# FUNDACIÓN EL ÁGORA
# POLÍTICA DE ARCHIVO DOCUMENTAL

## OBJETIVO DE LA POLÍTICA

Gestionar los documentos a lo largo de su ciclo de vida, garantizando el acceso, la seguridad, la disponibilidad, la confidencialidad y la conservación de la documentación recibida y producida por la Fundación EL ÁGORA.

## ROLES Y RESPONSABILIDADES

Dirección ejecutiva: dirige y supervisa la implementación de la política de archivo de la Fundación EL ÁGORA.

Dirección de proyectos: supervisa el proceso de gestión documental y organiza los documentos entregados al archivo.

Coordinador del proyecto: organiza y entrega a la coordinación administrativa los documentos técnicos del proyecto para su correcta ubicación en el archivo.

Dirección administrativa: gestiona el manejo operativo del archivo, recibe y clasifica los documentos, garantiza el acceso seguro y confidencial a la información y se asegura de su conservación.

## PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL

**Planeación:** Incluye todas las actividades dirigidas a la planificación, creación y evaluación de los documentos de la entidad, en conformidad con el contexto administrativo, funcional y técnico.

**Producción:** Se refiere a las actividades destinadas a la creación de documentos, incluyendo su formato, estructura, propósito y área de competencia.

**Gestión:** Conjunto de acciones necesarias para el registro, descripción, disponibilidad y recuperación de los documentos y elementos del archivo.

**Organización:** Conjunto de operaciones técnicas para declarar el documento en el sistema de gestión documental, clasificarlo, ubicarlo en el nivel adecuado, ordenarlo y describirlo correctamente.

## MANEJO OPERATIVO DEL ARCHIVO

El manejo operativo del archivo se compone de las siguientes actividades:

- Recepción de documentos: la coordinación administrativa recibe los documentos ya sea por correspondencia urbana o a través de la Dirección Ejecutiva, Coordinación de Proyectos o Coordinación Temática. Además, lleva un control e inventario de documentos mediante un formato institucional.
- Clasificación: la coordinación de proyectos y/o coordinación temática revisan la documentación recibida y orientan a la coordinación administrativa sobre cómo ubicar la documentación según las categorías de valoración documental y archivo virtual.
- Foliación de documentos físicos: la coordinación administrativa numera los documentos físicos de forma ascendente (1 a n), sin omitir hojas a doble cara, incluyendo anexos.
- Organización de documentos en archivo físico o virtual: incluye la ubicación de documentos físicos o virtuales.
- Actualización y limpieza de documentos: cada seis meses, la dirección administrativa revisará la documentación existente de uso frecuente y aquella cuya vigencia haya terminado, para determinar si se conserva o se elimina.
- Reemplazo de carpetas: con la actualización y limpieza, la coordinación administrativa identificará la necesidad de reemplazar carpetas ya sea por su titulación o por desgaste de uso, y solicitará el cambio o compra de nuevas carpetas.
- A partir de la fecha de la resolución de este documento se debe iniciar la migración del archivo físico al archivo electrónico, el cronograma será definido por la Junta directiva teniendo presente la disponibilidad presupuestal.

## VALORACIÓN DOCUMENTAL

La valoración documental es dirigida por la directora ejecutiva y la dirección de proyectos, considerando la selección de documentos en cualquier etapa del archivo, con el objetivo de su conservación temporal, permanente o eliminación. Existen tres tipos de archivo:

1. **Archivo de Gestión**: Incluye la documentación activa, como información administrativa, contable y de proyectos con vigencia anual.
2. **Archivo Central**: Comprende la documentación semiactiva o poco frecuentada, como documentos legales de constitución de la organización y datos de consulta de proyectos y/o información contable del año recientemente anterior.
3. **Archivo Histórico**: Esta categoría abarca la documentación inactiva, es decir, documentos legales, administrativos y contables de los últimos cinco años, publicaciones y otros productos de proyectos (videos, guías, manuales).

## ORGANIZACIÓN DE ARCHIVO ELECTRÓNICO O VIRTUAL

**Archivo Financiero y Contable:** Este archivo comprende la documentación relacionada con la planeación financiera, incluyendo el presupuesto institucional anual y los planes de adquisición por proyecto. También abarca la declaración de impuestos, informes contables y de auditoría, así como los soportes correspondientes. Además, incluye los antecedentes disciplinarios del Revisor Fiscal y del Contador, extractos bancarios, conciliaciones bancarias y certificaciones parafiscales. Para la organización de soportes contables como comprobantes de egreso y facturas, la implementación está sujeta a la disponibilidad presupuestal. El manejo de esta información es exclusivo de la Dirección Administrativa, por lo que la carpeta creada para este tipo de archivo tiene permisos especiales de acceso.

**Archivo Legal:** Este archivo contiene documentos relacionados con la constitución de la Fundación, incluyendo los estatutos y sus enmiendas, el registro actualizado ante la cámara de comercio, y las resoluciones emitidas por entidades públicas para el reconocimiento de personería jurídica. También incluye el registro único tributario, actas del Consejo Directivo, documentos de los miembros del Consejo Directivo y sus cartas recientes de aceptación de los cargos, documentos del representante legal y las certificaciones de antecedentes judiciales y disciplinarios.

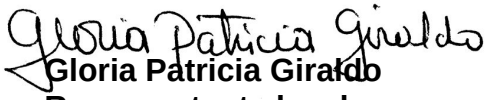
**Archivo Administrativo**: Bajo esta categoría se organizan las políticas institucionales, manuales de procesos y procedimientos, directorio de proveedores y prestadores de servicios, términos de referencia para procesos de contratación, contratos, cotizaciones, actas de comités administrativos, soportes de proveedores y consultores, correspondencia, certificados de cumplimiento de contratos y actas de liquidación. También incluye certificaciones laborales e inventarios de activos.

**Archivo de Proyectos:** Este archivo incluye documentos relacionados con la formulación, planificación, ejecución y evaluación de los proyectos. Se organizan subcarpetas por proyecto que incluyen la propuesta, plan de trabajo o plan operativo, documentos técnicos para la atención a la población participante, guías, presentaciones, directorios del equipo de trabajo, informes de proceso, informe técnico final y soportes de la ejecución.

**Archivo de Comunicaciones:** Este archivo comprende la organización de documentos para la visibilización y posicionamiento institucional y de las líneas de trabajo de la Fundación Apego. Incluye documentos técnicos, piezas digitales, directorios de comunicaciones y de administración de las redes sociales. Entre estos documentos se encuentran el manual de imagen corporativa, protocolo de convocatorias y eventos, código de vestimenta para contratistas, logos institucionales, piezas de comunicación como pendones, folletos, boletines, gorras, camisetas, banco de imágenes, bases de contactos corporativos, directorio de voluntarios, informes de gestión, invitaciones, tarjetas, rutas de acceso y algoritmos para la administración de la página web y redes sociales de la Fundación El Ágora.

**Archivo de Aliados**: Este archivo agrupa información relacionada con instituciones aliadas que facilitan procesos de incidencia social y de política pública en temas relacionados con la misión institucional. Bajo esta clasificación se organizan convenios, soportes legales de aliados, logos institucionales, propuestas conjuntas, documentos técnicos de incidencia, certificaciones de participación en eventos, invitaciones vigentes y campañas de movilización social.

Esta política fue aprobada por la Junta Directiva según resolución 02 de 2017.



**Gloria Patricia Giraldo**
**Representante legal**

## Anexos

**Anexo 1.- Proceso de archivo clínico.**

**Anexo 2.- Procedimiento archivo clínico.**

**Anexo 2.- Manual de historias clínicas.**

## 1. OBJETIVO

Garantizar las adecuadas condiciones de manejo custodia y conservación de la historia clínica y los demás registros asistenciales.

## 2. RESPONSABLE

Auxiliar administrativo en la recepción.

## 3. ALCANCE

Inicia con la apertura de la historia clínica al ingreso del usuario y termina con la entrada de la historia al archivo luego de la atención.

## 4. 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". Resolución 1995/99

**Registros asistenciales:** Son aquellos documentos en los que se registran las atenciones realizadas a los pacientes, diferente a la historia clínica con los cuales se garantiza una atención segura y con calidad.
Hoja de identificación, consentimiento informado, registro de intervención en salud en donde se relaciona la clasificación del paciente, tipo de procedimiento realizado y diagnóstico efectuado (rips).

## 5. POLÍTICAS

- **Apertura de la historia clínica**: A todo paciente que asiste a consulta por primera vez se le realiza la apertura de la historia clínica. El proceso se inicia en la recepción con el diligenciamiento de la hoja de identificación y firma del paciente. En caso de que el paciente asista a consulta por el programa de Necesidades educativas, se le solicita que firme el consentimiento informado impreso en esta misma hoja.
  Por último se solicita la copia del documento de identidad el cual se anexa según los parámetros establecidos en el manual de historias clínicas de la Fundación.
  El profesional que atiende por primera vez firma la hoja de identificación y diligencia los registros correspondientes.

- **Ingreso al sistema Intranet**: Una vez el profesional termina la atención, el encargado de recepción diligencia el formulario en el aplicativo del SCCPNet con los datos del paciente, legaja los documentos y registros, marca la carpeta con el nombre completo del paciente, la fecha de ingreso y el número de identificación

- **Archivo de la historia**: Terminada la consulta, los folios se marcan con el número del documento de identidad del paciente y se archivan en forma consecutiva con el último número del documento.
  Este proceso se realiza diariamente al terminar la jornada de consultas, en caso de no poderse realizar se disponen en un lugar demarcado (folios pendientes por archivar) y deberán estar archivados antes de tres días.
  Los tipos de archivo y tiempos de conservación están definidos en el manual de historias clínicas de la Fundación.

**Salida del archivo**:
Se inicia con la revisión de la agenda programada y la lista de historias solicitadas para fotocopia o informes.
Se seleccionan los folios, se registran los datos de salida en el tarjetón de reemplazo (F-GAS-HC-AC-RS), éste se ubica en el lugar de la carpeta que sale.
A continuación se disponen todos los folios que saldrán para consulta en el lugar establecido para esto dentro del archivo.
Cada día, en la mañana, salen del archivo y se organizan separados por profesional y aquellos solicitados para informes o fotocopias, se ubican en un lugar establecido para este fin en la recepción; antes del inicio de la consulta, cada profesional reclama el paquete de folios, ingresos y la agenda de consulta, el encargado de la recepción verifica la documentación entregada y diligencia el formato (F-GAS-HC-AC-V) en el que se describe la cantidad de folios e ingresos estregados a cada profesional respaldados con su firma.

**Entrada al archivo**: Una vez terminada la consulta, los profesionales diligencian correctamente los documentos de la historia clínica, los registros asistenciales necesarios y devuelve los documentos en recepción, el encargado verifica la cantidad recibida y la compara con la información consolidada en el formato (F-GAS-HC-AC-V), diligencia el espacio de número de folios recibidos y respalda la información con su firma.
Al finalizar la jornada, la recepcionista de turno recoge los folios y los ubica en el espacio destinado para esto en el archivo (folios pendientes por archivar), selecciona el lugar indicado para cada folio, retira la tarjeta de reemplazo y archiva el folio en el espacio correspondiente para su correcta conservación y custodia.

- **Entrega de copia de la historia clínica**: La copia de la historia clínica se entrega dos (3) días hábiles después de su solicitud, para esto, el usuario diligencia el formulario (FHC-A-SC), lo entrega en la recepción y quien recibe lo archiva en orden de fecha en la carpeta correspondiente. Antes de realizar el procedimiento de copia se verifican los datos del solicitante con los datos

registrados en la hoja de identificación (paciente o a quien esté autorizado). Se hace entrega de la copia y el formato de solicitud se anexa a la historia clínica.

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | CUANDO | DÓNDE | POR QUÉ | CÓMO |
|---|---|---|---|---|---|
| INICIO | | | | | |
| ↓<br>APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA<br>↓ | Auxiliar administrativo en recepción | El usuario asiste por primera vez a consulta | Recepción | Se requiere diligenciar y conservar sistemáticamente la información clínica en los registros indicados y necesarios | Inicialmente se verifica en el intranet que el usuario no tenga historia en la Institución, luego se diligencia el formato de identificación teniendo como base los datos del documento de identidad, por último se anexan los documentos complementarios (copia del documento de identidad, remisiones y exámenes complementarios, incluyendo los usuarios que asisten a consulta por medicina laboral<br>F-PM-GA-HC-I |
| | Profesional encargado de la atención por primera vez | | Consultorio | | El profesional debe firmar la hoja de identificación y diligenciar los demás documentos y formatos necesarios (evaluación, evolución, consentimiento informado) |
| INGRESO AL SISTEMA INTRANET<br>↓ | Auxiliar administrativo en recepción | Una vez se termina la consulta y se han diligenciado los documentos de ingreso | Recepción | Debe almacenarse la información en sistema operativo de la Fundación (Intranet, SCCPNet, Sistema de Control de Consultorios y Pymes de Salud) | Se diligencia el aplicativo del programa |
| LEGAJAR LOS FOLIOS | Auxiliar administrativo en recepción | Luego de ingresar la información al sistema, antes de archivar | Archivo | Se debe garantizar la secuencia en la organización de los documentos | Cada hoja se debe ubicar en orden cronológico según última atención. La alineación de los documentos se hace en el extremo superior izquierdo antes |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | de perforarlos. El orden de los documentos y anexos se verifica según lo establecido en el manual de historias clínicas de la institución |
| ARCHIVO DE LA HISTORIA<br>↓ | Auxiliar administrativo en recepción | Una vez se termina la consulta y se ha legajado la documentación indicada. | Archivo clínico | Se debe custodiar la información y ubicar la historia clínica en el archivo respectivo según lo establecido en la norma | Los folios se numeran con el documento de identidad del usuario y se archivan en numeración consecutiva con el último número del documento de identidad. De la misma manera se numera el respectivo tarjetón de reemplazo y se ubica al interior dela carpeta correspondiente. El manejo de las historias en cada tipo de archivo (central y de gestión) se tiene establecido en el manual de historias clínicas. |
| SALIDA DEL ARCHIVO<br>↓ | Auxiliar administrativo en recepción | 1. Antes de iniciar la consulta.<br>2. Si el usuario solicita copia de la historia.<br>3. Es requerida por el profesional o equipo médico para la realización de informes, resúmenes de las atenciones a solicitud del paciente y auditorías. | Archivo clínico y lugar de la consulta | 1. El folio debe estar dispuesto en el consultorio del profesional antes de iniciar la consulta de manera que se garantice el registro permanente de la información.<br>2. El folio debe salir para fotocopiarse y entregarse oportunamente al paciente que lo requirió.<br>3. Los profesionales encargados del proceso clínico y terapéutico necesitan acceso a la información con el fin de desarrollar los informes solicitados por las entidades autorizadas por el paciente. (devolución de | Se inicia con la revisión de la agenda programada y la lista de historias solicitadas para fotocopia (luego de diligenciado el formato para tal fin) o informes.<br>Se seleccionan los folios, se registran los datos de salida en el tarjetón de reemplazo que se encuentra en su interior.<br>F-GAS-HC-AC-RS<br>Éste se ubica en el lugar de la carpeta que sale.<br>A continuación se disponen todos los folios organizados y separados por profesional en el consultorio correspondiente al igual que la programación de la |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | avances terapéuticos a médicos tratantes y otros) | atención y los ingresos, antes de iniciar la consulta.<br>Aquellos folios solicitados para informes o fotocopias, se ubican en un lugar establecido para este fin en la recepción. |
| ENTREGA DE COPIA<br>↓ | Auxiliar administrativo en recepción | El paciente o quien se encuentre autorizado en la hoja de ingreso de la hoja de identificación solicitan por escrito copia de la historia clínica | Recepción | Debe garantizarse el debido proceso para la entrega de documentos que se encuentran bajo custodia | El usuario o quien se encuentre autorizado, diligencia el formulario de solicitud.<br>F-GAS-HC-SC<br>Se verifican los datos con los de la hoja de identificación haciendo uso del documento de identidad del autorizado. La salida de los documentos de la historia para ser fotocopiados estará a cargo del auxiliar administrativo encargado del archivo. Una vez se realice la entrega se adjunta el formato de solicitud al folio. La entrega de la copia puede hacerse efectiva máximo en tres (3) días hábiles. |
| ENTRADA AL ARCHIVO | Auxiliar administrativo en recepción | 1. Al terminar la consulta.<br>2. Luego de fotocopiarla y cuando el profesional o equipo médico terminan los informes, resúmenes y auditorías. | Lugar de la consulta y Archivo clínico | Los folios deben ser de nuevo archivados con el fin de garantizar la custodia | Los profesionales, al terminar la consulta, entregan al auxiliar en recepción el paquete de folios, ingresos y demás documentos producidos en la atención, los cuales son verificados y situados en un espacio destinado para esto en recepción. Al finalizar el día, estos se colocan en un punto específico en el archivo de gestión.<br>Máximo dos días después de la última atención, la persona |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | encargada del archivo ubica los folios en la posición indicada en el archivo, retira el tarjetón de registro de salida y lo ubica en el interior de la carpeta correspondiente. |
| FIN | | | | | |

# FUNDACIÓN EL ÁGORA

# REGLAMENTO DE USO DE LA HISTORIA CLÍNICA

**2012**

# TABLA DE CONTENIDO


Resolución 006 del 06 de febrero de 2008 ..... 3
MANUAL DE HISTORIAS CLÍNICAS ..... 4
Introducción ..... 4
Definición de historia Clínica ..... 4
La historia clínica es parte del acto médico ..... 5
La historia clínica pertenece al paciente ..... 5
Características de la historia clínica (resolución 1995 de 1999) ..... 6
Componentes de la historia clínica (resolución 1995 de 1999) ..... 6
Calidad de la historia clínica ..... 6
Accesibilidad a la historia ..... 6
Comité de historias clínicas ..... 8
Capítulo 1.- normas generales ..... 8
Capítulo 2.- identificación de la documentación clínica ..... 9
Capítulo 3.- estructura, orden y contenido de la historia clínica ..... 10
Documentos de la historia clínica ..... 11
Anamnesis, exploración, evolución ..... 12
Informes de exploraciones complementarias y remisiones ..... 12
Órdenes médicas ..... 12
Hojas de historia clínica y de exploración ..... 12
Hoja de evolución ..... 13
Informes de exploraciones complementarias ..... 13
Hoja de remisión ..... 13
Remisión y contra remisión interno y externo ..... 13
Hoja de evolución ..... 14
Capítulo 4.- elaboración de la historia clínica ..... 14
Capítulo 5.- Acceso a la información de la historia clínica ..... 14
Capítulo 6. conservación, responsabilidades y utilización de las historias clínicas ..... 15

# RESOLUCIÓN 006 del 06 DE FEBRERO de 2008

## POR LA CUAL SE ESTABLECE EL REGLAMENTO DEL MANEJO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN LA FUNDACIÓN EL ÁGORA

**LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FUNDACIÓN EL ÁGORA**

En uso de sus facultades legales y estatutarias, en especial las conferidas en el artículo 23 numerales g y h de los estatutos de la Fundación,

**Considerando Que:**

1) Conforme A lo establecido en la ley 23 de 1981 y en la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, es necesario que la Entidad reglamente el manejo del manejo de las historias clínicas;

2) La historia clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

3) Se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social, antes Ministerio de Salud, y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la ley 80 de 1989.

**Resuelve:**

**Artículo 1º.-** Adoptar el reglamento del manejo de las historias clínicas.

Artículo 2º.- **Fijar copia de la presente Resolución en la Cartelera interna de la Sede de la Fundación.**

**Comuníquese y cúmplase,**

ORIGINAL FIRMADO
Luis Emilio Buitrago Castillo
Presidente

ORIGINAL FIRMADO
Paula Andrea Posada Mesa
secretaria

Envigado, 08 de febrero de 2008

## MANUAL DE HISTORIAS CLÍNICAS

### Introducción

La posibilidad de que un paciente presente una queja sobre nuestra atención médica es mayor cuando se presenta un daño. Pero así no se presente el daño los pacientes conocen cada vez más sus derechos y la posibilidad de hacer un reclamo. Se debe tener en cuenta que sus razones no son siempre basadas en la buena fe y esto en un país en crisis se puede presentar con alguna frecuencia. Dice el saber popular que es preferible un mal arreglo a un buen pleito y como nadie esta exento es bueno estar preparados.

### Definición de Historia Clínica

Para unificar criterios adoptamos la definición establecida en la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, art. 1 "*La 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*".

Aparte de la importancia que tiene este documento como instrumento de comunicación para conocer los antecedentes de salud del paciente, optimizar su atención presente y futura, permitir la investigación y la docencia, debemos recordar que también es una fundamental herramienta probatoria a la hora de determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas.

La historia clínica también es un elemento que sirve como criterio de calidad de los cuidados médicos, de la correcta asistencia facultativa y puede ser utilizada como prueba técnica. Es el registro formal y único de la atención brindada por el médico, es inmodificable, y es una prueba veraz, imparcial y válida para la justicia.

A diferencia de los usuarios de servicios de salud, quienes en los últimos años han elevado en forma importante el conocimiento acerca de sus derechos; el profesional y las instituciones de salud no han progresado lo suficiente para estar a la altura de la avalancha de las nuevas reglas de juego legales del sistema de salud, que afectan el ejercicio de las profesiones médicas y paramédicas. Esta situación se expresa en frecuentes deficiencias probatorias en los procesos medico legales, y una de ellas es la historia clínica deficiente.

Por tanto es bueno tener en mente siempre algunas normas básicas sobre a la historia clínica, que se deben cumplir juiciosamente so pena de

encontrarse sin el elemento probatorio fundamental a su favor en los procesos de responsabilidad profesional por complicaciones o falla en la atención de salud, que se derivan en procesos éticos, penales, civiles, disciplinarios o administrativos.

**LA HISTORIA CLÍNICA ES PARTE DEL ACTO MÉDICO**

El acto médico no se refiere exclusivamente a la acción del servicio profesional dado a un paciente, sino además incluye la obligación de registrarlo o documentarlo, en lo que se denomina la historia clínica (acto médico documental), que por normatividad legal es de carácter obligatorio. (Art. 34 de la Ley 23 de 1981 y art. de la Resolución 1995/99)

**LA HISTORIA CLÍNICA ES ELEMENTO PROBATORIO DE PRIMER ORDEN**

La prueba fundamental de todos los procesos de responsabilidad por servicios de salud es la historia clínica, de donde se obtiene también las bases para otros elementos probatorios tales como los peritajes medico legales, los comités de calidad AD HOC y los conceptos de expertos.

Su no realización se considera una falta del profesional, que impide sustentar los alegatos de exoneración en su defensa. Como es de suponer la calidad de la historia influye mucho, ya que al realizarla según las normas, obliga al profesional a interrogar y examinar adecuadamente al paciente. Es decir, implica 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 procesal contra el médico.

Los fallos mayoritarios juzgan en contra del profesional ante la inexistencia de historia clínica o la presentación de irregularidades de esta.

La carencia de historia clínica priva de un elemento valioso para la prueba de responsabilidad médica y debe perjudicar a quien le era exigible como deber de colaboración en la difícil actividad probatoria y esclarecimiento de estos hechos".

**LA HISTORIA CLÍNICA PERTENECE AL PACIENTE**

Aunque el médico tiene la autoría intelectual de la historia médica esta es propiedad del paciente. Puede utilizarse como material de consulta y apoyo a trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual, Art.30 del decreto 3380/81. El paciente puede autorizar a la persona que desee para tener acceso a su historia clínica en forma expresa y por escrito. La entrega de copias al paciente se realiza única y exclusivamente para fines que de acuerdo con la Ley resulten procedentes.

**CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA (Resolución 1995 de 1999)**

- Integralidad - Información científica y técnica administrativa relativa a la atención de salud.
- Secuencialidad_- Deben los registros tener la secuencia cronológica de la atención.
- Racionalidad Científica - La historia debe evidenciar en forma lógica, clara y completa el procedimiento realizado para determinar el diagnóstico y plan de manejo.
- Disponibilidad - Posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesite, con las limitaciones que impone la Ley.
- Oportunidad - El registro debe ser simultaneo o inmediatamente después a la ocurrencia de la prestación del servicio.

**COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA (Resolución 1995 de 1999)**

- Identificación del Usuario - Datos completos del paciente, dirección y teléfono, responsable legal y asegurador.
- Registros específicos - Aquí se consignan datos e informes de la atención prestada.
- Anexos - Son documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico de las acciones realizadas con el usuario, tales como el consentimiento informado, autorización para necropsia u otros que se consideren pertinentes.

**CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Existen características que permiten determinar la calidad de la historia clínica, y por ende la fuerza probatoria de esta.

1- Completa
2- Coherente
3- Sustentada
4- Sin espacios en blanco
5- Autorizaciones incluidas
6- Fechada y firmada
7- Legible

Si alguna o varias de estas no se cumplen, puede reflejar un comportamiento médico inadecuado en la atención del paciente.

**ACCESIBILIDAD A LA HISTORIA**

Pueden tener acceso a la historia clínica: (Resolución 1995 art. 14)

- El Usuario

• *El equipo de salud* (Profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud que asistan al usuario, los auditores médicos de aseguradoras y prestadores responsables de la calidad del servicio de salud brindado)
- *Las autoridades judiciales y de salud* en los casos previsto por la Ley
- *Las demás personas determinadas por la Ley*

Las autoridades competentes para conocer la historia clínica son: La Superintendencia Nacional de Salud, Los jueces de la república, El Tribunal de Ética Médica, La fiscalía general de la nación y la Procuraduría General de la Nación.

Cuando se requiera información sobre la atención de un paciente para efectos diferentes de los estrictamente legales o científicos, se refiere a:

R*esumen de atención* en los pacientes hospitalizados, documento obligatorio para las IPS establecido en la resolución 3905 del 8 de junio de 1994.

E*picrisis* como sustentación para facturar según la resolución 3374/2000.

Esta última aunque tiene información sobre las condiciones del paciente, el hecho de que circule para estos efectos fuera de la institución de salud, no viola el derecho a la intimidad de los pacientes puesto que los datos allí registrados tienen protección suficiente sobre su divulgación y son necesarios para las acciones del Ministerio de Salud relacionadas con la información para decisiones en beneficio de la comunidad. (Sentencia del Consejo de Estado 6203 de mayo 4 de 2001).

**CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA**

La institución o prestador del servicio de salud, esta obligada a custodiar la historia clínica en forma organizada y tenerla disponible en el momento en que se necesite. La entrega de copias al paciente cuando lo solicite se realiza única y exclusivamente para fines procedentes de acuerdo con la Ley. En la sentencia T 443/94 de la corte constitucional se expresa: “Las instituciones de salud tienen el deber especial de mantener archivos de información relevante que asegure a la persona conocer plenamente cuál era su situación y cómo se procedió en el caso específico; así como la obligación de suministrarle toda la información personal cuando este la solicite”.

La institución de salud o el proveedor del servicio entonces debe cumplir con los procedimientos de archivo o custodia de la historia clínica y puede entregar copias al paciente o a su representante legal cuando lo solicite para efectos legales.

El archivo es de tipo digito terminal y se establece en tres tipos:

- **De gestión,** con 2 a 5 años desde la última atención.

- **Central** cuando se ha sobrepasado más de más de 2 años sin ingresar nueva información,
- **Histórico** de conservación permanente para casos con valor especial. La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años a partir de la última atención.

**COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS**

Personas que al interior de la institución, se encargan de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica. Sus reuniones tendrán actas con copia a la dirección de la institución. Hacen parte del comité una persona de cada área de atención y se reunirán mensualmente.

**CAPÍTULO 1.- NORMAS GENERALES**

1. El uso de la Historia Clínica en Colombia así como su contenido y conservación, está regulado por la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999.
2. Se considera, en nuestra institución, como integrantes de la Historia Clínica a:
   - Las hojas reconocidas específicamente como tal en la presente normativa.
   - Los documentos resultantes de todo tipo de exámenes, pruebas radiológicas, etc., practicados al paciente o resultantes de las hojas señaladas como específicas de la Historia Clínica.
3. Quedan obligadas al cumplimiento de las presentes normas todas las personas que de una manera u otra, con un objetivo u otro, utilicen los soportes de información clínica aludidos y sea cual fuere su categoría profesional o su relación contractual respecto de la **FUNDACIÓN EL ÁGORA.**

4. Los soportes de información que constituyen las Historias Clínicas no podrán ser utilizados para otros fines más que en los términos que determina la presente reglamentación.
5. Al realizarse la apertura de la Historia Clínica esta será identificada con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete (7) años y el número del registro civil para los menores de siete (7) 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, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el

del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo con el número de orden del menor en el grupo familiar.

7. La información asistencial generada en el proceso de atención a cada paciente se acumulará sobre su número de Historia Clínica. Las bases de datos asistenciales conservadas electrónicamente quedarán asimismo referidas al número de Historia Clínica.
8. Se abrirá físicamente carpeta de Historia Clínica a toda persona que solicite por primera vez su asistencia en la institución. Los documentos de la Historia Clínica quedarán conservados y serán archivados en una carpeta identificada por el número de Historia Clínica, que tendrá su destino final en el Archivo de Historias Clínicas.
10. Si no tiene lugar en el ingreso ni en la consulta, se recomienda entregar al paciente radiografías, electrocardiogramas, resultados de laboratorio y copia de los informes de ecografías, TAC, etc., que el paciente presentase para su lectura en la institución. Los documentos que no se han entregado al paciente se archivarán en su Historia Clínica, en el caso de que la tuviese.
11. El desarrollo tecnológico está permitiendo una mayor disponibilidad de información clínica en soporte informático. Esta realidad facilita enormemente la práctica clínica pero simultáneamente supone un gran riesgo en la vulneración del derecho a la intimidad de las personas. En caso de que la institución implementara este tipo de tecnologías, se establecerán mecanismos que permitan garantizar con el mayor grado de seguridad posible la confidencialidad de esta información clínica.

## CAPÍTULO 2.- IDENTIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

1. La Historia Clínica quedará identificada unívocamente por el número asignado al paciente como parte del proceso de la primera admisión. La Historia Clínica será única para cada paciente con independencia de que éste sea atendido por un sólo servicio o por varios, de forma puntual o continuada y bajo una modalidad asistencial u otra. El número de la Historia Clínica será permanentemente el mismo de la identificación del paciente, teniendo en cuenta las variaciones de las que se habla en el numeral 5 del capítulo 1 de este reglamento.
2. Dicho número identificará todos los documentos de los expedientes clínicos. Todos los documentos que componen la Historia Clínica estarán encabezados por los datos de identificación del paciente, el número de Historia Clínica y el nombre del profesional que realiza la asistencia en ese momento. Corresponde al responsable de iniciar cada hoja el registro de estos datos.

3. La asignación del número de Historia Clínica es responsabilidad del personal de recepción y secretaría de la institución. Para realizar una correcta gestión de la asignación, este personal procederá a la identificación del paciente en su primer contacto con la Fundación.
   Con el fin de evitar errores en la identificación de los pacientes y posibles duplicidades al adjudicar número de Historia, se establece el siguiente proceso que se aplicará en la medida en que el paciente aporte la documentación:
   - Solicitar al paciente su identificación según el caso, cédula de ciudadanía para los mayores de edad; tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete (7) años y registro civil para los menores de siete (7) años. Para los extranjeros pasaporte o cédula de extranjería. En caso de no poseer ninguno de estos documentos, se le hará solicitud de documentos similares donde se puedan verificar la identificación, apellidos, nombre y fecha nacimiento. En caso contrario se hará anotación de que la identificación de la Historia Clínica queda incompleta y se hará compromiso al paciente o su acudiente de presentar la documentación a la mayor brevedad.
   - Identificar apellidos, nombre y sexo.
   - Preguntar fecha de nacimiento.

   Este proceso se seguirá siempre que vaya a procederse a la adjudicación de número de HC, comprobando que el paciente no tiene otro número anteriormente asignado.
4. Si se detecta que, por error, un paciente ha recibido más de un número de Historia Clínica, la persona que lo detecte lo comunicará al personal de recepción y secretaria. Este personal será responsable de corregir la situación en su base de datos, anulando el registro. También de forma automática se genera un informe accesible desde el Archivo de Historias Clínicas, cuyo personal es responsable de realizar la unificación física de la documentación.

**CAPÍTULO 3.- ESTRUCTURA, ORDEN Y CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA**

**Estructura**

Para sistematizar el registro de la atención y conseguir una documentación más estructurada:

**Contenido y Orden**

La Historia Clínica contendrá los documentos necesarios para el registro de las actividades clínicas desarrolladas en las distintas áreas de acuerdo a la

Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, por la que se establece el contenido de las historias clínicas.

La Historia Clínica debe contener la siguiente información específica para valorar el perfil del paciente con claridad y facilidad:

- Edad (fecha de nacimiento)
- Sexo
- Ocupación
- Nivel económico
- Estructura familiar
- Tipo de actividad, oficio.
- Talla
- Peso
- Presión arterial

La Historia Clínica debe contener información adecuada para proporcionar información sobre los factores de riesgo en paciente con claridad y facilidad:

- Antecedentes familiares
- Hábitos
- Estilo de vida
- Factores de estrés

La Historia Clínica debe contener una notación que indique claramente la presencia o ausencia de:

- Alergias
- Intolerancia a fármacos

La Historia Clínica debe proporcionar información adecuada sobre los antecedentes patológicos:

- Enfermedades previas
- Intervenciones quirúrgicas previas
- Problemas menores recurrentes

La Historia Clínica debe proporcionar información adecuada para identificar con claridad y facilidad:

- El problema principal
- Problemas asociados u otros problemas
- Los medicamentos que está tomando el paciente
- El estado inmunológico actual
- Los resultados de los exámenes de laboratorio y demás pruebas

A continuación se relacionan y describen los documentos aprobados para su uso en la historia clínica:

**DOCUMENTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

- Hoja de identificación

- Formato de seguimiento de Intervención

**ANAMNESIS, EXPLORACIÓN, EVOLUCIÓN**

- Historia clínica (exploración física, planificación de diagnóstico y tratamiento)
- Evolución.

**INFORMES DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y REMISIONES**

- Petición de consulta y exploraciones
- Pruebas funcionales especiales
- Registros gráficos
- Informes de laboratorio.

**ÓRDENES MÉDICAS**

- Órdenes médicas
- Medicación.

Como norma general y sin perjuicio de lo que suplementariamente pueda exigirse para cada uno de los documentos que componen la Historia Clínica, siempre que se indique la obligatoriedad de firma en alguno de ellos deberá de entenderse que junto a la misma habrá de constar el número del registro, para el caso del personal de salud.

**HOJAS DE HISTORIA CLÍNICA Y DE EXPLORACIÓN**

Son los documentos destinados a recoger los datos de anamnesis y exploración recabados durante la entrevista entre el médico y el paciente y/o sus familiares o allegados.

El responsable de su elaboración es el profesional que atienda al paciente a su ingreso o a su llegada en primera consulta a una especialidad determinada.

Deberán ser anotados los datos referentes al motivo que ha llevado al paciente a solicitar asistencia, los antecedentes familiares y personales del mismo, los síntomas referidos a su enfermedad, la fecha de comienzo de éstos, las exploraciones y tratamientos previos que hayan sido aplicados, la evolución clínica experimentada hasta el momento de la llegada a la institución y los hallazgos exploratorios positivos y negativos verificados por el médico.

Existen variantes complementarias, también autorizadas, de las Hojas de Historia Clínica y de Exploración, como las evaluaciones por Otorrinolaringología, Neurología o Psiquiatría. El procedimiento por seguir será elaborar las mismas no difiere en del descrito con carácter general en los apartados anteriores.

**HOJA DE EVOLUCIÓN**

Es el documento destinado a recoger las incidencias asistenciales que se presentan durante la atención de un paciente, así como los correspondientes comentarios de actualización de los datos recogidos en la anamnesis y la exploración. Se anotarán, también, cuantas actuaciones se vayan practicando sobre el paciente a medida que las mismas se realicen, las conclusiones de las sesiones clínicas, y cuantos motivos hagan modificar o suprimir cualquier aspecto del plan diagnóstico y terapéutico previamente establecido.

Las anotaciones periódicas en las hojas de evolución deberán ir fechadas y firmadas por el médico que las realiza.

Aunque la norma sea la utilización de la Hoja de Evolución como soporte de la información descrita en los párrafos anteriores, existen también en determinados Servicios otros documentos complementarios autorizados para anotación de datos evolutivos muy específicos, como la de Escala de Glasgow, utilizada para evaluar la evolución del estado neurológico.

**INFORMES DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

Son los documentos que dan cabida a los resultados de las pruebas solicitadas a los laboratorios y demás servicios que realizan exploraciones complementarias.

Todos los informes emitidos deberán contener la fecha de solicitud, la de realización y la firma del profesional que los ha realizado.

**HOJA DE REMISION**

Es el documento destinado a recoger los motivos de solicitud de interconsultas o de determinadas exploraciones, así como a registrar el informe-respuesta del servicio consultado.

**REMISIÓN Y CONTRA-REMISIÓN INTERNO Y EXTERNO**

- Se utiliza el formato de remisión y contra remisión.

Pueden acompañar a la respuesta otros soportes de información. En estos casos se dispondrá lo necesario para que tales soportes vayan identificados con los datos comunes, referidos al paciente, que se hacen constar en el resto de los documentos de la Historia Clínica y también fechados en forma coherente con el informe emitido en la Hoja de petición de consultas y exploraciones con que se correspondan.

También tiene como objeto el recoger las órdenes de realización de los exámenes complementarios que fueran establecidas para un paciente determinado.

Si fueran necesarios comentarios referentes a órdenes ya emitidas (por retrasos, defectuosa ejecución de estas, etc.), éstos se harán constar en la hoja de evolución.

**HOJA DE DEVOLUCIÓN**

Es el documento en el que quedarán registrados dos tipos de información:
Los problemas y necesidades detectados al paciente, a partir de la valoración del estado de salud-enfermedad. La recopilación de los datos debe hacerse mediante observación, exploración y entrevista.
Deberá constar:

- Fecha de valoración
- Diagnóstico y/o motivo de ingreso
- Tratamiento
- Fecha de ingreso
- Procedencia del ingreso

**Capítulo 4.- ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

1. Las Historias Clínicas deberán de ser recogidas obligatoriamente sobre los soportes descritos en el capítulo tercero de la presente normativa.
   Existen formatos especiales para:
   Identificación e ingreso del paciente.
   Crecimiento y desarrollo
   Control prenatal.
2. El orden de los documentos de las Historias Clínicas proporcionadas por el Archivo y ya previamente adaptadas a los criterios expresados en el capítulo segundo no podrá ser alterado.

3. En caso de que el grosor de la Historia Clínica dificulte su manejo, ésta podrá desdoblarse en volúmenes. Cada volumen mantendrá la identificación inicial (núm. de HC, nombre y dos apellidos), así como el número secuencial del volumen a que corresponda.

**Capítulo 5.- ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

1. Toda la información contenida en las Historias Clínicas de los pacientes es confidencial.
2. Corresponde al archivo garantizar a todo paciente atendido en **La Fundación EL ÁGORA** el derecho a la privacidad y confidencialidad de la información contenida en su Historia Clínica, sin perjuicio de las obligaciones éticas y legales que correspondan, en su caso, a cada una de las personas que debido al cumplimiento de las funciones propias de

su profesión o destino laboral tengan acceso a la totalidad o a parte de dicha información confidencial.

3. Todo paciente atendido en **La Fundación EL ÁGORA**, así como sus familiares o allegados que cumplan una función subsidiaria suficientemente justificada, tiene derecho, en los términos señalados por la Ley y las normas legales vigentes, a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, respecto de todas las circunstancias relacionadas con su estado de salud, con el proceso asistencial que está desarrollándose sobre él en **Fundación EL ÁGORA**, de las diferentes vías existentes para llegar a su más correcta evaluación diagnóstica, de las posibles repercusiones negativas de cada una de éstas, de los diagnósticos establecidos, de su pronóstico, de las alternativas terapéuticas que se puedan establecer, así como de los resultados esperables de cada una de ellas.
   Corresponde a los profesionales que brindan la atención satisfacer el cumplimiento de tal derecho.
4. El personal asistencial que esté desarrollando su labor asistencial sobre un paciente determinado, tendrán acceso a la información pertinente de la Historia Clínica del mismo durante todo el tiempo en que se extienda su actuación profesional en el caso clínico de que se trate.
5. El acceso a la información contenida en la Historia clínica, de pacientes atendidos en **La Fundación EL ÁGORA**, para fines de docencia o de investigación deberá en todos los casos ser autorizado expresamente por la Dirección Médica.
   La información obtenida de la consulta a las Historias Clínicas con fines de docencia o investigación deberá de utilizarse de forma que no sea posible la identificación entre los datos extraídos y las personas de quienes proceden, especialmente en lo que se refiere a la elaboración de trabajos y publicaciones.
6. Los representantes de entidades aseguradoras que deseen obtener información contenida en las Historias Clínicas de pacientes atendidos por **La Fundación EL ÁGORA** deberán solicitarlo a la Dirección del Centro, esta información sólo se facilitará bajo la autorización expresa y escrita del paciente.

## Capítulo 6. CONSERVACIÓN, RESPONSABILIDADES Y UTILIZACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

1. Es obligación de cuantas personas se vean implicadas en la elaboración o el uso de los soportes de la información de las Historias Clínicas de ***La Fundación EL ÁGORA***, pertenezcan a la planta de la Fundación o sean ajenas a la misma, velar por la conservación de estos en las condiciones

óptimas para el cumplimiento de sus misiones de acumulación y transmisión de los datos obtenidos de los pacientes. El responsable último de la Historia Clínica es **La Fundación EL ÁGORA**.

2. En **La Fundación EL ÁGORA** los servicios de almacenamiento, custodia y consulta de las Historias Clínicas están a cargo del secretario de la Fundación y encargado del archivo clínico.

3. En tanto las Historias Clínicas permanezcan fuera del Archivo, corresponde su custodia y conservación a la persona peticionaria de la salida y, de forma subsidiaria, al responsable del área asistencial o administrativo al que pertenezca.

Luis Guillermo Correal A.
Gerente de Proyectos