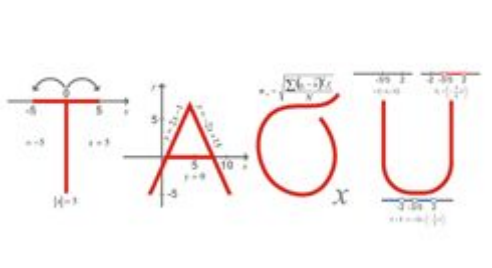


Tecnicatura en Administración y Gestión Universitaria

Reorganización del Departamento de Archivo Médico dependiente de la Dirección de Estadística y Archivo Médico del Hospital de Clínicas "José de San Martín"

Año 2018
Prácticas Profesionalizantes (2° parte)
Primer cuatrimestre
Comisión 472
Profesor: Victor Maesschalck

Grupo 2

Cáceres, Cecilia Mariné
Day, Wanda Marcela
Till, Marcela

Índice

1- Introducción ……4

1.1- Descripción del Proyecto ……4

2- Relevamiento……4

2.1- Marco Institucional……4

2.2- Organigrama vigente……6

2.3- Recursos utilizados……7

2.3.1- Recursos Físicos……7

2.3.2- Recursos Humanos……7

2.4- Descripción del Archivo Médico……12

2.4.1 Misión……13

2.4.2 Función……13

2.5- Descripción del Archivo Médico Activo……14

2.5.1- Función……14

2.6- Descripción del Archivo Médico Pasivo……15

2.6.1- Función……15

2.7- Sistemas informáticos utilizados……16

2.8- Normas del Departamento……31

2.8.1 -Normas para la historia clínica de internación……32

2.8.1.1- Apertura de la historia clínica……32

2.8.1.2- Contenido de la historia clínica……33

2.8.1.3- Ordenamiento de la historia clínica……33

2.8.2- Manejo de la Historia Clínica……35

2.8.2.1- Inscripción y Admisión……35

2.8.2.2- Numeración de la historia clínica……35

2.8.2.3- Organización del Archivo Médico……36

2.8.2.4- Método del Archivo……36

2.8.2.5- Manejo del Archivo……36

2.8.2.6- Periodo de conservación……37

2.8.2.7- Control de las historias clínicas……37

2.8.2.8- Cuidado de la Historia clínica……39

2.8.2.9- Registros de ingresos y egresos……40
2.8.3- Codificación y de morbilidad……40
2.8.4- Entrega de información a terceros……41
2.8.5- Fines educativos y de investigación……43
2.8.6- Estadísticas……44
2.9- Procedimientos……44
2.9.1- Procedimiento para historias de pacientes egresados……44
2.9.1.1- Control de la recepción de historias clínicas……44
2.9.1.2- Clasificador (Sorteador)……46
2.9.1.3- Reingresos……47
2.9.1.4- Historias Clínicas Reciclables de 1° vez……47
2.9.1.5- Notificación de historias adeudadas……48
2.9.2- Manejo de la Historia Clínica ……48
2.9.2.1- Procedimiento para archivar y conservar las historias clínicas……48
2.9.2.2- Control de las historias que salen del archivo……49
2.9.2.3- Salidas Generales……49
2.9.2.4- Consultorios Externos……49
2.9.2.5- Facturación……50
2.9.2.6- Ateneos……51
2.9.3- Estudios e investigaciones dentro del departamento ……52
2.9.4- Cuidado de las historias……52
2.9.5- Traslado de historias al archivo pasivo……53
2.9.5.1. Depuración de Historias Clínicas……53
2.9.5.2 Regist de Historias Depuradas……54
2.9.6- Entrega de información de HC a terceros……55
2.9.7- Implicancias legales de la Historia Clínica……57

3- Diagnóstico……58

3.1- Problemas detectados……58
3.2- Consecuencias de los problemas……61

4 - Propuesta……62
4.1 Fundamentación……63

4.2- Finalidad y Objetivos……..64
4.3- Funciones del Departamento……..64
4.4- Áreas funcionales……..65
4.5- Recursos requeridos……66
4.5.1- Recursos Físicos……..66
4.5.2- Recursos Humanos……..67
4.6- Manual de Procedimientos……..68

5- Implementación del Proyecto……..69
5.1- Localización……69
5.2- Capacitación……..……..69
5.3- Presupuesto……..……69

6- Conclusión……72
6.1- Beneficios……72
6.2- Beneficiarios……..72

7- Anexo
Anexo 1 -Manual de Procedimientos……..73
Anexo 2 -Sistema Integral de Historias Clínicas……119
Anexo 3 -Organigrama Propuesto……..……131
Anexo 4 - Resolución 1496/84……..……..132
Anexo 5- Organigrama 1970/1982……..……135
Anexo 6- Resolución 1982 Organigrama……..……..136

8- Bibliografía……..……137

1. Introducción

1.1 Descripción del proyecto

Este proyecto se basa en reorganizar el Departamento de Archivo Médico dependiente de la Dirección de Estadísticas y Archivo Médico del Hospital de Clínicas "José de San Martín", a los efectos de conformar un sistema que permita la optimización y funcionalidad en el desarrollo de procesos administrativos dentro del mismo.

2. Relevamiento

2.1 Marco Institucional

El Departamento de Archivo Médico, depende de la Dirección de Estadística y Archivo Médico, que ésta a su vez depende de la Dirección General del Hospital de Clínicas "José de San Martín", la cual se erige como una institución de asistencia de salud de alta complejidad y de gran calidad académica, teniendo a su cargo la formación universitaria de las principales Cátedras de la Facultad de Medicina de la UBA, así como también la educación de Postgrado en residencias, concurrencias, carreras de especialistas, y pasantías.

Esta dirección cuenta con cuatro departamentos:

- Central (Departamento que recepciona y procesa toda la información que recibe de las áreas: internación, ambulatorias, consultorios externos y prácticas médicas. Es la encargada de conformar la estadística anual).
- Admisión de pacientes (Departamento que se encarga de la internación de los pacientes, ingreso y egreso, defunción, alta o fuga, traslados de pacientes y cobertura s médicas, seguimiento de pacientes, pases de sala y relevamiento de documentación).
- Revisión y Codificación (Departamento encargada de la revisión médica de las historias clínicas, controla y verifica las internaciones de la historia clínica de los pacientes, colabora con trabajos de Investigación Médica y realiza estadísticas de morbilidad).

- Archivo Médico (Departamento que prepara las historias clínicas de primera vez y sus reingresos, recepciona los egresos de internaciones, recibe oficios judiciales, depura las historias según resolución número 1496/84, archiva y hace entrega de historias clínicas para internaciones y/o ateneos.

Dicho departamento se encuentra en entre piso, mirando hacia la calle Córdoba, cuenta con una superficie de 561 mts2 y posee dos entradas.

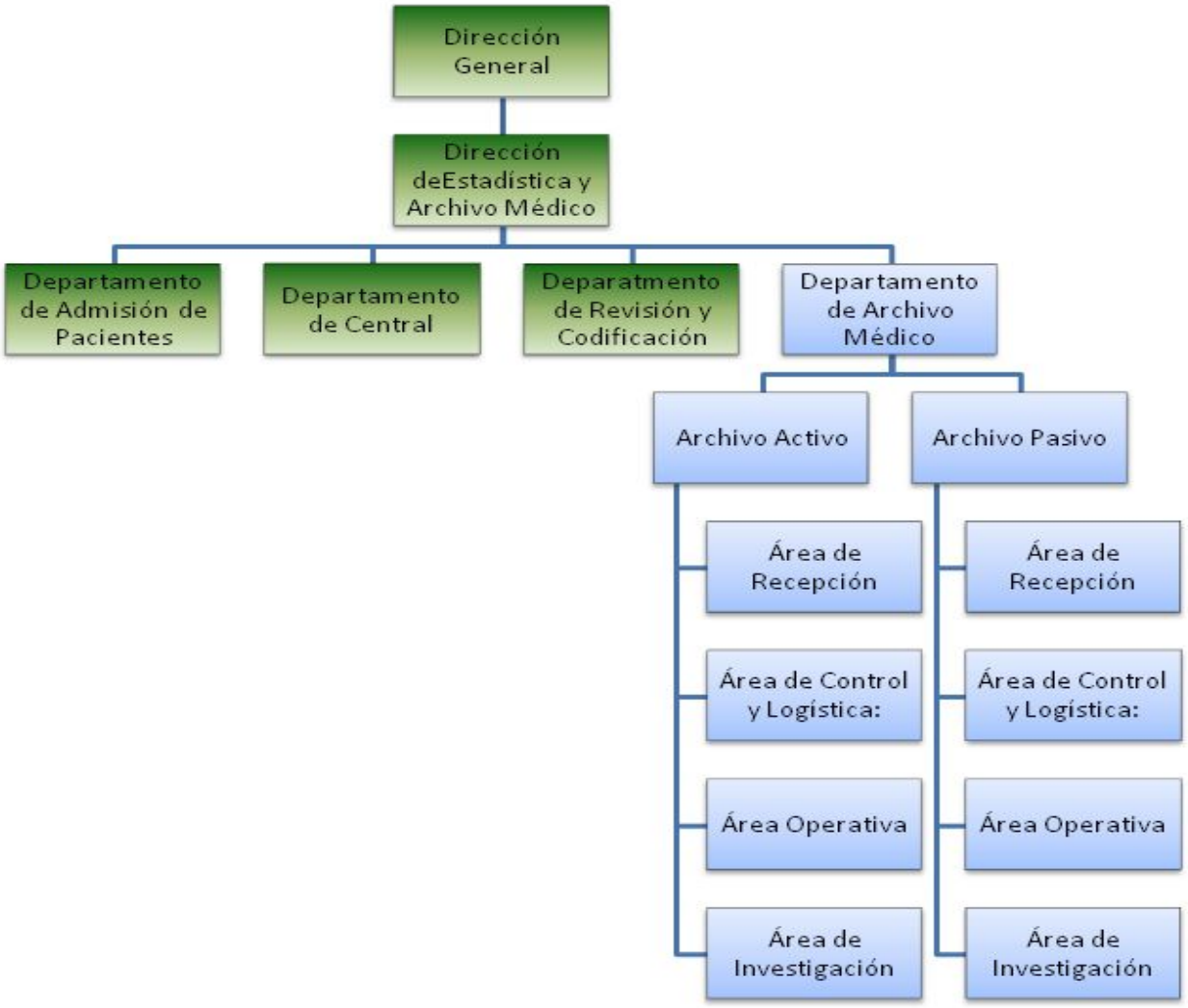
El Departamento está compuesto por un responsable, y 11 agentes administrativos/operativos repartidos en 3 turnos (turno mañana 8 agentes , turno tarde 1 agente y turno fin de semana y feriados 3 agentes).

2.2 Organigrama vigente.

A continuación presentamos el organigrama vigente :

Figura nº 1 :

Organigrama Vigente del Departamento de Archivo Médico



Fuente: El organigrama surge del relevamiento realizado tomando como fuente de información por la Jefa del Archivo, Técnica en Estadística Sra. Sara Gutiérrez.

Se detalla en color celeste la bajada de línea del Departamento de Archivo Médico

2.3 Recursos utilizados

2.3.1 Recursos Físicos.

El departamento de archivo médico ocupa 330 mts2, contiene 18 góndolas metálicas, 4 computadoras, 8 escritorios, 8 sillas, 2 teléfonos, 3 armarios de madera con historias clínicas de internación que se guardan bajo llave por diferentes problemas de oficios judiciales y 2 armarios metálicos para uso del servicio.

2.3.2 Recursos Humanos

Cuenta con una jefatura a cargo. Asimismo hay 3 turnos, turno mañana (Lunes a Viernes de 7 a 15, tarde de 14 a 21 y Sábados , Domingos y Feriados (6 a 20). Por la mañana hay 6 administrativos, por la tarde 1 y los fin de semana y feriados 3.

Funciones:
Turno mañana:

↘Área de Recepción Archivo Activo: se encarga recibir los contenidos de las historias clínicas (1500 internaciones al mes aproximadamente) corroborando los datos del paciente y sus egresos hospitalarios (alta-defunción-fuga), descargando un Excel del programa de Microsoft proveniente del Sistema de Camas - Admisión de Pacientes. El Excel descargado no funciona en red, a diferencia de los Sistemas que sí. Por eso solo personal del Archivo tiene acceso a este documento. (*Ver punto 2.9 Sistemas Informáticos Utilizados*)

Cabe aclarar que una historia clínica de internación puede contener más de un contenido de internación ya que la historia es única y general por cada paciente hospitalizado

↘Área de Investigación Archivo Activo/Pasivo: facilita a los médicos y residentes las historias para las investigaciones académicas, expedientes judiciales y secuestros policiales.

↘Área Operativa Archivo Activo: sacar listados para los servicios de facturación,

consultorios externos, urgencias, atención personal y telefónica a secretarias y médicos profesionales diariamente.

↘Área de Control y Logística Archivo Pasivo: se pre-depura (seleccionar las historias de más de 10 años de su última internación, se controla historia por historia en las góndolas) y se depura[1] dejando en la historia:

1- Epicrisis
2- Consentimiento informado
3- Protocolo
4- Pre-quirúrgico
5- Biopsia

Y posteriormente se guardan en cajas.*(Ver punto 2.9.5.1 Depuracion de Historias Clinicas)*

↘Área de Recepción Archivo Pasivo: se encarga de chequear los òbitos verificando que al finalizar el mes los egresos correspondientes a defunciones, hayan entrado al archivo y no esté en falta ninguno, y registrar las historias depuradas de más de 10 años en un programa de Excel para control interno.Solo Personal del Archivo tiene acceso .

Turno Tarde :

↘Área de Control y Logística Archivo Activo: comisiona el archivado diario del movimiento de la mañana de historias en las góndolas supervisando su ordenamiento (Ver punto 2.8.2.4 Método de archivo) y restauración (ver punto 2.8.2.8 Cuidado de las Historias Clínicas) , entendiéndose por restauración al proceso de sustitución de carpetas en la estado, hojas rotas de las mismas (50.000 historias dentro del departamento).

↘Área de Investigación Archivo Activo : facilita a los médicos y residentes las historias para las investigaciones académicas previamente autorizado por la Jefatura.

↘Área Operativa Archivo Activo: Facilitar las historias únicamente urgencias o

[1] Depurar: según resolución N°536/1999 Procedimientos de Depuración de Historias Clínicas Art.7

internaciones, ya sea solicitada de manera telefónica o personal a secretarias y médicos profesionales diariamente.

Turno fin de semana y feriados:

↘Área de Recepción Archivo Pasivo: se encarga de chequear los òbitos verificando que al finalizar el mes los egresos correspondientes a defunciones, hayan entrado al archivo y no esté en falta ninguno, y registrar las historias depuradas de más de 10 años en un programa de Excel para control interno.Solo Personal del Archivo tiene acceso .

↘Área de Control y Logística Archivo Pasivo: se pre-depura (seleccionar las historias de más de 10 años de su última internación, se controla historia por historia en las góndolas) y se depura[2] dejando en la historia:

1- Epicrisis
2- Consentimiento informado
3- Protocolo
4- Pre-quirúrgico
5- Biopsia

Y posteriormente se guardan en cajas.*(Ver punto 2.9.5.1 Depuracion de Historias Clinicas)*

↘Área de Investigación Archivo Activo/Pasivo: facilita a los médicos y residentes las historias para las investigaciones académicas, previamente autorizado por la Jefatura.

↘Área Operativa Archivo Pasivo: Se destinan las defunciones a otras góndolas y se acomodan las cajas de las historias depuradas, además de atención personal y telefónica a secretarias y médicos profesionales.

↘Área Operativa Archivo Activo : Facilitar las historias para únicamente para urgencias, o internaciones ya sea solicitado de manera telefónica o personal a secretarias y médicos profesionales.

[2] Depurar: según resolución N°536/1999 Procedimientos de Depuración de Historias Clínicas Art.7

A continuación mostraremos un relevamiento de cómo están distribuidas las categorías en el Departamento de Archivo Médico y cuáles son las tareas que se establecen.

Este cuadro comparativo va a evidenciar el desempeño de tareas con las categorías según Resolución del Convenio Colectivo de Trabajo 366/06 No Docente.
En la primera columna, detallamos la función laboral, en la segunda columna el turno, en la tercer columna la categoría actual que poseen, la cuarta columna detalla las tareas que debe realizar según el Convenio Colectivo de Trabajo 366/06 No Docente, en la quinta columna, el desempeño laboral actual que realiza cada personal, y en la sexta y última columna la categoría que debería tener según su desempeño laboral.

Cuadro Comparativo de tareas

Función Laboral	*Turno*	*Categoría*	*Segun CCT 366/6*	*Desempeño Laboral Actual*	*Cat. según su tarea*
Jefatura	Mañana	3	Organiza las tareas a nivel Departamento. Tiene a cargo la supervisión y control del desempeño del personal.	Coordina, supervisa y controla la ejecución de los procedimientos administrativos.	3
Subjefe	Mañana	5	Tiene como tarea brindar colaboración y apoyo al jefe del departamento y supervisar de forma directa al personal.	Ayuda y sustituye en su ausencia al jefe y realiza sus funciones.Realiza tareas del Archivo Activo/ Pasivo.	5
Agente	Mañana	5	Tiene como tarea brindar colaboración y apoyo al jefe del departamento y supervisar de forma directa al personal.	Restaura las HC. Saca HC que se soliciten.	7
Agente	Mañana	6	Efectúa tareas de carácter operativo auxiliar, que requieran conocimiento específicos.	Realiza tareas del Archivo Pasivo y suele quedar a cargo del departamento en ausencia de la Jefatura.	5
Agente	Mañana	7	Desempeña tareas de carácter elemental, de apoyo a la función administrativa.	Asiste como colaboradora[3] en el área operativa del archivo activo.	6

[3] Esta persona, asiste al Departamento como colaboradora, ya que es un persona con discapacidad intelectual.

Agente	Mañana	7	Desempeña tareas de carácter elemental, de apoyo a la función administrativa.	Realiza tareas del Archivo Activo, más específicamente a cargo del área de Recepción.	6
Agente	Mañana	7	Desempeña tareas de carácter elemental, de apoyo a la función administrativa.	Asiste a la jefatura como secretaria.Realiza funciones del Archivo Activo/ Pasivo.	5
Agente	Mañana	Contrato de Locación	No figura en el CCT 366/06	Realiza tareas del área de Investigación de Archivo.	6
Agente	Tarde	6	Efectúa tareas de carácter operativo auxiliar, que requieran conocimiento específicos	Realiza tareas del Archivo Activo .	6
Agente	Fin de Semana	4	Tiene como tarea apoyar al jefe del departamento , controlar y supervisar de forma general al departamento	Realiza tareas del Archivo Pasivo y buscan hc solo para la División de Urgencias	6
Agente	Fin de Semana	6	Efectúa tareas de carácter operativo auxiliar, que requieran conocimiento específicos	Realiza tareas del Archivo Pasivo y buscan hc solo para la División de Urgencias	6
Agente	Fin de Semana	7	Desempeña tareas de carácter elemental, de apoyo a la función administrativa	Realiza tareas del Archivo Pasivo y buscan hc solo para la División de Urgencias	6

Según lo relevado en la entrevista con la Directora de la Dirección de Estadística Técnica en Estadística Sra. Marta del Valle, Domínguez y la Jefa del Departamento de Archivo Médico, Técnica en Estadística Sra. Sara del Carmen Gutiérrez, las funciones que desempeñan los agentes son de AUXILIARES EN ESTADÍSTICA. Es por eso que ambas Jefaturas solicitan a la Dirección General la re-categorización de los agentes del servicio. El mencionado pedido se encuadra en lo regulado por el CCT 366/06 en el artículo que se detalla a continuación:

“Art. 48º: Agrupamiento Administrativo: Este agrupamiento incluirá al personal que desempeñe funciones de dirección, coordinación, planeamiento, organización, fiscalización,

supervisión, asesoramiento y ejecución de tareas administrativas, con exclusión de las propias de otros agrupamientos.(...)

a) Tramo Mayor: incluirá a los trabajadores que cumplan tareas de dirección, coordinación, planeamiento, organización o asesoramiento, destinadas a contribuir en la formulación de políticas y planes de conducción y en la preparación y control de programas y proyectos destinados a concretar aquéllas. Estará constituido por las categorías 1, 2 y 3.

b) Tramo Intermedio: incluirá a los trabajadores que desarrollen funciones de colaboración y apoyo al personal del tramo mayor, así como la supervisión directa de tareas propias del personal del tramo inicial. Estará constituido por las categorías 4 y 5.

c) Tramo Inicial: incluirá a los trabajadores que desarrollen tareas de carácter operativo, auxiliar o elemental, estará constituido por las categorías 6 y 7."[4]

2.4 Descripción del Archivo Médico

El departamento tiene como finalidad mantener la integridad del conjunto de historias médicas pertenecientes al hospital, mediante actividades desarrolladas según criterios específicos para la conservación, clasificación y control del Área de Salud de las historias clínicas, y del necesario secreto en lo que respecta a su contenido.

Por archivo médico se entiende el lugar donde se conservan las historias clínicas de internación en forma ordenada y accesible.

La historia clínica es la exposición detallada y organizada de todos los datos relativos a un paciente, incluye información del individuo y sus familiares, de los antecedentes, del estado actual y la evolución, además de los procedimientos o tratamientos recibidos. El estudio de un paciente requiere de la acumulación de numerosos datos de gran valor que en muchas ocasiones son resultado de la actividad de diversos Médicos. Por ello, el archivo hospitalario no puede ser considerado como un simple lugar de almacenamiento de la documentación médica. Este tipo de información deberá conservarse estructuradamente, rápida y coherentemente disponible para su examen o actualización.

[4] Decreto 366/2006 Convenio Colectivo de Trabajo para el Sector No Docente de las Instituciones Universitarias Nacionales.

2.4.1 Misión

Fuente: información obtenida en la entrevista con la Jefa del Departamento de Archivo Medico.

El Departamento de Archivo Médico se dedica a recolectar toda la información generada de los procesos de atención que se brinda a nuestros pacientes, con la finalidad de concentrar información estadística que contribuya a la toma de decisiones estratégicas de este hospital, todo esto realizado por personal capacitado y actualizado en las normativas vigentes.
E l departamento del archivo central es el guardián de los documentos que, a pesar de ser confidenciales, tienen mucho movimiento no solamente en la atención continuada de la persona, sino también en estudios e investigaciones.

2.4.2 Función

Fuente: información obtenida en la entrevista con la Jefa del Departamento de Archivo Medico.

1. Realizar los trámites administrativos relacionados con la inscripción y admisión de pacientes.
2. Realizar la evaluación técnica de las historias.
3. Archivar y recuperar (desarchivar) historias clínicas.
4. Mantener y conservar las historias clínicas
5. Mantener el índice de pacientes
6. Mantener otros registros secundarios según sea necesario y requerido.
7. Elaborar las estadísticas necesarias para fines intrahospitalarios y para uso nacional.
8. Proporcionar información en respuesta a solicitudes para datos sobre el tratamiento brindado a un paciente (certificaciones).
9. Colaborar con el cuerpo médico y con otro personal de salud facilitandoles historias clínicas y datos estadísticos para fines de investigación, evaluación o docencia.
10. Colaborar con programas de capacitación.

2.5 Descripción del Archivo Médico Activo

Fuente: información obtenida en la entrevista con la Jefa del Departamento de Archivo Medico.

El sector de Archivo Activo se encuentra abocado a las historias clínicas de los pacientes vivos y que su internación no haya pasado más de 10 años.

2.5.1 Función

Fuente: Según lo relevado en la entrevista obtenida con la Jefa del Departamento de Archivo Medico.

Área de Recepción Archivo Activo: se encarga recibir los contenidos de las historias clínicas (1500 internaciones al mes aproximadamente) corroborando los datos del paciente y sus egresos hospitalarios (alta-defunción-fuga), descargando un Excel del programa de Microsoft proveniente del Sistema de Camas - Admisión de Pacientes. El Excel descargado no funciona en red, a diferencia de los Sistemas que sí. Por eso solo personal del Archivo tiene acceso a este documento. (*Ver punto 2.9 Sistemas Informáticos Utilizados*)

Área de Investigación Archivo Activo: facilita a los médicos y residentes las historias para las investigaciones académicas, expedientes judiciales y secuestros policiales.

Área Operativa Archivo Activo: sacar listados para los servicios de facturación, consultorios externos, urgencias, atención personal y telefónica a secretarias y médicos profesionales diariamente.

Área de Control y Logística Archivo Activo: comisiona el archivado diario del movimiento de la mañana de historias en las góndolas supervisando su ordenamiento *(Ver punto 2.8.2.4 Método de archivo)* y restauración *(ver punto 2.8.2.8 Cuidado de las Historias Clínicas)*, entendiéndose por restauración al proceso de sustitución de carpetas en mal estado y hojas rotas de las mismas. Como dato informativo adicional, se estima que hay un total de 50.000 historias clínicas dentro del departamento.

2.6 Descripción del Archivo Médico Pasivo[5]

Fuente: información obtenida en la entrevista con la Jefa del Departamento de Archivo Medico.

En el sector de Archivo Pasivo se encuentran las historias clínicas de los pacientes fallecidos y las de los pacientes que pasaron 10 años desde su última hospitalización.

2.6.1 Función

Fuente: información obtenida en la entrevista con la Jefa del Departamento de Archivo Medico.

Área de Recepción Archivo Pasivo: se encarga de chequear los óbitos verificando que al finalizar el mes los egresos correspondientes a defunciones, hayan entrado al archivo y no esté en falta ninguno, y de registrar las historias depuradas de más de 10 años en un archivo de Excel para control interno, sólo Personal del Archivo tiene acceso a este archivo.

Área de Control y Logística Archivo Pasivo: se pre-depura (seleccionar las historias de más de 10 años desde su última internación, se controla historia por historia en las góndolas) y se depura[6] dejando en la historia:

1- Epicrisis
2- Consentimiento informado
3- Protocolo
4- Pre-quirúrgico
5- Biopsia

Y posteriormente se guardan en cajas.*(Ver punto 2.9.5.1 Depuracion de Historias Clinicas)*

Área de Investigación Archivo Pasivo: facilita a los médicos y residentes las historias para las investigaciones académicas, previamente autorizado por la Jefatura.

Área Operativa Archivo Pasivo: Se destinan las defunciones a otras góndolas y se

[5] Según Resolución 1496/84.Hospital de Clínicas
[6] Depurar: según resolución N°536/1999 Procedimientos de Depuración de Historias Clínicas Art.7

acomodan las cajas de las historias depuradas, además de atención personal y telefónica a secretarias y médicos profesionales.

2.7 Sistemas informáticos utilizados

Fuente: Según lo relevado en la entrevista realizada a :

1- La Jefatura del Departamento de Archivo Médico y los agentes que se desempeñan en el departamento.
2- La Jefatura del Departamento de Revisión y Codificación y los agentes que se desempeñan en el departamento.

Nota: Ambos programas que vamos a detallar a continuación no funcionan en red y solo los agentes de cada departamento pertinente tienen acceso solamente a la computadora de ellos con la utilización de una clave personal debido a que la información es confidencial.

- Excel Historias Adeudadas- Departamento de Archivo Médico.
- Sistema de Diagnóstico y Operaciones- Departamento de Revisión y Codificación

Debido a que el “Sistema de Seguimientos de Camas” (Sistema creado por el Departamento de Informática con el cual se trabaja en red y que contiene todos los datos de internación de los pacientes y sus movimientos de hospitalización) no asiste de forma inmediata a el departamento del archivo y no acompàña fidedignamente a los procedimientos administrativos, ya que no ayudan a la localización de las historias clínicas en toda la Institución.

Es por esta razón que se elaboran bases de datos, ante la necesidad de almacenar y contar con la información:

- Para la recepción de historias
- Para la codificación de enfermedades y operaciones

Los datos adicionales mencionados se almacenan en:

1- En un archivo de Excel (de Microsoft Office)para la recepción de las historias clínicas de internación en el Archivo Médico con el nombre Historias Adeudadas.

2- En un programa de Access (de Microsoft Office) de administración de bases de datos, denominado “Sistema de Diagnóstico y Operaciones” para obtener así las estadísticas de los Egresos y Morbilidad Hospitalaria para el Departamento de Revisión y Codificación.

Los mismos recopilan información relativa a un propósito particular.

Historias Adeudadas

La lista de pacientes egresados proviene del “*Sistema de Seguimientos de Camas de Admisión”(Figura n ° 2 y 3)*, donde se selecciona la fecha de los egresos que se desea listar :

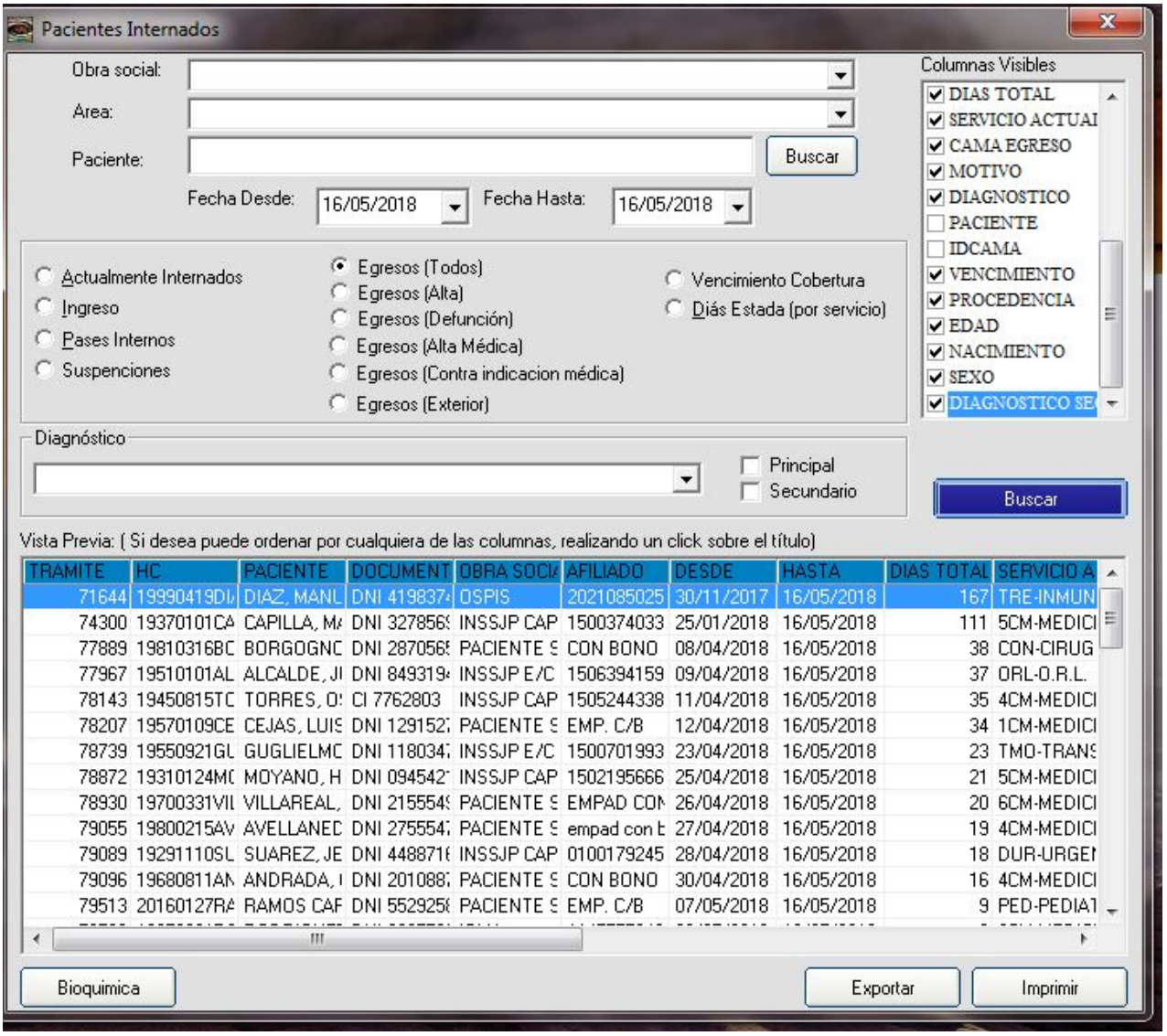
Nota: Los Registros de Egresos de historias clínicas se recepcionan 48 horas posteriores al egreso del paciente.

Figura nº 2:

Sistema de Seguimientos de Camas de Admisión

Figura nº 3:

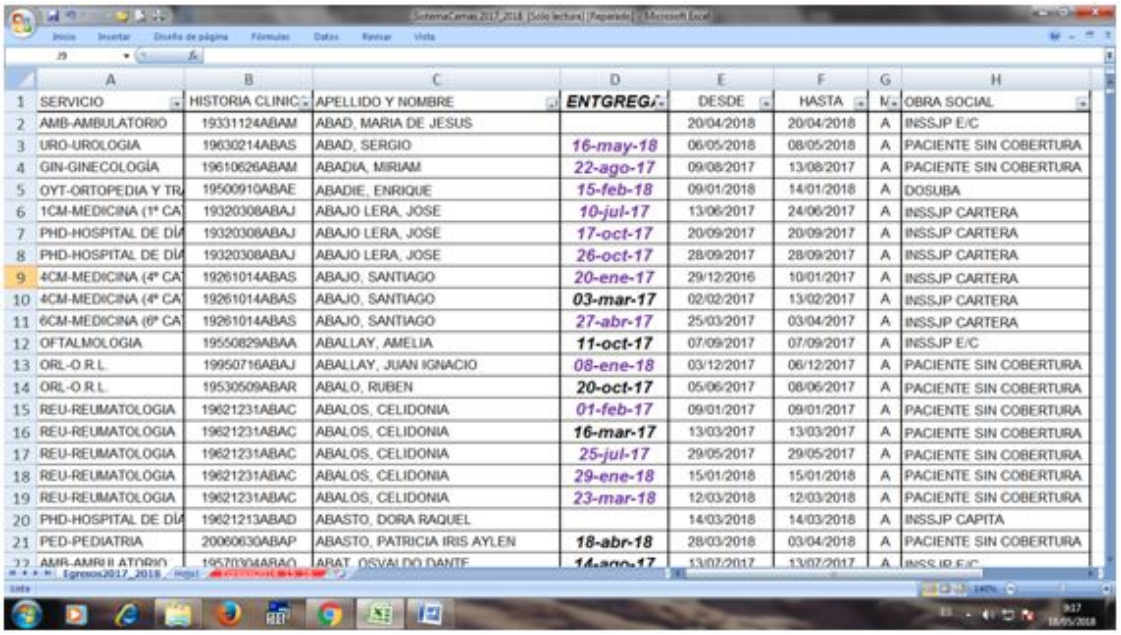
Sistema de Seguimientos de Camas de Admisión



Diariamente se exporta el Excel de Historias Adeudas *(Figura nº 4)*, actualizando los egresos. En el programa de Excel, el departamento de Archivo Médico solo registra las historias con egresos hospitalarios que ingresan al archivo colocando la fecha de ingreso de la historia.

Figura nº 4 :

Imagen del archivo Excel de Historias Adeudadas.



	A	B	C	D	E	F	G	H
1	SERVICIO	HISTORIA CLINIC	APELLIDO Y NOMBRE	ENTGREG	DESDE	HASTA	M	OBRA SOCIAL
2	AMB-AMBULATORIO	19331124ABAM	ABAD, MARIA DE JESUS		20/04/2018	20/04/2018	A	INSSJP E/C
3	URO-UROLOGIA	19630214ABAS	ABAD, SERGIO	16-may-18	06/05/2018	08/05/2018	A	PACIENTE SIN COBERTURA
4	GIN-GINECOLOGÍA	19610626ABAM	ABADIA, MIRIAM	22-ago-17	09/08/2017	13/08/2017	A	PACIENTE SIN COBERTURA
5	OYT-ORTOPEDIA Y TR	19500910ABAE	ABADIE, ENRIQUE	15-feb-18	09/01/2018	14/01/2018	A	DOSUBA
6	1CM-MEDICINA (1° CA	19320308ABAJ	ABAJO LERA, JOSE	10-jul-17	13/06/2017	24/06/2017	A	INSSJP CARTERA
7	PHD-HOSPITAL DE DÍ	19320308ABAJ	ABAJO LERA, JOSE	17-oct-17	20/09/2017	20/09/2017	A	INSSJP CARTERA
8	PHD-HOSPITAL DE DÍ	19320308ABAJ	ABAJO LERA, JOSE	26-oct-17	28/09/2017	28/09/2017	A	INSSJP CARTERA
9	4CM-MEDICINA (4° CA	19261014ABAS	ABAJO, SANTIAGO	20-ene-17	29/12/2016	10/01/2017	A	INSSJP CARTERA
10	4CM-MEDICINA (4° CA	19261014ABAS	ABAJO, SANTIAGO	03-mar-17	02/02/2017	13/02/2017	A	INSSJP CARTERA
11	6CM-MEDICINA (6° CA	19261014ABAS	ABAJO, SANTIAGO	27-abr-17	25/03/2017	03/04/2017	A	INSSJP CARTERA
12	OFTALMOLOGIA	19550829ABAA	ABALLAY, AMELIA	11-oct-17	07/09/2017	07/09/2017	A	INSSJP E/C
13	ORL-O R L	19950716ABAJ	ABALLAY, JUAN IGNACIO	08-ene-18	03/12/2017	06/12/2017	A	PACIENTE SIN COBERTURA
14	ORL-O R L	19530509ABAR	ABALO, RUBEN	20-oct-17	05/06/2017	08/06/2017	A	PACIENTE SIN COBERTURA
15	REU-REUMATOLOGIA	19621231ABAC	ABALOS, CELIDONIA	01-feb-17	09/01/2017	09/01/2017	A	PACIENTE SIN COBERTURA
16	REU-REUMATOLOGIA	19621231ABAC	ABALOS, CELIDONIA	16-mar-17	13/03/2017	13/03/2017	A	PACIENTE SIN COBERTURA
17	REU-REUMATOLOGIA	19621231ABAC	ABALOS, CELIDONIA	25-jul-17	29/05/2017	29/05/2017	A	PACIENTE SIN COBERTURA
18	REU-REUMATOLOGIA	19621231ABAC	ABALOS, CELIDONIA	29-ene-18	15/01/2018	15/01/2018	A	PACIENTE SIN COBERTURA
19	REU-REUMATOLOGIA	19621231ABAC	ABALOS, CELIDONIA	23-mar-18	12/03/2018	12/03/2018	A	PACIENTE SIN COBERTURA
20	PHD-HOSPITAL DE DÍ	19621213ABAD	ABASTO, DORA RAQUEL		14/03/2018	14/03/2018	A	INSSJP CAPITA
21	PED-PEDIATRIA	20060830ABAP	ABASTO, PATRICIA IRIS AYLEN	18-abr-18	28/03/2018	03/04/2018	A	PACIENTE SIN COBERTURA
22	AMB-AMBULATORIO	19570304ABAO	ABAT, OSVALDO DANTE	14-ago-17	13/07/2017	13/07/2017	A	INSSJP E/C

El Sistema de Seguimiento de Camas de Admisión (*Figura nº 5 y 6)* releva información desde el año 2015 en adelante, este sistema surge ante el deterioro del Sistema de Admisión y Egresos, que releva información desde año 2000 al 2015. Por lo tanto el personal del archivo al buscar historias debe consultar en los 2 sistemas para una búsqueda exacta.

Figura Nº 5:

Foto Sistema de Admisión y Egresos

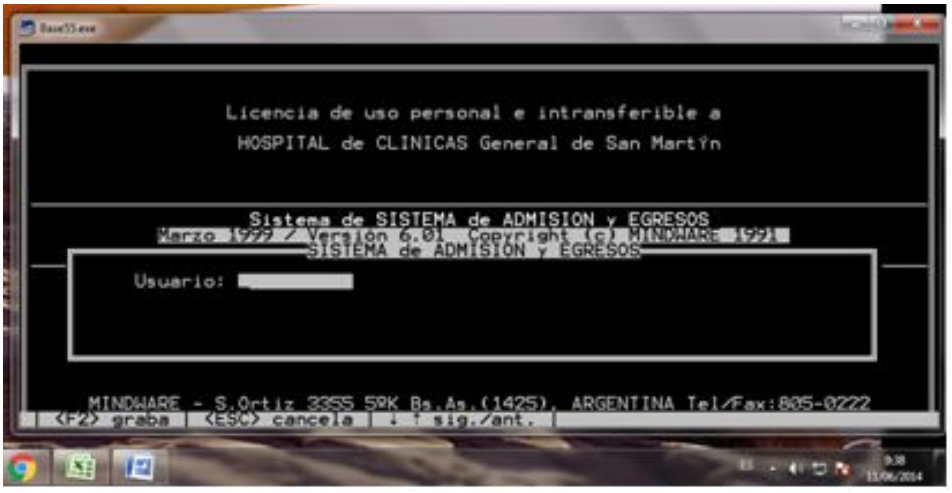
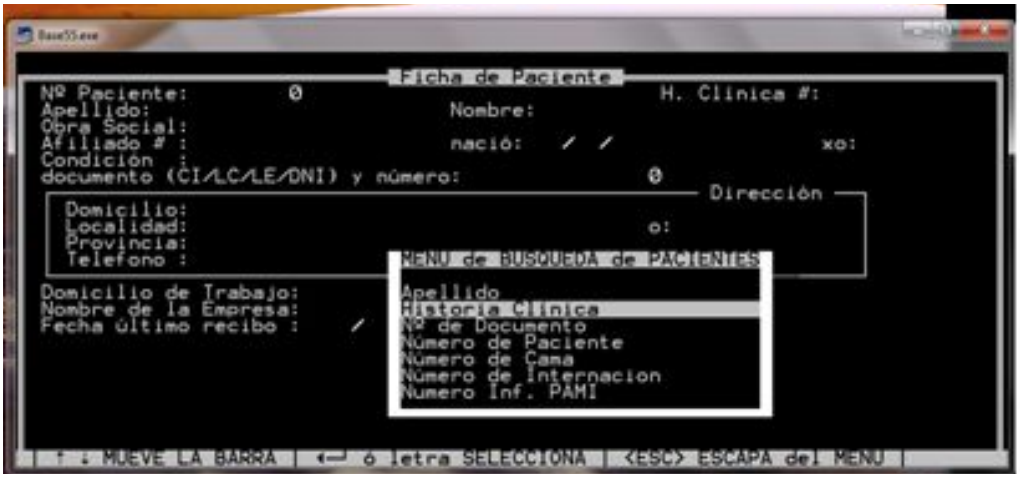


Figura Nº 6:



De la única manera que funciona este sistema, es cambiando la fecha de la computadora, y poner año 2015. Este sistema se utiliza para el Archivo Pasivo ya que releva información del 2000 al 2015..

Sistema de Diagnóstico y Operaciones

Por medio de esta base de datos de Access se puede administrar toda la información desde un único archivo de base de datos del Sistema de Diagnóstico y Operaciones. Dentro de este archivo se pueden dividir los datos en contenedores de almacenamiento independientes denominados tablas que permiten ver, agregar y actualizar datos de la tabla por medio de formulario en pantalla, también busca y recupera solo los datos que se desee por medio de consultas y analiza o imprime los datos con un diseño específico.
La función del Sistema de Diagnóstico y Operaciones *Figura N° 7 y 8* específicamente es la de recolectar diferentes datos provenientes de las Historias Clínicas de internación así como diagnóstico principal, secundario y operaciones durante la internación de los pacientes en los diferentes servicios de internación con los que cuenta el Hospital de Clínicas “José de San Martín”.

Figura N° 7

Sistema de Diagnóstico y Operaciones

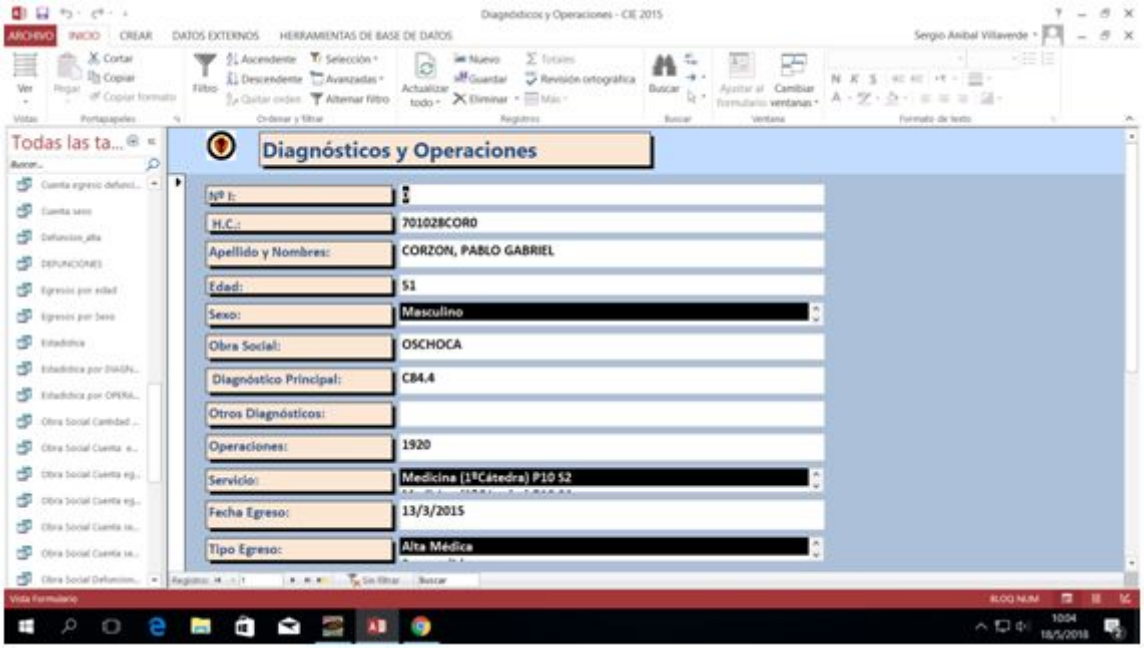
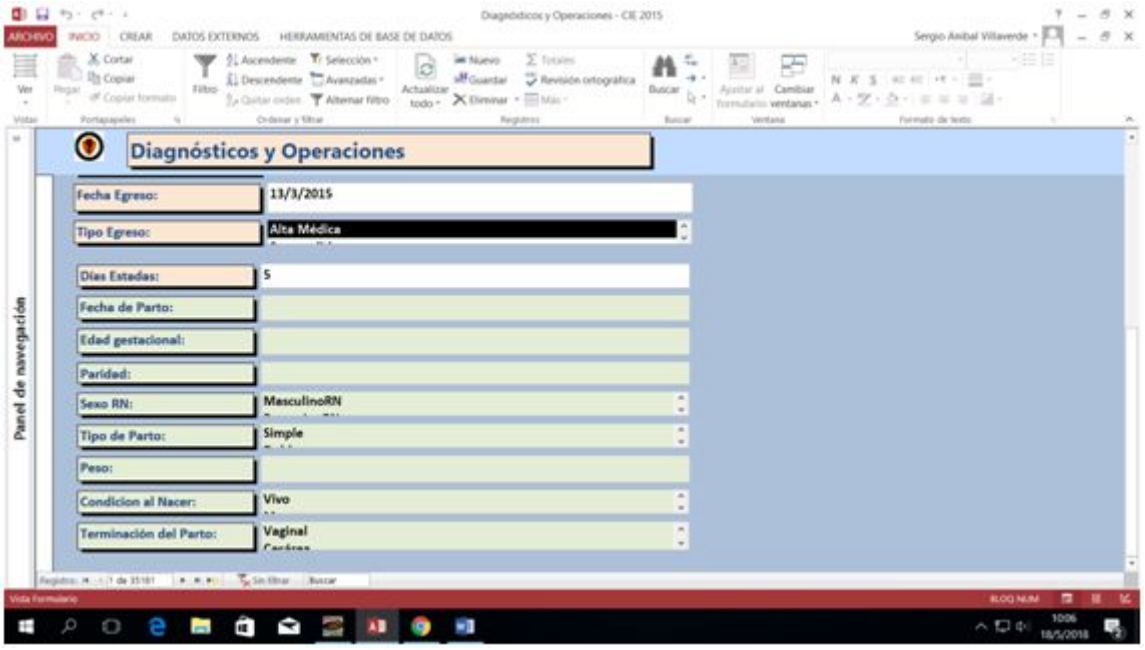


Figura N° 8

Sistema de Diagnóstico y Operaciones



Circuito del procedimiento administrativo con los sistemas informáticos.

El circuito de información comienza cuando la Historia Clínica de internación del paciente es entregada en el departamento de Archivo Médico al obtener su egreso hospitalario, es decir, alta, traslado, óbito o fuga.

En dicho departamento corroboran que los datos que contiene la Historia Clínica de formato físico del paciente sean exactamente los mismos datos que se encuentran en la base de datos.

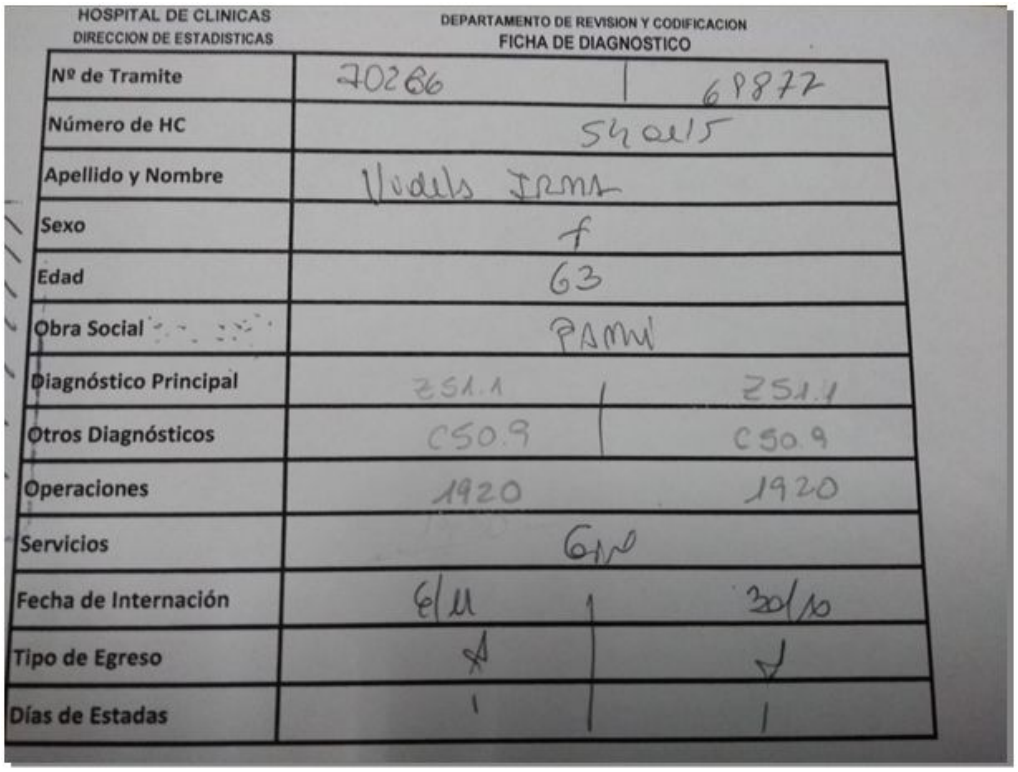
Desde el *Sistema de Seguimientos de Camas de Admisión* se exporta una planilla de Excel, en la cual solo se seleccionan los datos relevantes para el departamento (Nº de Historia Clínica de Internación, Apellido y Nombre del paciente, Fecha de Ingreso y Egreso, Servicio Actual de Egreso, Obra Social y Egreso Hospitalario definitivo), luego se proceder a cargar la fecha de recepción de la Historia Clínica (primer control interno).

Una vez hecha la admisión en el *Excel Historias Adeudadas* en este departamento, continúa la examinación de datos, la mencionada Historia Clínica es trasladada al Departamento de Revisión y Codificación dado que en el mismo se examina con el número de trámite en el Sistema de Camas el historial de internación del paciente para confirmar si dicha internación entregada está codificada (segundo control interno), y se vuelca una serie de datos a un formulario *(Figura n°: 9).* Este formulario se adjunta a la historia clínica y es entregada a los codificadores, estos proceden a hacer una revisión de la misma corroborando nuevamente que los datos del formulario sean los mismos que contiene la historia clínica en formato físico y se procede a codificar (tercer control interno). Cabe aclarar que la verificación de los datos es constante, ya que cada agente va confirmando los datos de origen.

Desde ese departamento se codifica, a través del CIE10 – CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES- (La C.I.E. 10 –décima revisión/ o MS, es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos). Este procedimiento es diario y se realiza un back up mensual.

Figura n° 9:

Formulario de Ficha de Diagnóstico



HOSPITAL DE CLINICAS
DIRECCION DE ESTADISTICAS

DEPARTAMENTO DE REVISION Y CODIFICACION
FICHA DE DIAGNOSTICO

Nº de Tramite	70286	68877
Número de HC	54015	
Apellido y Nombre	Vidals IRMA	
Sexo	f	
Edad	63	
Obra Social	PAMI	
Diagnóstico Principal	Z51.1	Z51.1
Otros Diagnósticos	C50.9	C50.9
Operaciones	1920	1920
Servicios	GIN	
Fecha de Internación	6/11	30/10
Tipo de Egreso	A	A
Días de Estadas	1	1

El *Sistema de Diagnóstico y Operaciones* recibe información de todos los servicios de internación del Hospital.

Solo los agentes autorizados del sector pueden cargar datos, dar de baja datos modificarlos o manipularlos para realizar estadísticas.

El sistema contiene solo una base de datos perteneciente a una sola dependencia no habiendo una base por cada departamento de internación.

La información que se utiliza es la que permite producir luego estadística oportuna y confiable para la administración racional del hospital, en forma Sistematizada.

El sistema permite cargar diferentes tipos de datos, a saber:

1- Número de informe (corresponderá uno diferente por cada internación del n° paciente).

2- Número de Historia Clínica (Sistema Alfanúmero Dígito inicial y está compuesta por: año de nacimiento/mes/día/ y las tres primeras letras de su apellido).

3- Apellido y nombre.

4- Sexo.

5- Edad.
6- Obra social.
7- Diagnóstico principal y secundario.
8- Operaciones.
9- Servicio en el que estuvo internado.
10- Fecha y tipo de egreso.
11- Días de estada.

Si estuvo internada en obstetricia y tuvo un hijo/a:
1- Fecha de parto.
2- Edad gestacional.
3- Paridad (cuántas veces tuvo parto natural).
4- Sexo del recién nacido/a.
5- Tipo de parto.
6- Peso.
7- Condición al nacer.

Todos estos datos volcados en Access vinculados a tablas (donde se pueden ver por separado por ejemplo: egresos por sexo, estadísticas por diagnóstico principal o secundario, cantidad de pacientes por obra social, etc.); permiten obtener información sobre las que se realizan las estadísticas y así:

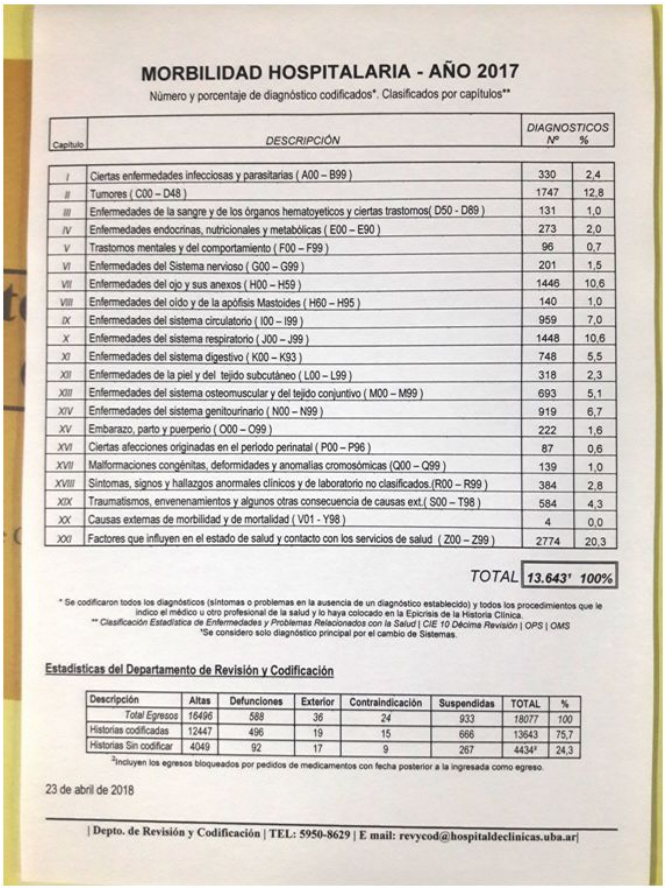
1- Poder elaborar, analizar y publicar en forma oportuna y sistemática la información,
2- Evaluar la calidad de la información y producir las correcciones necesarias de acuerdo al modelo de Organización del Hospital.
3- Participar y mantener el desarrollo e implementación de las Unidades de Gestión del Hospital.
4- Colaborar con las tareas de Investigación y Docencia.
5- Colaborar con los Comités del Cuerpo Médico.
6- Contribuir a la educación del personal médico, técnico, auxiliar, etc.
7- Atender a los requerimientos específicos de la Dirección del hospital, a través de la Dirección Asociada.

La codificación[7] e indización [8]de datos de diagnósticos atendidos tiene como propósito facilitar la localización de las Historias Clínicas para fines de posibles investigaciones clínicas y administrativas, tratándose de un avance para médicos y pacientes.
Asimismo permite obtener información necesaria para la planificación en términos académicos, económicos financieros, recursos humanos, administrativos y evaluación de los servicios de salud del Hospital.
La obtención de los datos recolectados se realiza teniendo en cuenta el Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) aprobados de interés nacional, implementado a partir del 1 de enero de 2005, como parte de la reformulación del Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud del Sistema Estadístico de Salud.
Los resultados obtenidos se utilizan como fuentes de análisis de la información que proporcionan las Historia Clínicas.
Cabe señalar que se brinda información al Rectorado de la Universidad de Buenos Aires a través de estadísticas *(Figura nº 10)*, a los fines de toma de decisiones oportunas para la futura resolución de distribución de recursos y su administración.
Del mismo modo se brinda información al Ministerio de Salud las cuales son utilizadas para campañas en el área de Salud a nivel Nacional.

[7] Se llama **codificación** a la transformación de la formulación de un mensaje a través de las reglas o normas de un código o lenguaje predeterminado.
[8] La **indización** es el **proceso** de explicar o representar el contenido temático de un recurso de información para elaborar un índice que consiste en obtener los conceptos representativos del contenido de un documento donde se pueden emplear materias, palabras claves o descriptores.

Figura nº 10 :

Estadística de Morbilidad Hospitalaria - Año 2017



MORBILIDAD HOSPITALARIA - AÑO 2017

Número y porcentaje de diagnóstico codificados*. Clasificados por capítulos**

Capítulo	DESCRIPCIÓN	DIAGNOSTICOS Nº	%
I	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00 – B99)	330	2,4
II	Tumores (C00 – D48)	1747	12,8
III	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematoyeticos y ciertas trastornos(D50 - D89)	131	1,0
IV	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00 – E90)	273	2,0
V	Trastornos mentales y del comportamiento (F00 – F99)	96	0,7
VI	Enfermedades del Sistema nervioso (G00 – G99)	201	1,5
VII	Enfermedades del ojo y sus anexos (H00 – H59)	1446	10,6
VIII	Enfermedades del oído y de la apófisis Mastoides (H60 – H95)	140	1,0
IX	Enfermedades del sistema circulatorio (I00 – I99)	959	7,0
X	Enfermedades del sistema respiratorio (J00 – J99)	1448	10,6
XI	Enfermedades del sistema digestivo (K00 – K93)	748	5,5
XII	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00 – L99)	318	2,3
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00 – M99)	693	5,1
XIV	Enfermedades del sistema genitourinario (N00 – N99)	919	6,7
XV	Embarazo, parto y puerperio (O00 – O99)	222	1,6
XVI	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 – P96)	87	0,6
XVII	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00 – Q99)	139	1,0
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados.(R00 – R99)	384	2,8
XIX	Traumatismos, envenenamientos y algunos otras consecuencia de causas ext.(S00 – T98)	584	4,3
XX	Causas externas de morbilidad y de mortalidad (V01 - Y98)	4	0,0
XXI	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00 – Z99)	2774	20,3
	TOTAL	13.643¹	100%

* Se codificaron todos los diagnósticos (síntomas o problemas en la ausencia de un diagnóstico establecido) y todos los procedimientos que le indico el médico u otro profesional de la salud y lo haya colocado en la Epicrisis de la Historia Clínica.
** *Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud | CIE 10 Décima Revisión* | OPS | OMS
*Se considero solo diagnóstico principal por el cambio de Sistemas.

Estadísticas del Departamento de Revisión y Codificación

Descripción	Altas	Defunciones	Exterior	Contraindicación	Suspendidas	TOTAL	%
Total Egresos	*16496*	*588*	*36*	*24*	*933*	*18077*	*100*
Historias codificadas	12447	496	19	15	666	13643	75,7
Historias Sin codificar	4049	92	17	9	267	4434²	24,3

²Incluyen los egresos bloqueados por pedidos de medicamentos con fecha posterior a la ingresada como egreso.

23 de abril de 2018

| Depto. de Revisión y Codificación | TEL: 5950-8629 | E mail: revycod@hospitaldeclinicas.uba.ar|

Fuente: Información otorgada para el relevamiento de la Jefa de Revisión y Codificación Técnica en Estadística, Sra. Norma Carrizo.

La información que es contemplada aquí responde a la dimensión asistencial y la dimensión académica relacionada con la investigación, ya que el sistema está enfocado en contener toda la actividad hospitalaria del paciente para la producción de información, como por ejemplo las estadísticas. La principal función del sistema es poder dar acceso a los datos para la construcción de información relevante y fidedigna. Recordemos que el Hospital de Clínicas es un hospital escuela que depende de la Facultad de Medicina . Si recordamos las funciones de la universidad como docencia, investigación, extensión y transferencia; este sistema es un pilar fundamental para la función investigación, ya que es el sistema de información por el cual la universidad puede asegurar fehacientemente que tipo de

enfermedades hubo en 1 año o qué tipo de muerte afecta a mayor o menor edad. La universidad en su función de investigación se apoya en el sistema de información de gestión. Si bien recalcamos que no está en red el Sistema de Diagnóstico y Operaciones, se puede obtener información solicitando al servicio. Por consiguiente, este sistema ayuda de manera paralela al sector de facturación ya que impacta en la dimensión económico/financiera, debido a la codificación de enfermedades.

Teniendo en cuenta que nuestra unidad de análisis es el paciente y su diagnóstico, la relación que hay entre cada dato que se incorpora al Sistema va a permitir producir diferentes tipos de información:

1- Total de egresos
2- Egresos según departamentos
3- Tipos de egresos en porcentajes
4- Egresos según departamentos por año
5- Relación entre el total egresos y los egresos codificados
6- Comparación de los egresos codificados y no codificados por año
7- Egresos codificados
8- Egresos codificados en porcentajes
9- Egresos por Especialidad en porcentajes
10- Egresos por programas y otros
11- Egresos por días de estada
12- Egresos por defunciones
13- Pacientes que no se internaron
14- Egresos según cobertura
15- Egresos según cobertura en porcentaje
16- Egresos por grupo de edad y sexo
17- Entre otros

Es importante mantener todos los datos actualizados correctamente, ya que de ellos puede depender la emisión de facturas para el pago de la obra social, el contacto con el paciente o familiar, etc.

Todos los datos incorporados nos permiten obtener información confiable y fidedigna ya que es sometida a diferentes controles internos y cruzados entre los departamentos de Archivo Médico y Revisión y Codificación .

El dato de origen proviene de dos fuentes:

La primera fuente es la *Historia Clínica* que constituye un documento legal y la epicrisis la completa acompañada de: los análisis clínicos, diferentes estudios de diagnóstico, evolución clínica, indicaciones médicas, hojas de enfermería, anamnesis, interconsultas etc., todo avalado con la firma de médicos, técnicos y enfermeros que fueron parte del proceso de internación (cabe aclarar que la epicrisis va acompañada con la firma y sello del Jefe de Residentes quien se responsabiliza por los datos volcados).

La segunda fuente proviene del *Sistema de Seguimientos de Camas de Admisión* cuya información la ofrece el paciente con D.N.I. en mano quien se lo brinda al data entry al momento de internación para que pueda constatar la fidelidad de los datos manifestados.

Todos estos datos incorporados (siendo el punto de partida) ingresan al sistema de Diagnóstico y Operaciones el cual los organiza y procesa con el fin de brindar información permitiendo obtener la información precisa, exacta, oportuna, integra y significativa; necesaria para la emisión de estadísticas confiables para ser utilizadas tanto con fines de investigación, académicos, económico financiero, administrativa y evaluaciones propias del Hospital y de la Universidad de Buenos Aires.

En síntesis la incorporación de datos y la constante actualización es un factor crucial para la construcción de información útil, de otro modo, no es funcional para el desarrollo de las funciones del Hospital y de la Universidad misma, ni para la toma de decisiones en las diferentes dimensiones organizacionales.

Igual que muchos hospitales del país, el Hospital de Clínicas José de San Martín, mantiene una doble metodología de generación de datos (estadísticas manualmente y rutinas parciales para trámites específicos). Este es un tema de larga data y se origina a partir de la incorporación de información de tipo técnico-administrativo.

La falta del buen uso del recurso informático para la obtención de la estadística de producción y costos, como así también para uso administrativo de facturación (nomencladores, convenios, etc.) complica los procedimientos y se atenúan los errores humanos.

2.8 Normas del Departamento

Fuente: Fuente: información obtenida en la entrevista con la Jefa del Departamento de Archivo Medico.

Las normas hacen al funcionamiento administrativo del Archivo Médico. Por ello la administración no sólo se ocupa de determinar los procedimientos y cumplir con las metas de la organización y su eficacia [9], sino también de hacerlo de la manera más eficiente.

Definición de Historia Clínica

"Historia clínica, para efectos operativos, se entiende como: el conjunto de los formularios en los cuales se registran en forma detallada y ordenada todos los datos relativos a la salud de una persona"[10].

Propósitos de la historia clínica

El ejercicio de la medicina moderna requiere que diversos profesionales de la salud contribuyan a la atención brindada al paciente. Estos deberían registrar en la historia clínica la atención otorgada para obtener así un documento íntegro, debidamente identificado, que permitirá dar al paciente atención oportuna y de buena calidad.

Los propósitos de la historia clínica son:

1. Servir como instrumento para planificar la atención al paciente y contribuir para que ésta sea continuada.
2. Proporcionar un medio de comunicación entre el médico y otro personal de salud que contribuya a la atención del paciente.
3. Proporcionar evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente.
4. Servir como base para el estudio y evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente.
5. Proporcionar información para usos de investigación y docencia.

[9] "Eficacia: es el nivel de consecución de metas y objetivos propuestos por la organización. "(Real Academia Española, 2014, 23º edición. Madrid. España).

[10] Organización Panamericana de la Salud (oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 1990)

6. Contribuir al sistema de información, proporcionando datos para la programación, control y evaluación de actividades de salud a nivel local, de área, regional y nacional.
7. Ayudar a proteger los intereses legales del paciente, del hospital y del cuerpo médico.

2.8.1 Normas para la Historia Clínica de Internación

Fuente: Entrevista con la Jefa del Departamento de Archivo Médico

1. La historia clínica será única e incorporará todos los datos con que cuenta el hospital relativos a la salud de la persona. Vale decir, no habrán historias separadas para cada programa/servicio.
2. Las historias clínicas son propiedad del hospital y se archivarán en éste departamento.
3. En todo momento, sea en consulta externa, hospitalización u otro servicio dentro del Hospital de Clínicas, las historias estarán protegidas contra su inspección por personas no autorizadas. Sólo personal del Departamento de Archivo Médico expresamente tendrá autorización al acceso al archivo. El archivo se mantendrá cerrado con llave cuando no este personal del departamento.

El personal que divulga información de la historia clínica a personas no autorizadas será sancionado.

2.8.1.1 Apertura de la historia clínica

1. Basándose en las normas contenidas en el punto 2.8.1.1 se abrirá una historia clínica de internación a cada paciente hospitalizado.
2. Se le abrirá una historia clínica individual al recién nacido en el hospital que requiere cuidados especiales inscribiéndose con el apellido de la madre. Así fuese nacido vivo o muerto. En la historia de la madre deberá estar las huellas de los pies de recién nacido .
3. Los datos de identificación del paciente que se requieren para abrir la historia clínica serán tomados del documento de identidad o partida de nacimiento. Esto se encarga

el Departamento de Admisión de Pacientes al momento de hacer los trámites de internación.

4. Antes de abrir una historia clínica se consultará en los sistemas que maneja el personal del Archivo (*Sistema de Admisión y Egresos* sistema que releva información del año 2000 al 2015 cuando cayó el sistema surge el *Sistema de Seguimiento de Camas* que releva información desde el año 2015) para asegurar que el paciente no tiene una historia anterior de hospitalización.

2.8.1.2. Contenido de la historia clínica

Debe ser un reflejo de la filosofía de atención que se desea prestar y de los recursos disponibles, tanto materiales como humanos.

1. La historia debe ser lo suficientemente detallada para permitir (1) al médico u otro personal de salud brindar al paciente una atención efectiva, continuada, y para poder determinar en una fecha futura cuál fue el estado del paciente en un momento dado y qué procedimientos fueron realizados; (2) a un consultor médico brindar una opinión después del examen del paciente y la revisión de la historia clínica y (3) a otro médico o personal de salud hacerse cargo del paciente en cualquier momento.
2. Todos los formularios incorporados a la historia del paciente deben ser identificados con el nombre completo y número de historia clínica del paciente.
3. Las anotaciones en la historia clínica deben ser legibles a toda persona y no sólo a la persona que las registró. La enfermera que no pueda leer una indicación u orden, deberá solicitar al médico responsable u otro médico que la escriba de nuevo.
4. Cada anotación realizada por estudiantes de medicina deberá ser refrendada por el médico tratante responsable. (Cabe recordar que el Hospital de Clínicas es un Hospital Universitario y contienen residentes de la Facultad de Medicina).

2.8.1.3 Ordenamiento de la Historia Clínica de Internación

La secuencia en que deben ordenarse los formularios de historia clínica .(*Ver en ejemplo de secuencia)*

1. Evaluación técnica de las historias clínicas:

La evaluación técnica de historias clínicas consta de dos partes: análisis cuantitativo y análisis cualitativo. El análisis cuantitativo es la revisión de las historias con el fin de asegurar que son completas, exactas y reúnen las normas establecidas por la División de del Ministerio y por la Dirección del hospital. Es responsabilidad del personal del Departamento de Archivo Médico realizar este análisis tanto en historias de pacientes egresados como en las devoluciones de historias clínicas, ya fuese por investigaciones, facturación, consultorio externo o legales. El análisis cualitativo es la revisión de la historia clínica para asegurar que ésta contiene datos suficientes para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final; que todas las opiniones están debidamente respaldadas y que no existan discrepancias ni errores. De esto se encarga el Departamento de Revisión y Codificación .

2. Análisis cuantitativo:

Toda historia clínica devuelta al Departamento de Archivo Médico, ya sea de la consulta externa o del servicio de hospitalización, será revisada antes de archivarla con el fin de comprobar su integridad y asegurar que se ajuste a las normas establecidas, siguiendo el procedimiento vigente.

3. Análisis cualitativo:

La responsabilidad de la revisión cualitativa de historias clínicas recae en el médico tratante y el jefe de servicio .

Ejemplo de Secuencia

Secuencia de formularios de la Historia Clínica después del egreso del paciente

1. Informe de hospitalización de Ingreso y Egreso
2. Epicrisis
3. Historia y Examen Físico
4. Evolución
5. Ordenes Médicas
6. Informes de Laboratorio
7. Informe de Anestesia
8. Informe Quirúrgico
9. Informe de Anatomía Patológica
10. Gráfica de Temperatura

11. Medicamentos
12. Notas de Enfermería

2.8.2 Manejo de la Historia Clínica

Fuente: Según lo revelado en la entrevista con la Jefa del Departamento de Archivo Médico

Todos los esfuerzos que se dedican a crear una historia clínica completa y fidedigna serán en vano si ésta no está disponible cuando se requiere para la atención del paciente, para la investigación o para otros usos.

2.8.2.1 Inscripción y admisión

Las normas sobre la inscripción y admisión de pacientes e información sobre su estado son:

1. El llenado de los formularios y de carga de datos al *Sistema de Seguimiento de Camas* se basa con el documento de identidad del paciente en mano. Es responsabilidad del personal de admisión completar los datos de identificación.
2. Todo formulario de admisión se llenará en forma completa, exacta y legible.

2.8.2.2 Numeración de la Historia Clínica

El propósito de la numeración de historias es (1) facilitar la identificación de los documentos relativos a una persona, característica importante en el caso de nombres idénticos o similares; (2) agilizar el proceso de archivo; 3) ayudar a conservar el carácter confidencial de las historias.

Se entiende por numeración la asignación de un número permanente de *historia clínica de internación* a un paciente que acude por primera vez a al hospital, de una serie de números controlados por el Departamento de Archivo Médico del Hospital.

1. En el Hospital de Clínicas se utiliza el sistema Alfanumérico Dígito Inicial. Esta numeración será única (no será separada ni por sexo del paciente ni por programa) y continua (no se iniciará una nueva serie a comenzar cada año o al llegar a un número determinado).

Se conforma del año mes y día del nacimiento del paciente, y 3 primeras letras del Apellido y la 1er. letra del primer Nombre .

Ejemplo: Cáceres Cecilia Mariné , nacimiento 28 de Junio de 1989 - Nº 890628CACC

2.8.2.3 Organización del Archivo Médico

Por Archivo Médico se entiende el lugar donde se conservan las historias clínicas en forma ordenada y accesible.

1. El archivo de historias clínicas es centralizado, dividido en un Archivo Activo y un Archivo Pasivo.

2.8.2.4 Método de archivo

Las historias clínicas en el *Archivo Activo s*e archivarán según el Sistema Alfanumérico Dígito Inicial . Las historias en el *Archivo Pasivo* se archivarán según el mismo método que se usa en el archivo activo.

1. Se archivarán las historias utilizando el dígito inicial empezando por la parte superior izquierda de la góndola, continuando el recorrido hacia la derecha, una vez finalizado la estantería, continuar por la parte inferior nuevamente por la izquierda hacia la derecha y así sucesivamente.
2. El archivo quedará cerrado con llave cuando no esté atendido por personal del archivo para protegerlo contra la entrada de personas ajenas al servicio.
3. Personal de Admisión será el encargado de acceder al Archivo cuando este se encuentre cerrado bajo llave para retiro de historias clínicas, ÚNICAMENTE de internación.

2.8.2.5 Manejo del archivo

1. Es función del personal de archivo localizar las historias en las góndolas metálicas.
2. El Departamento de Archivo Médico establece y comunica a los interesados, con cuántos días de anticipación se deben solicitar historias para fines de investigación y docencia.

3. Las historias clínicas previas de pacientes hospitalizados se envían a la sala tan pronto como sean solicitadas por Médicos o Secretarías de Internación de las Cátedras después del ingreso del paciente.
4. Las historias clínicas de pacientes egresados una vez entregados al Archivo Médico para su recepción no se archivarán hasta que no estén debidamente compaginadas y controladas por el Departamento de Revisión y Codificación .

2.8.2.6. Periodo de conservación

Los periodos de conservación de las historias clínicas en el Archivo Activo y en el Archivo Pasivo después de la última atención del paciente se encuentran a continuación:

Archivo y conservación de la Historia Clínica según el periodo transcurrido desde la última fecha de internación.

1. Archivo Activo: si su última internación no supera los 10 años.
2. Archivo Pasivo: si su última internación supera los 10 años.

2.8.2.7 Control de Historias Clínicas

1. Ninguna historia podrá salir del hospital salvo con la autorización escrita del Director o, en la ausencia de éste, el que asuma sus funciones. Esta autorización se enviará al Jefe del Departamento de Archivo Médico quien velará por la devolución de la historia al hospital.
2. Ninguna historia clínica debe salir del archivo sin que se registre su destino en el libro de actas *(Ver ejemplo figura N° 11)* y llenado de tarjetón de reemplazo. (*Ver ejemplo figura N °12).*
3. La persona que teniendo una historia bajo su responsabilidad, entrega ésta a otra persona, debe comunicarlo de inmediato al archivo y deben estar permanentemente accesibles al personal del archivo.
4. Las historias no deben guardarse en gavetas de escritorios, armarios, portafolios o habitaciones bajo llave.
5. Toda historia que sale a la consulta externa será devuelta al finalizar la consulta. Se reclamará en el momento aquella que no haya sido devuelta. Se recepciona por libro de actas.

6. Las historias que se podrán retirar para fines de investigación o docencia serán autorizadas por 48 horas, previa nota del Jefe de Servicio dirigida a la Jefatura solicitando permiso para el retiro de la misma. Vencido el plazo de 48 horas , la historia se reclamará. No se permitirá más de 3 retiro de historias por servicio.
7. Toda historia clínica debe archivarse en el mismo día que llega al archivo.

Figura N° 11

Libro de Acta: "Salidas Generales"

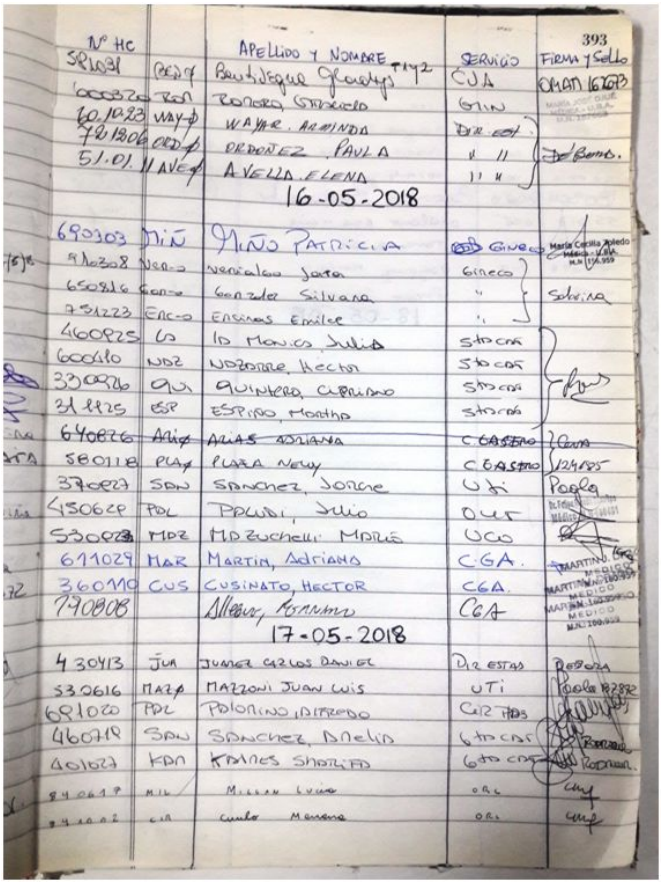
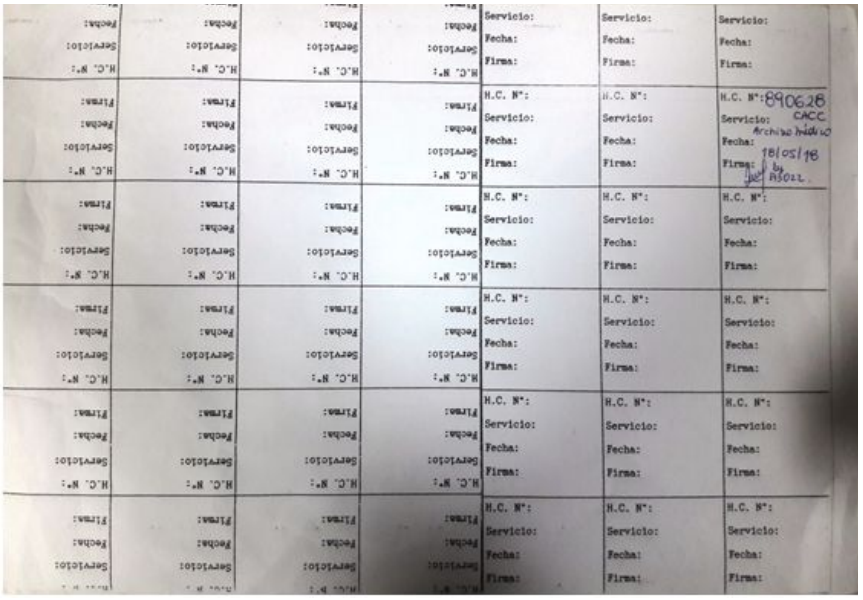


Figura N° 12

Tarjetón de reemplazo - Va en reemplazo de la historia clínica



2.8.2.8 Cuidado de las Historias Clínicas

Por cuidado de las historias clínicas se entienden aquellas acciones que realiza el personal de archivo para reducir la posibilidad del deterioro o extravío de las mismas.

1. Las historias clínicas debe colocarse ordenadamente en las góndolas metálicas.
2. Las historias clínicas demasiado gruesas para una carpeta, se dividirán en dos o más carpetas. Se indicará en las carpetas que la historia consta de varios tomos.
3. Si la falta de espacio impide que las historias clínicas se archiven nítidamente, se deberá correr en los espacios que haya más disponibilidad para aprovechar el espacio.
4. Al existir problemas (goteras, ventanas rotas, roedores, polillas) que puedan producir el deterioro de las historias y no encontrar soluciones inmediatas para ellos, el Jefe del Departamento de Archivo Médico deberá comunicarlo por escrito a la Dirección de Estadística , para que la nota sea elevada a la Dirección General del Hospital.

2.8.2.9 Registro de Ingresos y Registro de egresos

El registro de ingresos y el registro de egresos son listados cronológicos de los pacientes que ingresaron a hospitalización y los que egresaron, por alta, defunción o fuga, de cualquier servicio de internación. Estos registros permiten conocer los pacientes que ingresan o egresan en una fecha determinada.

1. El registro de ingresos y el registro de egresos se prepararon diariamente una vez que el censo se haya controlado. El departamento de Central es quien se encarga del censo de camas *(ver punto 2.1 funciones del Departamento de Central)*

2.8.3 Codificación de morbilidad

Fuente: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD N°- 1999

Los datos de morbilidad provenientes de hospitales cumplen una serie de propósitos. Dentro del establecimiento mismo, la codificación e indización de datos de diagnósticos atendidos **facilita la localización de historias clínicas** para fines de investigación clínica y administrativa. Cuando estos datos de morbilidad se suman a los de otros establecimientos, esto permite obtener información necesaria para la **planificación, administración y evaluación de servicios de salud**. La utilización de las estadísticas de morbilidad depende de la exactitud, consistencia e integridad de la codificación. El Departamento de Revisión y Codificación cumplen estas funciones

1. El personal de Revisión y Codificación tiene responsabilidad de revisar la historia clínica a fin de asegurar su integridad y que todos los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos hayan sido asentados en el Informe de Ingreso y Egreso y que el diagnóstico principal sea razonable a la luz de la información en la historia clínica.
2. Es responsabilidad del personal de Revisión y Codificación solicitar al médico que complete o aclare la terminología usada para expresar los diagnósticos o procedimientos quirúrgicos.
3. Se codifican los diagnósticos , a través del CIE10 – CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES- (La C.I.E. 10 –décima revisión/ o MS, es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos).

4. La codificación se realiza una vez terminado el análisis cuantitativo y se basa en la historia clínica completa, no sólo en el formulario de Ingreso y Egreso.

2.8.4 Entrega de información a terceros

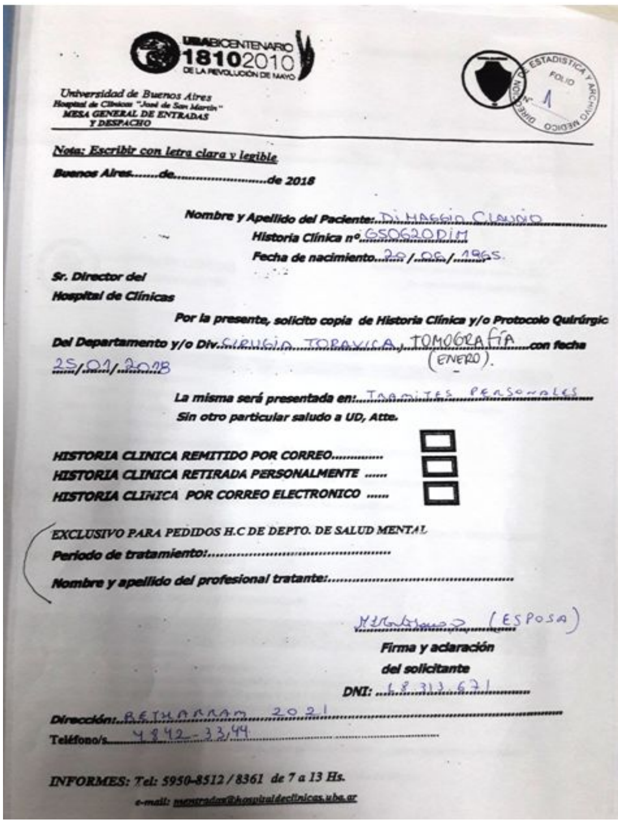
Fuente: Según lo relevado en la entrevista con la Directora de la Direccion de Estadistica y Archivo Medico.

El hospital debe tener la autorización escrita del paciente antes de entregar a terceros información contenida en la historia clínica. Esta norma no se aplica a: (1) la información que el hospital tiene la obligación legal de proporcionar (por ejemplo, certificados de defunción, denuncia de enfermedades transmisibles, informe de egreso); (2) las solicitudes de información para atender emergencias; (3) el uso de las historias clínicas para fines educativos y de investigación.

1. El paciente, familiar o abogado que solicite la fotocopia de la historia clínica de internación de algún paciente, deberá dirigirse al 1º subsuelo de esta Institución, Mesa de Entradas, y llenar un formulario , para así iniciar un expedientes vía CUDAP. (*Ver figura N ° 13*)
2. La autorización debidamente firmada se conserva en la historia clínica con una copia de la información que se entregó. *(Ver figura N° 14)*

Figura N° 13

Constancia de solicitud de expediente


UBA BICENTENARIO 1810 2010 DE LA REVOLUCIÓN DE MAYO

Universidad de Buenos Aires
Hospital de Clínicas "José de San Martín"
MESA GENERAL DE ENTRADAS
Y DESPACHO

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA Y ARCHIVO MÉDICO — FOLIO N° 1

Nota: Escribir con letra clara y legible

Buenos Aires.......de.........................de 2018

Nombre y Apellido del Paciente: Di Maggio Claudio
Historia Clínica n°: 650620 DIM
Fecha de nacimiento: 20/06/1965.

Sr. Director del
Hospital de Clínicas

Por la presente, solicito copia de Historia Clínica y/o Protocolo Quirúrgic
Del Departamento y/o Div. Cirugia Toraxica, Tomografía (Enero). con fecha 25/01/2018

La misma será presentada en: Tramites Personales
Sin otro particular saludo a UD, Atte.

HISTORIA CLINICA REMITIDO POR CORREO.............. ☐
HISTORIA CLINICA RETIRADA PERSONALMENTE ...... ☐
HISTORIA CLINICA POR CORREO ELECTRONICO ...... ☐

EXCLUSIVO PARA PEDIDOS H.C DE DEPTO. DE SALUD MENTAL
Periodo de tratamiento:..
Nombre y apellido del profesional tratante:..

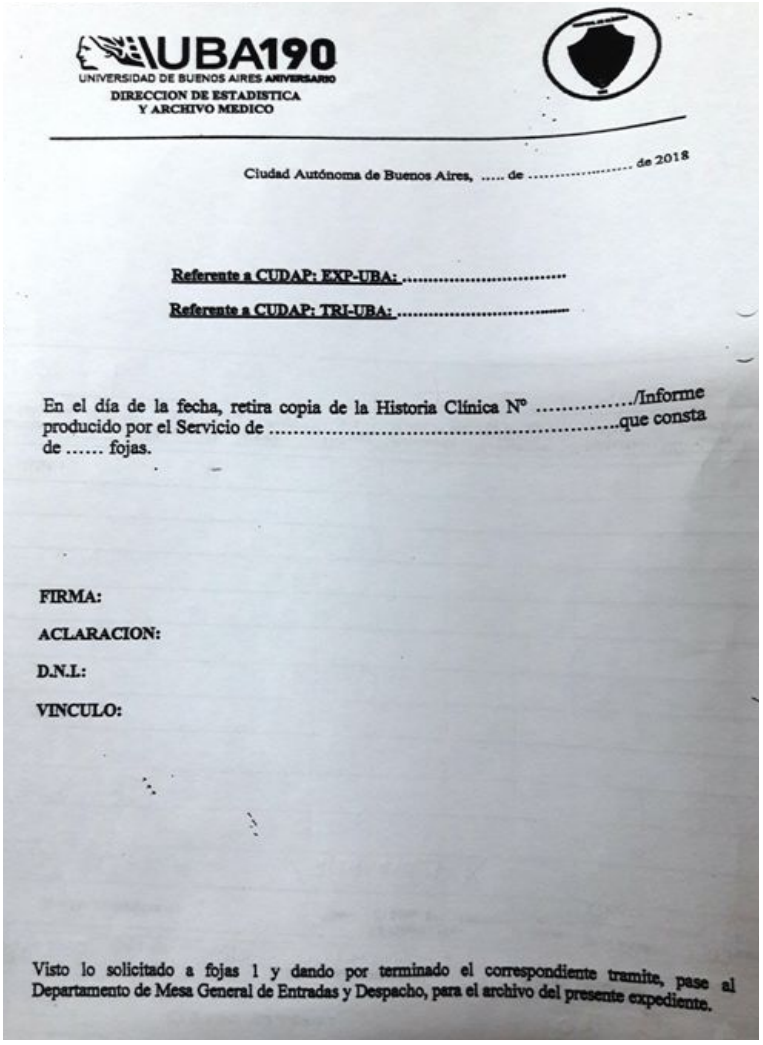
(ESPOSA)
Firma y aclaración
del solicitante
DNI: 18.313.671

Dirección: Bethamam 2021
Teléfono/s 4842-3344

INFORMES: Tel: 5950-8512 / 8361 de 7 a 13 Hs.
e-mail: mentradas@hospitaldeclinicas.uba.ar

Figura N° 14

Formulario que se adjunta a la historia clínica en concepto de solicitud de una copia



UBA190
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES ANIVERSARIO
DIRECCION DE ESTADISTICA
Y ARCHIVO MEDICO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ... de ..... de 2018

Referente a CUDAP: EXP-UBA: .....

Referente a CUDAP: TRI-UBA: .....

En el día de la fecha, retira copia de la Historia Clínica N° ...../Informe producido por el Servicio de .....que consta de ..... fojas.

FIRMA:

ACLARACION:

D.N.I.:

VINCULO:

Visto lo solicitado a fojas 1 y dando por terminado el correspondiente tramite, pase al Departamento de Mesa General de Entradas y Despacho, para el archivo del presente expediente.

2.8.5 Fines educativos y de investigación

Fuente: Según lo relevado en la entrevista con la Jefa del Departamento de Archivo Médico.

1. Estudiantes u otro personal de la Institución que desean hacer uso de las historias clínicas para fines de investigación deberán (1) contar con la autorización escrita del Jefe de Servicio correspondiente (o de la persona en que él delega esta responsabilidad) y (2) presentar identificación aceptable.

2.8.6 Estadísticas

Fuente: Según lo relevado en la entrevista con la Jefa del Departamento de Archivo Médico

Las estadísticas recolectadas y procesadas por el Departamento de Archivo Médico proporcionan a la Dirección de Estadística y Archivo Médico , y la Dirección General del Hospital y a los distintos niveles del sistema de salud, la información necesaria para planificar, programar, controlar y evaluar las actividades de la Institución.

2.9 Procedimientos

Fuente: Según lo relevado en la entrevista con la Jefa del Departamento de Archivo Médico y los agentes dependientes que desempeñan su labor en el mencionado departamento

2.9.1. Procedimiento para historias de pacientes egresados

2.9.1.1. Control de la recepción de historias clínicas

Nota: se reciben las historias clínicas 48 horas posteriores al egreso del paciente.

Historia Clínica: se puede detallar como la “expresión detallada y ordenada de todos los datos relativos a la salud de una persona”
Contenido de internación: Es expresamente la internación del paciente, desde que ingresa al Hospital hasta su egreso.

1. Personal encargado del área de Recepción de Archivo Activo abre el Sistema de Seguimiento de Camas.
2. Se selecciona el Listado de Egresos y se lo extrae al Excel de “Historias Adeudadas” diariamente, actualizando los egresos.
3. Utilizando la lista de pacientes egresados se verifica que se reciban todas las internaciones de los pacientes egresados.
4. Se corrobora si la historia es de primera vez o una reinternación.
5. Si la HC es de primera vez, se le da a la secretaria que entrega la historia , una carpeta de cartulina, y el personal del archivo escribe en la tapa apaisada de la parte superior derecha el N° de HC que corresponde.

6. Si la HC es un reingreso, y la secretaria solo entrega contenido de la internación se busca en las góndolas la HC previa.
7. Si la HC previa no está, es deber de la secretaría reclamar al servicio la HC para poder hacer la entrega en el Archivo.
8. El departamento de Archivo Médico NO recibe contenido de internación suelto.
9. Al momento de recibir la historia se controla que el número de historia clínica coincida con el número registrado en la carpeta.
    1. La edad registrada es el resultado de la resta de la fecha de nacimiento y de la fecha de admisión contenida en la hoja y 2) coincide con lo registrado en la anamnesis y examen físico.
    2. El sexo del paciente está correctamente registrado.
    3. Los diagnósticos definitivos coinciden con los registrados en la Epicrisis y en el Informe de Anatomía Patológica (si existe).
    4. Las fechas de admisión y egreso coinciden con las fechas de la planilla de Excel extraída de Sistema de Seguimiento de Camas. Si la historia se recibió, se coloca la fecha del día que se recibe al lado del nombre del paciente.
10. Si una historia no se ha recibido, no se coloca nada.
11. Si se recibe la historia que corresponde a un paciente egresado y que no figura en la lista y tampoco en la lista actualizada por el auxiliar que controla el censo, se solicita una aclaración a la secretaria encargada de entregas las historias clínicas al archivo
12. Si se recibe una defunción, se detalla en rojo la D en la planilla de Excel, de Historias Adeudadas y en la tapa de la HC se escribe debajo de la numeración de la HC (+18), según el año que figure el óbito.

Ejemplo. Paciente: Cáceres , Pedro , fecha de nacimiento 30 de Junio de 1961, falleció en el 2015

610630 CACP

(+15)

Se escribe en la historia apaisada del lado superior derecho

13. Cuando se recibe una historia más de 48 horas después del egreso del paciente, se coloca en la lista de egresos la fecha en que la historia fue recibida .

14. Una vez recibida, pase la historia al departamento de Revisión y Codificación para su control.
15. Cuando terminan de codificar las HC se las coloca en el sorteador.

2.9.1.2 Clasificador [11] (Sorteador)

Es un clasificador, a fin de facilitar su localización si se necesitan antes de ser archivadas.

El clasificador, es una góndola metálica que es que el resto del archivo que se usa para antes de proceder archivar.

Descripción Gráfica del Clasificador.

00	01	10	11	20	21	30	31	40	41	50	51	60	61	70	71	80	81	90	91
02	03	12	13	22	23	32	33	42	42	52	53	62	63	72	73	82	83	92	93
04	05	14	15	24	25	34	35	44	44	54	55	64	65	74	75	84	85	94	95
06	07	16	17	26	27	36	37	46	46	56	57	66	67	76	77	86	87	96	97
08	09	18	19	28	29	38	39	48	48	58	59	68	69	78	79	88	89	98	99

1. Las historias se clasifican partiendo del Sistema Alfanumérico Dígito Inicial, viendo los dos primeros dígitos de la HC.

Ejemplo. HC. 890628 CACC, se coloca en el casillero 89.
HC. 280507 PEPR, se coloca en el casillero 28

2. La siguiente HC que deba ir al casillero ya ocupado por una HC, debe seguir el ordenamiento de mayor a menor

Ejemplo. HC. 890628 CACC - HC. 890307 LOPS - HC. 890628 RODF

Su ordenamiento correspondiente es.

HC. 890307 LOPS

HC. 890628 CACC

HC. 890628 RODF

Primero se ordena por numeración de mayor a menor y después alfabéticamente.

[11] Cabe aclarar que debido a usos y costumbres en la jerga laboral del Departamento de Archivo Mèdico se llama sorteador a este método de clasificar las historias clínicas antes de su archivo

3. Si la HC corresponde a una defunción NO se sortea, se separa y se archiva directamente en las góndolas de DEFUNCIONES según el método del Sistema Alfanumérico Dígito Inicial.

2.9.1.3 Reingresos

Las secretarías de internación, al saber el alta del paciente , y no tienen la historia previa deben solicitarlas al Departamento de Archivo Médico.

Personal del area de Recepcion de Archivo Activo se encarga de este procedimiento.

1. Personal de internaciones de los servicio de Cátedras solicita el día anterior a la entrega de Egresos Hospitalarios las historias de pacientes egresados anotando los números de historia clínica en un listado de "Reingresos".
2. Se utiliza la lista entregada para retirar las historias de las góndolas.
3. Se controla por sistema que las HC solicitada tengan internación
4. Si la HC tiene internación se saca de góndolas
5. Si la HC no tiene internación, en la lista al lado del nombre del paciente se detalla- Sin Internación-
6. Si la HC se encuentra adeudada por algún servicio se detalla en la lista, al lado del nombre del paciente
7. Una vez sacada las HC se las separa en la mesa de Reingresos colocando arriba de la columna de HC la lista del servicio que corresponde.
8. Al día siguiente las secretarías retiran las HC o traen los contenidos de internación y completan las HC para ser entregadas al Área de Recepción .*(Ver punto 2.9.1.1)*

2.9.1.4 Historias Clínicas Reciclables de 1° vez

1. Ante la realización del proceso de HC depuradas (*Ver punto 2.9.5.1 Depuracion de Historias Clínicas)* se preparan las HC de 1° vez.
2. Se tacha en donde está escrito
3. Se da vuelta la tapa , para que el lado escrito quede del lado de adentro de la HC
4. Se coloca una etiqueta en el lado superior derecho apaisado de la cartulina (HC)
5. Se apila y se guarda en un estante , para su reutilización .

2.9.1.5 Notificación de historias adeudadas

Mensualmente la directora de la Direccion de Estadistica y Archivo Médico solicita el listado de “Historias Adeudadas”

1. Personal del área de Recepción Archivo Activo selecciona servicio por servicio e imprime el listado colocando como título desde que fecha las historias no bajaron.
    1. Se hace un recuento de HC por servicio , para corroborar que el total sea el mismo que figura en el Listado de Adeudadas TOTAL.
    2. Se informa por escrito por escrito, a cada jefe de servicio (con copia a la Dirección)
    3. Se informa el número de historias de pacientes egresados que no han bajado al Departamento

2.9.2 Manejo de la Historia Clínica

2.9.2.1 Procedimiento para archivar y conservar las historias clínicas

1. Personal del área de control y logística Archivo Activo /Pasivo se encarga de que las historias clínicas se archiven según el Sistema Alfanumérico Dígito Inicial (*Ver Punto 2.8.2.4 Método de Archivo*)
2. Se extraen las HC del sorteador.
3. Se revisan las historias clínicas antes de archivarlas.
4. Antes de proceder a su archivo, se ordena las historias según el método de archivo usado, para evitar saltar de un estante a otro y reducir el número de errores de archivo.
5. Luego de ordenadas, coloque las historias en el carrito (de supermercado) y se proceda al archivo propiamente dicho, retirando el tarjetón de reemplazo.
6. Si el archivado corresponde a un tarjetón de reemplazo, retire el tarjetón y coloque la HC en su lugar
7. Con el tarjetón de reemplazo en mano, busca en el libro de actas, “Salidas Generales” y tacha con una línea donde se registró la salida de la HC, y tacha con una cruz la casilla utilizada del tarjetón de reemplazo para ser reutilizable, y se coloca en la canastita donde están los demás tarjetones.

Nota: Tarjetón de reemplazo

Señal que se coloca en el lugar de la historia clínica para indicar que ésta se ha retirado para enviarla a otra parte. El tarjetón no sólo indica la fecha, el destino y

quien retiró la historia que salió del archivo, sino agiliza el trabajo de archivo cuando la historia vuelve de las carpetas.

2.9.2.2 Control de las historias que salen del archivo

Todo personal del Archivo Médico realiza este procedimiento

1. Pueden ser solicitadas telefónicamente
2. O personalmente
3. Cuando solicitan un HC se solicita que sepan
    1. Número de historia clínica
    2. Ó Fecha de Nacimiento
    3. Ó Apellido y Nombre completo
    4. Ó D.N.I
    4. Se busca primero en los Sistemas para corroborar que la HC solicitada tenga internación .

2.9.2.3 Salidas Generales

Todo personal del Archivo Médico realiza este procedimiento

1. Toda historia que se retira de su lugar en el archivo debe ser reemplazada por un tarjetón de reemplazo que señale la fecha, el destino y quien retira la HC.
2. La HC retirada se anota en el libro de acta de “Salidas Generales”, N° de HC, Apellido y Nombre, servicio a dónde va la HC y si es médico, firma y sello
3. Si la que retira es secretaria autorizada de las Cátedras de Internación firma, aclaración y legajo.
4. Las HC solo salen del archivo para
    - Ø Internaciones
    - Ø Ateneos
    - Ø Legales
    - Ø Facturación
    - Ø Consultorios externos

2.9.2.4 Consultorios Externos

Personal del área Operativa Archivo Activo se encarga de este procedimiento

1. Personal de Consultorios Externos de Cirugía solicita el día anterior a las citas las historias de pacientes citados anotando los números de historia

clínica en un listado de "Nómina de Historias para Consulta Externa" al Archivo.

2. Personal del área operativa utiliza la lista entregada para retirar las historias de las góndolas.
3. Controlan por sistema que las HC solicitada tengan internación
4. Si la HC tiene internación se saca de góndolas
5. Si la HC no tiene internación, en la lista al lado del nombre del paciente se detalla- Sin Internación-
6. Si la HC se encuentra adeudada por algún servicio se detalla en la lista, al lado del nombre del paciente
7. Una vez sacada las HC se anota en el libro de acta de" Consultorio de Cirugía".
8. Al día siguiente se entregan las HC al personal de Consultorios Externos de Cirugía por una, colocando un signo de chequeo al lado del número de historia en la lista y se solicita la firma del personal que señala su conformidad.
9. Al finalizar la hora de consulta, se recibe las historias de los pacientes atendidos, y se tacha con una línea las historias clínicas que están.
10. Si faltan HC se reclama en el momento las que faltan y se resalta con flúor, y se procede a hacer tarjetón de reemplazo.
11. Cuando un paciente, habiendo sido atendido en la consulta externa, necesite inmediata hospitalización o consulta en otro servicio, se anota en el libro de acta "Salidas Generales" el nombre de la sala en que se hospitaliza el paciente o del servicio a donde se mandó el paciente y su historia.
12. Se solicita que venga el médico tratante o la secretaría a firmar el libro de acta y el tarjetón de reemplazo.

2.9.2.5 Facturación

Personal del área Operativa Archivo Activo se encarga de este procedimiento

1. Personal de facturación entrega al archivo un listado por duplicado
2. El original se entrega al archivo y el duplicado se le entrega al personal del área operativa firmado como recibido.
3. Se verifica por sistema las internaciones solicitadas
4. Si la HC tiene internación se saca de góndolas.

5. Si la HC no tiene internación, en la lista al lado del nombre del paciente se detalla- Sin Internación-
6. Si la HC se encuentra adeudada por algún servicio se detalla en la lista, al lado del nombre del paciente
7. Se anota en el libro de acta “Facturación “ y se hace los tarjetones de reemplazo correspondientes.
8. Personal de facturación retira las HC y firma cada uno de los tarjetones de reemplazo y en la lista colocan un signo de chequeo al lado del número de historia en la lista y se solicita la firma del personal que señala su conformidad.
9. Al finalizar el procedimiento de facturar la HC , se reciben y se tacha con una línea las historias clínicas que están y se sortean las HC.

2.9.2.6 Ateneos

Personal del Área de Investigación Archivo Activo/Pasivo se encarga de este procedimiento

1. Estudiantes u otro personal de la Institución que desean hacer uso de las historias clínicas para fines de investigación deberán (1) contar con la autorización escrita del Jefe de Servicio correspondiente (o de la persona en que él delega esta responsabilidad) y (2) presentar identificación aceptable.
2. El personal del área de investigación, busca la Hc solicitada y la anota en el Libro de Acta “Salidas Generales”, N° de HC, Apellido y Nombre y detallar, -Con Nota para Ateneo-, servicio , firma y sello.
3. Hace el tarjetón correspondiente, N° de HC, Servicio y fecha y se detalla, C/nota ateneo.
4. La persona que consulta las historias firma la autorización, la cual se archiva en el Departamento de Archivo Médico.
5. La nota se archivan el bibliorato de “Investigaciones”.
6. Le recuerda al médico que tiene 48 hs para consultar la HC fuera del Departamento de Archivo Médico
7. Si el plazo no le es lo suficiente, debe volver al archivo a informar, para solicitar prórroga de la investigación.
8. Si la jefa autoriza, se actualiza el libro de acta y el tarjetón.

2.9.3 Estudios e investigaciones dentro del departamento

Personal del Área de Investigación Archivo Activo/Pasivo se encarga de este procedimiento

1. El personal de salud que desee hacer estudios e investigaciones revisará las historias dentro del Departamento de Archivo Médico
2. Solicitan por intermedio de un listado previo duplicado las HC con N° de HC , Apellido y Nombre.
3. El personal del área de investigación, busca la Hc solicitadas
4. Si desea buscar por algún diagnóstico específico, deben solicitarlo al Departamento de Revisión y Codificación, ellos les darán las HC de aquellos pacientes que tienen esa patología.
5. Entregan el listado al personal del archivo y se les saca las HC.
6. Controlan por sistema las HC , para verificar que tenga internación en el Hospital
7. Si la HC esta, se tilda.
8. Si la HC no está y se encuentra un tarjetón de reemplazo, anotar en el listado la información encontrada.
9. Coloca el grupo de historias en el lugar de estudio con la lista encima.
10. Vencido el plazo establecido por las normas del hospital para la consulta de historias, se recogen las historias del lugar de estudios y se sortean.
11. El listado se guarda en un bibliótafo con el título de “investigaciones”

2.9.4 Cuidado de las historias

1. Todo personal del departamento de Archivo Medic deben trabajar con esmero.
2. Vigila que ningún documento de la historia clínica sobresale la carpeta, hecho que contribuye al desgaste del formulario y dificulta el trabajo de archivo.
3. Se Repara oportunamente cualquier carpeta o formulario roto.
4. Separa en tomos las carpetas gruesas , colocando las internaciones más viejas en el Tomo 1 y las internaciones más actuales en el Tomo 2, o los tomos que se requieran.
5. Recogen inmediatamente cualquier informe o historia clínica que se encuentra sobre el suelo.
6. Mantienen las historias derechas y parejas en los estantes.

2.9.5 Traslado de historias al archivo pasivo

Personal del área de Control y Logística Archivo Pasivo se encarga de este procedimiento

1. Regularmente, el personal del área de Control y Logística Archivo Pasivo examinan las historias en el archivo activo para identificar las de pacientes que no se han vuelto a atender en el hospital en diez años y se preseleccionan para ser depuradas y enviarlas archivo pasivo.
2. Examina el archivo una vez por año.
3. Mandan las historias al archivo pasivo sin dejar ningún tarjetón de reemplazo en su lugar.
4. Si se retira una historia clínica del archivo pasivo para estudios o investigaciones, se devuelve al archivo pasivo.
5. Si se retira una historia del archivo pasivo para la atención del paciente, cuando regresa incorpórese al archivo activo.
6. Al momento de pasar un HC de Archivo Pasivo a Archivo Activo, se coloca en una carpeta, se coloca el N° de HC, y en la contratapa, se detalla:

Historia Clínica N° 890628 CACC, Cáceres, Cecilia Mariné fue depurada según Resolución 1496/84, pasa al archivo Activo el día de la fecha.

2.9.5.1 Depuración de Historias Clínicas

El personal del área de Control y Logística Archivo Pasivo se encarga de este procedimiento.

1. Si la última internación fue hace 10 años , al momento de hacer la selección de a HC se aparta la historia para ser depurada.
2. Si la última internación es menor a 10 años , se anota el año de la última internación en la tapa de la HC , debajo de la HC y regresa la historia al estante.
3. Revisar cada historia destinada a ser depurada .
4. Empezar depurando por dígito con los meses completos para mantener el orden

Ejemplo, digito 00, HC. 000101 al 001231 (desde el 1° de Enero al 31 de Diciembre Año 1900 ó 2000) última internaciones de estas HC son del 2007

5. Si se comprueba que la historia reúne los criterios de depuración :
6. Dejar por cada internación del paciente de la HC
    1. Hoja de Identificación

2. Epicrisis
3. Consentimiento informado
4. Protocolo
5. Pre-quirúrgico

7. La carpeta de cartulina se recicla para una nueva tapa de HC de 1° vez

8. Marcar con resaltador fluo el N° de HC y Apellido y Nombre del paciente y se abrocha
9. Una vez finalizado la depuración del dígito, se pone una faja de papel, y se detalla Dígito “X”, meses 01 al 12 depurada 2007. Y la fecha que se procedió a depurar
10. Colcar en cajas con rótulos iguales al de la faja de papel.
11. Guardar las cajas arriba de las góndolas metálicas , según el orden del archivo Activo.

2.9.5.2 Registro de Historias Depuradas

Actualmente el Departamento de Archivo Médico se encuentra registrando HC depuradas desde el año 2004 , que ya se encuentran en sus cajas correspondientes.

Personal del área de Recepción Archivo Pasivo se encarga de este procedimiento.

1. Bajar las cajas de HC la digitos completos del año calendario
2. Registrar en una planilla de Excel “Historias Depuradas”
3. Registrar una por una las HC
4. Registrar
    1. Número de Historia Clínica
    2. Apellido y nombre COMPLETO
    3. Si es un recién nacido y en la hoja de hospitalización figura el padre registrar, (1) apellido del padre, (2) apellido de la madre.
    4. Si los recién nacidos son Gemelos o Mellizos, según corresponda a cada HC, G1 ó M1 (gemelar 1 ó mellizo 1) y G2 ó M2 (gemelar 2 ó mellizo 2)
    5. Última internación que figure en la Epicrisis
5. Se entrega esa lista conformada a otro agente para su control con HC y lista en mano

6. Si es correcto se guardan las HC en caja y la lista impresa en un bibliorato de HC Depuradas
7. Si existe algún error, se corrige en la planilla de Excel y después si se procede a guardar.

2.9.6 Entrega de información de HC a terceros

Personal del área de Investigaciones Archivo Activo/Pasivo

1. El paciente, familiar o abogado que solicite la fotocopia de la historia clínica de internación de algún paciente, deberá dirigirse al 1º subsuelo de esta Institución, Mesa de Entradas, y llenar un formulario , para así iniciar un expedientes vía CUDAP. (*Ver figura N ° 13*)
2. El expediente de la solicitud de la historia clínica es remitido en la Dirección de Estadística y Archivo Medico.
3. La dirección administra los expedientes, para luego solicitar las historias clínicas mediante un cuaderno donde está escrito la fecha que se solicita y los N° de Expedientes al Archivo , para su correspondiente proceso.
4. El personal del Archivo debe buscar por Sistema según los datos que otorguen , ver si la HC solicitada tiene internación o no.
5. Si tiene HC, se carga los datos en un Excel de “Expedientes”
    1. Fecha que se envía la HC
    2. N° de HC de internación
    3. N° de Expediente
    4. Detallar si es una Defunción o Depurada si así lo fuese
    5. Y detallar : A Dirección de Estadística
6. Si la solicitud de HC no contiene internación se hace una nota, que ya está el modelo y se detalla

Ejemplo:

A Dir. DE yAM:

Paciente:_____

Me dirijo a Ud., para informarle que la Historia Clínica de la paciente arriba solicitada no tiene internación en esta Institución.

7. Cargar los datos en un Excel de “Expedientes”
    1. Fecha que se envía la HC
    2. N° de HC de internación
    3. N° de Expediente
    4. Detallar si es una Defunción o Depurada si así lo fuese
    1. Y detallar : Sin Historia Clínica

8. Si la HC contiene internación de 1° vez y se encuentra adeudada se hace una nota , que ya está el modelo y se detalla

Ejemplo:

A Dir. DE yAM:

Paciente:_____

N° HC:

Me dirijo a Ud., para informarle que la Historia Clínica de la paciente arriba solicitada se encuentra adeudada por el servicio XXX desde X fecha. 1era. Internación en esta Institución. Reclamada en el día de la fecha.

9. Cargar los datos en un Excel de “Expedientes”
    1. Fecha que se envía la HC
    2. N° de HC de internación
    3. N° de Expediente
    4. Detallar si es una Defunción si así lo fuese
    2. Y detallar : Adeudada Servicio XXX 1° VEZ.

10. Si la HC contiene internación y se encuentra adeudada se hace una nota , que ya está el modelo y se detalla

Ejemplo:

A Dir. DE yAM:

Paciente:_____

N° HC:

Me dirijo a Ud., para informarle que la Historia Clínica de la paciente arriba solicitada se encuentra adeudada por el servicio XXX

desde X fecha. Se adjunta fotocopia del tarjetón de reemplazo. Reclamada en el día de la fecha.

11. Cargar los datos en un Excel de “Expedientes”
    1. Fecha que se envía la HC
    2. N° de HC de internación
    3. N° de Expediente
    4. Detallar si es una Defunción si así lo fuese
    3. Y detallar : HC adeudada Servicio XXX
12. Luego de Cargar los datos, a las HC encontradas en el Archivo se anota en el libro de acta “Salidas Generales” y tarjetón de reemplazo, con destino, Dirección de Estadística y Archivo Médico.
13. La secretaria de la Dirección se encarga de entregar el informe a la persona solicitante, previa presentación del comprobante que se le otorgó.

2.9.7 Implicancias legales de la Historia Clínica

Personal del área de Investigaciones Archivo Activo/Pasivo

1. Al momento de solicitar, por ejemplo, el secuestro de la Historia Clínica de un paciente por parte de un Juez o fiscal, se apersona un agente de la comisaría o un oficial de justicia con la orden pertinente solicitando el secuestro de la misma.
2. El Departamento de Archivo Médico provee la Historia Clínica requerida y la entrega a la Dirección de Estadísticas donde es foliado para su fotocopia. Entregando el original y quedando la fotocopia de la Historia Clínica en poder del archivo custodiada bajo llave. (Armario de secuestros de HC bajo llave)
3. Las disposiciones legales vigentes para la entrega de la Historia Clínica se realiza luego de completar el acta relatando los hechos para lo cual se solicitan dos testigos que, por lo general, es personal de estadística, pero que pueden ser personas que se encuentren en la vía pública, y la Directora de Estadísticas, los cuales avalan dicho acto con su firma.

4. Colocar la historia original en el sobre y a la vista de los presentes se cierra, y se coloca la firma cruzada en la solapa del sobre cerrado concluyendo así el secuestro de la misma.

3. Diagnóstico

"Entendiendo a una organización como una red política que combina diversos intereses de diversos participantes según el sistema de valores de cada uno de ellos, también la organización es una red de solucionadores de problemas que presentará la accion. Esto se manifiesta en el planeamiento que realizan las empresas en sus diversas áreas funcionales."[12]

Efectivamente y tal como se menciona, la organización deberá en este caso tomar los problemas que se detallan a continuación y que efectivamente han surgido en el curso de la acción y de la experiencia práctica en el manejo de historias clínicas, de la interacción de los diferentes actores que intervienen en el proceso de su inicio, manejo, archivo, cuidado y mantenimiento.

3.1 Problemas detectados

En el relevamiento se detectaron distintos problemas producto de las entrevistas realizadas a los agentes del Departamento de Archivo Médico, la descripción de las normas y la visualización en el Sistema informático.

El departamento de Archivo Médico del Hospital de Clínicas "José de San Martín" es una unidad académica y asistencial importante que depende de Rectorado de la Universidad de Buenos Aires.

[12] Maesschalck, Victor, "¿De qué hablamos cuando hablamos?", Julio 1996.

Dentro del departamento hay historias clínicas a partir del año 1997, y como es un hospital escuela no existe reglamentación ante la posibilidad de que puedan desaparecer, sino que estas se rigen según el decreto 536/1999 “interés científico, legal, epidemiológico o estadístico debidamente fundamentado serán archivadas por tiempo indeterminado”.

Estas historias se conservan en papel como único medio y es por ello que el deterioro y extravío de las historias clínicas de internación se evidencia con el correr de los años y afecta la prestación médica adecuada. La historia clínica como cualquier documento, pasa por todas las etapas de la cadena o proceso documental , pues hay una producción de almacenamiento de información, distribución y transporte de la historia y de recuperación .

Cuadro comparativo de Relevamiento-Problema-Diagnóstico

	Relevamiento	Problema	Diagnóstico
1	-Marco Institucional (Punto 2.1)	- No hay resolución con normas establecidas. -No hay manual de procedimientos.	
2	-Organigrama Vigente (Punto 2.2)	- El último organigrama con resolución es del año 1982.(Ver anexos Organigrama 1982)	- Existe un organigrama que surge del relevamiento, tomando como fuente la información de la Sra. Jefa de Archivo

3	-Misiones y Funciones (Punto 2.3.2)	- Distribución de categorías. no hay relación entre la resolución del convenio colectivo con el desempeño laboral actual y la tarea realizada. (Punto 2.3.2) - Hay funciones que exceden a las tareas del Personal del Archivo Médico. Puntos (2.4.2); (2.5.1); (2.6.1)	- El personal cumple sus tareas según los conocimientos que posean. - No hay establecido un manual escrito con las funciones.
4	- Sistemas informáticos utilizados (Punto 2.7)	- Programas que no funcionan en red: planilla excel y programa Access. - Sistema de Seguimiento de Camas, trabaja en red, da información del paciente pero no ayuda a localizar la Historia clínica dentro de la Institución. (fig N*.2,3,4) - Sistema de Admisión y Egresos que releva información desde el año 2000 al 2015) (fig N* 4,5,6)	- Sistema informático no integrado con Historias clínicas y en red.
5	-Historia Clínica (Punto 2.8)	- los contenido de las fallan por falta de identificación, incompletas e ilegibles (2.8.1.2)	- Fallas de la Historia Clínica.

3.2- Consecuencia de los problemas.

El archivo de las historias clínicas se ha convertido en una pieza clave de la organización hospitalaria, razón por la que es el responsable de la custodia de las mismas. Es también fundamental a la hora de corroborar diagnósticos y evitar ocasionales errores partiendo de un informe inexacto a la hora de la asistencia médica.

Es por ello que:

1. La inexistencia de un sistema que releve información digitalizada de estos documentos
2. La tardanza o el extravió de las historias clínicas, producirán un estado de vida o muerte en ciertas ocasiones al momento de la atención mèdica.
3. La ausencia de un manual administrativo

Afecta a una buena calidad asistencial médica para el paciente y sus correspondientes procesos.Toda institución que realice prestaciones de salud tienen una doble responsabilidad surgida de sus obligaciones administrativas y legales. Por ello las falencias en la administración del sistema también entran dentro de las responsabilidades de los entes de salud. Los procedimientos deben tener metas, objetivos y normas, filosofías y políticas de alto nivel a instrucciones concretas.

Las fallas de la Historia Clínica

1. No admisibles: si la documentación no está identificada al paciente no es admisible
2. No legibles: Deben ser correcta, clara y minuciosa la redacción tanto de los médicos profesionales como los administrativos.
3. Falta de Identificación : Toda información relevante al paciente debe estar trasladado en la historia.
4. Incompletas: Todas las internaciones del paciente deben estar contempladas en la historia de manera cronológica

"La esencia del sistema operativo es el control y la no creatividad, la la ejecución de procedimientos y programas y no su discusión, y esto requiere de la eficiencia de las tecnologías de última generación útiles para cada institución. No hacerlo así si los demás ya lo hacen es regalar ventajas competitivas y ceder más aún los límites de nuestra racionalidad."[13]

4. Propuesta

Tal como lo menciona Frischknecht "Un plan es una decisión anticipada destinada a regular acciones futuras; es una decisión sobre la manera de decidir el futuro. El planeamiento es la esencia de la administración. "[14]

El objetivo de la propuesta es reunir, a partir de las fallas localizadas en el Departamento de Archivo Médico, criterios para su buen funcionamiento. Para ello debemos incluir

1. **Sistema Informático** que releve el circuito de las historias clínicas con el fin de implementar un control, un registro y un seguimiento en tiempo real de las mismas y definir responsables de los controles de entrega y recepción de las historias clínicas para evitar extravíos y poder localizarlas fácilmente en todo el ámbito de la Institución.

Como detallamos en el *Punto 3.1- Problemas detectados, 3.2- Consecuencias de los problemas y 2.7- Sistemas informáticos utilizados* el sistema actual no incluye un registro del movimiento de las historias clinicas de internacion entre la salida y llegada a los servicios. Nuestra propuesta es ampliar la cobertura de las misma de manera de que pueda registrar los movimientos de la documentación a lo largo de todo el proceso de entrega, posibilitando además, la consulta del estado en cualquier momento y la de contar con un manual de procedimientos.

2. Crear un **Manual de Procedimientos** para el Departamento de Archivo Médico

[13] Maesschalck, Victor, "¿De qué hablamos cuando hablamos?", Julio 1996.
[14] Frischknecht, Federico. "Empresas pequeñas, medianas y grandes" .Editorial Docencia. 1996.

La creación de una propuesta en este caso, nos remite en su espíritu a Taylor, "quien sintió su responsabilidad, la asumió y realizó una obra maravillosa al respecto: el estudio del trabajo operativo utilizando el método científico con la finalidad de detectar la mejor manera de hacer las cosas: la manera en que los recursos son optimizados."[15]

4.1 Fundamentación

El hospital de "Clínicas José de San Martín" representa un elemento esencial en el ámbito de Docencia- Investigación- Asistencial. El Departamento de Archivo Médico es el que más contribuye a la calidad de atención de pacientes y apoyo institucional.

El valor de contar con procedimientos escritos Schaefer[16] (citado en "El departamento de Registros Médicos, Guía para su Organización" ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-1990)
señala qué procedimientos pueden mejorar la eficiencia y eficacia de una institución porque ayudan asegurar que:

1. *" Los trabajadores sepan lo que se espera de ellos*
2. *Los trabajadores sepan lo que deben esperar de otros, al realizar el trabajo*
3. *Las unidades y los trabajadores puedan, por lo tanto, obrar recíprocamente en forma debida, reduciendo el tiempo que los supervisores deben dedicar a la coordinación directa del trabajo*
4. *Las políticas puedan cumplirse, una vez que hayan sido transformadas en instrucciones concretas*
5. *Las prácticas de la institución sean uniformes y justas, dependiendo menos en caprichos y perjuicios individuales;*
6. *Se reducen errores de operación, en la medida que éstos se deban a ignorancia o incertidumbre del personal;*
7. *La dependencia de instrucciones orales se reduzca a un mínimo, así como el tiempo requerido para darlas y las ambigüedades que éstas puedan transmitir;*
8. *Las normas para la evaluación del desempeño de funciones — por individuos y por unidades — están disponibles;*

[15]Maesschalck, Victor, Buenos Aires. Septiembre 2003. "Taylor y el Diseño de Procedimientos Eficientes. (la vigencia de Frederick Winslow Taylor)"

[16] Schaefer, Morris. Designing and Implementing Procedures for Health and Human Services. Sage Human Services Cuides, Volume 39. Beverly Hills: Sage Publications, 1985.

9. Los conocimientos prácticos no se van cuando el personal está bien informado;
10. La capacitación de personal nuevo puede ser más eficiente, ya que la instrucción oral puede ser complementada o reemplazada por el estudio de instrucciones escritas; y
11. Las polémicas pueden resolverse mediante la consulta de documentos, reduciendo la necesidad de arbitraje por gerentes de mayor nivel."[17]

4.2 Finalidad y Objetivos

Los objetivos del Departamento de Archivo Médicos son:

1. Contribuir a la prestación de la mejor atención posible al paciente, dándole una atención pronta y amable y asegurando que su historia clínica única sea exacta, confidencial y accesible.
2. Proporcionar a la Dirección del hospital información exacta sobre los recursos humanos y materiales, y para la determinación de las necesidades presupuestarias..
3. Proporcionar historias clínicas y otros datos al personal de salud para uso en estudios e investigaciones.
4. Contribuir a la capacitación del personal médico y otro personal de salud.
5. Contribuir a proteger los intereses legales del paciente, del cuerpo médico y del hospital.

4.3 Funciones del Departamento

El Departamento de Archivo Médico cumplen las siguientes funciones:

1. Realizar los trámites administrativos relacionados con la inscripción y admisión de paciente.
2. Realizar la evaluación técnica de las historias.
3. Archivar y recuperar (desarchivar) historias clínicas.
4. Mantener y conservar las historias clínicas
5. Mantener el índice de pacientes
6. Elaborar las estadísticas necesarias para fines intrahospitalarios y para uso nacional.
7. Proporcionar información en respuesta a solicitudes para datos sobre el tratamiento brindado a un paciente (certificaciones).

[17] El departamento de Registros Médicos, Guía para su Organización ,Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares N° 19 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.1990

8. Colaborar con el cuerpo médico y con otro personal de salud facilitandoles historias clínicas y datos estadísticos para fines de investigación, evaluación o docencia.
9. Colaborar con programas de capacitación.

4.4 Áreas Funcionales

Las áreas funcionales de trabajo van a ejecutarse, en la División de Archivo Activo y División Archivo Pasivo pertinentemente: *Anexo 3 Organigrama propuesto*

Área de Recepción Archivo Activo: se encarga recibir los contenidos de las historias clínicas corroborando los datos del paciente y sus egresos hospitalarios (alta-defunción-fuga), descargando un Excel del programa de Microsoft proveniente del Sistema de Camas - Admisión de Pacientes.

Área de Investigación Archivo Activo: se encarga de facilitar a los médicos y residentes las historias para las investigaciones académicas, expedientes judiciales y secuestros policiales.

Área Operativa Archivo Activo: se encarga de emitir listados para los servicios de facturación, consultorios externos, urgencias, atención personal y telefónica a secretarias y médicos profesionales diariamente.

Área de Control y Logística Archivo Activo: comisiona el archivado diario del movimiento de la mañana de historias en las góndolas supervisando su ordenamiento y restauración, entendiéndose por restauración al proceso de sustitución de carpetas en mal estado y hojas rotas de las mismas. Como dato informativo adicional, se estima que hay un total de 50.000 historias clínicas dentro del departamento.

Área de Recepción Archivo Pasivo: se encarga de chequear los óbitos verificando que al finalizar el mes los egresos correspondientes a defunciones, hayan entrado al archivo y no esté en falta ninguno, y de registrar las historias depuradas de más de 10 años en un archivo de Excel para control interno, sólo Personal del Archivo tiene acceso a este archivo.

Área de Control y Logística Archivo Pasivo: se encarga de pre-depurar (seleccionar las historias de más de 10 años desde su última internación, se controla historia por historia en las góndolas) y se depuran[18] .

Área de Investigación Archivo Pasivo: encargada de facilitar a los médicos y residentes las historias para las investigaciones académicas, previamente autorizado por la Jefatura.

Área Operativa Archivo Pasivo: se ocupa de destinar las defunciones a otras góndolas y se acomodan las cajas de las historias depuradas, además de atención personal y telefónica a secretarias y médicos profesionales.

4.5 Recursos Requeridos

4.5.1 Recurso Físicos

Equipo y materiales

Los equipos, más que simples aparatos, son parte de un sistema de trabajo. Si el equipo es insuficiente o inadecuado, el sistema forzosamente se resentirá. Si el equipo ha sido cuidadosamente elegido para la función que debe cumplir, éste contribuirá para que el sistema funcione con mayor eficiencia y para que el personal trabaje con mayor comodidad. Se destinará a cada área , en caso de no contar con los elementos detallados a continuación, una pc con conexión a internet, una impresora y un lector de código de barras. *(Ver Punto 5.3 Presupuesto)*

Materiales: Carpetas de cartulina para la historia clínica de 1° Vez, zunchos, etiquetas blancas, formularios para la historia clínica y para la recolección y procesamiento de las estadísticas, libros de actas y tarjetones de reemplazo.

[18] Depurar: según resolución N°536/1999 Procedimientos de Depuración de Historias Clínicas Art.7

4.5.2 Recursos Humanos

Jefatura

A fin de coordinar las áreas de trabajo antes mencionadas, deberá existir una jefatura de Archivo Médico con las siguientes funciones:

1- Planear, dirigir y controlar las actividades del Departamento.

2- Asesorar a otros departamentos (y otras unidades operativas) en el cumplimiento de sus funciones estadísticas y coordinar con ellos para mejorar las historias clínicas y otros servicios que los atañen mutuamente.

3- Velar por el abastecimiento oportuno de formularios y materiales.

4- Capacitar en servicio el personal del Departamento.

5- Realizar programas de orientación para personal de salud en relación con registros médicos y la utilización de indicadores e informes.

6- Apoyar actividades relacionadas con estudios e investigaciones.

Personal

El personal que trabaja en el Departamento de Archivo Médico es el recurso más importante para el éxito del Departamento. Debe existir personal suficiente en cantidad y calidad para cumplir con las funciones que se le han asignado al Departamento.

El número y las calificaciones del personal del Departamento de Archivo Médico varía, entre otras cosas, según las funciones que realiza el Departamento, el horario que permanece abierto, la carga de trabajo, los procedimientos, el equipo, la distribución de espacio. A pesar de ello, se pueden señalar las siguientes consideraciones:

1. El Departamento de Archivo Médico estará a cargo de un Jefe que deberá tener título de técnico en Estadística o en Administración , con orientación a la archivación de registros médicos.
2. El resto del personal del Departamento, cuyo número debe estar acorde con el volumen de trabajo, deberá tener como mínimo estudios secundarios completos.
3. Es responsabilidad de cada Jefe de Departamento de Archivo Médico desarrollar un programa para orientar al personal nuevo a sus funciones y para dar capacitación en servicio.

4. Para cada cargo en el Departamento deberá existir una descripción escrita que señale las funciones a realizar y los estudios, experiencia y cualidades personales requeridos.

5.El Jefe debe asegurarse que para cada función del Departamento haya por lo menos dos personas capacitadas para realizarlas.

6. Se realizarán reuniones periódicas del personal para informar sobre nuevas actividades del Departamento y del Hospital, para discutir ideas que por iniciativa y creatividad en el desempeño de sus labores el personal propone.

7. Todo el personal cumplirá las normas establecidas para el Departamento de Archivo Médico, la Direccion de Estadistica y Archivo Médico y las del Hospital de Clínicas " José de San Martín".

8. El personal deberá concurrir correctamente uniformado a su trabajo (utilizar la chaqueta que otorga el Departamento de Diseño e Indumentaria).

9. Todo personal debe referir a su supervisor cualquier consulta sobre la cual tiene dudas en el desempeño de sus funciones.

10. El personal seguirá las vías jerárquicas para comunicar cualquier problema o cualquier solicitud de consideración especial.

11. Cualquier cambio de procedimiento debe ser aprobado por el Jefe del Departamento.

4.6 Manual de Procedimientos

Ver Anexo 1: Manual de procedimientos

Para Taylor "el requerimiento de documentar formalmente los procedimientos surge simultáneamente, ya que hace auditable el proceso operativo en cuestión: la acción observada debe corresponderse directamente con las definiciones escritas . Además proporciona lo buscado: objetividad con respecto a las tareas que, ya afuera de la mente de los jefes, son desarrolladas por los operarios o el personal operativo."[19]

Los propósitos del Manual de Procedimientos

• Ayudar a unificar criterios sobre conceptos básicos relacionados con los departamentos de registros médicos y estadística.

• Proporcionar una orientación concreta sobre el desarrollo del contenido de los manuales

[19] Maesschalck, Victor, Buenos Aires. Septiembre 2003. "Taylor y el Diseño de Procedimientos Eficientes. (la vigencia de Frederick Winslow Taylor)"

a nivel institucional.

• Ofrecer un modelo de cómo un manual de normas y procedimientos puede organizarse y manejarse para lograr que sea una herramienta dinámica y útil.

Presentaremos el MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL DEPARTAMENTO DE ARCHIVO MÉDICO EN LA PARTE DE *ANEXO 1*

5. Implementación del Proyecto

5.1 Localización

La localización física del proyecto es el Departamento de Archivo Médico del Hospital de Clínicas “José de San Martín”, que se encuentra ubicado en el barrio de la Recoleta, en la Avenida Córdoba 2351, código postal 1120, entre piso.

5.2-Capacitación

Capacitación en el uso del sistema , el personal de sistemas informáticos brindará una capacitación teórico- práctico sobre la utilización del Sistema de Historias Clínicas con el objetivo principal orientado al módulo específico que requerirán para el desempeño de sus funciones.

Se entregarán además instructivos específicos con el fin de que puedan ser consultados en caso de dudas posteriores.

Estos cursos serán dictados en primer lugar para los agentes del Departamento de Archivo Médico, y luego para cada referente de los servicio de internación, consultorios externos, facturación y legales.

Se dictará bajo una modalidad de 2 horas diarias dentro de la jornada laboral en los tres turnos (mañana-tarde-fin de semana) de trabajo por el período de 4 días.

5.3 Presupuesto

Se considera para la puesta en marcha del proyecto y su ejecución; la compra de equipos tecnológicos en el Departamento de Archivo Médico, citado en Av. Córdoba 2351. La suma para dicha compra asciende a PESOS TRECE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO CON 00/85 ($13.884.85) De acuerdo a la Red Programática utilizada en la Universidad de Buenos Aires, será por medio de Fuente de Financiamiento Interna: 11. Tesoro Nacional.

Cuadro presupuestario del Equipamiento solicitado

Detalle tecnológico	Precio por Unidad	Total Acumulado
Impresora Etiquetas Codigo De Barra Zebra Gk-420 T Usb Red *Figura N° 15*	$ 12.250,19	$ 12.250,19
Cinta Brother Original Dk-2210 29mm X 30,4mts Ql 700 Etiquet *Figura N° 16*	$ 570,21	$ 12.820,4
Lector Codigo De Barras Laser 3nstar Sc100 Usb Tribunales *Figura N° 17*	$ 999,22	$ 13.819,62
Rollo De Etiquetas Autoadhesivas 55x44 Mm Ilustración Zebra *Figura N° 18*	$ 65,23	$ 13.884,85

Figura N° 15:

Impresora Etiquetas Codigo De Barra Zebra Gk-420 T Usb Red - $ 12.250 [20]

[20]https://computacion.mercadolibre.com.ar/impresoras-accesorios/impresoras/termicas/impresora-etiquetas-codigo-de-barras-zebra-gk-420-t Fecha de consulta 27/05/2018 12.22 PM

Figura N° 16:

Cinta Brother Original Dk-2210 29mm X 30,4mts Ql 700 Etiquet - $ 570[21]

Figura N° 17:

Lector Codigo De Barras Laser 3nstar Sc100 Usb Tribunales - $ 999 [22]

Figura N° 18:

Rollo De Etiquetas Autoadhesivas 55x44 Mm Ilustración Zebra - $ 65[23]

[21]https://articulo.mercadolibre.com.ar/MLA-616326080-cinta-brother-dk-2210-continuo-29mm-x-3048mts-original-_JM Fecha de consulta 27/05/2018 12.28 PM

[22]https://articulo.mercadolibre.com.ar/MLA-676059507-lector-codigo-de-barras-laser-3nstar-sc100-usb-tribunales-_JM Fecha de consulta 27/05/2018 12.35 PM

[23]https://articulo.mercadolibre.com.ar/MLA-675922710-rollo-de-etiquetas-autoadhesivas-55x44-mm-ilustracion-zebra-_JM Fecha de consulta 27/05/2018 12.40 PM

6. Conclusión

Este grupo considera que un manual de normas y procedimientos nunca se termina. En los establecimientos de salud se incorporan nuevas funciones, se eliminan otras funciones, las técnicas cambian y el manual debe reflejar ésto. Es decir, que todo material que se pueda generar para dejar formalizados, procesos, funciones y normativas deberá ser de carácter abierto y sujeto a estas modificaciones que surgen producto del devenir de la tarea asistencial.
En cada área de trabajo se debe contar con una copia de las normas y procedimientos que le atañe. Los supervisores deben usar los procedimientos cuando capacitan al personal, estimulandolos a consultar las normas y los procedimientos cada vez que tengan alguna duda. Hay que lograr que los procedimientos se consideren una herramienta indispensable de trabajo.

6.1 Beneficios

Los beneficios son para brindar mejor información y seguimiento de la Historia Clínica. También serán optimizados los tiempos y los procedimientos y los circuitos por los cuales transita la información.

6.2 Beneficiarios

Beneficiarios directos e indirectos

Beneficiarios Directos: Personal del Departamento de Archivo Médico del Hospital de Clínicas “José de San Martín” y médicos que utilizarán las historias clínicas para mejorar su capacidad de diagnóstico.

Beneficiarios Indirectos: Profesionales (médicos y docentes interesados en el desarrollo de investigaciones fundadas en las historias clínicas), pacientes y sectores que trabajan conjuntamente con el Archivo Medico.

ANEXO 1 :

Manual de Procedimientos

Departamento de Archivo Médico	**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**		
	APROBADO: Señor X	**FECHA EFECTIVA:** 19/06/2018	**REVISIÓN: 0**
		CÓDIGO: DAM 00	**PÁGINA 1 de 1**
TÍTULO: Índice de procedimiento.			

DAM 00	Índice de procedimientos.
DAM 01	Control de la recepción de historias clínicas de pacientes Egresados.
DAM 02	Clasificador.
DAM 03	Reingresos.
DAM 04	Historias Clínicas Reciclables de 1° vez.
DAM 05	Notificación de historias adeudadas.
DAM 06	Procedimiento para archivar y conservar las historias clínicas.
DAM 07	Control de las historias que salen del archivo.
DAM 08	Salidas Generales.
DAM 09	Consultorios Externos.
DAM 10	Facturación.
DAM 11	Ateneos.
DAM 12	Estudios e investigaciones dentro del departamento.
DAM 13	Cuidado de las historias.
DAM 14	Traslado de historias al archivo pasivo.
DAM 15	Depuración de Historias Clínicas.
DAM 16	Registro de Historias Depuradas.
DAM 17	Entrega de información de HC a terceros.
DAM 18	Implicancias legales de la Historia Clínica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		
Departamento de Archivo Médico	**APROBADO:** Señor X	**FECHA EFECTIVA:** 19/06/2018	**REVISIÓN: 0**
		CÓDIGO: DAM 01	**PÁGINA 1 de 4**
TÍTULO: Control de la Recepción de Historias Clínicas de pacientes Egresados			

CONTENIDO:

Objeto

Establecer la recepción de la Historia Clínica de pacientes egresados en el "Sistema Integral de Historias Clínicas".

Alcance

Este procedimiento está dirigido al Personal del área de Recepción de Archivo Activo, desde el egreso del paciente hasta la recepción de la Historia Clínica en el Departamento de Archivo Mèdico.

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

Anexo 2, punto 2- Procedimientos de Egresos Hospitalarios en S.I.H.C.
CÓDIGO: DAM 04 - Reingresos
CÓDIGO: DAM 05 - Historias Clínicas Reciclables de 1° vez
CÓDIGO: DAM 06 - Notificación de historias adeudadas

Nota: se reciben las historias clínicas 48 horas posteriores al egreso del paciente.

Historia Clínica: se puede detallar como la "expresión detallada y ordenada de todos los datos relativos a la salud de una persona"

Contenido de internación: Es expresamente la internación del paciente, desde que ingresa al Hospital hasta su egreso.

Departamento de Archivo Médico	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		
	APROBADO: Señor X	**FECHA EFECTIVA:** 19/06/2018	**REVISIÓN: 0**
		CÓDIGO: DAM 01	**PÁGINA 2 de 4**
TÍTULO: Control de la Recepción de Historias Clínicas de pacientes Egresados			

Descripción:

Personal del área de Recepción de Archivo Activo:

1. Abre el Sistema Integral de Historias Clínicas.*(S.I.H.C. Anexo 2 , punto 1)*
2. Ingresa con Usuario y Contraseña pertinente y dar Enter en el teclado
3. Selecciona la carpeta de Egresos Diarios
4. Coloca datos de la HC, N° de HC o Documento o Apellido y Nombre , seleccionar BUSCAR
5. Selecciona el paciente solicitado con un clik
6. Corrobora si la historia es de primera vez o una reinternación.
7. Si la HC es de primera vez, da a la secretaria que entrega la historia, una carpeta de 1er. vez, y el personal del archivo imprime el código en la etiqueta y coloca en la parte superior derecha el N° de HC que corresponde.
8. Si la HC es un reingreso, y la secretaria solo entrega contenido de la internación busca en las góndolas la HC previa.
9. Si la HC previa no está, es deber de la secretaría reclamar al servicio la HC para poder hacer la entrega en el Archivo.
10. El departamento de Archivo Médico NO recibe contenido de internación suelto.
11. Al momento de recibir la historia controla que el número de historia clínica coincida con el número registrado en la carpeta.
12. Si este coincide, pasa el láser por el còdigo de barra, aceptar en el sistema, automáticamente registra fecha y horario de recepción y la información ya queda registrada.

13. Corrobora con la historia en mano y el S.I.H.C.
    A. La edad registrada es el resultado de la resta de la fecha de nacimiento y de la fecha de admisión contenida en la hoja y si coincide con lo registrado en la anamnesis y examen físico.
    B. El sexo del paciente está correctamente registrado.
    C. Los diagnósticos definitivos coinciden con los registrados en la Epicrisis y en el Informe de Anatomía Patológica (si existe).
    D. Las fechas de admisión y egreso coinciden con las fechas de la del S.I.H.C.
14. Si la historia se recibió,ingresarla al sistema.
15. Si una historia no se recibe, no ingresar nada.
16. Si recibe la historia que corresponde a un paciente egresado y que no figura en la lista y tampoco en la lista actualizada por el auxiliar que controla el censo, se solicita una aclaración a la secretaria encargada de entregas las historias clínicas al archivo
17. Si recibe una HC de defunción, además de dar el ingreso en el campo de MOTIVO del S.I.H.C. en en la tapa de la HC se escribe debajo de la numeración de la HC (+18), según el año que figure el óbito

Ejemplo. Paciente: Cáceres , Pedro , fecha de nacimiento 30 de Junio de 1961, falleció en el 2015

Se escribe en la historia apaisada del lado superior derecho

610630
……..CACP (+15)

18. Al recibir una historia de más de 48 horas después del egreso del paciente, se ingresa en el S.I.H.C. el dia que fue recibida volviendo al paso Nº 1 DAM 01
19. Una vez recibida, pase la historia al departamento de Revisión y Codificación para su control.
20. Cuando terminan de codificar las HC se las coloca en el clasificador.

Nota:
El clasificador, es una góndola metálica que con el fin de localizar las HC se utiliza previo al procedimiento de archivado.
En la jerga laboral, debido a sus usos y costumbres se lo denomina SORTEADOR al CLASIFICADOR, y a la actividad SORTEAR.

CONTENIDO

Objeto

Facilitar el archivado de Historias Clínicas pasando por un proceso previo de clasificación.

Alcance

Este procedimiento está dirigido al Personal del Departamento de Archivo Mèdico, desde que ingresa la historia clínica al clasificador hasta su archivado en góndola .

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados:

2.8.2.4 Método de Archivo
CÓDIGO: DAM 06- Procedimiento para archivar y conservar las historias clínicas

Descripción Gráfica del Clasificador.

00	01	10	11	20	21	30	31	40	41	50	51	60	61	70	71	80	81	90	91
02	03	12	13	22	23	32	33	42	42	52	53	62	63	72	73	82	83	92	93
04	05	14	15	24	25	34	35	44	44	54	55	64	65	74	75	84	85	94	95
06	07	16	17	26	27	36	37	46	46	56	57	66	67	76	77	86	87	96	97
08	09	18	19	28	29	38	39	48	48	58	59	68	69	78	79	88	89	98	99

Descripción.

Personal del área de control y logistica Archivo Activo:

1. Clasifica las historias, según el Sistema Alfanumérico Dígito Inicial, viendo los dos primeros dígitos de la HC.

Ejemplo. HC. 890628 CACC, se coloca en el casillero 89.
HC. 280507 PEPR, se coloca en el casillero 28

2. La siguiente HC que deba ir al casillero ya ocupado por una HC, debe seguir el ordenamiento de menor a mayor y en orden alfabético

Ejemplo. HC. 890628 CACC - HC. 890307 LOPS - HC. 890628 RODF
su ordenamiento correspondiente es.
HC. 890307 LOPS
HC. 890628 CACC
HC. 890628 RODF

3. Si la HC corresponde a una defunción NO se clasifica, se separa y se archiva directamente en las góndolas de DEFUNCIONES según el método del Sistema Alfanumérico Dígito Inicial.

Departamento de Archivo Médico	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		
	APROBADO: Señor X	**FECHA EFECTIVA:** 19/06/2018	**REVISIÓN: 0**
		CÓDIGO: DAM 03	**PÁGINA 1 de 2**
TÍTULO: Reingresos			

CONTENIDO

Objeto

Acumular las internaciones de cada paciente en su historia clínica cara que sea única y general y al momento de su reingreso de internación están todos los procesos de salud que se le han aplicado.

Alcance

Este procedimiento está dirigido al Personal del Departamento de Archivo Mèdico, desde que el personal de internación solicita las historias clínicas para ser completadas hasta su entrega en el Àrea de Recepción Archivo Activo.

- Personal de Internaciones de los Servicios de Cátedras
- Personal del área de Recepción de Archivo Activo

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

CÓDIGO: DAM 02 Control de la recepción de historias clínicas

Descripción

Personal de internaciones de las Cátedras:

1. Solicita el día anterior a la entrega de Egresos Hospitalarios las historias de pacientes egresados anotando los números de historia clínica en un listado de "Reingresos".

Personal del área de Recepción de Archivo Activo:

2. Utiliza la lista entregada para retirar las historias de las góndolas
3. Controla por el S.I.H.C. que las HC solicitadas tengan internación
4. Si la HC tiene internación sacar de góndolas
5. Si la HC no tiene internación, en la lista al lado del nombre del paciente detallar - Sin Internación-
6. Si la HC se encuentra adeudada por algún servicio detallar en la lista, al lado del nombre del paciente
7. Una vez sacada las HC, separar en la mesa de Reingresos colocando arriba de la columna de HC la lista del servicio que corresponde.

Personal de internación de las Cátedras:

8. Retira las HC o traen los contenidos de internación y completan las HC para ser entregadas al Área de Recepción

Personal del área del Archivo Activo:

9. Recibe las historias clínicas, CÓDIGO:DAM 02 Control de recepción de HC.

CONTENIDO:

Objeto

Optimizar recursos materiales, para obtener tapas de cartulinas para historias clinicas de 1º vez.

Alcance

Este procedimiento está dirigido al Personal del Departamento del área de Control y Logística Archivo Pasivo, desde el momento que se comienza a depurar las historias clínicas hasta, el ingreso de paciente de 1º vez.

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

CÓDIGO : DAM 15 Depuración de Historias Clínicas

CÓDIGO : DAM 01 Control de la recepción de historias clínicas de pacientes egresados

Descripción

Personal del área de Control y Logística Archivo Pasivo:

1. Prepara las historias clínicas de 1° vez ante la realización del proceso de historias depuradas (*CÓDIGO: DAM 15)*
2. Tacha en donde está escrito o se saca la etiqueta de la HC.
3. Da vuelta la tapa , para que el lado escrito quede del lado de adentro de la HC
4. Apila y guardar en un estante, para su reutilización de historias clínicas de 1º vez

CONTENIDO

Objeto

Otorgar mensualmente a la directora de la Dirección de Estadística y Archivo Médico la estadística de "Historias Adeudadas".

Alcance

Este procedimiento está dirigido al Personal del Departamento del área de Recepción de Archivo Activo, desde la notificación de historias clínicas adeudadas enviada a la Directora de Estadísticas, hasta la recepción de la misma por la Dirección General.

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

ANEXO 2, punto 7- Procedimientos para confeccionar ESTADÍSTICAS
CÓDIGO: DAM 01 Control de la recepción de historias clínicas de pacientes egresados

Descripción

Personal del área de Recepción Archivo Activo:

1. Ingresa al S.I.H.C.
2. Ingresa con Usuario y Contraseña pertinente y da Enter en el teclado
3. Selecciona la carpeta de ESTADÍSTICAS con un click
4. Selecciona la Estadística solicitada con un click, internaciones por servicios y filtra las HC QUE NO INGRESARON AL ARCHIVO
5. El sistema lo derivara a una planilla de Excel para ingresar los campos requerido y automáticamente se conformará un gráfico de barra
6. Para cerrar la planilla de Excel selecciona con un click la cruz superior del lado derecho y se cerrará.
7. La estadística está en condiciones de imprimir
8. Hacer un recuento de HC por servicio, para corroborar que el total sea el mismo que figura en el S.I.H.C. TOTAL.
9. Informa por escrito, a cada jefe de servicio (con copia a la Dirección) con notificación de la Jefatura del Archivo.
10. Informa en una tabla Nº de HC, Apellido, Nombre y la internación de historias de pacientes egresados que no han bajado al Departamento

Secretaria de la Dirección de Estadísticas y Archivo Médico:

11. Recibe la notificación de Historias Clínicas adeudadas emitidos por el Archivo

Médico.

Departamento de Archivo Médico	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		
	APROBADO: Señor X	**FECHA EFECTIVA:** 19/06/2018	**REVISIÓN: 0**
		CÓDIGO: DAM 06	**PÁGINA 1 de 2**
TÍTULO: Procedimiento para archivar y conservar las historias clínicas			

CONTENIDO

Objeto

Conservar las historias clínicas en forma ordenada y accesible.

Alcance

Este procedimiento está dirigido al Personal del Departamento Archivo Médico.

- Personal del área de control y logística Archivo Activo /Pasivo

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

CÓDIGO: DAM 02 Clasificador

PUNTO 2.8.2.4 Método de Archivo

Nota: Tarjetón de reemplazo

Señal que se coloca en el lugar de la historia clínica para indicar que ésta se ha retirado para enviarla a otra parte. El tarjetón no sólo indica la fecha, el destino y quien retiró la historia que salió del archivo, sino agiliza el trabajo de archivo cuando la historia vuelve de las carpetas.

Descripción

Personal del área de Control y Logística Archivo Activo /Pasivo:

1. Es el encargado que las historias clínicas se archiven según el Sistema Alfanumérico Dígito Inicial (*Ver Punto- 2.8.2.4 Método de Archivo*)
2. Extrae las historias clínicas del clasificador.
3. Revisa las historias clínicas antes de archivarlas.
4. Antes de proceder a su archivado, ordena las historias según el método de archivo usado, para evitar saltar de un estante a otro y reducir el número de errores de archivo.
5. Luego de ordenadas, coloca las historias en el carrito (de supermercado) y procede al archivo propiamente dicho, retirando el tarjetón de reemplazo.
6. Si la historia clínica corresponde a un tarjetón de reemplazo, retira el tarjetón y coloca la historia clínica en su lugar.
7. Las historias clínicas y tarjetones recién colocados, ubicarlo a media asta para que otro agente controle y verifique el correcto archivado.
8. Con el tarjetón de reemplazo en mano, da la baja en el S.I.H.C.
9. Busca en el libro de actas, “Salidas Generales” y tacha con una línea donde se registró la salida de la historia clínica, y tacha con una cruz la casilla utilizada del tarjetón de reemplazo para ser reutilizable, y coloca en la canastita donde están los demás tarjetones.

Departamento de Archivo Médico	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		
	APROBADO: Señor X	**FECHA EFECTIVA:** 19/06/2018	**REVISIÓN: 0**
		CÓDIGO: DAM 07	**PÁGINA 1 de 2**
TÍTULO: Control de las historias que salen del archivo			

CONTENIDO

Objeto

Controlar el movimiento de las HC dentro de la Institución y obtener una rápida información de su localización.

Alcance

Este procedimiento está dirigido al :

- Personal del Hospital de Clínicas,
- Personal del Departamento de Archivo Médico

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

ANEXO 2, punto 3 - Procedimientos para Salidas de Historias Clínicas de todos los servicios dentro de la Institución.

CÓDIGO: DAM 08 Salidas Generales

CÓDIGO: DAM 09 Consultorios Externos

CÓDIGO: DAM 10 Facturación

CÓDIGO: DAM 11 Ateneos

Descripción

Personal Administrativo/ Personal médico:

1. Pueden ser solicitar las historias clínicas telefónicamente
2. O personalmente

Personal del Departamento de Archivo Mèdico:

3. Cuando solicitan una historia consulta
    1. Número de historia clínica
    2. Ó Fecha de Nacimiento
    3. Ó Apellido y Nombre completo
    4. Ó D.N.I
4. Busca primero en el S.I.H.C para corroborar que la HC solicitada tenga internación y poder ver los movimientos de la HC.
5. Ingresa al S.I.H.C. con Usuario y Contraseña pertinente y da Enter en el teclado
6. Ingresa a la carpeta de HISTORIA CLÍNICA con un click
7. Ingresa los datos solicitados en los campos
8. Selecciona BUSCAR con un click
9. Cuando figure el paciente requerido, selecciónelo con un click para ingresar a la Historia del Paciente
10. Procede al procedimiento pertinente según su retiro de HC

CONTENIDO

Objeto

Control interno del movimiento de la HC en el S.I.H.C.

Alcance

Este procedimiento está dirigido al Personal del Departamento de Archivo Médico para manejar la información, desde la salida de la historia clínica hasta su entrada nuevamente al Departamento.

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

ANEXO 2, PUNTO 3 Procedimientos para Salidas de Historias Clínicas de todos los servicios dentro de la Institución.

CÓDIGO: DAM 08- Control de Salidas Generales

Descripción

Personal del Departamento de Archivo Medico:

1. Busca la HC solicitada en góndola
2. Saca la HC
3. Toda historia que se retira de su lugar en el archivo debe ser reemplazada por un tarjetón de reemplazo que señale la fecha, el destino y quien retira la HC.
4. Pasa el lector por el còdigo de barra e ingresar al S.I.H.C.
5. Carga la HC en el S.I.H.C. indicando destino y quien la retira. La HC retirada se anota en el libro de acta de “Salidas Generales”, N° de HC, Apellido y Nombre, servicio a dónde va la HC y si es médico, firma y sello
6. Si la que retira es secretaria autorizada de las Cátedras de Internación firma, aclaración y legajo.
7. Las HC solo salen del archivo para
   - Ø Internaciones
   - Ø Ateneos
   - Ø Legales
   - Ø Facturación
   - Ø Consultorios externos

CONTENIDO

Objeto

Que el médico pueda contar con la HC del paciente al momento de hacer un control .

Alcance

Este procedimiento está dirigido al Personal del Departamento del área Operativa Archivo Activo y al Personal Administrativo de Consultorios Externos.Su alcance va desde el que solicitan las historias clínicas para una buena prestación médica al paciente, y al médico para una revisión del mismo, hasta la devolución de la misma al Archivo Activo.

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

ANEXO 2, punto 3- Procedimientos para Salidas de Historias Clínicas de todos los servicios dentro de la Institución.

CÓDIGO: DAM 07- Control de Salida

Descripción

Personal de Consultorios Externos de Cirugía:

1. Solicita el día anterior a las citas las historias de pacientes citados anotando los números de historia clínica en un listado de "Nómina de Historias para Consulta Externa" al Personal del área operativa Archivo Activo.

Personal del área operativa Archivo Activo:

1. Utiliza la lista entregada para retirar las historias de las góndolas.
2. Controla por el S.I.H.C. que las HC solicitada tengan internación
3. Si la HC tiene internación sacar de góndolas
4. Si la HC no tiene internación, en la lista al lado del nombre del paciente detalla- Sin Internación
5. Si la HC se encuentra adeudada por algún servicio detalla en la lista, al lado del nombre del paciente
6. Al día siguiente se entrega las HC al personal de Consultorios Externos de Cirugía una por una, colocando un signo de chequeo al lado del número de historia en la lista y solicitar la firma del personal que señala su conformidad.

7. Una vez sacada las HC cargar en el S.I.H.C. la salida a consultorio externo. El listado se guarda en el bibliorato de Consultorios Externos.

Personal de Consultorios Externos de Cirugía:

8. Devuelve al Archivo Activo las historias clínicas solicitadas del dia anterior
9. Informa si el paciente fue internado nuevamente o trasladado a otro servicio para su atención

Personal del área operativa Archivo Activo:

10. Recibe las historias de los pacientes atendidos, y da de baja en el S.I.H.C.
11. Si falta una historia clínica reclama en el momento las que faltan, resalta con flúo, y procede a hacer tarjetón de reemplazo.
12. Cuando un paciente, habiendo sido atendido en la consulta externa, necesite inmediata hospitalización o consulta en otro servicio anotar en el libro de acta "Salidas Generales" el nombre de la sala en que se hospitaliza el paciente o del servicio a donde se mandó el paciente y su historia.
13. Da de baja en el S.I.H.C. por consultorio e ingresar el nuevo destino de la historia clínica.
14. Solicita que venga el médico tratante o la secretaría a firmar el libro de acta y el tarjetón de reemplazo.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		
Departamento de Archivo Médico	**APROBADO:** Señor X	**FECHA EFECTIVA:** 19/06/2018	**REVISIÓN: 0**
		CÓDIGO: DAM 10	**PÁGINA 1 de 3**
TÍTULO: Facturación			

CONTENIDO

Objeto

Contar con la HC al momento de ser solicitada para su facturación

Alcance

Este procedimiento está dirigido al Personal del Departamento del área Operativa Archivo Activo, desde que el personal de Facturación solicita historias clínicas hasta su devolución.

- Personal del área Operativa Archivo Activo
- Personal de Facturación

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

ANEXO 2, punto 3- Procedimientos para Salidas de Historias Clínicas de todos los servicios dentro de la Institución.

CÓDIGO: DAM 10. Facturación.

Descripción

Personal de facturación:

1. Entrega al archivo un listado por duplicado
2. El original se entrega al archivo y el duplicado se entrega al personal del área operativa firmado como recibido.

Personal del área operativa del archivo médico:

3. Verifica por S.I.H.C. las internaciones solicitadas
4. Si la historia clínica tiene la internación solicitada saca la historia clínica de góndolas.
5. Si la historia clínica no tiene internación, en la lista al lado del nombre del paciente se detalla- Sin Internación-
6. Si la historia clínica se encuentra adeudada por algún servicio detalla en la lista, al lado del nombre del paciente
7. Carga las historia clínica en el S.I.H.C.

Personal de facturación:

8. Retira las HC y firma cada uno de los tarjetones de reemplazo y en la lista coloca un signo de chequeo al lado del número de historia en la lista y solicita la firma del personal que señala su conformidad. El listado se guarda en el bibliorato de Facturación.

Personal del área operativa del archivo médico:

9. Al finalizar el procedimiento de facturar la HC, recibe y tacha con una línea las historias clínicas que están y clasifica las HC en el clasificador. Aún queda pendiente la baja hasta la recepción del tarjetón a los efectos del doble control, en el procedimiento Código: DAM 08

CONTENIDO

Objeto

Facilitar a los médicos y residentes las historias para las investigaciones académicas, y contribuir a un ámbito de estudios

Alcance

Este procedimiento está dirigido a los médicos desde que desean hacer uso de las historias clínicas para fines de investigación, ateneos y docencia hasta la devolución de la misma al clasificador para su posterior archivado.

- Personal de la institución Médicos / Estudiantes
- Personal del área de Investigación Archivo Activo/Pasivo.

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

ANEXO 2, punto 3- Procedimientos para Salidas de Historias Clínicas de todos los servicios dentro de la Institución.

CÓDIGO: DAM 12- Estudios e investigaciones dentro del departamento

Descripción

Personal de la Institución médicos /estudiantes:

1. Que desean hacer uso de las historias clínicas para fines de investigación debe (1) contar con la autorización escrita del Jefe de Servicio correspondiente (o de la persona en que él delega esta responsabilidad) y (2) presentar identificación aceptable al Personal del área de Investigación Archivo Activo/Pasivo.

Personal del área de investigación archivo Activo/Pasivo:

2. Busca la historia clínica solicitada y anota en el Libro de Acta “Salidas Generales”, N° de HC, Apellido y Nombre y detallar, -Con Nota para Ateneo-, servicio , firma y sello.
3. Ingresa la salida en el S.I.H.C. y su destino
4. Hace el tarjetón correspondiente, N° de historia clínica , Servicio y fecha y se detalla, C/nota ateneo.
5. Recordar al médico que tiene 48 hs para consultar la historia clínica fuera del Departamento de Archivo Médico
6. La persona que consulta la historia entrega y firma la autorización, la cual se archiva un bibliorato de “Investigaciones“ en el Departamento de Archivo Médico.

Personal de la Institución médicos /estudiantes:

7. Si el plazo no es lo suficiente, debe volver al archivo a informar, para solicitar prórroga de la investigación.

Personal del área de investigación archivo Activo/Pasivo

8. Si la jefa autoriza, actualizar en el S.I.H.C. y en el tarjetón.

CONTENIDO

Objeto

Facilitar a los médicos y residentes las historias para las investigaciones académicas, y contribuir a un ámbito de estudios

Alcance

Este procedimiento está dirigido a estudiantes u otro personal de la Institución, desde que desean hacer uso de las historias clínicas para fines de investigación y docencia hasta la devolución de la misma al clasificador para su posterior archivado.

- Personal de la institución Médicos / Estudiantes
- Personal del área de Investigación Archivo Activo/Pasivo.

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

CÓDIGO: DAM 11- Ateneos

Descripción

Personal de la institución Médicos / Estudiantes:

1. Solicita por intermedio de un listado previo duplicado las HC con N° de HC , Apellido y Nombre y entrega al personal del área de investigación
2. Si desea buscar por algún diagnóstico específico, deben solicitarlo al Departamento de Revisión y Codificación, ellos les darán las HC de aquellos pacientes que tienen esa patología
3. Entregar el listado al personal del archivo
4. Revisa las historias dentro del Departamento de Archivo Médico

Personal del área de Investigación Archivo Activo/Pasivo:

5. Busca y saca las historias clínicas solicitadas.
6. Controla por el sistema S.I.H.C. las historias clínicas , para verificar que tenga internación en el Hospital
7. Si la historia clínica está, tilda en el listado al lado de la HC encontrada y sacar de góndola.
8. Si la historia clínica no está y se encuentra un tarjetón de reemplazo, anota en el listado la información encontrada.
9. Coloca el grupo de historias en el lugar de estudio con la lista encima.
10. Vencido el plazo establecido por las normas del hospital para la consulta de historias, recoge las historias del lugar de estudios y clasifica.
11. El listado se guarda en un bibliorato con el título de “investigaciones”

CONTENIDO

Objeto

Por cuidado de las historias clínicas se entienden aquellas acciones que realiza el personal de archivo para reducir la posibilidad del deterioro o extravío de las mismas.

Alcance

Este procedimiento está dirigido al Personal del Departamento de Archivo Médico.

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

2.8- Normas del departamento.

2.8.2.8. Cuidado de la historia clínica

Descripción

Personal del departamento de Archivo Médico:

1. Vigila que ningún documento de la historia clínica sobresale la carpeta, hecho que contribuye al desgaste del formulario y dificulta el trabajo de archivo.
2. Repara oportunamente cualquier carpeta o formulario roto.
3. Separa todas las carpetas gruesas, colocando las internaciones más viejas en el Tomo 1 y las internaciones más actuales en el Tomo 2, o los tomos que se requieran.
4. Recoge inmediatamente cualquier informe o historia clínica que se encuentra sobre el suelo.
5. Mantiene las historias derechas y parejas en los estantes.

CONTENIDO

Objeto

Mantener el ordenamiento de las HC , y hacer espacio físico a las nuevas HC, y a las viejas trasladar al Archivo Pasivo

Alcance

Este procedimiento está dirigido al Personal del Departamento del área de Control y Logística Archivo Pasivo

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

CÓDIGO: DAM 15- Depuración de Historias Clínicas

CÓDIGO: DAM 16- Registro de Historias Depuradas

ANEXO 2, punto 5 - Procedimientos para ingresar Historias clínicas depuradas

Descripción

Personal del área de Control y Logística Archivo Pasivo:

1. Examina las historias en el archivo activo para identificar las de pacientes que no se han vuelto a atender en el hospital en diez años y se preseleccionan para ser depuradas y enviarlas archivo pasivo.
2. Examina el archivo una vez por año.
3. Manda las historias al archivo pasivo sin dejar ning ún tarjetón de reemplazo en su lugar.
4. Si se retira una historia clínica del archivo pasivo para estudios o investigaciones, se devuelve al archivo pasivo.
5. Si se retira una historia del archivo pasivo para la atención del paciente, cuando regresa incorporar al archivo activo.
6. Al momento de pasar un HC de Archivo Pasivo a Archivo Activo, coloca en una carpeta, colocar el N° de HC, y en la contratapa, detallar:
   Historia Clínica N° 890628 CACC, Cáceres, Cecilia Mariné fue depurada según Resolución 1496/84 (Anexo 4), pasa al archivo Activo el día de la fecha.

CONTENIDO

Objeto

Depurar las HC (seleccionar las historias de más de 10 años de su última internación)

Alcance

Este procedimiento está dirigido al :

- Personal del Departamento de Archivo Médico
- Personal del Área de Control y Logística Archivo Pasivo

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

CÓDIGO: DAM 15- Historias Clínicas Depuradas y Defunciones

CÓDIGO: DAM 16- Registro de Historias Clínicas Depuradas

ANEXO 2: punto 5- " Procedimientos para ingresar Historias Clínicas depuradas"

Anexo 4: Resolución 1496/84

Departamento de Archivo Médico	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		
	APROBADO: Señor X	**FECHA EFECTIVA:** 19/06/2018	**REVISIÓN: 0**
		CÓDIGO: DAM 15	**PÁGINA 2 de 3**
TÍTULO: Depuración de Historias Clínicas			

Descripción

Personal del Área de Control y Logística Archivo Pasivo:

1. Si la última internación fue hace 10 años , al momento de hacer la selección de la HC se aparta la historia para ser depurada.
2. Si la última internación es menor a 10 años, anota el año de la última internación en la tapa de la HC , debajo de la HC y regresa la historia al estante.
3. Revisa cada historia destinada a ser depurada .
4. Empieza depurando por dígito con los meses completos para mantener el orden

Ejemplo, digito 00, HC. 000101 al 001231 (desde el 1° de Enero al 31 de Diciembre año 1900 ó 2000) última internaciones de estas HC son del 2007

5. Deja por cada internación del paciente de la HC:
    1. Hoja de Identificación
    2. Epicrisis
    3. Consentimiento informado
    4. Protocolo
    5. Pre-quirúrgico
6. Comprueba que la historia reúne los criterios de depuración.
7. La carpeta de cartulina se recicla para una nueva tapa de HC de 1° vez
8. Marca con resaltador fluo el N° de HC y Apellido y Nombre del paciente y se abrocha.

9. Una vez finalizado la depuración del dígito, pone una faja de papel, y detalla Dígito "X", meses 01 al 12 depurada 2007, y la fecha que se procedió a depurar
10. Coloca en cajas con rótulos iguales al de la faja de papel.
11. Guarda las cajas arriba de las góndolas metálicas , según el orden del Archivo Activo.

CONTENIDO

Objeto

Contar con un registro , para búsquedas futuras de las HC

Alcance

Este procedimiento está dirigido al Personal del área de Recepción Archivo Pasivo

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

ANEXO 2, punto 5- Procedimientos para ingresar HC depuradas
CÓDIGO: DAM 14-. Traslado de Historia al archivo pasivo.
CÓDIGO: DAM 15- Depuración de Historias Clínicas

Descripción

Personal del área de Recepción Archivo Pasivo:

1. Baja las cajas de historias clínicas la digitos completos del año calendario
2. Registra en el S.I.H.C. ANEXO 2, punto 5- Procedimientos para ingresar historias clínicas depuradas
3. Registra una por una las historias clínicas
4. Registra
    1. Escanea la etiqueta de código de barra y controlar Número de HC.
    2. Apellido y nombre COMPLETO
    3. Si es un recién nacido y en la hoja de hospitalización figura el padre registrar, (1) apellido del padre, (2) apellido de la madre.
    4. Si los recién nacidos son Gemelos o Mellizos, según corresponda a cada HC, G1 ó M1 (gemelar 1 ó mellizo 1) y G2 ó M2 (gemelar 2 ó mellizo 2)
    5. Última internación que figure en la Epicrisis
5. Imprime la lista y le entrega a otro agente para su control con historias clínicas y lista en mano .
6. Si es correcto se guardan las HC en caja y la lista impresa en un bibliorato de HC Depuradas
7. Si existe algún error, se corrige en el S.I.H.C. y después si se guarda

CONTENIDO

Objeto

Obtener un registro y control de las HC solicitadas para Expedientes, tengan o no HC

Alcance

Este procedimiento está dirigido al:

- Personal Direccion de Estadisticas y Archivo Médico
- Personal del área de Investigaciones Archivo Activo/Pasivo

Desde el momento que se solicita el expediente por de Mesa de Entrada Secretaría de la Dirección de Estadìstica hasta la contestación del mismo por el Departamento de Archivo Médico.

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

CÓDIGO: DAM 17- Entrega de información de historias clínicas a terceros.

ANEXO 2, punto 4: “Procedimientos para ingresar HC solicitadas por Expedientes”

Descripción

El paciente, familiar o abogado :

1. Solicita la fotocopia de la historia clínica de internación y debe dirigirse al 1º subsuelo de esta Institución, Mesa de Entradas, y llenar un formulario , para así iniciar un expedientes vía CUDAP. (*Ver figura N° 13*)
2. El expediente de la solicitud de la historia clínica es remitido en la Dirección de Estadística y Archivo Medico.

Secretaria de la Dirección de Estadísticas y Archivo Médico:

3. Administra los expedientes, para luego solicitar las historias clínicas mediante un cuaderno donde está escrito la fecha que se solicita y los N° de Expedientes al Archivo , para su correspondiente proceso.

Personal del área de Investigaciones Archivo Activo/Pasivo:

4. Busca por S.I.H.C. según los datos que otorguen , ver si la HC solicitada tiene internación o no.
5. Si tiene HC, se carga los datos en el S.I.H.C. Anexo 2, punto 4 “Expedientes”
    1. Fecha que se envía la historia clínica
    2. N° de HC de internación
    3. N° de Expediente
    4. Detallar si es una Defunción o Depurada si así lo fuese
    5. Y detallar : A Dirección de Estadística

6. Si la solicitud de historia clínica no contiene internación se hace una nota, que ya está el modelo y se detalla

Ejemplo:

A Dir. DE y AM:

Paciente:_____

Me dirijo a Ud., para informarle que la Historia Clínica de la paciente arriba solicitada no tiene internación en esta Institución.

7. Se cargan los datos en el S.I.H.C. Anexo 2, punto 4 “Expedientes”
    1. Fecha que se envía la historia clínica
    2. N° de HC de internación
    3. N° de Expediente
    4. Detallar si es una Defunción o Depurada si así lo fuese
    1. Y detallar : Sin Historia Clínica
8. Si la historia clínica contiene internación de 1° vez y se encuentra adeudada se hace una nota , que ya está el modelo y se detalla

Ejemplo:

A Dir. DE yAM:

Paciente:_____

N° HC:

Me dirijo a Ud., para informarle que la Historia Clínica de la paciente arriba solicitada se encuentra adeudada por el servicio XXX desde X fecha. 1era. Internación en esta Institución.Reclamada en el día de la fecha.

9. Carga los datos en el S.I.H.C. Anexo 2, punto 4 “Expedientes”
    1. Fecha que se envía la historia clínica
    2. N° de historia clínica de internación
    3. N° de Expediente
    4. Detallar si es una Defunción si así lo fuese
    2. Y detallar : Adeudada Servicio XXX 1° VEZ.
10. Si la historia clínica contiene internación y se encuentra adeudada se hace una nota , que ya está el modelo y se detalla

Ejemplo:

A Dir. DE yAM:

*Paciente:*_____

N° HC:

Me dirijo a Ud., para informarle que la Historia Clínica de la paciente arriba solicitada se encuentra adeudada por el servicio XXX desde X fecha. Se adjunta fotocopia del tarjetón de reemplazo. Reclamada en el día de la fecha.

11. Carga los datos en el S.I.H.C. Anexo 2, punto 4 “Expedientes”
    1. Fecha que se envía la historia clínica
    2. N° de historia clínica de internación
    3. N° de Expediente
    4. Detallar si es una Defunción si así lo fuese
    3. Y detallar : HC adeudada Servicio XXX

12. Luego de Cargar los datos, a las historia clínica encontradas en el Archivo se anota en el libro de acta “Salidas Generales” y tarjetón de reemplazo, con destino, Dirección de Estadística y Archivo Médico.

Secretaria de la Dirección de Estadísticas y Archivo Médico:

13. La secretaria de la Dirección se encarga de entregar el informe a la persona solicitante, previa presentación del comprobante que se le otorgó.

CONTENIDO

Objeto

Otorgar la historia clínica para su secuestro Judicial.

Alcance

Este procedimiento está dirigido al Personal del Departamento del área de Investigaciones Archivo Activo/Pasivo, desde el momento que se solicita el secuestro judicial de la historia clínica hasta la entrega de la misma.

Responsables

Los responsables de cada tarea del procedimiento forman parte de la Descripción.

Documentos relacionados

CÓDIGO: DAM 17- Expedientes, Entrega de información de HC a terceros
CÓDIGO: DAM 18- Implicancias legales de la Historia Clínica.

ANEXO 2, punto 4 “Expedientes”

Descripción

Agente de la comisaría o un oficial de justicia:

1. Solicita el secuestro de la Historia Clínica de un paciente por parte de un Juez o fiscal con la orden pertinente solicitando el secuestro de la misma.

Personal del área de Investigaciones Archivo Activo/Pasivo:

2. Provee la Historia Clínica requerida y la entrega a la Dirección de Estadísticas

Secretaria de la Dirección de Estadísticas y Archivo Médico:

3. Folia la historia clínica para su fotocopia. Entregando el original al agente de la comisaría o un oficial de justicia y quedando la fotocopia de la Historia Clínica en poder del archivo

Personal del área de Investigaciones Archivo Activo/Pasivo:

4. La fotocopia de la historia clínica queda custodiada bajo llave. (Armario de secuestros de HC bajo llave).

5. En una cartulina colocar Nº de historia clínica y código (Ej.: 890628 CAC-C) e indicar fecha del día del secuestro y escribir - *guardado en el armario-*

Secretaria de la Dirección de Estadísticas y Archivo Médico:

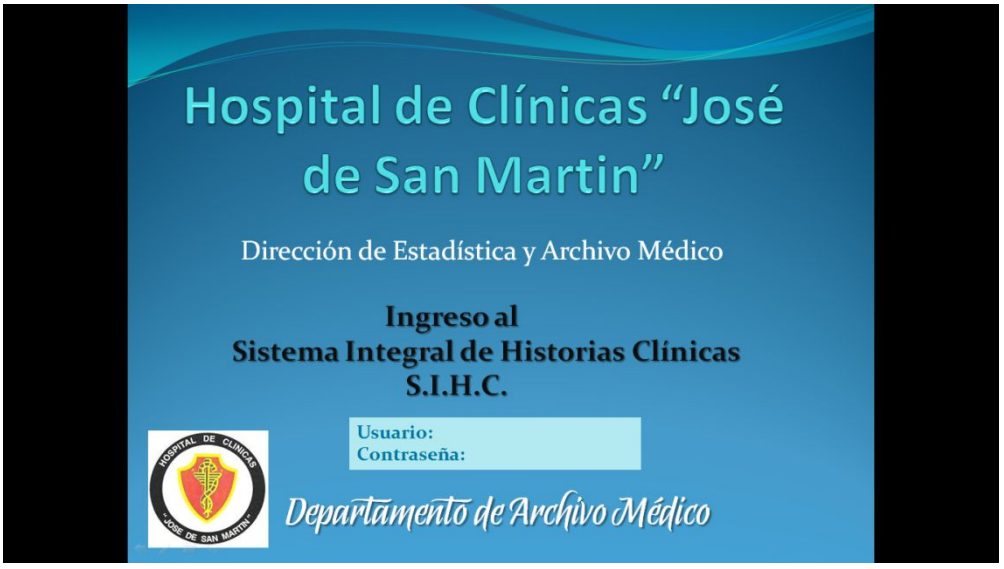
6. Las disposiciones legales vigentes para la entrega de la Historia Clínica se realiza luego de completar el acta relatando los hechos para lo cual se solicitan dos testigos que, por lo general, es personal de estadística, pero que pueden ser personas que se encuentren en la vía pública, y la Directora de Estadísticas, los cuales avalan dicho acto con Su firma.
7. Coloca la historia original en el sobre y a la vista de los presentes se cierra, y se coloca la firma cruzada en la solapa del sobre cerrado concluyendo así el secuestro de la misma.
8. La secretaria de la Direccion de Estadisticas, proveerá al Departamento de Archivo Médico el N° de Expediente para ingresarlo al S.I.H.C.

ANEXO 2

Manual de Procedimientos para el Ingreso al Sistema Integral de Historias Clínicas

1- Procedimientos para ingresar al Sistema Integral de Historias Clínicas

1- Ingresar con Usuario y Contraseña pertinente y dar Enter en el teclado

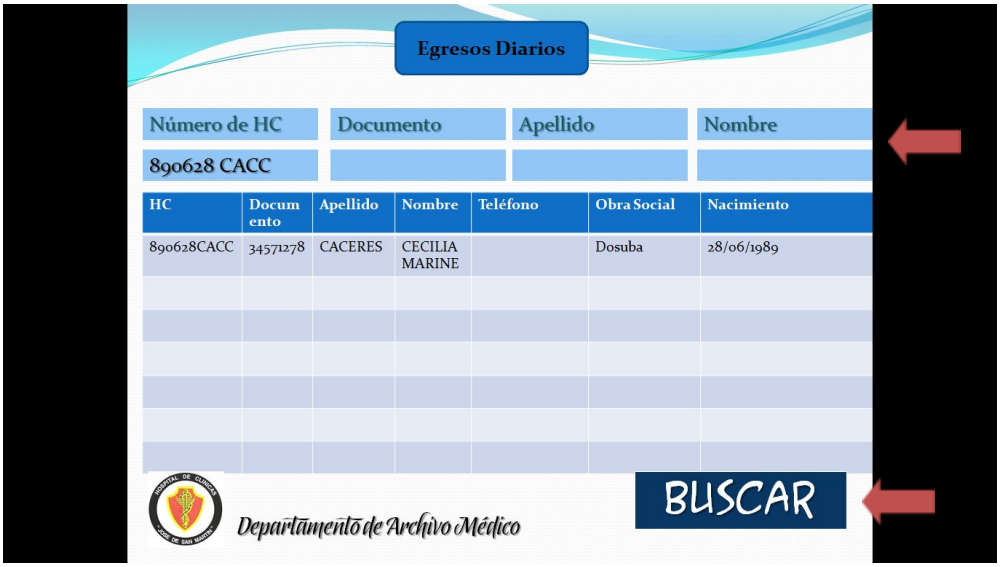


2- Procedimientos para Egresos Hospitalarios:

1- Seleccionar la carpeta de Egresos Diarios

2- Colocar datos de la HC, N° de HC o Documento o Apellido y Nombre , seleccionar BUSCAR

3- Seleccionar el paciente solicitado con un clik



Una vez dentro de la HC del paciente

4- Seleccionar CARGAR EGRESOS con un click para habilitar la pantalla para cargar los datos
5- Ingresar los campos solicitados según los datos de la HC
6- Finalizado apretar OK con un click para guardar los datos ingresados
7- Apretar ESC en el teclado para salir de la pantalla hasta el inicio

3- Procedimientos para Salidas de Historias Clínicas de todos los servicios dentro de la Institución.

1- Seleccionar Salidas de HC con un click

2- Cargar los datos solicitados para iniciar la búsqueda
3- Seleccionar BUSCAR con un click
4- Seleccionar el paciente requerido con un clik

5- Seleccionar CARGAR SALIDA DE HC con un click

6- Completar los campos solicitados

7- Seleccionar OK con un click para guardar los datos ingresados

8- El Sistema volverá a la pantalla de Salidas de HC del paciente para corroborar los datos ingresados.

9- Apretar ESC en el teclado para salir de la pantalla hasta el inicio

4- Procedimientos para ingresar Expedientes

1- Seleccionar la carpeta de Expedientes con un click

2- Seleccionar CARGAR EXPEDIENTES con un click para habilitar la pantalla
3- Proceder a cargar los campos solicitados
4- Finalizado seleccionar OK con un click para guardar los datos ingresados

5- Apretar ESC en el teclado para salir de la pantalla hasta el inicio

5- Procedimientos para ingresar HC depuradas

1- Seleccionar la carpeta de Depuradas con un click

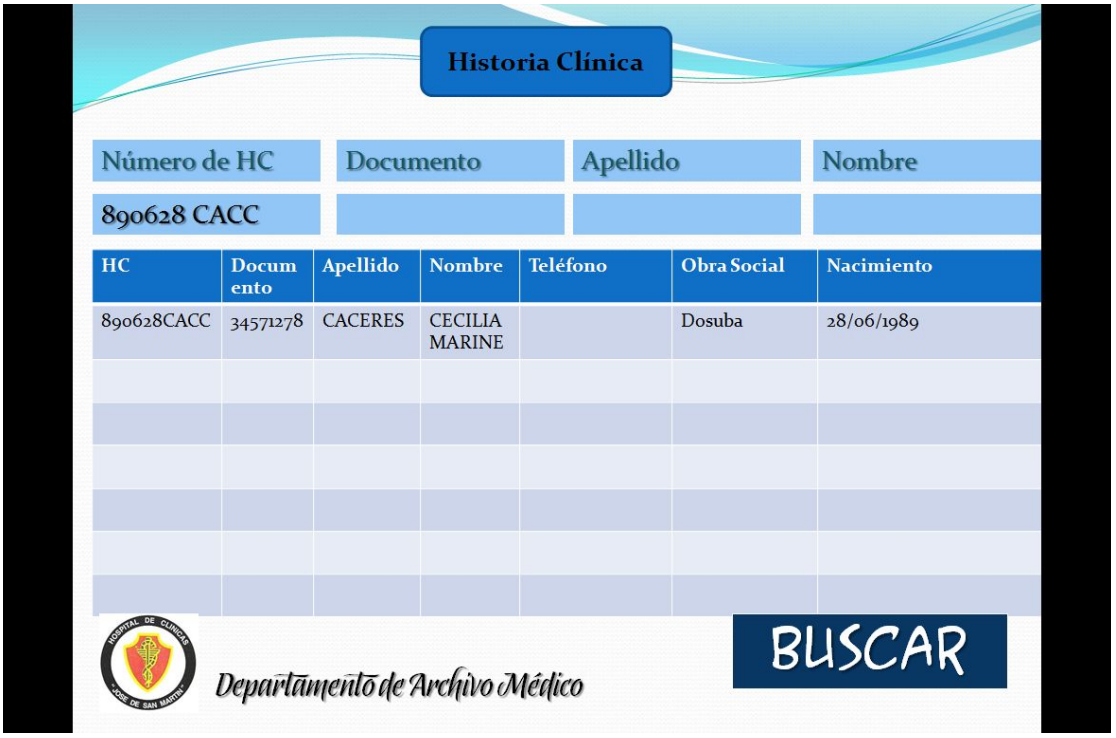
2- Seleccionar CARGAR DEPURADAS con un click para habilitar la pantalla
3- Cargar los campos solicitados
4- Finalizado seleccionar OK con un click para guardar los cambios ingresados

5- Apretar ESC en el teclado para salir de la pantalla hasta el inicio

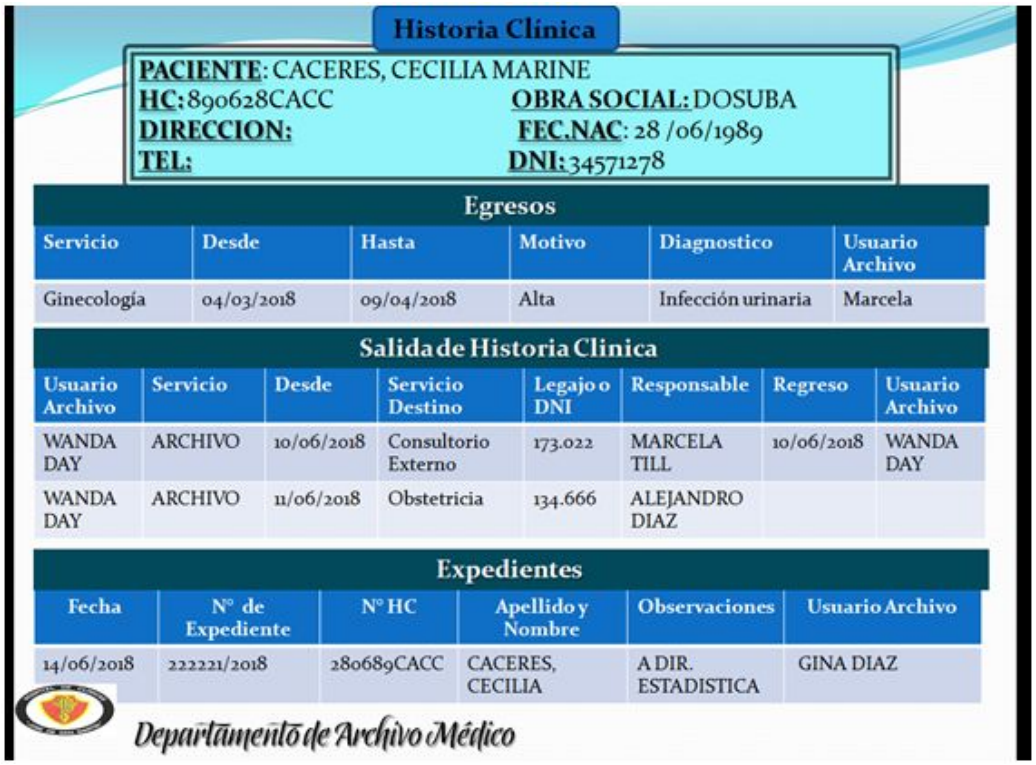
6- Procedimientos para ingresar a la Historia Clínica del paciente con todos sus movimientos

1- Ingresar a la carpeta de HISTORIA CLÍNICA con un click

2- Ingresar los datos solicitados en los campos
3- Seleccionar BUSCAR con un click
4- Cuando figure el paciente requerido, selecciónelo con un click para ingresar a la Historia del Paciente



En la pantalla, figura todos los movimientos de la HC del paciente.



5- Apretar ESC en el teclado para salir de la pantalla hasta el inicio

7- Procedimientos para buscar ESTADÍSTICAS de

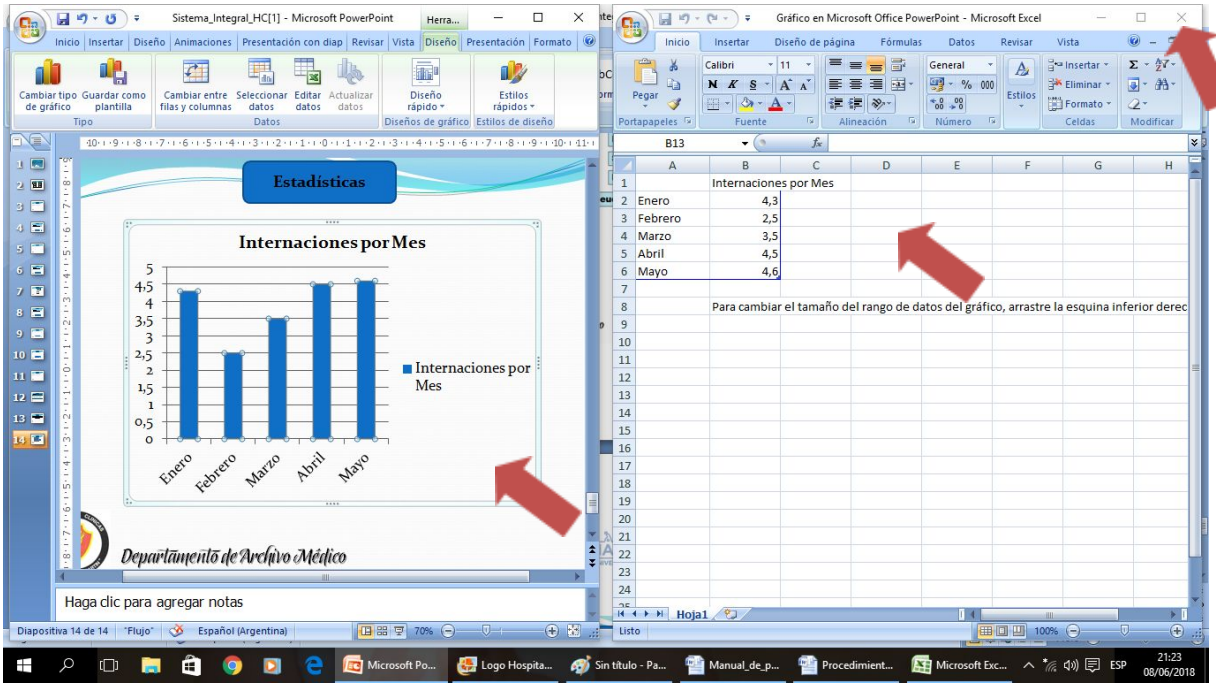
- ✓ Internaciones por mes
- ✓ Internaciones por Servicios
- ✓ Internaciones por Egresos Hospitalarios (Alta- Fuga- Defunción)
- ✓ Historias Clínicas Depuradas
- ✓ Salidas de las Historias Clínicas por Servicios
- ✓ Expedientes solicitados al Archivo Médico
- ✓ Historias Clínicas Entregadas y Adeudadas

1- Seleccionar la carpeta de ESTADÍSTICAS con un click

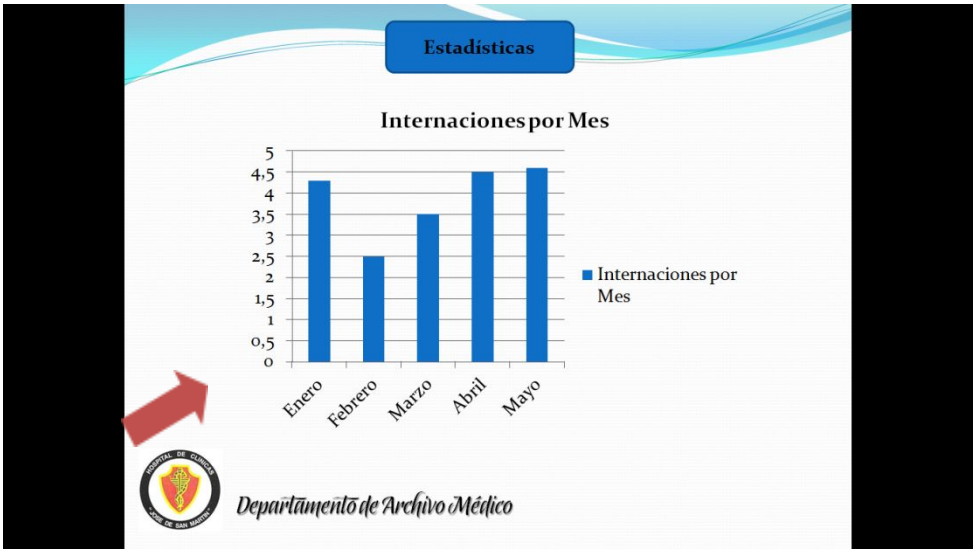
2- Seleccionar la Estadística solicitada con un click

3- El sistema lo derivara a una planilla de Excel para ingresar los campos requerido y automáticamente se conformará un gráfico de barra

4- Para cerrar la planilla de Excel seleccionar con un click la cruz superior del lado derecho y se cerrará.



