

SISTEMAS DE REGISTRO E INFORMACIÓN EN SALUD,

Contenido Guía Mes de Abril (05/04/2021 al 30/04/2021)

Derechos y deberes de los pacientes, Ficha Clínica del Paciente (concepto, características, uso, formatos), Partes que conforman la Ficha Clínica, Portada y/o carátula de la Ficha Clínica del Paciente.

Profesora: Natalia Reyes Caroca

Derechos y Deberes de los Pacientes.

- El 01 de octubre de 2012 entró en vigencia la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, que establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud.

- La iniciativa legal resguarda principios básicos de atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado, y viene a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país: los usuarios.
- Los derechos y deberes establecidos en esta ley deben estar plasmados de manera visible y clara en la «Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes» en donde se especifica cada uno de los aspectos señalados en la nueva ley.
- Esta carta debe estar presente en instituciones tales como: CESFAM, CRS, hospitales y clínicas del país.

A continuación y en cumplimiento de la nueva disposición legal el Ministerio de Salud, deja a su disposición la resolución exenta que determina el Contenido de la Carta de Derechos y Deberes de las Personas en relación con la Atención de Salud», la carta de Derechos y Deberes de los pacientes en formato de imagen digital y el Manual Técnico de Normas Gráficas, que establece el correcto uso de dicha carta

- 1. Uso nacional
- 2. Uso Lengua Mapuche
- 3. Uso Lengua Isleña Rapa Nui

Exige tus derechos

Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud.



Recibir un trato digno, respetando su privacidad.



Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad.



Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos.



Ser informado de los costos de su atención de salud.



No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso.



Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención.



Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.



Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual.



Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.



A ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza.



Donde sea pertinente, se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria.



Que el personal de salud porte una identificación.



Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia.



Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.



y cumple tus deberes

Entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección.



Conocer y cumplir el reglamento interno y resguardar su información médica.



Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto.



Informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago.



Tratar respetuosamente al personal de salud.



Informarse acerca de los procedimientos de reclamo.



Actividad

- 1.- ¿Por qué motivo cree usted que es necesario tener un listado de derechos y deberes en salud?
- 2.- ¿Qué acción realizaría usted para que se cumplan todos los derechos y deberes de un paciente?
- 3.- ¿Es necesario implementar algún otro derecho y deber del paciente? ¿Cuál sería el nuevo derecho y/o deber que usted cree que sea necesario implementar?
- 4.- Elija un derecho que más le llame la atención y explique con sus palabras cuál sería su interpretación de este.

Ficha Clínica

- La ficha clínica es el documento más importante de un servicio hospitalario y de cualquier Centro de Salud, en el cual se registra la historia médica de una persona y su proceso de atención médica. Es un documento reservado y secreto, de utilidad para el enfermo, los médicos tratantes, el establecimiento, la investigación, la docencia y la justicia.

OBJETIVO GENERAL

- Mantener un registro fidedigno sobre la condición de salud de un paciente el cual deberá ser de fácil acceso y debe contener diferente tipo de información y diferentes tipos de formato de acuerdo a la necesidad, prioridad y accesibilidad de salud que tenga el paciente.

CARACTERÍSTICAS Y REQUISITOS DE LA FICHA CLINICA

- La Ficha Clínica deberá constar, dependiendo de las características del paciente:
- Ambulatorio u Hospitalizado, con un mínimo de información, siendo los registros básicos los siguientes:

- Carátula o identificación completa del paciente
- Anamnesis
- Examen Físico detallado en lo pertinente.
- Hipótesis diagnóstica de ingreso
- Evolución Clínica y seguimiento
- Tratamiento farmacológico e Indicaciones
- Registro consultas ambulatorias profesionales
- Interconsultas
- Exámenes y Procedimientos
- Fecha de cada prestación otorgada
- Identificación del Servicio o Unidad donde se otorgó la prestación.
- Nombre y firma del médico tratante

Se deben incorporar los siguientes elementos en el caso de pacientes hospitalizados:

- Hoja de Enfermería/Matronería
- Hoja gráfica de Control de Signos Vitales
- Protocolos Operatorios con descripción del acto quirúrgico, en los casos pertinentes
- Protocolo anestésico
- Evaluación anestésica pre-operatoria
- Lista chequeo cirugía segura
- Comprobante de Parto, (si procede)
- Epicrisis entendida como el Informe elaborado por el médico tratante al alta del paciente y las indicaciones post-alta.
- Diagnóstico de egreso
- Consentimiento Informado cuando sea pertinente

Derecho y deberes en la Ficha Clínica

- Todo paciente tiene derecho a acceder a la información de su ficha clínica y que ésta mantenga su carácter de confidencial. Esto se encuentra reconocido en la Ley 20.584 de Derechos y Deberes de los pacientes

El manejo apropiado de la Ficha Clínica involucra:

- Confidencialidad
- Fiabilidad
- Accesibilidad
- Mantención, conservación y archivo

ANTECEDENTES

- El sistema de registro que se utiliza en el seguimiento de las salidas y entradas del historial clínico en Unidad de Archivo. Una vez proporcionada la ficha clínica a los servicios solicitantes, su custodia y resguardo quedan bajo su responsabilidad del servicio de destino, hasta ser nuevamente devueltas a la Unidad de Archivo.
- Después de haber egresado el paciente de la primera hospitalización, la Ficha Clínica se envía para custodia y resguardo a la Unidad de Archivo.

Las fichas pueden ser solicitadas para:

- Atención de pacientes en consultorios de CRS
- Atención de pacientes en Unidad de Urgencia del Adulto y Urgencia Gineco Obstétrica.
- Atención de pacientes para tratamientos y/o procedimientos ambulatorios.
- Atención de pacientes para hospitalización
- Investigación y docencia
- Trámites para beneficios económicos o procesos judiciales
- Otros caso autorizados por la dirección de la institución

NORMAS CONSIDERADAS

- La propiedad física de la ficha clínica pertenece al “establecimiento de salud” respectivo y es responsabilidad de dicho prestador la reserva de su contenido. No obstante, debe tenerse siempre presente que la titularidad de los datos contenidos en la ficha clínica es del paciente.
- El plazo de conservación de la referida documentación por parte de estos establecimientos, será de un mínimo de quince años.

NORMAS CONSIDERADAS

- Normativa técnica N.º 5, “Manejo Historias Clínicas”

Las historias clínicas deben considerarse documentos reservados y secretos, de utilidad para el enfermo, el establecimiento, la investigación, la docencia y la justicia, por lo que no se podrá autorizar su uso para otros fines, guardando en todo caso el secreto profesional.

NORMAS CONSIDERADAS

- 2.- Ordinario A 14 “N.º 480 MINSAL”

Dispone que al recepcionar solicitudes de Fichas Médicas y otros exámenes, deberá aplicarse Ley N.º 19.880 (PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ORGANOS DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO), ya que no corresponde tramitar estas solicitudes vía Ley de Transparencia, por tratarse de un documento de carácter reservado.

NORMAS CONSIDERADAS

■ 3.- La Ley N.º 20.285 “Ley de Transparencia”

No obstante consagra el principio constitucional de transparencia y publicidad de los actos de la Administración del Estado, estableciendo un sistema de acceso a la información, contempla excepciones, al considerar algunas causales de reserva.

Una de estas causales legales de reserva es la que dispone el artículo N.º 10 de la Ley N.º 19.628 (Ley sobre protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal), según el cual, los datos sensibles no pueden ser objeto de tratamiento, salvo cuando la ley lo autorice, exista consentimiento del titular o sean los datos necesarios para la determinación de otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a los titulares.

NORMAS CONSIDERADAS

- 4.- Ley 19.628 “Ley sobre Protección de la Vida Privada”

Define como datos sensibles aquellos datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas o a hechos o circunstancias de su vida privada o intimidad, tales como los hábitos personales, el origen racial, las ideologías y opiniones políticas, las creencias o convicciones religiosas, los estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual.

En su artículo N.º 7, determina que las personas que trabajan en el tratamiento de datos personales tanto en organismos públicos como privados, están obligados a guardar secretos sobre los mismos

NORMAS CONSIDERADAS

- Código Sanitario en su artículo N.º 27

Conforme a lo previsto a la Ley 19.628 (Ley sobre Protección de la Vida Privada), estipula que las recetas médicas y análisis o exámenes de laboratorio clínicos y servicios relacionados con la salud son reservados y sólo podrá revelarse su contenido o darse copias de ellos, con el consentimiento expreso del paciente, otorgado por escrito.

NORMAS CONSIDERADAS

- Decreto supremo N.º 161 del MINSAL

Fija que el reglamento de hospitales y clínicas, establece en su artículo N.º 17, que todo paciente tienen derecho de recabar la entrega de informes y resultado de laboratorio, anatomía patológica, radiografías, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

NORMAS CONSIDERADAS

- Confidencialidad Ficha Clínica,
- Ley N.º 17.374 (Ley nacional de Estadísticas), artículos N.º 29 y 39 sobre el secreto estadístico.
- Código Penal artículos 246 y 247 sobre secreto profesional
- Estatuto Administrativo DFL 29/19 653. Artículo N.º 61 letra h, referido a guardar secreto de asuntos reservados.
- Instrucciones de la Superintendencia de seguridad Social (SUSES0) en Oficio 49.032 de 04.11.02, según las cuales los organismos administradores de la Ley N.º 16.744 (Ley sobre accidentes laborales y enfermedades ocupacionales), no deben entregar a sus empleadores adherentes, los informes o exámenes de los trabajadores afectados por siniestros laborales sin autorización escrita de estos.

NORMAS CONSIDERADAS

- Artículo 19 N.º 4 de la “Constitución Política”
- Artículo 127 del “Código Sanitario”
- Decreto Supremo N.º 161 de 1982 del Ministerio de Salud que en su artículo 22 dispone: “Toda la información bioestadística o clínica a personas internadas o atendidas en el establecimiento tendrá carácter reservado y estará sujeta a las disposiciones relativas al secreto profesional”.
- Nueva Ley 20.584 de “Derechos y Deberes de los pacientes”, que entra en vigencia el 1 de Octubre de 2012, consignándose a continuación el detalle de sus artículos 12 y 13:

NORMAS CONSIDERADAS

- Artículo 12 (Ley 20.584).- La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella. Toda la información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2° de la ley N° 19.628 (Ley de Protección de la vida privada).

NORMAS CONSIDERADAS

- Artículo 13 (Ley 20.584).- La ficha clínica permanecerá por un período de al menos quince años en poder del prestador, quien será responsable de la reserva de su contenido. Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud establecerá la forma y las condiciones bajo las cuales los prestadores almacenarán las fichas, así como las normas necesarias para su administración, adecuada protección y eliminación. Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la persona no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica.

REQUISITOS GENERALES PARA LA APERTURA DE UNA HISTORIA CLINICA

INTERCONSULTA U ORDEN DE HOSPITALIZACION

- Cédula de identidad en el caso de los Mayores de Edad, Certificado de Nacimiento o Libreta de Familia en el caso de los menores. Debe tener bien definida su situación Previsional, (Fonasa, Isapre, INP, Subsidio Único Familiar, Subsidio de Cesantía, Chile Solidario, Prais, Conscripto). Se realiza excepción sólo en servicio de urgencia.

PROCEDIMIENTO APERTURA FICHA CLINICA

- Desde el momento de la recepción de la orden de hospitalización, el funcionario de Admisión se encuentra autorizado para la apertura de una Historia Clínica. (Ficha Clínica).

Proceso establecido para paciente nuevo

- Orden de hospitalización o Interconsulta
- Cédula de Identidad
- Certificación de situación previsional
- Ingreso dato paciente en sistema informático SAM IBM
- Creación carátula con antecedentes anteriores incorporados

- Proceso establecido para paciente activo
 - Orden de hospitalización o Interconsulta
 - Cédula de Identidad
 - Certificación de situación previsional
 - Verificación y actualización datos sistema informático SAM IBM
 - Solicitud Ficha clínica por sistema informático TrakCare a Unidad de Archivos

¡Ojo! Los sistemas operativos anteriormente mencionados son ejemplos para su estudio, ya que estos sistemas operativos dependen de cada recinto asistencial o red de atención.

Proceso establecido para evitar duplicidad de Ficha Clínica

- La duplicidad de Historia Clínica se encuentra prohibida

En caso de no poder acceder a la Historia Clínica en forma oportuna por diversos motivos, se debe informar inmediatamente a Jefe de Admisión, en jornadas y horarios hábiles. En el caso lo anterior no sea posible, se debe crear Carpeta transitoria debidamente identificada como tal, en la cual se incorporan los antecedentes clínicos que genera la hospitalización.

- El Jefe de Admisión, apenas tenga conocimiento de la creación de Carpeta transitoria, verificará la información y solicitará la búsqueda inmediata de Ficha Clínica Original, la que puede ser rastreada a través de sistema Trakcare en los servicios involucrados. Una vez se cuenta con Ficha Clínica original, el Jefe de Admisión debe confirmar la incorporación de los nuevos antecedentes clínicos de Carpeta transitoria en su Ficha Clínica única.

Actividad

Investigue usando este PPT y/o información de la web e indique que documentos se deben incorporar en la ficha clínica del paciente y ¿Cuál es su orden?.

Defina cada uno de los documentos, indicando su función en la atención del paciente hospitalario.

PORTADA FICHA CLINICA DEL PACIENTE

- La portada de la Ficha Clínica es de vital importancia debido a que la información establecida establece a quien le pertenece la información que se encuentra dentro de la Ficha.
- Se debe completar con todos los datos personales del paciente, identificación, de contacto (actualizado), responsable legal (o tutor), tipo de previsión, etc.

Actividad

- Utilizando información inventada complete el siguiente cuadro (dentro de los paréntesis) correspondiente a la portada de la ficha clínica del paciente.
- Según su opinión ¿Qué sucedería si en la ficha clínica del paciente falta la información personal (portada)?
- ¿Qué haría usted si la información de la portada de la ficha esta desactualizada y en mal estado?

RUT del Paciente	()		
Nombre del Paciente	()		
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
Fechas de Nac.	()	Edad	()
()	()		
Nombre y Apellido del Padre	Nombre y Apellido de la Madre		
()	()		
Estado Civil	Ocupación Actual		
Nombre del cónyuge	()		
()	()		
Dirección	N°	Población	Comuna
Número de Celular	()		
Número de Emergencia	()		
Previsión	()		

webgrafía

- <https://www.minsal.cl/derechos-y-deberes-de-los-pacientes/>
- <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28650>
- <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28960>
- <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=210676>
- <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
- http://200.72.129.100/transparencia/transparencia_activa/documentos/deptoCalidad/protocolo_de_gestion_y_manejo_de_ficha_clinica.pdf