

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Edición N°: 1

Revisión N°: 2

Fecha: Diciembre de 2015

Fecha: Septiembre de 2019

Responsable: Jefe de Gestión de la información

Área: Gestión de la Información

PROCESO DE GESTIÓN ESTADISTICA

Manuel Uribe Angel

E.S.E HOSPITAL

Vinculados con la Vida!

Elaboró: Lina Marcela Gil - Profesional
Universitario

Aprobó: Martha Lucía Vélez Arango
Gerente

Firma:

Firma:

**Resolución Número 2926
(28 de diciembre de 2015)**

Por medio de la cual se Adapta el Proceso de Gestion Estadística

El Gerente de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel Envigado, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias y

CONSIDERANDO

1. Que se hace necesario caracterizar cada uno de los procesos de acuerdo con los procedimientos ejecutados en cada uno de ellos; por medio de la metodología Matriz Wh: que incluye el Qué, Quién, Cuando, Como y Por Qué, se debe hacer el procedimiento
2. Que se considera importante describir paso a paso las actividades que se desarrollan en cada uno de los procedimientos, para garantizar la unificación en la ejecución de éstos y así lograr el cumplimiento del objetivo del proceso y la entrega del producto final conforme a los requerimientos del cliente del proceso.
3. Que se requiere identificar las entradas, salidas, clientes, proveedores y los requerimientos de calidad de éstas, para lograr la articulación de los procesos institucionales contemplados en la cadena de valor.
4. Que se hace necesario generar unas advertencias que se conviertan en los puntos de control que no pueden omitirse, recalando la importancia de actividades del procedimiento.

RESUELVE

Artículo Primero: adóptese y cúmplase con los lineamientos descritos en el proceso de Gestion estadística de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel.

Dado en Envigado a los veintiocho días del mes de Diciembre de 2015.

MARTHA LUCÍA VÉLEZ ARANGO
Gerente

HOJA DE CONTROL DEL DOCUMENTO

EDICIÓN	REVISIÓN	FECHA	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	OBSERVACIONES
1		Diciembre de 2015	Lina Marcela Gil	Diana Marcela Saldarriaga	Martha Lucia Vélez Arango	
1	1	Abril de 2016	Lina Marcela Gil	Diana Marcela Saldarriaga	Martha Lucia Vélez Arango	Se adiciona el procedimiento Gestión Requerimientos de Información Estadística y de Historia Clínica
1	2	Septiembre de 2019	Lina Marcela Gil	Diana Marcela Saldarriaga	Martha Lucia Vélez Arango	Se realiza revisión general del proceso

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

 Manuel Uribe Angel E.S.E. HOSPITAL <i>Vinculados con la Vida!</i>	NOMBRE DEL MACROPROCESO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	NOMBRE DEL PROCESO	Gestión Estadística
		CÓDIGO DEL PROCESO	PET004
		FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	Septiembre de 2019
		APROBADO POR:	Gerencia

OBJETO: Procesar los datos registrados en los diferentes subsistemas de información, realizando el proceso de validación de los datos capturados para garantizar la entrega de información clara, precisa, confiable y oportuna de manera que permita la generación de informes e indicadores para la toma de decisiones y el reporte de la misma a los diferentes clientes internos y externos.

RESPONSABLE: Profesional Universitario, técnico operativo y los Auxiliares administrativos del área de estadística.

ALCANCE: Inicia con la generación de reportes de los subsistemas de información y la generada por otras áreas, realizando la calidad del dato para luego procesarla y realizar la consolidación y presentación de la información.

ENTRADAS	PROVEEDORES	CONDICIONES
• Datos de admisión y facturación del paciente • Historia Clínica y registros asistenciales. • Datos de los diferentes subsistemas de información • Actas o registros de los diferentes comités • Resultados de las encuestas de satisfacción • Solicitudes de información por los diferentes medios establecidos • Normatividad vigente • Necesidades de información de los clientes internos y externos.	Todos los procesos de la cadena de valor: Gestión Gerencial Gestión Planeación y proyectos Gestión calidad Servicio Urgencias Servicio Hospitalización Servicio Cuidado critico Adultos Servicio Cardioneurovascular Servicio Cuidado Critico Neonatal Servicio Quirúrgico y Obstétrico Servicio de Hematología y Oncología Servicio Consulta Externa Servicio Apoyo Diagnostico y Terapéutico Servicio Farmacéutico Gestión Financiera Gestión de la Información Gestión Talento Humano Gestión Logística Gestión del Servicio Gestión Mercadeo y Ventas Gestión Jurídica Gestión del Ambiente Físico y Medio Ambiente	• Registros completamente diligenciados y oportunos • Calidad y confiabilidad en los datos registrados • Oportunidad en la entrega de información para su consolidación • Información actualizada en los diferentes subsistemas de información (el sistema de información institucional, RUAF, SIVIGILA, entre otros). • Que el cierre de las actividades y la entrega de la información sea oportuna los cinco primeros días hábiles del mes. • Que se encuentre la HC y Registros asistenciales disponibles en el archivo clínico y en el sistema de información

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	CÓMO	DÓNDE	PARA QUÉ
Gestión de reportes estadísticos	Profesional Universitario, técnico operativo y los Auxiliares administrativos del área de estadística.	Mensualmente, los cinco (5) primeros días hábiles del mes y acorde a la periodicidad de los requerimientos normativos	De acuerdo con el procedimiento PTE004-01	En los puestos de trabajo de la oficina de estadística	Entregar información confiable y oportuna para que pueda ser analizada por clientes internos para la toma de decisiones, y a su vez atender los requerimientos de información de los clientes externos.
Gestión de indicadores	Profesional Universitario y técnico operativo del área de estadística.	Mensualmente, los diez (10) primeros días hábiles del mes	De acuerdo con el procedimiento PTE004-02	En la herramienta diseñada para la consolidación y la presentación de los indicadores	Evaluar el cumplimiento del objetivo de los procesos de la cadena de valor institucional.
Gestión estadísticas vitales	Profesional Universitario, técnico operativo y los Auxiliares administrativos del área de estadística.	Semanalmente los días martes, y si es festivo los miércoles antes de las 10 de la mañana	De acuerdo con el procedimiento PTE004-03	En las herramientas diseñadas por las entidades gubernamentales y el área de estadística	Para el diligenciamiento, auditoría y consolidación de la información, que contribuyan con la información demográfica del Municipio y Certificar en un documento legal el hecho vital presentado de nacimientos y/o defunciones

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	CÓMO	DÓNDE	PARA QUÉ
Gestión Requerimientos de Información Estadística y de Historia Clínica	Profesional Universitario, técnico operativo y los Auxiliares administrativos del área de estadística.	A partir de la recepción del requerimiento	De acuerdo con el procedimiento PTE004-04	En los puestos de trabajo de la oficina de estadística	Satisfacer las necesidades de información tramitadas en el área de estadística oportunamente y de acuerdo a lo estipulado en la normatividad vigente con relación a los tiempos de entrega cuando aplique.

PROCESO: Gestión Estadística			
SALIDAS	CLIENTES	INDICADOR	PARAMETRO DE CONTROL
• Informes generados y entregados • Cuadro de mando integral actualizado • Fichas técnicas de indicadores creadas de los servicios asistenciales y/o actualizadas en el CMI. • Certificados hechos vitales diligenciados con calidad • Trámite a las diferentes solicitudes presentadas.	Cliente Interno: Todos los procesos de la cadena de valor. Clientes externos: Entidades gubernamentales, entidades administradoras de planes de beneficios, proveedores, Entes Educativos, Ciudadanos que hayan realizado una solicitud de información específica, entre otros.	• Proporción de cumplimiento en la entrega de información a entes de control. • Tiempo promedio en la entrega de información estadística. • Tiempo promedio en la Publicación en la intranet de la información estadística • Tiempo promedio en la actualización de información del Cuadro de mando integral • Tiempo promedio en la Certificación del hecho vital por responsable (medico certificador) • Tiempo promedio en la respuesta a los derechos de petición radicados al área de estadística.	• El cumplimiento en la entrega de información a entes de control debe ser el 100%. • Entrega de la información estadística menor o igual a 8 días hábiles. • Publicación en la intranet de la información estadística los cinco (5) primeros días hábiles del mes. • Actualización de información del Cuadro de mando integral los diez (10) primeros días hábiles del mes. • Certificación del hecho vital por responsable (medico certificador) un día (24 horas) después de ocurrido el hecho vital. • Respuesta a los derechos de petición radicados al área de estadística quince días hábiles (15 días) después de ocurrido el hecho vital.

DOCUMENTOS/ REGISTROS	RECURSOS	REQUISITOS
-----------------------	----------	------------

• Instructivo para la consolidación y presentación de los Perfiles Estadísticos (IET001). • Fotomulta DATIN • Plan de Mejora Fotomulta DATIN (FET012) • Ficha Técnica Indicadores (FET002) • Instructivo para el diligenciamiento de la ficha técnica de indicadores IET005 • Análisis de Indicadores FET010 • Instructivo para el Análisis de Indicadores IET006 • Validación de Indicadores FET011 • Desprendible del antecedente del registro civil de los certificados de defunción y de nacido vivo (Formato Ente Gubernamental) • Solicitud Certificados Secretaría (Formato Ente Gubernamental) • Registro de control de entrega de los certificados por rango • Registro de Control de Entrega de Certificados uno a uno • Constancia de Defunción • Constancia de Nacimiento • Certificados Defunción por Contingencia • Certificados Nacimiento por Contingencia • Instructivo para el control y gestión de los hechos vitales registrados en el RUAF • Formato Rectificación de Datos	• Software y Hardware • Manual del usuario para el software institucional (ayudas en línea) • Útiles de Oficina • Acceso a Internet con permisos necesarios • Correo electrónico • Formato de los clientes externos	• Reporte de información con datos completos, confiables y actualizados. • Informar a los jefes de áreas y a los diferentes servicios las inconsistencias encontradas para la implementación de acciones de mejora. • Oportunos en la generación de la información, entregar los informes en las fechas estipuladas por los clientes internos y externos • Dejar evidencia del envío de la información • Verificación oportuna de la entrega de la información (para evitar sanciones de los entes reguladores)
---	--	---

CARACTERIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

	DATOS DEL PROCEDIMIENTO	
	CÓDIGO:	PET004-01
	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Gestión de reportes estadísticos
	ACTUALIZACIÓN:	Septiembre de 2019
	APROBADO POR:	Gerencia

ENTRADAS	RESPONSABLE
• Datos de admisión y facturación del paciente • Historia Clínica y registros asistenciales. • Datos de los diferentes subsistemas de información • Actas o registros de los diferentes comités • Resultados de las encuestas de satisfacción • Solicitudes de información por los diferentes medios establecidos • Normatividad vigente • Necesidades de información de los clientes internos y externos	• Gestión servicios • El personal asistencial de los diferentes servicios de la institución y sus respectivos jefes. • Responsables de los diferentes comités institucionales • Procesos responsables de las encuestas de satisfacción: Atención al usuario, Gestión logística, Gestión de la información, Gestión Talento Humano. • Entes gubernamentales • Clientes internos y externos

EJECUCIÓN: (ACTIVIDADES ESENCIALES):

Recopilación de la información del sistema

1. Ingrese al Generador de Reportes del sistema de información de la institución, en el módulo de estadística
2. Seleccione los reportes a procesar, dependiendo de la información que se necesita.
3. Ingrese parámetros requeridos de acuerdo con la información establecida para tal fin del periodo específico, ingresando en forma completa y verídica todos los datos.
4. Exporte la información a un archivo plano en el formato requerido para ser procesada en las herramientas de office como EXCEL o ACCES.

5. Utilizando el Instructivo para la consolidación y presentación de los Perfiles Estadísticos (IET001) proceda a realizar el proceso de validación de los datos registrados en los diferentes subsistemas de información de los cuales está a cargo el área.
6. Verifique que la información de los reportes se encuentra completa, comparando la información suministrada contra la Historia Clínica (HC), registros asistenciales u otro documento, de acuerdo a los lineamientos del instructivo de estadística (IET001).
7. Reseñe las inconsistencias encontradas, si a ellas diera lugar, y realice el reporte de inconsistencias en el formato Fotomulta DATIN de la campaña de la cultura del buen dato y proceda a corregirlas en el sistema de información o en los consolidados generados si ya se hizo el cierre de la atención.
8. Solicite al responsable de la infracción y su jefe inmediato que realicen la acción de mejora utilizando el formato Plan de Mejora Fotomulta DATIN (FET012)

Generación de Informes

9. Actualice los perfiles estadísticos para los clientes internos que requieran la información, ingresando correcta y completamente los datos requeridos en el reporte.
10. Verifique que la información quede correctamente diligenciada
11. Analice estadísticamente la información generada, variaciones y tendencias presentadas con los periodos anteriores, y en caso de que se presenten notifíquelas al profesional universitario para la respectiva gestión.
12. Publique la información generada en la Intranet institucional acorde a las indicaciones dadas por el área de sistemas y comunicaciones.
13. Notifique al jefe inmediato el estado actual de los perfiles, es decir a que fecha de corte se encuentran.
14. Si un cliente interno o externo solicita o requiere información diferente a lo publicado, informe al profesional universitario o al jefe inmediato acerca de la solicitud para dar el visto bueno y proceder a entregarla.
15. Consolide la información en la plantilla o aplicativos de los clientes externos que solicitan la información, según el medio y procedimiento que éste tenga dispuesto para ello.
16. Verifique que la información ingresada a la plantilla sea acorde con la generada en los consolidados de la información de los perfiles de la institución.
17. Envíe la información en los medios dispuestos por cliente externo, verifique que la información haya sido recibida y deje la evidencia del envío.
18. Archive las evidencias de envío ya sea en medio electrónico o en físico en el área.

ADVERTENCIAS:

- Verifique los parámetros de entrada a los subsistemas de información, para la generación de los reportes.
- Si encuentra inconsistencias en los datos generados proceda a reportarlas e informe al jefe inmediato y a los jefes de cada área para implementar acciones de mejora.
- Recuerde ser exhaustivos en la validación de la calidad del dato.
- Cumpla con los tiempos establecidos para la entrega de los informes y verifique el acuso de recibo.
- Recuerde que debe de tener el visto bueno del profesional universitario de estadística y/o el jefe de Gestión de la información para el envío de información a los clientes externos y estos a su vez deben de realizar por algún medio sea escrito o electrónico dicho requerimiento, igualmente para los casos en que requieran información adicional. Si se realiza a través de un correo verifique que sea institucional y no personal.
- Tenga en cuenta las necesidades de las áreas para incluir información que no esté incluida en los perfiles de los servicios.

DEFINICIONES:

No aplica

	DATOS DEL PROCEDIMIENTO	
	CÓDIGO:	PET004-02
	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Gestión de indicadores
	ACTUALIZACIÓN:	Septiembre de 2019
	APROBADO POR:	Gerencia

ENTRADAS	RESPONSABLE
• Normatividad vigente • Necesidades de información de los clientes internos y externos • Actas o registros de los diferentes comités • Perfiles de producción de los diferentes servicios	• Clientes externos: Entes gubernamentales, Entidades administradoras de planes de beneficios, entre otros. • Clientes internos: todos los procesos de la cadena de valor. • Responsables de los comités • Área de estadística- Gestión de la información

EJECUCIÓN: (ACTIVIDADES ESENCIALES): - Al momento de crear un indicador se debe de analizar dicha necesidad utilizando el formato Validación de Indicadores FET011, para evaluar los criterios de: pertinencia, relevancia, independencia, oportunidad, simplicidad, costo, confiabilidad, no redundancia, focalización, y participación. - Proceda a crear la ficha técnica del indicador utilizando el formato FET002 y su respectivo instructivo IET005. - Verifique la nominación del indicador así como las fórmulas para su cálculo. - Reciba la información de los diferentes procesos de la cadena de valor y comités de los cuales no es responsable el área de estadística, como: Comité de eventos de seguridad, Comité de infecciones asociadas al cuidado de la salud, Atención al usuario, Calidad, procesos administrativos. - Ingrese la información o datos requeridos en la base de datos de indicadores, verificando que la información quede correctamente diligenciada de acuerdo a lo establecido en las fichas técnicas de indicadores de cada uno de ellos. - Ingrese a los cuadros operativos de cada proceso y proceda a actualizar los respectivos gráficos y/o tablas. - Analice la información generada, variaciones y tendencias presentadas, y en caso de ser necesario corrija o verifique con el generador del dato primario la información. - Publique la información generada en la Intranet institucional acorde a las indicaciones dadas por el área de sistemas y
--

comunicaciones.

13. Notifique a los diferentes procesos para que evalúen el nivel de cumplimiento y propongan las estrategias para llegar a los resultados esperados del plan estratégico de la institución; utilizando el formato Análisis de Indicadores FET010, y su respectivo instructivo IET006.
14. Notifique al jefe inmediato el estado actual de los indicadores, es decir a que fecha de corte se encuentran.
15. Guarde en el archivo electrónico la notificación de recibo del correo enviado
16. Archive en medio electrónico o en físico las evidencias de envío de la información.

ADVERTENCIAS:

- Actualice permanentemente las metas de los indicadores.
- Las metas de cada indicador deben de estar previamente definidas con los responsables del proceso
- Verifique Formulas del formato cuadro de mando integral, que estén acorde a lo definido en la fichas técnicas de indicadores.
- Informe a las diferentes áreas en caso de que le falte información o de ser necesario devuelva la información si no es correcta e informe cuando no se ha generado a tiempo, reporte al jefe de la Oficina de Gestión de la información para que lo reporte al comité técnico o a la gerencia
- Recuerde la actualización o la definición de la ficha técnica de indicadores de las diferentes áreas anualmente o de acuerdo a las políticas institucionales o por normatividad

DEFINICIONES:

Cuadro de Mando Integral: Es un sistema que nos permite a partir de los objetivos estratégicos y de cada proceso, definir la contribución de cada uno de los factores claves de éxito, las metas a alcanzar y las iniciativas, programas y proyectos para lograrlos.

Visualizar la manera como los objetivos organizacionales se convierten en objetivos específicos o metas para cada uno de los procesos; la manera como se diseñan los indicadores con los cuales hemos de medir su alcance y las iniciativas para lograrlo.

Es un Sistema de Dirección y Gestión Estratégica Operacional que integra objetivos, indicadores, metas y planes de acción, con el fin de cumplir los resultados definidos por la institución. (1)

1. López H, Jorge. Metodología para la construcción de Cuadros de Mando (BSC) y Tableros de Control. Seminario Sistemas de Indicadores de Gestión y Evaluación de Resultados (3: 2004: Medellín) Memorias. Facultad de Ingeniería; Universidad de Antioquia.

	DATOS DEL PROCEDIMIENTO	
	CÓDIGO:	PET004-03
	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Gestión estadísticas vitales
	ACTUALIZACIÓN:	Septiembre de 2019
	APROBADO POR:	Gerencia

ENTRADAS	RESPONSABLE
• Historia Clínica y registros asistenciales. • Datos de los diferentes subsistemas de información • Desprendibles del antecedente del registro civil de los certificados de defunción y de nacido vivo.	• Personal médico responsable de certificar el hecho vital (nacimiento o defunción) de cada servicio. • Personal del área de estadística • Personal encargado de custodiar los desprendibles en los servicios de obstetricia y almacén urgencias

EJECUCIÓN: (ACTIVIDADES ESENCIALES):

1. Diligenciar el formato Solicitud Certificados Secretaría
2. Enviar el correo electrónico a la secretaria de salud solicitando el número de certificados que se necesitaran para el mes siguiente, teniendo en cuenta el stock y la cantidad de certificados ingresados en el RUAF.
3. Solicitar al servicio de mensajería la recolección de los certificados en la secretaria de salud y protección social del Municipio.
4. Verificar la numeración de los certificados entregados con la relación de entrega de la Secretaría de Salud y Protección social del Municipio, en caso de ser necesario notificar los hallazgos.
5. Descargue en la base de datos Gestión de Certificados el inventario de los certificados que recibe.
6. Diligencia el formato Registro de control de entrega de los certificados uno a uno y por rangos para cada servicio. Diríjase a los servicio de cirugía en obstetricia y al almacén de urgencias los cuales son los encargados de suministrar los certificados de defunción y de nacido vivo.
7. Verifique que haya quedado correctamente registrada la numeración de los certificados

8. Haga firmar el registro de control de entrega por rangos.
9. Realice la actualización del stock de certificados importando la información registrada en el RUAF, y de esta manera verificar en qué estado se encuentra dicho certificado.
10. Contacte al servicio responsable de la custodia de los certificados para validar aquellos que aparecen pendientes de diligenciar, ya que puede estar anulado o pendiente de que el médico lo registre y confirme en el RUAF.
11. En caso de estar pendiente porque el médico no ha registrado el hecho vital, notifique por correo electrónico al jefe inmediato y al médico responsable de la certificación, indicándole la importancia de la oportunidad en el registro y las consecuencias que puede tener para la Institución.
12. Registre por contingencia (formatos certificados de defunción y de nacido vivo por contingencia) aquellos certificados que los médicos realizaron en forma manual debido a inconvenientes de disponibilidad o problemas con el usuario del RUAF.
13. Revise que la información de los certificados está completamente diligenciada. Para los certificados de nacido vivo ingrese las variables de hemoclasificación y grupo sanguíneo que estén pendientes y proceda a confirmar el certificado.
14. En caso tal que sean variables que usted pueda modificar hágalo, recuerde que los diagnósticos son solo variables que puede cambiar el personal médico.
15. Si la variable que hace falta por diligenciar es responsabilidad del personal médico, hágaselo saber para que ingrese el dato lo más pronto posible.
16. Semanalmente realice la auditoría del RUAF establecida por la Secretaría de Salud y Protección Social del Municipio, y envíela por correo electrónico confirmado la recepción del mismo.
17. Notifique a los jefes inmediatos y a los médicos certificadores los hallazgos encontrados en la auditoría que realiza la secretaria de Salud y Protección Social del Municipio para su respectiva corrección y acción de mejora.
18. Atienda las solicitudes de corrección de certificados de defunción o de nacido vivo y realice la constancia requerida. Esta debe ir acompañada por e desprendible impreso desde el RUAF y firmado por el médico, y con el original.
19. Se debe registrar en la aplicación de Gestión de Certificados las constancias realizadas con su causa para dar a conocer la estadística a los jefes de los servicios asistenciales.
20. Cuando sea necesario anular un certificado solicítelo al profesional universitario de estadística responsable de hacerlo, quien guardara en formato PDF la anulación y lo notificara a la SSPS.
21. Aquellos desprendibles físicos que se anulan se deben enviar mediante un oficio a la SSPS municipal.
22. Asista mensualmente al comité de estadísticas vitales institucional con la información solicitada por el mismo, llevando además los indicadores de oportunidad en el diligenciamiento de los certificados.
23. El profesional universitario de estadística asistirá trimestralmente al comité de estadísticas Vitales convocado por la SSPS Municipal.

Todas las actividades están detalladas en el instructivo para el control y gestión de los hechos vitales registrados en el RUAF.

ADVERTENCIAS:

- En caso de pérdida de un certificado se debe formular la respectiva denuncia en una inspección por parte de la persona que lo esté custodiando en el momento de la pérdida, especificando si el certificado estaba diligenciado o no.
- Los certificados no deben ser fotocopiados, y en ningún caso se le debe entregar fotocopia a los pacientes
- Cuando el bebé nace vivo y fallece, se debe diligenciar ambos certificados: certificado de nacido vivo y de defunción y se informa a la familia que debe realizar las gestiones correspondientes ante una notaría del municipio (Envigado) y se deja nota en la historia clínica de la entrega de ambos certificados y se deben diligenciar ambos en el sistema institucional.
- Recuerde tener en cuenta la normatividad vigente y seguir los lineamientos expuestos por el ente de control
- Cuando el fallecido no sea del municipio y se vaya a realizar el traslado al municipio de residencia se debe informar a los familiares que debe de hacer la gestión del traslado del cadáver en el lugar correspondiente (inspección de policía del municipio de Envigado)
- Si encuentra inconsistencias ó falta información y es de fácil verificación y no son datos clínicos, proceda a corregirlas contra la Historia Clínica del usuario e informe al jefe de su área para implementar acciones de mejora y retroalimente al médico en caso de ser necesario para completar información
- Confronte la información contra la historia clínica
- Recuerde la importancia de digitar correctamente los datos en el sistema para evitar posibles inconsistencias en la información.
- En caso de pérdida de un certificado se debe formular la denuncia correspondiente en una inspección por parte de la persona que lo esté custodiando en el momento de la pérdida, especificando si el certificado estaba diligenciado o no
- Los certificados no deben ser fotocopiados, y en ningún caso se le debe entregar fotocopia a los pacientes
- Recuerde tener en cuenta la normatividad vigente de los entes de control
- No olvide que siempre debe corroborar la información antes de guardarla en el sistema
- Todos los certificados (defunción y nacido vivo) deben quedar en el sistema en estado confirmado.
- Verifique que la cantidad que es recibida es la misma enviada diligenciada
- Garantice las medidas necesarias para la cadena de custodia de estos certificados
- Recuerde enviar el archivo de auditoria semanalmente a la secretaría de salud municipal.
- En caso tal de que la secretaria de salud, haga devolución del archivo de auditoria, corríjalo siguiendo sus instrucciones.
- Recuerde notificar las dudas o inconvenientes presentados con el RUAF a la mesa de ayuda del Ministerio de Salud y Protección Social, con copia a la SSPS Municipal.

DEFINICIONES:

RUAF–ND: Registro Único de Afiliación de Nacimientos y Defunciones.

Es un aplicativo donde se debe ingresar toda la información del nacimiento y/o defunciones. Cada hecho vital tiene una persona que lo certifica, que a su vez, posee usuario y clave para proceder a ingresar la información.

HECHO VITAL: Son Hechos Vitales los Nacimientos, Defunciones, Matrimonios. La captura de datos de los mismos se efectúa por medio de Registros Administrativos (del Registro Civil), abarcando todas las variables que cada hecho implica: sexo, edad, causa, lugar de ocurrencia, etc.

Los certificados de defunción y de nacido vivo son los antecedentes para registrar la defunción o el nacido vivo.

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO: Es el certificado que debe diligenciar el profesional de salud certificando un nacimiento. Este certificado es el que se debe presentar en el momento de realizar el registro civil de nacimiento.

CERTIFICADO DE DEFUNCION: Es el certificado que debe diligenciar el profesional de salud certificando una defunción. Este certificado es el que se debe presentar en el momento de realizar el registro civil de defunción.

SSPS: Secretaría de Salud y Protección Social

	DATOS DEL PROCEDIMIENTO	
	CÓDIGO:	PET004-04
	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Gestión Requerimientos de Información Estadística y de Historia Clínica
	ACTUALIZACIÓN:	Septiembre de 2019
	APROBADO POR:	Gerencia

ENTRADAS	RESPONSABLE
Necesidades de información de los clientes internos y externos.	- Área de estadística- Gestión de la información - Área de sistemas – Gestión de la información

EJECUCIÓN: (ACTIVIDADES ESENCIALES):

Trámite a los derechos de petición radicados al área de estadística:

1. Recibir la solicitud en la taquilla de radicación de la institución.
2. Ingresar a la aplicación de Gestión documental para visualizar el oficio y proceder con el trámite.
3. Registrar en el Help Desk institucional dicha solicitud y el motivo del mismo.
4. Realizar el oficio de respuesta de acuerdo al formato institucional con los campos requeridos, imprimir el original y una copia.
5. Adjuntar los anexos que se requieran en caso de ser necesario.
6. Entregarlo al encargado de la unidad de correspondencia para ser direccionado a la entidad y/o persona correspondiente
7. Cerrar en el Help Desk el ticket cuando el trámite haya terminado.

Trámite a las solicitudes de información estadística:

1. Recibir la solicitud por los diferentes medios establecidos.
2. Registrar en el Help Desk institucional dicha solicitud y el motivo del mismo.

3. Realizar el oficio de respuesta, si es físico debe ser de acuerdo al formato institucional con los campos requeridos, imprimir el original y una copia, y entregarlo al encargado de la unidad de correspondencia para ser direccionado a la entidad y/o persona correspondiente. Si es electrónico realizarlo a través del correo institucional.
4. Adjuntar los anexos que se requieran en caso de ser necesario.
5. Cerrar en el Help Desk el ticket cuando el trámite haya terminado.

Trámite a la solicitud de rectificación de datos de la Historia Clínica por el paciente:

1. Recibir la solicitud del paciente en el área de estadística para la rectificación de datos.
2. Ingresar a la aplicación de Gestión documental para visualizar el oficio y proceder con el trámite.
3. Registrar en el Help Desk institucional dicha solicitud con la categoría "Rectificación de Datos de HC Externo" y el motivo del mismo.
4. El personal de estadística solicitará mediante correo electrónico la rectificación del dato al jefe del servicio asistencial, a través del correo electrónico institucional.
5. El jefe del servicio asistencial coordinará quien será el responsable de realizar las notas aclaratorias y mediante correo electrónico institucional solicitará al área de sistemas la apertura de la Historia Clínica indicando el motivo. Para dar respuesta a estadística en el término de seis (6) días hábiles, luego de recibir la solicitud por parte de ellos.
6. El jefe del servicio asistencial garantizará que el personal encargado de dicha actividad notifique al personal de sistemas y estadística cuando se haga el egreso del paciente.
7. Diligenciar el formato rectificación de datos y anexar los documentos que sean necesarios, imprimir el original y una copia.
8. Escanear el formato de rectificación de datos y subirlo a la Historia Clínica Electrónica (HCE) en la opción de documentos administrativos escaneados en la carpeta "Rectificación de Datos".
9. Cuando no diera a lugar la rectificación de datos el jefe del servicio debe realizar el oficio de acuerdo al formato institucional con los campos requeridos, justificando el por qué no es procedente realizarlo. Imprimir el original y una copia.
10. Adjuntar los anexos que se requieran en caso de ser necesario.
11. Entregarlo al encargado de la unidad de correspondencia para ser direccionado a la entidad y/o persona correspondiente.
12. Cerrar en el Help Desk el ticket cuando el trámite haya terminado.

Trámite a la solicitud de rectificación de datos de la Historia Clínica por personal institucional:

1. El personal realizará la solicitud de rectificación de datos de la historia clínica electrónica al jefe del servicio asistencial donde se realizó el registro.
2. El jefe del servicio asistencial coordinará quien será el responsable de realizar las notas aclaratorias y mediante correo electrónico institucional solicitará al área de sistemas la apertura de la HCE indicando el motivo.
3. El personal de sistemas registrará en el Help Desk dicha solicitud con la categoría "Rectificación de Datos de HC Interno"

y el motivo del mismo. El término máximo para atender la solicitud será de un (1) día hábil contado a partir de la recepción del correo.

4. El jefe del servicio asistencial garantizará que el personal encargado de dicha actividad notifique al personal de sistemas cuando se haga el egreso del paciente.

ADVERTENCIAS:

- El término máximo para atender el derecho de petición será de quince (15) días hábiles contados a partir del día siguiente a la fecha de su recibo.
- En caso de ser necesario escale al área jurídica teniendo en cuenta el vencimiento de términos.
- Las solicitudes del cliente externo deben ser radicadas en el área de Gestión documental de la Institución.
- El término máximo para atender la solicitud de rectificación de datos de la Historia Clínica por el paciente será de ocho (8) días hábiles contados a partir del día siguiente a la fecha de su recibo. Cuando no fuere posible atender el reclamo dentro de dicho término, se informará al interesado los motivos de la demora y la fecha en que se atenderá su reclamo, la cual en ningún caso podrá superar los ocho (8) días hábiles siguientes al vencimiento del primer término.
- Para la rectificación de datos de las HCE por el cliente interno, el área de sistemas debe validar que el correo contenga la información necesaria para proceder con el trámite.
- Para modificaciones en los datos sociodemográficos no se requiere apertura de historia clínica.
- Una vez realizadas las notas aclaratorias para rectificar los datos, garantizar el cierre de la HCE con la fecha de egreso que debe coincidir con la fecha de finalización de la atención.
- En las respuestas por correo electrónico institucional solicitar la confirmación de entrega y de lectura, para que queden como soporte de entrega.

DEFINICIONES:

Ley Estatutaria 1581, del 17 de octubre de 2012:

“Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”. La presente ley tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma.