

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN O JUSTIFICACIÓN	2
2.	OBJETIVO	2
3.	ALCANCE:	3
4.	RESPONSABLES:	3
5.	DEFINICIONES:	4
6.	GENERALIDADES:	4
6.1.	Talento humano que participa de las actividades esenciales	4
6.2.	Equipos Biomédicos (En los casos que aplique)	4
6.3.	Medicamentos y dispositivos médicos (En los casos que aplique)	5
6.4.	Otros insumos requeridos (En los casos que aplique)	5
6.5.	Políticas generales	5
6.6.	Apertura e identificación de la historia clínica	6
6.7.	Numeración consecutiva de la historia clínica	6
6.8.	Componentes	6
6.9.	Identificación del usuario	6
6.10.	Anexos	6
6.11.	Contenidos mínimos	7
6.12.	Formatos historia clínica electrónica	7
6.13.	Formatos de historia clínica manual	9
6.14.	Normas para la organización de la historia clínica	9
6.15.	Uso de abreviaturas, siglas y acrónimos	9
6.16.	Gestión de anexos – consentimientos informados	10
6.17.	Procedimiento para utilizar la historia clínica	10
6.18.	Normas de formulación	11
6.19.	Obligatoriedad del archivo clínico	12
6.20.	Custodia de la historia clínica	12
6.21.	Acceso a la historia clínica	12
6.22.	Retención y tiempo de conservación	13
6.23.	Seguridad del archivo de historias clínicas	13
6.24.	Condiciones físicas de conservación historia clínica	13
6.25.	Medios técnicos de registro y conservación H.C	13
6.26.	Procedimiento entrega de información al usuario o terceros:	14
6.27.	Seguimiento y control	16
6.28.	Contingencia para la historia clínica.	18
6.29.	Seguridad y barreras de protección	18
6.30.	Enfoque diferencial	19
7.	PROCEDIMIENTOS O INSTRUCTIVOS REALIZADOS	19
8.	DOCUMENTOS DE REFERENCIA	19
9.	CONTROL DE CAMBIOS	20

1. INTRODUCCIÓN O JUSTIFICACIÓN

La HISTORIA CLINICA es el único documento válido para demostrar el tipo de atención que un usuario ha recibido, es fiel reflejo de la calidad de atención brindada por el profesional de la salud. La ESE Bellosalud, institución que tiene como política, mantener sus historias clínicas dentro de los más altos estándares de calidad y velar por el resguardo seguro de la información. Todo profesional asistencial que labora en la ESE y que dentro de sus funciones este el registro de datos en historia clínica, deberá ajustarse a las siguientes normas para la elaboración y manejo de la HISTORIA CLINICA y sus respectivos registros.

La historia clínica tiene un papel fundamental y en los procesos de responsabilidad profesional. De todo ello puede concluirse que la historia clínica como tal debe existir y mantenerse, sin perjuicio de que, en virtud del derecho de acceso a la misma que se le reconoce, el usuario pueda conocer todos o cualquiera de los documentos e informes de los que consta e incluso obtener copia de los mismos. Estas conclusiones, recogen como derecho del usuario en el ámbito de la información y documentación de salud, el de recibir, a petición suya, un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en la E.S.E. Además, el usuario tiene el derecho a exigir el debido respeto a la confidencialidad de la información contenida en su historia clínica. Pero que aquél no ostenta la titularidad de la historia, entendida como plena capacidad de disposición sobre la misma, se confirma a la luz de la regulación de los derechos de rectificación o cancelación de datos. Por su propia finalidad parece claro que la historia clínica no es susceptible de la cancelación automática, lo que conduce a entender que en ningún caso puede el usuario por su propia voluntad imponer la destrucción o eliminación de su historial clínico.

2. OBJETIVO

- Establecer la metodología y los lineamientos para integrar el expediente clínico por medio de la apertura, captura y registro, con el fin de asegurar su control y resguardo en el archivo clínico.
- Establecer las directrices para el manejo y gestión de los registros clínicos en la ESE Bellosalud
- Garantizar el conocimiento de la normatividad vigente para el manejo de la historia clínica
- Brindar conceptos que faciliten la orientación del profesional de la salud al momento de gestionar los registros clínicos
- Establecer las políticas internas para el uso y funcionalidad y custodia de historia clínica electrónica
- Procurar el cumplimiento de las políticas de confidencialidad y privacidad, brindando a los profesionales de la salud las herramientas para su implementación.

3. ALCANCE:

Este manual ha sido documentado para garantizar la funcionalidad en el manejo de los registros clínicos, brindando conocimientos y conceptos claros a todo el personal asistencial y administrativo que intervienen en el proceso de atención a los usuarios. Facilitando, además la sensibilización de los usuarios y demás partes interesadas sobre la importancia y el manejo de los registros clínicos al momento de requerirlos.

4. RESPONSABLES:

Responsable	Descripción de la responsabilidad
Médico general / médico tratante	Es responsable de la elaboración, diligenciamiento, actualización y registro de la Historia Clínica durante la atención del usuario, incluyendo evoluciones, órdenes médicas, resultados e indicaciones de manejo.
Profesionales, técnicos y auxiliares de salud	Son responsables de registrar en la Historia Clínica las actividades, procedimientos y atenciones realizadas de acuerdo con sus competencias y responsabilidades dentro de la atención del usuario.
Personal de enfermería	Es responsable del registro de las actividades de enfermería, tratamientos, signos vitales, balance de líquidos y demás información correspondiente a la atención del usuario.
Odontólogo	Es responsable del diligenciamiento de la Historia Clínica odontológica y del registro de la atención realizada al usuario.
Bacteriólogo	Es responsable de la realización y registro oportuno y veraz de los resultados de los exámenes de laboratorio clínico.
Personal del archivo clínico / Centro Administrativo Documental	Es responsable de la organización, archivo, custodia, conservación y control de las Historias Clínicas y de sus documentos anexos.
Comité de Historias Clínicas	Es responsable de realizar seguimiento y control al cumplimiento de las disposiciones establecidas para el manejo de la Historia Clínica y verificar el cumplimiento de la normatividad aplicable.

5. DEFINICIONES:

- **Historia Clínica:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del usuario, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del usuario o en los casos previstos por la ley.
- **Estado de salud:** El estado de salud del usuario se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- **Equipo de Salud:** Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.
- **Historia Clínica para efectos archivísticos:** Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un usuario, el cual también tiene el carácter de reservado.

6. GENERALIDADES:

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y utilizando solo las siglas y acrónimos reglamentadas dentro de la empresa. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

6.1. Talento humano que participa de las actividades esenciales

Descripción	Cantidad
Médicos	Según disponibilidad institucional
Profesionales, técnicos y auxiliares de la salud	Según disponibilidad institucional
Personal de enfermería	Según disponibilidad institucional
Odontólogos	Según disponibilidad institucional
Bacteriólogos	Según disponibilidad institucional
Personal de archivo clínico	Según disponibilidad institucional
Personal administrativo relacionado con el proceso	Según disponibilidad institucional
Comité de Historias Clínicas	Según conformación institucional

6.2. Equipos Biomédicos (En los casos que aplique)

No aplica

6.3. Medicamentos y dispositivos médicos (En los casos que aplique)

No aplica

6.4. Otros insumos requeridos (En los casos que aplique)

Descripción	Cantidad
Papelería de contingencia para historia clínica	Según necesidad
Formatos físicos de historia clínica	Según necesidad
Consentimientos informados	Según atención
Hojas de evolución	Según atención
Órdenes médicas	Según atención
Epicrisis o resumen de egreso	Según atención
Formatos de remisión	Según necesidad
Soportes documentales de exámenes diagnósticos	Según atención
Carpetas o elementos para archivo físico	Según necesidad
Equipos de cómputo para diligenciamiento de historia clínica	Según disponibilidad institucional
Equipos de cómputo para archivo y consulta de historias clínicas	Según disponibilidad institucional
Servidor para respaldo de información clínica	Según disponibilidad institucional

6.5. Políticas generales

- Las historias clínicas requeridas para la atención clínica no son entregadas a los usuarios Sólo se prestan las historias para fotocopiar a su respectivo propietario o a un acudiente, previa autorización del propietario o se entrega copia de registro electrónico.
- El acceso al archivo clínico está restringido, solo pueden ingresar los funcionarios que laboran en dicha dependencia y el personal de enfermería o médico, en el horario no hábil.
- Al retirar una historia clínica en físico del archivo, ésta debe ser devuelta al archivo el mismo día Se deben tener definidos los mecanismos para ejercer control sobre el acceso a las historias clínicas electrónicas, garantizando la confidencialidad Establecer procedimientos de respaldo de información que garanticen la no pérdida de historias clínicas electrónicas, El comité de historias clínicas debe velar por el cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la gestión de los registros clínicos y el buen funcionamiento del software clínico.