5- La estadística está en condiciones de imprimir

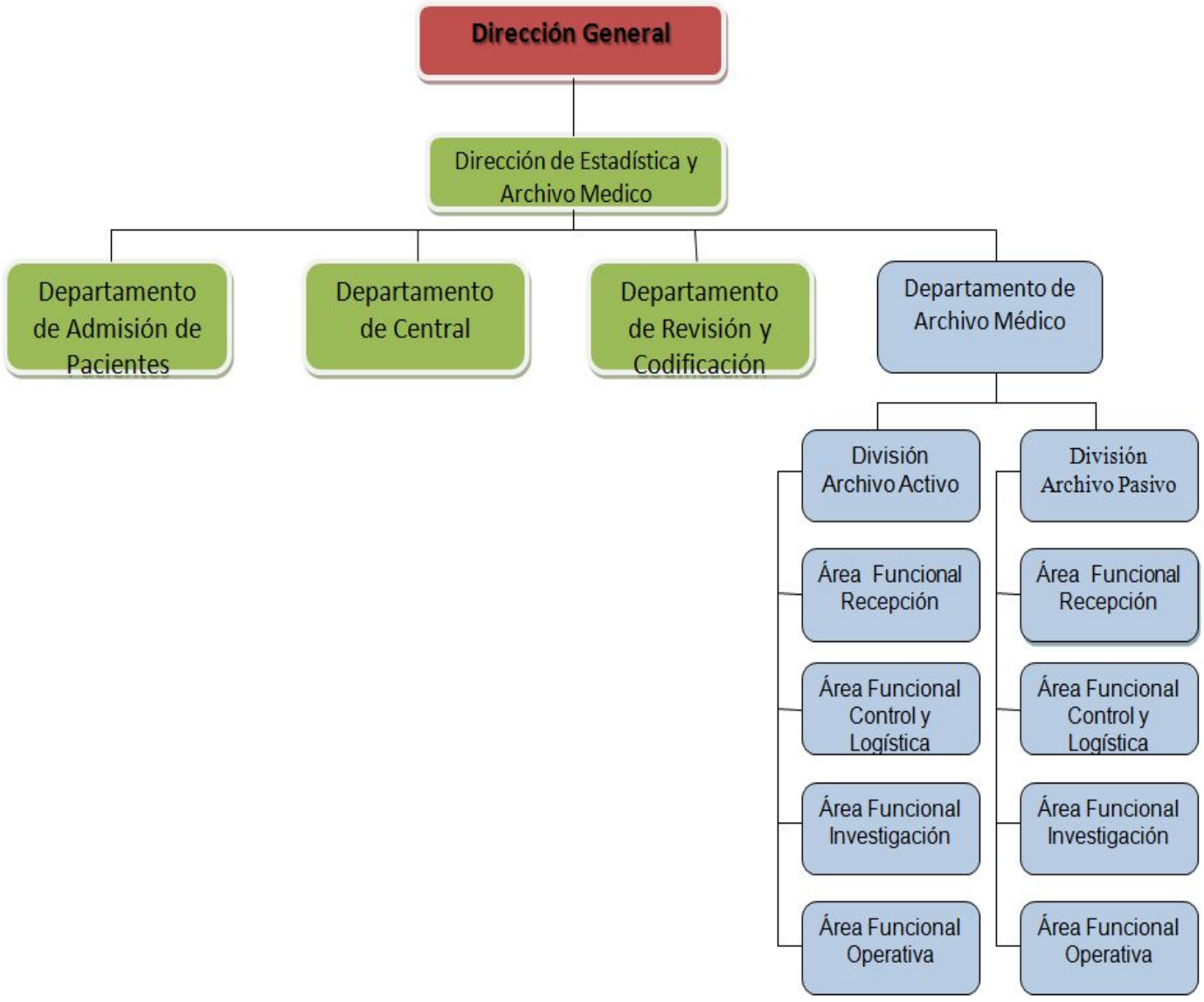


6- Apretar ESC del teclado Apretar ESC en el teclado para salir de la pantalla hasta el inicio

ANEXO 3:

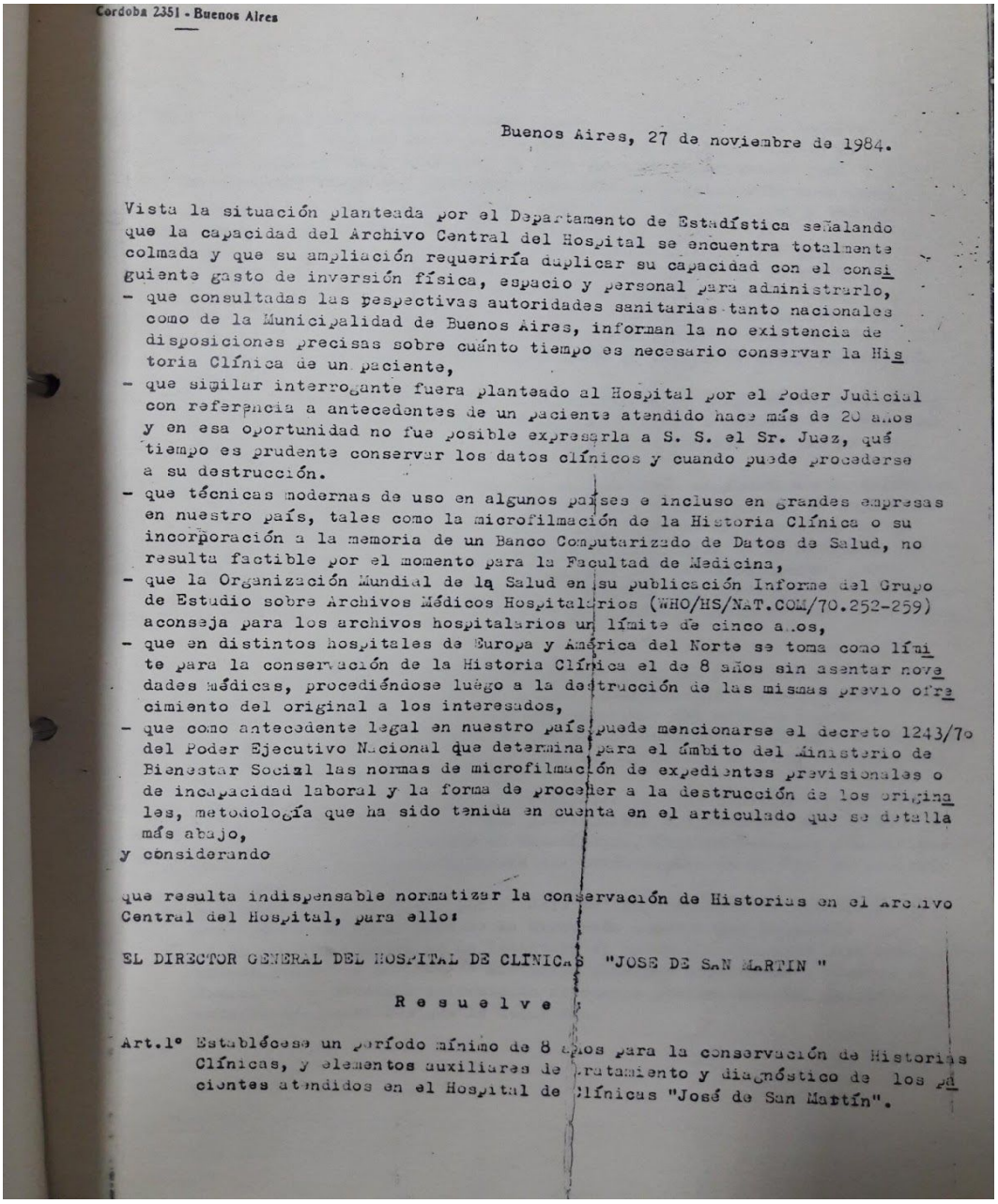
Organigrama Propuesto:

Se detalla en celeste el organigrama propuesto



Anexo 4:

Resolución de Depuración 1496/84



Cordoba 2351 - Buenos Aires

Buenos Aires, 27 de noviembre de 1984.

Vista la situación planteada por el Departamento de Estadística señalando que la capacidad del Archivo Central del Hospital se encuentra totalmente colmada y que su ampliación requeriría duplicar su capacidad con el consiguiente gasto de inversión física, espacio y personal para administrarlo,

- que consultadas las pespectivas autoridades sanitarias tanto nacionales como de la Municipalidad de Buenos Aires, informan la no existencia de disposiciones precisas sobre cuánto tiempo es necesario conservar la Historia Clínica de un paciente,
- que sigilar interrogante fuera planteado al Hospital por el Poder Judicial con referencia a antecedentes de un paciente atendido hace más de 20 años y en esa oportunidad no fue posible expresarla a S. S. el Sr. Juez, qué tiempo es prudente conservar los datos clínicos y cuando puede procederse a su destrucción.
- que técnicas modernas de uso en algunos países e incluso en grandes empresas en nuestro país, tales como la microfilmación de la Historia Clínica o su incorporación a la memoria de un Banco Computarizado de Datos de Salud, no resulta factible por el momento para la Facultad de Medicina,
- que la Organización Mundial de la Salud en su publicación Informe del Grupo de Estudio sobre Archivos Médicos Hospitalarios (WHO/HS/NAT.COM/70.252-259) aconseja para los archivos hospitalarios un límite de cinco años,
- que en distintos hospitales de Europa y América del Norte se toma como límite para la conservación de la Historia Clínica el de 8 años sin asentar novedades médicas, procediéndose luégo a la destrucción de las mismas previo ofrecimiento del original a los interesados,
- que como antecedente legal en nuestro país puede mencionarse el decreto 1243/7o del Poder Ejecutivo Nacional que determina para el ámbito del Ministerio de Bienestar Social las normas de microfilmación de expedientes previsionales o de incapacidad laboral y la forma de proceder a la destrucción de los originales, metodología que ha sido tenida en cuenta en el articulado que se detalla más abajo,

y considerando

que resulta indispensable normatizar la conservación de Historias en el Archivo Central del Hospital, para ello:

EL DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTIN "

R e s u e l v e :

Art.1º Establécese un período mínimo de 8 años para la conservación de Historias Clínicas, y elementos auxiliares de tratamiento y diagnóstico de los pacientes atendidos en el Hospital de Clínicas "José de San Martín".

///

Art. 2° La conservación de dicha documentación se realizará en el Archivo Central del Hospital bajo la responsabilidad del Departamento de Estadística y Archivo Médico. El Jefe de este Departamento será responsable técnico y administrativo ante la Dirección de este Hospital, del buen uso, conservación, privacidad, actualización y recuperación de la información médica contenida en el archivo.

Art. 3° Cuando por razones de espacio o por la mecánica operativa propia de algunas especialidades, parte de la información médica ya sea bajo la forma de dichas clínicas, informes de análisis, placas radiográficas, etc., no sea archivada en el ámbito central, la responsabilidad técnica y administrativa de su conservación estará a cargo de los respectivos Jefes de los Servicios donde se resguarde dicha información médica.

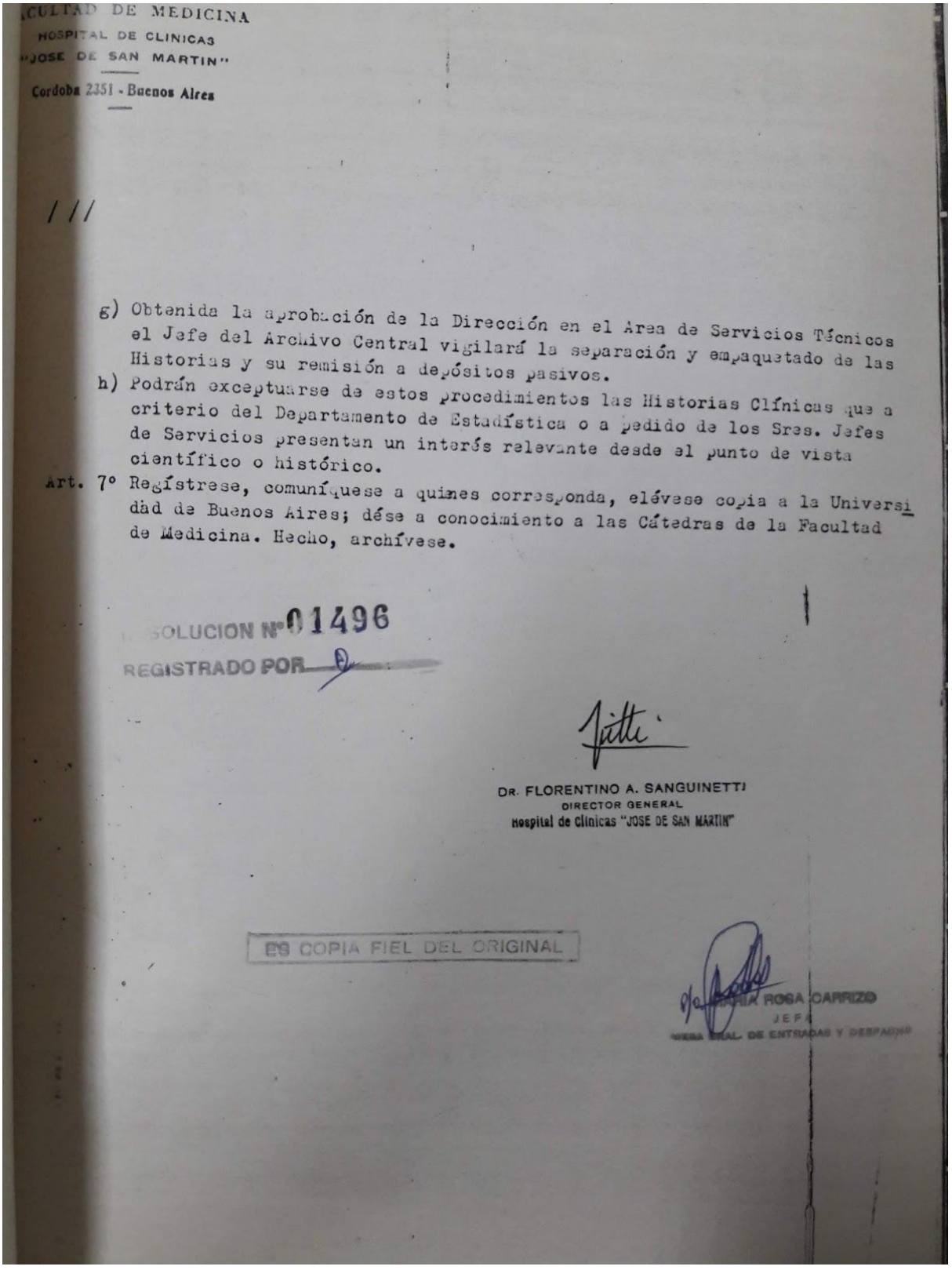
Art. 4° Las historias clínicas y elementos auxiliares de diagnóstico pertenecientes a pacientes que por más de 8 años no vuelvan a concurrir al Hospital podrán ser destruídas o separadas del Archivo Central por razones de economía, higiene y espacio.

Art. 5° En una primera etapa las Historias se guardarán empaquetadas en depósitos pasivos del establecimiento. Si a criterio de la Dirección la capacidad de éstos estuviera colmada se autorizará la ulterior incineración. La eventual destrucción de la documentación mencionada en el artículo precedente, será realizada en el incinerador del establecimiento, previo cumplimiento en cualquier caso de la mecánica operativa que se establece.

Art. 6° La mecánica operativa a los efectos del artículo anterior será la siguiente:

a) El Jefe del Archivo Central revisará los archivos y seleccionará las Historias Clínicas, con más de 8 años de antiguedad y sin actualizaciones médicas en ese lapso que puedan ser separadas del archivo activo.
b) Se labrarán actas periódicas en las que se consignarán números de Historias Clínicas a separar y se resguardarán las epicrisis de cada pacientes así como su ficha de identificación.
c) Constatación de que los datos principales de esas historias hayan sido volcados al fichero central por patologías y operaciones quirúrgicas que cuenta el Departamento de Estadística, área de Revisión y Codificación.
d) Comunicar las Historias Clínicas que serán separadas al área de Admisión y Egresos.
e) Las actas serán firmadas por el Jefe del Departamento de Estadística y sometidas a la aprobación de la Dirección General del Hospital.
f) En el Archivo Central se implementará el mecanismo adecuado para mantener actualizadas las nóminas de Historias Clínicas eliminadas a efectos de facilitar la eventual información al cuerpo profesional del hospital o autoridades judiciales que lo requieran.

///



FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL DE CLINICAS
"JOSE DE SAN MARTIN"
Cordoba 2351 - Buenos Aires

///

g) Obtenida la aprobación de la Dirección en el Area de Servicios Técnicos el Jefe del Archivo Central vigilará la separación y empaquetado de las Historias y su remisión a depósitos pasivos.

h) Podrán exceptuarse de estos procedimientos las Historias Clínicas que a criterio del Departamento de Estadística o a pedido de los Sres. Jefes de Servicios presentan un interés relevante desde el punto de vista científico o histórico.

Art. 7° Regístrese, comuníquese a quines corresponda, elévese copia a la Universidad de Buenos Aires; dése a conocimiento a las Cátedras de la Facultad de Medicina. Hecho, archívese.

RESOLUCION N° 01496
REGISTRADO POR

Dr. FLORENTINO A. SANGUINETTI
DIRECTOR GENERAL
Hospital de Clínicas "JOSE DE SAN MARTIN"

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

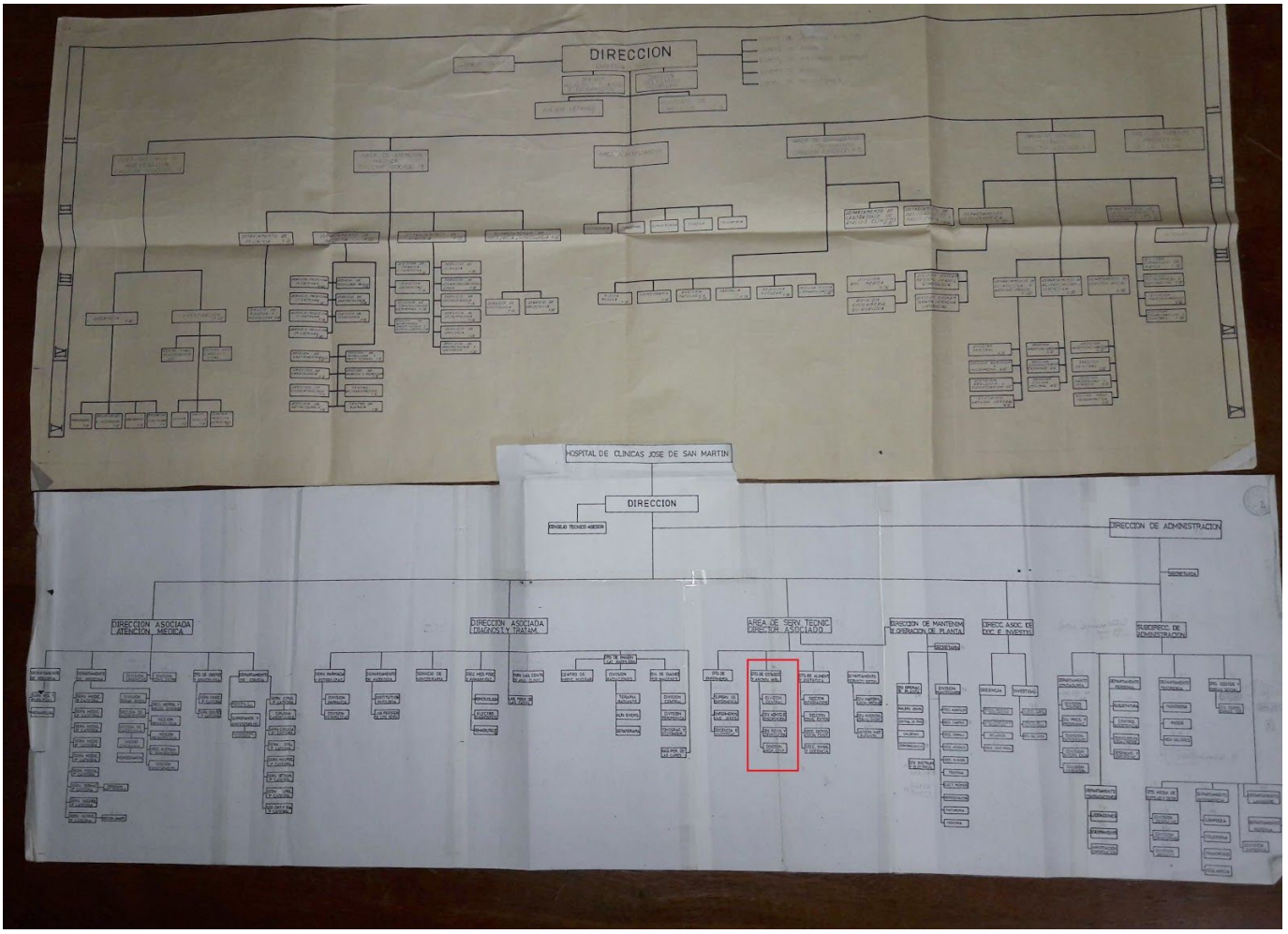
ROSA CARRIZO
JEFE
MESA GRAL. DE ENTRADAS Y DESPACHO

Anexo 5-

Organigrama 1970/1982

Se detalla en rojo lo que en su momento funcionaba como Departamento de Estadística y Archivo Central. Hoy Direccion de Estadistica y Archivo Médico

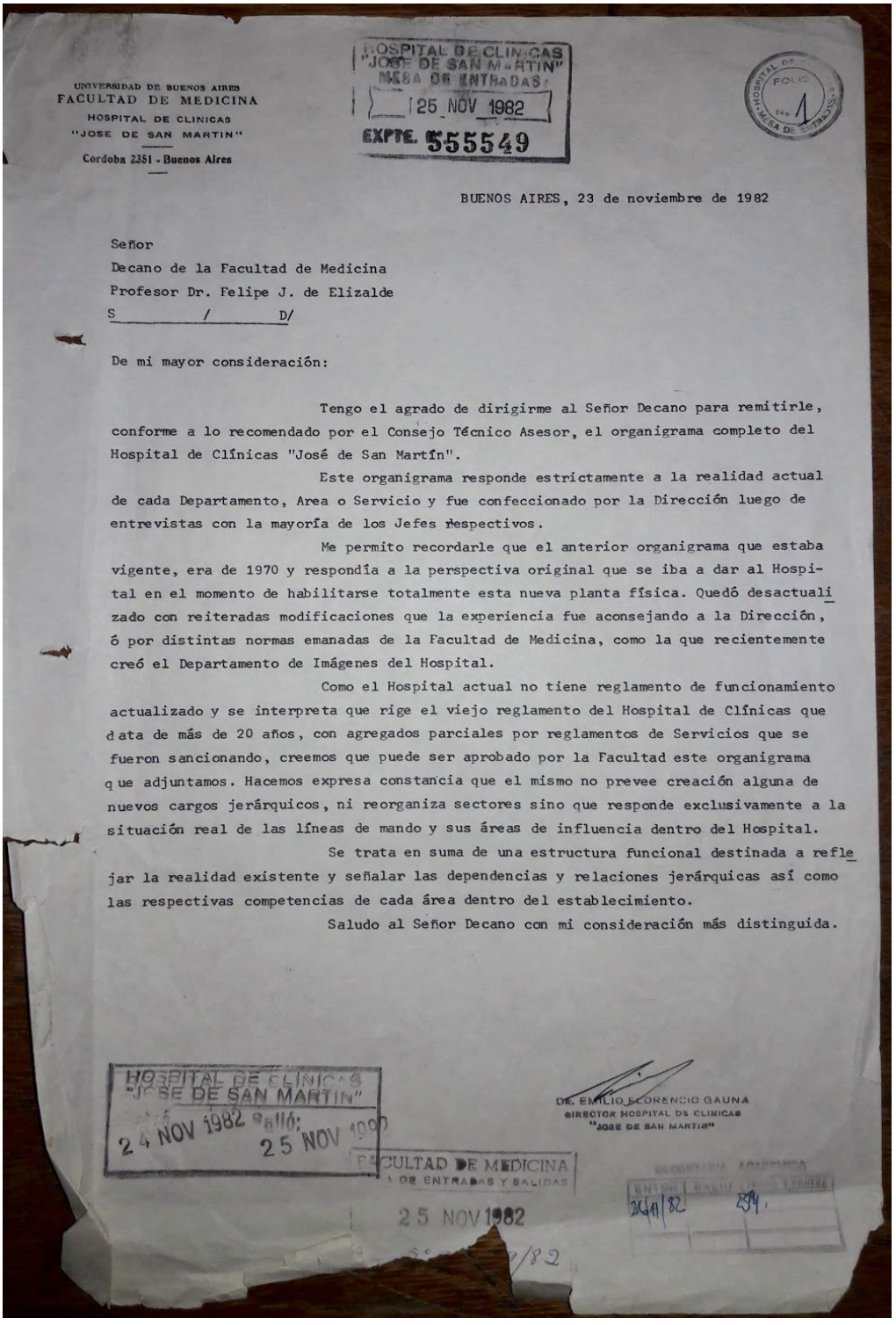
Fuente: Información otorgada por la Sra. Carrizo, Norma- Jefa del Departamento de Revisión y Codificación.



Anexo 6

Resolución 1982- Organigrama

Fuente: Información otorgada por la Sra. Carrizo, Norma- Jefa del Departamento de Revisión y Codificación.



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL DE CLINICAS
"JOSE DE SAN MARTIN"
Cordoba 2351 - Buenos Aires

HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTIN" MESA DE ENTRADAS
25 NOV 1982
EXPTE. 555549

BUENOS AIRES, 23 de noviembre de 1982

Señor
Decano de la Facultad de Medicina
Profesor Dr. Felipe J. de Elizalde
S / D/

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme al Señor Decano para remitirle, conforme a lo recomendado por el Consejo Técnico Asesor, el organigrama completo del Hospital de Clínicas "José de San Martín".

Este organigrama responde estrictamente a la realidad actual de cada Departamento, Area o Servicio y fue confeccionado por la Dirección luego de entrevistas con la mayoría de los Jefes respectivos.

Me permito recordarle que el anterior organigrama que estaba vigente, era de 1970 y respondía a la perspectiva original que se iba a dar al Hospital en el momento de habilitarse totalmente esta nueva planta física. Quedó desactualizado con reiteradas modificaciones que la experiencia fue aconsejando a la Dirección, ó por distintas normas emanadas de la Facultad de Medicina, como la que recientemente creó el Departamento de Imágenes del Hospital.

Como el Hospital actual no tiene reglamento de funcionamiento actualizado y se interpreta que rige el viejo reglamento del Hospital de Clínicas que data de más de 20 años, con agregados parciales por reglamentos de Servicios que se fueron sancionando, creemos que puede ser aprobado por la Facultad este organigrama que adjuntamos. Hacemos expresa constancia que el mismo no prevee creación alguna de nuevos cargos jerárquicos, ni reorganiza sectores sino que responde exclusivamente a la situación real de las líneas de mando y sus áreas de influencia dentro del Hospital.

Se trata en suma de una estructura funcional destinada a reflejar la realidad existente y señalar las dependencias y relaciones jerárquicas así como las respectivas competencias de cada área dentro del establecimiento.

Saludo al Señor Decano con mi consideración más distinguida.

HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTIN" 24 NOV 1982 Salió: 25 NOV 1982

DR. EMILIO FLORENCIO GAUNA
DIRECTOR HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTIN"

FACULTAD DE MEDICINA
DE ENTRADAS Y SALIDAS
25 NOV 1982

8- Bibliografía

- Depurar: según resolución N°536/1999 Procedimientos de Depuración de Historias Clínicas Art.7

- Decreto 366/2006 Convenio Colectivo de Trabajo para el Sector No Docente de las Instituciones Universitarias Nacionales.

- Frischknecht, Federico. “Empresas pequeñas, medianas y grandes” .Editorial Docencia. 1996.

- Maesschalck, Victor, Julio 1996 “¿De qué hablamos cuando hablamos?”

- Maesschalck, Victor, Buenos Aires. Septiembre 2003. “Taylor y el Diseño de Procedimientos Eficientes. (la vigencia de Frederick Winslow Taylor, 1856-1915)”

- Resolución 1496/84.Hospital de Clínicas

- Resolución (CS) 3088/92. Red de Hospitales Universitarios

- Schaefer, Morris. Designing and Implementing Procedures for Health and Human Services. Sage Human Services Cuides, Volume 39. Beverly Hills: Sage Publications, 1985.

- Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios, Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud, 1990

- El departamento de Registros Médicos, Guía para su Organización ,Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares N° 19 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.1990