

IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA COMO SISTEMA DE INFORMACION DE SALUD EN COLOMBIA

IMPORTANCE OF THE ELECTRONIC CLINICAL HISTORY AS A HEALTH INFORMATION SYSTEM IN COLOMBIA

Jenny Alexandra Rojas Camargo

RESUMEN

La historia clínica es uno de los pilares fundamentales, en el sistema de información en salud en nuestro país. El presente artículo analiza la historia clínica, sus partes y la importancia que tiene esta al ser electrónica, en la identificación de las patologías, la evolución y tratamiento que se brinda a los pacientes en las instituciones de salud, siendo como principal objetivo conocer las cualidades y falencias que tienen para mejorar los accesos al servicio de salud y su interpretación por parte del paciente y su familia.

Palabras clave:

Historia clínica, servicios de salud, patologías, evoluciones, tratamiento, información, sistemas de información.

ABSTRACT

The clinical history is one of the fundamental pillars in the health information system in our country. This article analyzes the clinical history, its parts and the importance that this has to be electronic, in the identification, of pathologies, the evolution and treatment that is offered to patients in health institutions, with the main objective being to know the qualities and shortcomings that they have to improve access to the health service and its interpretation by the patient and his family.

Keywords:

Clinical history, health services, pathologies, evolutions, treatment, information, information systems.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad los sistemas de información juegan un importante papel en el diario vivir, permitiendo que la población acceda a temas de interés, necesarios y de gran utilidad para el desempeño de sus funciones. En salud es vital para mejorar la efectividad y garantizar la productividad financiera. Sin embargo, se debe entender que es una serie de procesos complejos entre el prestador del servicio, en este caso el personal de salud y el paciente, que deben tener conceptos claros para brindar la información adecuada y mejorar el acceso de los servicios de salud a la población.

Los sistemas de información en salud permiten conocer el estado actual de la condición clínica de una persona, teniendo en cuenta los antecedentes, el desarrollo de una patología, su evolución y tratamiento indicado, este sistema se encuentra en las historias clínicas que se diligencian en los centros de salud y hospitales, en donde la población acude en busca de ayuda para sus problemas. Para lo cual debe ser claro, preciso, evitando errores en la información brindada sobre el paciente.

La historia clínica como sistema de información, ha tenido avances en la tecnología electrónica, permitiendo funciones tradicionales de las historias de papel, como el ingreso de información de los usuarios , antecedentes , patologías relacionadas y tratamiento instaurado , llevando así un resumen de la evolución, que permita al medico y personal de salud llevar un control de ellos, activamente y en el mismo momento, logrando disminuir el tiempo de atención y estancia en los pacientes, aumento la satisfacción de ellos por el servicio prestado.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo general

Conocer la importancia de la historia clínica electrónica como sistema de información de salud en Colombia.

1.1.2. Objetivos específicos

- Exponer los fundamentos históricos que muestran la evolución del sistema de información de salud en Colombia

- Analizar la historia clínica en función de la construcción de un sistema de información de salud
- Conocer las cualidades y falencias de la historia clínica como sistema de información en salud

2. METODOLOGÍA

Este artículo está orientado hacia la búsqueda y análisis documental de la historia clínica electrónica como sistema de información en salud, a partir de conceptos como historia clínica, avances electrónicos, calidad y sistemas de información. El rastreo bibliográfico se centró en textos de investigación que nombraban estos temas. También se tuvieron en cuenta textos clásicos relacionados con el tema de esta investigación. La búsqueda para la revisión bibliográfica se realizó en revistas electrónicas indexadas y libros publicados sobre este tema en el contexto de ciencias en salud, además de la búsqueda a través de bases de datos especializadas en el tema. La estrategia fue la investigación documental y la técnica de generación de información fue la revisión bibliográfica. La técnica de análisis de la información fue el análisis de contenido, el cual se centra en reflexionar los datos generadores de sentido.

3. DESARROLLO

La historia clínica es la relación de los eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el paciente sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio prejuicio. Además, se registran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado (Guzmán, 2012).

La calidad de la historia clínica es entendida como la piedra angular de todo el sistema información hospitalario (Terrada y Bonet, 1998), es un tema esencial y el papel de los archivos de historias clínicas y servicios de documentación clínica, al respecto, se materializa en tres grandes áreas:

- El establecimiento de manuales de procedimiento para la complementación de los documentos clínicos y la organización de la historia clínica en forma de guías de uso.
- La vigilancia del diseño adecuado de la estructura de la historia clínica y de los documentos clínicos. Normalización y diseño de formatos.

- La realización de revisiones de historias para determinar su calidad y proponer medidas de mejora (Guzmán et al., 1995).

4. FUNDAMENTOS DE LA HISTORIA

4.1. BASE CIENTÍFICA Y HUMANA

Si por conocimiento entendemos el conjunto de representaciones intelectuales sobre las cuales tenemos certeza de verdad, es necesario distinguir entre el conocimiento vulgar y el conocimiento científico. El primero simplemente conoce la cosa o el hecho, sin dar explicaciones, ni razones metódicas. El segundo en cambio explica y razona sobre las cosas y los hechos conocidos y los expresa con cuidado para evitar errores.

La ciencia es pues una forma coherente y sistemática de conocimiento que acepta y explica la realidad, predice su conducta y la controla. El cuerpo de ideas, obtenido después de probar la certeza del conocimiento, constituye la ciencia, es decir el conocimiento racional sistemático, exacto y verificable. La ciencia busca construir explicaciones a partir de observaciones organizadas y logradas en condiciones reconocidas como válidas (Guzmán et al., 1995).

4.2. PARTES DE LA HISTORIA CLINICA

4.2.1. Anamnesis

Es el punto esencial de contacto entre el médico y el paciente. Se basa en la confianza, respeto y sinceridad de ambas partes. Los cuatro primeros elementos son: la presentación mutua, la toma de datos generales, el registro del motivo de consulta y la enfermedad actual como el paciente mismo lo describe.

4.2.2. Examen Físico Inicial

Esta constituido por la percepción sensorial del médico y sus elementos constitutivos siguen la inspección, palpación, percusión y auscultación.

4.2.3. Diagnóstico de Ingreso

La importancia del diagnóstico radica en varios aspectos: aclara lo que no se conoce con el fin de evaluar la gravedad del asunto; orienta el camino terapéutico que se debe seguir; organiza la

secuencia de eventos, encaminada a buscar la curación o el alivio; integra el concurso de recursos técnicos y humanos para tales fines; controla el resultado de la intervención médica; es la base para efectuar pronósticos; en fin, es la esencia misma del acto médico. El diagnóstico es una hipótesis de trabajo. Para ello debe recordarse que las hipótesis son proposiciones que pueden ser puestas a prueba para verificarlas y determinar su validez. Deben ser conceptualmente claras, objetivas y específicas y poder ponerse a prueba con las técnicas disponibles.

4.2.4. Exámenes Paraclínicos

Son aquellos que se obtienen por medio de la tecnología e incluyen el laboratorio clínico, las imágenes diagnósticas y las pruebas funcionales, entre otros. Sirven para confirmar una sospecha clínica. En ningún momento son búsquedas al azar. Aunque existen algunos exámenes de laboratorios básicos, cada una de las pruebas paraclínicas debe analizarse, justificarse y evaluarse cuidadosamente, pues todas son costosas.

4.2.5. Procedimientos Diagnósticos Invasivos

Entran dentro de la categoría de elementos de confirmación o descartar de una sospecha clínica justificada. Todos tienen algún tipo de riesgo y su costo es elevado. Por lo anterior, deben ir acompañado del consentimiento informado.

