

REGLAMENTO DEL EXPEDIENTE DE SALUD DE LA CCSS

Sesión No. 7366 de 3 de setiembre de 1999

Publicado en La Gaceta No. 189 de 29 de setiembre de 1999

Justificación

Los expedientes de salud contienen la evidencia documental integrada sobre la atención brindada a los pacientes, lo cual le confiere un trascendental valor como instrumento de apoyo directo en el proceso asistencial. Por ello, constituye la mejor fuente de información primaria para el análisis del estado de salud del individuo y la comunidad, para la evaluación de la calidad de la atención y para la administración de los servicios de salud.

Es, además, un excelente medio para la capacitación, la investigación científica y la defensa de los intereses de los pacientes, del equipo de salud y de la propia institución.

Su carácter de fuente principal de información para la certificación de procedimientos e intervenciones y para la aclaración de conflictos de carácter jurídico, le confieren un insustituible valor probatorio tanto en la sede administrativa como en la sede jurisdiccional.

Precisamente, la tendencia creciente hacia la presentación de denuncias y reclamos contra el personal de salud y en su caso contra la Caja, por cuestiones originada en los procesos de atención a pacientes, obliga a la adopción de las medidas necesarias para lograr la adecuación de los expedientes de salud y los procedimientos a ellos inherentes, con los estándares de idoneidad aceptados.

El presente reglamento viene a llenar el vacío normativo existente y contiene las regulaciones mínimas que deberán aplicarse en todos los establecimientos de la institución, sin menoscabo de las que adicionalmente puedan implementarse a nivel local por circunstancias específicas, las cuales no podrán contravenir las aquí establecidas.

Capítulo I. Definiciones

Artículo 1.- Expediente de Salud, en lo sucesivo "expediente" (*)

Es el conjunto de documentos derivados de la atención de una misma persona y, eventualmente, del producto de la concepción que en un establecimiento permanecen archivados bajo una misma identificación y con carácter de único. Se consideran sinónimos del término "expediente de salud": expediente médico y expediente clínico.

(*) El presente artículo ha sido modificado mediante sesión No. 7376 de 7 de octubre de 1999. LG# 214 de 4 de noviembre de 1999.

Artículo 2.- Comité Local de Expedientes de Salud

Es el órgano técnico local, encargado de instrumentar, con estricto apego a estas regulaciones sobre trámite, custodia, uso y conservación de los expedientes y otros documentos de atención, de acuerdo con la realidad del establecimiento.

En los hospitales estará integrado por un representante de cada uno de los siguientes servicios existentes: Medicina, Cirugía y Ginecoobstetricia; un representante de la Dirección de Enfermería y por el Jefe del de REDES. En las clínicas lo integrará un(a) profesional en medicina, un(a) enfermero(a) y la Jefatura del Departamento de REDES. Su nombramiento corresponderá a la Dirección Médica del establecimiento.

El comité nombrará de entre sus miembros un(a) coordinador(a) un(a) secretario(a); se reunirá ordinariamente una vez al mes y extraordinariamente cada vez que sea convocado por la Dirección Médica, o al menos tres de sus miembros. De cada sesión se deberá elaborar y conservar una acta con la asistencia y acuerdos tomados.

Artículo 3.- Comité Institucional de Expedientes de Salud (*)

Es el órgano técnico institucional encargado de analizar y recomendar a la Gerencia Médica toda propuesta que afecte la forma, contenido o normativa relacionada con el expediente de salud. Estará integrado por al menos dos profesionales en medicina, uno en enfermería y un especialista en registros de salud del Área de Estadística de Salud, pudiendo éste consultar a otros especialistas, cuando para el efectivo cumplimiento de sus funciones así lo requiera.

El Comité nombrará de entre sus miembros un coordinador; se reunirá ordinariamente una vez al mes y, extraordinariamente, cada vez que sea convocado por el coordinador o al menos dos de sus miembros. De cada sesión se deberá elaborar y conservar un acta con la asistencia y acuerdos tomados. La designación de sus miembros corresponderá a la Gerencia Médica.

(*) El presente artículo ha sido reformado mediante Sesión No. 8369-2009 de 6 de agosto del 2009. LG# 161 de 19 de agosto del 2009.

Artículo 4.- Establecimiento de salud

Estructura física desde la cual la Caja Costarricense de Seguro Social provee en forma directa o por medio de terceros, servicios de atención en salud a la población.

Artículo 5.- Registros y Estadísticas de la Salud (REDES)

Es la dependencia especializada, responsable del sistema de información de los servicios de salud del establecimiento, a cuyo cargo está, entre otros: administrar los registros de salud, brindar apoyo directo a la atención y elaborar las estadísticas de salud.

Artículo 6.- Archivo

Es la dependencia de REDES, responsable del manejo, control, custodia y conservación de los expedientes y demás documentos de salud derivados de la atención de los pacientes, que el establecimiento mantiene en forma centralizada.

Artículo 7.- Equipo de salud

Se define como tal, el conjunto de profesionales y técnicos en salud, responsables de la atención de los pacientes en un establecimiento o área de salud.

Artículo 8.- Paciente

Persona que recibe atención en los servicios de salud de la Caja, sean éstos, de carácter preventivo, curativo o de rehabilitación.

Artículo 9.- Usuario del Expediente

Para efectos de este reglamento, se refiere a todo funcionario o persona ajena al establecimiento con autorización para hacer uso de los expedientes.

Capítulo II. Disposiciones Generales

Artículo 10.- Ambito de aplicación.

El presente Reglamento es de acatamiento obligatorio para todos los establecimientos de salud de la Caja y de aquellos que mediante contrato, convenio u otra modalidad provean servicios de salud a ésta.

Artículo 11.- Responsabilidad.

El Director del establecimiento será responsable por el cumplimiento de lo aquí dispuesto y delegará en la Jefatura de REDES, la aplicación de este Reglamento en lo atinente a su función.

Artículo 12.- Identificación del expediente.

El expediente estará identificado por el número de la cédula de identidad del paciente o su equivalente autorizado por la Gerencia de División Médica.

Artículo 13.- Organización del expediente.

Los formularios que conforman el expediente deben mantenerse organizados de acuerdo con el área de atención: Hospitalización, Consulta Externa y Urgencias, según se indica a continuación:

Hospitalización. Los internamientos se ubicarán consecutivamente, en orden cronológico y separados por el formulario "Revisión cuantitativa del expediente".

Consulta externa. Los formularios de consulta externa se deben ubicar sobre los de la última hospitalización, si la hay, ordenados en forma cronológica.

Urgencias. Los formularios de urgencias se ubicarán junto con los de consulta externa, siguiendo el orden cronológico establecido. Cuando la atención genere internamiento, éstos se incluirán con los de la hospitalización respectiva.

De acuerdo con sus posibilidades, los establecimientos deberán desarrollar sistemas de foliado de los formularios del expediente.

Artículo 14.- Ordenamiento del expediente.

Los formularios del expediente, correspondientes a cada área de atención, deberán mantenerse permanentemente ordenados, conforme a los lineamientos establecidos por la Caja a través de la Gerencia de División Médica.

Artículo 15.- Modificaciones y correcciones.

La sustitución de carpetas, la corrección y modificación del número o de datos de identificación en los expedientes, es responsabilidad exclusiva del personal autorizado de REDES.

Artículo 16.- Propiedad del expediente.

En su materialidad, el expediente es propiedad de la Caja y nadie podrá mutilarlo, desecharlo, incinerarlo, sustraerlo o de cualquier forma, enajenarlo, sin la autorización expresa de la Comisión Institucional de Selección y Eliminación de Documentos.

Artículo 17.- Integridad del expediente.

Toda atención brindada al paciente, en cualquier área del establecimiento de salud, debe registrarse en los formularios oficiales diseñados para tal efecto e incorporarse al expediente. Los registros originados en atenciones externas al establecimiento, que por decisión del responsable de la atención pasen a formar parte del expediente, no podrán ser excluidos.

