



versión digital
ISSN: 1578-7516



COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA
Hospital Virgen de la Concha
Hospital Provincial
Hospital Comarcal de Benavente

Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com



NuevoHospital

Vol. V - Nº 13 - Año 2005 - Nº edición: 107

Publicado el 7 de noviembre de 2005

GUÍA DE FUNCIONAMIENTO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

NuevoHospital
Unidad de Calidad
Hospital Virgen de la Concha
Avda. Requejo 35
49022 Zamora
Tfno. 980 548 200
www.calidadzamora.com

Periodicidad: irregular
Editor: Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad
Coordinación Editorial: Rafael López Iglesias (Director Gerente)
Dirección: Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)
Comité de Redacción:
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)
ISSN: 1578-7516

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.

El Archivo Central de Historias clínicas del Hospital Virgen de la Concha se gestiona en dos Áreas básicas:

ARCHIVO DE ACTIVOS, ubicado en el Hospital Virgen de la Concha que custodia y gestiona los movimientos de las Historias con antigüedad de apertura menor de dos años y los de mayor antigüedad, siempre que hayan tenido algún movimiento posterior con carácter asistencial.

Este archivo está **situado** en la **planta baja y en el semisótano** del Hospital. Por razones estructurales actualmente en la planta baja se encuentran archivadas las historias hasta el triple dígito terminal 740 y desde ese triple dígito en adelante se encuentran en la planta semisótano, así como todas las carpetas con las imágenes iconográficas.

ARCHIVO DE PASIVOS, ubicado en un local acondicionado al efecto, fuera del Centro Hospitalario donde se custodian y gestionan las historias de los pacientes con las siguientes características:

- Antigüedad de apertura mayor de dos años y que no han cursado movimiento asistencial posteriormente.
- Pacientes que han causado éxitus
- Pacientes de más de 90 años que no han causado movimiento asistencial en el último año
- Pacientes de fuera del Área Sanitaria, que no han cursado movimiento en el último año.

El sistema de archivado se realiza con los mismos criterios en ambos :

Archivado **por separado** de Historias en soporte papel y radiografías, a fin de ahorrar el máximo de espacio posible

Ordenación por el sistema de triple dígito terminal en el Archivo de activos y por doble dígito terminal en el de pasivos.

La historia clínica es única por paciente y se asigna por el personal del Servicio de Admisión y Documentación Clínica siguiendo los criterios establecidos al efecto.

GESTIÓN DEL ARCHIVO

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica, a través de Archivo de Historias Clínicas, es responsable de la conservación y custodia de las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital. Siguiendo los preceptos de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación médica y de la ley 8/2003 de la Junta de Castilla y León.

Ejecuta los movimientos y préstamos de la documentación Clínica.

Mantiene actualizada la localización de la Historia Clínica.

Vela por el mantenimiento de la confidencialidad de la Documentación y la disponibilidad de la misma.

OBJETIVOS

-Garantizar el mantenimiento de una historia clínica única por paciente.- controlando periódicamente los números duplicados y los corrige

-Custodiar y conservar las historias, garantizando la confidencialidad de la información contenida en ellas.- evitará que la circulación de documentos de la historia clínica se realice sin las debidas seguridades , así mismo repondrá aquellas carpetas que el uso haya deteriorado.

- Garantizar la disponibilidad de la documentación clínica necesaria, tanto para la práctica asistencial, como para investigación y docencia, el control de calidad, planificación y gestión hospitalaria.

- Conocer en todo momento la ubicación exacta de todas las historias del Hospital para lo que será de máxima importancia que siempre registre correctamente los préstamos realizados, el motivo y a quién, según las normas existentes.

- **Controlar que toda la Documentación Clínica se encuentre en la historia del paciente** tras su utilización, tanto en régimen de hospitalización, como ambulatorio, para lo que deberá semanalmente revisar la documentación que no se encuentre dentro de la carpeta correspondiente, solicitando la misma, si fuera necesario, a los servicios que figuren como destinatarios últimos de la historia.

- **Planificar y gestionar el paso a pasivo de las Historias clínicas** con arreglo a los criterios establecidos que surgen de las necesidades del Centro, de la infraestructura del Archivo y de las normas establecidas por la Comisión de Historias Clínicas y de Garantía de Calidad en cuanto al uso de la Documentación Clínica.

En la actualidad se debe realizar mensualmente pasivando las historias sin movimiento en los últimos dos años, los éxitos y las historias de los pacientes mayores de 90 años que no han demandado asistencia en el Complejo asistencial en el último año. Éstas se archivarán en el Archivo de pasivos, que también debe gestionarse pasivando los éxitos causados con anterioridad a los últimos 5 años, enviándolos al Archivo Provincial. Bien entendido que hablamos de historia completa, papel e iconografía.

- **Proponer a la Dirección del Centro**, a través de la Comisión de Historias Clínicas, **mecanismos para impedir el crecimiento incontrolado de las necesidades de espacio físico.**

- **Elaborar periódicamente los indicadores de actividad, funcionamiento y calidad de las tareas realizadas.**

- **Fomentar la dotación de instalaciones adecuadas y de los recursos materiales y humanos precisos para garantizar la adecuada conservación de la Documentación** a través del tiempo.

FUNCIONES DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

1.-MANTENIMIENTO DE UNA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA POR PACIENTE

Al programar la asistencia en cualquier Área del Centro el personal administrativo del Servicio de Admisión y Documentación Clínica deberá identificar al paciente. **Dicha identificación se hará con la asignación de un número de historia clínica que será único en todo el Complejo asistencial y CON LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE MEDIANTE LA BÚSQUEDA DEL NÚMERO DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL (TIS)**

Desde la Unidad de Urgencias:

El personal administrativo de Admisión, ante la demanda de asistencia de un paciente procederá a identificar al mismo estableciendo la búsqueda informática del número de historia clínica.

Si el paciente no tuviera asignado un número de historia definitiva procederá a identificarlo con un número provisional. Dicho número pasará a definitivo si el paciente ingresara en régimen de hospitalización.

Si la demanda de asistencia urgentes hiciese en tres ocasiones como mínimo en tres días, también se le asignará un número definitivo.

El método será el que solicita el sistema informático en uso aplicando las opciones de búsqueda con el lector de tarjeta sanitaria, si no fuera posible se aplicarán las opciones de apellidos completos, si aún no se ha identificado se hará búsqueda numérica por número de afiliación a la S.S.

Desde la Unidad de Citaciones:

El personal administrativo de Admisión, Consultas externas, al recibir las solicitudes de consulta, independientemente del origen de las mismas, procederá a identificar al paciente, mediante búsqueda informática del número de historia clínica con el sistema de que actualmente se dispone.

Si de dicha búsqueda derivase que el paciente tiene historia clínica definitiva, se procederá a citar; si no fuese así se asignará la cita con un número de identificación provisional que se pasará a definitivo en el momento que el personal administrativo del Archivo Central de Historias Clínicas tenga información de la asistencia del paciente a la consulta programada. Y en ese momento se asegurará de incorporar el TIS a los datos personales del paciente, utilizando para ello el programa de conexión con la base de datos de Tarjeta Sanitaria.

También debe identificar correctamente a los pacientes en el momento de capturar la actividad realizada desde las consultas sin programación y recogida por la información del personal de Enfermería de los Centros integrantes del Complejo Asistencial.

Desde la Unidad de Lista de Espera Quirúrgica:

Ningún paciente puede ser incluido en L.E.Q. con un número provisional, por lo que si el paciente no dispusiera de un número de historia definitivo el personal administrativo de esta Unidad procederá a asignarlo en el momento de formalizar dicha inclusión, utilizando para ello las mismas normas de búsqueda e inexcusable incorporación del número de TIS.

Si en el momento de realizar la captura de actividad quirúrgica no se hubiera asignado un número de historia definitivo al paciente, deberá comunicar con el personal del Archivo a fin de resolverlo, identificando correctamente al paciente, incluyendo el TIS.

Desde la Unidad de gestión de la actividad de Hospital de día:

Ningún paciente puede ser atendido en este régimen con un número provisional, por lo que el personal administrativo del servicio de admisión deberá proceder a la correcta identificación del paciente a fin de asignarle un número definitivo y proceder a la creación del correspondiente dossier por parte del Archivo de Historias Clínicas.

Al Archivo le corresponde la elaboración de un censo de historias clínicas. Este registro incluirá tanto la identificación del expediente clínico (número de historia clínica) y la identificación del paciente mediante el nombre, dos apellidos y la fecha de nacimiento, así como el TIS

2.- CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

El Archivo supervisa y ejecuta las normas del Centro que regulan el acceso y disponibilidad de la historia clínica y de la información contenida en ella. (Reglamento de uso de la historia clínica elaborado y aprobado por la Comisión de Historias Clínicas)

Para ello se encargará de :

2ª.- APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

Asignará la identificación a la historia clínica

Emitirá las etiquetas de identificación de la historia clínica, tantas como sobres contenedores haya relativos a un mismo paciente

Etiquetará los sobres de la documentación clínica mediante la emisión de código de barras y poniendo en los sobres de las radiografías etiquetas numéricas de localización pegadas en uno de los laterales del sobre, bien visibles.

Ensobrará la documentación clínica

2b.- INSTALACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

Consiste en la ubicación física de todo el fondo documental en los sobres contenedores.

El espacio para ubicar los expedientes se mide en metros lineales de estantería

En el archivo de activos del Hospital Virgen de la Concha se dispone de 1250 metros lineales de estantería para albergar los dossiers contenedores de documentos y de 1115 metros lineales para albergar los dossiers de placas.

Ha de conseguirse un equilibrio entre el crecimiento y la pasivación a fin de no bloquear el espacio disponible.

Clasificación y ordenación de las historias clínicas

Se hace por el sistema de triple dígito terminal, obligando por ello a dividir el espacio en 1000 secciones, del 000 al 999 dando 1 metr más o menos para cada una. Igual se hará en al espacio destinado a Rx. De este modo las estanterías se llenan aleatoriamente y el depósito crece de forma equilibrada.

Se debe tender a que cada dígito no ocupe más del 75% del espacio en previsión del crecimiento del fondo.

Préstamo

Consiste en la salida temporal de los documentos del archivo.

Los expedientes clínicos se prestarán a las personas que lo soliciten y estén autorizadas garantizando en todo momento la máxima confidencialidad de la historia clínica.

a este fin las solicitudes deben ir correctamente cumplimentadas con los siguientes datos:

- ◆ Nombre y apellidos del paciente
- ◆ Número de historia clínica
- ◆ Servicio
- ◆ Persona peticionaria, personal sanitari
- ◆ Motivo de la solicitud:
 - Asistencia: (siempre se priorizará)
 - Urgencias
 - Consultas externas
 - Radiodiagnóstico
 - Hospitalización
 - Pruebas diagnósticas
 - Docencia
 - Investigación
 - Gestión-calidad, control de gestión, dirección
 - Solicitudes judiciales
 - Planificación- programación- revisión de solicitudes desde Atención primaria
- ◆ Tiempo previsto de utilización

Procedimientos para la realización del préstamo de historias clínicas:

♣ **Obtener los listados de programación** través de la aplicación informática HP-HIS, gestión de archivos y atender a las solicitudes que legan vía telefónica, por fax, a través de solicitudes escritas, por oren de prioridad a partir de criterios exclusivamente asistenciales

- Urgencias
- Consultas externas
- Hospitalización
- Otras

♣ **Comprobar informáticamente**, si existe historia anterior o si es la primera vez que el paciente acude al centro

♣ **Localizar**, en el depósito la HC. solicitada

♣ **Extraer las HC. solicitadas abrir e identificar otras nuevas**

♣ **Registrar informáticamente** el movimiento de salida, motivo y tipo de petición, unidad y persona que demanda las HC, a partir de su solicitud debidamente formalizada y previamente autorizada.

