


| | | |
|---|--|---------------------------------|
|  | Gestión Documental | CÓDIGO: GA-It06 |
| | Instructivo técnico de organización y administración de las historias clínicas generales y ocupacionales | VERSIÓN: 003 |
| | SENADO DE LA REPÚBLICA | FECHA DE APROBACIÓN: 2024-09-30 |

Instructivo Técnico.

Instructivo técnico de organización y administración de las historias clínicas generales y ocupacionales

GA-It06

SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD

SENADO DE LA REPÚBLICA

TABLA DE CONTENIDO

1. [OBJETIVO](#)
2. [ALCANCE](#)
3. [TÉRMINOS Y DEFINICIONES](#)
4. [DESARROLLO DE CONTENIDO](#)
5. [ANEXOS](#)
6. [FORMATOS](#)
7. [DOCUMENTOS RELACIONADOS](#)
8. [CONTROL DE CAMBIOS](#)

1. OBJETIVOS

Establecer los lineamientos para la organización y administración de las historias clínicas generales y ocupacionales de los funcionarios, exfuncionarios y contratistas del Senado de la República, teniendo en cuenta la normatividad archivística expedida por el Archivo General de la Nación y la emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, así como los procedimientos e instructivos internos de la Entidad.

2. ALCANCE

Este Instructivo Técnico aplica para la organización, administración y custodia de todas las historias clínicas que se manejan en las evaluaciones médicas de los funcionarios, exfuncionarios y contratistas del Senado de la República, desde su apertura, custodia, conservación y administración en el archivo de gestión del consultorio médico de la Sección Bienestar y Urgencia Médica, hasta la transferencia primaria en el Archivo Central, conforme a la normatividad vigente.

3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES ¹

Archivo: conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad pública o privada, en el transcurso de su gestión, conservados respetando aquel orden para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, o como fuentes de la historia.

¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995 de 1999, "Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica".

Archivo de Gestión: es el conjunto de documentos que son utilizados para la solución de cualquier trámite por parte de la oficina que lo genera o de otras que los soliciten.

Archivo de Gestión Historias Clínicas: es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención. **Resolución 1995 de 1999.**

Datos personales: es toda información sobre una persona natural que la identifica o la hace identificable a través de medios que pueden ser razonablemente utilizados.

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

Disposición de documentos: selección de los documentos en cualquier etapa del archivo, con miras a su conservación temporal, permanente o a su eliminación, de acuerdo con lo establecido en las Tabla de Retención Documental o en las Tablas de Valoración Documental. Archivo General de la Nación (AGN).

Documento de apoyo: documento generado por la misma oficina o por otras oficinas o instituciones, que no hace parte de sus series documentales, pero es de utilidad para el cumplimiento de sus funciones.

Documento de archivo: registro de información producida o recibida por una entidad pública o privada en razón de sus actividades o funciones.

Folio: hoja.

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: es recopilación de la información médica (Historia Clínica) de un paciente en formato digital (electrónico) que se guarda en una herramienta tecnológica.

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.

Historia Clínica Ocupacional: es el conjunto único de documentos privados, obligatorios y sometidos a reserva, en donde se registran cronológicamente las condiciones de salud de una persona, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Puede surgir como resultado de una o más evaluaciones médicas ocupacionales. Contiene y relaciona los

antecedentes laborales y de exposición a factores de riesgo que ha presentado la persona en su vida laboral, así como resultados de mediciones ambientales y eventos de origen profesional. **Resolución 2346 de 2007**

Inventario documental: instrumento de recuperación de información que describe de manera exacta y precisa las series o asuntos de un fondo documental.

Retención documental: plazo que los documentos deben permanecer en el archivo de gestión o en el archivo central, tal como se consigna en la Tabla de Retención Documental.

Tabla de Retención Documental: constituyen un instrumento archivístico que permite la clasificación documental de la entidad, acorde a su estructura orgánica - funcional e indica los criterios de retención y disposición final resultante de la valoración documental por cada una de las agrupaciones documentales.

Transferencia documental: es la remisión de los documentos del archivo de gestión al central (Transferencia Primaria), y de este al histórico (Transferencia Secundaria), de conformidad con las Tablas de Retención y de Valoración Documental vigentes.

4. DESARROLLO DEL CONTENIDO

Características básicas de las Historias Clínicas²:

Integralidad: la historia clínica de un paciente 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.

² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995 de 1999, "Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

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

Custodia, reserva y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales y de las historias clínicas ocupacionales:

Los médicos especialistas en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional que formen parte de los servicios médicos de la Entidad, tendrán la guarda y custodia de la historia clínica ocupacional y son responsables de garantizar su confidencialidad, conforme lo establece la Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009 y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

La historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y hacen parte de la reserva profesional; por lo tanto, no podrán comunicarse o darse a conocer, salvo los siguientes casos³:

1. Por orden de autoridad judicial.
2. Mediante autorización escrita del trabajador interesado, cuando este la requiera con fines estrictamente médicos.
3. Por solicitud del médico o prestador de servicios en salud ocupacional, durante la realización de cualquier tipo de evaluación médica, previo consentimiento del trabajador, para seguimiento y análisis de la historia clínica ocupacional.
4. Por la entidad o persona competente para determinar el origen o calificar la pérdida de la capacidad laboral, previo consentimiento del trabajador. En caso de muerte del paciente, la copia de la historia clínica ocupacional será entregada únicamente al cónyuge, compañera (o) permanente, hijos y causahabientes, así como a aquellas personas autorizadas expresamente por la ley.

El responsable de la custodia en el Archivo de Gestión, debe dejar constancia del traslado de la copia de la historia clínica ocupacional entre entidades, mediante acta o registros de entrega y devolución, las cuales deberán ir firmadas por los funcionarios responsables de su custodia.

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

- A. **Identificación del Paciente:** la Historia Clínica debe contener como mínimo los siguientes datos indispensables para la identificación del paciente:

³COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Resolución 2346 de 2007, "Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales".

- Datos personales (apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia)
- Nombre y teléfono del acompañante o nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del Paciente.
- Datos de la EPS y ARL en la cual se encuentra afiliado.

B. **Registros Específicos:** es un documento en el cual se registra datos e informes de un tipo de atención médica, de acuerdo a la necesidad y servicios prestados en la Entidad.

C. **Anexos:** son todos aquellos documentos que sirven como evidencia legal, técnico, científico y administrativo de las acciones realizadas al paciente en el proceso de atención médica: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

Diligenciamiento de la Historia Clínica:

La apertura de una historia clínica iniciará con la primera atención dirigida a un paciente, y esta debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones y enmendaduras, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas o nomenclaturas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un paciente, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la **Resolución 1995 de 1999**.

De conformidad con la **Resolución 1995 de 1.999** "Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica", indica que a partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; de igual forma la Historia Clínica debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y se debe organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la Entidad se encuentra y a quien y en qué fecha ha sido entregada en calidad de préstamo.

El diligenciamiento de la Historia Clínica, se hará de forma manual o mediante una plataforma electrónica adoptada por la Entidad, cumpliendo con toda la normatividad vigente.

A continuación, se describen todas las actividades para la organización y administración de las Historias Clínicas en la Entidad:

ORGANIZACIÓN, ORDENACIÓN, DEPURACIÓN, FOLIACIÓN, DIGITALIZACIÓN, ROTULACIÓN DE CARPETA Y DESCRIPCIÓN DOCUMENTAL: Para el desarrollo de

estas actividades se debe citar los numerales 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 del [GA-It02 Instructivo técnico para organización de archivos de gestión](#).

1. Acceso a la historia clínica: para el acceso y manejo de la información contenida en las historias clínicas generales y ocupacionales, se tienen en cuenta los lineamientos de la **Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009 y Decreto 1377 de 2013**. El consultorio médico, podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes. Cuando la Historia Clínica se encuentre en el Archivo Central, se entregará copia, previa solicitud de la Sección de Bienestar y Urgencia Médica, verificando el acceso a la información de acuerdo a los términos previstos en la ley⁴
2. El usuario.
 - o El equipo de salud.
 - o Las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la Ley.
 - o Las demás personas determinadas en la ley.
3. Por lo anteriormente expuesto, se hace necesario establecer los controles para garantizar el manejo responsable de las historias clínicas a cargo del equipo médico de la Sección de Bienestar y Urgencia Médica en la etapa de archivo de gestión.

RETENCIÓN Y TIEMPOS DE CONSERVACIÓN DOCUMENTAL DEL EXPEDIENTE DE LA HISTORIA CLÍNICA⁵: la historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención, mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del consultorio médico de la Entidad y mínimo quince (15) años en el archivo central.

La conservación de las historias clínicas ocupacionales será por un periodo mínimo de veinte (20) años, cinco (5) años en el archivo de gestión del consultorio médico de la Entidad y quince (15) años en el archivo central, contados a partir del momento en que cese la relación laboral del trabajador con la empresa, la reserva y custodia está a cargo del médico correspondiente.

Las Historias Clínicas deben estar ubicadas en el archivo de gestión del consultorio médico de la Sección de Bienestar y Urgencia Médica del Senado de la República, con acceso restringido, con las medidas de seguridad y condiciones medioambientales que garanticen la integridad técnica, conservación física de los documentos que la conforman y responder por su adecuado cuidado.

DISPOSICIÓN FINAL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS: La disposición final y la consecuente eliminación de las Historias Clínicas, procederá por parte del responsable de su custodia en el Archivo Central, siempre que concurren las siguientes condiciones:

- Que se haya cumplido el tiempo de retención y conservación documental.

⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995 de 1999, "Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica".

⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Resolución 839 de 2017 "Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones"

- 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, acompañada del respectivo inventario en el que se identifique la valoración realizada a cada una de aquellas.

5. ANEXOS

No aplica

6. FORMATOS

No aplica

7. DOCUMENTOS RELACIONADOS

[GA-It02 Instructivo técnico para organización de archivos de gestión](#)

8. CONTROL DE CAMBIOS

Control de Cambios

- Ver. 003// Rev. 2// FV. 30 de septiembre de 2024

Cambios:

Ajuste en la redacción del ítem diligenciamiento de la historia clínica y eliminación de formato que no corresponden en el desarrollo del documento.

Justificación: Actualización de acuerdo con revisión del GC-Fr09.

Responsable: Lina Marcela Piñeros López

Fecha: 2024-10-07

- Ver. 002// Rev. 2// FV. 4 de marzo de 2019

Cambios:

Se actualiza el nombre del instructivo: INSTRUCTIVO TECNICO DE ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS GENERALES Y OCUPACIONALES.

Se ajusta el objetivo: Se incluye normatividad vigente relacionado con el tema, teniendo en cuenta el manejo de las historias clínicas que se generan en la Entidad.

Se actualizan los términos y definiciones: Archivo de Gestión de historias clínica y Archivo central de historias clínicas.

Se modifica el desarrollo del contenido en cuanto a la custodia, reserva y entrega a las evaluaciones médicas ocupacionales y de las historias clínicas ocupacionales y se describe cada uno de los componentes de la historia clínica.

Justificación:

Responsable: Juliana Díaz Pérez

Fecha: 2019-03-04

- Ver. 001// Rev. 2// FV. 30 de julio de 2015

Cambios: Emisión del documento para divulgación e implementación.

Justificación:

Responsable: Migración Documental Tq

Fecha: 2016-04-20

| ELABORÓ | REVISÓ | APROBÓ |
|---|---|--|
| Nombre:Hugo Oñate | Nombre:Xiomara Vargas F. | Nombre: Comité Institucional de Gestión y Desempeño |
| Cargo: Contratista Unidad de Archivo Administrativo | Cargo:Jefe Unidad de Archivo Administrativo | No. Acta y Fecha: Acta No. 24.11 del 30 de septiembre 2024 |