la tradicional en las interconsultas.** Una vez que se cuente con HCE, su envío mediante la red facilitaría que cuando se realice una interconsulta especializada, se pueda obtener automáticamente, conocer si requiere la realización de complementarios previos y, si fuera necesario, la asignación de la cita para estos. Enviar una HCE y no una HC tradicional basada en papeles significaría, entre otros, algunos de estos beneficios:

Se puede evitar:

- Deterioro de la HC.
- Pérdida de información contenida en la HC, en el traslado de una consulta a otra (por el paciente, acompañantes o por el personal de la salud).
- El cambio de información de una HC a otra (al caerse un complementario o una hoja de la HC se puede introducir en otra por equivocación y después extraviarse), induciendo al error o a la repetición innecesaria de complementarios.
- La pérdida de la HC completa.
- La adulteración de la información, por parte del paciente o familiares.
- Duplicación de prescripciones, tanto terapéuticas como de complementarios (con el ahorro subsecuente a la economía).
- El problema de la ilegibilidad de algunas HC.
- Los problemas inherentes al hecho de tener que archivar las HC basadas en papeles (ubicación y espacio).
- Que el paciente conozca el contenido de la HC, lo que es útil:
- Para los profesionales de la salud, porque pueden escribir con libertad:

---

<sup>8</sup> Desarrollo de sistemas médicos e implementación de la Historia clínica informatizada en Cuba

- Si se sospecha una enfermedad mortal (cáncer) o una perjudiciada en la población (sífilis, lepra, tuberculosis, etc.) poder describirla y estampar la impresión diagnóstica sin necesidad de preocuparse por el hecho de que el paciente lo pueda entender.

De igual forma se permite:

- Que la información de la interconsulta quede almacenada en la HC del paciente; de otra forma, puede que el médico del hospital sólo escriba en la HC del hospital y no en la del Consultorio del Médico de la Familia o viceversa.
- Que el médico interconsultante posea la HC del paciente antes, permitiendo el estudio de la remisión, así como otros aspectos de la HC que considerase necesario, facilitando el ulterior desarrollo de la consulta.
- Preservar la privacidad del paciente (evitando que familiares, amigos o compañeros de trabajo del paciente pudieran leer el contenido de la HC).
- Tener toda la información de salud del paciente desde que nació, de ser posible (esto se podrá lograr cuando el sistema lleve cierto tiempo funcionando).
- A los médicos que remiten al paciente, retroalimentarse con la información de la interconsulta para de esta forma ampliar su experiencia, conocimiento y por ende, mejorar la atención al paciente.

Para hacer mucho más evidentes las ventajas de la HCE respecto a la tradicional, a continuación se muestra el resultado del estudio que publicó informédica en su página web.<sup>9</sup> De acuerdo a la característica a evaluar se utilizaron mediciones de tiempo, estimaciones de costo, y comparación de las metodologías empleadas en cada caso, para elaborar un cuadro de conclusiones.<sup>10</sup>

Tabla 4. Características de las HC Electrónica y las HC Tradicional

CARACTERISTICA	HC ELECTRONICA	HC TRADICIONAL
1. Inviolabilidad	No puede ser adulterada, por medio de la firma digital, Time Stamping y técnicas de Back Up correctas	Puede llegar a rehacerse total o parcialmente sin poder comprobarlo
2. Secuencialidad de la Información	Garantizada por mecanismos de campos auto numéricos y Time Stamping	Es difícil si no esta previamente foliada, y las evoluciones son consecutivas sobre un mismo papel
3. Reserva de la Información Privada del paciente	Garantizada por Mecanismos de seguridad informáticos	Garantizada por mecanismos de control del archivo

<sup>9</sup> www.informédica.org.

<sup>10</sup> Information & communication technologies in healthcare development.

