

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA

NTS 139-2018/MINSA/DGAIN “NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS”

RM 214-2018/MINSA
RM 265-2018/MINSA



MAG. TERESMILA AGUILAR HONORIO

I.-ASPECTOS GENERALES

I.1 ANTECEDENTES

AÑO Y FECHA	RESOLUCIÓN MINISTERIAL
2008-02 de octubre	RM 686-2008/MINSA, <u>modifica el art. 1</u> y algunos numerales de la RM 776-2004/MINSA e <u>incorporar texto a los formatos de consentimiento informado y retiro voluntario</u> de la NT N°022-2007/MINSA/DGSP.V.02
2008-10 de octubre	RM 732-2008/MINSA, dispone la publicación del proyecto de Norma técnica N°022-2007/MINSA/DGSP.V.03

AÑO Y FECHA	RESOLUCION MINISTERIAL
2015-30 de Marzo	RM 204-2015/MINSA: Art 1 deja sin efecto el anexo 1 Ficha Familiar de la NT N°022-2007/MINSA/DGSP.V.02, y en su art 2 aprueba la nueva Ficha Familiar .
2016-09 de Febrero	RM 078-2016/MINSA, incorpora a la NTN°022-2007/MINSA/DGSP.V.02, el anexo 6) <u>instructivo para el llenado del consentimiento informado para las actividades de docencia</u> durante la atención de salud.

AÑO Y FECHA	RESOLUCION MINISTERIAL
2018 -13 de Marzo	RM 214-2018/MINSA- APRUEBA NTS 139- 2018/MINSA/DGAIN GESTION DE LA HISTORIA CLINICA EN SALUD.
2018-2 8 de Marzo	RM 265-2018/MINSA -APRUEBA LA <u>MODIFICACION</u> DE LA DEFINICION OPERATIVA <u>ACTO DE SALUD</u> E INCORPORA EL NUMERAL 7.4 DE DISPOSICIONES FINALES



Resolución Ministerial

Lima, 13 de ~~Marzo~~ del 2018.



A. SALINAS



R. ESPINO

Visto, el Expediente N° 17-075782-002, que contiene la Nota Informativa N° 264-2017-DGAIN/MINSA y el Informe N° 094-2017-DIPOS-DGAIN/MINSA, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



D. HIDALGO



C. VIRU

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional;

Que, mediante el Informe N° 043-2018-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, el Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaría General y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Derogar la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" y sus modificatorias aprobadas por Resoluciones Ministeriales N°s 204-2015/MINSA y la Resolución Ministerial N° 078-2016/MINSA.



D. HIDALGO Ministerio de Salud.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del



C. VIRU

Lima, 13 de ~~Marzo~~ del 2018.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

ABEL HERNÁN JORGE SALINAS RIVAS
Ministro de Salud



I.3 FINALIDAD



Contribuir a mejorar la calidad de atención de los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de historias clínicas, así como a proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de la salud y de las entidades prestadoras de los servicios de salud

I.4 OBJETIVOS DEL DOCUMENTO



Establecer los procedimientos, técnicos y administrativos para el manejo, conservación y eliminación de las historias clínicas en las instituciones prestadoras de los servicios de salud. (IPRESS)



Establecer el manejo estandarizado del **contenido básico** que debe ser registrado en la historia clínica, en relación al conjunto de prestaciones que se oferta y recibe el usuario de salud, respetando los aspectos legales y administrativos del proceso de atención en salud.

I.5 AMBITO DE APLICACIÓN

Es de aplicación en todos los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos del sector salud y según corresponda a los servicios médicos de apoyo.



II-DEFINICIONES OPERATIVAS

ACTO DE SALUD

Es toda acción o actividad que realizan los profesionales de la salud, excepto el médico cirujano, para las actividades sanitarias de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda que se brinda a la persona, familia y comunidad.

ACTO MÉDICO

Es toda acción o disposición que realizan el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico terapéutico, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral del paciente, así como los que se deriven directamente de estos.

ATENCIÓN DE LA SALUD

Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.

ALTA

Es el egreso de un paciente vivo de la IPRESS, cuando culmina el periodo de hospitalización. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otra IPRESS a solicitud del paciente o persona responsable, en todos los casos la decisión del personal médico.

ARCHIVO COMÚN DE HISTORIA CLÍNICA

Es el archivo que integra a las historias clínicas clasificadas y organizadas según frecuencia de su uso, denominándose archivo activo y archivo pasivo

ARCHIVO ACTIVO DE HISTORIAS CLINICAS

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

ARCHIVO PASIVO DE HISTORIA CLÍNICA

Es el repositorio físico que permite almacenar las historias clínicas, que no han sido requeridas por **más de 5 años** por los pacientes desde su última atención. También están consideradas las historias clínicas parcialmente eliminadas, las que contiene los formatos no eliminados.

ARCHIVO ESPECIAL

Es el archivo asignado a las Historias clínicas de casos médicos legales y de interés científico y histórico, así mismo se incluyen los pacientes con cáncer ocupacional.

AUDITORIA INFORMÁTICA

Es la actividad programada inopinada que consiste en recolectar, consolidar y evaluar evidencia, para comprobar si la entidad a implementado controles, protección de los activos, mantenimiento de la integridad de los datos, seguridad informática y uso eficaz y eficiente de los recursos.

CARPETA FAMILIAR

Es la que contiene datos referentes a una familia en su conjunto y su vivienda en la que esta reside. En esta carpeta se archiva la ficha familiar y las historias clínicas individuales de todos los miembros de la familia. La carpeta familiar se archiva en el archivo común.

CENTRO CONSULTANTE

Es la IPRESS localizada en un área con limitaciones de acceso o capacidad resolutive y que cuenta con tecnologías de información y comunicación que le permiten enviar y recibir información para ser apoyado por otra institución de mayor complejidad que la suya en la solución de las necesidades de salud, tanto de gestión, información, educación y comunicación y de la prestación de los servicios de salud a la población que atiende.

CENTRO CONSULTOR

Es la IPRESS que cuenta con los recursos asistenciales especializados y con las tecnologías de información y comunicación suficientes y necesarias para brindar a distancia el apoyo en los componentes de gestión, información, educación y comunicación y de la prestación de los servicios de salud requeridos por uno o más centros consultantes en condiciones de oportunidad y seguridad.

COMITE EVALUADOR DE DOCUMENTOS

Es el designado por la mas alta autoridad institucional, encargada de conducir el proceso de formulación del programa de control de documentos, de eliminación de documentos y transferencia de documentos.

COMITE INSTITUCIONAL DE HISTORIA CLINICA

Es el equipo de profesionales del área asistencial y administrativa designados por la dirección o jefatura de la IPRESS o red de salud o red integrada de salud. Tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de las historias clínicas y ...cumplimiento de la normatividad sobre la historia clínica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es la conformidad expresa del paciente o su representante legal cuando el paciente esta imposibilitado de hacerlo (menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia) , con respecto a una atención médica quirúrgica o algún otro procedimiento en forma libre, consciente después que el profesional de la salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención incluyendo los riesgos reales y potenciales , efectos colaterales y adversos, así como los beneficios , lo cual debe ser registrado y firmado en un documento por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención.

DATOS PERSONALES

Es toda información sobre una persona natural que la identifica o hace identificable a través de medios que pueden ser razonablemente utilizados.

DATOS SENSIBLES

Son los datos personales constituidos por los datos biométricos que por si mismo pueden identificar al titular, datos referidos al origen racial y étnico, ingresos económicos, opiniones y convicciones políticas, religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información relacionada a la salud o a la vida sexual. La información de la salud contiene datos sensibles.

EGRESO

Es la salida de la IPRESS del paciente que estuvo hospitalizado o internado , pudiendo ser por alta retiro voluntario, fallecimiento, traslado a otra IPRESS o fuga; debe incluirse el formato de acta de entrega en caso de pacientes menores de edad.

EPICRISIS

Es el documento médico legal, en el que se registra el resumen de la historia clínica, que se originó por el ingreso del paciente a la IPRESS, que debe realizarse según los registros establecidos en los formatos de la historia clínica contenida en la norma técnica.

ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS

Es el procedimiento archivístico que consiste en la destrucción de los documentos autorizados por el Archivo General de la Nación.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Es aquel que realiza en régimen ambulatorio o de internamiento atenciones de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de la salud de las personas.

ETAPAS DE VIDA

Son los grupos poblacionales diferenciados por rangos de edades en función a los ciclos o periodos de vida del ser humano, establecidos en la normatividad del Modelo de Atención Integral Basada en Familia y Comunidad. MAIS-BFC : Niño (0-11 años), adolescente (12-17 años), joven (18-29 años), adulto (30-59 años) y adulto mayor (60 años a más)

FIRMA DIGITAL

Es la firma electrónica que utiliza una técnica de criptografía, asimétrica, basada en el uso de un **par de claves único** asociadas una **clave privada** y una **clave pública** relacionadas matemáticamente entre sí, de tal forma que las personas que conocen la clave pública no pueden derivar de ella la clave privada.

FIRMA ELECTRÓNICA

Es cualquier **símbolo** basado en medios electrónicos utilizados y adoptado una parte con la intención precisa de vincularse, autenticar y garantizar la integridad de un documento electrónico o un mensaje de datos cumpliendo todos o algunas funciones

HISTORIA CLÍNICA

Es el documento legal en el que se registra los datos de identificación y los procesos relacionados con la atención del paciente.



HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Es la HISTORIA CLÍNICA registrada en forma unificada , personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de la salud cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, ...a través de un sistema de información de historias clínicas electrónicas de conformidad con las normas aprobadas.

HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA.- Es la historia clínica soportada en medios electrónicos que permiten su almacenamiento, actualización y recuperación, en una amplia gama de posibilidades para el uso de la información clínica, procesos y metodologías estandarizadas. Dicha historia clínica **no utiliza la firma digital** para refrendar su contenido.

INFORMACIÓN CLÍNICA.-

Es toda información contenida en una historia clínica electrónica o física, que registra el profesional de la salud que atiende al paciente, concerniente a la salud pasada, presente o pronosticada, física o mental, de una persona, incluida la información complementaria (resultados de exámenes auxiliares y otros). No incluye los datos de filiación contenidos en la historia clínica. De acuerdo con lo establecido en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, la información clínica constituye datos sensibles.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.- IPRESS. Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

MÉDICO TRATANTE.- Es el profesional médico que siendo competente en el manejo del problema de salud del paciente o usuario, conduce el diagnóstico y tratamiento.

En la IPRESS que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en hospitalización, el médico tratante es aquel que atiende por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización en tanto permanezca en éste.

Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico Jefe del Servicio o quien haga sus veces, asumir dicha responsabilidad.

Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar, estos profesionales en fase de formación de la especialidad.

PROGRAMA DE CONTROL DE DOCUMENTOS.- Es un documento de gestión archivística que establece las series documentales que produce o recibe una entidad pública como resultado de sus actividades, precisando el número de años que deben conservarse y los periodos de retención en cada nivel de archivo hasta su transferencia al Archivo General de la Nación o su eliminación. Está a cargo del responsable del Órgano de Administración de Archivos.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.- Es cualquier operación o procedimiento técnico, automatizado o no, que permite la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción, consulta, utilización, bloqueo, supresión, comunicación por transferencia o por difusión o cualquier otra forma de procedimiento que facilite el acceso, correlación o interconexión de los datos personales.

TRANSFERENCIA DOCUMENTAL. - Es un procedimiento archivístico que consiste en el traslado de los documentos de un archivo a otro, luego del vencimiento de los periodos de retención establecidos en el Programa de Control de Documentos.

USUARIO DE SALUD. - Es la persona natural que hace uso de las atenciones de salud.

GRACIAS