

Sistema único de habilitación en salud

ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS

CÁPSULA

#7



NOVIEMBRE 2024

Estándar de Historia Clínica y Registros

El estándar de **Historia Clínica** y registros se refiere a las condiciones de 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.

Una **Historia Clínica** custodiada adecuadamente y diligenciada de forma clara y completa es una herramienta primordial que protege tanto a los pacientes como al talento humano que participa en la atención, porque refleja la pertinencia de los servicios prestados y facilita la atención segura y continua al gestionar los riesgos de cada paciente y cuidar de manera confidencial la información, amparando la dignidad de las personas y demostrando que:

¡Hacer las cosas bien, trae cosas buenas!

¿Qué es la historia clínica?

Es un documento privado, obligatorio, sometido a reserva, en el cual registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, actos médicos y 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.



¿Cuándo se debe realizar apertura de la historia clínica?

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un paciente debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

¿Cuáles son los componentes de la historia clínica?

Debe contar con los componentes y contenidos mínimos definidos en la [Resolución 1995 de 1999](#) y demás normatividad vigente. Son componentes de la historia clínica la identificación del usuario, el consentimiento informado, los registros específicos y los anexos como exámenes diagnósticos.



🩹 Cápsula de Calidad #7 - Sistema Único de Habilitación en salud Estándar de Historia Clínica y Registros

¿Quién debe registrar en la historia clínica y qué se debe tener en cuenta?

- ✓ 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 desarrolladas.
- ✓ La historia clínica y los registros asistenciales deben diligenciarse de forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.
- ✓ Cada anotación debe incluir la fecha y hora en la que se realiza, junto con el nombre completo y la firma del autor.
- ✓ Los medios electrónicos para la gestión de la historia clínica deben garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente del registro, sin posibilidad de modificar los datos una vez guardados.
- ✓ El diligenciamiento de los registros de atención en la historia clínica debe realizarse de manera simultánea o inmediatamente después de la atención en salud.
- ✓ Todos los eventos y transacciones relacionados con la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina deben ser documentados y almacenados, formando parte integral de la historia clínica.
- ✓ Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente una vez el resultado haya sido registrado en la historia clínica, en el registro específico que el prestador de servicios deberá establecer de manera obligatoria para tal fin.

¿Qué cumplir con respecto a la custodia y conservación de la historia clínica?

- ✓ La historia clínica y demás registros deben ser conservados en un archivo único, garantizando la custodia y confidencialidad de los documentos o registros protegidos legalmente por reserva.
- ✓ La identificación de la historia clínica se realiza con el número de documento: cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad (para mayores de siete años), registro civil (para menores de siete años), número de pasaporte o cédula de extranjería.
- ✓ El prestador de servicios de salud debe retener y conservar la historia clínica (en el formato en que se genere: físico y/o digital) por un período mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Los primeros cinco (5) años deberán mantenerse en el archivo de gestión, garantizando su disponibilidad para el equipo de salud. Los siguientes diez (10) años deberán ser conservados 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 su custodia, una historia clínica llegara a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, su conservación será permanente.
- ✓ La historia clínica utilizada en la modalidad extramural debe ser custodiada por el prestador de servicios de salud que oferta y presta el servicio, garantizando la confidencialidad, así como su disponibilidad para el equipo de salud.

Cápsula de Calidad #7- Sistema Único de Habilitación en salud Estándar de Historia Clínica y Registros

¿Qué es el consentimiento informado y qué se debe tener en cuenta?

Documento mediante el cual se manifiesta la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, en el pleno uso de sus facultades, para que tenga a lugar un acto asistencial; consciente de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones y que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas. El prestador de servicios de salud debe contar con un procedimiento de consentimiento informado y los mecanismos para verificar su aplicación

¿Cuándo se utilicen mecanismos electrónicos, ópticos o similares para generar, recibir, almacenar o disponer datos de la historia clínica y para conservarlos, qué se debe tener en cuenta?

El prestador debe garantizar que cumple con características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento de acuerdo con lo establecido 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 debe presentar 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.

¿Cuándo se cumpla con los tiempos de retención documental, se pueden eliminar las historias clínicas?

La **Resolución 839 de 2017** "Por la cual se modifica la **Resolución 1995 de 1999** y se dictan otras disposiciones" describe el proceso de gestión documental de la historia clínica, retención y tiempos de conservación, disposición final de los expedientes de las historias clínicas, procedimiento de eliminación de historias clínicas y lo relacionado con la custodia, conservación y disposición final de las mismas en caso de liquidación o cierre definitivo del servicio.

¿Cuándo se realice la novedad de cierre el prestador, qué se debe hacer con las historias clínicas?

Cuando un prestador de servicios de salud reporte novedad de cierre de prestador, la gestión adelantada con las historias clínicas y su entrega final debe surtir el procedimiento de terminado en la **Resolución 839 de 2017**, o la que la modifique, o sustituya. Dicha gestión debe anexarse a la comunicación que el prestador dirija al ente territorial.

Fuente: Resolución 1995 de 1999
Resolución 839 de 2017 "Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999
Resolución 3100 de 2019
Resolución 544 de 2023



Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento
Luis Alexander Moscoso Daza

Directora de Calidad de Servicios de Salud
Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda

Subdirectora de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud
Doris Marcela Díaz Ramírez

Equipo Técnico
Lizbeth Alexandra Campos Veloza
Norha Pinto Rojas

Diagramación:
Alice Magdeya Ríos Herrera
Heidi Rocío Martínez Rojas

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12 – 81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2024
www.saludcapital.gov.co



SECRETARÍA DE
SALUD