CARACTERISTICA	HC ELECTRONICA	HC TRADICIONAL
4. Accesibilidad	Utilizable en todo momento o lugar vía Internet.	Utilizable en un solo lugar
5. Disponibilidad	Siempre disponible para cuando se necesite. Todos los que están justificadamente habilitados deben poder acceder a toda la información que se requiera para el acto médico, así como para la auditoría, estadísticas, epidemiología, planes de prevención y peritajes legales.	Dependiendo de la Accesibilidad a los Archivos físicos
6. Riesgo de Pérdida de información	Seguridad garantizada con una correcta política de resguardo de la información (back-up)	Frecuentemente extraviada, posibilidad de microfilmarse
7. Integridad de la información clínica	La informatización racional garantiza que la información de un paciente no este atomizada	Frecuentemente se encuentran divida en servicios, se suelen abrir varios números de historia clínica para un mismo paciente.
8. Durabilidad	Permanece inalterable en el tiempo para que su información pueda ser consultada.	Sufre deterioro con el tiempo, por su propio uso muchas veces
9. Legibilidad	Siempre legible	Algunas veces ilegible
10. Legalidad y valor probatorio	Garantizado por la Firma Digital y el Time Stamping	Garantizado si esta bien confeccionada, clara, foliada y completa
11. Identificación del profesional	Por la Firma Digital	Por la firma holográfica y el sello con la matrícula
12. Temporalidad Precisa	Garantizada con fecha y hora con Time Stamping de servidor local y de entidades de certificación de Time Stamping	A veces con fecha y hora
13. Garantía de la Autoría	Identifica en forma inequívoca a quien género la información mediante la firma digital	Por medio de la Firma manual y sello que a veces suele faltar
14. Redundancia	Potenciales tratamientos redundantes reducidos	Incompleta con información duplicada e innecesaria
15. Errores de consignation	Menor número de errores	A veces inexacta
16. Estandarización de datos	Ingreso estandarizado de datos	Organizada según necesidad de cada servicio
17. Costos de Personal Administrativo	Puede ser operada y buscada por los mismos profesionales que requieren la información.	Requiere personal para el mantenimiento del archivo, (repartir, buscar y ordenar las HC)
18. Costos de Imprenta	NO REQUIERE	Es necesario para los distintos formularios que la componen
19. Costos de papel	Bajo, solo cuando necesariamente se requiera imprimirla	Alto
20. Tiempo de consulta	Más corto	Más largo
21. Tiempo de búsqueda de evoluciones	Más corto	Más largo
22. Tiempo de búsqueda de estudios complementarios	Más corto	Más largo
23. Orientaciones en la terapéutica, alertas	Se pueden incorporar alertas y reglas informatizadas	La incorporación de alertas es muy complicada

CARACTERISTICA	HC ELECTRONICA	HC TRADICIONAL
24. Recordatorios y, alertas	De fácil implementación	Difícil implementación
25. Disponibilidad de los datos para estadísticas	Inmediata	Mediante tediosos procesos
26. Búsqueda de información de pacientes y separación de datos por distintos ítems	Fácil y accesible	Difícil, poco confiable y costosa
27. Robo de la historia clínica	Imposible si hay una política de seguridad informática confiable de conservación de registros y back up. Si se llegara a perder se puede recuperar del back up	Si se roba o se pierde es imposible de recuperar

Fuente: Diferencias Comparativas entre la Historia Clínica Tradicional (HCT) y la Historia Clínica Computarizada (HCC). Dr. Humberto Fernán Mandirola Brioux, Federico Weis, Fernando Franco, Ulises Nuñez y Edgardo Ferraro (CAB). BIOCUM The Biocomputer Research Group of Argentina

“La implementación de las Historias Clínicas Electrónicas conlleva una serie de aspectos éticos y sociales entre los más importantes: <sup>11</sup>

- Problemas legales para su puesta a punto.
- Posible afectación en la relación médico-paciente.
- Reducción de costos de la atención médica.
- Facilita la interrelación entre todos los niveles de los Sistemas de Salud.
- Elevación del nivel científico-técnico y cultural de los profesionales de la salud.
- Mayor disponibilidad, seguridad y confidencialidad de los registros médicos, en su uso en la atención, docencia e investigación”.

“Por lo anterior, es que se insiste en que el primer paso en este problema es la superación de nuestros profesionales en el área del conocimiento de las Tecnologías de la Información, en la forma en que éstas pueden servirles en su práctica diaria y cómo acceder a ellas. Sólo de esta forma lograremos que estén preparados para los profundos cambios tecnológicos que se avecinan en el próximo milenio y que incluyen una reingeniería de los procesos de salud, en particular, de la recogida de la información médica y del uso de la red de redes "Internet". <sup>12</sup>

<sup>11</sup> Diferencias Comparativas entre la Historia Clínica Tradicional (HCT) y la Historia Clínica Computarizada (HCC). Dr. Humberto Fernán Mandirola Brioux, Federico Weis, Fernando Franco, Ulises Nuñez y Edgardo Ferraro (CAB). BIOCUM The Biocomputer Research Group of Argentina.

<sup>12</sup> La historia clínica digital tiene valor. Sergio Luis Montes Torres. Ingeniero de Sistemas & Software Especialista en E-Commerce.



### **3. PROPUESTA**

#### **3.1 GUÍA PARA EL MANEJO TÉCNICO DE LOS ARCHIVOS DE HISTORIAS CLÍNICAS**

Esta propuesta se define como el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática con el objetivo de guiar a los profesionales en la salud en el proceso de la toma de decisiones más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica. También, ayuda a los profesionales a asimilar, evaluar e implantar la cada vez mayor cantidad de evidencia científica disponible y las opiniones basadas en la mejor práctica clínica. El propósito de hacer unas recomendaciones explícitas es influir en la práctica clínica, por lo que éstas han de tener validez tanto interna como externa y ser aplicables.

Se han tenido en cuenta aquellos elementos esenciales contemplados, que son estándares sobre Guías de Práctica Clínica como: definición del alcance y objetivos de la guía, desarrollo, identificación sistemática, formulación explícita de las recomendaciones, claridad en la presentación de la guía y sus recomendaciones, aplicabilidad en el medio, actualización periódica en la medida que se evidencien nuevas normas nacionales e internacionales.

(Ver Guía anexa)

## CONCLUSIONES

Es muy importante que la información de la Historia Clínica sea accesible, veraz y en la cual se pueden aplicar criterios de calidad cumpliendo con el objetivo fundamental, conseguir que su accesibilidad, su estructura, datos e información faciliten la asistencia médica.

Actualmente se observa un avance espectacular de la tecnología informática y la Historia Clínica esta inmersa en ese mundo; día a día está cambiando el formato original capturando la información de forma mecanizada y que se mantienen en sistemas masivos de almacenamiento de información. El médico no utilizará el papel y el bolígrafo para escribir, sino sistemas que permitan el registro de los datos directamente en estructura binaria.

Esta situación es la de la HC informatizada, este tipo de historia exige una gran precisión en su arquitectura. Por un lado sus componentes informáticos deben estar perfectamente identificados y organizados. La historia informatizada debe ser un conjunto informatizado de registros básicos de información.

El tránsito de tecnología en cuanto a la transferencia de medios en el cual se debe implementar la historia clínica, es decir, de la utilización tradicional de la historia en papel a la historia clínica electrónica, supone la adopción de normas de tipo archivístico que garanticen el manejo técnico de este tipo de archivos. Los documentos electrónicos requieren mayor énfasis en el control y seguridad. Se debe implementar programas de Gestión documental que integre los archivos electrónicos, los cuales deben ser tratados de la misma forma en que se gestionan los documentos físicos.

La normatividad actual se encuentra en proceso de actualización. Es así como en el Archivo General de la Nación en conjunto con el ministerio de Protección Social, se adelantan estudios para actualizar la resolución 1995, la cual regula el manejo de las historias clínicas, en pro de brindar nuevos parámetros que integren la utilización de

tecnología de punta y que colaboren en la optimización del espacio físico en los archivos de las entidades prestadoras de salud.

Independientemente del formato en que se encuentre la historia clínica, es de vital importancia conservarla de forma adecuada ajustándose a los lineamientos propios del programa de gestión documental y a la normatividad vigente.

Este tipo documental es y será fuente de numerosas consultas de tipo legal, médico y científico, por lo que se hace necesaria la participación de la alta gerencia en las entidades prestadoras de salud, con el ánimo de incluir en sus presupuestos de operación la adquisición de infraestructura adecuada para la óptima conservación de la información contenida en las historias clínicas.

## BIBLIOGRAFÍA

Archivo de Historias Clínicas, Archivo General de la Nación. Memorias Seminario Abril 26,27 y 28 de 2000.

Aspectos legales del manejo de la historia clínica. GRUPO DE INVESTIGACION TRHISCUD. Tratamiento de Historias Clínicas - Universidad Distrital.

Diferencias Comparativas entre la Historia Clínica Tradicional (HCT) y la Historia Clínica Computarizada (HCC). Dr. Humberto Fernán Mandirola Brioux, Federico Weis, Fernando Franco, Ulises Nuñez y Edgardo Ferraro (CAB) BIOCUM The Biocomputer Reasearch Group of Argentina.

Evaluación de la historia clínica sistematizada en relación medico paciente en las IPS adscritas a Susalud. Medellín 2.002.

Implantación de una historia clínica informatizada: encuesta sobre el grado de utilización y satisfacción en un hospital terciario. Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad Hospitalarias. Hospital Virgen del Camino. Pamplona (España).

Manual de Organización fondos acumulados, Archivo General de la Nación.

República de Colombia, Ministerio de Salud Pública. Resolución 1995 del 8 de Julio de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

Procedimiento para la organización y entrega de historias clínicas. Circular interna APL – AD No 010 Octubre 12 de 2.007. ESE Luis Carlos Galán Sarmiento en liquidación.

Una guía de procedimientos para la organización de fondos documentales acumulados. Archivo de Bogotá