



# NuevoHospital

versión digital

## Sumario

### Conceptuales

#### INFORMES DE COSTE - ACTIVIDAD

2-5

*Margarita Rodríguez Pajares. Unidad de Gestión Analítica*

### Gestión de procesos

#### LEGISLACIÓN SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

6-15

*Teresa Garrote Sastre. Unidad de Admisión y Documentación Clínica*

#### Normas de publicación.

16





## INFORMES DE COSTES/ACTIVIDAD

*Margarita Rodríguez Pajares*

Hospital Virgen de la Concha. Zamora.  
Unidad de Gestión Analítica.

### I.- INFORMES: INSTRUMENTOS DE TRABAJO PARA PROFESIONALES

Dentro del servicio de Gestión Analítica, una vez terminado el proceso de contabilidad analítica, se elaboran todo tipo de informes que tengan que ver con los costes/actividad del hospital. Algunos ejemplos son:

**Balance Económico – Asistencial:** En él se recogen de forma semestral y anual todos los datos de gastos e ingresos.

**Informe general de consultas:** Estudio de evolución del coste e ingreso del producto de consultas mes a mes.

**Informes de Proyección de costes e ingresos. Desviaciones:** El estudio analítico de las desviaciones, con respecto a presupuesto, es una de las partes más importantes en un sistema de control presupuestario. Sin un análisis ponderado y exacto, y sin una interpretación de los hechos, las diferencias producidas no pasarían de ser simples cifras. Sólo a través de este estudio analítico, las cifras pueden relatarnos la historia de lo que está sucediendo y señalar hacia dónde deben dirigirse los intentos de mejora.

Si todo permaneciera invariable, no habría necesidad de hacer ningún análisis de desviaciones. El presupuesto se establece sobre la base de un programa anticipado que se espera lograr. Sin embargo, pese al cuidado y garantía puestos en la confección del Plan, es indudable que nos apartaremos del mismo y sólo mediante el análisis de las desviaciones podrán determinarse las razones que han producido cambios con respecto a los resultados esperados.

Sin embargo, es preciso considerar que el simple hecho de que la diferencia en alguno de los elementos presupuestados resulte casi omisible no debe dar al controlador una idea de seguridad en la gestión y en su calidad aconsejándole pasar por alto el análisis de la misma. Debe permanecer siempre alerta, cualquier aumento de volumen puede esconder deficiencias que requieren corrección, pero si no existe un análisis rápido y adecuado pueden existir peligros que comprometan el resultado final. El objetivo del cálculo de las desviaciones consiste en descubrir las dificultades rápidamente en sus comienzos y no después cuando por haber pasado tanto tiempo resultan perceptibles por simple examen.

Para que el análisis de las desviaciones tenga interés y no se limite a una mera representación histórica ha de hallarse a disposición de los interesados cuando los hechos y motivaciones están aún recientes.

El análisis efectivo de las desviaciones consta de tres fases:

- I. Localización de la diferencia y puntualización del importe que presenta.
- II. Determinación de su causa.
- III. Atribución de la responsabilidad sobre la misma.



Pero cuando ocurre que solo se analizan las dos primeras fases significa que se ha perdido la eficacia de este importante instrumento al servicio de la empresa. El responsable ha de estar en condiciones de identificar los sucesos sobre los cuales él tenga el control y sobre los que pueda actuar.

En el momento actual, el informe más demandado es el de **proyección de costes e ingresos y desviaciones**. Los servicios que reciben este informe tienen en su haber una guía interpretativa de cuantos conceptos y cuadros aparecen en él, para que los responsables de los distintos departamentos puedan interpretarlos con claridad y sirva para la toma de decisiones.

Desde el departamento de Gestión Analítica no solo se debe de proveer de la información que requieran los responsables de la empresa, sino también hay que tratar de que esa información sea real, fácil de interpretar y no contenga más información que la necesaria.

## II.- PROBLEMAS

### Lenta afluencia de datos

El problema principal con referencia al informe de proyección, es que nos es imposible enviarlo con la debida rapidez. Esto es debido a la lentitud de afluencia de datos. En el retraso de estos datos influyen múltiples factores. En la actualidad se está tratando de detectar los problemas y llevarlos, en breve, hacia una solución. Para ello se hizo un taller de trabajo donde se expusieron los problemas y las posibilidades de solución. Se establecieron así mismo unas pautas de trabajo y de aquí en adelante se empezará a valorar la eficacia del taller:

- ◆ Para que ha servido
- ◆ Que problemas han quedado resueltos una vez identificados
- ◆ Grado de implicación de los distintos gestores.



### **Responsabilidades poco definidas**

Hace ya tiempo que nuestro hospital está desagregado en varios GFH's . Existen unos responsables de cada una de esas unidades a los que se les envían los informes pero en realidad esta responsabilidad no está muy definida en cuanto a materia de gestión de costes e ingresos. Los informes son pura información que llevan asimismo un coste (personal de gestión analítica, material informático, libros, etc.) y además influyen someramente en la toma de decisiones. En realidad se dispone de una gran fuente de información que no se utiliza.

En una empresa centralizada los directivos son los que se ocupan de tomar decisiones, a ellos les llegan también informes desde gestión analítica que son tomados en cuenta para decidir sobre algún aspecto económico o de actividad.

### **III.- DIFUSIÓN DE LOS PRODUCTOS DE GESTIÓN ANALÍTICA**

**OFERTAMOS PRODUCTOS Y LOS PUBLICAMOS....**Es tal la gama de informes que puede producir Contabilidad de Gestión hacia los potenciales receptores que éstos no pueden controlarlos todos. Por lo tanto la relación de estos receptores con Contabilidad de Gestión debe de ser casi continua, cómoda y ágil. En cualquier momento pueden solicitar productos a Gestión Analítica, por medio de **modelos de petición** ya elaborados o por vía verbal. La vía de comunicación desde los responsables hasta contabilidad de gestión debe de ser cómoda, clara, sencilla y rápida.

### **IV.- CATÁLOGO DE PRODUCTOS**

- 1.- COSTES GENERALIZADOS POR SERVICIO
- 2.- COSTES GENERALIZADOS POR PROCESO
- 3.- COSTES DETALLADOS POR SERVICIO
- 4.- COSTES DETALLADOS POR PROCESO
- 5.- COSTES GENERALIZADOS O DETALLADOS POR CUALQUIER ACTIVIDAD
- 6.- PROYECCION DE GASTOS, BALANCE Y DESVIACIONES DE COSTE POR SERVICIO
- 7.- EVOLUCIÓN DE COSTES
- 8.- EVOLUCIÓN DE ACTIVIDAD
- 9.- PRESUPUESTOS
- 10.- PORCENTAJE DE COSTES DE LUZ, AGUA, GAS, TELÉFONOS, TRIBUTOS, CORREO, SOBRE EL TOTAL DEL SERVICIO O DEL PRODUCTO
- 11.-PORCENTAJE DE COSTES SOBRE PACIENTE POR GFH:
  - % CAPÍTULO I SOBRE PACIENTE:
  - % CAPÍTULO II SOBRE PACIENTES
  - % IMPUTADOS SOBRE PACIENTES

y cualquier tipo de informes que pidan directamente cada uno de los servicios.



## V.- MODELO DE PETICIÓN

Fecha de Petición de Informe: .....

Unidad Peticionaria (GFH): .....





Descripción de la petición:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Modelo dirigido al servicio de gestión analítica que se pondrá en contacto con la unidad peticionaria para cualquier aclaración y de forma inmediata siempre que sea posible.

Firma del Responsable de la petición:

## VI.- BIBLIOGRAFÍA

-  Contabilidad de costes y analítica de gestión para las decisiones estratégicas. Felipe Blanco Ibarra. Ed. Deusto. 6ª Edición . Año 1.999
-  Contabilidad Analítica. Costes, Rendimientos, precios y resultados. Carlos Mallo. Ministerio de economía y hacienda, Instituto de Planificación contable. 3ª Edición. Año 1986.
-  Contabilidad de costes y contabilidad de gestión. Volumen I. Ángel Sáez de Torrecilla, Antonio Fernández Fernández, Gerardo Gutiérrez Díaz. Ed. McGraw-Hill. Año 1.999.
-  Otras referencias de Gestión Analítica en **NuevoHospital**:
  - Volumen II, Nº4, 2002 (Nº Edición: 6, Publicado el 8 de febrero de 2002):
    - Evolución de la Gestión Analítica (I) (pp. 2-5)
    - Generalidades sobre el funcionamiento de la Contabilidad Analítica en el Hospital Virgen de la Concha (II) (pp. 6-9)
  - Volumen II, Nº 10, 2002 (Nº Edición: 13, Publicado el 18 de abril de 2002)
    - Medición del producto hospitalario (pp. 2-6)



## LEGISLACIÓN SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

**Teresa Garrote Sastre\***

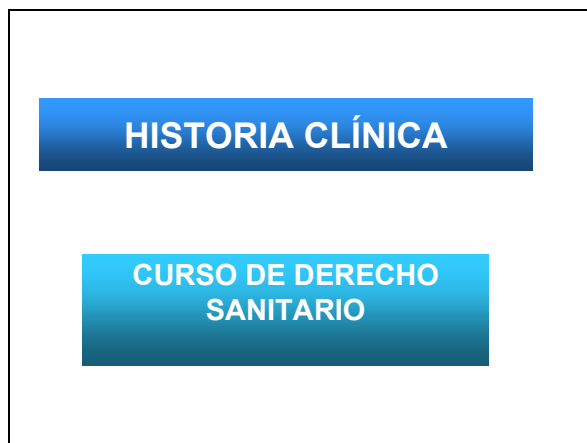
Colaboradores: **Pedro España\*\* y Anunciación Villalpando\*\***

\*Médico; \*, \*\*DUE; \*\*\*Administrativo de Sistema de información

**HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA.**  
**Unidad de Admisión y Documentación Clínica**

### RESUMEN

Los autores exponen el resumen de la conferencia impartida por la Dra. T. Garrote Sastre en el Colegio de Médicos de Zamora el día 8 de marzo de 2002 dentro del Curso de Derecho Sanitario.



### INTRODUCCIÓN

La importancia de la Historia Clínica se pone de manifiesto en la práctica médica habitual ya que es el mejor medio de transmisión de la información clínica entre los distintos profesionales de la salud, así como también en los casos de responsabilidad médica profesional en que se convierte en el mejor aliado siendo una prueba material de hechos y actuaciones realizadas.



