



AUDITORIA DE HISTORIA CLINICAS Y REPORTES ANEXOS: ÉTICA Y LEGISLACIÓN

Autor: Jorge Antonio Cubides Amézquita MD

Médico Cirujano Universidad Nacional
Especialista Auditoría en Gerencia en Salud
Especialista en Administración Hospitalaria
Presidente de Colegio Médico de Casanare
Miembro Federación Médica de Colombia
2011

SUMARY

Un tema importante es la responsabilidad, alcance y guarda de los registros enmarcados dentro de la atención clínica realizada por los profesionales de la salud. Es importante tener una visión global del marco legal y ético sobre el cual se manejan temas tan importantes como el derecho a la intimidad de nuestros pacientes, y nuestro derecho al respeto del secreto profesional.

Todas estas reglamentaciones se originan de nuestra Constitución Política de Colombia de 1.991 y Ley 23 de 1981 Código de Ética Médica.

Se hace una revisión técnica sobre legislación, incluyendo el análisis de varias Sentencias de la Corte Constitucional, complementándola con conceptos que cada vez son más frecuentes como son las crecientes demandas de responsabilidad civil y presencia de las auditorias de las Empresas Promotoras de Salud.

Concluyéndose finalmente que la historia clínica y todos sus soportes son la mejor demostración de las adecuadas atenciones en salud brindadas a los pacientes. Atenciones estas que deben ajustarse a las condiciones que en salud estos requieren.

DIFINICIONES

HISTORIA CLINICA: Documento privado, obligatorio y sometido a la reserva, en el que se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. (Art. 1, Resolución 1995 de 1.999).



EQUIPO DE SALUD: Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado. (Art. 1, Resolución 1995 de 1.999).

SECRETO PROFESIONAL: Información reservada o confidencial, que se conoce por el ejercicio de determinada profesión o actividad. (Art. 74, Constitución Política de Colombia de 1.991).

SECRETO PROFESIONAL MEDICO: Se entiende por secreto profesional médico la información recibida del paciente que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales. (Art. 37, Ley 23 de 1.981).

COMPORTAMIENTOS GENERADORES DE CULTA: Son las faltas que pueden generar una acción ilícita y sancionatoria. Estas son negligencia (hacer menos o no hacer lo suficiente), imprudencia (hacer mas), impericia (no saber), incumplimiento de las normas.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. (ART. 5, Decreto 2309 de 2.002).

CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD: . La calidad de la atención de salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. (Art. 4, Decreto 2309 de 2.002).

DEONTOLOGIA: Estudio de los deberes.

FUNDAMENTOS DE LA ETICA Y LEGISLACION

No se puede realizar un estudio aislado de la historia clínica porque, en la misma, se interrelacionan importantes aspectos de tipo asistencial, laboral, científico y legal.

En el transcurso de la formalización del buen actuar médico y de su responsabilidad ante la sociedad se presentó un conjunto de conceptos de moral, ética médica, secreto profesional, reserva de información, de derechos médico y de usuarios y de la violación de los mismos, que se articularon para dar fundamento y consistencia a la mejor prestación de atenciones de salud y aumento del real



beneficio al usuario. En lo cual los registros médicos son la mejor forma de demostrarlo.

Es la Convenciones de Ginebra, anunciadas en 1.949, la que sienta las bases concretas de la importancia de dar doctrina sobre la razón de ser del hacer médico. Siendo común para las 4 Convenciones de Ginebra el artículo 3 que define sobre el manejo y trato a dar los heridos y enfermos producto de conflictos bélicos.

En Colombia se presentó un desarrollo histórico y jurídico sobre normas de Ética Médica. Iniciando oficialmente con la expedición del Decreto 2831 del 23 de Septiembre de 1.954, denominado el CODIGO DE MORAL MEDICA. Posteriormente la Ley 24 de 1.962, sobre el ejercicio de la medicina introdujo competencia en sanciones a cargo del Consejo Nacional de Profesiones Médicas y Auxiliares, del entonces denominado Ministerio de Salud Pública.

Sin embargo muchos vacíos aún existían y sobre todo en la delegación de responsabilidades y sanciones a tomar en caso de violación de la ley. Además del ya aumento de irregularidades presentadas en la relación medico paciente, que no se encontraba dispuesto en legislación alguna, unido a los compromisos de orden internacional, se evidenciaba la necesidad de ajustarse a las modalidades de manejo en la información de las atenciones de salud, en el respeto a la intimidad, secreto y vida de los pacientes, dando cultivo para la posterior promulgación y aun vigente Ley 23 de 1.981 (CODIGO DE ETICA MEDICA).

SECRETO MEDICO Y RESPETO A LA INTIMIDAD

En Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (**Protocolo II**), de **1.977**, se registra para las misiones médicas la ya importante reserva del secreto profesional en su Artículo 10, numeral 3 y 4 así: "3: A reserva de lo dispuesto en la legislación nacional, se respetarán las obligaciones profesionales de las personas que ejerzan una actividad médica, en cuanto a la información que puedan adquirir sobre los heridos y los enfermos por ellas asistidos. 4. A reserva de lo dispuesto en la legislación nacional, la persona que ejerza una actividad médica no podrá ser sancionada de modo alguno por el hecho de no proporcionar o de negarse a proporcionar información sobre los heridos y los enfermos a quienes asista o haya asistido".

Definiéndose en la Ley 23 de 1.981 que el médico está obligado a guardar el Secreto Profesional, estando sujeta la historia clínica a la reserva de la misma e **informes que de ella provengan.**

En el Artículo 38, se anota que la revelación del secreto profesional se podrá hacer teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, a:



a) Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne o convenga. Literal declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996.

b) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento. Inciso declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996, salvo en el caso de que el paciente estando en condiciones de tomar por sí mismo la decisión de autorizar el levantamiento del secreto profesional médico a sus familiares, se oponga a ello.

c) A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces. Inciso declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996, **sin perjuicio del derecho del menor, de acuerdo con su grado de madurez y del "impacto del tratamiento"** sobre su autonomía actual y futura, para decidir sobre la práctica de un determinado tratamiento y sobre la reserva de ciertos datos de su intimidad.

d) A las autoridades judiciales o de higiene y salud. Declarada exequible por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996, salvo cuando se trate de informaciones que el paciente ha confiado al profesional y cuya declaración pueda implicar autoincriminación, y siempre que en los informes sanitarios o epidemiológicos no se **individualice al paciente**.

e) A los interesados cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se pongan en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia. Declarada exequible por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996, bajo el entendido de que la situación a la que se alude objetivamente corresponda a un peligro cierto e inminente **y siempre que no exista un medio idóneo distinto para conjurarlo**.

ARTICULO 39. El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional. Aclarando el Decreto 3380 de 1981 que no será responsable de la revelación que estos hagan.

Posterior a la aplicación de la Ley 23 de 1.981, se han realizado varios conceptos de la Corte Constitucional fortaleciendo aún más el pleno conocimiento constitucional del Secreto Profesional (Art. 74 de la CPC) y de la reserva de la información en los registros clínicos y el derecho a la intimidad (Art. 15 de la CPC). *Reserva para la privacidad o exclusividad, con un doble fin: primero, para no dejar indefensa a la persona, al despojarla de la introspección necesaria para vivir dignamente, y segundo, por la honra, buen nombre y fama del depositante del secreto, que deben quedar incólumes.*

Indica la **Sentencia T-650/99**: *"Hay que señalar que la autorización para levantar la reserva de la historia clínica es de aquellos derechos que la doctrina llama de la personalidad. Es decir, se trata de derechos que están unidos a la persona, son inseparables de ella, son intransmisibles y tienen un carácter extra pecuniario. Tienen un interés de orden moral, no estimable en dinero, pero que en algunos casos, puede dar lugar a indemnizaciones"*



En la RESOLUCION 13437 DE 1991, por el cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes, se reitera el compromiso del manejo de la información de las condiciones de salud de nuestros pacientes, en su artículo 1, numeral 4 anotan: "Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos".

El DECRETO 1543 DE 1.997 por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), anota en su Artículo 34: " **Revelación del Secreto Profesional.** Por razones de carácter sanitario, el médico tratante, teniendo en cuenta los consejos que dicta la prudencia podrá hacer la revelación del secreto profesional a:

- a) La persona infectada, en aquello que estrictamente le concierne y convenga.
- b) Los familiares de la persona infectada si la revelación es útil al tratamiento.
- c) Los responsables de la persona infectada cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
- d) Los interesados por considerar que se encuentran en peligro de infección, al cónyuge, compañero permanente, pareja sexual o a su descendencia.
- e) Las autoridades judiciales o de salud competentes en los casos previstos por la Ley".

Una vez más en la Resolución 1995 de 1.999, en su artículo 14 se relaciona los demandantes al acceso de la Historia Clínica, confirmando lo ya definido.

Se hace alusión al Decreto 1725 de 1.999, artículo 5, que reza: "Acceso a la Historia Clínica: La entidad administradora de recursos del sistema general de seguridad social en salud tales como EPS, ARS, ARP, etc., tienen derecho a acceder a la historia clínica y sus soportes, dentro de la labor de auditoría que le corresponde adelantar, en armonía con las disposiciones generales que se determinen en materia de facturación". Siendo únicamente objeto de esta potestad para lo definido y bajo la prudencia que guarda el manejo de la intimidad.

Se aclara que en el Código de Procedimiento Penal (Ley 600 de 2.000), define en su Artículo 28: Exoneración del deber de denuncia: Nadie está obligado a formular denuncia contra sí mismo, cónyuge, compañero...ni a denunciar las conductas punibles que haya conocido por causa o con ocasión del ejercicio de actividades que le impongan legalmente secreto profesional. En Artículos 291 hace excepción al aviso de ingreso de lesionados: Quien en hospital, puesto de salud, clínica u otro establecimiento similar, público o particular, reciba o de entrada a persona a la



cual se le hubiere ocasionado daño en el cuerpo o la salud, dará aviso inmediatamente a la autoridad respectiva.

En diferentes sentencias emanadas de la Corte Constitucional se da fortaleza e importancia a la intimidad y obligatoriedad del secreto profesional, jurisprudencia entre las que se destaca C-411/93, T-158/94, T-073ª/96, C-264/96, T-650/99.

La CORTE CONSTITUCIONAL sostiene que la relación médico-paciente no es de tipo autoritario o paternalista, sino de confianza y se rige por los principios de competencia científica del médico y de consentimiento informado del paciente, por tal las revelaciones que el médico haga al paciente, lejos de violaciones al secreto profesional el deber mínimo del adecuado conocimiento informado. (Sentencia C-264/96).

Es el ser humano único en la creación, con aspectos íntimos, en principio no comunicables, que constituyen el patrimonio moral e intelectual privado, siendo de su libre albedrío el determinar comunicarlo considerado digno de confianza. La Profesión médica debe orientar a perfeccionar y no a lesionar.

Sin embargo el Secreto Profesional no puede servir como pretexto para encubrir hechos que atenten directa, grave e inmediatamente el bien común y el interés en general. Prevalciendo el deber de la Solidaridad.

En el Secreto profesional se define como concepto **de divulgación el acto de poner en conocimiento abierto e indeterminado al público o vulgo, es difundir un hecho ante personas que no tienen el deber de la reserva.** Siendo este acto violatorio de la Ley. **A diferencia del concepto de Información dentro de la Reserva Profesional, consistente en la comunicación natural entre individuos legítimamente vinculados a una misma causa, en quienes es responsabilidad también el deber de la reserva,** fundándose en este concepto la legalidad de la Rondas médicas y entregas de turno.

Es clara la posición de la Corte Constitucional (T-650/99), al definir que la reserva de la Historia Clínica no desaparece con el fallecimiento del usuario y por tal aplica el rigor del respeto a la intimidad y secreto profesional definido en la Ley.

La revelación del secreto profesional o de la información contenida en la Historia Clínica y posterior daño, tipifica el Delito de divulgación y empleo de documento reservado (Artículo 194 de Código Penal): "Artículo 194. *Divulgación y empleo de documentos reservados.* El que en provecho propio o ajeno o con perjuicio de otro divulgue o emplee el contenido de un documento que deba permanecer en reserva, incurrirá en multa, siempre que la conducta no constituya delito sancionado con pena mayor".



Es por lo expuesto anotar el gran valor legalmente respaldado que se da a la intimidad de la "confesión" de nuestros pacientes, no siendo nosotros respetuosos de ese derecho, en muchas oportunidades. Haciendo caso omiso a la ley, que por desconocimiento de la misma no nos libra de las responsabilidades ante la misma.

Nunca la Historia Clínica original saldrá de la Institución salvo en casos en los cuales sea documento probatorio y la autoridad judicial solicite el original. De lo contrario las personas con derecho y acceso a la misma costearán los gastos de copias necesarios para entrega de la información.

En los casos en que una aseguradora (dadora de seguro de vida al usuario) solicite acceso a la Historia Clínica se hará pero con autorización del usuario, que debe ser por escrito y confirmada verbalmente por el mismo usuario. Si fallece el usuario y este no dejó constancia de levantar la reserva de la Historia Clínica, no tiene acceso a la misma la aseguradora. Únicamente las autoridades judiciales pueden levantar la reserva, pero como elemento soporte para trámite de demanda.

HISTORIA CLINICA Y REGISTROS

La Ley 23 de 1.981, Código de Ética Médica, referente al tema en cuestión describe en su Capítulo III las normas sobre Prescripción médica, la historia clínica, el secreto profesional y algunas conductas.

Se determina que las prescripciones médicas se harán por escrito. Siendo La Historia Clínica el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Documento que es privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos en la Ley (Art. 34). Se complementa con el Decreto Reglamentario 3380/81, aludiendo que el conocimiento que tenga los auxiliares de medicina de la institución, no son violatorios del carácter privado y reservado de la historia clínica.

Es obligación diligenciar los registros en forma clara. Y en cada cambio de turno médico debe ser entregada conjuntamente con sus anexos, a su reemplazante (Art. 36).

En el Artículo 50 anota: El certificado médico es un documento destinado a acreditar el nacimiento, el estado de salud, el tratamiento prescrito o el fallecimiento de una persona. Su expedición implica responsabilidad legal y moral para el médico.

ARTÍCULO 51 anota: El texto del Certificado Médico será claro, preciso, ceñido estrictamente a la verdad y deberá indicar los fines para los cuales está destinado. Define el Decreto 3380 de 1981 que el certificado médico del estado de salud, tratamiento o acto médico debe contener: 1. Lugar y fecha de expedición. 2. Persona o entidad a la cual se dirige el certificado. 3. objeto del certificado. 4. Nombre e identificación del paciente. 5. Concepto. 6. Nombre del médico. 7. Número de la tarjeta profesional. 8. Firma del médico.



Posteriormente modificado por el Decreto 1171 de 1.997, artículo 4o. El Certificado Médico en lo relativo al estado de salud, tratamiento o acto médico deberá contener como mínimo, los siguientes datos generales:

- a) Lugar y fecha de expedición;
- b) Persona o entidad a la cual se dirige;
- c) Estado de salud del paciente, tratamiento prescrito o acto médico;
- d) Nombre e identificación del paciente;
- e) Objeto y fines del certificado;
- f) Nombre del Profesional de la Medicina que lo expide;
- g) Número de la tarjeta profesional y registro;
- h) Firma de quien lo expide.

La Ley 23 de 1.981 anota las faltas en se incurre al expedir certificado irregulares así: ARTICULO 52: Sin perjuicio de las acciones legales pertinentes, incurre en falta grave contra la **ética** el médico a quien se comprobare haber expedido un certificado falso. Siendo aún mas integro, claro y exigente el Decreto 1171 de 1.997, Artículo 4: El texto del Certificado Médico será claro, preciso y deberá ceñirse estrictamente a la verdad. **Su expedición irregular conllevará responsabilidad civil, penal y ética** para el médico que lo expida, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia, complementando con el Artículo 8 que los responsable de diligenciar los certificados de nacimiento o de defunciones, según las condiciones de acceso y disponibilidad de personal de la salud puede ser desde el personal médico hasta los promotores de salud.

RESOLUCIÓN 1995 DE 1.999.

Damos importancia a esta Resolución por ser una base de evaluación y auditoria de los procesos de Historias Clínicas y registros anexos.

Aprobada el 8 de Julio de 1.999, donde se establecen las normas para el manejo de las Historias Clínicas, haciendo alusión a las responsabilidades del Ministerio de Salud (ahora Ministerio de Protección Social) en materia de diligenciamiento, aplicación, regulación de políticas de salud y de las exigencias del ya Sistema de Garantía de La Calidad definido por el Decreto 2174 de 1.996 (ahora 2309 de 2.002), se resolvió:

Dar la definición de Historia Clínica en su artículo 1, literal a, así: “La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”.

Siendo registro de obligatoria realización para todos los prestadores de servicios de salud, naturales o jurídicas.

www.creosltda.com - Consultoría y gestión –

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS



Las características de la Historia son:

Integralidad: La historia debe reunir aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud. Interrelacionando las diferentes dimensiones personales, familiares y comunitarias.

Secuencialidad: Cronológicamente se deben hacer los registros.

Racionalidad Científica: Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones de salud brindadas al usuario. De modo que se registren en forma **LOGICA, CLARA Y COMPLETA LOS PROCEDIMIENTOS PARA DETERMINAR LAS CONDICIONES DE SALUD, DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO.**

Disponibilidad: Posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesite.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de la atención de la historia clínica, simultanea o inmediatamente después de prestado el servicio.

Es obligatorio el registro clínico con estas características de todos los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención directa del usuario.

Artículo 5: El diligenciamiento debe ser CLARO, LEGIBLE, SIN TACHONES, ENMENDADURAS, SIN DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, SIN UTILIZAR SIGLAS. Cada registro debe llevar FECHA, HORA, NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL QUE REALIZA REGISTROS.

A partir del 1 de enero de 2.000, la identificación de la Historia Clínica se hará con el mismo número de documento de identidad del usuario.

En todo momento se debe saber donde se encuentra la historia clínica, a quien ha sido entregada y en qué fecha.

Define el Artículo 7: "Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma".

Los componentes de la Historia Clínica son: Identificación del Usuario, los registros específicos, los anexos.

Los anexos son los documentos que sirven de sustento legal, técnico y/o administrativo como: autorizaciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorizaciones para necropsia, declaración de retiro voluntario, etc. Los reportes de paraclínicos podrán ser entregados al usuario, previo registro en historia clínica y anotación de entrega al usuario. En reportes de imágenes diagnósticas, igual se puede entregar al usuario, pero se debe registrar resultado de los mismos acompañado de la firma del usuario. Las imágenes diagnósticas que



existan pueden ser entregadas a los usuarios, pero dejando constancia en las historias clínicas.

Si no se registra firma del usuario la responsabilidad recae sobre la institución prestadora de servicios de salud.

Debe existir un archivo único de Historias Clínicas en etapas de Archivo de Gestión (de usuarios activos y los que no han utilizado los servicios de salud en hasta cinco años), archivo central (historias de usuarios que no han usado desde transcurrido 5 años), archivo histórico (lugar donde se ubican historias clínicas que por su valor científico, histórico o cultural se almacenan permanente).

La custodia de la Historia Clínica es obligación de la institución prestadora de salud. Copia se entrega a usuarios o autorizados por estos. (Art. 13). Previamente reafirmado en el Decreto 1543 de 1.997, anotando que la propiedad de la Historia Clínica es del mismo usuario y es obligación de la institución la custodia y cuidado de la misma.

En caso de liquidación de IPS, las historias se deben entregar al usuario y delegar responsable para que las guarde hasta el tiempo previsto por la ley. La destrucción de la historia clínica se produce posterior a 20 años desde su última atención.

Se identifica una vez más los posibles demandantes de las Historias Clínicas, teniendo acceso a esta: el usuario, equipo de salud, autoridades judiciales y de salud en lo previsto en la ley, demás personas determinadas por la ley.

Se puede elaborar historias clínicas en medio magnéticos garantizando su custodia a la reserva y de seguridad de no violación de registros previos.

En el Capítulo IV (Art. 19 y 20) se da las funciones de la creación de los comités de historias clínicas.

El Decreto 2309 de 2.002 por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y su Resolución 1439 de 2.002 que da bases para el Sistema de Habilitación, reclama importante responsabilidad sobre los actores del sistema de salud para el diseño de procesos que garanticen a cada paciente su historia clínica y soportes anexos, su uso adecuado, su archivo y correcto manejo de custodia y conservación de las mismas



OTROS ASPECTOS

El Código de Ética Médica (Ley 23 de 1.981), además define aspectos importantes a tener en cuenta:

ARTICULO 40. **Está prohibido al médico en ejercicio recibir beneficios comerciales de farmacias, laboratorios, ópticas, establecimientos ortopédicos y demás organizaciones o instituciones similares encargadas del suministro de elementos susceptibles de prescripción médica.**

ARTICULO 42. El médico cumplirá a cabalidad sus **deberes profesionales y administrativos**, así como el horario de trabajo y demás compromisos a que esté obligado en la institución donde preste sus servicios. Aunque no se determina si el cumplimiento de labores administrativas debe ser anotado explícitamente en los contratos de prestación de servicios. Pero si es galante del cumplimiento de todas las legislaciones emanadas por los entes de control y lo que allí expresamente dicten. (Llevar procesos, diligenciar formato de registros, notificar enfermedades de control, etc.)

En su CAPITULO II, se hace descripción del **PROCESO DISCIPLINARIO ETICO – PROFESIONAL** (Art. 74 a 82), el cual será instaurado de oficio (directamente por alguno de los miembros de los Tribunales de Ética), por solicitud de entidad pública o privada o de cualquier persona, en los que al menos se debe presentar una prueba sumaria.

Aceptada la denuncia se designara a un miembro del Tribunal para que instruya el proceso disciplinario y de conclusiones en un tiempo menor a 15 días hábiles. Si ha presunción de violación de carácter **penal, civil o administrativo**, simultáneamente con el proceso disciplinario, se hará conocimiento a la autoridad competente. Las partes (el acusado y el instructor o investigador) pueden convenir asesoramiento de abogado.

Se puede solicitar por parte del instructor aumento de 15 días para la presentación del informe.

El Tribunal tendrá 15 días o ampliación de hasta otros 15 más para rendir conclusiones. Tomando como decisiones o la no existencia de mérito para formular cargos en violación de la ética médica, o a declarar méritos para la formulación de cargos, lo cual se debe notificar por escrito al profesional inculpado.

Los descargos se realizaran de los 10 hasta 20 días contados a partir de las comunicación de escrita de los cargos. El profesional inculpado podrá solicitar al instructor las pruebas que considere convenientes, siempre y cuando sean conducentes dentro de la investigación.

Practicada la diligencia de descargos, el Tribunal podrá solicitar ampliación de la información, en un término no superior a 15 días hábiles, o pronunciarse de fondo en sesión distinta a la de los descargos. En casos de ampliación del informativo como consecuencia de la diligencia d descargos, la decisión de fondo deberá tomarse dentro de los quince días hábiles siguientes al plazo concedido para la práctica de dicha diligencia. La notificación del pronunciamiento de fondo se hará

www.creosltada.com - Consultoría y gestión –

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS



personalmente al profesional acusado dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de cada una de estas decisiones; pasado este término se notificará por medio de edicto.

EPICRISIS Y FACTURACION.

Es importante mencionar de manera adicional que en cumplimiento a los cambios implantados por la Ley 100 de 1.993, al cambiar la prestación de los servicios de salud de la forma de oferta a la demanda, conlleva a exigir un esfuerzo de parte de los prestadores de servicios de salud para soportar de manera correcta la prestación de los servicios brindados a la comunidad. Es así como a través de la Resolución 3374 de 2.000 se dan las pautas para dar soporte a lo que es el proceso de facturación de servicios de salud y que son requisitos para la cancelación por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). El incumplimiento de los requisitos allí planteados son razón para debilitar el ingreso de dineros a las IPS por los servicios brindados.

Debe ser compromiso de la parte asistencias y administrativa de las IPS el fortalecer de manera integral el proceso de facturación que parte desde los mismos registros clínicos. El soporte exigido por ley para la facturación que se envía a las EAPB es la EPICRISIS que se encuentra debidamente definida como anexo a la resolución mencionada. Es por tal importante aclarar que esta debe contar con datos mínimos de identificación del usuario atendido (nombres y apellidos, tipo y documento de identidad, edad, sexo, servicio de ingreso, fecha y hora, servicio de egreso, fecha y hora), datos de ingreso (motivo de consulta, estado general del ingreso, enfermedad actual, antecedentes, revisión por sistemas, hallazgos del examen físico, diagnóstico que debe incluir los presuntivos, confirmados y relacionados, conducta a seguir), datos de evolución (en donde se registre cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo, resultados de procedimientos diagnósticos que justifiquen cambios en el manejo o diagnóstico, justificación de indicaciones terapéuticas cuando estas lo ameriten), datos de ingreso (diagnósticos presuntivos, principales y relacionados confirmados, condiciones generales del paciente, plan de manejo), datos del médico que elaboro la epicrisis con nombre y apellidos claros y legibles, firma y número de registro medico.

CONCLUSIONES

El buen proceder médico es el fino equilibrio de saber qué hacer, no hacer de menos pero tampoco de más.

Sobre el que hacer de la atención médica se presentan aspectos éticos, disciplinarios, civiles y administrativos que en un momento dado pueden repercutir profundamente en el estilo de vida del personal de salud.



De hecho en forma constante e inconsciente somos generadores de comportamientos de culpa (negligencia, imprudencia, impericia, incumplimiento de normas y procesos), que unido a la debilidad de correctos valores en el rol que cumplimos y a la falta de conocimiento de los usuarios y facilidad de manipulación, son caldo para terminar en procesos jurídicos.

Un instrumento invaluable aún por el personal de la salud en toda su extensión es la Historia Clínica y sus reportes, siendo el punto de unión de la ley y sus legislaciones, de la aplicación de nuestro saber y responsabilidades, de la satisfacción y recuperación del paciente y sus derechos. Es el documento donde se plasma, directa o indirectamente, las obligaciones y derechos de todos los integrantes del SGSSS.

Es un arma con la cual podemos defender nuestro trabajo y nuestro patrimonio. Porque ahora la sociedad reclama que el médico sea diligente, y a la vez que lo demuestre.

Debemos aceptar que la "industrialización del juicio médico" no contempla circunstancia alguna, por más crítica que haya sido la situación que originó la prestación. En el momento de evaluación de pruebas como la historia clínica, no se evidencia en su contexto general el marco y ambiente en que esta fue realizada, sin muchas veces importar la carga laboral o congestión del servicio. Únicamente entra en valor lo que en ella se registra y los procesos que de ella se evalúan.

La historia clínica representa y refleja la evolución de los pacientes y nuestra conducta médica. La misma es un instrumento de gran valor, puesto que como irrefutable prueba documental, podrá significar la absolución o la condena de quien la confeccione a conciencia o sin ella.

DEFINICIONES E INFORMACION IMPORTANTE Y SENCILLA SOBRE EL MANEJO DE LOS REGISTROS CLINICOS

En esta oportunidad me referiré a la historia clínica ya que es un documento muy importante para la prestación de los servicios y el desarrollo científico y cultural del sector salud. Además recientemente el Ministerio de Salud expidió la resolución 1195 de 1999 reglamentando el tema.

Para un mayor entendimiento lo haré a través de preguntas y respuestas:

¿Qué es la historia clínica?

Es un documento privado obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud de una persona, los actos médicos y



demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

¿Qué se entiende por condiciones de salud o estado de salud?

Son los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud de la persona.

¿Qué más debe anotarse?

Los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención de la persona relacionadas con el fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

¿Cómo debe diligenciarse?

En forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con nombre completo y firma del autor de la misma. Cada folio debe numerarse en forma consecutiva.

¿Es necesario guardar los anexos?

Sí. Los documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas como autorizaciones para intervenciones quirúrgicas, consentimientos informados, procedimientos, autorización de necropsia, declaración de retiro voluntario y demás hacen parte de la historia. Los resultados de exámenes paraclínicos se podrán entregar al paciente luego de su anotación, igualmente ocurre con las imágenes diagnósticas en las cuales es necesario que el paciente firme en la historia la constancia de entrega, haciéndole saber que es importante conservarlas para futuros análisis. Si no se deja constancia, responderá el prestador de los servicios, pero si se deja la nota la responsabilidad será del usuario.

¿En qué consiste la secuencialidad y oportunidad?

Los registros de la prestación de los servicios de salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención y hacerse en forma simultánea o inmediatamente después de ocurrir la prestación del servicio. Igualmente es obligatorio para los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen de registrar



sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones desarrolladas.

¿Quiénes pueden tener acceso a la historia clínica?

El equipo de salud entendido como los profesionales, técnicos y auxiliares que realizan atención clínica asistencial directa al usuario, también los auditores médicos de las aseguradoras y prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

¿Cualquier persona que integre un equipo de salud puede tener acceso a la historia?

No, únicamente quienes directamente realicen atención a la persona, es decir, en un centro asistencial por el hecho de hacer parte del personal no se puede disponer de la historia.

¿Terceras personas pueden conocer la historia clínica?

La regla general es que terceras personas no pueden tener acceso a la historia clínica excepto que la persona titular expresamente lo autorice.

¿Qué ocurre si no se elabora la historia clínica o se omite anotar algún procedimiento o medicación?

Todo lo que no se precise en ella puede ser usado en contra de quien cometió la omisión, pero adicionalmente se expone a las sanciones ante el Tribunal de Ética Médica, disciplinariamente. Si es empleado oficial comete el delito de prevaricato por omisión (prisión de 1 a 5 años) y cuando recibe colaboración de una persona particular también ésta responderá como cómplice.

¿Qué ocurre si se hacen anotaciones de las condiciones de salud de una persona, o actos médicos o procedimientos que nunca se realizaron?

Se comete el delito de falsedad ideológica en documento privado. (prisión de 1 a 6 años)

¿Qué sanción tiene una persona particular que revele algo que este en la historia clínica de otra persona?

Comete el delito de divulgación y empleo de documentos reservados (arresto de 6 meses a 2 años)



¿Cuáles sanciones existen si se revela un asunto que este en la historia?

Si se trata de una persona que trabaje como empleada pública se comete el delito revelación de secreto ó utilización de asunto sometido a secreto o reserva (prisión de 6 meses a 5 años)

¿Es necesario colocar en la historia las advertencias sobre riesgo previsto?

Si es obligatorio conforme la ley dejar constancia de las advertencias que se hagan sobre el riesgo previsto o de la imposibilidad que hubo de hacerlo y porque motivos.

¿Quién es el propietario de la historia?

Es compartida. El paciente es el propietario de la misma. Quienes consignan las anotaciones son los autores intelectuales y el centro asistencial tiene una labor de custodia y cuidado.

¿Puede un paciente, usuario o cliente, pedir copias de su historia?

Si, cuantas veces lo solicite. La institución puede determinar si cobra el valor de las mismas.

¿Qué sucede si hay cambio de médico?

El reemplazado está obligado a entregar la historia clínica conjuntamente con sus anexos a su reemplazante.

¿Se debe dejar constancia de la autorización que hace una persona para que le practiquen el examen de diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH?

Sí, la ley exige que la manifestación que hace la persona debe constar por escrito en la historia clínica y posterior a la consejería pre-prueba que también es obligatoria.

¿Que relación hay entre la historia clínica y el derecho a la intimidad?

El derecho a la intimidad hace parte de la vida personalísima de cada persona y permite que nadie se inmiscuya en ella, incluye no pregonar afecciones o deficiencias, o enfermedades.



¿Qué sucede si una persona hace público un diagnóstico o procedimiento suyo?

En este caso el derecho a la intimidad se hace conocer a través de su titular y por ello no hay lugar a guardar reserva de lo que el mismo titular ha decidido no mantener en reserva.

¿La empresa puede solicitar a la entidad o médico tratante informes sobre la salud de una persona?

No, ya que tal circunstancia violaría el derecho a la intimidad, sin embargo solamente se requerirá de ello cuando por una situación de salud ocupacional se requiera reubicación, pero solo en lo que a ello se refiera.

¿Qué entidades están autorizadas para pedir copia de la historia?

Las autoridades judiciales (Juez, Fiscalía), Tribunales de Ética Médica, Secretaría de Salud, Ministerio de Salud y Superintendencia Nacional de Salud con relación a investigaciones que tengan a su cargo.

¿Puede una persona pedir que se hagan correcciones en su historia?

Si, puede pedir que se actualicen o corrijan teniendo en cuenta el derecho del habeas data y siempre que la corrección o actualización corresponda a la realidad.

¿Qué es la confidencialidad?

Es la reserva que debe mantener el grupo o equipo de salud respecto del estado de salud y a la condición misma de una persona para así garantizar el derecho a la intimidad.

¿Pueden tener acceso a la historia los familiares de una persona fallecida?

La Corte Constitucional en Sentencia T-837 del 2008, consideró que es posible el acceso a la historia clínica sin autorización del titular, en casos excepcionales. Igualmente acceso permitido se da cuando el fallecido ha dejado autorización escrita, o mediante solicitud hecha a través de un juzgado.

¿Las compañías de seguros pueden exigir a los familiares de alguien fallecido, que obtenga copia de la historia?

La Corte Constitucional avaló un concepto de la Superintendencia de Salud por el cual ninguna entidad aseguradora o bancaria puede exigirle a los familiares copias de la historia de una persona fallecida para proceder a hacer efectivo un seguro o

www.creoslt.com - Consultoría y gestión –

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS



cancelar un crédito asegurado, etcétera. Si lo hacen obran al margen de la ley ya que no pueden exigirse la historia como documento esencial para proceder al pago del seguro o cancelación del crédito o deuda contraída en vida por la persona fallecida.

¿Por cuánto tiempo se debe mantener una historia?

La ley estableció varios tipos de archivo. El de gestión en el cual reposan las historias de los usuarios activos y de quienes no han utilizado el servicio durante los 5 años siguientes a la última atención. Archivo central donde reposan las historias de quienes no volvieron a usar los servicios luego de los 5 años contados a partir de la última atención y hasta completar 20 años y el histórico en el cual se guardan las que por su valor científico, histórico o cultural deben ser conservadas permanentemente.

¿Hay que tener en cuenta alguna directriz para archivar todas las historias?

Sí. El acuerdo 07 de 1994 y Resolución 1995 de 1999, referente al reglamento general de archivos expedido por el Archivo General de la Nación y manejo de registros clínicos. En todo caso han de guardarse en un área restringida con acceso limitado al personal de salud autorizado, en condiciones locativas procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin.

¿Se pueden utilizar medios técnicos de registro y conservación de la historia?

Si, es posible utilizar medios físicos, técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos cuando sea conveniente teniendo en cuenta lo dispuesto en la circular 2 de 1997 del Archivo General de la Nación y siempre y cuando los equipos estén provistos de sistemas de seguridad que imposibiliten la incorporación de modificaciones.

¿Existe alguna directriz con relación a la apertura de la historia?

Si, la ley exige que para el 1 de enero del año 2000 la identificación de la historia clínica se hará con el número de cédula de ciudadanía para personas mayores de edad; para los menores de 7 a 18 años con el número de tarjeta de identidad; y el número del registro civil para menores de 7 años. Las personas extranjeras con su cédula de extranjería o pasaporte. Si los menores de edad no tienen identificación se tomará la cédula de la madre o padre (en ausencia de ésta), seguido del número consecutivo de acuerdo al orden del menor en el grupo familiar.

¿Que son los comités de historias clínicas?



La ley estableció el comité de historias clínicas definido como el conjunto de personas que al interior de una institución prestadora de servicios de salud se encarga de velar por el cumplimiento de las normas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de las historias. Este comité puede existir en forma autónoma o mediante asignación de funciones a uno de los comités ya existentes en la institución.

¿Qué sucede si la institución prestadora de salud se termina?

La entidad deberá entregar las historias clínicas a cada usuario o paciente, si ello no es posible el liquidador designará quien tendrá la custodia hasta por el término de conservación de 20 años. De tal decisión se informará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud para que posteriormente se informe a la persona usuaria bajo quien quedó el cuidado de las historias.

BIBLIOGRAFÍA

Constitución Política de Colombia de 1.991.
Ley 23 de 1.981, Código de Ética Médica.
Decreto 2309 de 2.002
Decreto 2831 del 23 de Septiembre de 1.954, denominado el CODIGO DE MORAL MEDICA
Decreto-Ley 100 de 1980, Código Penal, Artículo 326.
Sentencia C-264-96 del 13 de junio de 1996
Resolución 1995 de 1.999
Resolución 1195 de 1999
Ley 599 de 2000, Código Penal Vigente, Artículo 106, 107.
Código de Procedimiento Penal (Ley 600 de 2.000
Código de Procedimiento Penal (Ley 600 de 2.000
Decreto 1171 de 1.997
Ley 100 de 1993, por el que se crea el Sistema de Seguridad Social Integral.
Resolución 3374 de 2.000