

La memoria escrita del cuidado

La Historia Clínica en Colombia:
Conceptos, normativa y transición digital



Definición: Resolución 1995 de 1999

PRIVADO

Acceso restringido

OBLIGATORIO

Todo prestador de salud

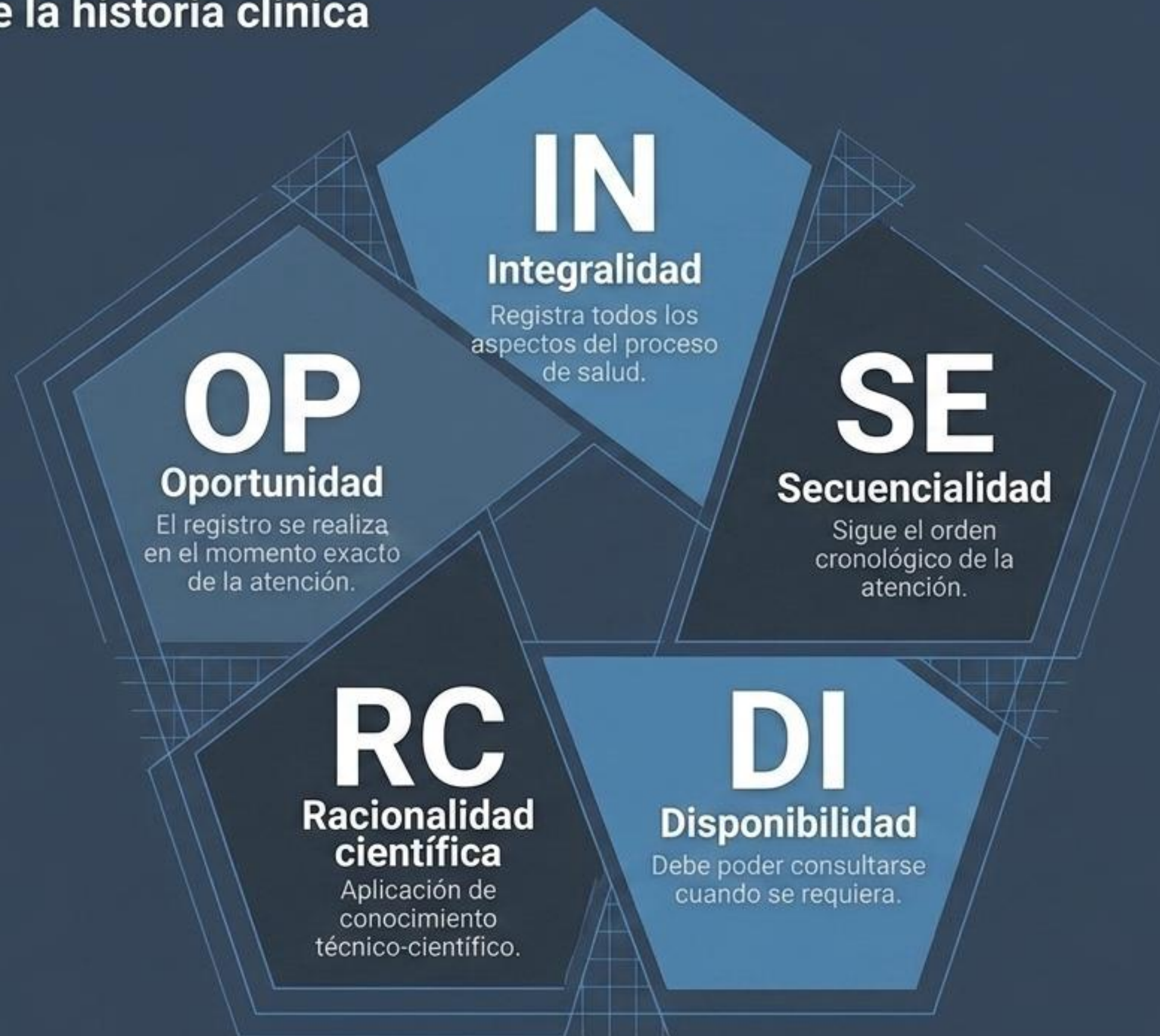
RESERVADO

Sujeto a confidencialidad

Documento en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, actos médicos y procedimientos ejecutados por el equipo de salud.

“El profesional de enfermería guardará el secreto profesional en todos los momentos del cuidado y aún después de la muerte de la persona.”

Características de la historia clínica



Formatos: La evidencia del cuidado

Anamnesis

Órdenes
médicas

Notas de evolución

Curaciones

Nebulizaciones

Valoración neurológica

Consentimiento informado

Notas de enfermería

Epicrisis

[illegible]

FORMATOS DE MONITOREO CRÍTICO

Registro exacto de intervenciones continuas.

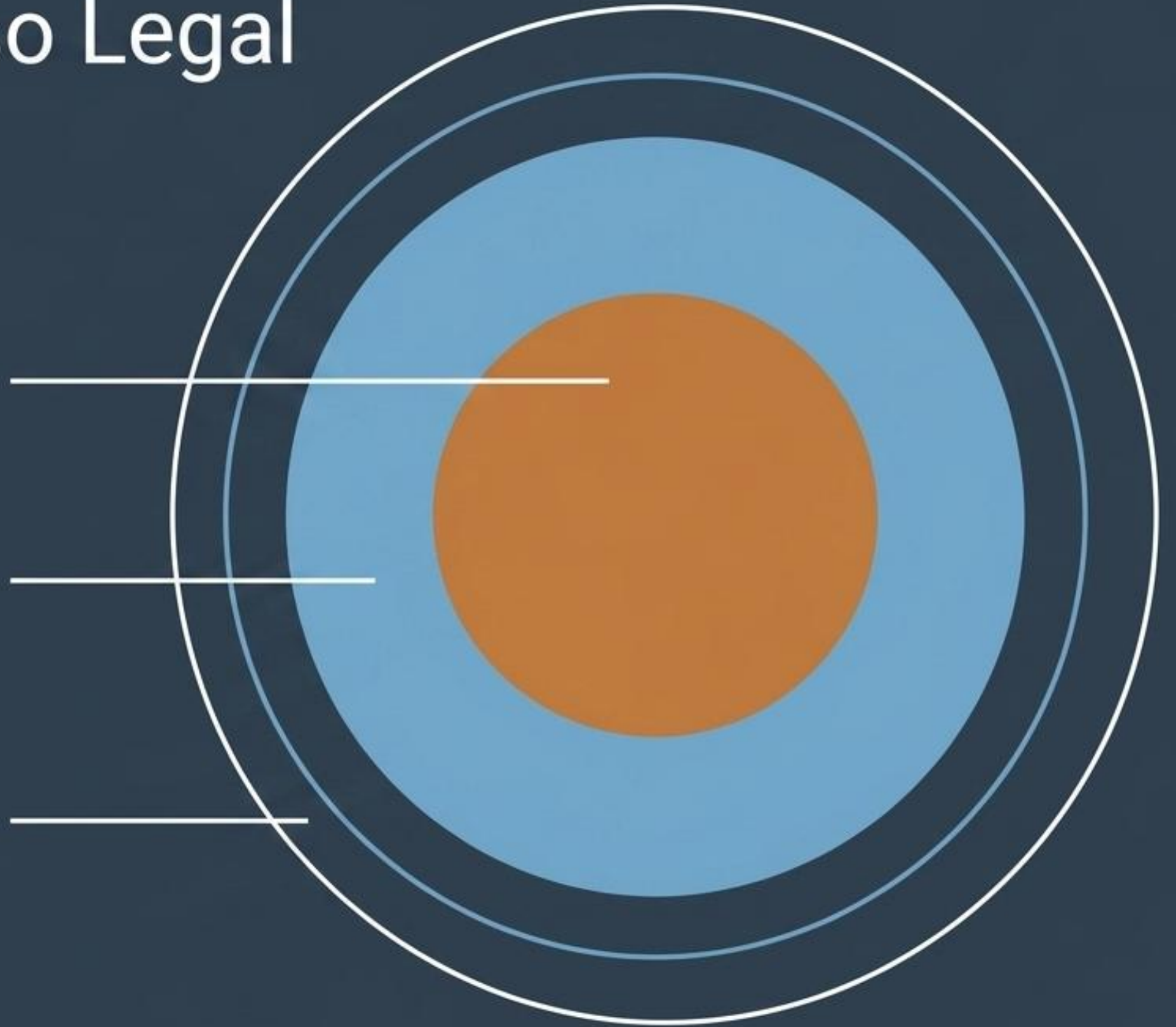
[illegible][illegible]

Jerarquía de Acceso Legal

EL PACIENTE: Titular de la información; acceso gratuito y en cualquier momento.

EQUIPO DE SALUD: Profesionales que intervienen directamente en la atención.

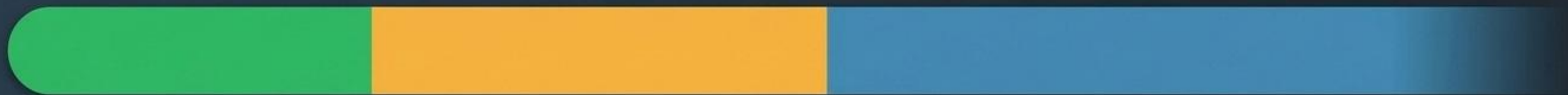
AUTORIDADES: Judiciales o de salud, exclusivamente mediante solicitud formal y competente.



5 AÑOS

10 AÑOS

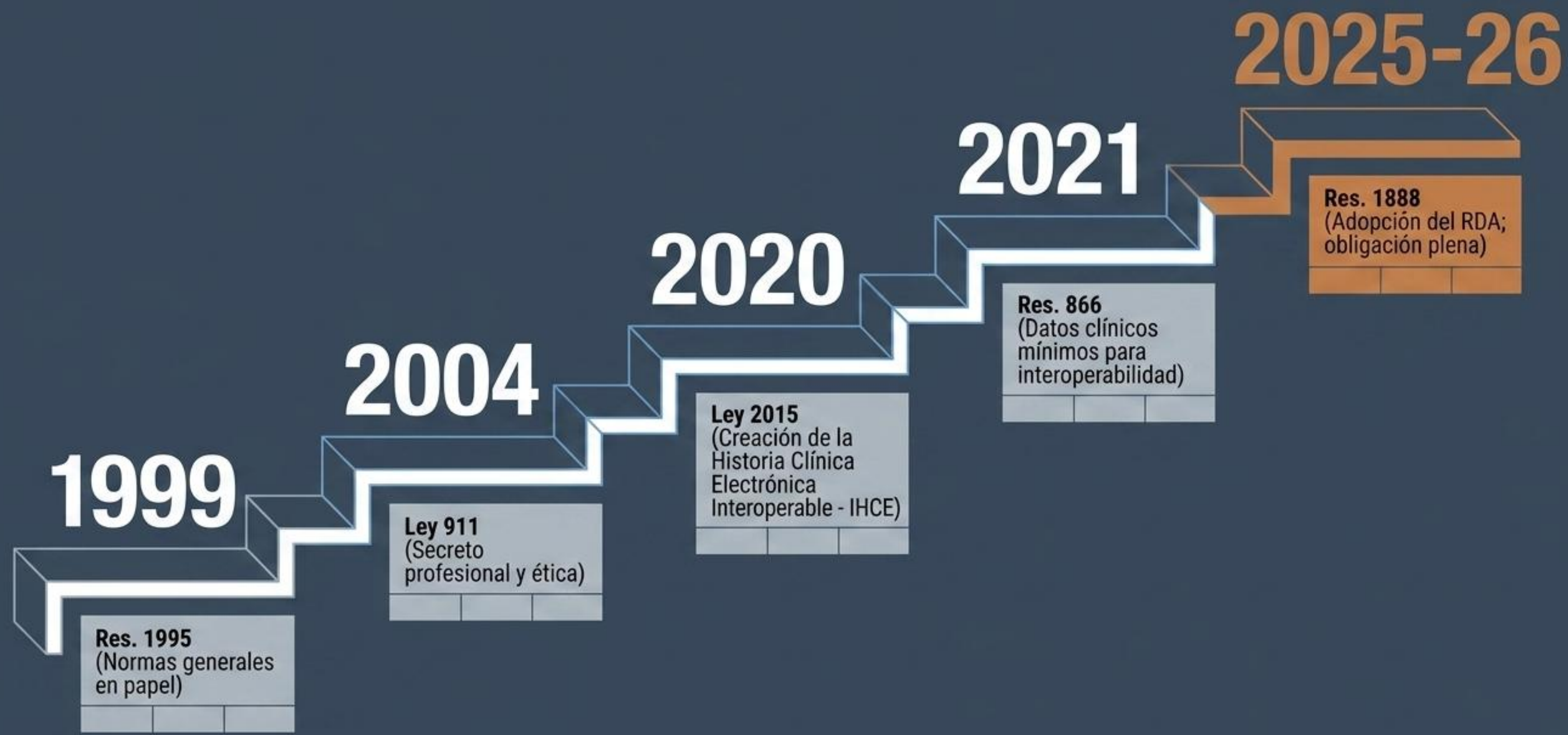
PERMANENTE



**Archivo de
Gestión.**

Archivo Central.

**En los casos de víctimas de
violaciones de Derechos Humanos.**



¿Qué es la Interoperabilidad?



La capacidad de **intercambiar datos clínicos** relevantes entre distintos sistemas.

La información está **accesible desde cualquier punto** de la red asistencial, garantizando coherencia y calidad de los datos.

RDA (Resumen Digital de Atención)

Documento clínico electrónico estandarizado que consolida la información más relevante de cada atención.

Transmisión **OBLIGATORIA** a la plataforma nacional IHCE a partir del **15 de abril de 2026** (bajo supervisión de la Supersalud).

**La historia clínica es la
memoria escrita del cuidado.**

Regístrala con rigor, cuídala con ética.