4.2.6. Evolución

Registra el desarrollo de las condiciones del paciente en el curso de los siguientes días, semanas, meses o años de tratamiento. Las notas de evolución deben ser cuidadosas y transcribirse luego de analizar lo ocurrido en días anteriores.

4.2.7. Procedimientos Invasivos Terapéuticos

Debido a que forman parte del arsenal médico y representa franco riesgo siempre se deben acompañar del documento de consentimiento.

4.2.8. Descripción

En los procedimientos invasivos, particularmente los de tipo quirúrgico, se describen paso a paso las circunstancias que llevan a los hechos, las decisiones tomadas y los efectos producidos. Ellas son la justificación del acto terapéutico invasivo y por lo tanto deben ser meticulosas.

4.2.9. Informe de Complicaciones

Debe distinguirse entre los diversos tipos de eventos que ocurren en los pacientes:

- Iatrogenia
- Accidente
- Complicación
- Complicación culposa

4.2.10. Documentos Especiales

Hacen referencia a elementos poco frecuentes de la relación entre médico y paciente e incluso entre otros: abandono de tratamiento, abandono del hospital, algunas quejas especiales, autorización de donaciones, autorización de abandono de procedimiento en caso de enfermedad terminal.

4.2.11. Autopsia

La auditoría médica más implacable es el Departamento de Anatomía Patológica que esencialmente, evalúa el error y el actuar médico. La autopsia clínica hospitalaria es complicada, pues el patólogo debe tener conocimiento complejo de la historia clínica, formación científica profunda, habilidad para encontrar las causas de la enfermedad y estructuración profesional suficiente para poder explicar las causas de la muerte.

4.2.12. Resumen de Historia

Debe ser claro, objetivo, concreto y ajustado a la verdad de los eventos en su totalidad. De su estructura depende la credibilidad del acto médico ante los pacientes y de los profesionales de la salud ante la sociedad.

5. HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, que se encuentran contenido en sistemas de información y aplicaciones de software con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa estrictas

condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, intangibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente. Los prestadores de servicios de salud estarán obligados a diligenciar y disponer los datos, documentos y expedientes de la historia clínica en la plataforma de interoperabilidad (Guzmán, 1999)

5.1. HISTORIA CLINICA PARA EFECTOS ARCHIVISTICOS

Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio de estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado (SSISDP, 2009).

5.2. CUSTODIA Y SEGURIDAD DE LA HISTORIA CLINICA

Mediante la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud se establece la obligación que tienen los prestadores de servicios de salud, de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magnéticos y ópticos, cuando así lo consideren conveniente. Junto con esta previsión legal, se establece que aquellos programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, junto con los equipos donde esta esté soportada, deberán ser provistos de mecanismos de seguridad que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la historia clínica una vez se registren y guarden los datos.

Junto con esta medida de seguridad, el Ministerio de la época continua con su discurso de avanzada, al obligar a los prestadores de servicios de salud a proteger la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

Quienes administren las historias clínicas de los pacientes deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante indicadores u otros medios que replacen la firma y el sello de las historias medios físicos, para con ello establecer con exactitud quien realice los registros, así como la hora y la fecha del registro.

En cuanto a la conservación general de las historias clínicas, el artículo 25 de la ley 594 de 2000 plantea la imperiosa necesidad de implementar para este tipo de registros reglamentación específica relacionada con los tiempos de retención documental. Dicha observación fue en la

resolución 839 de 2017, en cuyo artículo 3, se establece que la historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, por un periodo general mínimo de 15 años y uno especial de treinta para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al derecho internacional humanitario, contados en ambos casos a partir de la fecha de la última atención.

Para ellos se diseñan dos diferentes niveles, que pretenden garantizar la forma en la que, de forma estructurada, se debe garantizar el archivo y consulta de la información médica de los pacientes. De su forma, durante los cinco primeros años dicha retención y conservación se hará en el archivo de gestión y los diez años siguientes en el archivo central. En proporción, para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al derecho internacional humanitario, los tiempos de custodia en estos niveles serán de diez y veinte años, respectivamente.

Para salvaguardarse el interés que puede tener el paciente, titular de dicha historia clínica, una vez cumplidos los tiempos de custodia se debe garantizar la entrega directa de esta a su titular, para lo cual se dispone la publicación de mínimo dos avisos en un diario de amplia circulación nacional, con un intervalo de ocho días entre el primer aviso y el segundo, en los que indicara el plazo y las condiciones para la citada entrega, plazo que podrá extenderse hasta por dos meses más, contados a partir de la publicación del último aviso.

Además, si al momento en tener en custodia una historia clínica esta se constituye como prueba dentro de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la entidad a cuyo cargo se encuentre la custodia, utilizando para tal fin los medios que considere necesarios.

Con ello se advierte como veinte años antes de las incorporaciones normativas de la ley 2015 de 2020 ya existía una preocupación latente por salvaguardar la integridad de la información personal relacionada con la atención médica y los padecimientos físicos y psicológicos de las personas. Habría que plantearse si con los cambios técnicos que presenta la historia clínica electrónica interoperable los términos previamente relacionados tienen la misma vigencia o así, por el contrario, tendrán que ser modificados, habida cuenta de las ventajas que, en términos de seguridad, disponibilidad e integridad, plantea el sistema.

En este momento la ley colombiana en materia de historia clínica electrónica determina como medidas concretas de seguridad y custodia de información, adicionales a las ya mencionadas, las consignaciones en sus artículos 13:

Los actores deberán establecer un plan de seguridad y privacidad de la información, seguridad digital y continuidad de la prestación del servicio, para lo cual establecerán una estrategia a través de la cual deberán realizar periódicamente una evaluación del riesgo de seguridad digital, que incluya una identificación de las mejoras a implementar en su Sistema de Administración del Riesgo Operativo. Para lo anterior deberán contar con normas, políticas, procedimientos, recursos técnicos, administrativos y humanos necesarios para gestionar efectivamente el riesgo mediante la adopción de los lineamientos para la administración de la seguridad de la información y la seguridad digital que amita el Ministerio de Tecnología de la Información y las Comunicaciones o quien haga sus veces.

Para dicha evaluación de riesgo vale la pena tener en cuenta las figuras que completa el GDPR relativas a la evaluación de impacto que evalúa el origen, la naturaleza, la particularidad y la gravedad del riesgo asociado al tratamiento (artículo 35), el registro de actividades de tratamiento (artículo 30) y protección desde el diseño y por defecto (artículo 25).

En cuanto a las medidas de seguridad relacionadas en la Ley 1581 de 2012, el principio de seguridad establece que la información sujeta a tratamiento por el responsable del encargado del tratamiento a que se refiere dicha ley, se deberá manejar con las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar seguridad a los registros evitando su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento (Contreras, 2020)

5.3. ACCESO A LA HISTORIA CLINICA

Todo paciente tiene derecho a conocer lo relativo a su enfermedad. Esto comprende el derecho a que se lleve una historia clínica completa, escrita o electrónica, donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte. Por otra parte, instituye que el paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de esta a sus expensas y de forma gratuita.

En el caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar la historia clínica completa previa del usuario. Solo podrá acceder a la historia clínica los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con estos, el paciente o en caso su familia y el ministerio de salud si se considera pertinente. Revelar su contenido sin que fuere necesario para el tratamiento o por orden judicial, se considera un delito en el código penal.

De acuerdo con lo expresado, los datos de salud son considerados sensibles y por lo tanto deben quedar custodiados en algún sitio. Hasta el momento las historias clínicas en papel quedan generalmente a resguardo en las áreas de registros médicos (también conocido como archivo medico), de los distintos prestadores de salud. En ausencia de la historia clínica electrónica, la historia clínica en papel debe ser extraída de dicha área para permitir al personal asistencial consultarla y registrarla en ella. Estos casos responden en su mayoría a la atención policlínica. La atención durante la internación y eventualmente la atención en los servicios centralizados de emergencia.

Otra situación se observa cuando la historia clínica pasa a la dirección técnica de la institución para autorización de algún estudio, entre otros. Pero todas las instituciones, quien reconsulta la historia clínica es el medico que esta asistiendo al paciente en ese momento y cuenta con el consentimiento del paciente para hacerlo. Todas estas situaciones refieren a escenarios donde siempre el acceso a la historia clínica se produce en el contexto de una asistencia.

En el caso de acceso a la historia clínica con fines de investigación, la institución deberá prever los mecanismos necesarios para impedir el acceso a los datos fuera del contexto asistencial, dado que para ello se requiere del consentimiento de la persona. Cada trabajo de investigación, tanto clínica como epidemiológica, deberá ser presentado ante un comité de ética en investigación en forma previa a su realización y deberá contar con la descripción de la metodología a utilizar para el acceso y recolección de los datos, así como el formulario de consentimiento informado en caso de ser necesario. Será de resorte de cada comité de ética en investigación evaluar la factibilidad de llevar a cabo el trabajo, de acuerdo con si se cumple con los requerimientos sobre el manejo y preservación de la confidencialidad de la información recogida (Gil y Viega, 2018).

5.4. TRANSFERENCIA Y TRANSMISION DE DATOS DE LA HISTORIA CLINICA

La premisa de la Ley 2015 de 2020 es diseñar un esquema de interoperatibilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuya base se encuentra en los recursos tecnológicos, en relación con las historias clínicas, como principal insumo de información para la adecuada prestación de los servicios médico-asistenciales; por tal motivo, en este acápite es indispensable tener claridad acerca de la definición de interoperabilidad.

Por interoperabilidad se entienden la capacidad de los sistemas de información y de los procedimientos a los que estos dan soporte de compartir datos y posibilitar al intercambio de información y conocimiento entre ellos (Ministerio Hacienda, 2017). Esto puede lograrse con diferentes herramientas y tecnologías como los blockchain, lo cual representa a su vez un análisis mas minucioso de sus ventajas y desventajas (Escobar, 2019)

La interoperabilidad es la capacidad de los sistemas de información y de los procedimientos a los que estos dan soporte, de compartir datos y posibilitar el intercambio de información y conocimiento entre ellos. Resulta necesaria para la cooperación , el desarrollo , la integración y la prestación de servicios conjuntos por las Administraciones públicas; para la ejecución de las diversas políticas públicas; para la realización de diferentes principios y derechos; para la transferencia de tecnología y la reutilización de aplicaciones en beneficio de una mejor eficiencia; para la cooperación entre diferentes aplicaciones que habiliten nuevos servicios ; todo ello facilitando el desarrollo de la administración electrónica y de la sociedad de la información.

En el plano de la prestación del servicio de salud, la interoperabilidad debe ser evaluado como un todo, en el que sus dimensiones organizativas, semántica y técnica, permitir que los diferentes agentes que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano se integren de manera adecuada con el fin de obtener ventajas para las usuarios y para ellos mismos, derivadas de la escala de información, de la aplicación de las arquitecturas modulares y multiplataforma, así como del compartir, de reutilizar y de colaborar entre sí.

En este sentido, es posible estimar que aun cuando se haga uso de este sistema de interoperabilidad, el cual es visto jurídicamente como un todo, los prestadores de servicios de salud que tienen el contacto inicial con el paciente y crean y manipulan su historia clínica electrónica en un primer momento, conservan el papel de responsables del tratamiento y que frente a este sistema y el uso de la historia clínica electrónica interoperable, terceras personas que acuden a la información en la almacenada asumen el papel tanto de encargados como de responsables derivados del primer prestador de servicios de salud, dependiendo de si existe una transferencia o una transmisión de datos personales.

Esto significa, indiscutiblemente, que el sistema de interoperabilidad del que hace parte la historia clínica electrónica interoperable no fractura la relación hipotética que hay entre titular – paciente , responsable – prestadores de servicios de salud y encargados – terceros, salvo que así lo

quiera directamente el paciente titular del dato, ya que, bajo la premisa de un mismo servicio de salud, transversal a todo el sistema y gracias a la libertad que tiene la persona de escoger entre las diferentes empresas prestadoras de servicios de salud o médicos particulares , aun cuando la información sea inequívoca para todos aquellos quienes tienen acceso a ella gracias a la historia clínica electrónica interoperable; será capture la información en cada momento o quien la utilice con cada consulta diferente del paciente quien deba asumir todas las obligaciones que corresponden al responsable , en los términos de la LEPDP. Los encargados serán entonces todos aquellos terceros, diferentes al responsable, que ejecuten las ordenes del responsable y realicen el tratamiento de datos personales por cuenta de aquel. Esto llevaría a que se aplicaran, sin excepción las normas relativas a las de una transferencia y transmisiones de datos personales, según el caso.

En cualquier caso, el artículo 12 de la misma Ley 2015 de 2020 establece la prohibición de divulgar los datos de cualquier persona consignados en la historia clínica electrónica interoperable por parte de quien hubiere tenido acceso a esta información, a menos que cuente con la autorización del paciente o su representante legal, o se trate de situaciones de urgencia o riesgo inminente para la vida del paciente o terceros (Art. 7. Ley 2015 de 2020)

5.5. USO DE LA HISTORIA CLINICA POR EL PERSONAL DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

La ley 2015 de 2020 manifestó en su artículo 7, en el mismo sentido de su artículo precedente, que solo la persona titular de la historia clínica electrónica podrá autorizar el uso por terceros de la información total o parcial en ella contenida, de acuerdo con la normatividad vigente, lo cual sin pretender encasillarse en lo que tiene que ver con su autorización , vale para mencionar que bajo los supuestos previamente analizados en los que el prestador del servicio de salud puede realizar el tratamiento de información personal del paciente (*Autorización del paciente o de sus representantes legales o en situaciones concretas de urgencia.* 2019), este goza de una legitimización derivada para que los funcionarios que coadyuvan en la labor de prestar el servicio de salud y que tengan participación en el flujo de información de los pacientes lo puedan hacer sin mayores restricciones.

No obstante, habría que considerar que las competencias que cada usuario de la historia clínica electrónica interoperable tenga dentro del centro o institución de salud, bajo una arista del principio de proporcionalidad, dependerán las injerencias que ellos tengan respecto de la información

personal que consultan. Así una persona cuyas actividades se circunscriben exclusivamente a temas administrativos, respecto de los cuales la información consignada en la historia clínica, como el medico especialista, medicamentos y datos de contacto del paciente , no tendría por que tener contacto con otro tipo de información mucho mas sensible, respecto a la cual, por su carácter confidencial en principio solo debe ser conocido por los médicos y personal asistencia tratante.

Gracias a la historia clínica electrónica interoperable, no solamente es posible imponer en el sistema de consulta este tipo de restricciones en cuanto a la información a la que cada usuario puede acceder, sino que además se puede lograr con ella una mejor identificación y gestión de los perfiles de acceso, de forma que solo aquellos profesionales autorizados podrán acceder a través de identificación con firma electrónica e incluso conocer quien accedió al sistema y que contenidos fueron visualizados o modificados , con la fecha y la hora exacta.

También se debe tener presente que el contexto de la historia clínica electrónica puede llevar a que se realice un tratamiento automático de la información y de los datos en ellos consignados, lo cual permite crear modelos eficientes e integrados que generen la información requerida de manera directa, evitar procesos manuales y proporcionar, entre otras cosas, mejores respaldos de los documentos clínicos generados en medio de la prestación del servicio de salud. No obstante, deviene una compleja situación que se puede llegar a presentar en el tratamiento de estos datos sensibles frente a su tratamiento automatizado, ya que, al no existir un filtro humano, cuando menos residual, se deja de lado control sobre los elementos que distinguen esta categoría de datos de alguna otra rubrica separada. La inteligencia artificial, sistema experto o algoritmo que se emplee para el procesamiento automático de los datos de los pacientes no tiene el desarrollo discrecional para frenar la actividad negativa que se puede dar en torno a esta importante y delicada información.

6. BENEFICIOS DEL PROYECTO DE LEY DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Los principales beneficios del proyecto de Ley para implementar la historia clínica electrónica apuntan a diagnósticos y tratamiento mas eficientes, registro medico complemento y ordenado de cada paciente interoperabilidad, así como mayor transparencia y eficiencia en los sistemas de salud. Si se avanza la interoperabilidad se va a permitir al ciudadano ejercer derechos como la portabilidad la conexión, la disponibilidad, la privacidad, la soberanía de los datos, a las instituciones les va a

permitir mejorar la toma de decisiones, mirar tendencias oportunamente y advertir patrones y al Gobierno le permitirá diseñar mejores políticas publicas de acuerdo con la información que se pueda compartir (SANITCO, 2020)

7. CONCLUSIONES

La historia clínica es una de las principales herramientas, con las que cuentan las instituciones de salud para la prestación de sus servicios, bajo los sistemas de información, confidencialidad e integridad de los datos contenidos.

La mayor ventaja reportada que se encuentra en el sistema es la visualización de toda la historia del paciente, como los resultados de exámenes y consultas anteriores, manteniendo un orden y ahorro de costos.

Las Historias Clínica Electrónica permiten organizar la información de cada paciente, logrando que el personal medico y administrativo tengan una comunicación directa y sencilla.

Garantiza mayor seguridad en el almacenamiento de los datos clínicos, por medio de la realización de copias de seguridad, que permitan la conservación de estos impidiendo su pérdida.

La historia clínica electrónica reduce el gasto hospitalario e impacto en el medio ambiente, disminuyen el tiempo de búsqueda y costos de papelería.

BIBLIOGRAFIA

Autorización del paciente o de sus representantes legales o en situaciones concretas de urgencia. (2019).

CONTRERAS, ANDRÉS F. (2020). Marco Normativo de la Historia Clínica Electrónica y su Incidencia en el Ámbito de la Protección de Datos Personales en Colombia. *Revista la Propiedad Inmaterial*.

ESCOBAR, BORJA. (2019). Un Análisis Documental de su Uso y Aplicación en el Contexto de la Era Digital. *La Propiedad Inmaterial*.

GIL, JUAN & MARIA VIEGA. (2018). Historia Clínica Electrónica: confidencialidad y privacidad de los datos clínicos. *Revista Médica Uruguay*.

GUZMÁN, F. (1999). *La Historia Clínica; Elemento Fundamental del Acto Médico* (Heraldo Medico. (Ed.)).

GUZMÁN, F., N. GONZÁLEZ, & C. LÓPEZ. (1995). *La Historia Clínica. De la Responsabilidad Civil Medica* (Ediciones Rosaristas. (Ed.); Biblioteca).

GUZMÁN, F. (2012). La Historia Clínica: Elemento Fundamental del Acto Médico. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica*.

MINISTERIO HACIENDA. (2017). *Código de Interoperabilidad; recopilación normativa*.

SANITCO. (2020). La Historia Clínica Electrónica Única en Colombia y sus avances. *Software completo de salud colombiana*.

SSISDP. (2009). *Proceso de Bienestar Estudiantil* (Universidad Industrial de Santander (Ed.); Guía de ma).

TERRADA, ML & R. BONET. (1998). Lecciones de Documentación Medica. En U. de Valencia (Ed.), *Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Universidad de Valencia*.