GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

N° 023 -2012-GRC/GRS/DIRESA/DG

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Solo Válido Para Uso Interno
YENNY LORENA LINO CRUCES
Fedataria
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRESA - CALLAO
REG. N° 043 FECHA: 12 ENE

RESOLUCION DIRECTORAL

Callao, 10 de Enero de 2012

Visto, el Informe 105-2011-GRC/GRS/DIRESA/DG/OITE, de fecha 29.DIC.2011, emitido por la Directora de la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la Dirección Regional de Salud del Callao; y,

R. LAMA M.

CONSIDERANDO:

Que, la Ley General de Salud 26842 establece que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta el Ministerio de Salud;

D. VILCHEZ Y.

Que, con Resolución Ministerial 597-2006/MINSA, se aprobó la NT 022-MINSA/DGSP-V.02: "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA", cuyo objeto es el establecimiento de las normas para el manejo, conservación y depuración de las Historias Clínicas en las diferentes unidades productoras de servicios de los establecimientos de salud del Sector; así como establecer y estandarizar el contenido básico a ser registrado en la Historia Clínica, teniendo en cuenta los diferentes tipos de atención, respetando los aspectos legales y administrativos;

Que, mediante Decreto Supremo 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo objetivo es establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, a través de la Directiva 006-2011GRC/GRS/DIRESA/OITE - "Directiva que Norma las Funciones y Responsabilidades del Personal de Admisión, Archivo y Estadística de la Dirección de Red, Microrred y Establecimientos de Salud de la Dirección Regional de Salud del Callao", cuya finalidad es establecer las funciones, actividades, responsabilidades, líneas de autoridad y requisitos que debe cumplir el personal de Admisión – Archivo y Estadística de la Dirección de Red, Microrred y Establecimientos de Salud de la Dirección Regional de Salud del Callao;

R. HIDALGO B.

Que, es necesario establecer las normas y los procedimientos para la depuración de las Historias Clínicas en los Establecimientos de Salud de la DIRESA Callao; asimismo, es necesario mejorar el archivo de historias de los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud del Callao;

Que, en tal sentido, es necesario aprobar la presente DIRECTIVA N° 13-2011/GRC/GRS/DIRESA/OITE – "DIRECTIVA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA DEPURACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA DIRESA CALLAO";

Estando a lo propuesto por la Directora de la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la Dirección Regional de Salud del Callao;

Con la visación del Director de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud del Callao; y,

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General de la Dirección Regional de Salud del Callao, mediante la Resolución Ejecutiva Regional 000043-2012 y Ordenanza Regional 003–2009;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar la DIRECTIVA N° 13-2011/GRC/GRS/DIRESA/OITE – "DIRECTIVA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA DEPURACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA DIRESA CALLAO", de la Dirección Regional de Salud del Callao, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.----------

ARTÍCULO SEGUNDO: La DIRECTIVA N° 13-2011/GRC/GRS/DIRESA/OITE será de aplicación obligatoria en los Establecimientos de Salud de la Dirección Regional de Salud del Callao.----------

ARTÍCULO TERCERO: La Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la Dirección Regional de Salud del Callao, publicará la presente Directiva en el Portal Institucional y es la responsables de velar por el estricto cumplimiento de la misma. ------

ARTÍCULO CUARTO: Notifíquese la presente Resolución Directoral a los estamentos administrativos correspondientes para su conocimiento y fines pertinentes.----------

Regístrese y comuníquese.

D. VILCHEZ Y.

R. HIDALGO B.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Solo Válido Para Uso Interno

YENNY LORENA LINO CRUCES
Fedataria
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRESA - CALLAO
REG. N° 043 FECHA: 12 ENE 2012

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
Dr. RICARDO ALDO LAMA MORALES
Director General
C.M.P. 12555

DIRECTIVA N° 013 -2011/GRC/GRS/DIRESA/OITE

DIRECTIVA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA DIRESA CALLAO

I. FINALIDAD

Normar el proceso de la depuración de Historias Clínicas en los establecimientos de salud de la DIRESA Callao.

VILCHEZ Y.

II. OBJETIVOS

- Establecer los procedimientos para la depuración de Historias Clínicas en los establecimientos de salud de la DIRESA CALLAO.
- Mejorar el archivo de Historias Clínicas de los establecimientos de salud de la DIRESA Callao.