Artículo 18.- Inclusión de documentos.

Todo reporte relacionado con el paciente, que se genere en los servicios auxiliares de diagnóstico y u otros, deben ser remitidos al Archivo mediante lista de control, para efectos de su inclusión al expediente respectivo.

Artículo 19.- Confidencialidad.

El contenido del expediente es confidencial y queda obligado a respetar esa condición todo aquél que por cualquier circunstancia tenga acceso a éste. La violación a esta disposición se considerará falta grave para todos los efectos legales, disciplinarios y administrativos, sin perjuicio de las demás responsabilidades que de ello se deriven.

Artículo 20.- Conservación.

Todo usuario del expediente es responsable por la integridad de éste, tanto en su contenido como en su presentación.

Artículo 21.- Custodia por el usuario.

Todo usuario es responsable directo de la custodia e integridad del expediente durante el tiempo que lo tenga a su disposición y no podrá prestarlo a un tercero, sin la autorización expresa del responsable del Archivo, debiendo regresarlo a éste, inmediatamente después de concluida su utilización.

Artículo 22.- Entrega de Documentos.

Es absolutamente prohibido facilitar originales o copias de documentos contenidos en el expediente sin autorización expresa de:

Dirección Médica del establecimiento. Cuando la solicitud no implique uso personalizado de la información, o ésta proceda de autoridad judicial competente,

Dirección Médica del establecimiento y el paciente o su representante legal. Cuando el uso de la información sea de carácter personalizado; esto es, que la identificación del paciente sea indispensable para el fin con que se solicita la información.

Artículo 23.- Certificaciones y constancias.

Corresponde a la Dirección Médica del establecimiento, la extensión de certificaciones relacionadas con el tratamiento de los pacientes. En los establecimientos en que se cuente con elemento humano idóneo, la Dirección Médica podrá delegar en forma expresa en el Departamento de REDES, la extensión de constancias y otras certificaciones respecto de: períodos de internamiento, causas externas de atención, fechas de nacimiento y horarios de atención.

Artículo 24.- Sanciones.

La violación a las normas contenidas en este reglamento generará las sanciones administrativas previstas en el ordenamiento interno institucional, sin perjuicio de aquellas que pudieren corresponder, conforme al ordenamiento civil y penal.

Artículo 25.- Para la atención en salud.

El profesional en salud responsable de la atención directa de los pacientes en cualquiera de las áreas del establecimiento, está autorizado para solicitar los expedientes con dicho fin, los restantes miembros del equipo de salud, requerirán de la autorización de la respectiva Dirección Médica.

Artículo 26.- Para otros efectos. (*)

Toda solicitud de préstamo de expediente, para efectos distintos a la atención directa del paciente (investigación, estudios especiales, sesiones clínicas, estudios administrativos, entre otros), requerirá de la autorización de la Dirección Médica. Por razones vinculadas a la atención del paciente, solo en casos calificados se autorizará la salida del expediente del archivo.

(*) El presente artículo ha sido reformado mediante Sesión No. 8029 de 2 de febrero del 2006. LG# 46 de 6 de marzo del 2006.

(*) El presente artículo ha sido reformado mediante Sesión No. 7410 de 3 de febrero del 2000. LG# 61 de 27 de marzo del 2000.

Artículo 27.- Secuestros Judiciales. (*)

El secuestro judicial del expediente deberá tramitarse directamente ante la dirección médica, la cual entregará copia foliada y certificada de éste, salvo disposición expresa en contrario de la autoridad judicial competente; de forma tal, que el establecimiento conserve el original para los efectos de la continuidad de la atención del paciente.

(*) El presente artículo ha sido reformado mediante Sesión No. 8029 de 2 de febrero del 2006. LG# 46 de 6 de marzo del 2006.

