

Asunto: concepto técnico sobre organización de historias clínicas.

Respetada señora

Hacemos referencia la comunicación radicada en el AGN con el, mediante la cual solicita concepto sobre la organización de historias clínicas en el Hospital Regional del Líbano E.S.E a través de la formulación de las preguntas que se transcribe a continuación:

- “1. Debemos empezar por hacerles el inventario? Y si es así, cuál es la mejor manera de hacerlo?
2. Desde qué año debemos organizarlas por número de documento de identidad?
3. Qué debemos hacer con los anexos físicos de las historias electrónicas?
4. Qué podemos hacer con los anexos que no registran número de documento y aparecen como “NN”?
5. Qué unidades de conservación son las más adecuadas para la conservación de tan importante documento?”.

COMPETENCIA:

Previo a absolver la consulta, se señala que, de conformidad con la Resolución No. 106 del 16 de marzo de 2015 "Por la cual se establece el Manual de Funciones, Requisitos y Competencias Laborales para los diferentes empleos de la planta de personal del Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado", esta Subdirección de Gestión de Patrimonio Documental, es competente para absolver las peticiones y consultas que se dirijan a esta Entidad.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Organización de historias clínicas.

DE LA NORMATIVIDAD APLICABLE:

- Acuerdo 07 de 1994 (junio 29). Por el cual se adopta y se expide el Reglamento General de Archivos.
- Resolución 1995 de 1999 (julio 8). Por el cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
- Ley 594 de 2000 (julio 14). Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.
- Acuerdo 042 de 2002 (octubre 31). Por el cual se establecen los criterios para la organización de los archivos de gestión en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas, se regula el Inventario Único Documental y se desarrollan los artículo 21, 22, 23 y 26
- de la Ley General de Archivos 594 de 2000.
- Acuerdo 002 de 2004 (enero 23). Por el cual se establecen los lineamientos básicos para la organización de fondos acumulados.
- Acuerdo AGN No.002 de 2014 (marzo 4). Por medio del cual se establecen los criterios básicos para creación, conformación, organización, control y consulta de los expedientes de archivo y se dictan otras disposiciones.

CONSIDERACIONES:

Sobre la respuesta, conviene precisar en primer término, que las consultas que se presentan a esta Entidad se resuelven de manera general, abstracta e impersonal, de acuerdo con las funciones conferidas en el ejercicio de las atribuciones de dirección y coordinación de la función archivística del Estado colombiano, expresamente señalada en la Ley 594 de 2000, y se circunscribe a hacer claridad en cuanto al texto de las normas de manera general, para lo cual armoniza las disposiciones en su conjunto, de acuerdo con el asunto que se trate y emite su concepto, ciñéndose en todo a las normas vigentes sobre la materia.

A. HISTORIAS CLÍNICAS

En segundo lugar, es pertinente informarle que sobre la organización de Historias Clínicas el Ministerio de Salud emitió una serie de disposiciones reunidas en la **Resolución 1995 de 1999**. En la citada norma se definió la Historia Clínica como 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 (artículo 1º). En razón de lo expuesto un expediente de tales características estará conformado por la identificación del usuario¹, los registros específicos de atención² y anexos³ (artículo 8º), tales documentos deben disponerse físicamente en el mismo orden en el cual el paciente ha recibido los servicios de salud.

En consonancia con el artículo 6º de la enunciada resolución, a partir del primero de enero de 2000 el expediente de historia clínica debe identificarse con “la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete 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 al número de orden del menor en el grupo familiar”.

En consecuencia, todos los prestadores de servicios están obligados a conformar un archivo único de historias clínicas en las etapas de gestión, central e histórico (artículo 12). De tal forma que en el archivo de gestión deberán reposar las historias clínicas el tiempo que dure su trámite y durante su vigencia, es decir, mientras obliguen, testimonien o informen lo que explícitamente dice su texto, y su consulta sea permanente. En el archivo central estarán los documentos que, una vez hayan finalizado su gestión y agotada su vigencia, deban retenerse por un plazo precaucional para “responder a posibles reclamaciones administrativas o jurídicas sobre aspectos referidos a lo que dice el texto, a su tramitación y cumplimiento”⁴. Por su parte, los documentos que extinguieron su valor primario (legal, contable, fiscal) y poseen valores secundarios (cultural, histórico o científico) deberán pasar al archivo histórico.

¹ “Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, 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; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación” (artículo 9).

² “Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención [...]” (artículo 10).

³ “Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes” (artículo 11).

⁴ Vázquez, Manuel. *Manual de Selección Documental*. Bogotá: Archivo General de la Nación, 1992. Pp. 25-27

B. HISTORIA CLÍNICA DIGITAL

En tercer término y con el propósito de responder específicamente a su pregunta número tres, nos remitimos a la ya citada **Ley 594 de 2000** que en su artículo 19 abrió la posibilidad del uso de tecnologías de avanzada en la administración y conservación de los documentos de archivo independientemente de su forma y soporte, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Organización archivística de los documentos.
- b) Realización de estudios técnicos para la adecuada decisión, teniendo en cuenta aspectos como la conservación física, las condiciones ambientales y operacionales, la seguridad, perdurabilidad y reproducción de la información contenida en estos soportes, así como el funcionamiento razonable del sistema.

Además estableció que los documentos reproducidos por medio técnico, electrónico, informático, óptico o telemático, gozarían de la validez y eficacia del documento original, si cumplen con los requisitos exigidos por las leyes procesales y se les garantice la autenticidad, integridad e inalterabilidad de la información.

De igual manera, el citado artículo, en el párrafo segundo, determinó que “los documentos originales que posean valores históricos no podrán ser destruidos, aun cuando hayan sido reproducidos y/o almacenados mediante cualquier medio”.

El artículo 55 del **Acuerdo 07 de 1994** (Reglamento General de Archivos) reitera la posibilidad de usar tecnologías que permitan el registro y recuperación ágil de la información, como es el caso de la digitalización, siempre y cuando no impliquen la destrucción de originales o copias únicas de los documentos. En el mismo sentido, conviene citar el **Acuerdo 002 de 2014** en cuyo artículo 16 se recalca que las entidades pueden adelantar procesos de digitalización de los documentos físicos con fines de consulta o preservación.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se puede definir la digitalización como la conversión de un documento material a un formato electrónico, con los objetivos de facilitar la gestión y la consulta, guardar un respaldo de seguridad, entre otros. Lo que indica que al digitalizar los documentos que forman parte de una historia clínica lo que resulta es un expediente digital, es decir, una copia exacta de un expediente cuyos originales están en físico. Por consiguiente, los documentos relacionados con una historia clínica que llegan en “físico” a la entidad y que se digitalizan deben conservarse y almacenarse en su respectivo expediente, toda vez que son la única evidencia de las actuaciones de las entidades y corresponden a documentos originales que poseen valores primarios (administrativos, legales o jurídicos, contables y técnicos). Además, como se menciona en el artículo 55 del Reglamento General de Archivos, es posible usar tecnologías que permitan el registro y recuperación ágil de la información, como es el caso de la implementación de la historia clínica digital, siempre y cuando no impliquen la destrucción de originales o copias únicas de los documentos.

En razón de lo informado es pertinente reiterar que uno de los objetivos de la digitalización, es facilitar la consulta de la información por la aplicación de técnicas de escaneo dirigidas a la utilización de la información o del contenido de la imagen digital, sin que necesariamente este orientado a la destrucción física del soporte o medio original. Su propósito es utilizar, reutilizar, consultar y compartir el contenido informativo de la documentación existente, haciendo uso de la tecnología digital, para evitar la manipulación, pérdida o deterioro físico del soporte original.

Dada la importancia de los documentos que conforman la Historia Clínica y el periodo de retención requerido para esta serie documental, se recomienda realizar el proceso de digitalización y conformar los respectivos expedientes digitales, sólo para facilitar el acceso a los mismos durante su consulta, manteniendo debidamente organizados y conservados los documentos originales en soportes físicos.

C. INVENTARIO DOCUMENTAL

La **Ley 594 de 2000** estableció que las entidades de la administración pública y las entidades privadas que cumplen funciones públicas están obligadas a “elaborar inventarios de los documentos que produzcan en ejercicio de sus funciones, de manera que se garantice el control de los documentos en sus diferentes fases” (artículo 26).

En razón de tal disposición el Consejo Directivo del Archivo General de la Nación expidió el **Acuerdo 042 de 2002** mediante el cual determinó el número y nombre de los campos que debe contener el Formato Único de Inventario Documental (FUID), la metodología para diligenciarlos y un esquema de presentación. En ese sentido el instructivo indica como campos o numerales a diligenciar los siguientes:

1. Entidad remitente
2. Entidad productora
3. Unidad administrativa
4. Oficina productora
5. Objeto
6. Hoja No.
7. Registro de entrada
8. No. De Orden
9. Código
10. Nombre de las series, subseries o asuntos
11. Fechas extremas
12. Unidad de conservación
13. Número de folios
14. Soporte
15. Frecuencia de consulta
16. Notas
17. Elaborado por
18. Entregado por
19. Recibido por

El **Acuerdo 002 de 2004** menciona que al momento de emprender un proceso de organización de fondos acumulados se deben observar algunos principios y procesos archivísticos, entre ellos, para la descripción se determina diligenciar “el formato único de inventario documental adoptado por el Archivo General de la Nación” (artículo 3°).

Como se ha expuesto la actividad de inventario documental se puede realizar durante el proceso de organización documental en las etapas de archivo de gestión, central e histórico. Al respecto es importante recalcar que este tipo de instrumentos de descripción permiten controlar las unidades documentales que conforman el archivo, localizar e identificar eficientemente la información y consecuentemente garantizar los derechos de los usuarios del sistema de salud.

D. UNIDADES DE CONSERVACIÓN

El AGN publicó en el año 2009 la guía *Conservación Preventiva en Archivos*, en la cual se dedica un capítulo especial a las prácticas de conservación preventiva en las tres fases de archivo. Respecto al punto que usted consulta es aconsejada y perfectamente válida la adopción de carpetas cuatro aletas de cartulina desacidificada o de propalcote para el almacenamiento de documentos, pues una de las grandes bondades de este tipo de unidades de conservación es que están diseñadas para mantenerse cerradas y así evitar que los documentos se salgan.

De igual forma, el Manual Especificaciones para Cajas y Carpetas de Archivo del AGN y la NTC 5397:2005 "Materiales para documentos de archivo con soporte en papel Características de calidad" que señalan las especificaciones técnicas de unidades de almacenamiento, recomiendan la utilización de carpetas de cartulina plegadas por la mitad o carpetas con los bordes laterales cerrados con solapas (cuatro aletas), con pH neutro, de acuerdo con el formato de los documentos. En especial las carpetas con solapas laterales garantizan una mayor protección de la documentación, pues no contienen adhesivos que con el tiempo se convierten en factor de deterioro. Además, el AGN ha conceptualizado que se deben almacenar como máximo 200 folios por carpeta, debido a que una mayor cantidad puede deformar las unidades de almacenamiento y dificultar su manipulación.

En cuanto al almacenamiento se sugiere el uso de cajas referencia X-200; aunque si los documentos se almacenan en archivadores, se recomienda el empleo de carpetas colgantes y celuguías, dentro de las cuales los documentos pueden estar almacenados en carpetas plegadas por la mitad. En cualquier caso, los materiales para las unidades de almacenamiento, deben seleccionarse de acuerdo con las características y dimensiones de los documentos, la funcionalidad del archivo, la frecuencia de consulta, los tiempos de retención y la disposición final, según lo establecido en la Tabla de Retención Documental de la entidad.

CONCLUSIÓN

En conclusión para adelantar el proceso de organización de las Historias Clínicas de su entidad es preciso que siga las disposiciones reunidas en la Resolución 1995 de 1999 expuestas en el literal A de este concepto. Por lo tanto, una vez estén debidamente clasificados y ordenados los expedientes de los usuarios del servicio de salud es conveniente proceder a levantar el inventario adoptando el FUID, según lo expuesto en el literal C de este documento, que le proporcionará una visión general de las unidades documentales que conforman el archivo de historias clínicas, permitiendo controlarlo y prestar un servicio de información eficiente y efectivo.

Respecto a la segunda de sus preguntas, si se tiene en cuenta que la identificación de los expedientes de historias clínicas se hace desde el año 2000 con el número de identidad del usuario, según la enunciada resolución, se deduce que es conveniente ordenar y gestionar tales expedientes con ese número único a partir de esa fecha. Sin embargo, si existen historias clínicas de usuarios que aún se encuentran activos, a pesar de que su expediente se haya abierto en fecha anterior, lo apropiado es que se hagan extensivas tales disposiciones ya que contribuirá a la buena marcha de la administración, conforme a lo dispuesto en la Ley 594 de 2000, que en su artículo 4º estableció como el objetivo esencial de los archivos "el de disponer de la documentación organizada, en tal forma que la información institucional sea recuperable para uso de la Administración en el servicio al ciudadano y como fuente de la Historia".

Respecto a lo anexos físicos de las historias clínicas digitales deben conservarse y almacenarse en su respectivo expediente por el tiempo que indiquen las Tablas de Retención Documental de la entidad, toda vez que son la única evidencia de las actuaciones de las entidades y corresponden a documentos originales que poseen valores primarios (administrativos, legales o jurídicos, contables y técnicos).

En los anteriores términos dejamos rendido nuestro concepto el cual debe considerarse única y exclusivamente para el caso puntal de esta consulta y dentro de los parámetros establecidos en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011).

Cordialmente,

NATACHA ESLAVA VÉLEZ

Subdirectora de Gestión del Patrimonio Documental

Anexos: N/A

Copia: N/A

Proyectó: Eliana Paola Barragán – Profesional universitario Grupo de Evaluación Documental y Transferencias Secundarias

Revisó: William Martínez Jiménez – Coordinador del Grupo de Evaluación Documental y Transferencias Secundarias

Archivado en: GEDTS – Conceptos técnicos