6.6. Apertura e identificación de la historia clínica

En la ESE Bellosalud, se realiza apertura de historia clínica a todos los usuarios que ingresan a los servicios de Urgencias, Hospitalización, Promoción y Prevención, Odontología, y Consulta Externa. La identificación del usuario se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad (entiéndase menores de un mes), se creará con el número de Nacido vivo (modificación de la Supersalud)

La apertura de la historia se realiza al momento de ingresar el usuario al software administrativo y clínico Safix. Solo se realiza apertura manual de la historia clínica para casos de contingencia por daño del sistema, en cuyo caso los expedientes generados pasan a archivo clínico.

6.7. Numeración consecutiva de la historia clínica

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma. Las hojas de evolución, órdenes médicas son responsabilidad del profesional tratante. Las Hojas de enfermería son responsabilidad del personal de enfermería. Para las historias clínicas electrónicos serán los mismos responsables de diligenciamiento.

6.8. Componentes

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

6.9. Identificación del usuario

Los contenidos mínimos son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, entidad de afiliación y tipo de vinculación, nombre de padre y madre aun si están fallecidos o no conviven con ellos ya que este dato es de gran ayuda para identificar los homónimos.

6.10. Anexos

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: consentimiento informado, procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario. Los resultados de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al usuario luego que el resultado sea registrado en la historia clínica. En los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán anexarse a la historia clínica.

Las imágenes diagnósticas se entregarán al usuario, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica.

6.11. Contenidos mínimos

Se entiende por historia clínica completa aquella que incluye la siguiente información.

- Datos generales del usuario.
- Motivo de consulta.
- Enfermedad actual.
- Revisión por sistemas.
- Antecedentes personales, familiares, alérgicos, ginecológicos, de medicamentos y hábitos.
- Examen físico completo el cual incluye siempre: signos vitales aparatos y sistemas.
- Concepto médico.
- Diagnóstico (s) tentativo (s) o definitivo (s)
- Finalidad y causa.
- Conductas: orden de medicamento. orden de laboratorio, orden de imagenología, interconsultas, remisiones.
- Evoluciones o controles.
- Epicrisis o resumen de egreso.
- Consentimientos.

6.12. Formatos historia clínica electrónica

Es norma en la ESE Bellosalud, el diligenciamiento de la Historia Clínica electrónica junto con sus anexos como: consentimiento informado, por parte de los profesionales tratantes en cada uno de las dependencias de atención.

1. Consulta externa:

- Historia clínica de consulta ambulatoria cuando el usuario solicita cita programada
- Historia clínica de consulta prioritaria-ambulatoria cuando el usuario no tiene asignada cita programada
- Historia clínica de revisión o transcripción cuando el usuario viene para revisión de exámenes o transcripción de fórmulas médicas, sin programar cita previa.

2. Hospitalización:

- Historia clínica de ingreso: todo usuario que se hospitalice para tratamiento médico o parto, deberá contar con historia clínica de ingreso por el médico tratante.
- Las evoluciones deben contar con fecha y hora de la consignación de la información, se diligenciarán en el formato electrónico de notas médicas hospitalización
- Las notas de las rondas realizadas se registran en el formato electrónico de rondas de hospitalización

3. Urgencias:

Todo usuario de la dependencia de urgencias debe contar con la historia clínica, el completo diligenciamiento es responsabilidad del médico general

Es obligatorio el registro de triage, atención en consulta, observaciones sobre tratamientos enviados por parte del médico y del personal de enfermería.

4. Odontología:

Todo usuario de la dependencia de odontología debe contar con la historia clínica, el completo diligenciamiento es responsabilidad del odontólogo general, quien debe garantizar el registro de datos correspondientes a los exámenes clínicos, tratamientos y consultas de urgencias.

5. Promoción Y Mantenimiento:

Todo usuario de la dependencia de promoción y prevención debe contar con la historia clínica correspondiente, el completo diligenciamiento es responsabilidad del médico general y el personal de enfermería:

- Crecimiento y desarrollo
- Planificación Familiar
- Prenatal y Puerperio
- Enfermedades Crónicas
- Atención del Joven
- Atención del Adulto
- Agudeza Visual
- Toma Seriada de Presión
- Infecciones de transmisión sexual
- Optometría
- Psicología

Es responsabilidad de cada profesional el diligenciamiento de la nota correspondiente a la inasistencia del usuario a la cita programada de cualquier tipo de atención o programa

6. Laboratorio clínico:

El bacteriólogo es responsable de garantizar oportunidad y veracidad en el registro de los resultados de las ayudas diagnósticas realizadas a los usuarios.

6.13. Formatos de historia clínica manual

Es norma en la ESE Bellosalud, que los formatos que conforman la historia clínica manual lleven el siguiente orden, siendo responsabilidad del archivo clínico garantizar su cumplimiento:

- Identificación y resumen de atenciones
- Ingreso al programa de hipertensión
- Programa control de enfermedad hipertensiva
- Control de paciente diabético
- Atención de Urgencias
- Hojas correspondientes a los diferentes programas especiales:
 - Hoja recién nacido
 - Hoja de revisión postparto
 - Evaluación del crecimiento en menores de 10 años
 - Escala abreviada de desarrollo
 - Historia clínica perinatal (CLAP)
 - Atención en planificación familiar (sis 406)
 - Examen Odontológico
 - Atención odontológica preventiva
- Hojas de Evolución
- Exámenes Auxiliares de Diagnostico
- Copia de la Solicitud Remisión de Usuarios
- Epicrisis de Hospitalización
- Ordenes médicas
- Tratamientos
- Signos Vitales
- Balance de líquidos
- Consentimientos

6.14. Normas para la organización de la historia clínica

En cada tipo de historia clínica el ordenamiento es cronológico ascendente por fecha de atención; se lee como un libro.

6.15. Uso de abreviaturas, siglas y acrónimos

La ESE implementa la resolución 1995 de 1999, para este caso el capítulo II, Artículo 5 GENERALIDADES, donde describe entre tanto que la historia clínica debe diligenciarse de forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Punto que es auditado desde el comité de Historias Clínicas.

6.16. Gestión de anexos – consentimientos informados

Se recibe de las diferentes dependencias los consentimientos informados generados de acuerdo a la atención en el área del Centro Administrativo Documental, para ser archivados en su orden cronológico y conservado por el mismo tiempo de la historia clínica.

6.17. Procedimiento para utilizar la historia clínica

- Cuando la HISTORIA CLÍNICA, sea elaborada por un profesional en adiestramiento, éste deberá firmarla y solicitar al médico tratante del usuario que la confirme en señal de aprobación de su contenido.
- En las atenciones de urgencias y hospitalización, los formatos electrónicos de evolución deberán consignarse por parte del profesional tratante o su delegado, como mínimo, una nota diaria con fecha y hora en que se describan los cambios ocurridos en el estado del usuario, los resultados de los exámenes practicados con su interpretación clínica y el plan(s) de diagnóstico y tratamiento.
- También es importante incluir en las evoluciones un resumen de las explicaciones o información dada al usuario acerca de su enfermedad y de los procedimientos a que va a ser sometido. Una vez practicados los procedimientos se realizará una descripción clara y completa de cada uno de ellos, de sus complicaciones si las hubo, y de las medidas tomadas para manejarlas.
- Cuando el usuario llegue al final de su hospitalización el médico deberá realizar un resumen de egreso (epicrisis), la firma del resumen final no puede ser delegada por el médico tratante.
- Cuando el usuario salga sin consentimiento médico deberá firmar el formato de Alta Voluntaria.
- Las anotaciones en la historia clínica deben ser escritas de forma clara y coherente.
- Al ser una historia Electrónica sus campos son de diligenciamiento obligatorio para poder continuar.
- La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva
- Las atenciones deben registrarse cronológicamente
- La Historia Clínica solo debe ser conocida por terceros con previa autorización del usuario o en los casos previstos por la ley
- El usuario debe tener una Historia Clínica única e integral, en ella deben consignarse todo lo referente a la prestación de servicios del usuario dentro de la institución, teniendo racionalidad científica en la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones de salud brindadas
- Verificar que la Historia Clínica corresponda al usuario a atender: Comparar los nombres y apellidos

