



PROCESO:GESTIÓN DE CALIDAD

MA-GD-02

MANUAL

MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS

VERSIÓN 3



MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS

	PROCESO:GESTIÓN DE CALIDAD		MA-GD-02
	MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	VERSIÓN 3

1. Contenido

2.	INTRODUCCIÓN	4
3.	OBJETIVO.....	5
4.	ALCANCE.....	5
5.	DEFINICIONES.....	5
6.	MARCO LEGAL	6
7.	POLITICAS DE OPERACIÓN.....	8
8.	COMPONENTES Y MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA.....	9
	COMONENTES DE LA HISTORIA CLINICA.....	9
	CONFIDENCIALIDAD	9
	OBLIGATORIEDAD Y RESPONSABILIDAD EN EL DILIGENCIMANEOT DE REGISTROS.....	10
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	11
	CRITERIOS DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA	11
	RESPONSABILIDAD DEL EQUIPO EN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA	11
	MANEJO DE LA CONTINGENCIA.....	12
9.	OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO CLINICO	12
10.	CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	12
11.	RETENCIÓN Y TIEMPOS DE CONSERVACIÓN DOCUMENTAL DEL EXPEDIENTE DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	13
12.	LA DISPOSICIÓN FINAL Y LA CONSECUENTE ELIMINACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	13
13.	PROCEDIMIENTO DE ELIMINACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.	14
14.	TRAMITE PARA SOLICITAR COPIA DE LA HISTORIA CLINICA EN LA INSTITUCION.....	14
15.	DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....	16
16.	BIBLIOGRAFÍA.....	16
17.	CONTROL DE CAMBIOS	¡Error! Marcador no definido.




PROCESO:GESTIÓN DE CALIDAD

MA-GD-02

MANUAL

MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS

VERSIÓN 3

	PROCESO:GESTIÓN DE CALIDAD		MA-GD-02
	MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	VERSIÓN 3

2. INTRODUCCIÓN

La prestación del servicio de salud se encuentra enmarcada dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la ley 100 de 1993, que establece la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, de un Subsistema de información y el desarrollo de auditoría médica. El Ministerio de la protección social emitió la Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecieron las normas para el manejo de la Historia Clínica, dada la importancia de este documento desde el punto de vista de la integralidad de la prestación de los servicios de salud, la calidad de la atención, la auditoría, la epidemiología, la docencia y como instrumento jurídico y probatorio en el momento de determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas.

La Historia Clínica es una herramienta infalible en la práctica clínica de los profesionales de la salud, es un documento que debe contener la narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos, antecedentes tanto personales como familiares, síntomas e intervenciones que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad actual o de su estado de salud.

La ESE Hospital Regional Sur Oriental, desde el año 2016 inicio la transición de Historia Clínica Física a Electrónica; conscientes de la importancia que tiene la Historia Clínica de nuestros pacientes, y conservando la rigurosidad en su manejo para mantener los más altos estándares tanto de forma como de contenido, se propende por continuar las normas relativas a la elaboración y manejo de la Historia Clínica tanto para el profesional médico como paramédico. Se propone conservar las mismas características de la Historia Clínica de integralidad, racionalidad científica, secuencialidad, disponibilidad, oportunidad, seguridad, obligatoriedad de registro y calidad.

La Historia Clínica Electrónica pretende mejorar la atención en salud, introduciendo la tecnología informática a la ciencia médica, proponiendo estrategias que favorezcan la optimización de la atención, se espera tener mayor seguridad y control de los contenidos consignados. Se garantiza la secuencialidad de los actos y eventos médicos y paramédicos registrados; se disminuirá también el riesgo de pérdida de información a través de la generación de copias de seguridad o back up. Adicionalmente se conservará la integridad de la información clínica, ya que su archivo será en un mismo paquete de datos y la información consignada tendrá mayor durabilidad y permanecerá en el tiempo inalterable para su consulta. Se contara con una Historia Clínica con valor legal y valor probatorio, será legible, será una herramienta de fácil auditoria, podremos realizar estandarización de datos consignados en todas las Historias Clínicas, generando datos e indicadores clínicos para seguimiento de las atenciones y calidad de la Institución.

De acuerdo a las observaciones y comentarios anteriores, y cumpliendo con la Normativa vigente, la entidad en su compromiso de desarrollar una gestión eficiente, establece el Manual de Historias Clínicas

	PROCESO:GESTIÓN DE CALIDAD		MA-GD-02
	MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	VERSIÓN 3

3. OBJETIVO


Establecer la metodología y los lineamientos para el registro, manejo, control, custodia, organización y conservación de la Historia Clínica tanto Física como Electrónica en la E.S.E, velando por el cumplimiento conforme a lo dispuesto por la Normatividad legal vigente, asegurando el control, Integralidad y resguardo la Historia Clínica en la ESE Hospital Regional Sur Oriental.

4. ALCANCE

Las directrices definidas en este manual inician con la apertura de las Historia Clínica para la prestación del servicio al paciente y finaliza con el cierre de registros clínicos y custodia en el archivo de gestión documental de la Institución y está dirigido a todos los colaboradores de los procesos que intervienen en la atención de un usuario y que tienen relación directa con la información consignada en ella.

5. DEFINICIONES

- **Historia Clínica:** es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, 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 paciente o en los casos previstos por la ley.
- **Historia clínica electrónica:** Conjunto global y estructurado de información relacionado con los procesos asistenciales de un paciente, soportado por una plataforma informática.
- **Estado de salud:** El estado de salud del paciente 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 paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.
- **Anexos de Historia Clínica** Son todo aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en el proceso de atención, tales como: Consentimientos Informados, autorizaciones, declaración de retiro voluntario y de mas documentos que la institución considere pertinente y establezca a través del comité de historias clínicas.

	PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD		MA-GD-02
	MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	VERSIÓN 3

- Escaneo:** Definido por la ESE Hospital Regional Sur Oriental, para el manejo del Software de Historia Clínica, como el procedimiento de incluir anexos a la Historia que tiene valor tanto a nivel administrativo como clínico.

Administrativos: como autorizaciones, documentos de identificación.

Médicos: como soporte de consentimientos informados, altas voluntarias, soportes escritos de caídas del sistema.

- Características del Historia Clínica:**

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.


Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Kubapp: Sistema Integrado de Administración en Salud, KUBAPP - Historia Clínica es una herramienta para la recolección, procesamiento y almacenamiento de la información médica, tanto clínica como administrativa de las instituciones prestadoras de servicios de salud.


6. MARCO LEGAL

	PROCESO:GESTIÓN DE CALIDAD		MA-GD-02
	MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	VERSIÓN 3

No hay, hasta el momento, una legislación específica acerca de la Historia Clínica Electrónica pero la legislación vigente sobre la Historia Clínica puede aplicarse en parte a la Historia Clínica Electrónica.

Existen normas que respaldan el manejo de la información informática y la Historia Clínica a saber:

- Resolución Interna 158 de 2018, por medio de la cual se deroga la resolución 423 de 14 de Junio de 2016 y se reglamenta el comité de Historias Clínicas de la ESE Hospital Regional Sur Oriental.
- Resolución 839 de 2017, Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.
- El artículo 45 del Decreto 103 de 2015, compilado en el artículo 2.1.1.5.4.2 del Decreto 1081 de 2015, prevé el deber para los sujetos obligados de contar con políticas de eliminación segura y permanente de la información, una vez cumplidos los tiempos de conservación establecidos entre otros, en las tablas de retención documental y conforme con las normas expedidas por el Archivo General de la Nación, disposiciones todas estas concordantes con el artículo 25 de la Ley 594 de 2000.
- Resolución número 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
- Ley 1712 de 2014 prevé el deber para los sujetos obligados de asegurar que existan procedimientos claros para la creación, gestión, organización y conservación de sus archivos, conforme con los lineamientos que expida para el efecto el Archivo General de la Nación
- Resolución 1344 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones sobre el reporte de información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se efectúan modificaciones a la Base de Datos Única de Afiliados.
- Resolución 1982 de 2010, Lineamientos Técnicos para el registro de los datos del registro Individual de la prestación de Servicios de Salud RIPS.
- Ley 594 de 2000, Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones. Artículo 21, dispone que las entidades públicas deberán elaborar programas de gestión de documentos, pudiendo contemplar el uso de nuevas tecnologías y soportes, en cuya aplicación deberán observarse los principios y procesos archivísticos. De igual manera, en los Artículos 17, 19 parágrafo 1, 25 y 48 donde habla de los tiempos de retención de ésta serie misional para las IPS y de la responsabilidad en cuanto a la ética profesional para el personal que maneja éstos archivos.
- Acuerdo 049 de 2000, Archivo General de la Nación “Conservación de Documentos” y “Condiciones de edificios y locales destinados a archivos”.
- Resolución 1995 de 1999, del Ministerio de Salud. Normas para el Manejo de la Historia Clínica.
- Ley 527 de 1999, por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y de firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación. Establece los requisitos sobre la validez de la información generada, enviada, recibida, almacenada o comunicada por medios electrónicos, ópticos o similares, los cuales


	PROCESO:GESTIÓN DE CALIDAD		MA-GD-02
	MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	VERSIÓN 3

deben ser observados para desarrollar programas de gestión documental. Establece los requisitos sobre la validez de los métodos de firma electrónica, los cuales deben ser observados para desarrollar programas de gestión documental.

- Resolución 13437 de 1991. Por la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de la Seguridad Social en Salud y de la Carta de desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.
- Ley 23 de 1981, por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica. Decreto 3380 de 1981. El cual reglamenta la Ley 23 de 1981.

7. POLITICAS DE OPERACIÓN

- El ingreso al software de Historias Clínicas institucional se realizara con el nombre de usuario y contraseña asignada por facturación o persona encargada de coordinar Kubapp en la ESE Hospital Regional Sur oriental con previa autorización de Gestión de Talento Humano.
- El password o clave asignada de ingreso al software es único e intransferible.
- La historia clínica electrónica deberá diligenciarse en forma clara, legible y utilizando las siglas autorizadas; Cuando se genere historia clínica física cumplirá las directrices dadas anteriormente y no se dejaran espacios en blanco, tachones, ni enmendaduras y sin intercalaciones
- La historia clínica del paciente podrá permanecer abierta solo cuando el usuario se realizando consulta o registros clínicos de la atención.
- Los reportes de los exámenes paraclínicos e imágenes diagnosticas deben ser cargados y registrados en la historia clínica, además se le deberá explicar al Paciente en caso de entregarse los mismo s, la importancia de ser conservados para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la Historia Clínica
- Los errores en la historia clínica electrónica se corregirán elaborando una nota aclaratoria, ubicada en todos los módulos del Software institucional; en la historia clínica Física se trazará una línea recta sobre el registro a corregir, lo anterior no modifica ni altera el contenido inicial del registro.
- La apertura de los ingresos posterior a la salida del paciente solo podrá realizarlos la persona autorizada por la Gerencia de la institución el cual es el Coordinador de la Historia clínica Electronica.
- Los documentos generados de la consulta y atención brindada al paciente como consentimientos informados, Escalas y demás que a la fecha no se encuentren integrados a la historia clínica electrónica deberán ser entregados de manera ordenada al Responsable de Archivo Clínico de cada una de las IPS de la ESE a fin de que esta persona garantice su custodia y anexe a la historia clínica física de los pacientes atendidos.
- Estos documentos mencionados anteriormente no deberán ser perforados, grapados, ni abrazaos con ligas a fines de garantizar la conservación del los mismos.
- El personal responsable de archivo de cada una de las IPS o Enfermeros profesionales son el personal autorizado para la recepción de de la solicitud de la

	PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD		MA-GD-02
	MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	VERSIÓN 3

historia clínica, ellos deberán radicar dichas solicitudes en la Secretaría de Gerencia de la ESE, donde serán revisadas por Jurídica y de allí se dará el visto bueno para la entrega de la misma en cada una de las IPS y por el personal referido a anteriormente.

- Se restringe y limita el uso de los formatos institucionales físicos solo a los casos de contingencia, por ningún motivo se aceptara en los servicios, registros médicos ni paramédicos en papel.
- Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas

8. COMPONENTES Y MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA

COMONENTES DE LA HISTORIA CLINICA

- Apertura de la Historia Clínica
- Identificación del Usuario
- Registros Específicos
- Anexos

Ver este paso a paso en los (DE-GIGD 01, 02, 03,04 Manuales de Usuario dispuestos por el KUBAPP Administración, Facturación, Enfermería y personal Medico).


CONFIDENCIALIDAD

Toda persona que tenga acceso a la HISTORIA CLINICA o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional. La persona que divulgue información de la historia clínica a personas no autorizadas será sancionada. El código penal Colombiano establece sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado.

Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico o personal paramédico, está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.

Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer solo en los siguientes casos:

- a. Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga.
- b. A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento.
- c. A los responsables del usuario, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
- d. A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley.
- e. A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

	PROCESO:GESTIÓN DE CALIDAD		MA-GD-02
	MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	VERSIÓN 3

El profesional velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional. Este debe cobijar igualmente a todas aquellas personas que por su estado y profesión, reciben o tienen acceso a esta información confidencial.

OBLIGATORIEDAD Y RESPONSABILIDAD EN EL DILIGENCIAMIENTO DE REGISTROS

Todos los Profesionales de la Empresa Social del Estado Hospital Regional Sur Oriental, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tiene la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en el presente manual.

Veracidad

La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.

Exacta

En la Historia Clínica, debe estar consignada exactamente la información consignada por los profesionales de la salud y los espacios en blanco deben respetarse como desde su inicio fueron generados.

Rigor técnico de los registros

Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otro profesional o bien hacia la institución.


Coetaneidad de registros

La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente.

Completa

Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

Identificación del profesional

	PROCESO:GESTIÓN DE CALIDAD		MA-GD-02
	MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	VERSIÓN 3

Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es el documento que firma el paciente para autorizar o rechazar el tratamiento, las cirugías o los procedimientos ordenados, luego de conocer y comprender los beneficios y riesgos que se pueden ocasionar y los cuales han sido explicados por el médico responsable de la atención. En caso de pacientes con discapacidad mental o menores de edad, le corresponde firmar al familiar, la persona responsable o a la autoridad competente.

Este documento es un anexo de la historia clínica.


CRITERIOS DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

No realizar la Historia Clínica implica una falta grave del profesional, no tiene excusa e impide la defensa del profesional o de la Institución en caso de demandas. Además la calidad de la Historia es importante, ya que al diligenciarla según las normas, exige al profesional interrogar y examinar apropiadamente al paciente. Es decir, realizar un acto médico juicioso. Generalmente cuando la Historia es de baja calidad, refleja así mismo descuido en la atención del paciente y no es de mucha ayuda o se convierte en un arma contra el médico y la Institución. La Historia Clínica es pues, el único documento válido para demostrar el tipo de atención médica que un paciente ha recibido, es fiel reflejo de la calidad de atención brindada por el médico y demás personal asistencial.

La calidad de las Historias Clínicas se refleja en el cuidado que se ha tenido con el paciente y, directamente, en la calidad científica de la Institución. El objetivo principal de la buena práctica de la medicina es proporcionar una atención esmerada, oportuna y óptima a los pacientes y por lo tanto, es inevitable que el profesional de la salud asuma la responsabilidad primaria para que estos requisitos sean observados en todas las Historias Clínicas compiladas bajo su cuidado.

RESPONSABILIDAD DEL EQUIPO EN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA

Todo el personal que participa en la atención de un usuario es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la Historia Clínica y que ésta cumpla con los propósitos para la cual ha sido diseñada. Sin embargo, es el médico quien tiene la mayor responsabilidad relativa tanto en forma individual como colectiva, la cual radica no solo en el registro de sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta, sino que además debe revisar los aportes de otras disciplinas de la salud y comentar sobre ellos especialmente si los resultados son inesperados. Toda persona que tenga acceso a la Historia Clínica o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional. La persona que divulgue información de la Historia Clínica a personas no autorizadas será sancionada.

	PROCESO:GESTIÓN DE CALIDAD		MA-GD-02
	MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	VERSIÓN 3

MANEJO DE LA CONTINGENCIA

Activación del plan de contingencia: Ante la falla de la Historia Clínica Electrónica, el líder del área afectada establece comunicación directa con la persona encargada de facturación de la IPS, quien realiza la primera verificación de la situación, y la reportara INMEDIATAMENTE al Coordinador de la Historia Clínica Electrónica. Previo análisis de la situación, este informa la causa y el tiempo de solución, con esta información se procederá a activar manejo de contingencia.

Se tomaran en primera medida los formatos de Historias Clínicas físicos, así como registros y demás.

Nota: Cada servicio estará dotado, según su flujo de trabajo, de formatos codificados para manejo de contingencia la cual cumple con las especificaciones requeridas para la historia.

Los formatos diligenciados durante la contingencia deben ser marcados con todos los datos requeridos por el formato y foliados según la secuencia en que fueron utilizados, deben quedar anexos en la carpeta física de cada paciente, es responsabilidad del personal que consigna la información colocarla en la sección respectiva de la Historia teniendo en cuenta el tipo de registro.

Una vez restablecido el sistema, se debe retornar el paso inmediato a manejo en sistema electrónico. Si la falla del sistema es resuelta antes de cumplir la jornada laboral, los registros generados tanto medico como de personal de apoyo debe ser transcritos en el sistema por el profesional que género la nota.


Si la falla del sistema es resuelta posterior al cumplimiento de la jornada laboral, el primer registro de cada perfil que se haga en sistema debe llevar nota retrospectiva indicando evento presentado y realizar una pequeña descripción del estado del paciente durante la falla del sistema.

9. OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO CLINICO

En la ESE Hospital Regional Sur Oriental 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 la Ley 504 de 2000, referente a la Ley General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

10. 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

	PROCESO:GESTIÓN DE CALIDAD		MA-GD-02
	MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	VERSIÓN 3

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, el liquidador de la empresa 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.


11. RETENCIÓN Y TIEMPOS DE CONSERVACIÓN DOCUMENTAL DEL EXPEDIENTE DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Los cinco (5) primeros años dicha retención y conservación se hará en el archivo de gestión y los diez (10) años siguientes en el archivo central. Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán. Si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llegare a formar parte 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.

Cumplidos dichos términos, con miras a propender por la entrega de la historia clínica al usuario, su representante legal o apoderado responsable de su custodia, de forma previa al proceso de disposición final de que trata el artículo siguiente, 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.

- **Archivo Histórico.** Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

12. LA DISPOSICIÓN FINAL Y LA CONSECUENTE ELIMINACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

	PROCESO:GESTIÓN DE CALIDAD		MA-GD-02
	MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	VERSIÓN 3

La Disposición final y la consecuente eliminación de la Historia Clínica, procederá por parte del responsable de su custodia, siempre que concurren las siguientes condiciones:

- Que se haya cumplido el tiempo de retención y conservación documental de que trata el artículo anterior.
- Que se haya adelantado el procedimiento de publicación a que refiere el artículo 3 de la presente resolución, salvo lo previsto para las entidades a que refiere el párrafo de dicho artículo.
- Que se haya adelantado la valoración correspondiente, orientada a determinar si la información contenida en las historias a eliminar posee o no valor secundario (científico, histórico o cultural), en los términos establecidos por el Archivo General de la Nación, de lo cual se dejará constancia en un acta, que será firmada por el representante legal de la entidad y por el revisor fiscal cuando a ello haya lugar, acompañada del respectivo inventario en el que se identifique la valoración realizada a cada una de aquellas. En el caso de profesionales independientes, una vez realizado el proceso de valoración, el acta será suscrita únicamente por dicho profesional.

13. PROCEDIMIENTO DE ELIMINACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.


Cumplidas las condiciones de que trata el artículo anterior, se procederá a la eliminación de las historias clínicas, así:

- Las entidades públicas seguirán el procedimiento contemplado en el artículo 15 del Acuerdo 004 de 2013 expedido por el Consejo Directivo de Archivo General de la Nación o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

14. TRAMITE PARA SOLICITAR COPIA DE LA HISTORIA CLINICA EN LA INSTITUCION

Para solicitar copia de la Historia Clínica, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:

- Si la solicitud es realizada por el paciente: formato de solicitud y copia del documento de identificación.
- Si la solicitud es realizada por un familiar: Oficio y formato de solicitud, copia del documento de identificación del paciente y del familiar.
- Si usted es autorizado por el paciente: Oficio y formato de solicitud autorizando a una tercera persona junto con la copia de la cédula de ciudadanía del paciente y del solicitante autorizado.
- Si usted es Familiar de un fallecido: Oficio y formato de solicitud, copia del documento del solicitante, certificado de defunción
- Este trámite también se puede realizarse por correo electrónico, escribiendo a y anexando los requisitos anteriormente descritos al [CORREO suroriental@gmail.com](mailto:CORREO.suroriental@gmail.com).

	PROCESO:GESTIÓN DE CALIDAD		MA-GD-02
	MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	VERSIÓN 3


Los formatos de solicitud de historia clínica estarán disponibles en las Oficinas de Siau, Archivo Clínico y secretaria principal.

Para pacientes, fallecidos, o personas que no se encuentre en condiciones de autorizar a sus familiares por su estado de salud mental o físico

La Corte Suprema precisó que el acceso a la historia clínica de los familiares del paciente fallecido, así como del que no se encuentre en condiciones de autorizar a sus familiares por su estado de salud mental o físico, debe estar sujeto al cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a. La persona que eleva la solicitud deberá demostrar que el paciente ha fallecido.
- b. El interesado deberá acreditar la condición del titular de la historia clínica, ya que la regla aquí establecida sólo es predicable de los familiares más próximos del paciente. Para el efecto, el familiar deberá llevar la documentación que demuestre la relación de parentesco con el difunto, por ejemplo, a través de la copia del registro civil de nacimiento ó de matrimonio según sea el caso.
- c. El peticionario deberá expresar las razones por las cuales demanda el conocimiento de dicho documento, sin que en todo caso, la entidad de salud o la autorizada para expedir el documento pueda negar la solicitud por no encontrarse conforme con dichas razones. A través de esta exigencia se busca que el interesado asuma algún grado de responsabilidad en la información que solicita, no frente a la institución de salud sino, principalmente, frente al resto de los miembros del núcleo familiar, ya que debe recordarse que la información contenida en la historia clínica de un paciente que fallece está reservada debido a la necesidad de proteger la intimidad de una familia y no de uno sólo de los miembros de ella.
- d. Finalmente y por lo expuesto en el literal anterior, debe recalcarse que quien acceda a la información de la historia clínica del paciente por esta vía no podrá hacerla pública, ya que el respeto por el derecho a la intimidad familiar de sus parientes exige que esa información se mantenga reservada y alejada del conocimiento general de la sociedad. Lo anterior, implica que no es posible hacer circular los datos obtenidos y que éstos solamente podrán ser utilizados para satisfacer las razones que motivaron la solicitud.

Estos son los cuatro requisitos mínimos que la Corte ha tenido en cuenta para adoptar decisiones posteriores en casos similares. **Sentencia T-182/09 Corte Constitucional**

	PROCESO:GESTIÓN DE CALIDAD		MA-GD-02
	MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS	VERSIÓN 3

15. DOCUMENTOS DE REFERENCIA
FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA INVENTARIO DE HISTORIAS CLINICAS CONTROL DE ENTRADA Y SALIDA DE HISTORIAS CLINICAS

16. BIBLIOGRAFÍA

RESOLUCION 839 DE 2017, “Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones”
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%20839%20de%202017.pdf

RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf