BENEFICENCIA
DE CUNDINAMARCA

ANEXO TECNICO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA PARA LOS CENTROS DE PROTECCION DE LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA.

Noviembre, 2025

1.INTRODUCCIÓN

En Colombia se establecen los lineamientos, criterios de historia clínica definiendo las condiciones mínimas para su correcta elaboración y el registro asistencial, garantizando así la trazabilidad y seguridad del paciente a través de la adecuada documentación de la atención en salud. En busca de asegurar que las historias clínicas contengan la información básica del usuario, la cual debe ser completa, clara, legible y confiable para un proceso de atención coherente.
Teniendo en cuenta que la Beneficencia de Cundinamarca se encuentra en el REPS Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud como objeto social diferente, se hace necesario dar cumplimiento a los lineamientos que se establecen para este tipo de prestador, por tanto, debe implementar la historia clínica única como lo estipula la resolución 1995 de 1999, emitida por el Ministerio de Salud, en donde reitera que la historia clínica es un expediente con carácter de reserva en el que se registra el estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que presta atención a un paciente

La Resolución 3100 establece que la historia clínica y los registros asistenciales son el conjunto de condiciones mínimas y obligatorias para la habilitación de servicios de salud, esto definiendo los componentes esenciales que debe contar la historia clínica, como la identificación del usuario (Nombres, apellidos, tipo y número de documento, datos de contacto entre otros) , asegurando una trazabilidad adecuada de la atención, esto con el propósito de garantizar que la trazabilidad de la información de la atención en salud, por otra parte la Ley 1315 de 2009 de Colombia establece las condiciones mínimas para que los centros de protección, centros de día e instituciones de atención para adultos mayores garanticen una estancia digna, estableciendo requisitos de infraestructura, equipamiento y servicios. Su propósito es asegurar una atención integral y de calidad, tanto temporal como permanente, para los adultos mayores, que incluye condiciones de seguridad, bienestar y promoción personal como sujetos de derechos plenos, utilizando un enfoque de valoración multidimensional, como elemento básico para medir la capacidad funcional como expresión de salud; recibe el nombre de multidimensional, dinámica o comprensiva y se ocupa de cuantificar todos los atributos y alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social del anciano para conseguir un plan racional y coordinado de tratamiento y recursos. Este diagnóstico integral favorece la implementación de un tratamiento más adecuado y racional y evita pautas farmacológicas que con frecuencia originan en la persona mayor enfermedades iatrogénicas. (según la revista Sanitaria de Investigación).

2.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Cumplir con los requerimientos normativos con respecto al componente de atención y manual de historia clínica establecido por la Beneficencia de Cundinamarca.

3.REFERENCIA NORMATIVA

- **Resolución 3100 del 2019:** Por el cual se establece El Sistema Único de Habilitación en Salud

- **Resolución 19915 de 1999 :** que establece las pautas para su diligenciamiento y conservación

- **Ley 2015 de 2020:** Esta ley crea la historia clínica electrónica (HCE) y busca la interoperabilidad, es decir, que la información clínica relevante de cada persona pueda ser compartida entre los prestadores de servicios de salud. Esto agiliza el acceso a la historia clínica y garantiza el derecho a la información del paciente, respetando la confidencialidad
- **Resolución 839 de 2017:** Establece el manejo, la custodia, los tiempos de retención y la disposición final de los expedientes de historia clínica.
- **Ley 1581 de 2012:** Regula la protección de datos personales y protege la información contenida en la historia clínica, incluyendo los datos sensibles.
- **Ley 1315 de 2009**: Establece las condiciones mínimas para dignificar la estadía de los adultos mayores en centros de protección, centros de día e instituciones de atención, garantizando servicios integrales y de calidad.

4.DEFINICIONES

Son las condiciones mínimas e indispensables que debe cumplir la historia clínica y los registros asistenciales, con el fin de garantizar la trazabilidad de la atención en salud.

• Consentimiento informado
Es la aceptación libre, voluntaria y consciente de la persona que recibe la atención, manifestada en el pleno uso de sus facultades, para que tenga lugar un acto asistencial. Para que el consentimiento se considere informado, el usuario deberá entender la naturaleza de la decisión a consentir tras recibir información que le haga consciente de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica, el consentimiento informado es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas.

En caso de que el usuario no cuente con sus facultades plenas la aceptación de los servicios profesionales prestados la hará el familiar, allegado o representante responsable 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 profesional que interviene en su atención, como lo dispone el artículo 1 de la Resolución 1995 de 1999 o la norma que la modifique o sustituya.

- **Historia clínica**
  Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones, atenciones, valoraciones, planes de atención, seguimientos, administración de medicamentos, signos, notas, evoluciones, novedades, eventos adversos, incidentes, aplicación de escalas y test, recepción técnica, dispensación, datos demográficos de cada persona, apertura de la historia clínica, entre otros.
- **Sistema de Información Clínico**
  Es todo sistema utilizado para generar, enviar, recibir, archivar o procesar de cualquier forma mensajes de datos y que haya sido creado para la producción, recepción, distribución, consulta, organización, custodia, conservación, recuperación y disposición final de cualquier elemento constitutivo de la Historia Clínica.

- **Garantizar la trazabilidad:**

  El estándar de Historia Clínica y Registros establece los requisitos mínimos para la historia clínica y los registros asistenciales para asegurar la trazabilidad de la atención en salud.

- **Enfoque en la Habilitación:**

  La Resolución 3100 no es un manual exhaustivo de procedimientos, sino una normativa que define las condiciones para la habilitación de servicios de salud, siendo la historia clínica uno de los estándares a cumplir para obtener esta habilitación.

- **Contenido mínimo del registro:**

  Se establecen condiciones mínimas para los datos básicos del usuario, como nombres, identificación, datos de contacto, y otros datos relevantes, asegurando la identificación correcta del paciente para su atención.

- **Rol del prestador:**
  Los prestadores de servicios de salud (IPS) y los profesionales independientes son los responsables de cumplir con estos estándares y asegurar que sus historias clínicas y registros cumplan con las normativas establecidas para cada servicio ofrecido.

5. INTEROPERATIVIDAD DE LA HISTORIA CLINICA EN LOS CENTROS DE PROTECCIÓN DE LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA

La interoperabilidad de la historia clínica en la Beneficencia se refiere a la capacidad de los diferentes centros de protección para conectarse e intercambiar datos de forma segura y eficiente, con el objetivo de garantizar la continuidad en la prestación del servicio y de protección integral de la persona que recibe la atención. Esto permite que la información clínica de una persona esté disponible en los centros protección cuando ocurren traslados, mejorando la atención, la calidad y la seguridad del paciente, facilitando la toma de decisiones clínicas y la gestión integral del riesgo en salud.

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C. **Sede Administrativa**
Torre Beneficencia. Piso 6. Teléfono: 601 749 1114 / 15
Código Postal: 111321 – www.beneficenciacundinamarca.gov.co
contactenos-benecun@cundinamarca.gov.co
FB https://rb.gy/i5x29m Youtube: beneficenciacundinamarca1089
/CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co

La supervisión técnica de la Beneficencia de Cundinamarca accede a la información en tiempo real permitiendo realizar seguimiento y trazabilidad de la información.

6.DESARROLLO TEMÁTICO

6.1CRITERIOS DE LA RESOLUCIÓN 3100 DEL 2109 FRENTE AL ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA

Estándar de Historia Clínica y Registros
Modalidades intramural, extramural: unidad móvil, domiciliaria, jornada de salud y telemedicina prestador remisor - prestador de referencia.
Criterios
1. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica. Todos los pacientes atendidos **cuentan con** historia clínica.
2. El prestador de servicios de salud **cuenta con procedimientos para utilizar una historia única y para el registro de entrada y salida de historias del archivo físico**. Ello implica que el prestador de servicios de salud cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud.
3. Los **medios electrónicos para la gestión de la historia clínica garantizan 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.
4. Las historias clínicas **cuentan con** los componentes y los contenidos mínimos definidos en la normatividad que regula la materia
5. La historia clínica y los registros asistenciales se diligencian en **forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.**
6. Cada anotación lleva **la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.**

7. El diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica se realiza simultánea o inmediatamente después de la atención en salud.

8. La historia clínica y demás registros son conservados en archivo único garantizando la custodia y confidencialidad de los documentos o registros protegidos legalmente por reserva.

9. El prestador de servicios de salud **cuenta con** un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o su responsable, aprueben o no documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial

10. Cuando el prestador de **servicios de salud utilice mecanismos electrónicos**, ópticos o similares para generar, recibir, almacenar, o disponer datos de la historia clínica y para conservarlos, debe avalar que el mecanismo utilizado cumple con características de: autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de información y Comunicaciones, **para lo cual, el prestador presentará un documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente,** certificando que el mecanismo usado por el prestador cumple con la normatividad mencionada

7. REGISTROS QUE DEBE CONTENER LA HISTORIA CLINICA

Aplicación de registros, valoraciones, escalas y test a la población atentida en las dos área de atención (discapacidad mental y persona mayor) según modelo de atención y criterio del equipo profesional.

1. Test de delta: Enfermaremos profesionales y/o auxiliares de enfermería.
2. Determine: Nutricionista.
3. Tinnetti marcha y equilibrio: Terapeutas físicos.
4. Barthel: Terapeutas físicos, Terapeutas ocupacionales, enfermería.
5. Escala de downton, ya que esta escala identifica los factores de riesgo.
6. Escala de Braden, enfermería, esta escala muestra el deterioro de la integridad cutánea por la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de las ulceras por presión.
7. Moca Montreal Cognitive Assessment, Yesavage,Pfeiffer, Minimental state examination psicólogos, El profesional en el área de Psicología, determinará la aplicación de los test Moca o Minimental, de acuerdo a la funcionalidad y necesidad de la población que se protege en cada C.B.A.
8. Escala de riesgo social de Duke, Apgar familiar, familiograma. Profesionales que pueden aplicar estas escalas trabajadoras sociales.

9. La Escala de Perspectiva Espiritual PAMELA REED. Profesionales que aplican este instrumento los enfermeros profesionales.
10. Valoración de educación física.
11. Valoración de artes.
12. Valoración de Educación especial.
13. Valoración nutricionales.
14. Perfil ocupacional.
15. Escalas de OMS para adultos de peso y talla.
16. Notas de enfermería
17. Valoración por modelo de enfermería.
18. Administración de medicamentos.
19. Inventario de medicamentos.
20. Kardex de medicamentos.
21. Rondas de seguridad del paciente.
22. Eventos adversos.
23. Formatos estandarizados por Beneficencia de Cundinamarca.
24. Protocolos estandarizados por la Beneficencia de Cundinamarca.
25. Manuales estandarizados por la Beneficencia de Cundinamarca.
26. Guías de atención por enfermería.
27. Paquetes instruccionales.
28. Visitas domiciliarias.
29. Consentimiento informado

La historia clínica debe tener las características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad

- Debe tener soporte técnico y mantenimiento por el ingeniero de sistemas del software.
- Frente a la parametrización del sistema los criterios mínimos que exige la norma como lo son:
  -Nombres y Apellidos completos
  -Tipo de Documento
  -Número de Documento
  - Estado Civil
  -Ocupación
  - Lugar de residencia
  -Dirección
  -Teléfono de domicilio
  -Aseguradora en salud.
  -Régimen
  -Datos de acompañante – nombre- parentesco- teléfono
  - Datos de Responsable – nombre- parentesco- teléfono

- Debe contar con registro de enfoque diferencial
- Dentro de la explicación del software se debe contar con el proceso de apertura y cierre de historia clínica
- El software debe comprender las siguientes acciones: motivo de ingreso, análisis , valoración, consentimiento informado, plan de manejo, planes de atención, estudios de caso, seguimientos, evoluciones, notas de enfermería, registro de medicamentos, eventos adversos, incidentes, canalizaciones a salud, planes caseros , seguridad del paciente, entregas de turno, dispensación y recepción técnica, Kardex, inventario de medicamentos, dietas especiales, indicaciones de intervención y tratamiento en los centros de Beneficencia de Cundinamarca.
- Se debe contar con manual del usuario del sistema y plan de contingencia del mismo en caso de falla.
- Debe permitir adjuntar documentos de entidades externas (epicrisis, formulas, planes caseros etc.)
- La utilización de los dispositivos médicos debe contar con los criterios de recepción técnica del estándar de medicamentos y dispositivos médicos.

El manual de historia clínica y el componente de atención serán los documentos soportes para el cumplimiento del presente anexó.