



**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**
Empresa Social del Estado

RESOLUCIÓN NÚMERO

012012

Por la cual se unifica y actualiza la normatividad interna para el manejo de las historias clínicas en el Instituto Nacional de Cancerología – Empresa Social del Estado.

**EL DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGÍA - ESE**

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por los Decretos Nos. 1177 del 29 de junio de 1999, 1127 del 2005 y 1299 del 2005, y

CONSIDERANDO

1. Que la Ley 100 de 1993, en su artículo 173, faculta al Ministerio de Salud hoy Ministerio de la Protección Social, para dictar las normas científicas que regulen la prestación de servicios y la Ley 1122 del 2006 en los artículos que hacen referencia al cumplimiento de requisitos del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (Art. 16 y 37).
2. Que la Resolución 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud hoy Ministerio de la Protección Social, establece las normas para el manejo de la Historia Clínica y sus reglamentarios (Resolución 1715 del 2005 y 058 del 2007 que deroga la 1715).
3. Que La Ley 594 del 2000 en su artículo 19 que permite la incorporación de tecnologías relacionadas con la función archivística del Estado.
4. Que el Decreto 3816 del 2003 que crea la comisión Intersectorial de Políticas y de Gestión de la Información para la Administración Pública, en el artículo .segundo literal tercero, establece como objetivo, el optimizar mediante el uso de medios tecnológicos, la calidad, la eficiencia y la agilidad en las relaciones de la administración pública con el ciudadano, con sus proveedores y de las entidades de la administración pública entre sí,
5. Que la Resolución 1204 de 1999, expedida por el Instituto Nacional de Cancerología estableció el reglamento interno para el manejo de la historia clínica.

6. Que la Resolución 774 de 2001 expedida por el Instituto Nacional de Cancerología ordenó la foliación de las historias clínicas.
7. Que existen diferentes documentos entre ellos, la Circular 061 del año 2004, expedida por el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E, que establecen lineamientos para el manejo de las historias clínicas.
8. Que el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E implementó un sistema de información integrado, el cual permite el diligenciamiento de la historia clínica en medio electrónico y la automatización de reportes de los servicios de apoyo.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º. Objetivo. Unificación y actualización de la normatividad interna del manejo de historias clínicas. -

PARAGRAFO 1º Se identifican como objetivos específicos, los siguientes:

- Mejorar la atención clínica a través de la estandarización en el manejo de la historia clínica.
- Mejorar la comunicación institucional, mediante la transferencia eficiente de datos e integración de los diferentes procesos tanto en la atención clínica de los pacientes como en su componente administrativo.
- Facilitar el acceso de la información clínica tanto para el personal médico como de las partes interesadas.
- Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios del sistema de información.
- Estandarizar el proceso de archivo de la historia clínica.

ARTICULO 2º. Definiciones.

- **Historia Clínica:** 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.
- **Sistema de Información Institucional Automatizado:** Conjunto de soluciones apoyadas en las Tecnologías de Información y Comunicaciones, con el propósito de apoyar la gestión de procesos internos, en un tiempo real, de forma unificada e integrada:

Actualmente, el Instituto cuenta con un Sistema de Información Integral automatizado que le permite administrar la información generada en las áreas clínicas y administrativas, en tiempo real, de forma unificada e integrada.

- **Historia Clínica Electrónica:** Es el registro médico electrónico que reside en un sistema específicamente diseñado para dar soporte a los usuarios en cuanto a proveer accesibilidad a datos seguros y completos, alertas, recordatorios, sistemas clínicos de soporte en la toma de decisiones, enlace a fuentes de conocimiento médico y otros tipos de ayuda.
- **Backup:** Se refiere a la copia de datos de tal forma que estas copias adicionales puedan restaurar un sistema después de una pérdida de información.

ARTICULO 3°. Adopción de la Historia Clínica. El Instituto adopta formalmente la implementación de la historia clínica electrónica desde su diseño, apertura, registro, evaluación y conservación de la misma. En este sentido para todo efecto clínico, legal, financiero, de soporte de facturación u otro requerido, la historia clínica electrónica tendrá plena validez y la información contenida en la misma, es la historia única y oficial existente a partir de su implantación.

PARAGRAFO 1°. El Instituto cuenta con un sistema de información integrado que garantiza la conservación, la continuidad y la integridad de la información registrada en las historias clínicas.

ARTICULO 4°. Reserva en el Manejo de la Historia Clínica: El Instituto Nacional de Cancerología ESE, se compromete a vigilar que los servidores públicos que manejan información privilegiada que es reservada de la Entidad, en especial la contenida en las historias clínicas, para que esta no sea publicada o conocida por terceros, salvo en los casos contemplados en el marco normativo legal vigente. Quienes incumplan estos acuerdos o compromisos de confidencialidad serán sancionados de acuerdo con el régimen disciplinario vigente.

Ninguna de las partes interesadas podrá directa o indirectamente utilizar información privilegiada y confidencial de la Entidad para sus propios intereses.

En el manejo de la información, se observará siempre el *habeas data* de acuerdo con las normas y criterios jurisprudenciales que han sido establecidos por las altas Cortes para la protección del sujeto concernido de la información correspondiente.

ARTICULO 5°. Características de la Historia Clínica. El Instituto buscará el cumplimiento de las siguientes características básicas, en concordancia con la Resolución 1995 de 1999:

- **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir toda 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. En la historia clínica electrónica deben diligenciarse para tal fin, todos los campos habilitados en la misma, de manera que se refleje el cumplimiento de esta característica. Los datos registrados y grabados en la Historia Clínica serán inmodificables; para alguna aclaración en los registros, deberá sustentarse con una nota posterior que quedará grabada en el mismo sistema.

- **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 coherentemente los documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- **Racionalidad científica.** 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 de los servicios.
- **Única.** Además de las anteriores características definidas en la Resolución 1995 de 1999; cada paciente tendrá una sola historia clínica dentro de la Institución. Teniendo en cuenta la adopción del sistema de información integral automatizado, los pacientes antiguos tendrán una historia física previa y una historia clínica electrónica, a partir de la fecha de adopción de dicho sistema. Los pacientes nuevos a partir de la fecha de adopción, tendrán únicamente la historia clínica electrónica.
- **Veracidad.** Los Registros de la historia clínica deben ser fieles a la verdad en relación con la atención del paciente.

ARTICULO 6º. Manejo de la Historia Clínica Física. Las historias clínicas físicas antiguas se cerrarán legalmente a través de un acto administrativo y de forma procedimental a través de un sello, en la última hoja de evolución. De forma transitoria se utilizará la historia clínica física para la consulta de los profesionales de salud y para resguardar soportes que continúen siendo impresos, en tanto se establezca el medio de captura electrónico.

PARAGRAFO 1º. Las historias clínicas físicas se continuarán llevando a las consultas correspondientes, hasta máximo un año después de la expedición de la presente Resolución.

PARAGRAFO 2º. En la historia clínica física se archivarán los documentos de identificación del paciente, copia de documentos de referencia y otros documentos de carácter administrativo, hasta tanto se garantice la automatización completa de estos soportes o se decida un mecanismo diferente de archivo.

PARAGRAFO 3º. El préstamo de las historias clínicas físicas, está sujeto específicamente a las siguientes áreas institucionales:

- Área Jurídica, para los casos legales correspondientes.
- Subdirección de Atención Médica y Docencia, para análisis y evaluación de casos específicos relacionados con el proceso de atención en salud.
- Áreas que desarrollen investigación debidamente autorizadas.

- Facturación. Como soporte de armado de cuentas o de respuesta a glosas
- Oficina de Calidad y Áreas que ejercen auditorías internas y externas.

PARAGRAFO 4º. La custodia, manejo y conservación de las historias clínicas físicas del Instituto se cumplirá de acuerdo a lo contenido en los artículos 15, 16, 17 y 18 de la Resolución 1995 de 1999.

PARAGRAFO 5º. El Instituto realizará una depuración completa de los formatos físicos de registro de información clínica, buscando que todos los formatos estén automatizados en el sistema. En tanto se cumpla el objetivo de automatizarlos al 100%, se diligenciarán solamente los formatos físicos estrictamente necesarios los cuales se podrán integrar en un solo documento.

PARAGRAFO 6º. El Instituto definirá alternativas que permitan la conservación de historias físicas de interés científico para el Instituto, como la microfilmación, escaneo u otro medio de captura electrónica

PARAGRAFO 7º. El consentimiento informado por su carácter legal seguirá siendo un documento físico, el cual se captura en medio electrónico.

ARTICULO 7º. Manejo de la Historia Clínica Electrónica. A todo paciente nuevo en el Instituto, se le deberá diligenciar de forma integral y completa la historia clínica electrónica. En la primera fase, se diligencian los datos de admisión del paciente que incluyen nombre, documentos de identidad, dirección, teléfono y aseguradora. Se asignará automáticamente un número de registro en el sistema de información. Posteriormente el profesional de salud diligencia los datos de anamnesis, antecedentes, revisión por sistemas, examen físico, diagnóstico, evoluciones, resultados de paraclínicos y plan de manejo.

PARAGRAFO 1º. De acuerdo con la normatividad vigente, el número de historia clínica corresponde al número de identificación del paciente.

PARAGRAFO 2º. A todo paciente atendido en urgencias (GAICA), debe consignarse un registro de la atención realizada, aunque no sea hospitalizado.

PARAGRAFO 3º. Todas las actividades, procedimientos y entrega de insumos y medicamentos deberán quedar registrados en la historia clínica electrónica, cumpliendo con las especificidades del sistema de información para cada área.

PARAGRAFO 4º. La responsabilidad de la apertura de la historia clínica estará en manos del Grupo de Admisiones del Grupo área de Enfermería a nivel ambulatorio y de los auxiliares administrativos correspondientes, para el caso de GAICA.

ARTICULO 8º. Identificación de la Historia Clínica. A todo paciente se le deberá asignar un número de registro único en el sistema, que para efectos normativos, corresponde al número del documento de identificación del paciente (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, registro civil y/o NUIP). El sistema asigna de forma automática un número, el cual es útil para seguimiento y manejo de información y sirve como clave para acceso al número de identificación.

PARAGRAFO ÚNICO. Para el caso de extranjeros se utilizará el número de cédula de extranjería o el número de pasaporte.

ARTICULO 9º. Seguridad en el Sistema y en los Registros. El Instituto Nacional de Cancerología garantiza que el soporte de sistemas y existentes, permiten un alto nivel de seguridad, protección y confiabilidad en

la información, mediante esquemas de registro en línea, archivos de información y protección en múltiples niveles. Por otra parte, los registros una vez originados y grabados son inmodificables, guardando una secuencia cronológica imposible de modificar.

PARAGRAFO 1°. El registro de información se hace en línea en todos los pacientes excepto en los pacientes de oftalmología con dilatación pupilar en los cuales el registro se realiza a las dos horas.

ARTICULO 10°. Manejo de Soportes Paraclínicos. Los soportes paraclínicos deberán entregarse a los pacientes para su cuidado y custodia correspondiente, una vez el profesional de salud haya realizado su revisión y registros en la historia clínica. En el sistema quedarán grabadas tanto la imagen del examen como la lectura realizada a las mismas.

ARTICULO 11°. Registro de exámenes a pacientes extrainstitucionales. Cuando un paciente acuda al Instituto a realizarse exámenes o procedimientos ambulatorios, sin que exista o se requiera historia clínica institucional, los mismos podrán practicarse, dejando registro a través del número consecutivo del sistema. (No se abrirá historia clínica).

ARTICULO 12°. Uso de la Historia Clínica. La historia clínica del Instituto, tendrá los siguientes usos:

- **Asistencial.** Será el principal soporte para describir y consignar los hechos ocurridos en relación con el paciente, desde su admisión hasta su egreso o fallecimiento.
- **Auditoría.** Servirá como principal soporte para realizar las auditorías a que haya lugar, en relación con la atención a los pacientes.
- **Administrativa.** Será soporte para las actividades de gestión relacionadas con la Institución, previa la definición de las competencias de quienes realicen las actividades, salvaguardando la reserva y privacidad de la documentación.
- **Investigación.** Será la base de cualquier investigación médica, sanitaria o epidemiológica, tanto a nivel individual como colectivo, previamente aprobada por el Grupo de Investigación Clínica y consignado en el acta correspondiente.
- **Docencia.** Retroalimentará los contenidos de los programas académicos oncológicos de pregrado, postgrado, programas relacionados con base en los convenios docente asistenciales con el Instituto y de educación continuada.
- **Médico-Jurídico-Legal.** Es un documento que recoge la relación médico-paciente y constituye un medio probatorio fundamental ante el evento de un proceso de tipo ético, jurídico o legal.
- **Registro y Seguimiento.** La historia clínica será utilizada para llevar el registro de casos nuevos de pacientes con diagnóstico de cáncer o enfermedades precancerosas y para efectos estadísticos del sistema de información en salud o de gestión administrativa.
- **Evaluación Técnica.** La historia clínica servirá como instrumento de evaluación de la calidad asistencial.

ARTICULO 13º. Acceso a la Historia Clínica. Para acceder a la historia clínica se establecen de forma general, tres tipos de usuarios:

1. **Usuarios registrados que graban información.** Son los integrantes del equipo de salud, que consignan información del paciente y de su estado clínico. Dentro de este grupo están los profesionales en Medicina, sus especialidades y subespecialidades, Enfermería y Grupo de auxiliares, Bacteriología, Odontología, Nutrición, Psicología, Terapias, y demás profesionales a cargo del manejo del paciente. También acceden a la historia clínica los integrantes del Grupo de Servicios Farmacéuticos en la información de su competencia.
2. **Usuarios consultantes directos.** Son aquellos funcionarios autorizados para examinar la información de la historia sin que puedan modificar ningún registro. Estos son:
 - Auditores de salud. Son los profesionales de la salud internos y externos con competencia para auditar la historia clínica y que son autorizados por la Dirección.
 - Funcionarios de facturación en su rol de auditores, armadores de cuentas y responsables de glosas.
 - Grupos de investigación debidamente autorizados por la Subdirección de Investigaciones y la Dirección.
 - Funcionarios autorizados del Grupo Archivo de Historias Clínicas para impresiones totales o parciales de la Historia Clínica electrónica y fotocopias de la historia clínica física.
 - Área Jurídica.
3. **Usuarios externos** que pueden solicitar información son los siguientes:
 - El paciente o un tercero debidamente autorizado por éste.
 - Las entidades judiciales mediante acto administrativo formalmente instituido.
 - Entidades del Sector de la Seguridad Social, para sus fines, dentro del proceso de atención del paciente y del proceso de evaluación ocupacional.
 - Entidades de investigación externa debidamente autorizadas, por Comité de ética, previo consentimiento del paciente o ajustados a las normas de ética.
 - Otras que determine la Ley.

PARAGRAFO 1º. El acceso a la historia clínica se entiende para todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la Ley resulten procedentes, debiendo en todo caso mantener la reserva legal.

PARAGRAFO 2º. La impresión de documentación de la historia clínica estará circunscrita exclusivamente a las partes de la misma, que sean requeridas de acuerdo con la necesidad del área específica, conservando la confidencialidad y reserva sobre toda aquella información a la que se acceda y que no es objeto

de consulta. Para tal actividad se llevará un control de la entrega de esta información.

PARÁGRAFO 3º. El costo de la impresión total o parcial de la historia clínica se asimilará al costo de una fotocopia y por lo tanto, regirá de acuerdo a lo estipulado por el Instituto para el valor de las fotocopias.

ARTICULO 14º. Habilitación de Perfiles para Historia Clínica.

La Subdirección de Atención Médica y Docencia o a quién este delegue será la encargada de controlar la habilitación de perfiles para el acceso de la historia electrónica con las siguientes observaciones:

1. Sólo se habilitarán claves de acceso a los funcionarios del equipo de salud que se requieran estrictamente y que cumplan con los requisitos legales para su uso.
2. El Coordinador del Grupo de Sistemas en el rol del sistema de información será el encargado de configurar los accesos al sistema, previamente autorizados por la Subdirección de Atención Médica y Docencia.
3. Los usuarios y la clave de acceso son personales e intransferibles. El registro de información bajo un usuario determinado es de responsabilidad absoluta y exclusiva del mismo. Se prohíbe terminantemente prestar o intercambiar claves de acceso.
4. El registro de información bajo un usuario determinado, implica que el funcionario con esa denominación de usuario, es responsable de todos los registros de información que aparezcan grabados en cada evento bajo ese usuario.
5. El Instituto adopta el registro de usuario; en este contexto, para todo efecto el usuario registrado en la grabación de información de la historia, avala al registrar su usuario toda la información contenida en la misma. La impresión del nombre y especialidad tanto en la historia clínica como en las fórmulas y órdenes médicas, tienen efecto para soporte ante las aseguradoras e instancias legales.

ARTICULO 15. Funciones del Administrador del Sistema. El Grupo de Sistemas tendrá las siguientes responsabilidades:

- Garantizar el funcionamiento y mantenimiento del sistema de información y de la red.
- Fijar y mantener los controles del sistema y de la red que permitan el cumplimiento de las características y condiciones de seguridad de la Historia clínica.
- Informar y establecer documentalmente los planes de contingencia generada por no disponibilidad del sistema o de la red, de tal manera que no se vean afectados los usuarios.
- Definir los responsables para los procedimientos de inducción y reinducción en el manejo de la historia clínica electrónica, según el perfil de los usuarios del sistema.
- Disponer de las licencias y manuales que estén relacionados con el manejo de la historia clínica.

ARTICULO 16°. Auditoria de la Historia Clínica Electrónica.

El Grupo de Calidad realizará evaluación y seguimiento de la historia clínica electrónica bajo los siguientes parámetros.

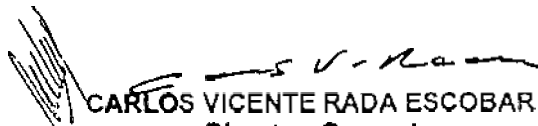
1. Revisar y evaluar el diligenciamiento y contenido de la historia clínica a través de un enfoque preventivo y proactivo y la detección de ocurrencia de eventos adversos para su análisis e implementación de mejoras.
2. Aplicar el formato de calificación del registro de la Historia Clínica, adaptándolo a las condiciones especiales de registro electrónico.
3. Permitir y controlar el acceso a la historia clínica a los auditores médicos de las aseguradoras. (Se establecerán mecanismos que permitan identificar el auditor, la trazabilidad de su búsqueda y control de acciones de impresiones o grabaciones de los datos).
4. Elaborar un informe de pertinencia y coherencia del acto médico con la participación de todas las áreas comprometidas, con el objetivo de identificar actos inseguros y fallas de calidad para generar mejoras consensuadas.

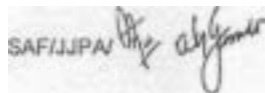
ARTICULO 17°. Sanciones. Los usuarios del sistema de la Historia clínica institucional que incumplan lo establecido en la presente Resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

ARTICULO 18°. Vigencia. La presente Resolución rige a partir de su expedición y deroga los actos administrativos que le sean contrarios.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los 27 FEB 2009


CARLOS VICENTE RADA ESCOBAR
Director General


SAFIJJPA