III. BASE LEGAL

3.1 Norma Técnica Nº 022-MINSA/DGSP-V02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".

3.2 Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

3.3 Resolución Directoral Nº 168-2004-SA-DS/CALLAO/DG "Conformación del Comité Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud"

3.4 Directiva Nº 006-2011-GRC/GRS/DIRESA/OITE "Directiva que norma las funciones y responsabilidades del personal de Admisión, Archivo y Estadística de las Direcciones de Red, Microrred y Establecimiento de Salud de la DIRESA CALLAO".

R. HIDALGO B.

IV. DEFINICIONES

Entiéndase para efectos de la presente directiva, lo siguiente:

- **Historia Clínica:** Es el documento médico legal que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico brinda al paciente. Asimismo, contendrá la atención de los profesionales médicos y otros profesionales que intervengan en la atención del paciente.
- **Archivo de Historias Clínicas:** Lugar donde se depositan (archivan) y custodian las Historias Clínicas de un establecimiento de salud.

- **Tipos de Archivo de Historias Clínicas:** Archivo activo y archivo pasivo.

- **Archivo Activo:** Conformado por las Historias Clínicas actualmente usadas de manera frecuente; deben estar ubicadas en un lugar apropiado que facilite el manejo diario de las mismas y en el que permanecerán por un plazo no mayor a cinco (5) años.

- **Archivo Pasivo:** Conformado por las Historias Clínicas de los pacientes que han fallecido y las historias de pacientes que no han concurrido al establecimiento por más de cinco (5) años. Estas historias permanecerán por un periodo de quince (15) años, debiendo luego entrar al proceso de depuración total; también la conforman las Historias Clínicas que perdurarán por tiempo ilimitado. El Archivo Pasivo debe estar ubicado en un lugar adecuado, de fácil acceso y que permita su conservación de manera tal que no sufran deterioro.

D. VILCHEZ Y.

- **Admisión:** Primer contacto con las personas que acuden a solicitar atención en un establecimiento de salud, registran a los pacientes nuevos y continuadores.

- **Consulta Externa:** Unidad básica del establecimiento de salud organizada para la atención integral de salud, en la modalidad ambulatoria, a usuarios que no estén en condición de Urgencia y/o Emergencia.

- **Comité de Historias Clínicas:** Es el conjunto de profesionales y técnicos asistenciales y administrativos designados por la Dirección del establecimiento de salud, que tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica, así como por el cumplimiento de las normas vigentes sobre el uso, manejo y administración de las Historias Clínicas.

V. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

5.1 Alcance:

La presente Directiva comprende a todos los establecimientos de salud de la jurisdicción de la DIRESA CALLAO.

5.2 Del tiempo de conservación de las Historias Clínicas:

5.2.1 <u>Archivo activo</u>: El tiempo de conservación de las Historias Clínicas en el archivo activo es de cinco (5) años, contados a partir de la fecha de alta por internación o de la última consulta registrada. Al pasar al archivo pasivo, las historias conservan su número original.

R. HIDALGO B.

5.2.2 <u>Archivo Pasivo:</u> El tiempo de conservación de las Historias Clínicas en el archivo pasivo es de quince (15) años, contados a partir de la fecha de traslado al archivo pasivo.
En los casos en que ocurriese el fallecimiento del paciente, el plazo de archivo se computará a partir de dicha fecha fijada en el certificado de defunción.
Si durante el periodo de conservación en el archivo pasivo el usuario solicitase atención, su historia pasará nuevamente al archivo activo.

5.2.3 La conservación de las Historias Clínicas de pacientes con cáncer ocupacional es de mínimo cuarenta (40) años después de terminada la

exposición, conforme a lo dispuesto por el Reglamento de Prevención y Control de Cáncer Profesional, aprobado por Decreto Supremo Nº 039-93-PCM.

5.2.4 Serán archivados por tiempo indeterminado las Historias Clínicas que tuvieren un interés científico, legal, epidemiológico o estadístico, debidamente fundamentado.

5.3 De la Depuración de Historias Clínicas:

D. VILCHEZ Y.

5.3.1 Después de quince (15) años de inactividad de la Historia Clínica en el archivo pasivo, se procederá a su destrucción total o selectiva.

5.3.2 El proceso de destrucción total o selectiva de Historias Clínicas del Primer, Segundo y Tercer niveles debe ser realizado por el Comité de Historias Clínicas del Establecimiento de Salud, avalado por el Comité de Historias Clínicas del Nivel inmediato superior.

5.3.3 Se deberá registrar un Acta del proceso de la depuración suscrita por el Comité de Historias Clínicas, así como también la lista de Historias Clínicas depuradas en el Formato de Registro de Historias Clínicas Depuradas.

5.3.4 **Destrucción Total**: Se ejecutará la destrucción total de la Historia Clínica para las que sólo tengan consulta externa, a excepción de las que contengan información que se considere relevante a efectos preventivos, epidemiológicos, de investigación o por razones judiciales.
Se deberá conservar un resumen de información mínima y básica, la cual será definida por el Comité de Historias Clínicas, debiendo ésta ser registrada permanentemente en medios magnéticos.

5.3.5 **Destrucción Selectiva:** Se realizará la destrucción selectiva de la Historia Clínica para los casos con episodios de hospitalización.
Se deberá conservar de manera definitiva, en forma original o en medio magnético, los siguientes formatos:

R. HIDALGO B.

1. Hojas de consentimiento informado
2. Hojas de retiro voluntario
3. Informes quirúrgicos y/o registros de partos
4. Hojas de anestesia
5. Informes de exámenes anatomopatológicos
6. Informes de exploraciones complementarias
7. Epicrisis
8. Informe de necropsia

5.3.6 En caso que el paciente demande atención de salud posterior a la destrucción total o selectiva de su Historia Clínica, los formatos/información conservada serán los documentos que reinicien su Historia Clínica, manteniendo el número asignado originalmente.

5.3.7 El responsable de Estadística y el responsable del Archivo de Historias Clínicas deben actualizar el archivo pasivo en forma anual; asimismo, proporcionar al Comité de Historia Clínica correspondiente una relación de Historias Clínicas candidatas a depuración cada fin de año.

5.4 Del Comité de Historias Clínicas:

5.4.1 El Comité de Historias Clínicas es responsable del proceso de depuración de Historias Clínicas; debe estar presidido por el Director General o por quien éste delegue; en los demás establecimientos por el médico jefe del establecimiento de salud o a quien éste delegue.

5.4.2 Debe estar integrado por un representante médico de cada servicio final; en los establecimientos de mayor complejidad se considerará un representante de cada uno de los cuatro departamentos médicos: medicina, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia.

D. VILCHEZ Y.

5.4.3 Debe estar integrado por la jefa del departamento de enfermeras, la jefa de obstetrices, el responsable de odontología y el responsable de seguros públicos.

5.4.4 El jefe de Estadística o quien realice la función de admisión y archivo, cumplirá con las funciones de Secretario del Comité.

5.4.5 En los institutos especializados y hospitales docentes, deberá integrarse un residente de último año.

5.4.6 En general, el número de miembros del Comité no debe exceder de diez (10) en los institutos especializados y hospitales docentes; en establecimientos de menor complejidad no debe exceder de ocho (08) ni ser menor de dos (02).

5.4.7 El director o médico jefe del establecimiento de salud es quien nombra a los miembros del Comité y no es indispensable que cada servicio esté representado. El jefe de cada departamento médico no necesariamente tiene que ser el representante de dicho departamento.

5.4.8 Los nombramientos del Comité se realizarán cada dos (2) años, a través de una Resolución Directoral del nivel correspondiente.

R. HIDALGO B.

VI. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y FINALES

Las acciones no previstas en la presente directiva serán resueltas en coordinación con el Comité de Historias Clínicas Regional.

VII. ANEXO

Formato de Registro de Historias Clínicas Depuradas.

ANEXO 1

MODELO DE FORMATO PARA REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS DEPURADAS

Nº DE ORDEN	Nº DE HC	APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE DEPURACION	FECHA DE LA ULTIMA ATENCION	TIPO DE DEPURACION	
					TOTAL	SELECTIVA

Asesoría Jurídica

I. VILCHEZ Y.

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS
DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA DE MIEMBRO
COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS
DEL ESTABLECIMIENTO

Oficina de Informática y Estadística

R. HIDALGO B.

FIRMA DE MIEMBRO
COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS
DEL ESTABLECIMIENTO