



UNIVERSIDAD
POLITECNICA
DE VALENCIA



DCADHA

DPTO. DE COMUNICACIÓN AUDIOVISUAL
DOCUMENTACIÓN E HISTORIA DEL ARTE



TESINA MÁSTER CALSI

TÍTULO: ARCHIVOS DE HISTORIAS CLINICAS

AUTORA: MARÍA LUISA FERRER DÍEZ

DIRECTORA: LUISA TOLOSA ROBLEDO

Valencia, diciembre 2009

AGRADECIMIENTOS

A mi familia.

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	4
2.- QUÉ ES EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	6
3.- EL ESPACIO EN EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	13
4.- GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN EN EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.	31
5.- HACIA UN NUEVO MODELO DE ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS. PERSPECTIVAS DE FUTURO.....	44
6.- CONCLUSIONES.....	50
7.- INDICE DE FIGURAS.....	52
8.- GLOSARIO.....	53
9.- BIBLIOGRAFÍA.....	54
10.-ANEXOS	
10.1.- El Proyecto de HC digital en el Sistema Nacional de Salud.....	62
10.2.- La Historia Clínica Electrónica En La Comunidad Valenciana.....	73
10.3- La Historia Clínica Electrónica en Emergencias Médicas.....	77

1.- INTRODUCCION

El presente trabajo se enmarca como proyecto final del Master Calsi (Contenidos y Aspectos Legales en la Sociedad de la Información) organizado por el Departamento de Comunicación Audiovisual, Documentación e Historia del Arte de la Universidad Politécnica de Valencia.

Se plantea como un estado de la cuestión acerca de los Archivos de Historias Clínicas de los hospitales españoles, qué son, como se organizan, como funcionan y cuales serán las perspectivas de futuro de los mismos, puesto que es una materia que en estos momentos se encuentra en un estado de transición debido a múltiples factores, pero en definitiva, son los avances tecnológicos los motores del cambio.

El motivo de la elección del tema para el desarrollo de este trabajo ha sido personal y profesional. Profesional por el deseo de conocer más acerca del trabajo en un Archivo de Historias Clínicas, dependientes de las Unidades de Documentación Clínica y Admisión de hospitales , y en este sentido, entender y aplicar mejor los criterios que marcan las correspondientes direcciones de los centros hospitalarios. Y personal, porque trabajo en una Unidad de Documentación de estas características, y a lo largo de la redacción de este proyecto me he visto envuelta en muchas de las situaciones que se detallan en él. De esta manera se unen dos vertientes, la teórica o interés por la materia y la práctica, por el trabajo cotidiano.

Para su realización hemos comenzado por la lectura de literatura sobre el tema, de todo tipo, libros, publicaciones seriadas, legislación y artículos de Internet no periódicos, aunque hemos podido constatar que no existe bibliografía reciente, únicamente la revista de la Sociedad de Documentación Médica “Papeles Médicos” ofrece algún artículo más novedoso al respecto. Por otra parte, también se ha seguido de cerca el trabajo en un archivo hospitalario, gracias al apoyo incondicional de compañeros/as de mi centro de trabajo.

La estructura que seguiremos en el trabajo será el desarrollo de los epígrafes que se relacionan en el índice. Comenzaremos por conocer qué es un Archivo de Historias

Clínicas, sus definiciones más importantes, cómo funcionan, cuál es su dependencia, etc.

En el punto siguiente hablaremos del espacio en el Archivo de Historias Clínicas, cual es su división, los recursos humanos que trabajan en ellas, qué problemas soportan y cómo los solucionan.

En el siguiente epígrafe trataremos de dar una visión general del trabajo en un Archivo de Historias Clínicas, los circuitos que sigue la documentación, problemas que plantea y soluciones que se dan para resolverlos.

En el punto cuarto intentaremos exponer las perspectivas de futuro de este tipo de archivos, los estadios en los que se encuentran diferentes instituciones, ya que como decíamos al principio de esta introducción nos encontramos en un proceso de transición, y no todos los centros están en la misma fase, algunos han evolucionado más rápido que otros.

El siguiente punto son las conclusiones obtenidas a lo largo del estudio, un glosario, un índice de figuras y la bibliografía utilizada.

2.- QUÉ ES EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Comenzaremos definiendo el concepto de Archivo, y para ello nos vamos a detener en el artículo 59 de la Ley de Patrimonio Histórico Español¹, por tratarse de una definición oficial: “Son archivos los conjuntos orgánicos de documentos, o la reunión de varios de ellos, reunidos por las personas jurídicas, públicas o privadas, en el ejercicio de sus actividades, al servicio de su utilización para la investigación, la cultura, la información y la gestión administrativa. Asimismo, se entienden por archivos las instituciones culturales donde se reúnen, conservan, ordenan y difunden para los fines anteriormente mencionados dichos conjuntos orgánicos”.

Aunque en las instituciones hospitalarias objeto de nuestro estudio existen archivos administrativos, omitiremos el análisis de los mismos y nos centraremos en los Archivos de Historias Clínicas (En adelante AHC).

Realizada esta aclaración podemos observar que de la definición anteriormente expuesta se desprenden dos aspectos importantes aplicables a nuestro tipo de archivos, la primera, es destacar la idea de servicio, de gran relevancia en el contexto de un AHC, ya que constituye la esencia del mismo, su razón de ser, y la segunda, que el concepto de archivo se refiere tanto al continente, al edificio, como al contenido, la documentación que alberga.

Ligada a esta definición de archivo nos parece importante conocer la distinción que hace la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, entre los términos documentación clínica, historia clínica e información clínica en su Art. 3²:

¹ Ley 16/1985 Ley de Patrimonio Histórico Español. http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/116-1985.html [Fecha de consulta 28/9/09]

² Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/ley_autonomia_paciente.pdf [Fecha de consulta 28/9/09]

- “Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.
- Historia clínica: el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.
- Información clínica: todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla”.

El AHC supone en definitiva la memoria de una institución, que en este caso se materializa a través de la actividad diaria del hospital, y utiliza como soporte la historia clínica (en adelante HC)

En este sentido, podemos definirlo como la sección responsable de reunir, conservar y administrar las historias clínicas del hospital creadas a lo largo del tiempo, en base a los sucesivos procesos asistenciales de los pacientes a los que atiende.

Los archivos de historias clínicas son una parte de las Unidades de Documentación Clínica y Admisión (en adelante UDCA), las cuales son responsables de la organización y custodia, y están dirigidos por el médico documentalista responsable de la misma. A su vez, la UDCA está adscrita a la dirección médica de los centros sanitarios, como queda patente en el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, cuyo tenor literal es el siguiente³: “Quedan adscritos a la División Médica del hospital los servicios y unidades que incluyan las siguientes áreas de actividad...f) documentación y archivo clínico”.⁴

³ R. D. 521/1987 Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd521-1987.html [Fecha de consulta 1/10/09]

Los AHC están regulados a nivel nacional a través de legislación básica, en concreto la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que en su artículo 14.2 y 14.3 habla de la obligatoriedad de su existencia, y cuyo tenor literal es el siguiente: ⁵

“Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audio visual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.”

Una gestión eficiente de la historia clínica debe garantizar como mínimo que ésta sea⁶:

- Única: no deben existir duplicidades, ya que si hubiera varias acarrearía serios problemas, uno de ellos que los episodios asistenciales estarían repartidos en varias y no podríamos consultarlos en su totalidad. Si esto ocurre se debe disponer de los medios para unificar todas las historias clínicas de un mismo paciente, y de esta manera integrar la información sobre el proceso asistencial.
- Que los circuitos de circulación de la documentación clínica entre niveles asistenciales estén definidos y sean eficaces.
- Que la incorporación progresiva de documentos provenientes de los procesos asistenciales sea ágil.

⁵ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

<http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf> [Fecha de consulta 28/9/09]

⁶ Ferrer Díez, M^a Luisa: “Sistemas de Información Hospitalarios: La Historia Clínica”. PFC Pág. 97

- Que la localización de la información y el manejo en general de la historia clínica sea fácil, para ello es muy útil la normalización de los documentos que la componen.
- Que se incorporen nuevas tecnologías que faciliten el trabajo relacionado con la gestión de historias clínicas.
- Que exista un reglamento consensuado en el centro sobre gestión de la historia clínica.

Cuando gestionamos historias clínicas realizamos las siguientes **funciones**:

- **Identificación de la historia clínica:** de forma unívoca y constante, siendo su soporte el fichero índice de pacientes, el cual contiene el conjunto de registros con los datos básicos de identificación de todos ellos, éste debe ser único, permanente, centralizado e independiente del tipo de asistencia. Es en este fichero donde se introducen nuevos datos para dar de alta a un nuevo paciente, y se actualizan los de aquellos que ya figuraban en él.
- **Diseño y mantenimiento actualizado del formato de la historia clínica:** en cuanto a carpetas o sobres de identificación física de la historia clínica, en el caso de tratarse de una tradicional, en papel, o si es electrónica, los correspondientes números, claves, o códigos de barras para la correcta identificación. También la revisión continua de documentos para tres cosas:
 - Su normalización, actividad mediante la cual se planifica, organiza y evalúa si los documentos que componen la HC cumplen con la norma establecida en el reglamento de uso de la HC, elaborado por los profesionales del centro a través de la Comisión de Historias Clínicas.
 - Su adaptabilidad al paso del tiempo.
 - Las necesidades de los usuarios.

- **Control de calidad de la historia clínica:** evaluación continua de los documentos utilizados en ella, esto se puede hacer valorando todos los documentos o a través de la utilización de muestras de los mismos.

- **Garantizar la accesibilidad a la historia:** elaborando normas de acceso y disponibilidad, teniendo en cuenta la legislación vigente en este sentido. Estas normas constarán por escrito, y deben ser conocidas por todos los profesionales del centro y deben estar aprobadas por la dirección del mismo. Las UDCA's definirán el procedimiento de solicitud de las mismas, registrará todas las solicitudes de información y propondrá los niveles de acceso a la información según el perfil profesional de los usuarios.

Una vez definido el concepto de AHC, vamos veremos sus objetivos y sus funciones.

Respecto a los **objetivos** del AHC, siguiendo la Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica del INSALUD⁷, son los siguientes:

1. Garantizar el mantenimiento de una historia clínica (HC) única por paciente.
2. Custodiar y conservar las historias clínicas, garantizando la confidencialidad de la documentación.
3. Garantizar la disponibilidad de la documentación clínica necesaria tanto para la práctica asistencial como para la docencia, investigación, control de calidad, planificación y gestión hospitalaria.
4. Conocer la ubicación exacta de todas las historias clínicas del hospital, hayan sido entregadas o no en el AHC.
5. Asegurar la transferencia al archivo de la documentación clínica tras el alta hospitalaria, del paciente, o tras su utilización en la actividad ambulatoria.

⁷ Guía de gestión de los servicios de admisión y documentación clínica del INSALUD http://www.sedom.es/99_pdf/guia_sadc_definitiva.pdf. [Fecha de consulta 7/10/09]. Pág. 31

6. Fomentar la dotación de la infraestructura necesaria que permita garantizar la adecuada conservación de la documentación clínica del hospital a través del tiempo.
7. Planificar el paso de las historias clínicas a una situación de pasivo de acuerdo a la normativa del centro y en función del tiempo de inactividad, características e infraestructura del archivo, grado de movimiento de la documentación para estudios o docencia, tipo de patología atendida, etc.
8. Arbitrar los procedimientos precisos para impedir el crecimiento no controlado de las necesidades de espacio físico.
9. Asegurar que todas las funciones y cometidos que competan al AHC queden garantizadas mediante el establecimiento de una normativa de régimen interno del hospital.
10. Elaborar de forma continuada indicadores de producción y de funcionamiento para el adecuado control de la actividad el área.

Corresponde a las UDCA organizar y custodiar toda la información del AHC y facilitar el acceso y utilización a los distintos usuarios de la misma, para ello debe disponer de⁸:

- “Recursos humanos con formación en documentación médica
- Medios técnicos que faciliten el trabajo de identificación de la documentación, su organización en la historia clínica del paciente, etc.
- Un fichero índice maestro de pacientes (FIMP) informatizado y debe elaborar un protocolo para la gestión del mismo, a fin de evitar errores, duplicidades, en el que figuren los datos mínimos que deben contener los registros, y la norma para realizar las búsquedas de los pacientes incluidos en él.
- Un manual de uso de la historia clínica que se actualice de forma continua y defina como mínimo:
 - Catálogo de documentos clínicos que constituyen la historia clínica

⁸ Ferrer Díez, M^a Luisa: “Sistemas de Información Hospitalarios: La Historia Clínica”. PFC Pág. 96

- Tipo de información recogida en cada documento.
 - Personal responsable de su cumplimiento
 - Circuitos de los documentos
 - Criterios para proceder a dar de alta o de baja documentos en la historia clínica.
- Infraestructura informática necesaria para el registro de datos y la captura de información clínica.
 - Normativa del centro que regule el acceso a la historia clínica.
 - Política hospitalaria sobre conservación y perdurabilidad de documentos”.

Para poder atender estos objetivos con eficiencia dichas unidades, y dentro de ellas el AHC deben cumplir una serie de **requisitos**:

- En primer lugar es necesario que existan **infraestructuras** suficientes para garantizar la conservación de la documentación clínica a lo largo del tiempo, en especial las condiciones del espacio físico del archivo, que debe ser suficiente, en función del volumen de historias clínicas existentes y del índice de crecimiento previsible en un periodo de tiempo determinado a fin de albergar adecuadamente las historias, y ubicarse en una posición central, cerca de los servicios a donde deben remitir la documentación.
- Por otra parte, se deben tomar una serie de decisiones respecto a la dotación de los archivos que afectan directamente a su funcionamiento, como los sistemas de protección de Historias Clínicas HC (casi siempre en sobres), identificación y localización, el reparto de estanterías y clasificación de las mismas, etc.

Todos estos aspectos los desarrollaremos con mayor amplitud en capítulos posteriores, cuando hablemos del espacio físico del archivo.

También es importante la existencia de **normas de funcionamiento** en el AHC, conocidas por todos los profesionales que trabajan en el hospital y aprobadas por la Dirección Médica del mismo. Como mínimo, deben tratar cuestiones relativas al acceso,

procedimientos de actuación para cada motivo de préstamo (urgencias, consultas externas, hospitalización, docencia, investigación, etc.), en particular, los criterios que deben cumplirse para catalogar una solicitud en una tipología concreta, el procedimiento de solicitud de documentación en sí, los plazos máximos y modalidades de la entrega para cada uno de los tipos definidos, los plazos de devolución al archivo de acuerdo con su motivo de solicitud, y la responsabilidad de la custodia y conservación durante el préstamo; en general el responsable de este último aspecto es el archivo, pero una vez se ha producido la salida esta competencia se atribuye al peticionario. Deben tratar como mínimo los siguientes aspectos:

- El establecimiento de un orden de prioridades de préstamo de acuerdo al motivo de petición.
- Los procedimientos para reclamar las historias clínicas que no se han devuelto en los plazos reglados.
- Criterios y procedimientos para abrir nuevas historias clínicas.
- Procedimientos a seguir en caso de historias clínicas no localizadas o extraviadas.
- Procedimientos en caso de duplicidades de historias clínicas.
- Definición y procedimiento de las historias clínicas sometidas a custodia especial.
- Criterios de ordenación y expurgo de la documentación.
- Definición y procedimientos a seguir para el paso de documentación activa a pasiva.

También resulta vital la elaboración de un **censo** de historias clínicas, que debe incluir el número de historia y la identificación del paciente (nombre, apellidos y fecha de nacimiento).

Respecto a las **funciones** del AHC, podemos enumerar las siguientes:

- Normalización de la documentación: tanto en el diseño de documentos como en su revisión periódica.

- Contribuir a la actividad asistencial, a través de unos cometidos específicos, como son la apertura de historia clínica, entendida como la carpeta física que contiene los documentos que la componen, almacenarla, custodiarla, prestarla, generar índices de actividad y evaluar la calidad de la asistencia.
- Contribuir en actividades como investigación, enseñanza, formación y evaluación de la actividad.
- Registro de historias clínicas: en este sentido es conveniente realizar un censo de las mismas en el que conste el número de HC y la identificación del paciente (nombre, apellidos y fecha de nacimiento).
- Indización o análisis documental: trata de extraer la mayor cantidad de información contenida en cada episodio asistencial⁹ para poder elaborar estadísticas que posteriormente podrán ser utilizadas para análisis de calidad, planificación, investigación o docencia.
- Recuperación de la información, tanto asistencial, científica, evaluativa o legal.
- Custodia y confidencialidad, garantizado un uso correcto de la documentación, y en este sentido, se debe velar por el sigilo profesional, ya que se trata de un tipo de información especial, cuyo nivel de protección es máximo.

El AHC se configura como un organismo vivo dentro de una institución sanitaria, es el que está detrás de cualquier actividad que se realice en un centro sanitario porque contiene toda la información que los profesionales necesitan para la atención de pacientes, ya sea en el área de urgencias, hospitalización, consultas externas u hospitales de día, además de otro tipo de valores como el legal, entendido como la constancia de unos hechos que se plasman en un documento. Un diagrama de flujo de la HC en centros sanitarios españoles podría ser la siguiente:

⁹ Episodio Asistencial: cada una de las asistencias producidas en el centro hospitalario, independientes de otras provocadas con anterioridad o posterioridad..

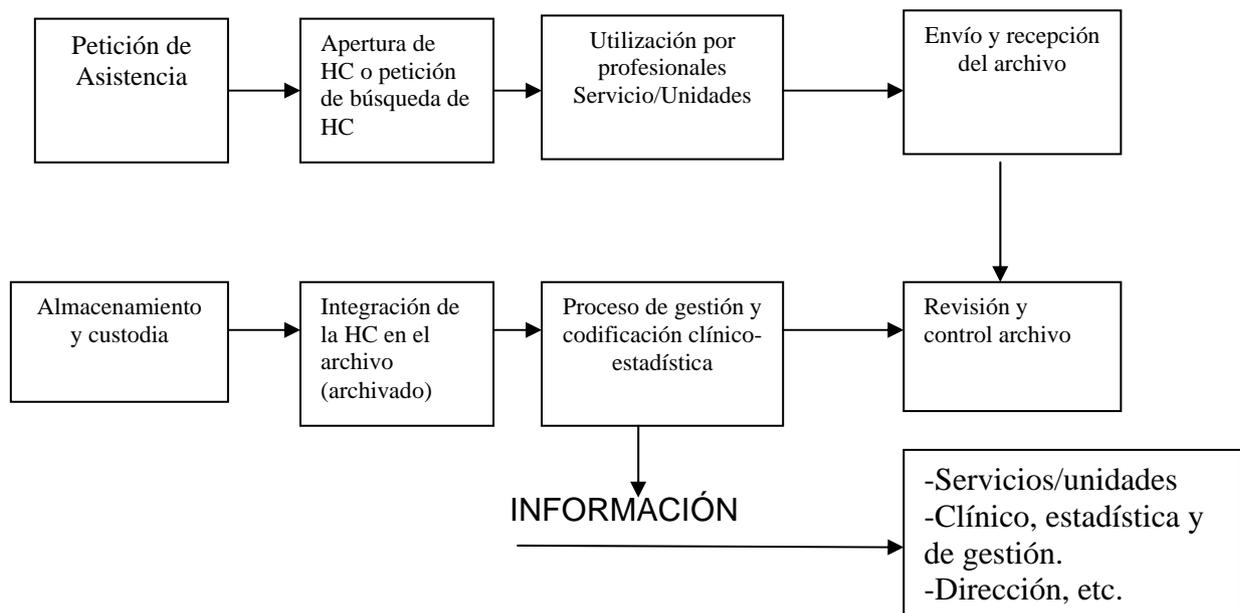


Fig. 1 Diagrama de Flujo HC. Fuente PFC Ferrer, Díez M^a Luisa

Asimismo, es un centro de consulta de información científica. Sin HC es difícil conocer y atender adecuadamente las solicitudes de asistencia sanitaria, y es en este punto donde radica la importancia del archivo, por ello es muy importante reunir todos los requisitos necesarios para que funcione eficazmente, con los menos errores posibles, cumpliendo el reglamento de funcionamiento. Los responsables de su gestión siempre deben conocer dónde se encuentran las historias clínicas, tanto si están dentro del archivo como si han sido prestadas. En este sentido, resulta imprescindible un sistema de información que se adecue a sus necesidades, porque será el instrumento de trabajo y de control de toda la labor realizada en el AHC, así como también bases de datos documentales donde se guarde información especializada sobre diagnósticos, etc.

Pero, a pesar de la importancia a la que hacíamos referencia en párrafos anteriores, los AHC se enfrentan día a día a numerosos problemas en su quehacer, resultando a veces algo tedioso el trabajo si no está bien organizado; los **problemas** más graves son:

- Falta de espacio debido a la proliferación vertiginosa de documentación, consecuencia a su vez, del aumento de la esperanza de vida, lo que ha contribuido a que exista un potencial de población cada vez mayor susceptible de necesitar servicios sanitarios.
- También, por la causa a la que aludíamos anteriormente y por el avance tecnológico, el incremento de pruebas diagnósticas complementarias.
- Otro problema importante es que el apoyo de los equipos de dirección, no siempre es continuo debido a que no siempre son lo estables que se desearía, ya que muchas veces están más unidos a cuestiones políticas que a profesionales; esto hace que cada cuatro años y a veces menos se renueven, con lo que la evaluación de la labor anterior nunca llega a completarse.

Tampoco podemos obviar la transformación que están sufriendo algunos archivos respecto al soporte de sus documentos. En este sentido, cada institución se encuentra en una fase diferente, algunas tienen archivos digitalizados, otras sólo digitalizan las pruebas complementarias y otras muchas todavía funcionan con soporte papel en la mayoría de sus documentos.

Por último debemos hacer referencia a los distintos tipos de archivos de historias clínicas posibles:

- Archivos descentralizados: aquellos que alojan los documentos en el lugar de origen donde se crearon. Tienen como inconveniente la fragmentación de la documentación, y por tanto de la información sobre un paciente, con lo que la visión integrada sobre su salud no es total.
- Archivos mixtos: ubicados en las consultas externas donde se atiende a los pacientes que acuden a ellas, pero con dependencia de un archivo central, hoy en día en desuso.
- Archivos centralizados: integran la documentación, y por tanto la información asistencial de los pacientes, lo cual supone una gran ventaja, además de contribuir a la normalización, reducción de costes y ahorro de espacio en el depósito. Este tipo de AHC es el más numeroso en las Instituciones Sanitarias Españolas, y es al que nos vamos a referir en nuestro trabajo.

3.- EL ESPACIO EN EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

El espacio del AHC es una materia que en estos momentos está cambiando, es decir, existe un espacio físico, el tradicional, el que conocemos de forma habitual, y un espacio virtual, al que tiende el futuro archivo. Actualmente muchos o casi todos los AHC comparten ambos espacios, y ello es fruto del avance en nuevas tecnologías, que a su vez ha incidido en que el soporte de almacenaje ya no sea el papel. Por ejemplo, algunos hospitales alojan en sus archivos HC en soporte papel porque son las que han tenido siempre, pero a partir de algún momento se ha decidido que las pruebas complementarias, como radiografías u otro tipo de imágenes, se encuentren en un servidor creado para este fin. Nosotros, en nuestro trabajo vamos a intentar analizar cual es la práctica en un archivo tradicional en cuanto a edificios, medidas de conservación, etc., y dejaremos para el último punto del trabajo las perspectivas de futuro y las nuevas tendencias.

En primer lugar, nos sorprende constatar que no existe normativa específica sobre construcción de edificios de AHC, a pesar de las peculiaridades de los mismos, por la labor que desarrollan de almacenamiento y custodia de HC y como centro de información y consulta científica. En este sentido, la bibliografía y autoridades sobre la materia nos remite a las recomendaciones para la edificación de archivos elaboradas por el Ministerio de Cultura y publicadas por la Dirección General de Archivos Estatales de 1992¹⁰, y a unas normas generales para edificios destinados a archivos y bibliotecas¹¹, las principales son las siguientes:

- Borrador de la Norma ISO 11799: Elaborada por un grupo de trabajo internacional. Incluye los materiales de archivo, pero deja de lado cuestiones importantes como la gestión de depósitos. Se limita al papel, y excluye otros soportes. Muchas de las medidas sobre edificación y construcción quedan sujetas a la regulación específica de cada nación.
- BS 5454: 2000. Recomendaciones para el almacenaje y exhibición de documentos de archivo (Reino Unido), norma sobre almacenamiento y

¹⁰ López Domínguez, Orencio: “Gestión de pacientes en el hospital: el servicio de admisión y documentación clínica”. Ed. Olalla. Madrid 1997. Pág. 324

¹¹ Normas para edificios destinados a bibliotecas y archivos
<http://xlpv.cult.gva.es/files/normas%20edificios.pdf> [fecha de consulta 5/10/09]

exposición de archivos, y acerca del tipo de edificios, los servicios y los equipamientos que mejor contribuyen a la buena conservación de los archivos.

- NBE CT-79 sobre condiciones térmicas en los edificios.
- NBE CPI-96 sobre condiciones de protección contra incendios.
- ISO 9706:1994 Información y documentación: Papel para documentos. Requisitos de permanencia.
- ISO 11108:1996 Información y documentación: Papel para archivo permanente. Requisitos de permanencia y durabilidad.
- ISO/CD 15659 - Cartones para archivo permanente. Test de migración.
- ISO/WD 16245 - Cajas y cubiertas de archivo para documentos en papel.

La ubicación del archivo debe ser estudiada con detalle, así pues en primer lugar, debe situarse en un suelo resistente, estable y sin humedades, nunca en suelos movedizos o por los que pase cerca algún tipo de corriente de agua, proximidad al mar, ríos, etc., como medida preventiva para evitar inundaciones. Tampoco debe situarse cercano a zonas donde exista riesgo de incendio, o con un alto nivel de insectos.

Por otra parte, deben tenerse en consideración las medidas de espacio suficientes para albergar toda la documentación y su crecimiento natural. Por último, el emplazamiento dentro de la institución es muy importante, ya que al tratarse de un servicio central que sirve al resto de servicios debe valorarse su cercanía, de manera que tanto las unidades de hospitalización, consultas externas, urgencias, etc., puedan recibir la documentación sin demoras por labores costosas de reparto, así como la recogida de historias para volver al archivo, es decir la circulación de entradas y salidas con el resto de la institución debe ser fluida y no estar entorpecida por un emplazamiento incorrecto.

En general, el archivo ideal se concibe en un edificio aislado, atendiendo a todas las medidas de centralidad, resistencia o espacio señaladas en párrafos anteriores.

Con anterioridad hemos hecho referencia a la resistencia del suelo del archivo, ello obedece a cuestiones de seguridad del edificio y a que ha de soportar un peso elevado debido a las características de las HC en papel. Es por este motivo que antes de colocar la documentación hemos de pensar en el reparto de peso que el suelo ha de soportar.

Orencio López ¹² cuando se refiere a los requisitos de construcción de un AHC , en concreto al área donde ha de colocarse la documentación dice lo siguiente: “...En el caso del área de archivado y custodia de las historias clínicas deberemos contar con una carga de 750 Kgs. por metro cuadrado si los expedientes están colocados en estanterías fijas, mientras que este peso aumentará hasta 1250 Kgs. por metro cuadrado en el caso de estanterías móviles. Estos valores si refieren a un altura máxima de 2.20 metros”.

Además de la resistencia del suelo hemos de tomar en consideración otro tipo de medidas de protección:

- Medidas contra roedores o insectos: en este sentido el edificio debe carecer de rendijas o huecos por donde puedan colarse estos animales, y ser lo más hermético posible para evitarlos.
- Medidas contra la humedad, sean de tipo que sean, por condensación, filtración, etc., desde la construcción o adecuación del edificio de archivo.
- Medidas contra robos: sistemas de seguridad que eviten intrusos y puedan acceder a datos altamente confidenciales.
- Medidas contra inundaciones: se deben prever roturas de pasos de agua, goteras, etc.
- Medidas contra incendios: debe seguirse la normativa específica existente al respecto, en particular la norma NBE CPI-96. Materiales ignífugos, puertas cortafuegos, etc.
- Medidas contra la seguridad de la red informática: a fin de que las caídas del sistema sean las menores posibles.

En cuanto a los requerimientos ambientales del archivo ha de velarse porque las condiciones de temperatura y humedad sean constantes y adecuadas para la conservación de los documentos, en este sentido, ambos valores fluctúan entre 15° y 21° para la temperatura y 45%-65% de humedad.

¹² Moreno Vernis, Miguel en López Domínguez, Orencio: “Gestión de pacientes en el hospital: el servicio de admisión y documentación clínica”. Ed. Olalla. Madrid 1997. Pág. 333

La ventilación es muy importante, y debe existir de forma controlada para que no altere las condiciones de temperatura y humedad a las que nos referíamos antes.

La iluminación del archivo también ha de planificarse cuidadosamente, por ello debe evitarse que la luz natural, el sol, incida directamente sobre los documentos almacenados. En cuanto a la iluminación artificial, de la que se recomienda sea fluorescente y no incandescente para que no altere las condiciones de temperatura, su intensidad debe ser diferente según el área de trabajo en la que nos encontremos, 150 lux como mínimo para las zonas comunes, vestuarios, zonas de estar etc., 300 lux para el área de archivo de historias clínicas, entre 250 y 500 lux para los puntos de entrega de documentación, salas de consulta y revisión de historias clínicas, y 600-750 lux para despachos y salas de ordenadores, y también para aquellas áreas destinadas a trabajos de clasificación. Además, el sistema de iluminación debe cumplir unos requerimientos de seguridad para prevenir incendios, reducción de consumo energético, iluminación de emergencia, control a través de temporizadores, etc.

Respecto a la división del espacio interno del archivo, hemos de tener presente en todo momento la funcionalidad para la que fue creado, y para ello ha de estructurarse en diferentes subdivisiones donde se realizan trabajos concretos en cada una de ellas, pero todas conectadas por el fin último del archivo custodiar, conservar, y ser centro de información científica. Las dimensiones de estas áreas de las que a continuación hablaremos varía mucho de unas entidades a otras, con frecuencia los archivos no están todo lo dotados de espacios, recursos humanos, etc., que nos gustaría, o que deberían estar; en ocasiones, no se corresponde la importancia de la labor que allí se desarrolla con las instalaciones que disponen, aspecto nada beneficioso. A pesar de ello, casi todos siguen un esquema común en cuanto a espacios internos, de los cuales distinguiremos las siguientes áreas:

- **Área recepción y préstamo de documentación clínica:** se sitúa en la entrada del archivo, es lo primero que nos encontramos al entrar en él. Está compuesto por un mostrador con una o más personas, generalmente auxiliares administrativos que atiende la recepción de documentos y a los profesionales que acuden a él a recoger documentación por vía urgente o fuera de los circuitos habituales de programación del trabajo. En esta área,

existen despachos anexos atendidos por administrativos y técnicos en documentación sanitaria que además del registro de entradas y salidas realizan otras funciones propias del archivo como son el mantenimiento del fichero maestro de pacientes, mantenimiento y registro de éxitus¹³, apertura y control de nuevas carpetas de historias clínicas, control y archivo de la documentación generada en urgencias y control de la actividad en general, a través de estadísticas. Las HC, además de estar identificadas por un número de historia clínica (en adelante NHC) y por el nombre y apellidos del paciente, suelen tener una pegatina con un código de barras leído por OCR para que la entrada y salida sea más rápida y sin errores, ello evita teclear el NHC.



Fig. 2 Área de Recepción. Fuente Consorcio Hospital General de Valencia.

¹³ Éxitus: fallecimientos



Fig.3 Despacho donde se reciben las HC. Fuente Consorcio Hospital General de Valencia.

- **Área de reproducción de documentación clínica:** siempre atendiendo a la legislación vigente sobre protección de datos respecto a quién se le puede facilitar dichas copias¹⁴. Deben tenerse en cuenta los Art. 7 Derecho a la intimidad y Art. 18 derecho de acceso a la historia clínica de la Ley 41/2002¹⁵. Dispone de fotocopiadora, fax, reproducción de discos ópticos, ordenador con conexión a Internet, etc., para poder reproducir documentos o parte de una historia clínica, previa petición por escrito. Los casos de petición más frecuentes que se dan y sus soluciones son los siguientes:

¹⁴ Ley 15/1999 de 13 de diciembre Orgánica de protección de datos de carácter personal
http://boe.es/g/es/bases_datos/doc.phc?coleccion=iberlex&id=1998/2370

¹⁵ Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/ley_autonomia_paciente.pdf

- Si es la Administración de Justicia quien solicita la HC normalmente lo hace de la totalidad de la misma con el fin de utilizarla como medio de prueba para acreditar hechos asistenciales u otros litigios. En general, existe el deber de colaborar con la justicia, pero también existe el deber del secreto profesional, por lo que siempre hay que tener presente que no se pueden revelar datos que supongan privación de derechos fundamentales de la persona; otra opción es reproducir solamente el episodio objeto de litigio y no la totalidad de la HC, o bien redactar un informe de la asistencia, nunca el informe de alta. Si el motivo de la petición fuera por una negligencia médica o en caso de un proceso en vía penal, sí se debe enviar la HC en su totalidad.
- Otro caso particular de petición de HC es el requerimiento por parte de médicos forenses. En esta circunstancia se puede acceder a ella en el centro hospitalario en presencia del médico documentalista responsable de su custodia.
- Cuando la soliciten facultativos ajenos a nuestra institución, si es por proceso asistencial se pedirá autorización previa al paciente, y si éste lo da se enviará copia de lo más significativo para poder continuar la prestación sanitaria.
- En caso de que la soliciten asociaciones, se pedirá autorización a la dirección del centro, pero en todo caso debe existir autorización del paciente, del médico que le atendió, y lo deben solicitar a través de los servicios jurídicos del Servicio Regional de Salud o a través de la Administración de Justicia.
- Acceso del propio paciente: varía de unos países a otros, en Francia existe una prohibición expresa de que el paciente acceda a su HC, sin embargo, en España los pacientes pueden acceder en cualquier momento. En España lo regula la Ley 41/2002 a la que nos hemos referido en ocasiones precedentes.

Los recursos humanos con los que cuenta son personal administrativo, su espacio medio es un despacho de unos veinte metros cuadrados y el número

de peticiones medias que suelen atenderse en un día con una persona son quince.



Fig. 4 Área de Reproducción de documentación clínica. Fuente Consorcio Hospital General de Valencia.

- **Área de codificación de episodios y extracción del C.M.B.D** se desarrolla un despacho dedicado a codificar diagnósticos recogidos, en su mayoría, de los informes de altas de pacientes utilizando como lenguaje documental la CIE 9-MC¹⁶ Clasificación Internacional de enfermedades utilizada en el Estado Español. El perfil de profesionales que realizan estas tareas son enfermeros/as o técnicos en documentación sanitaria. A su vez estos datos se introducen en una base de datos que se encarga de mantener personal administrativo. Por regla general se requiere un puesto para atender treinta episodios diarios. Las dimensiones del despacho variarán dependiendo del

¹⁶ CIE 9-MC: Clasificación Internacional de Enfermedades utilizada en el Estado Español. Es un lenguaje documental especializado que codifica términos de enfermedades y nos permite recuperar información fácilmente y realizar todo tipo de estudios: epidemiológicos, etc. 9ª Revisión Modificación Clínica. 6ª edición- Enero 2008. Información y Estadísticas Sanitarias 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo

volumen de episodios, pero por regla general se necesitan a partir de cincuenta o sesenta metros cuadrados.

- **Área de estudio y revisión de historias clínicas:** espacio dedicado a la revisión de historias clínicas con fines epidemiológicos, docentes, investigadores, evaluadores de calidad de la asistencia, etc.; sólo puede acceder a él profesionales debidamente acreditados, previa solicitud en modelo normalizado. Cada HC debe ser pedida de manera individual, y el número de ellas que se entregarán por día para cada estudio estará en función del número de estudios que se realicen en cada momento, no entregándose nuevas HC hasta que no se hayan devuelto las anteriores. El tiempo máximo de cesión son quince días.

Todos estos aspectos, por regla general, están regulados en el Reglamento de Historias Clínicas de cada centro, que confecciona la Comisión de Historias Clínicas. En cualquier caso deben cumplir los preceptos de la Ley Orgánica 15/1999¹⁷ de protección de datos de carácter personal y la Ley 14/1986 General de Sanidad¹⁸. La petición de las historias clínicas se debe hacer por escrito, especificando el fin para el que se solicita. A continuación reproducimos una hoja de modelo de petición de HC:

¹⁷ Ley 15/1999 de 13 de diciembre Orgánica de protección de datos de carácter personal http://boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=1998/2370 [Fecha de consulta 5/10/09]

¹⁸ Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.html [Fecha de consulta 5/10/09]

- **Área de depósito:** es el área que alberga la información del archivo, donde se almacenan las HC, y por tanto la materia prima de éste, su esencia. La dimensión de esta área dependerá, como es lógico, del número de HC que contenga, del volumen de éstas, y del índice de crecimiento estimado para el archivo. Según Miguel Moreno Vernís¹⁹ se considera que para la adecuada conservación de las historias clínicas debe destinarse un espacio suficiente que permita la conservación en formato original de las historias correspondientes a la mitad de la población asignada. Por ejemplo un hospital de 600 camas que atiende a una población de 400.000 personas, debería tener un depósito capaz de almacenar alrededor de 200.000 historias clínicas.

Por otra parte, las necesidades de espacio varían en función del crecimiento del número de historias como consecuencia de dos hechos:

- El número de HC nuevas que se generen en un año. El modo de acertar en el cálculo de este crecimiento es complicado, lo que suele hacerse es una visión retrospectiva de los cinco años anteriores, pero también deben tenerse en cuenta otros factores como son el número de reingresos, la cantidad de nuevos pacientes en consultas externas, la incorporación de nuevas especialidades, etc. Algunos hospitales están optando por no abrir carpeta física, la que ocupa un lugar en el archivo hasta que los pacientes no pasan una primera consulta externa o un ingreso hospitalario, es decir, no se abre carpeta por una urgencia que no genere ingreso ni consulta externa, no se abre carpeta por pruebas complementarias que puedan realizarse como consecuencia de una asistencia en urgencias de la petición de un centro de especialidades o atención primaria. Ello significa que no todos los pacientes que tienen NHC asignado disponen de carpeta o sobre en el AHC.

¹⁹Moreno Vernís. Miguel en López Domínguez, Orencio: “Gestión de pacientes en el hospital: el servicio de admisión y documentación clínica”. Ed. Olalla. Madrid 1997. Pág. 325

- El grosor medio de historias clínicas, cuantas más asistencias más documentación se general y, por supuesto más gruesa es la historia. Este índice es el resultado del cociente entre los metros lineales de estantería ocupados y el número de historias clínicas archivadas. El índice para historias de unos siete u ocho años fluctúa entre 1 y 1.5.

En algunos AHC como es el caso del que se muestra en la Fig. 5 se ha optado por separar las HC más gruesas o que tienen más de un sobre como “material especial”, es decir en estanterías diferentes debido a su grosor.



Fig. 6 HC más voluminosas. En este archivo están separadas del resto. Fuente Consorcio Hospital General de Valencia.

Además, debemos tener en cuenta en qué tipo de estantería se almacena la documentación, ya que no ocupan el mismo espacio las estanterías fijas que las estanterías móviles o compactos; estos últimos almacenan mayor cantidad de documentos en menos espacio. Como contrapartida, también tienen que

soportar mayor peso en menos espacio, pero en cualquier caso deben atenderse las condiciones de aireación de los documentos para evitar su deterioro. En general, se estima que 250 metros cuadrados es una medida idónea para los depósitos del AHC.

Respecto a los profesionales que trabajan en el depósito debemos mencionar a auxiliares administrativos que se ocupan de sacar y meter la documentación en las estanterías, y a celadores que se encargan de tareas de reparto.



Fig. 7 Compactos donde se almacenan las HC en el depósito.
Fuente Consorcio Hospital General de Valencia.



Fig. 8 Compactos donde se almacenan las HC en el depósito.
Fuente Consorcio Hospital General de Valencia.



Fig. 9 Personal extrayendo las HC en el depósito. Fuente Consorcio Hospital General de Valencia

En los depósitos, casi siempre separado del resto de HC en papel hemos de mencionar el archivo de imágenes, que no siempre se sirven junto con la HC, ello queda reflejado en el sistema de información, en el caso que yo más conozco se configura como dos volúmenes diferentes, y queda constancia de lo que se sirve, tanto si es un volumen de imágenes como si son los dos. A continuación vemos un ejemplo de módulo de archivo de un hospital.

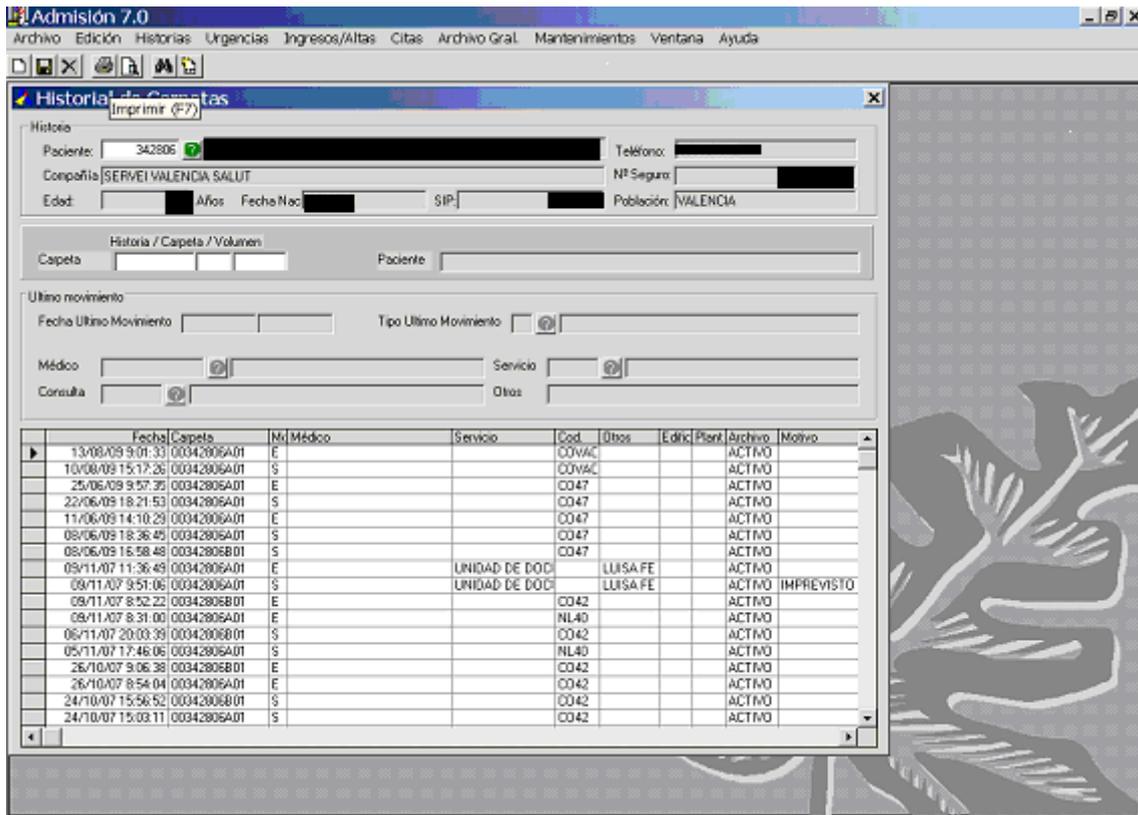


Fig. 10. Módulo de AHC. Fuente Consorcio Hospital General.

En el lugar donde figura la carpeta vemos que existe una numeración, donde la letra A corresponde al volumen de HC y la letra B al volumen de imágenes.

- **Área de archivos pasivos:** El archivo pasivo es aquel que dispone de documentación relativa a:
 - a. Éxitus
 - b. Historias no inmovilizadas en los últimos cinco años.
 - c. Documentación de HC convertidas al nuevo formato y que no ha sido incorporada a éste

También se encarga de recuperar HC que se encuentran en este archivo y que son solicitadas por motivos asistenciales o para otros fines, como docencia, investigación, gestión y planificación. Una vez devueltas dichas historias regresan al archivo activo si el motivo de la solicitud era asistencial, y al archivo pasivo si se solicitaron para cualquier otro motivo distinto del asistencial.

Otra de sus funciones es el paso de documentación a otros soportes, anteriormente microfilmación, en la actualidad digitalización. Es necesario un mínimo de sesenta metros cuadrados para su correcta ubicación. A nivel de espacio, supone algo más del 50% de la totalidad del archivo ahora bien, este dato varía de unas instituciones a otras dependiendo de la antigüedad del centro, la población a la que atiende, etc.

El perfil profesional que lo atiende es de auxiliar administrativo.

- **Área de almacén:** son necesarios un mínimo de treinta metros cuadrados.
- **Área común de descanso, vestuarios, aseos:** muy variables en cuanto a dimensiones de unos centros a otros.
- **Área de fondo histórico-documental de historias clínicas.** , entendemos por él el integrado por aquellas HC que constituyen un sistema especial de custodia y almacenamiento al objeto de que no se destruyan nunca, siendo su custodia realizada por un archivo dedicado exclusivamente a este fin y estará sujeta al protocolo establecido para su utilización y conservación.²⁰

En ocasiones, este archivo está dentro de los archivos generales de HC, pero se encuentra bien diferenciado e identificado. Los criterios para incluir HC en estos archivos son los siguientes:

- Por su valor científico: ensayos clínicos de varios centros o historia de enfermedades raras.
- Por su valor histórico-social y documental: HC de pacientes ilustres: científicos, artistas, políticos. Historias que contienen tipologías documentales que ya no se utilizan y son históricas para el centro.

Como se trata de HC especiales, se podrán prestar para asistencia, estudios, etc., a las personas debidamente autorizadas, pero cada vez que entre al archivo se revisarán de forma exhaustiva. Suponen entorno a un 1% de total de HC.

En la práctica, en algunos Centros Hospitalarios estas HC están custodiadas por la Dirección Médica del centro, sobre todo las de personajes ilustres o altos

²⁰ CURIEL HERRERO, J., ESTÉVEZ LUCAS, J. “Manual para la gestión sanitaria y de la historia clínica hospitalaria”. Madrid, 2001. Pág.94.

cargos, con lo que el área de fondo histórico-documental es muy reducida, muchas veces sólo se guardan aquellas que tienen un valor científico importante.

Además del espacio del archivo del centro también hay que tener en cuenta otros espacios dedicados al almacenaje de documentos clínicos. Se trata de los **Archivos Externos** a las instituciones. Surgen como consecuencia al problema aludido anteriormente de falta de espacio en el archivo de la institución, por el incremento de la actividad asistencial. Normalmente, los gestionan empresas privadas que contratan sus servicios a los centros sanitarios públicos. Éstas disponen de locales, generalmente fuera de las ciudades, donde el valor del suelo es menor y se puede almacenar gran cantidad de documentación a unos costes relativamente asequibles. Los hospitales suelen enviar a estos archivos las HC más antiguas, y las que tienen escaso movimiento; a cambio, la empresa gestora se compromete a entregar la documentación que se le requiera en un plazo corto, máximo 48 horas para poder llevar a cabo la asistencia sanitaria del paciente con total garantía. Otro compromiso importante que debe adquirir es mantener la confidencialidad de los datos. Con estos archivos, el centro hospitalario soluciona problemas de espacio, de crecientes contrataciones en materia de recursos humanos y compra de equipo y estanterías, pero como contrapartida tiene su archivo dividido y debe prever las necesidades, cuando pueda, o la comunicación tiene que ser ágil para que no se produzca menoscabo de sus servicios.

A estos archivos se envía la documentación que no se ha utilizado en un periodo de tiempo largo, que varía de un centro a otro, generalmente son cinco años, pero en ocasiones debido a la presión para conseguir espacio el jefe del AHC considera que el plazo debe ser más corto, y se reduce.

Debido a los problemas de espacio que comentábamos en párrafos anteriores la mayoría de instituciones tomas medidas más drásticas y solucionan el problema a través de dos sistemas:

- Reducción documental: hace unos años se pasaba a microfilm, actualmente se digitaliza.
- Traspaso de documentación: se realiza habitualmente en las instituciones sanitarias, ahora bien debe ser una eliminación responsable, dada la importancia del tipo de documentación. La Ley Catalana 21/200 de 29 de Diciembre sobre Documentación Clínica

indica en su Art. 12.1: “ La historia clínica debe conservarse como mínimo hasta veinte años después de la muerte del paciente. No obstante, se pueden seleccionar y destruir los documentos que no son relevantes para la asistencia, transcurridos diez años desde la última atención al paciente”²¹. En párrafos anteriores hablábamos del envío de documentación al archivo externo, pues bien, la eliminación de documentación en estos archivos se produce en raras ocasiones, más bien se utiliza el traspaso al archivo externo por lo menos una vez al año. De esta manera, el concepto de traspaso de documentación y expurgo en los AHC tienen un valor parecido.

²¹ Ley Catalana 21/200 de 29 de Diciembre sobre Documentación Clínica .
<http://www.todalaley.com/mostrarLey188p3tn.htm> [Fecha de consulta 16/10/09]

3.- GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN EN EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Como hemos mencionado en puntos anteriores el AHC se encuentra en un momento de transición en lo relativo a los formatos. En muchas Instituciones, en la actualidad, están conviviendo los sistemas tradicionales y los electrónicos, no obstante, y aunque todos los profesionales auguran el final del formato papel, la realidad es que tendrá que subsistir durante un tiempo más o menos largo en función de las inversiones en nuevas tecnologías, y también en función de las directrices que se lleven a cabo en ellos. Por ello en nuestro trabajo vamos a intentar mostrar las peculiaridades de un archivo tradicional en papel, cómo se organiza, sus circuitos, etc.

En primer lugar, debemos contar con un número de HC de paciente, número que se creará informáticamente, y que englobará de forma perpetua toda su documentación en una carpeta o sobre. Ahora bien, no todos los números de HC tienen carpeta en el archivo, se excluye de esta circunstancia a los pacientes atendidos en urgencias que no necesitan un seguimiento en el hospital, y a otros objeto de cuidados por parte del centro sanitario, por ejemplo, los recién nacidos, los donantes de sangre, etc.; de esta manera sólo generaría HC “escrita” a aquellos pacientes que son admitidos en el hospital en régimen de internamiento o de consultas externas. Esta medida se toma a fin de economizar costes, tanto monetarios como de espacio.

Una vez tenemos asignado un número de identificación de expediente clínico²² debemos comprobar que esté bien identificado y que todos los datos que figuren en él sean correctos, para ello siempre deben cotejarse los datos de nuestro fichero maestro de pacientes (en adelante FMP) con herramientas que nos permitan realizar esta tarea, por ejemplo la base de datos SIP (Sistema de Información Poblacional), existente en todas las Comunidades Autónomas. Los datos mínimos que debemos comprobar son aquellos que no varían a lo largo de la vida: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, y documento nacional de identidad.

²² Entiéndase expediente clínico como conjunto de documentación integrante de la historia clínica.

Es muy importante que los documentos que componen la HC, y que por tanto son los que irán dentro del sobre contenedor de la misma estén normalizados; a este respecto existe en la Comunidad Valenciana la Orden de 14 de septiembre de 2001²³ de la Conselleria de Sanidad, por la que se normalizan los documentos básicos de la historia clínica hospitalaria de la Comunidad Valenciana y se regula su que en su artículo 2 dice literalmente”... La carpeta contenedora de la documentación deberá recoger como mínimo, los siguientes datos: En el anverso de portada anterior de la carpeta:

- Identificación de la Institución.
 - Identificación del Centro
 - Número de Historia Clínica
 - Apellidos y nombre del paciente.
 - SIP
 - Nota indicativa de las características de confidencialidad
- En el reverso de la portada anterior de la carpeta deberá ir impresa la pauta de ordenación de los documentos.



Fig, 11 Modelo de sobre de HC. Fuente Consorcio Hospital General

²³ Orden de 14 de septiembre de 2001, de la Conselleria de Sanidad, por la que se normalizan los documentos básicos de la historia clínica hospitalaria de la Comunidad Valenciana y se regula su conservación.
<http://www.comv.es/web/normativa/norma.php?id=47> [Fecha de consulta 20/11/09]

Después de comprobar bien la relación unívoca entre paciente y número de HC debemos proceder a abrir el contenedor de la documentación del expediente clínico, es decir, el sobre en el que se guardarán todos los documentos generados en los distintos episodios asistenciales²⁴. Para ello es muy útil tener etiquetas adhesivas donde figuren los datos de los pacientes. Además, en algunos sistemas se generan códigos de barras que pueden leerse de forma automática. Asimismo, el sobre se rotulará debidamente con los datos del paciente. También es importante el empleo de colores a la hora de identificar las historias clínicas en las estanterías, esto se hace asociando un color diferente para cada número del 0 al 9, los colores deben distinguirse perfectamente unos de otros de manera que no den lugar a confusión; este sistema visual es práctico a la hora de la colocación, y evita errores porque llama la atención cuando una HC está mal colocada la existencia de un color distinto al resto.



Fig. 12 Personal del AHC abriendo carpeta. Fuente Consorcio Hospital General de Valencia.

²⁴ Episodios asistenciales: cada una de las atenciones que se producen en el hospital.

Toda la actividad que gira en torno al AHC se realiza a través del sistema de información hospitalario (en adelante SIS), que es el encargado de mostrarnos dónde se encuentra una HC, cuándo salió del AHC, a quien se ha prestado, para qué se ha prestado, qué documentación se ha entregado y en qué fecha, es decir, el circuito que sigue la documentación dentro de la Institución, por ello es importante tener un SIH adecuado a nuestras necesidades, que sea operativo para nuestra tarea.

En relación a todo lo anteriormente expuesto, y dada su importancia, vamos a tratar de explicar cómo funciona el **circuito hospitalario de la documentación clínica**, muy parecido en casi todas las Instituciones y que debe quedar reflejado en un reglamento de funcionamiento interno. El circuito comienza con la **solicitud de información**, en concreto de la HC clínica por parte de los diferentes servicios, entre los que distinguiremos:

- Solicitud de HC para **ingresos**: los ingresos pueden ser de dos tipos:
 - **Urgentes**: son los que se producen desde el Área de Urgencias. Una vez formalizados se comunica al AHC la unidad hospitalaria de destino para que sirva la HC. Para ello, el Centro ha de tener personal que pueda realizar esta labor veinticuatro horas, pero la mayoría de las veces, nos encontramos con que el AHC funciona de lunes a viernes de 8 a 22 horas, con lo que si la petición se produjera en fin de semana o día festivo habría que esperar al lunes para realizar esta entrega. La comunicación entre esta área y el AHC, como ocurre con el resto de áreas, se ha visto favorecida por las nuevas tecnologías y se realiza de forma automática, es decir, a la vez que se genera un registro de hospitalización que queda reflejado en el SIH, el archivo recibe un aviso para servir esa HC, generalmente es una petición que sale por alguna de las impresoras del AHC.
 - **Programados**: la solicitud de HC se realiza en el momento del ingreso, de la misma manera que con los ingresos urgentes.

En cuanto al procedimiento que debe seguirse una vez se ha recibido la petición de HC, si el paciente cuenta con HC física, “sobre”, en el centro porque se ha generado

en otras asistencias, se recuperará la documentación solicitada, se añadirá la solicitud de ingreso y se remitirá a la unidad de hospitalización donde se va a efectuar el ingreso. Para los ingresos programados puede realizarse el trabajo de forma escalonada y repartir las HC en dos o tres veces a lo largo de la mañana, ya que en la mayoría de los casos éstos se efectúan por la tarde. Si el paciente no tuviera HC porque nunca ha sido atendido en el hospital, se procede a la apertura del expediente clínico tal como hemos explicado en párrafos anteriores.

En todos los casos debe registrarse la salida de la HC del AHC, y en ese registro deberá constar la fecha en la que se presta, el destino, a quien se presta, etc.

- Solicitud de HC para **consultas externas**: esta labor puede y debe programarse en función del tiempo con el que contemos desde que se produce la citación del paciente hasta la fecha en la que debe acudir, pero en todo caso, deben servirse con suficiente antelación para que estén en la consulta el día de la visita. Para que esta tarea pueda realizarse con plenas garantías se suele imprimir un listado con 48 horas de antelación de los pacientes citados, en él se ve si son primeras visitas o revisiones. Las primeras visitas, en ocasiones, no tienen carpeta en el AHC, circunstancia que se tendrá en cuenta para confeccionarla una vez haya pasado esa primera visita con la documentación que se haya generado en ella, ya que en ocasiones el paciente no acude a la misma, con lo cual nos quedaríamos con una carpeta vacía. Las revisiones tienen carpeta con toda seguridad por lo que sólo hay que prepararla para que llegue a tiempo a su destino. Generalmente, la labor de preparación de la documentación se realiza por el turno de tarde, dado que a primera hora de la mañana suelen repartirse.



Fig.13 Carros en los que se reparten las HC. Fuente Consorcio Hospital General de Valencia

Además de la previsión de pacientes con 48 horas de antelación, a las 24 horas antes vuelve a repetirse el proceso, por si se hubiera citado a algún enfermo en ese tramo horario. Si se produjera una citación para alguna consulta de algún usuario que tuviera carpeta en el AHC con posterioridad a este periodo de tiempo, hay que comunicarlo al AHC por teléfono u otros medios para que sirva o prepare la documentación y llegue a tiempo.

- Solicitud de HC para **estudio o investigación**: El AHC deberá disponer de un local acondicionado para que se pueda llevar a cabo esta tarea. La Ley 14/1986 General de Sanidad²⁵ en su artículo 61 ya se refería a esta cuestión, artículo que posteriormente fue derogado por la Ley 41/2002. En general las HC que se utilizan para este fin se piden todas de una sola vez, pero el AHC garantiza un mínimo diario para que se pueda hacer el trabajo.

²⁵ Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/114-1986.htm [Fecha de consulta 5/10/09]

Si el estudio tiene que presentarse en sesión clínica²⁶ lo habitual es que el mismo peticionario retire la documentación el mismo día que presenta el estudio, y la devuelva cuando termine sin demoras, suele ser el mismo día que la retira.

- Solicitud por parte de la **Unidad de Codificación**. La Unidad de Codificación forma parte de la UDCA, generalmente se sitúa en las dependencias del AHC, y la componen personal Técnico en Documentación Sanitaria y Enfermeros/as. Se encargan de extraer toda la información médica de los informes de alta hospitalaria y codificarla en base a lenguajes documentales específicos, en el caso de hospitales españoles la CIE 9-MC²⁷, Clasificación Internacional de Enfermedades. Este código es numérico y relaciona unívocamente una enfermedad y un número de la clasificación. Posteriormente se introducen los datos en una base de datos.

El personal que trabaja en estas labores introduce datos clínicos en una base de datos que nos permite:

- Conocer la actividad asistencial.
 - Recuperar información para investigación y docencia.
 - Confeccionar series estadísticas sobre mortalidad y morbilidad.
 - Evaluación asistencial.
- Solicitud de documentación por parte de **otras Instituciones y por particulares**: el derecho de acceso a la HC está regulado en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, concretamente en su artículo 18, que podemos resumir de la siguiente manera:

²⁶ Sesión clínica: reunión de una determinada especialidad para un estudio concreto.

²⁷ CIE 9-MC Clasificación Internacional de Enfermedades

➤ **Derecho de acceso de los profesionales sanitarios:**

- **Por motivo asistencial:** los profesionales que trabajen en el centro sanitario en cuestión implicados en el proceso asistencial del paciente, tienen libre acceso a las historias clínicas.
- **Por motivos epidemiológicos, estadísticos, calidad asistencial, investigación y docencia:** tendrán acceso todas las personas que demuestren y justifiquen alguno de estos motivos, siempre que se preserven los datos de identificación personal, o exista consentimiento expreso. En todo caso se deben cumplir los preceptos de la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal y la Ley 14/1986 General de Sanidad.
- **Por requerimiento judicial:** siempre se solicitará por escrito, y surtirá los siguientes efectos:
 - El Juez tendrá libre acceso
 - La Policía Judicial sólo accederá a los datos de carácter administrativo.
 - El Secretario del Juzgado, tiene competencia en los procesos civiles.
- **Por inspección sanitaria:** sólo datos relacionados con actividades de evaluación, acreditación y comprobación del cumplimiento de los derechos del paciente y las que redunden en la mejora de la calidad asistencial.

➤ **Derecho de acceso del propio paciente:** libre acceso con el límite del no perjuicio a terceros. Si no es él mismo quien lo solicita necesitará consentimiento escrito del mismo. Si se trata de personas fallecidas se facilitará la historia clínica a familiares próximos o miembros de unión de hecho, salvo prohibición del paciente. Asimismo, los menores emancipados y los mayores de 16 años son titulares del derecho a la información.

En base a estos derechos el AHC está obligado a una adecuada tramitación de las solicitudes de petición de HC, que en la mayoría de los casos se realiza un envío de la documentación necesaria fotocopiada.

Una vez se ha prestado la documentación, es decir, ha salido físicamente del AHC por cualquiera de los motivos expuestos en párrafos anteriores hemos de reflejar esta circunstancia en el SIH, de manera que siempre tengamos introducidos datos reales en el mismo y sepamos dónde se encuentran las HC prestadas, es decir, debe hacerse un **seguimiento** de las mismas. También deben realizarse una serie de operaciones que aunque nos parezcan obvias no debemos olvidarnos de ellas. En este sentido debemos registrar cualquier préstamo o incorporación de HC al AHC, en todo caso se debe evitar la acumulación, ya que eso significa que cualquier profesional que busque en el SIH pensará que la HC está donde éste refleje, y no será la realidad, pues se encontrará en el AHC pendiente de registro. Por otra parte, es imprescindible que en la solicitud de HC se incluya el motivo de la misma, porque de esta manera está más controlada, y su localización será más fácil.

Otra cuestión es que los registros siempre deben hacerse con la documentación delante, nunca con listados de consulta.

Por último, durante el tiempo que la documentación esté fuera del AHC los responsables de la misma, que serán los que reciben el préstamo, tienen obligación de comunicar cualquier cambio de ubicación de la misma.

La **devolución de la documentación al AHC** generalmente se produce cuando cesa la causa para la que fue solicitada, es decir, cuando un paciente se marcha de alta, o cuando ya no se necesita en consultas externas; una correcta devolución en plazo es útil porque debemos tener presente que una Institución Sanitaria está compuesta por multitud de servicios médicos y quirúrgicos que pueden necesitar la documentación de un paciente en cualquier momento, por ello es necesario cumplir los plazos estipulados al efecto.

Para las HC de pacientes que han sido dados de alta hospitalaria este plazo no debe sobrepasar una semana; para pacientes que han acudido a consultas externas se debe devolver como máximo 24 horas después a partir de la fecha de utilización.

El control de las HC lo lleva el propio AHC, generalmente personal administrativo, que se encarga también del registro de las mismas, para ello en casi todas los centros hospitalarios se disponen de medidas automatizadas para realizar esta tarea, el OCR; estos lectores evitan errores de transcripción y son muy útiles dado el volumen de documentación que se mueve diariamente. En centros donde la documentación que se recoge es mucha primero se registra como entrada y se pasa a una fase de prearchivo en la que se dejan temporalmente las HC ordenadas por dígito terminal a grosso modo para introducirlas posteriormente en el lugar del archivo que tienen asignado. De esta manera el trabajo de archivado es más cómodo porque una misma persona introduce HC de una determinada numeración en un espacio próximo sin necesidad de desplazamientos innecesarios de un lado a otro del AHC, lo que hace esta tarea mucho más cómodo. Sirva como ejemplo de la cantidad de documentación que recibe una AHC el siguiente: para un hospital de 600 camas se citan en consultas externas alrededor de tres mil pacientes diarios; esto nos da una idea de la magnitud del trabajo que se genera en un AHC. El personal subalterno del AHC se encarga de servir y recoger las HC.

Una vez se ha devuelto la documentación al AHC debemos guardarla en las estanterías conservándola de la mejor manera posible. Para organizar esta gran cantidad de documentación que se maneja todos los días debemos disponer de sistemas en los que la localización de la HC sea rápida y no dé lugar a errores. Es por este motivo por el que tenemos que optar por un **sistema de clasificación de documentación** que nos resulta fácil y operativo. Existen varios de ellos:

- **Clasificación alfabética:** la documentación se ordenaría por orden alfabético del nombre. Es una clasificación fácil, pero los criterios de ordenación del material no son unívocos, y se cometen errores.
- **Clasificación cronológica:** los ordena en base a la fecha en la que se atiende a los usuarios, asigna a cada paciente un nuevo número por cada asistencia. Es

muy simple y supone poco trabajo al AHC, pero rompe con el concepto de HC única, así que actualmente está obsoleto.

- **Clasificación por diagnóstico o código de enfermedad:** las HC se ordenan según el diagnóstico principal. Su principal ventaja es que se pueden consultar diversas HC con características patológicas comunes, pero no es operativa porque requiere trabajo previo de personal cualificado que la prepare, y también se produce una fragmentación de la HC.
- **Clasificación por fecha de nacimiento:** presenta como inconveniente una numeración muy larga porque además de la propia fecha de nacimiento se le asignan letras para diferenciar HC de pacientes que han nacido el mismo día.
- **Por dígito terminal:** es la clasificación que mejor ha resuelto el trabajo de colocación de HC en el AHC, el más utilizado en las Instituciones Sanitarias, y por ello, en el que más nos vamos a detener. Se trata de un sistema numérico, y al respecto hemos de decir que los números son más fáciles de leer que las letras. Según este método los números se leen de derecha a izquierda dividiéndolos en dos o tres grupos. El material se archiva teniendo en cuenta los dos o tres últimos dígitos, luego los dos o tres siguientes, etc. Para poder llevar a cabo este método de archivado hemos de dividir el espacio de depósito de documentación en secciones que serán 100, del 00 al 99, si adoptamos el doble dígito terminal, o en 1000 si adoptamos el triple dígito terminal. Por ejemplo, si tenemos una HC con número 421604 descompondremos este número en dos [604] número primario y [421] número secundario. En este caso colocaríamos la HC en la estantería a la que hayamos asignado la sección 604 y dentro de ésta la división correspondiente al 421. La HC 421604 quedará ubicada entre la 420604 y la 422604.

Este sistema, como todos, presenta ventajas e inconvenientes. Los inconvenientes es que se necesita un espacio grande para realizar la distribución de todos los dígitos, y además debe planificarse de forma que no se llegue a ocupar más de 75% de cada dígito para no saturar.

Las ventajas son el ahorro de tiempo al archivar las HC, se reduce el número de errores ya que la persona que archiva sólo debe acordarse de dos números de tres cifras. Los cambios no afectan a este sistema, por ejemplo, si queremos extraer HC y llevarlas al archivo pasivo podemos mantener una distribución constante en cada una de las secciones. Las estanterías crecen todas por igual, no se

quedan unas vacías y otras llenas. Por otra parte, con este sistema resulta más fácil dividir el trabajo por segmentos repartidos para cada trabajador. Además, como apuntábamos anteriormente, si asociamos un color a cada número la identificación es mucho más rápida, y los errores menores.



Fig.14 Clasificación por dígito terminal en los compactos, por colores. Fuente Consorcio Hospital General de Valencia.



Fig.15 Espacio en el archivo. Fuente Consorcio Hospital General de Valencia.

5.- HACIA UN NUEVO MODELO DE HISTORIA CLÍNICA. PERSPECTIVAS DE FUTURO.

Durante capítulos anteriores del trabajo hemos intentado dejar patente la enorme importancia que tiene la HC en la asistencia sanitaria independientemente del soporte en el que se encuentre.

En la actualidad, en la mayoría de AHC conviven entornos mixtos de HC, en papel, y electrónicos, pero la tendencia es que en un futuro no muy lejano no exista esta distinción y se encuentre integrado en un único archivo donde el papel habrá desaparecido casi por completo.

Asimismo, en la mayoría de centros sanitarios se ha comenzado a trabajar en ello por partes, la primera de ellas ha sido colocar las imágenes de RX, resonancias magnéticas, etc. en servidores para poder visualizarlas desde las consultas médicas, en un paso posterior ha ido sucediendo lo mismo con otro tipo de pruebas complementarias, como análisis, electrocardiogramas, etc. Poco a poco se va ampliando el número de consultas que pueden efectuarse en línea, de manera que se va constituyendo la historia clínica electrónica (en adelante HCE) en todos sus aspectos.

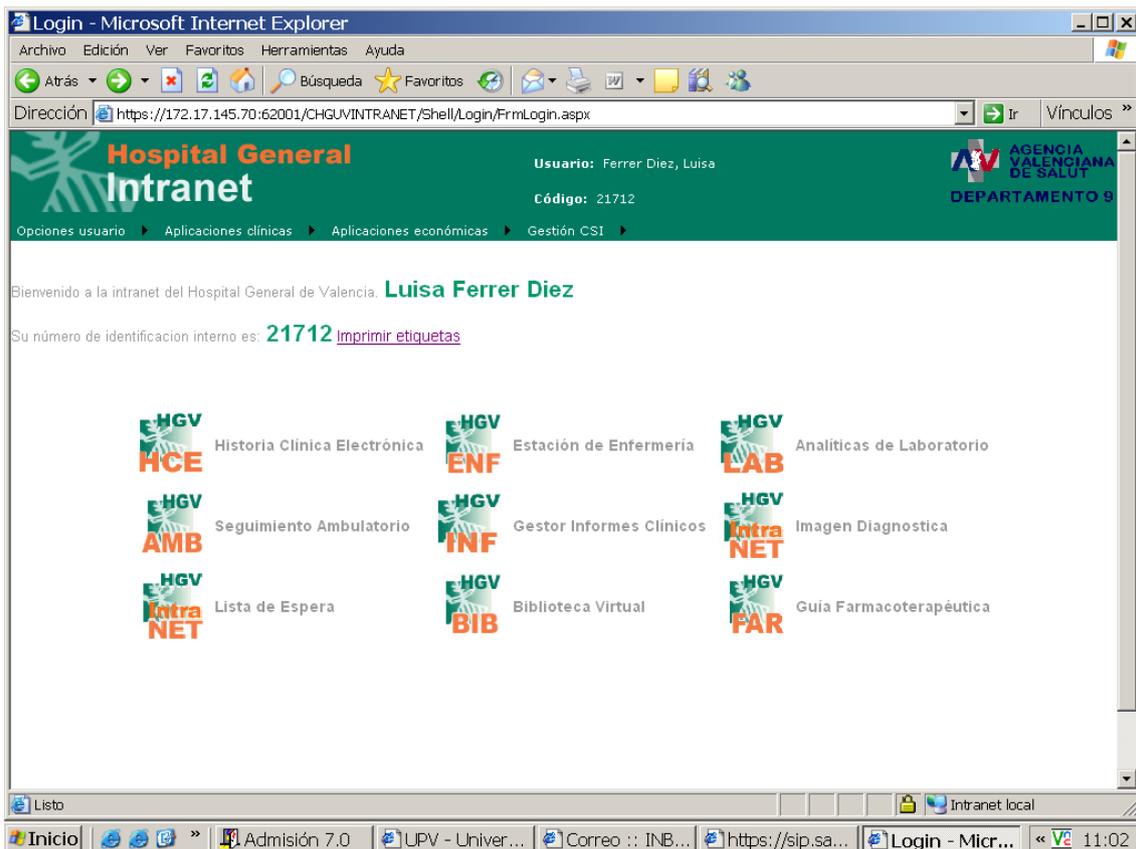


Fig. 16 Utilidades de Intranet en un SIH. Fuente Consorcio Hospital General.

Como vemos en esta figura existen varios iconos a los que se accede mediante clave a la intranet de la página web de un centro hospitalario, y desde donde podemos acceder a la HCE, a las imágenes clínicas, radiografías, TAC, RNM, análisis de laboratorio, etc.

Muchos AHC, además de realizar los pasos que mencionábamos en párrafos precedentes han querido acelerar aún más este proceso y han optado por digitalizar las HC en papel a fin de poder prescindir cuanto antes de este tipo de soporte, como paso previo a la HCE, y de esta manera solucionar los problemas de espacio de los que adolecen- Para ello han optado por la digitalización sin reconocimiento OCR, como si fuera una foto, es decir, se han escaneado los documentos y posteriormente se han almacenado en la HCE.

Previamente han tenido que realizar una tarea de expurgo de la documentación no susceptible de ser digitalizada, como las historias clínicas del archivo pasivo, es decir las que no se han utilizado en un periodo largo de tiempo, en general más de cinco años,

y que en los casos que existe un archivo externo se encuentran en él, tal como hemos explicado en capítulos anteriores. Lo mismo ocurre con los éxitus. Esta tarea previa constituye todo un control de calidad de las HC.

Para poder realizar este trabajo es necesario unos requerimientos específicos en cuanto al hardware, que debe tener una mayor potencia y una mayor capacidad para poder almacenar la gran cantidad de datos que va a recibir, y reconducir las labores de los RRHH que trabajan en el AHC hacia este camino: primero el control de calidad al que nos referíamos en párrafos anteriores, la digitalización de documentos, comprobación de los datos que se han introducido en los sistemas de información para que sean un fiel reflejo de la realidad etc.

Es muy importante que detrás de toda esta labor se encuentre la Comisión de Historias Clínicas, dirigiendo y supervisando las tareas para que no se aparten en ningún momento de los objetivos y los acuerdos que previamente se habrán tomado en ella al respecto. En la mayoría de instituciones sanitarias se está poniendo mucho empeño en conseguir un AHC en un solo soporte, el electrónico y poder de las ventajas que posee y que vamos a desarrollar en párrafos posteriores.

Toda esta tarea es posible gracias al avance y aplicación de las TIC a este campo del conocimiento y suponen un valor añadido sobre la tradicional HC en papel, por lo tanto existen una serie de **ventajas** con respecto a la HC tradicional. Son las siguientes:

- 1. Mejor gestión del archivo**, puesto que requiere, como hemos visto en capítulos precedentes de una infraestructura compleja en cuanto a recursos humanos especializados y en cuanto a espacio físico, ya que en muchos casos los AHC se han visto obligados a disponer de archivos externos donde enviar la documentación menos utilizada. En el caso de HCE hablaríamos de archivo virtual, es decir, el espacio que ocupa es la cantidad de megas que ocupe el servidor donde esté situada la base de datos, o incluso puede estar en varios servidores y tratarse de una base de datos distribuida, etc.

2. Incremento de la accesibilidad: en todos los aspectos, tanto para la introducción, la recuperación de datos, la inmediatez en la utilización o la concurrencia entre varios usuarios, que con el sistema tradicional no era posible debido a la unicidad física del documento, en una HCE el documento consultado sigue siendo único, pero ofrece la ventaja de poder ser visualizado por varios usuarios a la vez, si éstos están autorizados para ello.

La mejor accesibilidad repercute en la mejora de la asistencia sanitaria, porque incrementa las posibilidades de información sobre los pacientes.

3. Mejora de la confidencialidad: en un AHC tradicional se tenía especial celo en este aspecto, pero las posibilidades de consulta eran mayores al no necesitar ningún medio para poder efectuarlas; con la HCE es muy diferente, las posibilidades de control sobre las HC es mucho mayor al establecerse diferentes perfiles de usuario, distintos niveles de acceso y contraseñas personalizadas.

4. Integración de la información: la información de la HCE puede tener multitud de formas (documentos de texto, imágenes, gráficas, etc.) y diversas procedencias, pero todas ellas deben estar integradas en una plataforma que permita la presentación coherente de todos los datos relativos a la HC de un paciente. Para ello, existen interfaces que independientemente de dónde se encuentren los ofrecen a los usuarios una visión única de las HC. Ello es posible, una vez más, al desarrollo de las TIC que establecen protocolos y estándares de comunicaciones, siendo los más conocidos para la comunicación sanitaria el HL-7 para datos²⁸ y el DICOM (Digital Communication in Medicine) cuando se incluyen imágenes).²⁹ .

²⁸ Health Level Seven (HL7) es una organización desarrolladora de estándares dirigidos a permitir la interoperabilidad entre aplicaciones heterogéneas en el ámbito de la salud.

²⁹ Escolar Castellón, Fernando. “Inferencia de un sistema de información sanitario basado en la historia de salud electrónica”. <http://www.conganat.org/SEIS/informes/2003/PDF/CAPITULO10.pdf> [Fecha de consulta 25/11/2009]

- 5. Automatización de tareas reiterativas de generación de documentos:** en especial, recetas, confección de informes de manera automática a partir del contenido de la HC.
- 6. Manejo clínico y dispensación de cuidados:** adaptados a cada contexto. En particular serían los siguientes:
- a. Introducción de datos.
 - b. Recuperación de datos.
 - c. Prescripción farmacéutica
 - d. Prescripción de cuidados
 - e. Solicitud de exploraciones
 - f. Solicitud de pruebas de laboratorio
 - g. Automatización de la emisión de documentos
 - h. Comunicación con otros agentes de salud
 - i. Interacción con otras fuentes de información
- 7. Gestión administrativa:** toda la información que contiene la HCE deberá ser utilizada para que los procedimientos administrativos implicados en la salud de los pacientes eviten trámites innecesarios.
- 8. Mayor comunicación,** como consecuencia del incremento de la accesibilidad, sin importar el lugar y el tiempo. Esta mayor comunicación puede manifestarse entre los distintos niveles asistenciales, asistencia primaria³⁰, especializada y hospitalaria. Para ello es fundamental el uso de redes corporativas que permitan la comunicación intercentros. Por ejemplo, la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana tiene conectados sus Centros de Salud con los de Especialidades, y en algunos casos también con sus hospitales de

³⁰ Asistencia primaria: asistencia ambulatoria, médico de familia y pediatra.

referencia, en cada uno de sus distintos Departamentos de Salud,³¹ de manera que compartan recursos y tareas y facilitan la asistencia sanitaria a los pacientes que tienen asignados. Otra manera de comunicación muy importante es vía web, sobre todo el correo electrónico; además se están perfeccionando muchos sistemas web propios de la sanidad y cada vez se utilizan más bases de datos especializadas como instrumentos de apoyo a la asistencia sanitaria, cuyo máximo exponente es la base de datos del SIP (Sistema de Información Poblacional), que cada Comunidad Autónoma posee.

Una aspiración importante que está empezando a tomar auge como forma de comunicación es la telemedicina. Aplicada a todas las especialidades permite el envío de imágenes y otros documentos con independencia del tiempo y del espacio.

9. Salud Pública: contribuye a mejorar el servicio de salud pública, muy importante porque se encarga de promover y proteger la salud y la seguridad de la población a la que sirve, para ello tiene una gran dependencia de la información que recibe. Una vez más vemos la importancia de las comunicaciones, ya que estos servicios elaboran la información que a su vez les envían los centros sanitarios obtenida de las HC, y les remiten informes e indicaciones acerca de los mismos.

10. Ayuda a la asistencia sanitaria: en varias vertientes: como potenciación de la capacidad técnica, la medicina basada en la evidencia, que une experiencia clínica con estudios de investigación sobre una determinada cuestión. También en la utilización de sistemas expertos para diagnósticos, imágenes, interpretación de exploraciones, diagnóstico precoz del cáncer, en farmacología, laboratorio, o enfermedades infecciosas. Estos sistemas expertos pueden incorporar a sus bases de conocimiento las evidencias procedentes de la HCE para poder ser aplicados a la resolución de problemas.

³¹ ORDEN de 12 de mayo de 2005, de la Conselleria de Sanidad, por la que se crean los departamentos de salud. <http://www.comv.es/web/normativa/norma.php?id=146> [Fecha de consulta 25/11/09].

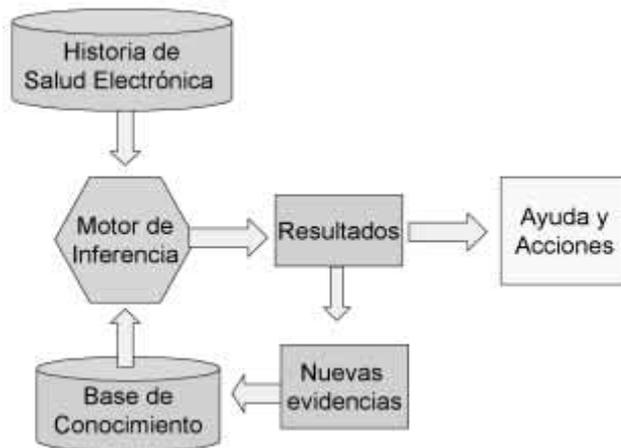


Fig. 17 La HCE integrada en un sistema experto

11. Docencia e investigación: también muy importante porque la propia HCE, como ocurría en papel puede constituir una fuente de información de primer orden, pero en este formato con un gran valor añadido por el gran potencial que presenta esta información en cuanto a su gestión, es decir cálculo de estadísticas, estudios de frecuencias de morbilidad, etc.

Después de exponer todas las ventajas que presenta, el único inconveniente que reconocido por la comunidad que trabaja en HCE es su gran dependencia tecnológica.

A modo de resumen diremos que la HC tradicional no tiene mucho futuro, que en mayor o menor tiempo todos los centros sanitarios van a disponer de HCE y esperemos que todas las ventajas descritas sobre ella se cumplan. Se abre así una nueva etapa donde tendrán que reconvertirse las funciones los recursos humanos que prestan sus servicios en los AHC, simplemente pasarán a ser otras, quizá un poco más complicadas debido a que necesitarán una formación más especializada para el manejo de programas informáticos y otras cuestiones a las que deberán hacer frente, pero no menos importantes.

Como muestra de ello, podemos ver en el último apartado del trabajo, en los anexos, distintos ejemplos de las tendencias actuales en esta materia. La base común de todos ellos es el acceso inmediato a la información sanitaria desde cualquier lugar. El

primero de ellos es la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, que da un paso adelante en la integración de este tipo de documentación ya que intenta que se encuentre toda la información en un mismo repositorio y se pueda acceder a ella desde distintos niveles de atención sanitaria, tanto atención primaria, especializada, etc.

También podemos ver cómo un hospital de la Comunidad Valenciana obtiene el reconocimiento de Microsoft como mejor proyecto informático mundial.

Por último, un ejemplo de HCE en emergencias médicas, impensable hasta no hace muchos años, y de una utilidad absoluta en la atención de este tipo de pacientes, que requieren actuaciones rápidas.

6.- CONCLUSIONES.

1. Los AHC constituyen la base documental en el proceso asistencial, independientemente del formato que adopten, de ahí la importancia de su existencia.
2. Como cualquier servicio hospitalario necesita unas infraestructuras mínimas donde lo más importante son los recursos humanos.
3. Prestan un servicio público esencial porque hacen posible una atención sanitaria de calidad al custodiar y servir la documentación necesaria para casi todos los procesos asistenciales que se producen en una institución sanitaria.
4. Aunque los AHC tienen unas características especiales tienen en común con el resto de archivos que poseen documentos únicos, al menos en formato papel.
5. Además de la función asistencial tienen otras muy notables, como es el valor legal, el valor como materia prima para estudios de todo tipo, y la constitución de la memoria histórica de la institución en materia sanitaria.
6. En ocasiones los AHC están divididos, existe en casi todos los centros un archivo externo que ayuda al archivo activo a liberar espacio para el crecimiento de historias clínicas.
7. En la actualidad existe una diversidad importante de AHC dependiendo del grado de implantación del archivo electrónico. En algunas instituciones sólo lo utilizan para pruebas complementarias, en otros también para algún tipo de informe y en unos pocos para todo.
8. La tendencia es convertir los AHC en electrónicos en su totalidad, pero durante cierto tiempo convivirán ambos sistemas, pues aunque se implante la historia

clínica electrónica hasta que no migre toda la información se tendrá que recurrir a los antiguos episodios para tenerla en su totalidad.

9. Existen distintos estadios de implantación de la Historia Clínica Electrónica.
10. Las TIC han contribuido de manera esencial a la implantación de la HCE. La aplicación de estándares y la interconexión de redes es fundamental.
11. La HCE se debe ofrecer como un elemento integrador en el que podamos ver episodios asistenciales, informes, imágenes, etc., en la misma aplicación, o bien que exista un interfaz que nos permita “crear” que los estamos viendo todo en el mismo sitio, aunque la información esté distribuida en distintos servidores.
12. La HCE posee muchas ventajas sobre la HV tradicional, de las cuales, las más valoradas es el ahorro de espacio, y la mejora de la asistencia sanitaria.
13. La conversión de los AHC hacia el cambio de formato y con ello la implantación de la HCE no tiene vuelta atrás, se implantará en todos los centros sanitarios, pero éste será sólo el primer paso, ya se habla de HCE para servicios de emergencias, como el SAMU y otros en los que la rapidez al acceso de la información clínica juega un papel crucial en cuanto a emergencias médicas se refiere.
14. La máxima pretensión es el acceso a la HCE de los pacientes desde cualquier punto y a cualquier hora, aunque todavía tiene sus límites.
15. La HCE sale fuera del espacio hospitalario y se incorpora a otras actividades impensables hace algunos años, como es la posibilidad de su consulta desde un servicio de emergencias médicas.
16. Todo este proceso hay que entenderlo como una evolución tecnológica, social y cultural en la sociedad de la información en la que nos encontramos inmersos.

7.- INDICE DE FIGURAS.

1. Fig. 1 Diagrama de Flujo HC
2. Fig. 2 Área de Recepción
3. Fig. 3 Despacho donde se reciben las HC
4. Fig. 4 Área de Reproducción de documentación clínica
5. Fig. 5 Hoja de petición de HC.
6. Fig. 6 HC más voluminosas
7. Fig. 7 Compactos donde se almacenan las HC en el depósito.
8. Fig. 8 Compactos donde se almacenan las HC en el depósito
9. Fig. 9 Personal extrayendo las HC en el depósito
10. Fig. 10 Módulo de AHC.
11. Fig. 11 Modelo de sobre de HC
12. Fig. 12 Personal del AHC abriendo carpeta.
13. Fig. 13 Carros en los que se reparten las HC.
14. Fig. 14 Clasificación por dígito terminal en los compactos, por colores.
15. Fig. 15 Espacio en el archivo.
16. Fig. 16 Utilidades de Intranet en un SIH
17. Fig. 17 La HCE integrada en un sistema experto

8.- GLOSARIO.

- **AHC:** Archivo de Historias Clínicas
- **HC:** Historia Clínica
- **HCE:** Historia Clínica Electrónica
- **INSALUD:** Instituto Nacional de la Salud
- **OCR:** Optical character recognition (Reconocimiento Óptico de Caracteres).
- **SIH:** Sistema de Información Hospitalario
- **SIP:** Sistema de Información Poblacional
- **SIS:** Sistema de Información Sanitario
- **TIC:** Tecnologías en Información y Comunicación
- **UDCA:** Unidad de Documentación Clínica y Admisión

9.- BIBLIOGRAFÍA.

1. CIE 9-MC: Clasificación Internacional de Enfermedades utilizada en el Estado Español. Es un lenguaje documental especializado que codifica términos de enfermedades y nos permite recuperar información fácilmente y realizar todo tipo de estudios: epidemiológicos, etc. 9ª Revisión Modificación Clínica. 6ª edición- Enero 2008. Información y Estadísticas Sanitarias 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.
2. CURIEL HERRERO, J., ESTÉVEZ LUCAS, J. “Manual para la gestión sanitaria y de la historia clínica hospitalaria”. Madrid, 2001.
3. Escolar Castellón, Fernando. “Inferencia de un sistema de información sanitario basado en la historia de salud electrónica”.
<http://www.conganat.org/SEIS/informes/2003/PDF/CAPITULO10.pdf>
4. Guía de gestión de los servicios de admisión y documentación clínica del INSALUD http://www.sedom.es/99_pdf/guia_sadc_definitiva.pdf. [Fecha de consulta 7/10/09].
5. López Domínguez, Orencio: “Gestión de pacientes en el hospital: el servicio de admisión y documentación clínica”. Ed. Olalla. Madrid 1997.
6. Ley 14/1986 Ley General de Sanidad.
7. Ley 15/1999 de 13 de diciembre Orgánica de protección de datos de carácter personal
http://boe.es/g/es/bases_datos/doc.phc?coleccion=iberlex&id=1998/2370
8. Ley 16/1985 Ley de Patrimonio Histórico Español.
http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/116-1985.html

9. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
<http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

10. Ley Catalana 21/200 de 29 de Diciembre sobre Documentación Clínica .
<http://www.todalaley.com/mostrarLey188p3tn.htm>

11. Moreno Vernis, Miguel en López Domínguez, Orencio: “Gestión de pacientes en el hospital: el servicio de admisión y documentación clínica”. Ed. Olalla. Madrid 1997.

12. ORDEN de 12 de mayo de 2005, de la Conselleria de Sanidad, por la que se crean los departamentos de salud.
<http://www.comv.es/web/normativa/norma.php?id=146>

13. Orden de 14 de septiembre de 2001, de la Conselleria de Sanidad, por la que se normalizan los documentos básicos de la historia clínica hospitalaria de la Comunidad Valenciana y se regula su conservación.
<http://www.comv.es/web/normativa/norma.php?id=47>

14. Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD
http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd521-1987.html

15. Normas para edificios destinados a bibliotecas y archivos
<http://xlpv.cult.gva.es/files/normas%20edificios.pdf>

10.- ANEXOS.

10.1- HISTORIA CLINICA DIGITAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud - Windows Internet Explorer

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic02.htm

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Favoritos Sitios sugeridos Hotmail gratuito Galería de Web Slice

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Tecnología / Historia Clínica Digital del SNS

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

EL PROYECTO DE HISTORIA CLÍNICA DIGITAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Proyecto de Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) tiene como finalidad garantizar a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios el acceso a aquella información clínica relevante para la atención sanitaria de un paciente desde cualquier lugar del SNS, asegurando a los ciudadanos que la consulta de sus datos queda restringida a quién está autorizado para ello.

Más información

CONTENIDO DEL PROYECTO

Finalidad

El proyecto de HCDSNS está claramente orientado a satisfacer las necesidades de los ciudadanos en sus desplazamientos por el territorio nacional y las de los profesionales de todo el SNS que tienen responsabilidades en su atención.

- Situación de partida
- Objetivos Generales
- Diseño funcional
- Contenidos de la HCDSNS
- Fases del desarrollo del Proyecto
- Situación actual del Proyecto

Documentos

- Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos
- Análisis de Requerimientos del Sistema (ARS)
- Conjunto mínimo de datos de Informes Clínicos (CMDIC)
- Propuesta técnica
- Política de Estándares
- Manual de Procedimiento para el Piloto

Normativa

- Ley General de Sanidad
- Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley de la Función Estadística Pública
- Ley de protección de datos de carácter personal
- Ley de autonomía del paciente y de información y documentación clínica
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios
- RD Tarjeta Sanitaria
- REAL DECRETO 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Plan Calidad SNS

- Estrategia 11.- Sanidad en Línea

I FORO DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Ministerio de Sanidad y Consumo
2-3 de diciembre de 2008

ACCESO A LAS PRESENTACIONES DEL FORO

Información general

- Sede
Salón de Actos Ernest Lluch del Ministerio de Sanidad y Consumo, Paseo del Prado, 18-20. 28071, Madrid.
- Organiza
Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Programa

Aviso legal | Accesibilidad
© Ministerio de Sanidad y Consumo

Inicio Disco extraíble (E:) TESINA MÁSTER CALSI [...] Ley 30/1992, de 26 de n... Plan de Calidad para ...

Internet 100% 9:12

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos Ir Vínculos

Dirección <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic022.htm>



MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Tecnología / Historia Clínica Digital del SNS

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

Documentos

- ▶ Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos
- ▶ Análisis de Requerimientos del Sistema (ARS)
- ▶ Conjunto mínimo de datos de Informes Clínicos (CMDIC)
- ▶ Propuesta técnica
- ▶ Política de Estándares
- ▶ Manual de Procedimiento para el Piloto

Normativa

- ▶ Ley General de Sanidad
- ▶ Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- ▶ Ley de la Función Estadística Pública
- ▶ Ley de protección de datos de carácter personal
- ▶ Ley de autonomía del paciente y de información y documentación clínica
- ▶ Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios

EL PROYECTO DE HISTORIA CLÍNICA DIGITAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SITUACION DE PARTIDA

La implantación de las tecnologías de la información y las comunicaciones en los últimos años por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, ha dotado a usuarios y profesionales de sistemas y aplicaciones que han facilitado a ambos colectivos el acceso a una información de calidad sobre la salud individual, al servicio de una atención sanitaria de calidad creciente.

Es una necesidad, percibida por todos los agentes interesados en este proceso, que las funcionalidades esenciales no queden circunscritas al ámbito de cada Comunidad Autónoma, sino que se extiendan más allá de ellas, acompañando a los ciudadanos en sus desplazamientos por todo el territorio nacional e incluso fuera de él, en los países de nuestro entorno.

- ▶ **Historia Clínica Digital del SNS**
- ▶ **Objetivos Generales**
- ▶ **Diseño funcional**
- ▶ **Contenidos de la HCDSNS**
- ▶ **Fases del desarrollo del Proyecto**
- ▶ **Situación actual del Proyecto**

Plan Calidad SNS

- ▶ Estrategia 11.- Sanidad en Línea

Internet

Inicio | Disco extraíbl... | 3 Microsoft ... | Admisión 7.0 | Plan de Cali... | <https://sip.sa...> | 9:59

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos

Dirección <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic023.htm> Ir Vínculos



MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Tecnología / Historia Clínica Digital del SNS

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

Documentos

- ▶ Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos
- ▶ Análisis de Requerimientos del Sistema (ARS)
- ▶ Conjunto mínimo de datos de Informes Clínicos (CMDIC)
- ▶ Propuesta técnica
- ▶ Política de Estándares
- ▶ Manual de Procedimiento para el Piloto

Normativa

- ▶ Ley General de Sanidad
- ▶ Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- ▶ Ley de la Función Estadística Pública
- ▶ Ley de protección de datos de carácter personal
- ▶ Ley de autonomía del paciente y de información y documentación clínica
- ▶ Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios

EL PROYECTO DE HISTORIA CLÍNICA DIGITAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

OBJETIVOS GENERALES

- ▶ **Garantizar al ciudadano el acceso por vía telemática a los datos de salud**, propios o de sus representados, que se encuentren disponibles en formato digital en alguno de los Servicios de Salud que se integran en el SNS, siempre que cumplan los mínimos requisitos de seguridad establecidos para proteger sus propios datos contra la intrusión ilegítima de quienes no hayan sido facultados para acceder.
- ▶ **Garantizar a los profesionales sanitarios**, facultados por cada Servicio de Salud para esta función y autorizados en cada caso por el paciente, **el acceso a determinados conjuntos de datos de salud**, generados en una Comunidad Autónoma distinta de aquella desde la que se requiere la información, siempre que el usuario o paciente demande sus servicios profesionales desde un centro sanitario público del SNS.
- ▶ **Dotar al SNS de un sistema seguro de acceso** que garantice al ciudadano la confidencialidad de los datos de carácter personal relativos a su salud.
- ▶ **El sistema a desarrollar deberá dotarse de agilidad y sencillez en el acceso, al servicio de ciudadanos y profesionales.**

- ▶ **Historia Clínica Digital del SNS**
- ▶ **Situación de partida**
- ▶ **Diseño funcional**
- ▶ **Contenidos de la HCDSNS**

Plan Calidad SNS

- ▶ Estrategia 11.- Sanidad en Línea

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic023.htm> Internet

Inicio Disco extraíbl... 3 Microsoft ... Admisión 7.0 Plan de Cali... https://sip.sa... 9:59

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

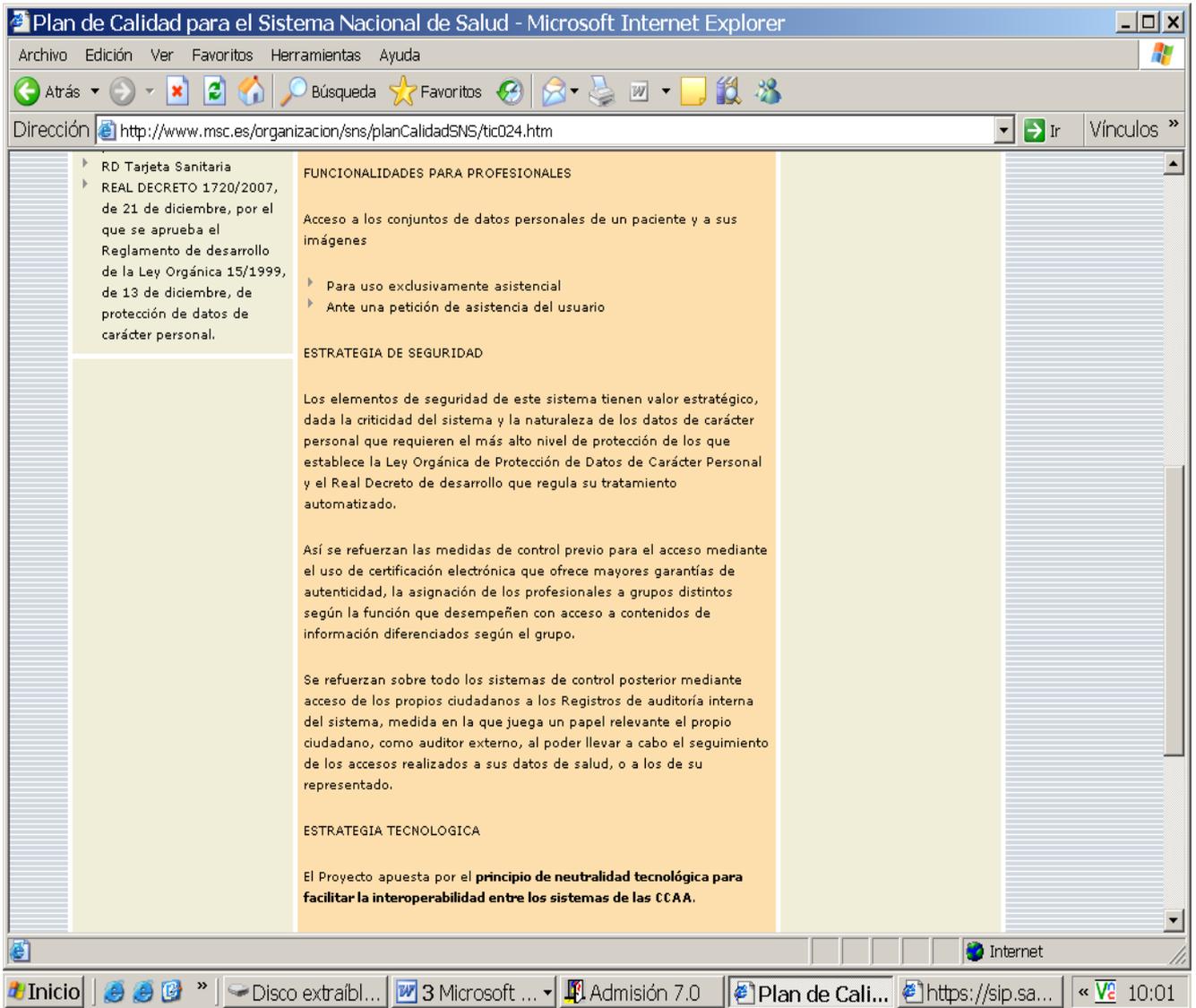
Atrás Búsqueda Favoritos Ir Vínculos

Dirección <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic024.htm>

 <p>MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL</p>	<p>Tecnología / Historia Clínica Digital del SNS</p>	<p>Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud</p>
<p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos Análisis de Requerimientos del Sistema (ARS) Conjunto mínimo de datos de Informes Clínicos (CMDIC) Propuesta técnica Política de Estándares Manual de Procedimiento para el Piloto 	<p>EL PROYECTO DE HISTORIA CLÍNICA DIGITAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD</p> <p>DISEÑO FUNCIONAL</p> <p>La orientación estratégica que se propone para el desarrollo del proyecto no es el acceso del profesional a toda la información clínica disponible en otra CA, sino compartir, en el ámbito del SNS, aquellos conjuntos de datos que sean relevantes desde el punto de vista clínico porque resumen lo esencial del contenido de la historia clínica del ciudadano.</p> <p>ACCESIBILIDAD Y PROTECCION DE DATOS</p> <p>A lo largo de todo el proyecto se ha intentado mantener en equilibrio dos valores esenciales: hacer más accesibles los datos de salud relevantes sobre las personas para mejorar los niveles de la calidad de la asistencia que reciben en sus desplazamientos y proteger el derecho de los ciudadanos a la intimidad de los datos relativos a su salud, apoyándose en el uso de las oportunidades que ofrecen las tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs).</p> <p>FUNCIONALIDADES PARA CIUDADANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> En este sistema, los ciudadanos tienen la llave de acceso a sus datos y podrán: <ul style="list-style-type: none"> Acceder a los conjuntos de datos personales sobre su salud Ver el Registro de Accesos a sus conjuntos de datos Seleccionar conjuntos de datos que no desea sean accesibles por profesionales de otra Comunidad Autónoma. 	<p>Plan Calidad SNS</p> <ul style="list-style-type: none"> Estrategia 11.- Sanidad en Línea
<p>Normativa</p> <ul style="list-style-type: none"> Ley General de Sanidad Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud Ley de la Función Estadística Pública Ley de protección de datos de carácter personal Ley de autonomía del paciente y de información y documentación clínica Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios 		

Listo Internet

Inicio Disco extraíbl... 3 Microsoft ... Admisión 7.0 Plan de Cali... https://sip.sa... 10:01



Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos Ir Vínculos

Dirección <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic025.htm>



MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Tecnología / Historia Clínica Digital del SNS

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

Documentos

- ▶ Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos
- ▶ Análisis de Requerimientos del Sistema (ARS)
- ▶ Conjunto mínimo de datos de Informes Clínicos (CMDIC)
- ▶ Propuesta técnica
- ▶ Política de Estándares
- ▶ Manual de Procedimiento para el Piloto

Normativa

- ▶ Ley General de Sanidad
- ▶ Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- ▶ Ley de la Función Estadística Pública
- ▶ Ley de protección de datos de carácter personal
- ▶ Ley de autonomía del paciente y de información y documentación clínica
- ▶ Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios
- ▶ RD Tarjeta Sanitaria

EL PROYECTO DE HISTORIA CLÍNICA DIGITAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

CONTENIDOS DE LA HCDSNS

La Historia Clínica Digital del SNS estará formada por todos los conjuntos de datos clínicos que recogen la información relevante para la atención sanitaria que aportan al ciudadano niveles adecuados de calidad en la asistencia al ciudadano fuera de su entorno geográfico habitual.

CONTENIDO DE LA HCDSNS

Desde esta perspectiva, la HCDSNS se encuentra conformada por los siguientes documentos de información clínica:

- ▶ Informe Clínico de Alta
- ▶ Informe Clínico de Consulta Externa
- ▶ Informe Clínico de Urgencias
- ▶ Informe Clínico de Atención Primaria
- ▶ Informe de Cuidados de Enfermería
- ▶ Informe de Resultados de pruebas de imagen
- ▶ Informe de Resultados de pruebas de laboratorio
- ▶ Informe de Resultados de otras pruebas diagnósticas
- ▶ Historia Clínica Resumida

Cada uno de estos informes y su contenido, recogen de forma resumida los datos que se encuentran recogidos en la Historia de Salud de cada paciente.

Plan Calidad SNS

- ▶ Estrategia 11.- Sanidad en Línea

Listo Internet

Inicio Disco extraibl... 3 Microsoft ... Admisión 7.0 Plan de Cali... https://sip.sa... 10:02

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos Ir Vínculos

Dirección <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic026.htm>



MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Tecnología / Historia Clínica Digital del SNS

Plan de Calidad
para el Sistema Nacional de Salud

Documentos

- ▶ Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos
- ▶ Análisis de Requerimientos del Sistema (ARS)
- ▶ Conjunto mínimo de datos de Informes Clínicos (CMDIC)
- ▶ Propuesta técnica
- ▶ Política de Estándares
- ▶ Manual de Procedimiento para el Piloto

Normativa

- ▶ Ley General de Sanidad
- ▶ Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- ▶ Ley de la Función Estadística Pública
- ▶ Ley de protección de datos de carácter personal
- ▶ Ley de autonomía del paciente y de información y documentación clínica
- ▶ Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios

EL PROYECTO DE HISTORIA CLÍNICA DIGITAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

FASES DE DESARROLLO DEL PROYECTO HCDSNS

1ª FASE.- CONSENSO PROFESIONAL

Desde el primer momento se ha planteado un desarrollo pragmático del proyecto, solicitando el criterio de los profesionales y los ciudadanos para determinar tanto el contenido de cada uno de los documentos que van a formar parte de la Historia Clínica Digital del SNS, como las reglas funcionales de un sistema que permita acceder a esta información para la correcta asistencia sanitaria de las personas.

La dinámica de trabajo ha consistido en la constitución de Grupos de Expertos para la definición del conjunto mínimo de datos que deberá contemplar cada Informe.

▶ **Sistemática de trabajo**

Para la formación de cada grupo de trabajo, se definieron, en primer lugar, los perfiles de experiencia profesional que debían cumplir los miembros del grupo, a fin de que se encontrasen representados el conjunto de profesionales que serán emisores o receptores del informe correspondiente.

Una vez definidos los perfiles, se trasladaron a las Sociedades Científicas solicitando que designaran expertos adecuados.

Cada grupo de trabajo finalizó su cometido al alcanzar una propuesta

Plan Calidad SNS

- ▶ Estrategia 11.- Sanidad en Línea

Listo Internet

Inicio Disco extraíbl... 3 Microsoft ... Admisión 7.0 Plan de Cali... https://sip.sa... 10:02

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos Ir Vínculos »

Dirección <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic026.htm>

de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios

- ▶ RD Tarjeta Sanitaria
- ▶ REAL DECRETO 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Cada grupo de trabajo finalizó su cometido al alcanzar una propuesta de consenso acerca de los contenidos mínimos que ha de reunir el o los Informes asignados, para su incorporación al denominado Conjunto Mínimo de Datos de informes Clínicos para el Sistema Nacional de Salud. Este conjunto establece los elementos comunes que, cualquier informe de esta naturaleza, ha de incluir en el ámbito del SNS.

2ª FASE.- CONSENSO INSTITUCIONAL

En esta fase se desarrollan 2 líneas de actuación que discurren de forma paralela.

- ▶ La validación de todos los trabajos, en el seno de los órganos de representación institucional, dado que las Comunidades Autónomas, a través del Consejo Interterritorial del SNS, deben valorar y aprobar aquellos proyectos sanitarios cuyo ámbito de aplicación sea el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

EVOLUCIÓN DE LA FASE 2. Consenso INSTITUCIONAL

Año 2007

Aprobación de los requisitos técnicos, funcionalidades y contenidos del Proyecto:

- ▶ Un grupo de expertos en Historia Clínica Electrónica de las CCAA valoró positivamente la viabilidad de las propuestas de consenso de los profesionales.
- ▶ La Subcomisión de Sistemas de Información en su reunión del 25 de septiembre aprobó el Proyecto y su elevación al Consejo Interterritorial del SNS (CISNS).
- ▶ El CISNS en su reunión del día 10 de octubre aprobó el proyecto, con el apoyo a la realización de un estudio piloto para el intercambio de información entre CCAA.

Listo Internet

Inicio Disco extraíbl... 3 Microsoft ... Admisión 7.0 Plan de Cali... https://sip.sa... 10:03

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos Ir Vínculos »

Dirección <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic026.htm>

Año 2007

Aprobación de los requisitos técnicos, funcionalidades y contenidos del Proyecto:

- ▶ Un grupo de expertos en Historia Clínica Electrónica de las CCAA valoró positivamente la viabilidad de las propuestas de consenso de los profesionales.
- ▶ La Subcomisión de Sistemas de Información en su reunión del 25 de septiembre aprobó el Proyecto y su elevación al Consejo Interterritorial del SNS (CISNS).
- ▶ El CISNS en su reunión del día 10 de octubre aprobó el proyecto, con el apoyo a la realización de un estudio piloto para el intercambio de información entre CCAA.

Año 2008

El eje alrededor del cual se concentran todos los esfuerzos es la **interoperabilidad de la HCDSNS**. Para avanzar en este sentido, se crean nuevos grupos de trabajo cuya tarea consiste en la elaboración de propuestas que conduzcan progresivamente hacia la plena interoperabilidad de la HCDSNS, tanto a nivel técnico como semántico, así como la definición del escenario y condiciones necesarias para la realización del pilotaje de intercambio de HCDSNS.

- ▶ **GERT**. Grupo de trabajo de estándares y requerimientos técnicos.
- ▶ **GAISHC**. Grupo asesor de interoperabilidad semántica de la HCDSNS.
- ▶ **GCPHC**. Grupo de Comunidades para el estudio piloto de HCDSNS

Listo Internet

Inicio Disco extraíbl... 3 Microsoft ... Admisión 7.0 Plan de Cali... https://sip.sa... 10:03

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Búsqueda Favoritos Ir Vínculos

Dirección <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic027.htm>

 <p>MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL</p>	<p>Tecnología / Historia Clínica Digital del SNS</p>	<p>Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud</p>
<p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos ▶ Análisis de Requerimientos del Sistema (ARS) ▶ Conjunto mínimo de datos de Informes Clínicos (CMDIC) ▶ Propuesta técnica ▶ Política de Estándares ▶ Manual de Procedimiento para el Piloto 	<p>EL PROYECTO DE HISTORIA CLÍNICA DIGITAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD</p> <p>SITUACIÓN ACTUAL DEL PROYECTO HCDSNS</p> <p>En cumplimiento del acuerdo unánime alcanzado por el Consejo Interterritorial del SNS, en su reunión celebrada el 10 de octubre de 2007, se están llevando a cabo actuaciones dirigidas a la realización de un pilotaje que ponga a prueba el sistema diseñado y permita realizar las correcciones adecuadas, antes de su implantación con carácter general.</p> <p>El Grupo de Comunidades para el estudio piloto de HCDSNS (GCPHC), ha venido trabajando a lo largo de 2008 para diseñar los elementos comunes del pilotaje: las características del escenario, el alcance funcional y territorial, así como un sistema de evaluación de los resultados que detecta las mejoras que deban ser incorporadas.</p> <p>En el GCPHC participan, junto con el equipo de técnicos que dirige el proyecto desde el Ministerio de Sanidad, los directores de proyecto de las 10 Comunidades Autónomas que manifestaron su interés en ser parte activa en el pilotaje: Andalucía, Islas Baleares, Castilla la Mancha, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Murcia y Valencia.</p> <p>Todas las Consejerías de Sanidad son puntualmente informadas de los avances de este grupo, con el fin de que todos los componentes del SNS conozcan permanentemente el estado del proyecto.</p>	<p>Plan Calidad SNS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Estrategia 11.- Sanidad en Línea
<p>Normativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ley General de Sanidad ▶ Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ▶ Ley de la Función Estadística Pública ▶ Ley de protección de datos de carácter personal ▶ Ley de autonomía del paciente y de información y documentación clínica ▶ Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios 		

Disco extraíbl... 3 Microsoft ... Admisión 7.0 Plan de Cali... https://sip.sa... 10:04

10.2- LA HISTORIA CLINICA ELECTRÓNICA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

La Comunidad Valenciana exporta su historia clínica electrónica

El éxito obtenido ha llevado al Ministerio de Sanidad de España a escoger a la Conselleria de Sanidad para que lidere un proyecto de historia clínica y tarjeta sanitaria compatible en todo el sistema nacional de Salud.

La historia clínica electrónica permite el seguimiento de los problemas de salud del paciente a lo largo de toda su vida e independientemente del profesional o del centro donde sea atendido. La Comunidad Valenciana dispone de un modelo muy avanzado con excelentes niveles de seguridad en el acceso y en la utilización de datos del enfermo que ya está implantado en todos los centros sanitarios a través del programa Abucasis, llamado así en memoria de un médico árabe medieval.

El éxito obtenido ha llevado al Ministerio de Sanidad a escoger a la Conselleria de Sanidad para que lidere un proyecto de historia clínica y tarjeta sanitaria compatible en todo el sistema nacional de Salud, según anunció el conseller, Manuel Cervera, quien ofreció una conferencia sobre innovación y gestión sanitaria en un encuentro organizado por la Fundación Bamberg para el impulso de las nuevas tecnologías en la salud. De esta forma, el modelo valenciano servirá de ejemplo para su implantación en otras comunidades.

Actualmente, más de 16.400 profesionales de la sanidad pública valenciana cuentan con certificados digitales para acceder a las historias clínicas electrónicas de los pacientes, en la que se pueden consultar tanto el historial sanitario ambulatorio como la medicación que están tomando, lo que agiliza la asistencia sanitaria y evita duplicidades.

Unos 8.000 usuarios se conectan diariamente a Abucasis, que hace unos años recibió el Premio Nacional de Informática y Salud que la Sociedad Española de Informática de la Salud concede anualmente «a la Entidad Pública o Privada que ha destacado en la implantación y uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en el ámbito sanitario».

El pasado año, la Conselleria amplió el soporte informático de este programa tras detectarse algunos problemas en su uso, que colapsaron el sistema durante los primeros meses de funcionamiento.

Actualmente se trabaja en el sistema informático ORION que complementará la historia clínica digital con el historial hospitalario de cada paciente, con el fin de permitir acceder también a los resultados de las pruebas clínicas que le han sido realizadas.

Las personas que acceden a los datos del historial electrónico de un paciente, disponen de una tarjeta de acceso, denominada «certificado digital», que equivale a una firma electrónica y que garantiza la seguridad y confidencialidad de los datos consultados.

Por otra parte, el 86 por ciento de la población de la Comunidad Valenciana dispone ya de tarjeta SIP (Sistema de Información Poblacional), que sustituye a la cartilla de

la Seguridad Social pero que, además, incluye datos sobre la medicación del paciente y permite el control del consumo farmacéutico individualizado.

(abc.es, 24/10/2007)

La historia clínica electrónica creada por el Hospital de Torrevieja, es elegida por Microsoft como 'el mejor proyecto a nivel mundial'.

- El mejor de 297 proyectos informáticos de Europa, Asia y EEUU.
- El sistema será transmitido a grupos de trabajo de todo el mundo.

Torrevieja, Octubre del 2009.- Florence, la historia clínica electrónica del Hospital de Torrevieja (Alicante), es la mejor solución informática entre 297 casos de éxito, según participantes de Saving Customers Money, un evento multinacional organizado por Microsoft, con la finalidad de reconocer las mejores propuestas de soluciones informáticas creadas por sus clientes con herramientas Microsoft, para maximizar los costes en tiempos de crisis.

Cada año, la multinacional de Bill Gates, celebra su gran acontecimiento interno, dando a conocer el ganador del premio Saving Customers Money. "La mención reconoce aquellos proyectos informáticos exitosos, desarrollados mediante herramientas Microsoft y con especial interés en la reducción de costes y eficiencia en la gestión de la empresa que lo ha desarrollado e implantado" – explica Luis Barcia, Director Gerente del Departamento de Salud Torrevieja.

El jurado del certamen son los mismos empleados de la multinacional, quienes votan las candidaturas y, tras elegir las 3 mejores propuestas de EEUU, Asia y Europa, se premia a una de ellas como la mejor a nivel mundial. Este año, y entre 297 nominaciones, Florence, el sistema informático integral del Torrevieja Salud, fue elegido como el mejor proyecto de todo el mundo por sus condiciones, prestaciones y costos.

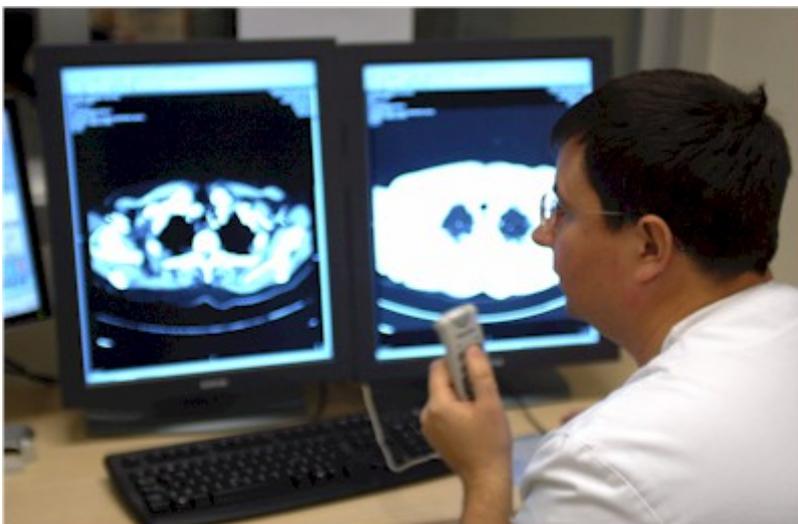


Gracias a esta mención, el caso de Torrevieja será analizado, estudiado y transmitido a grupos de trabajo de Microsoft en todo el mundo, para que utilicen esta información en beneficio de otros clientes, aportándoles nuevos usos a sus herramientas, potenciando el ahorro y beneficiando al usuario. Para Luis Barcia - "este premio y su repercusión internacional, nos llena de satisfacción y nos da el empuje necesario para seguir trabajando en la evolución de Florence y la creación de más servicio para nuestros usuarios".

Qué es Florence y por qué lo ha premiado Microsoft?

Florence es un sistema de información integral creado mediante herramientas de Microsoft, que tiene como objetivo facilitar la prestación de una asistencia sanitaria eficiente, permitiendo obtener la máxima rentabilidad de los recursos sanitarios, y orientado claramente a facilitar la comunicación entre el usuario y el sistema sanitario con el consiguiente impacto en calidad percibida.

La historia clínica electrónica Florence, se creó inicialmente para el Departamento de Salud Torrevieja, ubicado al sur de la Comunidad Valenciana y dependiente de su Consellería de Sanidad, englobando la gestión sanitaria de Atención Primaria y el Hospital de Torrevieja; aunque debido al éxito conseguido desde su primer año de implantación, será implantado en futuros hospitales españoles, de Europa y América Latina.



El Departamento de Salud Torrevieja, gestionado por Torrevieja Salud bajo un modelo mixto (financiación, propiedad y control público; gestión privada), presta asistencia a su población de referencia (213.000 habitantes en temporada baja y cerca de 600.000 en verano) con una financiación por persona protegida, significativamente inferior al resto de los departamentos de salud de la Comunidad; tal como lo establecen los términos expuestos en el acuerdo de gestión firmado con la Consellería de Sanidad Valenciana.

Estas condiciones exigen a Torrevieja Salud una gestión altamente eficiente, manteniendo el máximo nivel en la calidad del servicio prestado a los usuarios. Por ello, desde la concepción del plan de negocios, Torrevieja Salud planteó como herramienta clave para aumentar la eficiencia, el contar con un sistema de gestión tecnológica integral, que en todo momento garantizara la comunicación entre la organización y los pacientes como objeto y fin de la actividad; los profesionales como agentes productores de la misma y los gestores en su papel de responsables permitiendo agilizar procesos, rentabilizar recursos, prever situaciones o reducir incidencias e incrementar la satisfacción, por nombrar algunos beneficios. (NoticiasMédicas.es).

10.3- LA HISTORIA CLINICA ELECTRÓNICA EN EMERGENCIAS MÉDICAS.

SAMUR, primer servicio de urgencias que incorpora la historia clínica electrónica

16-03-2009 - MDO - Fotografías: Diego Sánchez
El Servicio de Urgencias SAMUR ha incorporado la historia clínica electrónica dentro de su metodología de trabajo que ahorrará tiempo en el diagnóstico médico y mejorará la calidad del seguimiento del paciente.

"Esta iniciativa nos permite acercar la puerta de urgencias al ciudadano, gracias a unos métodos de diagnóstico y tratamiento similares, e incluso a veces superiores, a los que se realizan en los servicios de urgencias de la red hospitalaria", ha señalado el delegado de Seguridad, Pedro Calvo.

Con esta nueva herramienta los médicos de guardia podrán ver en sus PC's la evolución de las historias clínicas que en cada momento están realizando los médicos que se encuentran en las Unidades de Soporte Vital Avanzado, de tal manera que se posibilitan mecanismos de consulta o refuerzo de las actuaciones médicas que se están realizando.

Se trata de una tecnología con la que SAMUR-Protección Civil se convierte en el primer Servicio de Emergencias Extrahospitalario de nuestro país en informatizar todos los informes asistenciales realizados por los médicos del servicio.

Físicamente, se trata de unos Tablet PC, es decir, unos ordenadores portátiles que se irán instalando progresivamente en todas las Unidades de Soporte Vital Avanzado a medida que se vaya formando a todos los profesionales que van a hacer uso de los mismos.

Disponen de un software diseñado con la participación de profesionales del SAMUR, adaptado rigurosamente a la especificidad del servicio, con criterios de simplicidad que permitirá a los médicos del SAMUR recoger en formato electrónico sus informes asistenciales, esto es, la historia clínica del paciente.



<http://www.madridiario.es/2009/Marz...a-clinica.html#>