- Leer la (s) atenciones anteriores más recientes, verificando motivos de consulta y medicamentos e imágenes diagnósticas enviados
- Por ser una historia clínica electrónica el registro de la hora y la fecha correspondiente a la atención serán automáticas.
- Registre: Motivo de Consulta Enfermedad actual Antecedentes personales patológicos (no aplica en caso de revisión o continuidad en tratamiento odontológico) Antecedentes patológicos familiares (no aplica en caso de revisión o continuidad en tratamiento odontológico) Antecedentes Ginecostétricos (no aplica en caso de ser niña sin menarca o continuidad en tratamiento odontológico) Signos Vitales (PA,FR,To y en todo niño Peso): Sólo aplica para atención médica Examen Físico completo: Sólo aplica para atención médica Examen Clínico Odontológico (Sólo aplica en atención Odontológica) Impresión diagnóstica Se solicitan o no ayudas diagnósticas y su pertinencia Conducta (Medicamentos, dosis, tiempo de tratamiento, y cantidad ordenada): En el área de Odontología y Optometría debe identificarse el tratamiento a seguir Registrar: Firma y sello del profesional.

6.18. Normas de formulación

Ordenes médicas

Las órdenes médicas deberán describir claramente las dosis y frecuencia de suministro: las ordenes médicas deben contener los siguientes puntos:

- **Actividad:** Especificar claramente el nivel de actividad física que el usuario puede desarrollar.
- **Dieta:** Debe prescribirse con precisión el tipo de dieta establecido.
- **Líquidos endovenosos y medicamentos:** Procure no utilizar abreviaturas, especialmente si éstas no son comunes. Los medicamentos deben formularse por su nombre genérico especificando las dosis, vía de administración y frecuencia,
- **Terapias especiales:** Si las hay deben quedar consignadas (oxígeno, respiratorias, físicas)
- **Laboratorio e imágenes diagnosticas:** Toda orden de estudios paraclínicos debe contener los datos de identificación del usuario: nombre, número de historia clínica, fecha. Con respecto a Laboratorios se debe escribir la lista de todos los exámenes ordenados. Para procedimientos que requieren autorización de la entidad afiliadora es indispensable el diligenciamiento del formato solicitud de “Autorización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos”
- **Interconsulta:** Nombre del servicio y del profesional al cual se solicita participación en el manejo del usuario.
- **Signos vitales:** Frecuencia con que el médico quiere que se le tomen y registren los signos vitales
- **Ordenes especiales:** Si las hay deben quedar consignadas.

- **Medicamentos NO POS:** Al formular un medicamento verifique si está o no incluido en el manual del POS. Si no está incluido en el manual del POS, debe diligenciar el formato autorización de medicamentos NO POS o registrar en plataforma MIPRES según el caso, Sin este formato la enfermera jefe está facultada para no iniciar el medicamento y pedirle a usted el debido soporte para solicitarlo a farmacia.

6.19. Obligatoriedad del archivo clínico

En la ESE Bellosalud se cuenta con un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico (pasivo), el cual está organizado y presta los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

6.20. Custodia de la historia clínica

La custodia de la historia clínica está a cargo de la ESE, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de salud, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. La ESE puede entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes y cumpliendo con las normas internas establecidas para la entrega de esta información Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

En caso de liquidación de la ESE, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal, para lo cual publicará como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional con un intervalo de ocho (8) días, en el cual se indicará el plazo y las condiciones para que los usuarios retiren sus historias clínicas, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses, contado, a partir de la publicación del último aviso. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, la ESE designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

6.21. Acceso a la historia clínica

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: 1. El usuario. 2. El equipo de salud. 3. Las autoridades judiciales y salud en los casos previstos en la Ley. 4. Las demás personas determinadas en la ley. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

6.22. Retención y tiempo de conservación

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión, y mínimo 15 años en el archivo central o pasivo, según lo establecido en la resolución 1995 de 1999, esta resolución la deroga la Resolución 839 de 2017 donde este tiempo de retención será de 15 años, 5 en el de archivo de Gestión y 10 en el archivo Central. Un vez transcurrido el término de conservación, se deberá hacer un análisis de cada una de ellas para identificar que no contengan ningún valor, en caso de poder destruirse se procede a elaborar acta que legalice su destrucción, se publicarán como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional, definidos por la entidad responsable de dicha publicación, con un intervalo de ocho (8) días entre el primer aviso y el segundo, en los que indicará el plazo y las condiciones para la citada entrega, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses más, contados a partir de la publicación del último aviso. Esta normatividad se aplicará al archivo digital, estableciendo los mecanismos para crear en el sistema una base de datos para cada uno de los archivos definidos por la norma.

6.23. Seguridad del archivo de historias clínicas

Las historias clínicas físicas son archivadas en un área restringida, con acceso limitado al personal autorizado, conservándolas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información. Para la historia clínica electrónica se crean usuarios al personal asistencial y administrativos según su necesidad y se realizan copias seguridad. La ESE es responsable de la custodia de la historia clínica y debe velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

6.24. Condiciones físicas de conservación historia clínica

El archivo de historias clínicas debe conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

6.25. Medios técnicos de registro y conservación H.C

La ESE, ha adoptado la utilización medios físicos o técnicos como computadoras, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen. Tanto los programas automatizados implementados para el manejo de las Historias Clínicas, como los equipos y soportes documentales, están provistos de mecanismos de seguridad, que imposibilitan la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos. Se garantiza protección de la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impiden el acceso de personal no autorizado para conocerla y adopción de medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada. La identificación del personal responsable de los datos consignados, se realiza mediante códigos, ligados a la firma de las historias en medios

físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

6.26. Procedimiento entrega de información al usuario o terceros:

La ESE implementa el Artículo 14 de la resolución 1995 de 1999 donde establece los lineamientos para el acceso de la historia clínica así:

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El usuario.
- 2) El Equipo de Salud.
- 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- 4) Las demás personas determinadas en la ley.

Los Órganos que ejercen funciones permanentes de Policía Judicial son: Ejercen permanentemente las funciones de policía judicial los servidores investidos de esa función, a través de sus dependencias especializadas, pertenecientes a: Cuerpo Técnico de Investigación de la Fiscalía General de la Nación CTI, Policía Nacional, Departamento Administrativo de Seguridad DAS.

Los Órganos que ejercen funciones permanentes de Policía Judicial de manera especial dentro de su competencia: Ejercen permanentemente funciones especializadas de policía judicial dentro del proceso penal y en el ámbito de su competencia, los siguientes: La Procuraduría General de la Nación La Contraloría General de la República Las autoridades de tránsito Las entidades públicas que ejerzan funciones de vigilancia y control Los directores nacional y regional del INPEC, los directores de los establecimientos de reclusión y el personal de custodia y vigilancia, conforme con lo señalado en el código Penitenciario y Carcelario. Los Alcaldes Los Inspectores de Policía.

Los Órganos que ejercen transitoriamente funciones de Policía Judicial: Los entes públicos que, por resolución del Fiscal General de la Nación, hayan sido autorizados para ello. Estos deberán actuar conforme con las autorizaciones otorgadas y en los asuntos que hayan sido señalados en la respectiva resolución. La información que se entrega al usuario o terceros autorizados, se limitará a aquella necesaria para satisfacer el propósito por el cual se solicitó. Vale decir, no se divulgará información con más detalle de lo necesario o que abarque periodos que no fueron incluidos en la solicitud.

Cuando La solicitud se hace por medio de terceros, el solicitante debe presentar documento con la siguiente información:

- Fecha de solicitud
- Nombres y apellidos completos del usuario.
- Número de documento de identificación, si es menor de edad, el del padre
- persona responsable.

- Propósito para el cual se solicita la información
- La información que se solicita y período correspondiente.
- Firma del usuario o persona responsable y documento de identificación.
- Copias de los documentos tanto del autorizado como del dueño de la Historia.

f) Si la solicitud es tramitada por un tercero, esta persona debe presentar una autorización emitida por escrito por el usuario, la cual debe reunir los requisitos de los anteriores numerales, y debe llevar adjunta la fotocopia del documento de identidad del usuario y del tercero.

g) La solicitud de información de la historia clínica para Médicos, Hospitales e Instituciones dedicadas al cuidado del usuario deben atenderse previa presentación de la solicitud por escrito del médico.

h) La solicitud de información de la historia clínica para entidades en convenio en lo posible se deberá realizar en papelería de la entidad.

i) Para solicitudes de historias clínicas de usuarios que estén hospitalizados, se debe solicitar al médico tratante realizar un resumen de egreso, para el trámite de órdenes para la salida del usuario se autoriza la entrega de las últimas evoluciones.

j) En el evento de encontrarse el usuario con incapacidad mental, de lo cual debe dar constancia escrita el médico tratante, no se podrá dar información a la familia y a terceros interesados los cuales deberán iniciar gestión judicial ante las autoridades competentes para levantar la reserva de la historia clínica. Excepto si el usuario antes de su estado de incapacidad mental levantó la reserva y/o, a los familiares del enfermo cuando la vida del usuario se encuentre en peligro y la revelación sea útil al tratamiento.

k) El Gerente es responsable de contestar preguntas con relación a usuarios, formuladas por reporteros de la prensa, la radio o la televisión.

l) La expedición de incapacidad médica es responsabilidad del médico tratante.

m) Las solicitudes de constancia de diagnóstico, evaluación médica del estado de salud, tiempo de tratamiento y lo referente al aspecto médico serán contestadas mediante una fotocopia del resumen de historia clínica o Epicrisis.

n) Se deberá rendir oportunamente aquella información confidencial de obligatoriedad a las autoridades competentes.

o) La Subgerencia Científica es responsable de autorizar la revisión de historias clínicas por personal no institucional.

p) Se prohíbe comunicar nombres de usuarios a terceros que desean esta información para fines de lucro, (usuarios fallecidos a funerarias, usuarios traumatizados o abogados).

q) El empleado que entrega información confidencial a personas no autorizadas a recibirla, recibirá las sanciones correspondientes.

r) Se podrá entregar copia de la historia clínica de usuarios fallecidos si el usuario en vida levantó la reserva por escrito, de lo contrario se expedirá una certificación con la normatividad legal vigente que regula la materia

6.27. Seguimiento y control

Comité de historias clínicas

Definición

Conjunto de personas que se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica y la gestión del archivo clínico. El comité está integrado por: el médico (presidente), auxiliar en salud archivo clínico (secretaria), odontólogo, enfermera jefe hospitalización. De las reuniones, se levantan actas, dejando evidencia de las auditorías realizadas y las acciones correctivas o de mejora propuestas.

Funciones generales del comité de historias clínicas

- a.** Promover la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b.** Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos
- c.** Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo y gestión de los registros clínicos
- d.** Velar por el cumplimiento de los procedimientos documentados que permiten garantizar la seguridad y confidencialidad de la historia clínica automatizada
- e.** Retroalimentar al personal de salud sobre las falencias o fallas encontradas y sobre la normatividad vigente.
- f.** Llevar al comité de calidad y al comité de gerencia las propuestas de mejora encontradas en las auditorías realizadas.

Gestión del archivo clínico

El auxiliar administrativo de archivo clínico, es el funcionario responsable de velar por el cumplimiento de los conceptos y directrices dadas por este manual: Garantizando pleno conocimiento de la ubicación de las historias, estableciendo control sobre la pérdida de las mismas, velando por el buen uso y manejo de la historia, realizando sensibilización, capacitación y seguimiento a la gestión realizada a los registros clínicos por parte del personal de salud.

Funciones generales del auxiliar administrativo de archivo clínico

- Archivar los consentimientos informados recibidos de las diferentes dependencias
- Realizar auditoria a la implementación de los consentimientos
- Realizar auditoria a la actualización de datos en la historia clínica.
- Garantizar que los consultorios tengan formatos para en caso de contingencia.
- Verificar que las agendas se estén descargando con el fin de poder ejecutar el plan de contingencia en caso de cualquier eventualidad.
- Realizar depuración del archivo clínico dejando constancia de esto
- Facilitar fotocopias de las historias clínicas a los usuarios
- Cuidar de la historia clínica como documento sometido a reserva
- Rendir en forma oportuna y adecuada informes al comité de historias clínicas
- Mantener actualizado el manual de gestión de registros clínicos
- Velar por el buen funcionamiento de los equipos de cómputo y herramientas informáticas requeridas para el manejo de los registros clínicos, identificando y reportando oportunamente las fallas o falencias detectadas a la dependencia correspondiente.

Oficina de control interno

La unidad auditora, establece cada año plan de auditorías, en el cual se priorizan y establece la periodicidad de las auditorías a realizar en el año, al cual le hace seguimiento, velando por el cumplimiento del mismo y garantizando el cumplimiento de planes de mejoramientos establecidos de acuerdo a los resultados obtenidos. De igual manera la unidad auditora realiza auditorías a la dependencia del archivo clínico garantizando el cumplimiento de las normas establecidas y la adherencia al manual y procedimientos establecidos para tal fin.

Gestión del riesgo

Pérdida de Historias Definición: Historia Clínica cuya ubicación no se establece
Control del Riesgo:

- Elaboración de Procedimiento y manual de gestión de registros clínicos
- Acceso restringido al Archivo Clínico
- Capacitación permanente sobre el manejo del archivo clínico al auxiliar administrativo de archivo clínico

- Seguimiento al procedimiento de respaldo por parte del comité de historias
Seguimiento al Riesgo
- Informar al Comité de Historias cualquier eventualidad con las historias clínicas
- Presentación de informe de fallas e inconsistencias presentadas en el procedimiento de respaldo de información por parte del asesor de sistemas al comité de historias clínicas

Sanciones

El descuido en la elaboración y manejo de la historia clínica tiene consecuencias jurídicas importantes, no solo dentro de un proceso de responsabilidad profesional sino también en procesos penales relacionados con los llamados documentos privados. La historia clínica está vigilada por el código Penal. La ley penal establece dos tipos de controles mediante los cuales se garantiza la legitimidad del documento: Uno tiene que ver con la INTEGRIDAD FÍSICA del documento, de acuerdo en lo dispuesto en el artículo 224 del Código Penal que consagra el delito “Falsedad Material” (destruye, suprime u oculta total o parcialmente un documento privado que puede servir como prueba) y el otro que hace relación con su CONTENIDO y corresponde al tipo penal denominado “ Falsedad Ideológica” (cuando en un documento genuino y verdadero se consignan hechos o declaraciones falsas). Las contempladas en la Ley 23 de 1981.

6.28. Contingencia para la historia clínica.

Cuando se presenten fallas en el sistema informático de la Empresa, se recurrida al diligenciamiento manual de la Historia; para ello cada servicio está dotado de papelería marcada como contingencia la cual cumple con las especificaciones requeridas para la historia.

Luego de restablecido el sistema informático de la Empresa, el profesional debe entregar las historias clínicas al Auxiliar Administrativo para que estas sean cargadas al sistema XENCO en la historia clínica del usuario, esto debe ser en formato PDF para garantizar su autenticidad, procedimiento que se debe llevar a cabo en el mismo mes que se presentó el evento.

6.29. Seguridad y barreras de protección

- Se cuenta con respaldo en copias de seguridad del servidor para evitar la pérdida de la información clínica.
- Cuentas de usuario personalizadas y con perfiles restringidos de acuerdo a su cargo para evitar el acceso a información de importancia que no corresponda a su área.
- Los movimientos y cambios en el sistema quedan identificados con el perfil que los realizó.

- Se cuenta con formatos físicos de contingencia para elaboración manual de historia clínica en caso de ser necesario.
- Se encuentra documentado plan de contingencia de historias clínicas.
- Las historias clínicas no pueden corregirse ni cambiar datos después de guardadas.
- Solo se puede acceder a la historia clínica acreditando la propiedad de esta mediante documento de identidad o en los casos descritos por la ley con sus respectivos soportes.
- La historia clínica garantiza la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ésta y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.

6.30. Enfoque diferencial

El enfoque diferencial no es aplicable para este protocolo, debido a que es un procedimiento transversal en cualquier tipo de atención y no se ve afectado directamente por condiciones propias del usuario. sin embargo, la ESE cuenta con el protocolo de atención del usuario con enfoque diferencial y se brindara el trato y los cuidados adecuados al usuario de acuerdo a lo allí expuesto.

7. PROCEDIMIENTOS O INSTRUCTIVOS REALIZADOS

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley 23 de 1981, Decreto Reglamentario 3380 de 1981, Normas sobre Ética Médica.

Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud

Turbay J. 1981 Ley 23 Código de Ética, Ministro de Salud

Turbay J. 1981 Decreto 3380. Ministro de Salud

González C. 1991, Resolución 13437. Ministerio de Salud

Londoño, J 1994, Resolución 3905, Ministerio de Salud

Álvaro U. 2010 Decreto 2376 Regula la relación docencia- Servicio para los programas de formación de talento humano del área de salud.

Archivo general de la nación.1997, Reglamento General de Archivos.

Archivo General de la Nación. (2000). Ley 594 de 2000. Obtenido de www.archivogeneral.gov.co

Celeste Innarelli. H. (2013). Preservación Documental. Documentación, Artículo 36. Obtenido de <http://www.archivogeneral.gov.co>.

9. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Cambio	Descripción del cambio	Elaborado / Revisado	Aprobación
01	Julio de 2018	Se crea el documento	Personal asistencial/ Comité de calidad	Gerencia
02	Octubre 2024	Se actualiza todo el documento	Personal asistencial/ Comité de calidad	Gerencia
03	Septiembre 2026	Actualización del formato y codificación.	Personal asistencial/ Comité de calidad	Gerencia