(*) El presente artículo ha sido reformado mediante Sesión No. 7410 de 3 de febrero del 2000. LG# 61 de 27 de marzo del 2000.

Artículo 28.- Trámite de préstamo y devolución.

Las solicitudes de préstamo se deben tramitar ante el Archivo por los medios dispuestos para dicho fin y el expediente se devolverá al Archivo antes de finalizar la jornada, excepto que esté siendo utilizado en la atención del paciente en los servicios de Hospitalización o Urgencias. Otros casos calificados deberán contar con autorización expresa de la Dirección Médica, en cuyo caso, deberá garantizarse el acceso permanente a éste por parte del personal de Archivo.

Artículo 29.- Restricción de préstamo.

Por ningún motivo el personal del Archivo o dependencia alguna, entregará expedientes directamente al paciente o a persona no autorizada por la Dirección Médica del establecimiento.

Artículo 30.- Traslado a otro establecimiento

El traslado de expedientes a otro establecimiento de la Caja, deberá ser autorizado por la Dirección Médica, la cual además valorará la conveniencia de trasladar el original o copia de éste. En todo caso, el Archivo conservará constancia de ello.

Artículo 31.- Personal de REDES.

El personal del Servicio de REDES (Admisión, Afiliación, Archivo, Atención Ambulatoria y Estadística), bajo ninguna circunstancia podrá excusarse de cumplir con todos los trámites de préstamo de expedientes que establezca el Archivo.

Capítulo IV. Utilización del expediente

Artículo 32.- Anotaciones en el expediente. (*)

Todo miembro del equipo de salud, con autorización expresa de la Dirección Médica respectiva para registrar información en el expediente, está en la obligación de hacerlo en los formularios originales y oficiales, los cuales deberá identificar con el nombre y dos apellidos del paciente y el número correcto de identificación. Las anotaciones deben realizarse con tinta azul o negra, en forma legible y en estricto orden cronológico, con la fecha y la hora de la anotación. Las anotaciones deben de quedar suscritas por el responsable con indicación del nombre, la firma y el código, si lo tuviera.

Queda prohibido utilizar correctores, marcadores para resaltar datos, sellos no autorizados por la Gerencia Médica, realizar anotaciones fuera de los márgenes del formulario y tachaduras, siendo lo correcto corregir los errores en las anotaciones mediante nota aclaratoria firmada y fechada, y hacer anotaciones ajenas a la atención del paciente o que lesionen el principio ético del ejercicio de la profesión.

En todo caso, no deberá quedar espacio entre anotaciones, ni entre éstas y la firma del responsable, evitando así la alteración posterior.

Cuando el establecimiento opere con el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), el registro y almacenamiento de la información relacionada con la atención en salud se hará directamente en éste.

La información registrada estará respaldada por la firma digital o código de acceso exclusivo, asignado al funcionario acreditado para tales efectos, conforme con el procedimiento establecido por la Gerencia Médica a instancia del Comité Institucional del Expediente de Salud, o cuando corresponda, mediante la firma certificada. En tales

casos, los registros se presumirán realizados por dicho funcionario el día y la hora indicados por el sistema en su bitácora. Lo anterior, salvo prueba en contrario

(*) El presente artículo ha sido reformado mediante Sesión de Junta Directiva de CCSS No. 8701-2014 de 13 de marzo del 2014. LG# 81 de 29 de abril del 2014.

Artículo 33.- Uso específico del expediente.

El expediente no se podrá utilizar para fines distintos al consignado en la solicitud de préstamo, ni cambiar el destino sin previa autorización del responsable del Archivo. Tampoco podrán solicitarse expedientes para fines ajenos a los de competencia del solicitante.

Artículo 34.- Agregado de documentos.

Corresponderá al personal de Enfermería, velar porque los reportes de exámenes y otros documentos que le sean entregados, mientras tenga a su cargo el expediente respectivo, se anexen correctamente a éste. Para ello el personal del Archivo brindará la asesoría necesaria.

Artículo 35.- Salida exigida de pacientes.

El personal de Enfermería será responsable porque todo paciente internado que abandone el hospital sin autorización médica (salida exigida), firme la correspondiente exoneración de responsabilidad en su expediente.

Artículo 36.- Fuga de pacientes.

El personal de Enfermería será responsable por el envío inmediato a Admisión del expediente de todo paciente internado que se fugue del servicio a su cargo.

Artículo 37.- Egreso de pacientes.

El personal de Enfermería será responsable por la remisión inmediata a Admisión de los expedientes de los pacientes egresados de hospitalización.

Artículo 38.- Llenado de formularios.

El personal de REDES, y en ausencia de éste, el que se designe, será responsable por los formularios del expediente que les corresponda llenar no contengan errores ni omisiones; por tanto, anotará su nombre y registrará su firma al final de cada uno de ellos.

Artículo 39.- Internamiento.

El personal de Admisión debe asegurarse de que todo paciente que se hospitalice, lo haga junto con su expediente, excepto que su condición de salud lo impida, en cuyo caso coordinará inmediatamente su envío al salón respectivo.

Artículo 40.- Consentimiento informado. (*)

Todo paciente que se vaya a someter a algún procedimiento médico, odontológico o quirúrgico, para el cual, sea requisito la firma del documento de "consentimiento informado", deberá hacerlo de previo, con manifestación expresa de su anuencia o rechazo. A tal efecto el profesional responsable de la atención, deberá asegurarse de brindarle la información requerida y de que éste firme el documento citado".

(*) El presente artículo ha sido modificado mediante sesión No. 7376 de 7 de octubre de 1999. LG# 214 de 4 de noviembre de 1999.

Capítulo V. Archivo de Documentos de Salud

Artículo 41.- Competencia.

Conforme se establece en el artículo 9 de este Reglamento el Archivo es la dependencia especializada de REDES a la cual compete la custodia, el control y la conservación de los expedientes.

Artículo 42.- Restricción de ingreso.

Es prohibido para toda persona ajena al Archivo, el ingreso al área de custodia de los expedientes. Se exceptúa de esta prohibición al personal de REDES expresamente autorizado por motivos de caso fortuito o fuerza mayor. En consecuencia, nadie, excepto estos funcionarios están autorizados para tomar expedientes de los anaqueles.

Artículo 43.- Disponibilidad del Expediente.

Todo expediente que se encuentre en trámite en la unidad de Estadística, se deberá mantener permanentemente a disposición del personal del Archivo.

Artículo 44.- Requisito para usuarios externos.

Todo usuario ajeno al establecimiento debe presentar la respectiva solicitud de expediente por escrito ante la Dirección Médica o autoridad designada, la cual debe establecer si ésta implica uso personalizado del expediente, en cuyo caso, será necesario anexar la autorización del paciente. El expediente de salud expresamente autorizado conforme a este procedimiento, no podrá salir del área física del Archivo. Se hace la salvedad del expediente requerido por autoridad judicial competente, conforme a lo estipulado en el Artículo 27 del presente reglamento.

Artículo 45.- Control interno.

El responsable del Archivo deberá velar porque todo expediente se conserve en óptimas condiciones, que esté archivado al día, que se aplique correctamente los controles de préstamo y se respete los plazos de préstamo autorizados.

Artículo 46.- Métodos de archivo e identificación.

El Archivo utilizará como método para el archivado del expediente, el sistema dígito terminal o bien aquel que llegare a oficializar la Caja por medio de la Gerencia de División Médica.

Artículo 47.- Suministro de formularios.

El Archivo definirá y comunicará a la Proveduría, el criterio que regirá la distribución de los formularios del expediente, de acuerdo con el uso autorizado de éstos en el establecimiento respectivo.

Artículo 48.- Uso de la guía de reemplazo.

Todo expediente extraído de su anaquel, deberá ser sustituido por la correspondiente "guía de reemplazo", en la cual se indicará como mínimo: la fecha del préstamo, el responsable y su destino.

Artículo 49.- Evaluación técnica.

El Comité Local de Expedientes de Salud establecerá la oportunidad y los procedimientos bajo los cuales se realizará la "evaluación cualitativa" del expediente en el establecimiento respectivo. Será responsabilidad de la Jefatura de REDES disponer lo pertinente para que, conforme al criterio técnico establecido, se realice en forma permanente la "evaluación cuantitativa " y la compaginación de éste.

Capítulo VI. Conservación de los Expedientes

Artículo 50.- Expediente Pasivo.

Se denomina expediente pasivo, aquel que no haya sido utilizado para la atención del paciente, durante los últimos cinco años. Al efecto cada Archivo establecerá y mantendrá en forma permanente, un programa de depuración de tales expedientes.

Artículo 51.- Archivo Pasivo.

Todo Archivo debe contar con un área adecuada, destinada a la custodia organizada de los expedientes pasivos, producto de la depuración a que se refiere el Artículo anterior.

Artículo 52.- Unidad de Conservación.

Todo Archivo deberá contar con una Unidad de Conservación, responsable de la depuración y conservación de los expedientes y demás documentos derivados de los procesos de atención de pacientes.

Artículo 53.- Conservación de documentos.

La Dirección Médica del establecimiento será responsable por la definición de los medios a utilizar para la conservación de los expedientes en el respectivo establecimiento, así del contenido del expediente que se deberá conservar. A tal efecto deberá considerar, entre otros aspectos, el costo, el beneficio y la normativa vigente.

Artículo 54.- Fidelidad.

A la Unidad de Conservación le corresponderá comprobar la fidelidad y la calidad de la imagen de los documentos conservados mediante sistemas microfotográficos, magnéticos u otros, antes de recomendar la destrucción de los originales.

Artículo 55.- Archivo de documentos procesados

El archivo de expedientes conservados en imágenes, medios magnéticos u otros, estará regido por las mismas disposiciones que este Reglamento establece para el Archivo activo en lo que se refiere a acceso, préstamo y custodia de la documentación; con las excepciones técnicas y lógicas derivadas de la modalidad de conservación que se aplique.

Artículo 56.- Reactivación de expedientes

La reactivación de expedientes conservados en imágenes, medios magnéticos u otros, se realizará conforme a las disposiciones establecidas por la Dirección Médica del establecimiento.

Artículo 57.- Destrucción de expedientes y documentos

Toda destrucción de expedientes o documentos relacionados con la atención de los pacientes en cualquier establecimiento, independientemente del medio utilizado, debe ser autorizada expresamente por la Comisión Institucional de Selección y Eliminación de Documentos, en tanto se dicte norma expresa.

Artículo 58.- Supervisión

La Supervisión en REDES será responsable por la verificación de la correcta aplicación del presente Reglamento en los establecimientos de la circunscripción geográfica a su cargo; así como de informar a su superior inmediato sobre los casos en los cuales no se cumpla con lo aquí dispuesto.

Código Penal, Artículo 203. Será reprimido con prisión de un mes a un año, o de treinta a cinco días multa el que teniendo noticias por razón de su estado, oficio, empleo, profesión, o arte, de un secreto cuya divulgación puede causar daño, lo revelare sin justa causa.

Código Penal, Artículo 337. Será reprimido con prisión de dos tres años, el funcionario público que divulgare hechos, actuaciones o documentos, que por ley deben quedar secretos.

Departamento Legal de la CCSS, (Mayo 2 de 1988) "... la información de un expediente clínico sólo puede ser facilitada a su dueño, o a alguien debidamente autorizado por él; y en su defecto a una autoridad judicial..."

Código de Familia, Artículo 144. "...cuando sea necesario una hospitalización o intervención quirúrgica decisiva e indispensable para guardar la salud o la vida del menor queda autorizada la decisión facultativa pertinente aún contra el criterio de los padres."

San José, 14 de setiembre de 1999.- Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria Junta Directiva.-1 vez.C-26150.-(60980).