## HISTORIA CLÍNICA

- CONCEPTO- DEFINICIONES
- BASE LEGAL-REGULACIÓN JURÍDICA
- PROPÓSITOS Y USOS
- CONTENIDO O ELEMENTOS DE INFORMACIÓN
- ESTRUCTURA

## CONCEPTO DE HISTORIA CLÍNICA

- TRABAJO
- DOCUMENTOS.PAPELES
- RESUMEN DE ACONTECIMIENTOS OCURRIDOS AL PACIENTE
- EVIDENCIA DE MI DESEMPEÑO
- RETRATO DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL O CENTRO DE SALUD

## DEFINICIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

### DICCIONARIO DE LA LENGUA

- NARRACIÓN Y EXPOSICIÓN ORDENADA DE ACONTECIMIENTOS PASADOS Y COSAS MEMORABLES CON SIGNIFICACIÓN MÉDICA REFERENTE AL PACIENTE, AL TRATAMIENTO Y A LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMADAD

### DESDE UNA ÓPTICA MÉDICA

- RELATO ESCRITO O VERBAL DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE Y, POR EXTENSIÓN, EL DOCUMENTO EN QUE ESTE RELATO SE RECOGE O REFLEJA Y SE GUARDA O CONSERVA

La elaboración de la Historia clínica es un derecho del paciente y un deber del médico que está reconocido en múltiples documentos legales. Es obvio señalar que la elaboración ha de estar sujeta a la buena práctica médica concluyendo que la información que recoge ha de ser completa, ordenada, legible y comprensible, respetuosa con el enfermo, actualizada y veraz.

El concepto de Historia clínica es muy variado,.

Sin exagerar definimos que es el eje central del sistema sanitario sobre el que se asienta el trabajo realizado en torno al paciente y el único sistema de transmisión de la información generada en relación con los usuarios del sistema sanitario. A la vez que considerado como sistema de información de salud tiene unas entradas, se somete a un proceso-transformación y genera unos productos medidos en términos de curación, mejoría, incapacidad o deceso.

Definir la Historia Clínica no es fácil, debido a los numerosos fines que ésta tiene: cuidado al paciente, planificación y evaluación de servicios, educación de profesionales, servir de fuente de datos. para procesos jurídicos, acreditación, docencia, facturación... Podemos definir que es un conjunto de documentos que contiene información sobre las prestaciones asistenciales realizadas a los usuarios y que sirven de base para la toma de decisiones clínicas y/o administrativas.





## DEFINICIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

### • DIRECCIÓN GENERAL DEL INSALUD

- ES EL DOCUMENTO QUE CONTIENE TODA LA INFORMACIÓN DE UTILIDAD CLÍNICA SOBRE EL ESTADO DE SALUD-ENFERMEDAD DE LA POBLACIÓN ASISTIDA EN EL ÁREA DE SALUD.
- ES EL ÚNICO MEDIO DE TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA.

➢ ES UN CONJUNTO DE DATOS Y DOCUMENTOS

➢ CONTIENE INFORMACIÓN DE DATOS CIENTÍFICO-CLÍNICOS, SOCIALES Y ADMINISTRATIVOS DEL PACIENTE.

➢ ES UN DOCUMENTO LEGAL

➢ SIRVE PARA ACTIVIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA Y ASPECTOS JURÍDICO-LEGALES

El fin principal de la Historia Clínica es facilitar la asistencia sanitaria al ciudadano, recogiendo toda la información clínica necesaria para asegurar, bajo un criterio médico, el conocimiento veraz, exacto y actualizado de su estado de salud por los sanitarios que le atienden. Este fin es el que justifica su creación y actualización, la naturaleza de los datos que pueda contener y el carácter de protección legal que asegure la confidencialidad de su contenido y la intimidad de la persona/s sobre cuya salud hace referencia la información en ella contenida.

## CRÍTICAS A ESTAS DEFINICIONES

- ESTÁN ORIENTAS AL USO
- ESTÁN ORIENTADAS A LOS FINES
- ESTÁN ORIENTADAS AL CONTENIDO
- NINGUNA ES COMPLETA
- ¿DEBERÍAN LOS PROFESIONALES SANITARIOS ADOPTAR UNA DEFINICIÓN UNIFORME DENTRO DE LOS LÍMITES DE SU ORGANIZACIÓN DONDE SE REFLEJE LOS FINES, LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD, EL CONTENIDO Y ESTRUCTURA?

La Historia clínica trata de temas íntimamente relacionados con derechos fundamentales de los ciudadanos recogidos en los artículos 18.1, 24 y 43 de la Constitución referidos a la dignidad de la persona, vida e integridad física y moral, intimidad, protección de la salud, especialmente desarrolladas en las Leyes Sanitarias Ley General de Sanidad artículo 10 y en leyes especiales como la Ley Orgánica de Regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal.

## CONCEPTO LEGAL DE HISTORIA CLÍNICA

- CONJUNTO DE INFORMACIÓN, ÚNICO POR CADA PACIENTE, QUE SE REDACTA OBLIGATORIAMENTE POR LOS MÉDICOS, EN EL QUE EN BENEFICIO DEL PACIENTE SE REUNE LA MÁXIMA INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN A ÉL RELATIVA, AL QUE ÚNICAMENTE TIENE ACCESO EL PACIENTE, LOS FACULTATIVOS QUE INTERVIENEN EN EL TRATAMIENTO Y LAS PERSONAS SEÑALADAS POR LA LEY PARA FINES DE INSPECCIÓN SANITARIA, CIENTÍFICOS O DOCENTES, COMO EXPRESIÓN DE DERECHOS A LA INTIMIDAD PERSONAL Y FAMILIAR, Y DE LA OBLIGACIONES DE CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DE TODOS LOS QUE TENGAN ACCESO A LA MISMA, Y EN EL QUE DEBEN CONSTAR LOS DATOS FUNDAMENTALES DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, CONSENTIMIENTO, INFORMACIÓN Y CURSO DE LA RELACIÓN.

La Historia clínica no es una simple narración de hechos, sino que incluye juicios, documentos, procedimientos e informaciones que reflejan la relación médico paciente. La información puede obtenerse del propio paciente, de la exploración física y exámenes complementarios realizados y también de los juicios del médico que extrae o elabora a fin de emitir un diagnóstico y prescribir el tratamiento. En la Historia Clínica adquiere gran relevancia los datos referidos al consentimiento y la información







## BASE LEGAL DE LA HISTORIA CLÍNICA

### REGULACIÓN DEONTOLÓGICA

- CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA. CAPÍTULO IV. OBLIGATORIEDAD DE QUE LOS ACTOS MÉDICOS QUEDEN REGISTRADOS EN LA CORRESPONDIENTE HISTORIA CLÍNICA, SIENDO EL MÉDICO EL QUE TIENE EL DEBER Y EL DERECHO DE REDACTARLA Y LA OBLIGACIÓN DE CONSERVARLAS
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA. CAPÍTULO II

La Historia Clínica, como documento Médico-legal está sujeta a una doble regulación: Deontológica y Jurídica. La regulación Deontológica está recogida en el Código de Ética y Deontología Médica que refiere que todo acto médico debe quedar registrado en la correspondiente Historia clínica siendo un derecho y deber del médico su redacción. También establece que el médico está obligado a conservar las historias clínicas, siendo conforme a Deontología la publicación y el uso de casos siempre que se respete la confidencialidad y el derecho a la intimidad de los pacientes.

## BASE LEGAL DE LA HISTORIA CLÍNICA

### REGULACIÓN JURÍDICA

- **LEY GENERAL DE SANIDAD: LEY 14/86 DE 25 DE ABRIL. ART.61:** EN CADA ÁREA DE SALUD SE DEBE PROCURAR LA MÁXIMA INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN RELATIVA A CADA PACIENTE, SE TENDERÁ A LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA, AL MENOS EN CADA INSTITUCIÓN ASISTENCIAL.
- LA HISTORIA CLÍNICA ESTARÁ A DISPOSICIÓN DE LOS ENFERMOS Y DE LOS FACULTATIVOS IMPLICADOS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENFERMO, ASÍ COMO A LOS EFECTOS DE INSPECCIÓN MÉDICA O PARA FINES CIENTÍFICOS, DEBIENDO QUEDAR GARANTIZADOS EL DERECHO DEL ENFERMO A SU INTIMIDAD PERSONAL Y FAMILIAR Y EL DEBER DE GUARDAR SECRETO LOS QUE TENGAN ACCESO A ELLA.

La regulación jurídica de la Historia Clínica se fundamenta en la Ley General de Sanidad. En el artículo 10 declara que todo paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de su proceso y en el 65 la obligación de integrar la información asistencial en la historia clínica que debe ser única en la Institución. La información estará a disposición de los enfermos y médicos implicados en el proceso asistencial. Junto a esta finalidad la Ley también asigna a la historia clínica fines científicos y de Inspección Sanitaria. Debe garantizarse el derecho a la confidencialidad y el secreto médico.

## BASE LEGAL DE LA HISTORIA CLÍNICA

### REGULACIÓN JURÍDICA

- REAL DECRETO 63/95 DE 20 DE ENERO SOBRE ORDENACIÓN DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS: Constituyen servicios en materia de información y documentación sanitaria y asistencial la comunicación o entrega, apetición del interesado, de un ejemplar de su HC o de determinados datos, sin perjuicio del deber de conservación en el Centro Sanitario.

La regulación jurídica de la Historia Clínica es escasa, aunque existe numerosa normativa que crea confusión al tratar temas como la naturaleza de la Historia, la propiedad de la misma y el acceso a la información que contiene.

Al no existir una ley única que regule y especifique estos aspectos se insiste en la necesidad de su elaboración, ya que en la Historia clínica confluyen derechos e intereses jurídicamente protegidos del médico, del paciente, de la Institución sanitaria e incluso públicos que es preciso determinar





## BASE LEGAL DE LA HISTORIA CLÍNICA.- ACUERDO 128 DE 4 DE JUNIO DE 1990 DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS

- COMPONENTES BÁSICOS DE LA HC.
- RECOMIENDA LA EXISTENCIA ARCHIVO CENTRAL DE HC.
- DEFINE CONCEPTO DE HC ACTIVA Y PASIVA
- RECUERDA LA OBLIGATORIEDAD DE EMITIR INFORME DE ALTA
- NECESIDAD DE ESTABLECER NORMA Y PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DE LAS H.C.
- RECOMIENDA LA UTILIZACIÓN DE UN SISTEMA DE CODIFICACIÓN ÚNICO
- IMPLANTACIÓN DE H.C. POR PROBLEMAS

La estructura de la Historia Clínica, siguiendo las recomendaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se debe establecer del siguiente modo: Datos de Identificación del usuario con el fin de facilitar el acceso a la Historia Clínica y la interrelación de contenidos; datos de Identificación del Centro; datos clínicos que habrán de incluir los antecedentes, anamnesis, exploración física, órdenes de exploración y diagnóstico de presunción; consentimiento escrito del paciente o representante legal; procedimientos y datos diagnósticos y terapéuticos.

## REGULACIÓN JURÍDICA DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

- CATALUÑA
  - LEY 21/2000 DE 29 DE DICIEMBRE SOBRE LOS DERECHOS A LA INFORMACIÓN RELATIVOS A LA SALUD, LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
  - POSIBILIDAD DE ELABORAR DOCUMENTOS DE VOLUNTADES ANTICIPADAS
  - DEFINE LA HISTORIA CLÍNICA
  - DESCRIBE EL CONTENIDO
  - DEFINE LOS USOS
  - REGULA DERECHOS DE LOS USUARIOS RESPECTO A LA D.C
  - TIEMPOS DE CONSERVACIÓN
- PAÍS VASCO
  - DECRETO45/98 DE 17 DE MARZO
  - OBLIGACIÓN DE ELABORAR H.C EN HOSPITALIZACIÓN Y CEXT.
  - DESCRIBE CONTENIDO
  - REGULA ITEMS DEL INFORME DE ALTA
  - REGULA CONSERVACIÓN Y EXPURGO DE D.CLÍNICOS
  - CREA COMISIÓN DE EXPURGO DE DOCUMENTOS
  - REGULA REGISTROS DE URGENCIAS.,HISTORIA NORMALIZADA

Las Comunidades Autónomas sí que han elaborado legislación jurídica que clarifica los problemas en torno a la Historia Clínica.

El Decreto 272/1986 por el que se regula el uso de la Historia Clínica en los centros hospitalarios de la Comunidad del País Vasco establece la obligatoriedad de elaborar una historia clínica para todo enfermo hospitalizado y para todo enfermo asistido en consultas externas y/o sujeto a tratamiento periódico así mismo regula el registro de actividades durante la asistencia de los pacientes en el servicio de urgencias.. y como dato original normaliza el documento de infección hospitalaria.

## REGULACIÓN JURÍDICA DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

- GALICIA-LEY DE 18 DE MAYO 2001 REGULADORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE LA H.C
  - OBLIGACION DE HC. EN A.P. Y ATENCIÓN HOSPITALARIA
  - LA H.C. SERÁ INTEGRAL
  - REGULA CONTENIDO Y REQUISITOS MÍNIMOS
  - PROPIEDAD DE LA H.C ES LA ADMINISTRACIÓN
  - DERECHO DEL PACIENTE A LA INFORMACIÓN(INFORMES Y RESULTADOS DE EXPLORACIÓN)
- PAÍS VALENCIANO.
  - DECRETO 56/88 DE 25 DE ABRIL
  - REGULA LA OBLIGATORIEDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA
  - REGULA LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS CONTENIDOS EN LA H.C.
  - REGULA LA CUSTODIA DE DATOS MÉDICOS

La Comunidad Gallega también ha regulado, mediante la elaboración de una ley, los aspectos relacionados con la historia clínica y el consentimiento informado, determinando que la propiedad de la historia es de la Administración.

Establece que la elaboración de la historia es obligatoria tanto en asistencia hospitalaria como en atención primaria y define los documentos normalizados de que consta la historia.





## REGULACIÓN JURÍDICA DE LA HISTORIA CLÍNICA

### □ PROPOSICIÓN DE LEY DEL SENADO DE 1 DE MARZO DE 2001 SOBRE LOS DERECHOS DE INFORMACIÓN CONCERNIENTES A LA SALUD Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

- DEFINE LA HISTORIA CLÍNICA
- ASIGNA RESPONSABILIDAD A LOS CENTROS DE ALMACENAR LAS H.C.
- CONSIGNA LA ELABORACIÓN EN PAPEL , INFORMÁTICA O AUDIOVISUAL
- ATRIBUYE RESPONSABILIDAD A LOS CENTROS SANITARIOS PARA GARANTIZAR LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y EVITAR LA PÉRDIDA O ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LOS MISMOS.

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las Organizaciones Internacionales como la OMS, la UNESCO, y más recientemente la Unión Europea y el Consejo de Europa. El Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo de 1997) es el primer instrumento internacional con carácter vinculante para los países que lo suscriben y su principal mérito reside en el hecho de que establece un marco común para la protección de los derechos humanos en la aplicación de la medicina y la biología.

## REGULACIÓN JURÍDICA DE LA HISTORIA CLÍNICA

### □ PROPOSICIÓN DE LEY DEL SENADO

#### » DETERMINA EL CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA:

- DATOS IDENTIFICATIVOS DEL ENFERMO Y DE LA ASISTENCIA
- DATOS CLÍNICO-ASISTENCIALES
- DATOS SOCIALES.- INFORME SOCIAL
  - » EN LAS HISTORIAS DEBE CONSTAR LA ACTUACIÓN DE CADA PROFESIONAL
  - » CADA CENTRO DEBE DISPONER DE UN MODELO NORMALIZADO DE HISTORIA CLÍNICA ADAPTADO A SU NIVEL Y CLASE DE PRESTACIÓN

Con el propósito de desarrollar este convenio, así como la Ley General de Sanidad, el Senado ha elaborado la presente proposición de Ley que trata en profundidad todo lo referente a la Documentación clínica generada en los procesos asistenciales, subrayando especialmente la concreción de los derechos de los usuarios a este respecto.

El objeto de esta proposición de ley es determinar el derecho del paciente a la información concerniente a la propia salud y a su autonomía de decisión, así como regular la historia clínica de los pacientes de los servicios sanitarios.

## PROPIEDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

### • TEORÍA PACIENTE

- REAL DECRETO 63/95
- PACIENTE APORTA LA INFORMACIÓN
- TEORÍA MEDICO
- CÓDIGO DE ÉTICA
- LGS
- CONVENIO DE OVIEDO

### • TEORÍA INSTITUCIÓN

- LGS
- LORTAD LOS DATOS REFERENTES A LA SALUD SON ESPECIALMENTE PROTEGIDOS, SÓLO PUEDEN SER RECADADOS TRATADOS Y CEDIDOS CUANDO, POR RAZONES DE INTERÉS GENERAL, LO DISPONGA LA LEY O EL INTERESADO CONSENTA EXPRESAMENTE.

El paciente tiene derecho legal a recibir información sobre su enfermedad y el médico la obligación de dársela de manera que pueda comprenderla(código de Deontología y LGS). La Recomendación 5ª de 1997 del Comité de Ministros del Consejo de Europa indica que el médico puede limitar el derecho de acceso del paciente a su propia historia clínica si el conocimiento de la información es probable que cause daño a la salud del afectado o si la información sobre el afectado revela también información sobre terceros.

La LGS indica que el deber de custodiar la historia clínica le corresponde al Centro Sanitario.





## ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- **POR EL PACIENTE**
- COMO REGLA GENERAL, EL ACCESO A LA INFORMACIÓN CORRESPONDE AL PACIENTE EXCEPTUANDO LOS DATOS INCORPORADOS A LA H.C. POR TERCEROS Y LOS COMENTARIOS O IMPRESIONES PERSONALES DEL MÉDICO.
- POR INTERÉS SANITARIO, EL EXPEDIENTE DEBE SER REMITIDO DIRECTAMENTE AL PERSONAL SANITARIO SIN REGIR LAS EXCEPCIONES ANTERIORES.

## ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- **POR LA INSPECCIÓN. AUTORIZADO POR LA LEY GENERAL DE SANIDAD**
- **PARA FINES ESTADÍSTICOS: SE DEBEN ENTREGAR LOS DATOS GARANTIZANDO EL ANONIMATO, SIN NECESIDAD DE IDENTIFICACIÓN.**
- **PARA FINES CIENTÍFICOS O DE INVESTIGACIÓN**

## NATURALEZA DE LA HISTORIA CLÍNICA

- **FINALIDAD FUNDAMENTAL:**  
ASISTENCIA SANITARIA
- **RESPONSABILIDAD DE CREACION Y ACTUALIZACIÓN:**
  - DEL MÉDICO
- **CONTENIDO:**
  - INFORMACIÓN ASISTENCIAL

Frente a cualquier teoría parece sensato, que ante la solicitud de una historia clínica por parte del paciente, lo correcto es entregar un extracto de la misma, después de haber eliminado todas las aportaciones personales que puedan afectar a su intimidad o a un tercero, procurando que la información que se le facilita sea adecuada y comprensible.

La protección de datos en la Historia Clínica está regulada por la LORTAD.

La Comunidad Europea, a través del Consejo de Europa, ha emitido unas recomendaciones, que pueden servir de base para la protección de datos en la Historia Clínica y en el Hospital y son las siguientes:

Los datos médicos sólo deben ser recogidos y tratados por profesionales de la salud.

Los datos sanitarios deben ser conservados el tiempo necesario para su uso habitual.

Se tiene derecho a que los datos sanitarios personales sean borrados.

No se publicarán datos de modo que identifique a personas.

En España existe la Agencia de Protección de Datos, que vela por el uso correcto de los datos sanitarios y de los contenidos de la historia clínica. Las bases para la protección de datos en la historia son: veracidad, deben ser congruentes reflejando sólo datos del paciente y de la asistencia prestada y basarse en el principio de consentimiento, es decir que deben ser recogidas, almacenadas y reutilizadas por consentimiento del paciente.







## NATURALEZA DE LA HISTORIA CLÍNICA

- ❑ LA LEY DEBE REGULAR LOS DATOS MÍNIMOS Y CADA CENTRO ESTABLECER EL ORDEN Y LA ESTRUCTURA DE ESTOS DATOS
- ❑ EL CIUDADANO TIENE DERECHO A LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. EN GENERAL TIENE DERECHO A QUE LA INFORMACIÓN ESTÉ DISPONIBLE Y SE UTILICE DE MODO ADECUADO

En la Historia clínica confluyen derechos e intereses jurídicamente protegidos, del médico, del paciente, de la Institución Sanitaria e incluso públicos que es preciso determinar. El hospital debe tener prevista la posibilidad de romper el consentimiento del paciente para el uso de datos clínicos, así como el derecho del paciente a solicitar la cancelación o rectificación de los datos a él referidos. La cesión de información asistencial se realizará siempre que el afectado consienta específicamente o cuando lo disponga la Ley por razones de interés general, urgencia vital, o por petición de los Tribunales de Justicia.

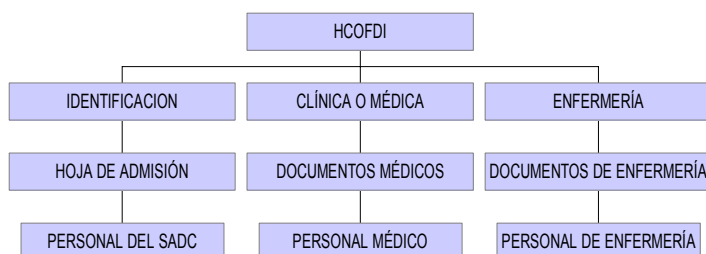
## ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

- ORIENTADA POR FUENTE DE INFORMACIÓN
- ORIENTADA POR PROBLEMAS
- INTEGRADA
- INFORMATIZADA

Desde el punto de vista de la estructuración de la información existen dos modelos básicos, el tradicional y el estructurado por problemas.

Cualquiera que sea el modelo seguido debemos tener en cuenta que la HC tiene que ser ÚNICA por paciente y en la Institución, toda la información generada por cada proceso será INTEGRADA en un resumen en forma de informe de alta y ACUMULATIVA dado que toda la información debe estar en un solo dossier.

## HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA POR FUENTE DE INFORMACIÓN



EXIGE UN ORDEN ESTRICTO Y ÚNICAMENTE PERMITE FORMATO PAPEL

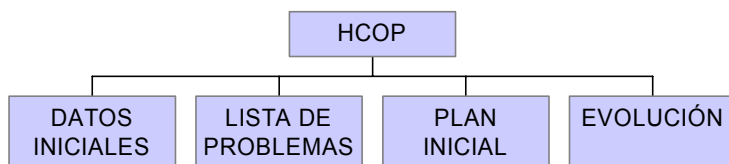
Es el modelo tradicional, utilizado desde el siglo XVIII. La información sobre el paciente se recoge en tres secciones y en ellas los siguientes bloques: anamnesis y exploración física, enfermedad actual, evolución clínica, pruebas complementarias, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y juicio diagnóstico.

La mayor ventaja consiste en la sencillez de elaboración y el inconveniente la dificultad en la organización de la información.





## HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA POR PROBLEMAS



SE BASA EN EL TRABAJO EN EQUIPO DE LOS PROFESIONALES  
CONVIERTE AL PACIENTE EN CENTRO DEL SISTEMA Y EXIGE REFLEJAR  
PLAN EDUCACIONAL DEL PACIENTE Y LA FAMILIA.  
ES MUY ORGANIZADA Y ESTRUCTURADA, PERO DIFÍCIL DE ELABORAR

## HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

- EXIGE COMPONENTES INFORMATIVOS PERFECTAMENTE IDENTIFICADOS Y ORGANIZADOS. REGISTROS BÁSICOS DE INFORMACIÓN
- SOPORTE INFORMÁTICO POTENTE Y CENTRALIZADO CON SISTEMAS DE CONEXIÓN ÁGILES
- SOFTWARE POTENTE QUE SUSTENTE APLICACIONES CENTRALES Y LOCALES QUE CONTENGAN UN SISTEMA DE GESTIÓN DE DATOS ÁGIL Y CONSISTENTE
- COMPATIBILIDAD CON LAS APLICACIONES LOCALES EXISTENTES EN EL CENTRO
- EXIGE UNA IDENTIFICACIÓN PERFECTA DE PACIENTES Y EPISODIOS Y UNA HISTORIA CLÍNICA MUY ESTRUCTURADA

## HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

- LA INFORMACIÓN SE CAPTURA DE FORMA MECANIZADA
- LA INFORMACIÓN SE MANTIENE EN SISTEMAS MASIVOS DE ALMACENAMIENTO
- SE UTILIZAN SISTEMAS QUE PERMITAN REGISTRAR LOS DATOS EN ESTRUCTURA BINARIA

Ideada por Weed en 1969. Básicamente consiste en organizar la información alrededor de una guía denominada lista de problemas, en torno a la cual se ordenan los datos, interpretaciones y conclusiones obtenidas. Este modelo está formado por los siguientes bloques: Datos iniciales (identificación, anamnesis, exploración física y exámenes complementarios), lista de problemas, inventario de síntomas y signos que después serán síndromes y diagnósticos. Cada problema lleva un número de orden, un plan inicial de los tratamientos de cada problema y la evolución cerrada en el informe de alta

Muchas exploraciones y técnicas diagnósticas utilizadas en la asistencia médica, se producen en aplicaciones informatizadas, así como el núcleo "duro" de la información asistencial, la gestión de pacientes y el CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS BÁSICOS que nos permite buscar información y documentos relativos a pacientes y reproducirlos de forma rápida. Pero esto debe integrarse con el sistema informático del centro. Los trabajos actuales sobre informatización de la HC están orientados a las tarjetas de base de datos que pueden guardar millones de bytes y puede utilizar un resumen del historial clínico a través del CMBD

La HC informatizada dispone de los contenidos habituales de la HC, anamnesis, hojas de pruebas complementarias, hojas de Anatomía Patológica, hojas de evolución, plan de cuidados, hojas de tratamiento, e informe de alta.

La informatización de la HC requiere establecer un planning de los documentos informatizados para cada episodio estructurado por fechas, episodio y nivel de fragmentación. Determinar el nivel de acceso y los criterios de seguridad para proteger la confidencialidad. El desarrollo de la HC informatizada debe implicar a los profesionales médicos y se tiene que calcular la capacidad de archivado-almacenamiento





## HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA.SEGURIDAD

- EN LA ORGANIZACIÓN DE H.C AUTOMATIZADAS DEBEMOS TENER EN CUENTA AL REGLAMENTO DE MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LOS FICHEROS AUTOMATIZADOS QUE CONTENGAN DATOS DE CARÁCTER PERSONAL(REAL DECRETO 994/99) QUE ESTABLECE TRES NIVELES DE SEGURIDAD SEGÚN LA SENSIBILIDAD DE LOS DATOS CON SISTEMA DE PROCESAMIENTO QUE PERMITA SEPARAR DATOS IDENTIFICADORES RELATIVOS A LA IDENTIDAD DE LAS PERSONAS, LOS DATOS ADMINISTRATIVOS, LOS DATOS MÉDICOS, LOS DATOS SOCIALES Y LOS DATOS MÉDICOS.

## HISTORIA CLÍNICA INTEGRADA

- SE ORDENAN LOS DOCUMENTOS ESTRICTAMENTE POR LA FECHA EN QUE SE GENERÓ LA INFORMACIÓN
- ES FÁCIL DE ELABORAR
- PRESENTA EL INCONVENIENTE DEL DESORDEN

## OBJETIVO FINAL

- **TODOS LOS AVANCES TECNOLÓGICOS NO DEBEN HACERNOS OLVIDAR QUE LO IMPORTANTE SIGUE SIENDO LA PRÁCTICA CLÍNICA, LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y EL CONTENIDO DE LA HISTORIA, SEA CUAL FUERE SU ESTRUCTURA Y ESTÉ O NO INFORMATIZADA**

En general la información de la HC automatizada se estructura por documentos clínicos, fragmentando el criterio de acceso para conseguir la protección de los datos. El acceso se realizará mediante claves individuales o password específico para cada profesional, el acceso debe ser en cascada y para la transmisión de información clínica se utilizarán claves de transmisión

Para facilitar el manejo y localización de información en la historia clínica, es preciso que sus documentos estén ordenados de manera homogénea para todo el hospital.

Si se adopta un sistema cronológico puro los documentos deberían colocarse según tipos y agruparse según las fechas de asistencia del paciente, todos los informes clínicos, todas las hojas de anamnesis y exploración clínica ordenadas, todas las hojas de evolución también ordenadas y por último todas las hojas de tratamiento.

Podemos considerar que ésta debe ser la única meta de la labor profesional en la práctica de la Medicina y en esto se resume esta recopilación monográfica sobre la historia clínica considerada desde una perspectiva Médico-legal.





## NORMAS DE PUBLICACIÓN

NuevoHospital recogerá trabajos de todas las áreas y se comportará como transmisor y amplificador de la actividad:

- Noticias: cualquier noticia o comunicación relacionada con la Calidad (congresos, reuniones, libros, etc.)
- Colaboraciones: artículos relacionados con Calidad Asistencial que envíen nuestros lectores.
- Plan de Calidad: información referente a la evolución del plan de Calidad (objetivos, metodología, investigación, resultados de actividad)

### Objetivos:

- Difundir conocimientos sobre Calidad asistencial (metodología, objetivos de calidad, plan de Calidad) que ayuden a mejorar la formación de todas aquellas personas implicadas en la mejora continua de la Calidad.
- Mejorar la comunicación dentro del Hospital
- Mejorar la información sobre la actividad sanitaria en el Área de Salud de Zamora
- Aumentar el nivel formativo en cultura de la Calidad
- Incrementar y mejorar la información del Hospital a la Sociedad
- Incentivar la investigación en Calidad

### Temas:

Cualquier tema relacionado con Calidad asistencial (objetivos de Calidad, investigación, metodología, legislación, revisiones de temas concretos, revisiones bibliográficas, trabajos de investigación etc.). Se clasificarán en editorial, conceptuales, gestión de procesos, tecnología y cartas al editor.

Los temas se agruparán en distintas secciones:

- **EDITORIAL:** colaboraciones especiales de expertos en temas de Calidad
- **CONCEPTUALES:** artículos que desarrollan temas básicos de conocimientos en Calidad (metodología, estadística, epidemiología, etc.)
- **GESTIÓN DE PROCESOS:** en este apartado se darán cabida a la mayoría de los artículos referidos a la actividad sanitaria ("calidad es todo")
- **TECNOLOGÍA:** artículos relacionados con la implantación de nuevas tecnologías (fundamentos técnicos, protocolos, indicaciones, etc.)
- **CARTAS AL EDITOR:** comentarios sobre artículos aparecidos en la revista
- **NÚMEROS MONOGRÁFICOS:** temas y documentos que por su extensión precisen número especial

NuevoHospital se publica en dos formatos:

- Electrónica: en formato pdf, alojada en la página web de la Unidad de Calidad. Tendrá contenidos propios. Todos los trabajos se publicarán en este formato.
- Papel: en tamaño A3 y edición limitada para reparto por servicios unidades y órganos de representación. Habrá dos tipos de publicación: una **trimestral** que contendrá el resumen de la actividad en el trimestre y otra **serie monográfica** en la que se publicarán los manuales y guías del hospital.

### - Estructura de los trabajos:

- Título
- Autor/es (nombre/s y apellidos)
- Área - servicio ó unidad
- Función o cargo que desempeña/n
  
- Resumen
- Introducción (motivación, justificación, objetivos)
- Texto: según el tema que se trate
- en trabajos de investigación: material y métodos, resultados, comentarios-discusión
- en artículos de revisión bibliográfica: desarrollo del tema, comentarios-discusión
  - Conclusiones
  - Bibliografía

### - Formato de los trabajos:

- presentación **en MS-Word** (en disquette ó por correo electrónico)
- tipo y tamaño de letra: **Arial de 10 puntos**
- **tamaño de papel A4** (en el caso de ser enviados por correo ordinario, se ha de acompañar el disquette con una copia en papel)
- **extensión máxima 4 folios**. Los trabajos de mayor extensión podrán ser publicados como monografías
- pueden incluirse tablas o dibujos (blanco y negro)
- en la versión digital podrán incluirse fotografías y gráficos en color

**- los trabajos han de tener el formato definitivo para ser publicados**

### - Modo de envío de los trabajos:

- **por correo ordinario:** Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Avda. Requejo Nº 35. 49022 Zamora
- depositándolos **directamente** en la Unidad de Investigación ó en la Unidad de Calidad (indicar en el sobre que es para publicar en la revista NuevoHospital)
- **por correo electrónico:** [calidad\\_zamora@yahoo.es](mailto:calidad_zamora@yahoo.es) (disponible en la web: [www.calidadzamora.com](http://www.calidadzamora.com))