♣ **Distribuir los documentos** en función de la/s unidad/es o persona/s solicitante/s, transportarlos, facilitarlos a los investigadores, codificadores en la/s salas de consulta

♣ **Recoger** los documentos prestados en el tiempo establecido

♣ **Registrar informáticamente** el movimiento de **entrada** de las HC devueltas.(se debe utilizar lápiz óptico de lectura de código de barras)

♣ **Archivar las HC devueltas**

♣ **Controlar las historias prestadas** conociendo en todo momento quién es el responsable del expediente que se encuentra fuera del archivo

♣ **Reclamar las historias no devueltas.**

Estadística de actividad:

SOLICITANTE	USO	Cantidad Diaria
Urgencias	Solicitud de HC de pacientes que acuden a urgencias	
Unidades de hospitalización	Solicitud de HC de pacientes que van a ser hospitalizados:	

	Ingresos programados Preingresos Ingresos urgentes
Consultas externas	Solicitud de HC de pacientes que van a ser atendidos en Cexternas: Programadas No programadas
Unidad de codificación	Solicitud de HC para la codificación de patologías y procedimientos
Servicios de estudio	Solicitud de HC para investigación o docencia
Externos	Solicitud de HC completa o documentación parcial por parte de Instituciones sanitarias públicas o privadas, con motivos asistenciales, organismos o instituciones públicas con motivo no asistencial Administración Pública. jueces Asistencia Social Particulares, pacientes o familiares Otros autorizados

CIRCUITOS DE EJECUCIÓN DEL PRÉSTAMO

URGENCIAS

Ha de llevarse a cabo durante las 24 horas del día y todos los días de la semana, con arreglo a esta distribución:

Solicitud:

Horario de mañana de 8h. a 15 h de lunes a sábado	Personal del archivo
Horario de tarde de 15h a 22h de lunes a viernes	Personal del archivo
Horario de fin de semana y festivos	Personal de admisión

Procedimiento:

- ◆ Comprobar la existencia de historia previa del paciente
- ◆ Localizar y extraer la HC del almacén
- ◆ Registrar el préstamo y la nueva ubicación de la historia clínica
- ◆ Entregar inmediatamente la HC solicitada

HOSPITALIZACIÓN

1.- INGRESOS PROGRAMADOS

Solicitud:

La realizará el personal de admisión área de LEQ

Procedimiento:

Extracción, desde el archivo, de los listados informáticos. Estos ingresos normalmente se realizan por la tarde, por lo que el archivo debe realizar este proceso por la mañana, el mismo día de la hospitalización, de 8h a 10 h.. En el mismo momento en que se reparten las HC solicitadas se recogen las de los enfermos dados de alta y que ya están completadas para su reingreso al archivo (debe contener todos los resultados de las pruebas complementarias y el informe de alta hospitalaria).

El tratamiento de la documentación- HC de los pacientes a atender para CMA u Hospital de día será el mismo, a través de la información escrita que llega desde la unidad de admisiones y se enviará el día anterior a la actuación.

Procesos:

- ◆ Obtención de listados
- ◆ Comprobar si existe HC previa
 - Si es así:: Localización y extracción del almacén
 - Si no existiera: Etiquetado y ensobrado de HC
- ◆ Registro del préstamo y de la nueva ubicación de la HC
- ◆ Transporte y distribución de las HC en préstamo:
 - Las HC de ingresos se reparten y entregan en cada una de las Unidades de Hospitalización.
 - Las HC de preingresos se entregan en Admisión
 - Las HC de CMA en quirófano
 - Las de HDD en las Unidades de Enfermería correspondientes
- ◆ Recogida y transporte al archivo de las HC de los pacientes dados de alta:
 - De quirófano(cirugía ambulatoria)
 - De Secretarías de planta (hospitalización y CMA)
 - De las Unidades de control de Enfermería las de HDD
 - De urgencias
- ◆ Registro de entrada de las HC de alta
- ◆ Archivado de las HC de alta

2.-INGRESOS URGENTES

Solicitud:

Desde la Unidad de Admisión-Urgencias .

Procedimiento:

De manera idéntica al trámite de las urgencias.

Procesos:

- ◆ Comprobación de la existencia o no de HC
- ◆ Localización y extracción de la HC del almacén
- ◆ Si no existiese HC se asignará número a dar por Admisión-Urgencias
 - Se procederá al etiquetado y ensobrado a realizar por el personal del archivo .
- ◆ Registro del préstamo y de la nueva ubicación de la HC
- ◆ Entrega inmediata de la HC a la Unidad de urgencias.

La HC será trasladada, junto al paciente, a la planta de hospitalización asignada y se entregará en el control de Enfermería, comunicando siempre al archivo la nueva ubicación.

CONSULTAS EXTERNAS

1.- CONSULTAS PROGRAMADAS = citadas previamente

Solicitud:

Desde la Unidad de Admisión-citaciones de consultas externas y pruebas complementarias y el personal del archivo extrae los listados a través de la aplicación informática HPHIS- gestión de archivos

Procedimiento de trabajo:

Tres días antes de la consulta se emiten los listados por el personal de tarde del archivo, que señala las HC que se han recuperado del archivo de pasivos.
Se distribuyen los listados hasta que se hayan extraído todas las HC del almacén.
Tareas en el archivo de pasivos de localización de expedientes y archivado
Una persona se ocupará de clasificar las HC por consultas.

Proceso:

- ◆ Obtención de listados de HC por triple dígito terminal
- ◆ Obtención de listados de HC repartidos por consultas

- ◆ Comprobación de la existencia o no de HC previa del paciente:
 - Si existe: localización y extracción
 - Si no existe Etiquetado y ensobrado
- ◆ Búsqueda de HC no aparecidas para la consulta del día siguiente
- ◆ Reparto de las HC para consultas en cajas, carpetas o carros bien etiquetados con la referencia de la consulta externa a la que pertenecen.
- ◆ Añadir a cada carro, carpeta o caja el listado de HC de la consulta con la información sobre la ubicación de las HC programadas y no servidas.
- ◆ Registro del préstamo y de la nueva ubicación de las HC
- ◆ Transporte y distribución de las HC en cada una de las consultas externas
- ◆ Comprobación de las HC devueltas o retenidas sobre la lista de trabajo por triple dígito y ordenador.
- ◆ Registro de entrada de las HC devueltas al archivo
- ◆ Archivado de las HC devueltas al almacén
- ◆ Si en los listados existiera algún paciente sin HC, citado con un número provisional, en el momento de recuperar la historia se comprobará la existencia de dossier (carpeta blanca) comprobante de la asistencia y se debe proceder a asignar número definitivo y al etiquetado y ensobrado, previo al archivado.

2.-CONSULTAS NO PROGRAMADAS: Pacientes que acuden a consulta sin cita previa por:

- Errores en la citación
- Errores en el préstamo de la documentación
- Imprevistos

Solicitud:

Personal de enfermería de consultas externas

Procedimiento :

Correcta cumplimentación del impreso de solicitud (hospital Virgen de la Concha)
Vía telefónica o por Fax desde el CEP o desde el HP

Procesos:

- ◆ Personal administrativo del archivo recepcionando las llamadas telefónicas
- ◆ Comprobación de la existencia de HC previa
- ◆ Localización y extracción de la HC del almacén
- ◆ Registro del préstamo y de la nueva ubicación de la HC
- ◆ Entrega de las HC solicitadas

Como regla general se tenderá a :

Reconducir los imprevistos a la normalidad, procediendo al registro de solicitudes de modo informático.

Archivar los dossiers encarpados, solicitando, si es preciso, la HC al último solicitante.

¿Se podría poner un horario? Por ejemplo cada 2 horas se preparan y entregan

UNIDAD DE CODIFICACIÓN

Solicitud:

Unidad de Codificación

Documentación:

Historias clínicas

Procedimiento:

Solicitud, mediante listado, directamente al archivo mediante listado (pendiente de intentar modificar el sistema informático para proceder a la solicitud automática)

Procesos:

- ◆ Comprobación de la localización
- ◆ Extracción de la HC
- ◆ Registro y préstamo
- ◆ Entrega de las HC solicitadas.

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS, DOCENCIA, INVESTIGACIÓN

Solicitud:

Profesionales sanitarios de los diversos servicios del Hospital debidamente autorizados por la Dirección del Centro y/o Jefe de Unidad de Admisión.

Documentación:

Historias clínicas

Procedimiento:

Escrito dirigido al Jefe de Unidad de Admisión

Procesos:

- ◆ Localización de las HC
 - ◆ Extracción de las HC del almacén
 - ◆ Registro del préstamo y de la nueva ubicación
 - ◆ Transporte a la Secretaría del servicio solicitante con el listado de las HC prestadas y la fecha de devolución prevista (a pactar con cada servicio y autorizado por el Jefe del SADC)
- El préstamo se realizará con la mayor premura, dependiendo de las cargas de trabajo del archivo en 96 horas como máximo.

PRÉSTAMOS EXTERNOS: JUDICIALES Y SOLICITUDES PARTICULARES

Solicitud:

Propio paciente o terceros autorizados por normativa (Instituciones sanitarias con motivos asistenciales e instituciones públicas con motivos no asistenciales)
Tribunales de Justicia

Documentación:

HC o algún documento de la misma

Procedimiento:

Judiciales: desde la Dirección Gerencia, a través del Jefe del SADC

Particulares: desde el SAU, mediante escrito debidamente cumplimentado (anexo1).

Procesos:

- ◆ Localización de la HC
- ◆ Extracción de la HC del almacén
- ◆ Registro del préstamo y de la nueva ubicación
- ◆ Transporte a la Secretaría del Jefe del SADC, que asumirá la responsabilidad de velar por el derecho de los usuarios a la información concerniente a su propia salud, y a la confidencialidad de la información clínica según la legislación procedente.
- ◆ El préstamo se realizará con la mayor premura, dependiendo de las cargas de trabajo del archivo en 48 horas como máximo.

CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN PRESTADA:

Debido a que durante el préstamo de las HC, los pacientes pueden solicitar asistencia desde otros servicios, el archivo debe tender a la realización de acciones de control sobre la documentación prestada, enviando cartas a los solicitantes que no hubieren devuelto las HC prestadas en el tiempo previsto según la normativa propia del Centro (modelo anexo2)

Procesos:

- ◆ Registrar inmediatamente en el sistema informático de gestión de archivos, las incorporaciones, devoluciones o préstamos de documentación clínica que se realice.
- ◆ Archivar diariamente las HC devueltas, evitando que se acumulen
- ◆ Registrar las entradas y las salidas de HC siempre con el expediente delante, comprobando que los datos existentes en la base de datos y los de la documentación que se presta o se devuelve coincide.
- ◆ Revisar el cumplimiento de los plazos de reintegro de la documentación pactados

Hospitalización: En el plazo de 15 días a partir de la fecha del alta
 Consultas externas: En el plazo de 3 días a partir de la fecha de utilización
 Urgencias: En el plazo de 1 día desde la atención
 Codificación: En el plazo de 3 días desde la solicitud
 Investigación-docencia: En el plazo de 7 días
 Judiciales: en el plazo de 3 días .

♦ Comprobar que los formularios de solicitud de la documentación clínica estén debidamente cumplimentados y que en éstos aparezca el nombre de la persona que retira la documentación, el tipo de documentos que se entregan, el nombre de la persona que los da, la fecha que lo hace y la firma del solicitante.

♦ Solicitar a los profesionales o unidades depositarias de la documentación que comuniquen los cambios de ubicación de los expedientes prestados durante el tiempo que la documentación permanezca fuera del archivo central (como consta en el manual de funcionamiento de consultas externas)

3.-MANTENIMIENTO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

El Archivo es el responsable por ley 41/2002 de la correcta custodia y conservación de la documentación clínica generada en el Centro y almacenada en sus instalaciones, siendo el garante de su tutela, por lo que debe evitar su pérdida o destrucción, vigilando las condiciones de conservación y controlando los movimientos de forma lo más exhaustiva posible.

La custodia de la documentación comprende aspectos de **conservación de los documentos y la de los espacios e instalaciones donde se realiza su tratamiento archivístico.**

La conservación de los documentos está sujeta a lo dispuesto en la ley 41/2002 y en la ley autonómica 8/2003, pendiente de desarrollo reglamentario ; mientras esto se produce nos limitamos a asegurar el cumplimiento de lo dispuesto en la mencionada ley 41/2002, en lo referente a :

Conservación.- Responsabilidad del Centro
Mantenimiento y gestión.- Responsabilidad del SADC
Plazos.- Como mínimo 5 años después del alta del paciente

A medida que los documentos generados en la Institución pierden utilidad y dejan de ser necesarios para realizar su actividad diaria, se puede y debe decidir su traslado a otros archivos, proceder a su destrucción o traspasarlos a otro soporte distinto del papel (microfilmación, digitalización, escaneado...) Estas medidas son necesarias ya que con el transcurso del tiempo el volumen de los expedientes crece, por la apertura de nuevas historias y el engrosamiento de las ya existentes

En nuestro Centro, como ya se ha reflejado, se dispone de un archivo acondicionado para estos fines y al que **denominamos ARCHIVO DE PASIVOS**, situado fuera del recinto del hospital, donde se conservan las historias que cumplen las siguientes requisitos:

- no han generado movimiento asistencial en los últimos 2 años,
- corresponden a pacientes que han causado éxitus en los últimos 4 años,
- las de los pacientes mayores de 90 años que no han generado movimiento asistencial en el último año,
- y las de pacientes de fuera del área sanitaria que tampoco han demandado asistencia en el último año.

También se dispone de la ayuda del **ARCHIVO PROVINCIAL** (ley 13/85 de Patrimonio Histórico Español) donde se trasladan las historias de los pacientes que han causado éxitus anteriormente a los últimos cuatro años donde se conserva este fondo documental, con completas garantías de asegurar la confidencialidad de los datos de filiación y de salud de los pacientes según la ley 15/99 orgánica de protección de datos.

Así pues existe:

ARCHIVO DE ACTIVOS, ubicado en el hospital Virgen de la Concha
ARCHIVO DE PASIVOS, situado fuera del hospital
ARCHIVO HISTÓRICO, situado el Archivo Provincial

Documentación

Historias clínicas completas, dossier de historia y de placas juntamente, aunque el archivado se realice por separado, la gestión ha de ser común.

Procesos:

Emitir listados a partir del sistema informático en uso que indique la fecha del último movimiento.
Extraer los expedientes del archivo activo y registrar inmediatamente, en el sistema de información, a través de la aplicación informática de gestión de archivos, su nueva ubicación en el Archivo Pasivo o Histórico-Provincial.
Archivar los expedientes en el Archivo Pasivo con el sistema doble dígito terminal.

Periodicidad :

El paso de activo a pasivo se realizará cada mes, la última semana del mes en curso
El traspaso al Archivo Provincial se realizará con carácter ANUAL, los meses de octubre?

4.- CONTROL DE CALIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

El archivo de historias clínicas debe elaborar índices de forma periódica, una vez al año, para medir los resultados de su actividad:

Control de archivado:

Índice de rentabilidad: evalúa el proceso de archivado y mide el número de historias buscadas referido al de archivadas totales en el archivo de activos; estándar entre 1 y 4

Índice de eficacia: evalúa el número de HC localizadas, referido al total de las buscadas, tanto en el archivo activo como en el de pasivos, estándar entre 0,95 y 1.

Índice de errores de localización:, considerando errores de localización las historias que figuran en el archivo, pero que no están instaladas en el lugar que les corresponde, las que aparecen prestadas, pero que están realmente en el archivo y las que aparecen como ubicadas en el archivo, pero que realmente están prestadas.

Se calcula sumando el índice de errores de localización de HC en el archivo +el índice de los errores de localización en préstamo; estándar entre 0 y 0,5.

Se consideran errores de localización en préstamo aquellas HC que finalmente se han suministrado, pero que ha costado encontrar, o porque estaban en otras dependencias, o porque han circulado por el centro sin que se haya comunicado su nueva ubicación al archivo.

Control de préstamo:

Índice de seguridad: evalúa el número de HC que reingresan al archivo del total de HC que salen en préstamo; estándar entre 0,95 y 1.

Índice de control de préstamos urgentes: evalúa el número de HC solicitadas con carácter urgente entre el total de solicitadas * 100; estándar menor del 105.

Se consideran solicitudes urgentes aquellas cuyo préstamo efectivo es necesario para el mismo día que se solicitan.

Dimensionado del espacio o índice de crecimiento del archivo, a realizar con carácter trimestral.

ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL**GESTOR:**

Descripción de puestos de trabajo, asignación de funciones
Distribución de tareas
Control de actividad
Mantenimiento del cuadro de mandos
Gestión de las necesidades de espacio
Elaboración de los indicadores de calidad
Gestión y formación del personal

En general se responsabilizará del cumplimiento del presente manual y del buen funcionamiento del archivo y propondrá al responsable del servicio aquellas modificaciones, cambios o innovaciones que considere precisas en el modelo organizativo.

ADMINISTRATIVO

Control de las bases de datos

Asignación de número de HC. Única por paciente
Apertura de HC nuevas, etiquetado y ensobrado.
Control de historias duplicadas
Control y corrección de registros incompletos (TIS)
Control y corrección de registros erróneos.
Rearchivado de expedientes mal colocados
Mantenimiento y custodia de HC o documentación clínica sujetas a “custodia especial”
Control y apertura de expediente de pérdida cuando una HC, después de dos meses de búsqueda exhaustiva, no aparece, recopilando todos los documentos posibles .
Control de documentación solicitada para fines judiciales y/o solicitada por el propio paciente o terceras personas autorizadas.
Control y reclamación de Hc prestadas y no devueltas al archivo según la normativa del archivo.

AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

Turno de mañana:

Extracción de las HC para consultas externas
Atención telefónica y mostrador
Extracción de HC no programadas, que previamente se habrán registrado en el sistema informático habitual.
Extracción de HC para urgencias
Extracción de HC para hospitalización
Control de apertura de dossiers de radiografías
Etiquetado y ensobrado de radiografías
Archivado de radiografías
Clasificación y archivado de documentos aislados y de historias de urgencias
Labores de extracción y archivado de documentación clínica en el archivo de pasivos

Turno de tarde:

Control y archivado de HC devueltas
Extracción de las HC de urgencias
Atención telefónica y en mostrador
Emisión de listados de consultas señalando las ya recuperadas del archivo de pasivos
Recambio de sobres y etiquetado.

PERSONAL SUBALTERNO

Recogida y transporte de la documentación de las plantas de hospitalización y de las Secretarías.
Recogida y transporte de documentación de consultas externas
Recogida de la documentación preparada para ubicar en el archivo de pasivos.

El presente manual está sujeto a los cambios oportunos cuando sea necesario tras revisión a los tres meses de su implantación, fecha prevista el 30 de marzo de 2006.



NORMAS DE PUBLICACIÓN

- **Objetivo:** 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.

- **Tema:** cualquier tema relacionado con calidad asistencial (objetivos de calidad, investigación, metodología, legislación, revisiones de temas concretos, revisiones bibliográficas, trabajos de investigación etc.).

- **Formato:** NuevoHospital se publicará en formato digital (disponible en la web) y en papel (trimestralmente). Todos los trabajos serán publicados en el formato digital.

- Estructura de los trabajos:

- Título

- Autor/es

- 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)

- 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 del Hospital)
- por **correo electrónico:** ucalid@hvcn.sacyl.es (disponible en la web: www.calidadzamora.com)



HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA