

**SERVICIO DE ADMISION Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**

**MEMORIA DE ACTIVIDADES  
DEL SERVICIO DE ADMISIÓN  
Y DOCUMENTACIÓN  
CLÍNICA**

**AÑO 2025**

**El año de la migración a la versión HCIS 4.8.1.  
del programa de gestión de pacientes**

Servicio de Admisión y Documentación Clínica

---



## 1. Índice

INTRODUCCIÓN: .....	4
1. UNIDAD DE ADMISIÓN .....	6
1.1. ADMISION DE URGENCIAS Y ADMISION PROGRAMADA.....	6
1.2. ADMISIÓN DE URGENCIAS.....	9
1.3. UNIDAD DE CITACIONES DEL HOSPITAL Y DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES..	12
1.4. UNIDAD DE RELACIONES EXTERNAS.....	21
1.4.1 SIFCO y traslados interhospitalarios.....	21
1.4.2. Registro de recién nacidos.....	25
1.5. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.....	26
2. UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN CLINICA:.....	29
3. PROTOCOLOS Y PROCESOS REALIZADOS E IMPLANTADOS. ....	46
4. PARTICIPACIÓN EN COMITÉS Y COMISIONES HOSPITALARIAS .....	46
5. DOCENCIA PREGRADO Y POSTGRADO.....	46
6. ACTIVIDADES CIENTÍFICAS Y OTRAS .....	47
7. ESTADO ACTUAL DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO.....	48
8. ANEXO I.....	49
Introducción.....	52
Antecedentes.....	52
Conclusiones.....	66

## 2. INTRODUCCIÓN:

Durante el ejercicio 2025, el hito más relevante para el Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) del Hospital Universitario Río Hortega ha sido la implantación de la versión 4.8.1 del sistema de gestión de pacientes HIS (Dedalus). Este proceso, cuya puesta en marcha definitiva se materializó el 15 de noviembre del 2025, ha supuesto un desafío estructural para el SADC con repercusión directa en su gestión operativa global y también con una importante repercusión en el resto del hospital.

La presente memoria detalla los logros y datos asistenciales más significativos de cada área del SADC. Asimismo, destaca la reciente integración del servicio en la intranet hospitalaria, donde se ha formalizado la difusión de nuestro organigrama, misión, visión y valores. Cabe resaltar la creación del apartado «Servicios al Paciente», una guía orientada a facilitar al usuario gestiones clave como la modificación de datos personales, la obtención de justificantes o el acceso a la documentación clínica entre otros.

### **Retos y Reivindicaciones Estratégicas:**

Desde una perspectiva institucional, el SADC continúa reivindicando la recuperación de sus competencias normativamente reguladas, en el diseño y gestión del Sistema de Información Hospitalario (SIH) y en el análisis y explotación del CMDB, funciones que fueron detraídas de nuestra cartera de servicios en el año 2018.

Otro reto es la incorporación a su cartera de servicios, de la responsabilidad de retomar y relanzar el registro de tumores hospitalario, sin actualización desde hace más de diez años.

### **Impacto de la Implantación del HIS:**

La transición al nuevo sistema ha exigido una dedicación exhaustiva durante todo el año, involucrando al personal en sesiones de análisis, revisión de módulos y actividades formativas. Si bien las funcionalidades del nuevo programa no han experimentado cambios sustanciales, al cierre de 2025 aún se observan determinadas dificultades en el desarrollo de ciertas funcionalidades y procesos.

Esta situación, sumada a la habitual presión del trabajo en el SADC, ha derivado en episodios de tensión interna y ha afectado puntualmente al rendimiento y a su calidad técnica. Un factor crítico ha sido la restricción en la nueva implantación al acceso a los datos y a las tablas que los contienen del programa —funcionalidad disponible en

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

---

versiones anteriores—, lo que impide al SADC realizar el necesario seguimiento de la trazabilidad de los registros, dificultando la identificación y corrección de errores en los distintos módulos del HIS.

Se adjunta a este documento un anexo sobre el proceso de implantación del nuevo HIS (pasamos de la versión v3.6.2 a la v4.0), que incluye fases, actas y metodologías de trabajo.

El motivo de este amplio anexo que incorporamos en esta memoria, es doble; por una parte, porque muchos de los profesionales del SADC ya vivieron la migración anterior en el año 2008 por lo que tienen experiencia en estas dinámicas y por otra porque en línea con la proyección multicéntrica del nuevo MHIS que ha planteado el Sacyl, estimamos que este documento podría resultar de utilidad, sirviendo como base de experiencia y guía de transferencia.

### **Agradecimientos**

Quiero expresar mi agradecimiento y gratitud a la Dra. Belén Cantón, Gerente del Hospital, como nuestra superior jerárquica, por su apoyo constante y su profunda comprensión de las funciones del SADC. Su implicación personal ha sido clave durante la migración e implantación del nuevo HIS.

Asimismo, extiendo mi reconocimiento a todo el personal del SADC por su profesionalidad y compromiso; confío en que, tras esta transición, alcancemos pronto la necesaria estabilidad en el programa y en las cargas de trabajo implicadas.

**Dra. Soledad Sañudo García**  
Jefe del Servicio de Admisión y  
Documentación Clínica (SADC)

### 3. UNIDAD DE ADMISIÓN

#### 1.1.ADMISION DE URGENCIAS Y ADMISION PROGRAMADA

Gestión de camas, de ingresos programados, urgentes y de otras modalidades y gestión de sus altas.

La principal novedad, ha sido la incorporación de personal de enfermería, una persona con dedicación exclusiva a la gestión de camas y con los objetivos de:

- a) valorar la adecuación de la oferta y demanda de camas hospitalarias.
- b) establecer circuitos ágiles para el flujo de altas e ingresos.
- c) y priorizar la asignación de camas según criterios clínicos y organizativos.

Las principales funciones que desempeña, son:

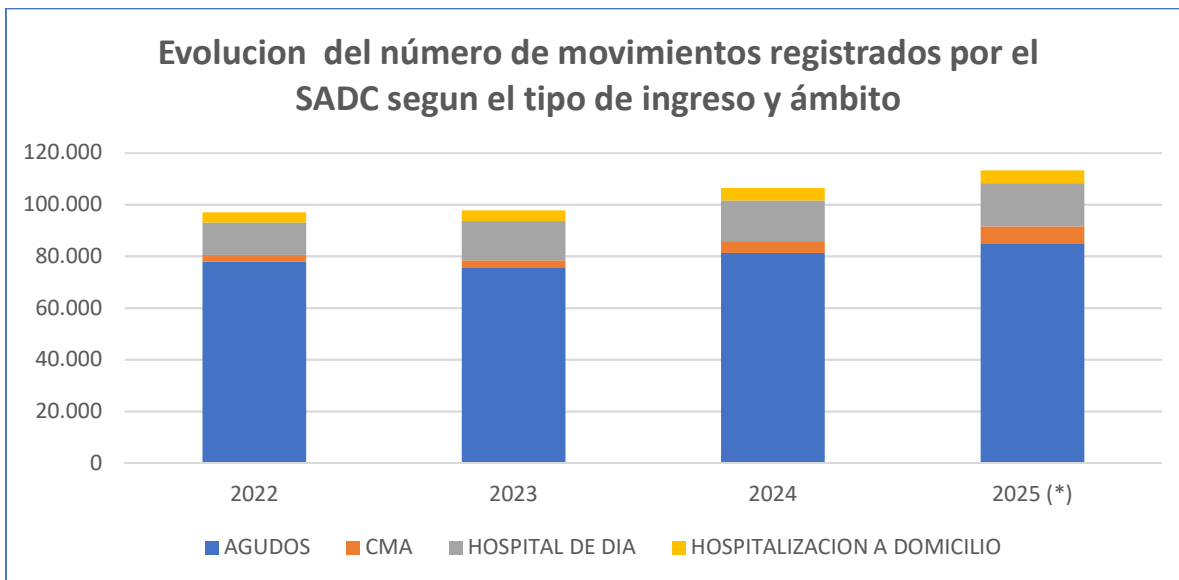
- ✓ Tras la valoración inicial diaria de la situación de camas del hospital, analiza las necesidades de ingreso de pacientes programados, hospital de día y pendientes de hospitalización.
- ✓ En el caso de los ingresos urgentes, continuamente el enfermero del SADC, revisa las solicitudes de ingreso y adjudica la cama correspondiente, en coordinación con el personal de Admisión de urgencias y de enfermería de las distintas unidades.
- ✓ En el caso de los ingresos programados, la adjudicación de camas se realiza por admisión programada, bajo la supervisión de este enfermero, coordinándola con la situación de los ingresos urgentes y de la sala de espera de Atención al Paciente.
- ✓ También diariamente y en función de la situación de los ingresos urgentes y programados, gestiona los traslados internos y recolocación de ectópicos, valorando las necesidades clínicas o estructurales, que lo justifican.
- ✓ En relación con la gestión de altas, contacta con las unidades de hospitalización continuamente, una vez detectada el alta en JIMENA, para agilizarlas, incluyendo la revisión de las solicitudes de transporte sanitario, cuando proceda.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

- Continúan aumentando las solicitudes y gestión del transporte sanitario en casi todos los ámbitos implicados.

SERVICIOS DE TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE EN AMBULANCIAS CONVENCIONALES - HURH							
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
INGRESOS HOSPITALARIOS	65	48	58	49	87	100	102
ALTAS HOSPITALIZACION	3.720	4.335	4.299	4.435	4.353	5076	4676
INTERHOSPITALARIO ENTRANTE	754	555	709	686	701	776	775
INTERHOSPITALARIO SALIENTE	1.100	1.058	1.178	1.064	1.055	1235	1256
INTERHOSPITALARIO TOTALES	1.854	1.613	1.887	1.750	1.756	2011	2031
CONSULTAS	11.268	6.678	8.496	10.020	10.186	12956	13968
REHABILITACION	1.980	500	570	998	888	1016	754
DIALISIS	7.552	7.842	8.536	8.592	9.180	9736	11480
ALTAS DE URGENCIAS	2.680	2.544	3.207	2.908	3.333	3637	3823

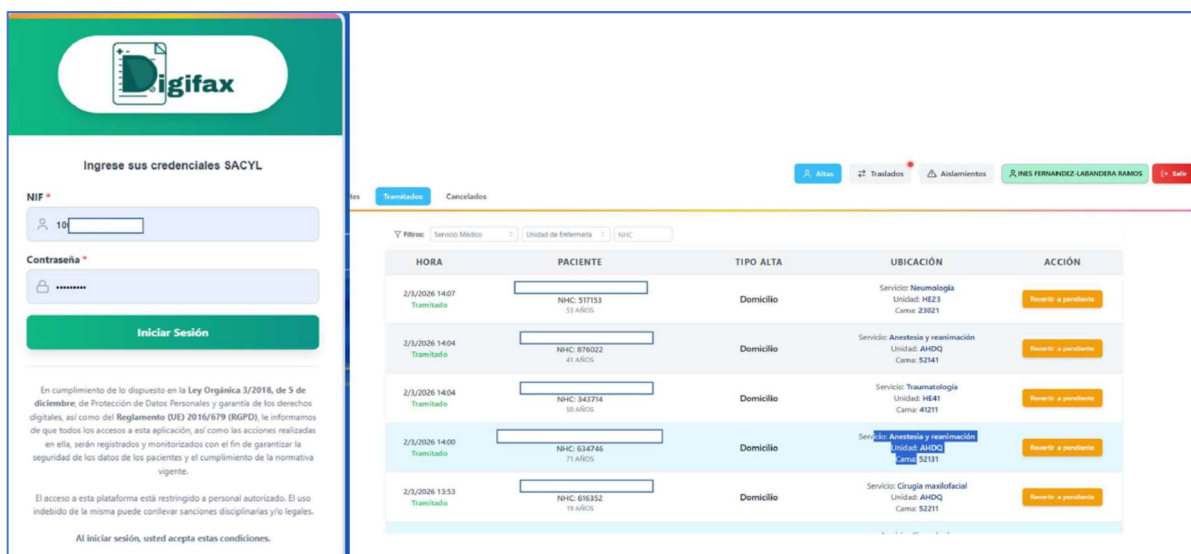
- También han aumentado los procesos de registro y gestión por el SADC, de los ingresos de agudos, hospitales de día, de domicilio, etc.  
No se trata solo del registro del ingreso y del alta, con la gestión subsecuente, sino también, de la gestión y registro de todos los movimientos de los pacientes durante sus estancias:
  - Gestión y registro de los traslados entre unidades, bajo la supervisión del personal de enfermería del SADC.
  - Traslados al hospital clínico con su correspondiente reserva de cama.
  - Gestión de los traslados al centro Benito Menni y al centro Casaverde, en coordinación con los servicios clínicos, trabajadores sociales, etc.
  - Registro y gestión de todas otras modalidades de atención con identificación del puesto, cama o ubicación del paciente, como en los hospitales de día médicos, quirúrgico, pediátrico, psiquiátrico, hospitalización a domicilio, UFAC, UNAC, UCA, etc.), lo que supone un volumen muy importante de actividad, que como se observa en la gráfica, supera ya más de 100.000 registros anuales.



(\*). Proyección para 2025, ya que, desde noviembre de 2025, con el nuevo HIS, ya no se dispone de esta información.

- Se pone en marcha el 7 de abril de 2025, una nueva forma de notificación al SADC de las altas hospitalarias desde las plantas, denominado **DIGIFAX**.

Ha sido diseñada por la Unidad de Procesos del hospital en colaboración con el Servicio de TIC y SADC. Con él, enfermería desde las plantas de hospitalización se comunican con Admisión de Urgencias y Admisión Programada para notificar altas, traslados, aislamientos y exitus, en tiempo real. Al sustituir al Fax (que era el sistema del que se disponía, totalmente obsoleto) no es una integración automatizada JIMENA-GACELA-HIS, que sería lo deseable, pero ha simplificado mucho el procedimiento, aportando además transparencia a toda la organización sobre esta información tan relevante.



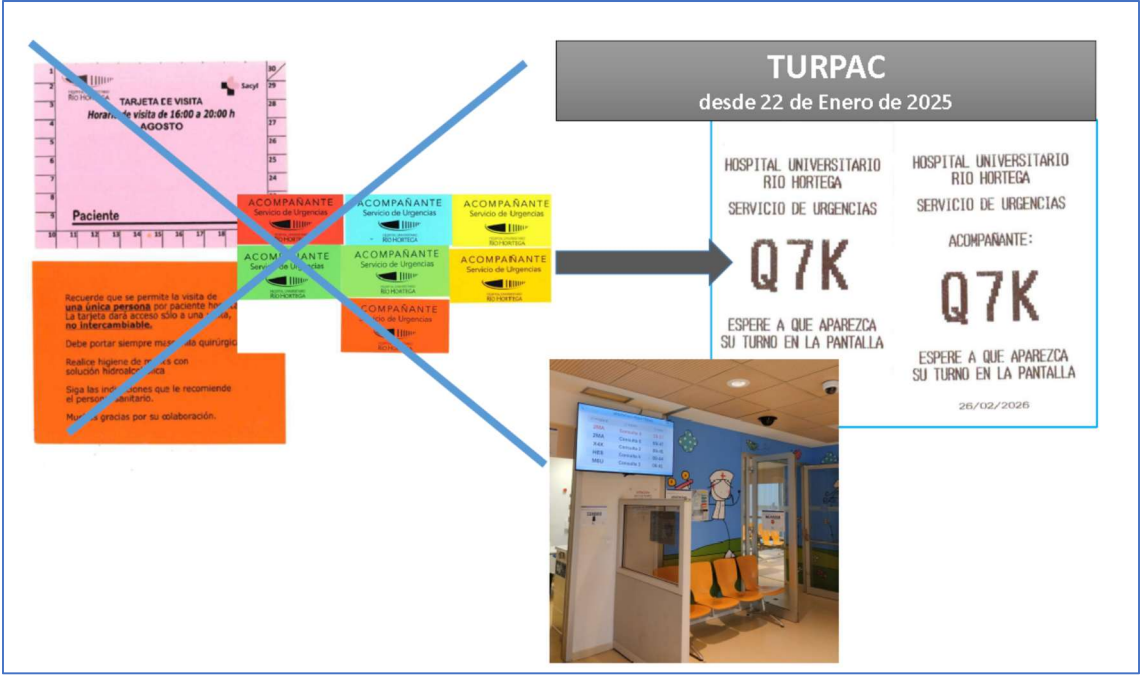
HORA	PACIENTE	TIPO ALTA	UBICACIÓN	ACCIÓN
2/3/2026 14:07 Tramitado	NHC: 517153 53 AÑOS	Domicilio	Servicio: Neumología Unidad: HE23 Cama: 23021	Reservar a paciente
2/3/2026 14:04 Tramitado	NHC: 876022 41 AÑOS	Domicilio	Servicio: Anestesia y reanimación Unidad: AHDQ Cama: 52141	Reservar a paciente
2/3/2026 14:04 Tramitado	NHC: 343714 50 AÑOS	Domicilio	Servicio: Traumatología Unidad: HE41 Cama: 41211	Reservar a paciente
2/3/2026 14:00 Tramitado	NHC: 634746 71 AÑOS	Domicilio	Servicio: Anestesia y reanimación Unidad: AHDQ Cama: 52131	Reservar a paciente
2/3/2026 13:53 Tramitado	NHC: 616352 19 AÑOS	Domicilio	Servicio: Cirugía maxilofacial Unidad: AHDQ Cama: 52211	Reservar a paciente

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

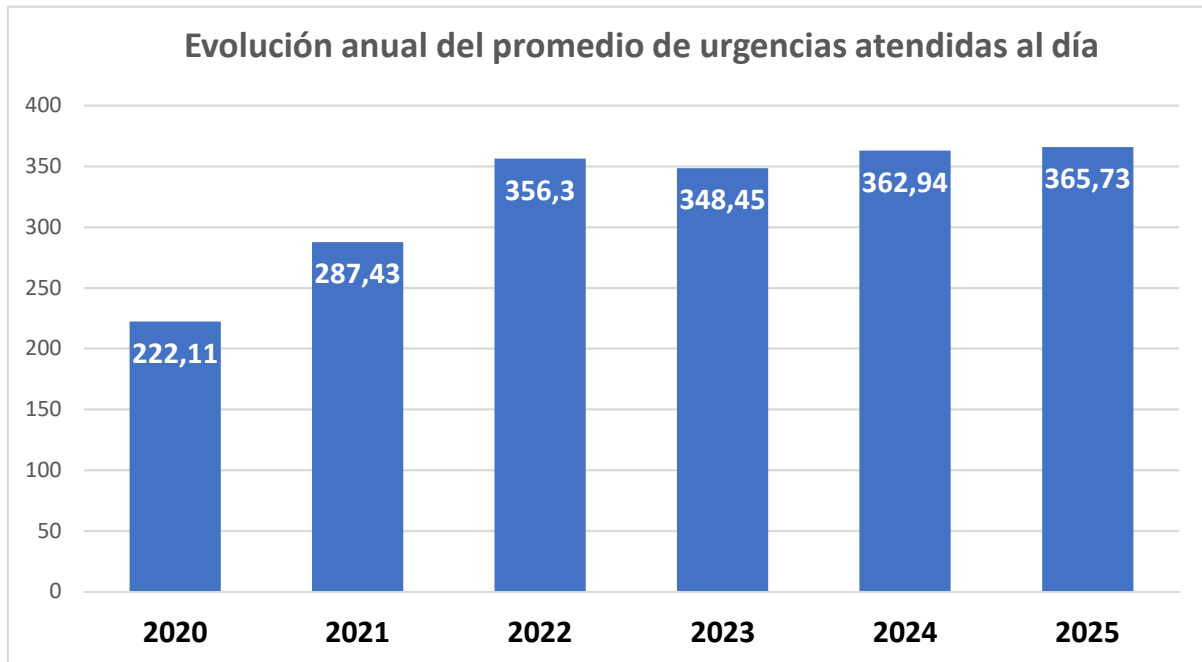
### 1.2.ADMISIÓN DE URGENCIAS

- En el año 2025, la Unidad de Admisión de Urgencias del SADC, formó parte junto con el Servicio de Urgencias de los procesos relacionados con su acreditación con el Sistema de Calidad ISO 9001 – 2015, para este Servicio.
- Desde enero de 2025 se ha implantado una nueva aplicación llamada **TURPAC** diseñada desde la Unidad de Procesos del hospital en colaboración con el Servicio de TIC y SADC.

Consiste en asignar de manera aleatoria un código alfa-numérico a cada paciente que acude al Servicio de Urgencias y con el que se realiza la llamada a los pacientes por turno, de manera anónima tanto por pantallas como por el sistema de megafonía. El programa imprime dos copias del código que se entregan al paciente y a un acompañante. Esto ha permitido además eliminar las pegatinas que se usaban para identificar a los acompañantes.



- Se mantiene el sistema de **comunicación diaria de las incidencias** más relevantes, para aportarlas en el pase de camas diario, a la que se añadió la información de los ingresos ectópicos de Medicina Interna y los motivos por los que se ingresaban en otras unidades de hospitalización, por la situación de sobreocupación que ha tenido este servicio a lo largo de todo el año.
- El volumen diario de urgencias, sigue aumentando, como se observa en las gráficas adjuntas.

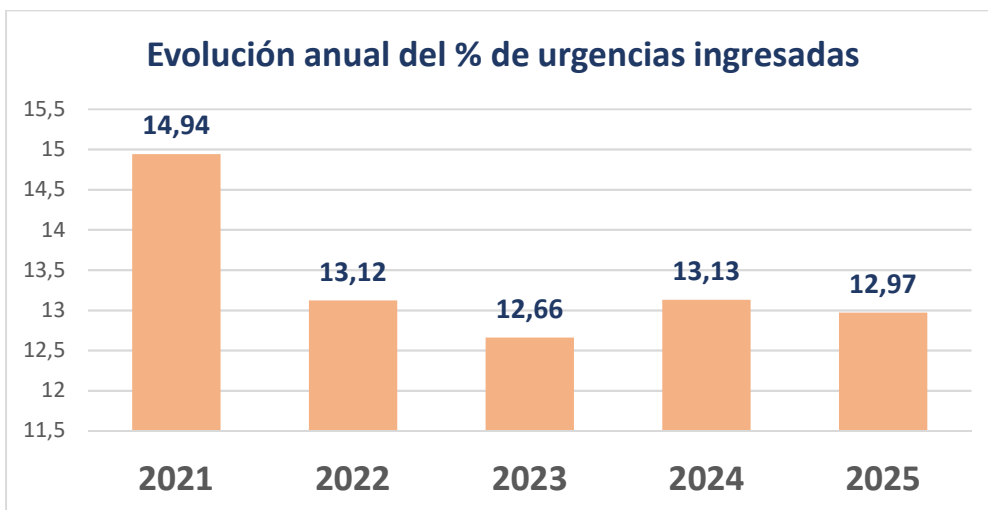


El aumento se debe sobre todo a las urgencias generales, ya que las pediátricas y obstétricas, se mantienen.

**EVOLUCION DEL PROMEDIO DE URGENCIAS ATENDIDAS  
DIARIAMENTE SEGÚN AREAS DE ATENCION**

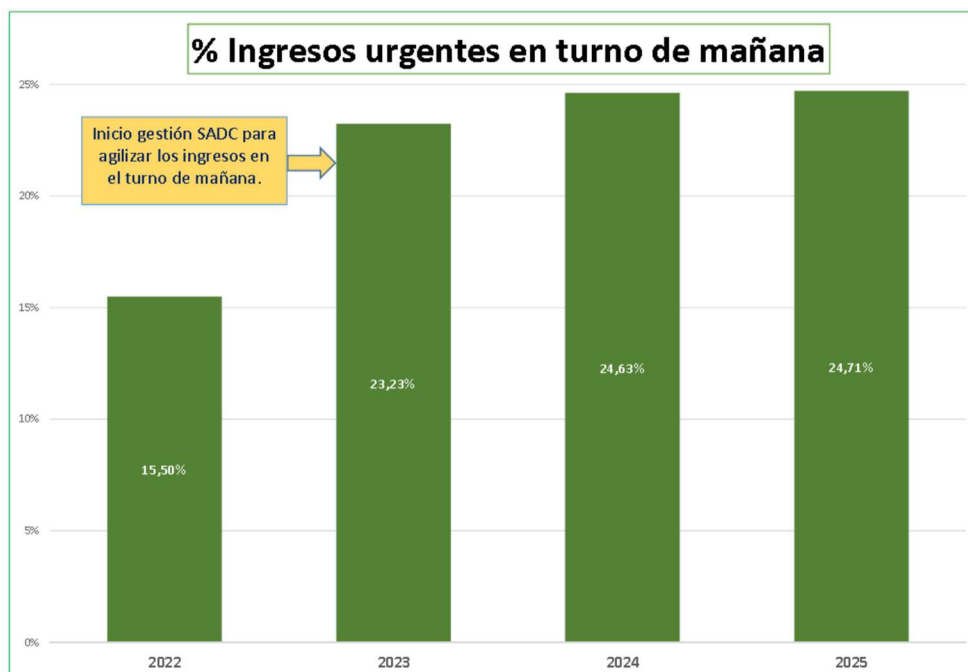
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>URGENCIAS GENERALES</b>	234,90	229,20	237,32	243,61	230,65	271,33	276,14
<b>PEDIATRIA</b>	96,45	92,70	117,61	110,04	90,35	91,42	88,91
<b>GIN y OBSTETRICIA</b>	17,71	13,8	18,81	17,72	17,45	18,56	19,18

- Se ha conseguido que el promedio de ingresos urgentes en el turno de mañana, esté en torno al 25%. Este procedimiento no obstante exige una continua atención por parte del SADC, apoyada especialmente por el médico del SADC y el enfermero, ya que la tendencia de toda la organización, es el demorarlos a la tarde.



El estándar aceptado para el porcentaje de urgencias ingresadas está en torno al 15% para Castilla y León<sup>1</sup>. Nuestro hospital tiene valores menores que los hospitales de su grupo.

**El 90% de los ingresos urgentes indicados en el turno de mañana, se ingresan en ese mismo turno.**



<sup>1</sup><https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas>

### 1.3.UNIDAD DE CITACIONES DEL HOSPITAL Y DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES

Entre las actuaciones realizadas por el SADC en relación con la gestión de citas de Consultas Externas (CC.EE.) durante el año 2025, se identifican las relacionadas con los siguientes objetivos:

- Mejorar la gestión y demoras en la atención de pacientes preferentes ajustes en agendas y circuitos.
- Optimizar la capacidad asistencial a través de la creación de nuevas agendas, módulos y actividad extraordinaria (peonadas).
- Impulsar la innovación con la implantación de consultas no presenciales, telepresencia y procesos digitales (HCIS 4.0, avisos SMS, SAcYL Conecta), **implantado como piloto** en nuestro hospital.
- Coordinación pruebas radiológicas y circuitos con centro concertado

Se han de considerar dos situaciones con una importante repercusión en el trabajo y rendimiento de este ámbito del SADC:

- a) **Cambios continuos del personal** por la elevada rotación asociada a jubilaciones y cambios en la estructura del servicio —incluida la sustitución de dos jefes de grupo (de un total de cinco) y un jefe de unidad— lo que requirió periodos de adaptación y una redistribución temporal de funciones. Fue relevante la asignación definitiva del personal y el jefe de grupo de citas de radiodiagnóstico al SADC, tal y como estaba aprobado desde el año anterior, pero que no terminaba de concretarse.
- b) También se tuvo que **reestructurar el espacio**, pasando un grupo importante de personas al nivel 0, área de Archivo, lo que obligó a reorganizar tanto al personal como los procedimientos de trabajo, con impacto adicional en el clima laboral.

Durante 2025, la actividad de esta Unidad del SADC, se ha caracterizado por una carga operativa que no para de aumentar, con una cada vez mayor necesidad de supervisión y constante ajuste.

Los principales indicadores de esta actividad son:

- **Consultas externas atendidas:** 526.714 (20.000 más que 2024)
- **Citas totales realizadas:** 1.670.761 de citas para cualquier tipo de actividad y ámbito, lo que indica el enorme volumen de trabajo de la unidad de citas (el 94% realizadas por el SADC. El 6% restante son citas realizadas por Atención Primaria)

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

- **Media diaria de citas efectivas dadas desde citaciones:** 2.320 (muestreo)
- **Media diaria de citas efectivas por administrativo:** 92
- **Media diaria de anulaciones por administrativo:** 37
- **Media diaria de reprogramaciones por jefe de grupo:** 89
- **% de reprogramación global:** 19,3% (20,5% 2024)
- **El 9 % de las citas, han de darse telefónicamente.** Esto supone una importante carga de trabajo, pues el tiempo dedicado a ello por administrativo, es mucho mayor que el tiempo de citar y enviar el aviso por correo.

Ya que parece difícil que organizativamente esto se evite (poco margen para ajustar vacaciones, salientes de guarida, LD, etc), deberían poderse habilitar soluciones para que el paciente pueda recibir ese aviso, sin depender de los tiempos del correo postal (por ejemplo por SMS o chatbot).

### - Primeras consultas preferentes:

Otro ámbito que, durante el 2025, ha supuesto una atención especial es el porcentaje de primeras consultas preferentes atendidas menos de 15 días.

El objetivo del PAG25 era de un mínimo de 75%. En el año 2025 se ha llegado a un 92,5%, mejorando en 22 puntos, lo conseguido en el año anterior.

Para el seguimiento y consecución de este objetivo, con el apoyo de TIC, se ha establecido un aviso automático, de aquellas citas de primeras consultas que, en el momento de ser citadas, su demora es mayor de 14 días.

mi. 25/02/2026 8:10

 integracion@saludcastillayleon.es

**[HURH] 25/02/2026 Pacientes con DEMORA >= 15**

Para Sañudo Garcia, Soledad; Canelas Fernandez, Javier Angel; Valentin Tola, Maria Nuria  
CC Hernandez Illera, Antonio

---

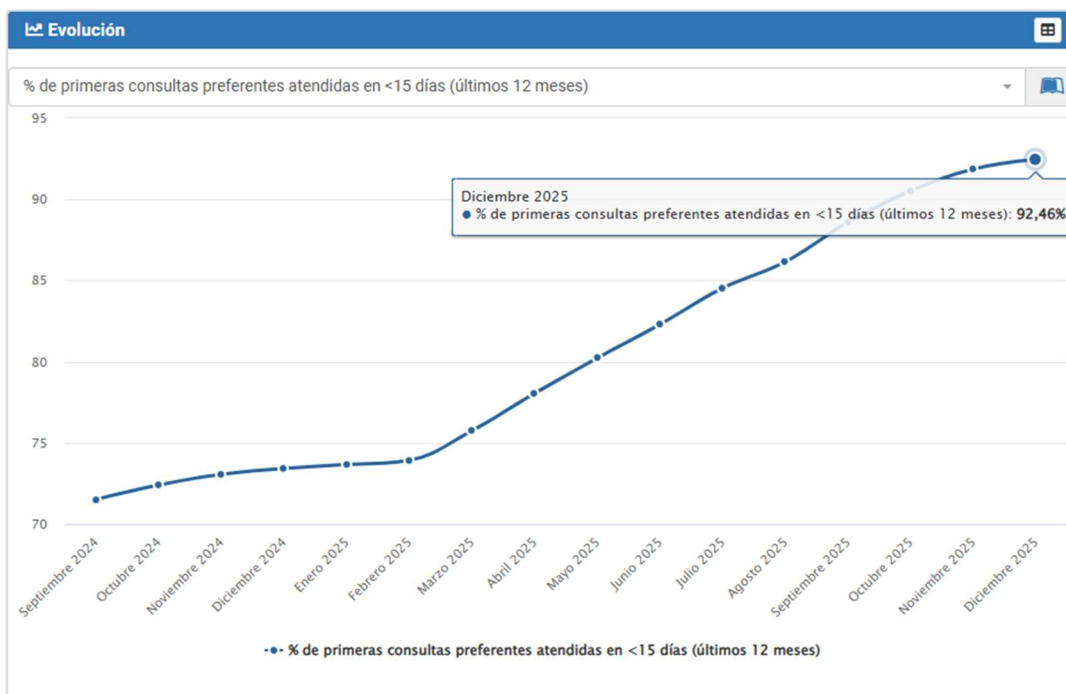
Pacientes con citas con demora >= 15 días:

04/03/2026	(ntvega)	DEMORA:16	NDIGBU 887665 - ORTIZ RODRIGUEZ; ROCIO (2.21: INTERCONSULTA)
17/03/2026	(jcalvo)	DEMORA:21	NORLHF 715029 - CAMPIÑEZ GARRIDO; IARA (2.21: INTERCONSULTA)

De esta forma, el objetivo de al menos un 75%, se ha conseguido claramente y con el sistema implantado se podrá mantener, salvo en los momentos de situaciones estructurales que no lo permitan (periodos vacacionales, etc.), que dependen más de decisiones estructurales de la Dirección que de la actuación del SADC.

Se presentó a la Gerencia un informe con el protocolo establecido y los resultados.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica



### – Actividad extraordinaria:

La Dirección Médica ha seguido diseñando actividad extraordinaria, en ocasiones para mejorar las demoras de primeras consultas y en otras ocasiones por problemas en la disponibilidad de facultativos.

### – Comunicación de los pacientes con Citaciones:

La puesta en marcha del correo de contacto de los pacientes con Citaciones-SADC, ha añadido a la disponibilidad en **Sacyl Conecta** desde el 15 de mayo del 2025, para que el paciente anule o solicite un cambio de su cita por esta vía.

Esta opción se ha implantado en modo prueba en dos hospitales (el nuestro y el Hospital Univ. de Burgos), poniendo en nuestro caso a disposición de este sistema más de 600 agendas.

**PROMEDIO DIARIO DE CORREOS Y AVISOS DE SACYL CONECTA,  
PARA CAMBIOS Y ANULACIONES DE CITAS.**

**109/Día**

La antelación con la que se solicita por parte de los pacientes estas gestiones es la siguiente:

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

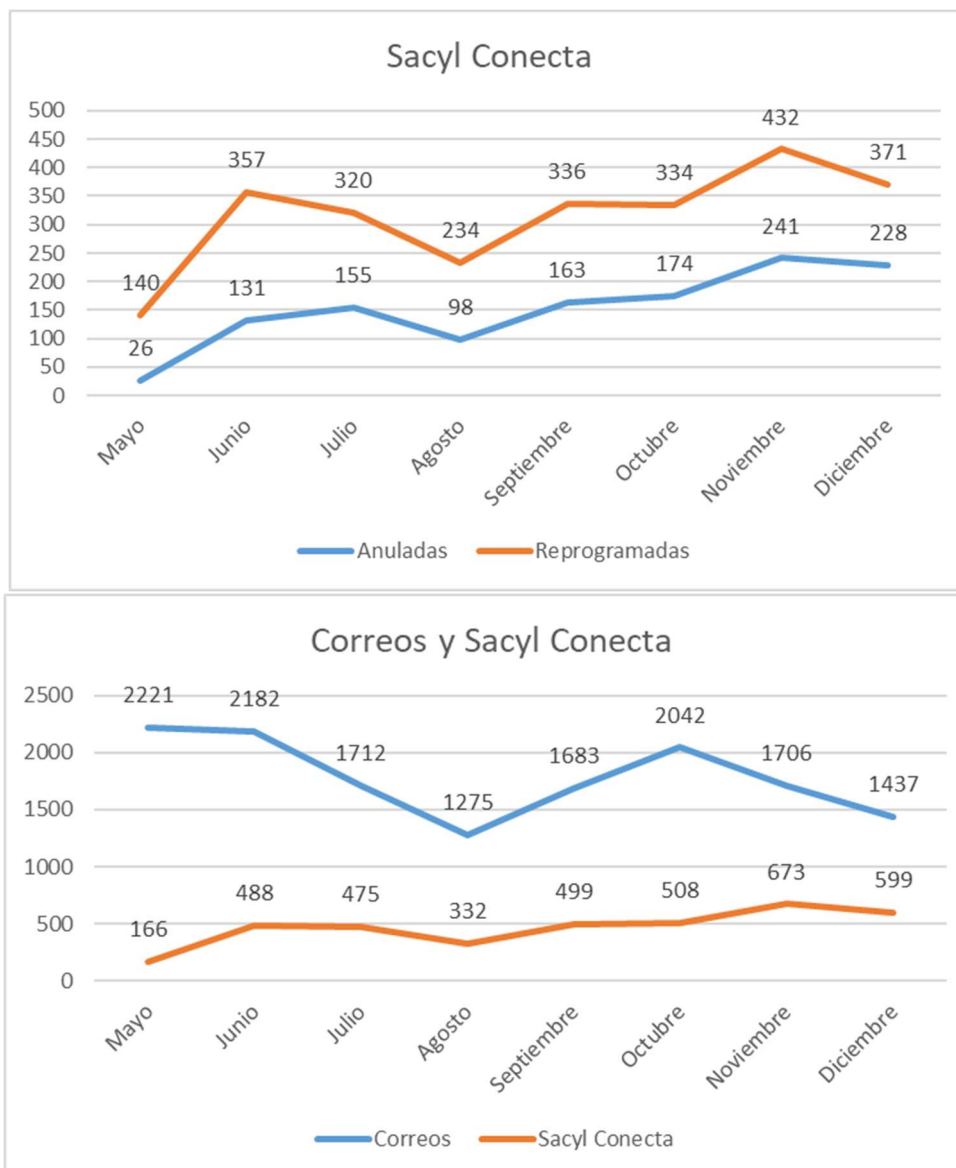
	ANULACIONES	REPROGRAMACIONES
En las 24 horas previas a la cita	14%	17%
Con antelación entre 24h y 48 h previas a la cita	7,15%	6,32%
Con antelación entre 48 h y 72 h previas a la cita	5,68%	5,43%
Con mas de 72 h de antelación	73%	71,29%

En las 48 horas previas se solicitan cambios en torno al 20 % de las citas por esta vía, lo que obliga al SADC a una gestión ágil y eficiente de los huecos que quedan libres. No obstante, el volumen de cambios recibidos por esta vía, es aun pequeño en comparación al sistema tradicional, que es comunicación telefónica con citaciones, que continúa siendo el más utilizado por los pacientes, pero **la comunicación telefónica de los pacientes con citaciones, sigue siendo un problema.**

El teléfono está continuamente comunicando, por lo que esta vía está prácticamente bloqueada, siendo esta una queja muy recurrente que el actual sistema de SMS, no mejora.

Consideramos que una de las razones, a parte las posibles dificultades de los usuarios con estas nuevas formas de comunicación, es que no cumple con las necesidades y dinámicas precisas, como que sea bidireccional, que el hospital tenga más autonomía para decidir según el tipo de cita o de paciente, el plazo o plazos para el recordatorio, etc.

Servicio de Admisión y Documentación Clínica



Actualmente de hecho, la atención a los pacientes, de forma presencial, telefónica o por correo electrónico, consume bastantes recursos de personal.

	U. CITACIONES HOSPITAL	U. CITACIONES ARTURO EYRIES
Atención telefónica (mañana y tarde)	3	2
Atención presencial-Mostrador	2	1
Atención a correos electrónicos	1	
<b>Total puestos atención a pacientes</b>	<b>9</b>	

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

El proyecto Canal Ciudadano de SacyL, tal vez aborde esta situación, pero está en fases muy incipientes, enfocado además a Atención Primaria, por lo que mientras tanto es precisa alguna alternativa, como las que se están aplicando desde hace mucho tiempo en otras CCAA, del tipo *chatbot*, SMS bidireccionales, etc.

– [Diseño e implantación de las agendas para ensayos clínicos.](#)

Se estaba detectando que la actividad de pacientes atendidos por un ensayo clínico, se estaba mezclando con la actividad asistencial.

Igualmente, su información, estaba incluida en la historia clínica (JIMENA), mezclada en las evoluciones clínicas de consultas externas, por lo que se facilitaba cuando se solicitaba copia de la historia, figuraba entre las citas del paciente, como una cita más (justificantes, dietas, ordenes de asistencia, etc.), generando una confusión entre lo que era actividad asistencial de lo que es actividad de investigación.

En marzo de 2025, se habilitaron con la colaboración del Comité de Investigación del hospital, aquellas correspondientes a los ensayos que se estaban realizando y de los nuevos autorizados.

En la descripción de la agenda se acuerda incluir el código [clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov)

Las citas, aviso al paciente, etc., es responsabilidad del investigador, al que se le da acceso al programa de citas para ello.

En JIMENA, aparecen como agendas de ensayos clínicos, de forma que su información no se facilita cuando se solicita una copia de la historia clínica, ni se aportan justificantes, ni se solicitan ordenes de asistencia, etc.

Las agendas habilitadas hasta el momento son:

1. NMIR01 ENSAYO CLINICO OPUS-2. MEDICINA INTERNA
2. NMIR02 ENSAYO CLINICO MSV\_LE-MEDICINA INTERNA
3. NMIR03 ENSAYO CLINICO AMETHYST LTE.230LE305-MEDICINA INTERNA
4. NMIR04 ENSAYO CLINICO REGINA MK 6194-006-MEDICINA INTERNA
5. NMIR05 ENSAYO CLINICO JASMINE. MEDICINA INTERNA
6. NMIR06 ENSAYO CLINICO MILOS. MEDICINA INTERNA
7. NMIR07 ENSAYO CLINICO OBSERVE. MEDICINA INTERNA
8. NMIR08 ENSAYO CLINICO BE-EARLY. MEDICINA INTERNA
9. NMIR09 ENSAYO CLINICO EMPACTFIC. MEDICINA INTERNA
10. NMIR10 ENSAYO CLINICO APATURA. MEDICINA INTERNA
11. NMIR11 ENSAYO CLINICO EMPACTFIC-ARGX-117-230
12. NMIR12 ENSAYO CLÍNICO SIRIUS-SLE 1 (CVAY736F12301)
13. NMIR13 ENSAYO CLÍNICO TITAN (AZD5492D9961C00001)
14. NMIR14 ENSAYO CLÍNICO MOVE LP (a) -J20-MC-EKBG
15. NPSQ01 ENSAYO CLÍNICO KAR-031-PSIQUIATRÍA
16. NPSQ02 ENSAYO CLÍNICO COMP-006-PSIQUIATRÍA
17. NPSQ03 ENSAYO CLÍNICO KAR-033-PSIQUIATRÍA

Servicio de Admisión y Documentación Clínica

- 18. NPSQ04 ENSAYO CLÍNICO PSIQUIATRÍA CN120056
- 19. NPSQ05 ENSAYO CLINICO CN0120023- PSIQUIATRIA
- 20. NPSQ06 ENSAYO CLINICO CN0120025- PSIQUIATRIA
- 21. NHEM01 ENSAYO CLÍNICO PF81003 - HEMATOLOGÍA

– [Notificación automática de las citas pendientes en pacientes fallecidos.](#)

Con la colaboración de TIC, se ha diseñado un mensaje automatico, que reciben los responsables de citas, cuando un paciente fallece en el hospital, para poder así anular sus citas y reutilizar esos huecos.



Además, en coordinación con la Unidad de Fichero Maestro de Pacientes, si esta Unidad registra algún caso más de exitus, igualmente lo notifica al resto del SADC (Citas y Lista de espera).

– [Notificación automática de las citas pendientes en pacientes con ingresos urgentes.](#)

Con la colaboración de TIC, se ha diseñado un aviso automatico, que reciben *on line*, los responsables de citas, cuando un paciente, ingresa de forma urgente y tiene citas pendientes, en base a dos condiciones:

- a) Citas pendientes en cualquier especialidad como maximo en 1 mes
- b) Citas pendientes en la misma especialidad en la que el paciente ha ingresado sea cual sea su fecha en cualquier fecha, para valorar si se deben anular, mantener o retrasar.

Esto implica un analisis de cada caso, en base al servicio de ingreso y citas, al diagnostico de ingreso, a las fechas de ingreso y de citas, etc.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

Esto forma parte del concepto que tenemos en el SADC de coordinación del proceso asistencial.

Las decisiones no son fáciles, y cada paciente y servicio tienen sus criterios, que hemos de ajustar.

INGRESO CON CITAS EN LA MISMA ESPECIALIDAD	INGRESO CON CITAS PENDIENTES																								
<p>lu. 02/03/2026 12:04 integracion@saludcastillayleon.es [HURH] INGRESO con CITAS misma especialidad</p> <p>Para Sañudo García, Soledad; Valentin Tola, Maria Nuria; Canelas Fernandez, Javier Angel CC Hernandez Ilera, Antonio</p> <hr/> <p>INGRESO CON CITAS EN ESPECIALIDAD (ANR)</p> <p>4271 PEREZ Unidad de enfermería: HDER Cama: 52441 Servicio de ingreso: ANR Hora de ingreso: 12:02:00 Diagnostico: Lumbociatalgia izquierda. Origen: CENTROS DE ESPECIALIDADES</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>A/R/M</th> <th>SERVICIO</th> <th>AGENDA</th> <th>FECHA</th> <th>HORA</th> <th>PRESTACION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A / R / M</td> <td>REAC</td> <td>AANR1</td> <td>08-04-2026</td> <td>09:30:00</td> <td>2.21 - INTERCONSULTA</td> </tr> </tbody> </table> <p>**** ENVIAR A CITACIONES ****</p> <p>A: Anular R: Restrasar M: Mantener</p>	A/R/M	SERVICIO	AGENDA	FECHA	HORA	PRESTACION	A / R / M	REAC	AANR1	08-04-2026	09:30:00	2.21 - INTERCONSULTA	<p>lu. 02/03/2026 19:32 integracion@saludcastillayleon.es [HURH] Paciente con CITAS pendientes</p> <p>Para Sañudo García, Soledad; Valentin Tola, Maria Nuria; Canelas Fernandez, Javier Angel CC Hernandez Ilera, Antonio</p> <hr/> <p>PACIENTE INGRESADO CON CITAS PENDIENTES</p> <p>754 ANCHEZ Unidad de enfermería: HE32 Cama: 32161 Servicio de ingreso: TRA Hora de ingreso: 19:30:00 Diagnostico: FRACTURA PERTROCANTEREA CADERA DERECHA Origen: CENTROS DE ESPECIALIDADES</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>A/R/M</th> <th>SERVICIO</th> <th>AGENDA</th> <th>FECHA</th> <th>HORA</th> <th>PRESTACION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A / R / M</td> <td>NMLC</td> <td>NNMLGO</td> <td>13-03-2026</td> <td>14:00:00</td> <td>SEGUNDA VISITA-REVISION</td> </tr> </tbody> </table> <p>**** ENVIAR A CITACIONES ****</p> <p>A: Anular R: Restrasar M: Mantener</p>	A/R/M	SERVICIO	AGENDA	FECHA	HORA	PRESTACION	A / R / M	NMLC	NNMLGO	13-03-2026	14:00:00	SEGUNDA VISITA-REVISION
A/R/M	SERVICIO	AGENDA	FECHA	HORA	PRESTACION																				
A / R / M	REAC	AANR1	08-04-2026	09:30:00	2.21 - INTERCONSULTA																				
A/R/M	SERVICIO	AGENDA	FECHA	HORA	PRESTACION																				
A / R / M	NMLC	NNMLGO	13-03-2026	14:00:00	SEGUNDA VISITA-REVISION																				

MEDIA 15  
CASOS/DIA

### — [Diseño de agendas de comités clínicos.](#)

Se transmitió al SADC, la necesidad de poder escribir en la historia clínica JIMENA, las conclusiones de los comités clínicos.

Para ello y en coordinación con la Unidad de Calidad, se identificaron los comités existentes y se contactó con sus presidentes, ofreciéndoles la solución de generar agendas específicas, donde pudieran hacer las anotaciones pertinentes. Se asociaron al Servicio DCL (Documentación Clínica), pues era la única forma para que todos los servicios pudieran utilizar estas agendas, sin asignarlas a un servicio concreto.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

H C E
🏠
📅
📄
📁
🔍
📧
🚗
🏠

**Búsqueda agendas**

Servicio \*  Profesional

Fecha \* Desde  hasta

(Los campos marcados con asterisco son necesarios para poder realizar la búsqueda y no deben dejarse en blanco.)

Hospital Universitario Río Hortega - Agendas (2) Filtro ( Entre=04/03/2026 y 25/03/2026 - Médico del servicio=Todos - Servicio=DCL )				
Agenda	Profesional	Sala	Fecha	Citas
COMITE PARA VALORACION VIRTUAL C. ESOFAGOGÁSTRICO		NSV	05/03/2026	2
COMITE PARA VALORACION VIRTUAL C. MAMA Y GINE		NSV	06/03/2026	3

Hospital Universitario Río Hortega - Agendas (2) Filtro ( Entre=04/03/2026 y 25/03/2026 - Médico del servicio=Todos - Servicio=DCL )

Para citar a los casos que se tratan en los comites, se ha incluido en el grupo de correo al Dr. Canelas y a la Dra. Sañudo, que son los que citan estos casos.

Actualmente las agendas que se utilizan son las siguientes:

AGENDAS DE COMITÉS CLINICOS	
NCONCC	COMITE PARA VALORACION VIRTUAL C. CABEZA Y CUELLO
NCOMEG	COMITE PARA VALORACION VIRTUAL C. ESOFAGOGÁSTRICO
NCGINM	COMITE PARA VALORACION VIRTUAL C. MAMA Y GINE
NCOMRC	COMITE PARA VALORACION VIRTUAL - CARDIO RENAL
NCOMEC	COMITE PARA VALORACION VIRTUAL ENDOCRINA CERVICAL

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

### 1.4. UNIDAD DE RELACIONES EXTERNAS

#### 1.4.1 SIFCO y traslados interhospitalarios.

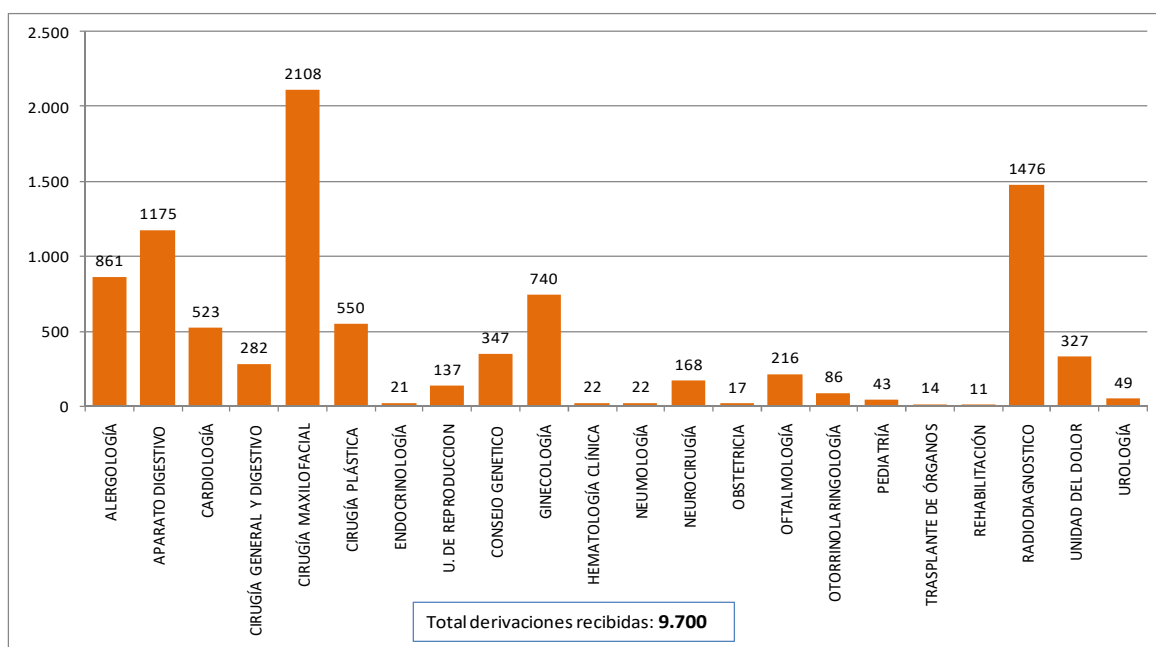
- **Gestión de las derivaciones desde otros hospitales de Castilla y León, de pacientes ambulatorios.**

En el año 2025, se gestionaron por la Unidad de Relaciones externas del SADC, **9.700 derivaciones, recibidas vía SIFCO, un 12% más que las del año 2023**. En las gráficas adjuntas se identifican los servicios que más derivaciones reciben y la procedencia por hospital de estas derivaciones.

El dato es simplemente numérico; se reciben muchas derivaciones para densitometrías y para extracción de cordales, que suponen mucho volumen, pero poca complejidad en su gestión. Sin embargo, las recibidas para Trasplante, C. Plástica, U. del Dolor entre otras, son de gestión más compleja.

### DERIVACIONES RECIBIDAS POR SERVICIO RECEPTOR

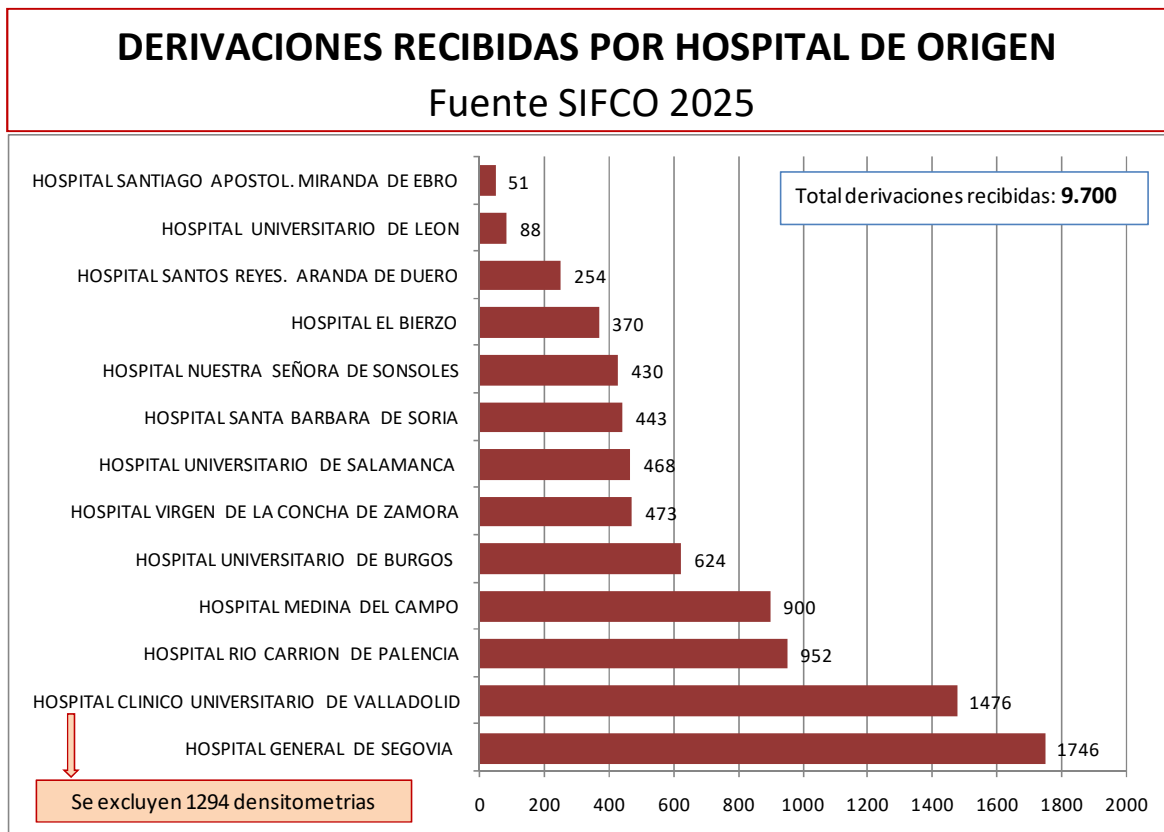
Fuente SIFCO 2025



(\*) Se excluyen los servicios y unidades con menos de 10 derivaciones en un año; Traumatología, Dermatología, Medicina Interna, sobre todo.

Servicio de Admisión y Documentación Clínica

En el perfil de hospitales derivadores es el que se muestra en la gráfica, Los que más pacientes nos derivan, son el hospital de Segovia, del que somos referencia, el Hospital Clínico Universitario y el de Palencia.



- **Gestión de las derivaciones desde otros hospitales de otras Comunidades Autónomas, de pacientes ambulatorios.**

De otras CCAA, se reciben un **5.4 % de casos**, de entre todos los casos recibidos en nuestro hospital. Este dato se ha duplicado en relación al año 2023.

En la mayoría de casos de los pacientes que recibimos de Extremadura y Castilla la Mancha, lo son para Endoscopias Digestivas de los que somos centro CSUR, desde el año 2025 y en menor porcentaje para Diálisis en periodos vacacionales.

– **Gestión de las derivaciones hacia otros hospitales de otras Comunidades Autónomas, de pacientes ambulatorios.**

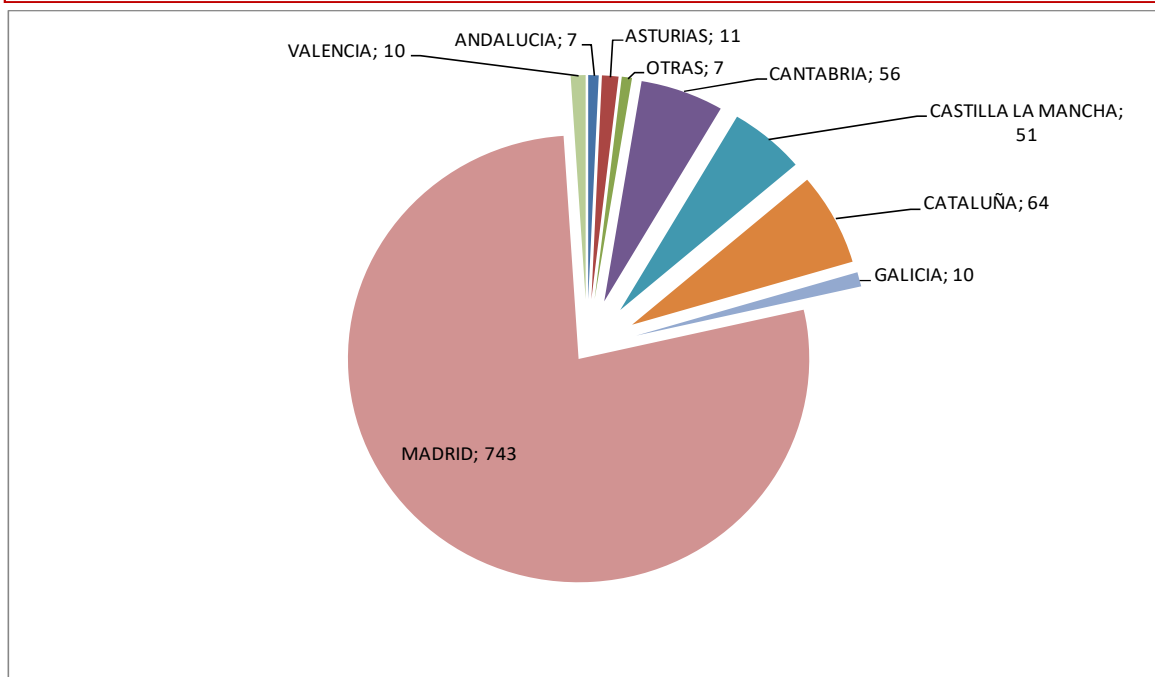
Esta gestión implica en el caso de la primera derivación, la valoración del médico de SADC, para comprobar si se trata de un Centro CSUR, o si está justificada por no disponer en nuestra comunidad de la prestación, tratamiento o unidad solicitada y posteriormente implica la actualización continua de esta derivación (actualización en SIFCO), para todas las consultas o pruebas, reingresos, etc. que surjan en cada caso.

Estos casos, sí que han de ser compensados económicamente entre CCAA, por lo que han de cerrarse con el Informe Clínico correspondiente y la codificación y GRD del caso, que es la base para su financiación.

En el 2025, se gestionaron **959 derivaciones hacia otras CCAA** (SIFCO de primeras derivaciones y seguimientos) a las siguientes CCAA y Hospitales.

### PACIENTES DERIVADOS HACIA OTRAS CCAA.

Fuente SIFCO 2025



## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

El **balance** entre pacientes derivados a otras CCAA y recibidos **es negativo** para nuestro centro, derivando 959 pacientes sobre todo a hospitales de Madrid; los hospitales a los que mas pacientes hemos derivado fueron Gregorio Marañón y Pueerta de Hierro.

El 35 % de estas derivaciones a otras CCAA (sobre todo a Madrid), proceden de los servicios de Pediatría y Traumatología.

Por otra parte , hemos recibido 111 pacientes procedentes de hospitales de otras CCAA.



### – Gestión de los traslados interhospitalarios, tanto de pacientes en Castilla y León, como de otras Comunidades Autónomas.

Los traslados interhospitalarios, suponen un proceso de gestión entre los servicios de Admisión de los hospitales implicados, para conseguir que el paciente se traslade con el transporte sanitario adecuado, con su cama reservada, orden de ingreso correspondiente y médico asignado.

En el año 2025, hemos recibido 187 pacientes trasladados de otros hospitales, de ellos, 141 proceden de hospitales de Castilla y León, 38 de otras CCAA y 8 de centros privados.

A su vez, hemos enviado a otros hospitales a 126 pacientes, 96 a hospitales de Castilla y León y 29 a hospitales de otras CCAA.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

### – Revisión diaria de los pacientes citados en consultas externas procedentes de otras áreas sanitarias.

En esta unidad se revisan diariamente los pacientes citados, con tarjeta sanitaria de otras provincias, comprobando si se están atendiendo por:

- a. haber sido derivados por SIFCO.
- b. revisión inmediata tras una urgencia
- c. revisión por un alta hospitalaria.
- d. paciente crónico, que viene siendo atendido en nuestro hospital.
- e. profesional del centro y personas vinculadas a él, según los criterios de la Dirección del hospital.

De las aproximadamente **180 citas diarias a pacientes de otras provincias**, en el 2025 **un 12%, los pacientes citados no cumplían ninguna de las condiciones anteriores.**

En estos casos, esta unidad realiza varias gestiones, según la cita y circunstancias de cada paciente; por ejemplo, se solicita SIFCO para regularizarlo, se avisa al paciente para anular la cita y remitirla a su hospital o para que actualice si es el caso su nuevo domicilio, etc.

#### 1.4.2. Registro de recién nacidos

El procedimiento continuó de la misma forma, sin incidencias reseñables.

Nº de recién nacidos en el Hospital- 2025	Nº de registros realizados en la oficina de tramitación del SADC	% sobre el total de recién nacidos-2025
<b>1.688</b>	<b>1.044</b>	<b>62%</b>

### 1.5.LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

En el año 2025, se ha incorporado el Dr. Horacio Rodríguez, que añade a sus funciones en Documentación Clínica, las derivadas de la gestión de la lista de espera. Ha resultado determinante su papel, dado los cambios que ha supuesto en nuevo HIS, y lo relevante de las implicaciones en la gestión de estos casos.

Los procedimientos de gestión de la lista de espera quirúrgica, no han variado sustancialmente durante el año 2025, salvo en los dos últimos meses del año, donde sí que el nuevo HIS a supuesto nuevas dinámicas, algunas aun no bien resueltas.

- Se ha mantenido la revisión diaria de la situación de los pacientes preferentes en lista de espera, los aplazamientos y demás condiciones.
- También se ha mantenido la revisión semanal de la bolsa de aptos, ajustando según ella las citas para la consulta de preanestesia, y la pertinente valoración de los casos no aptos, interconsultas a otras especialidades, pacientes no presentados a la consulta, etc.
- Las incidencias en los preoperatorios, se han revisado semanalmente, sobre todo:
  - o Pacientes no aptos con prioridad 1.
  - o Prioridad 1 sin fecha de preoperatorio
  - o Prioridad 1 con fecha de preoperatorio en más de 15 días.
  - o Pacientes no aptos sin nueva fecha de preoperatorio
  - o Pacientes aptos con fecha de preanestesia próxima a caducar, en estos casos se contacta con el paciente y se valora nueva cita si procede.
- La **gestión de las derivaciones a los centros concertados**, también implica un amplio procedimiento de gestión por parte de esta unidad del SADC, en el que colabora esta unidad y la de Documentación Clínica para aportar la copia de los informes y estudios preoperatorios del paciente.

GESTION POR EL SADC DE LA DERIVACION DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA A LOS CENTROS CONCERTADOS					
AÑO	2021	2022	2023	2024	2025
PACIENTES A LOS QUE SE LES OFERTA LA DERIVACION	1594	2246	2220	2106	1948
PACIENTES FINALMENTE DERIVADOS	643	684	641	549	235
Eficiencia del proceso (pacientes contactados/finalmente derivados)	2	3	3	4	8

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

Como se observa, cada vez es menos eficiente este procedimiento. Ha sido muy llamativo en el año 2025, pues para conseguir una derivación, se ha tenido que ofertar a 8 pacientes.

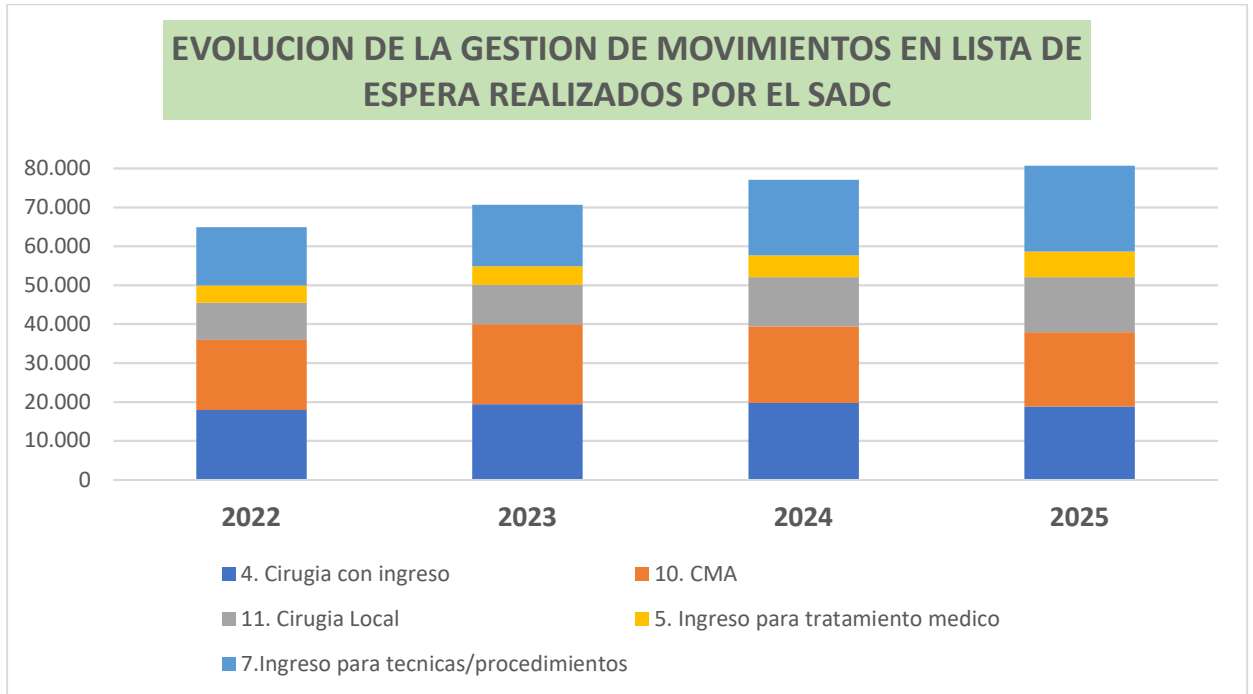
- En esta unidad se gestionan también procedimientos de anestesia fuera de quirófano (AFQ); programación, registro, contacto con el paciente, preoperatorio cuando procede, reserva de cama/puesto en hospital de día quirúrgico, etc.

ANESTESIA FUERA DE QUIRÓFANO	2021	2022	2023	2024	2025
C. MAXILOFACIAL TRATAMIENTOS LOCALES-SPQ	347	386	325	416	392
HISTEROSCOPIA	663	688	561	793	782
ENDOSCOPIA SERVICIO NEUMOLOGIA	135	115	124	158	168
ENDOSCOPIAS PEDIATRICAS	52	78	106	108	112
RESONANCIA CON SEDACION	222	248	298	302	373
TAC CON SEDACION	23	7	17	27	59
TRATAMIENTOS UROLOGICOS	655	731	725	782	803
HEMATOLOGIA-BMO				102	69 (*)
RADIOLOGIA NEUROVASCULAR	87	91	135	206	336
Total	2184	2344	2291	2894	3105

(\*) Por orden de Dirección Médica, se suspende esta forma de identificar y gestionar este procedimiento. Se citan en una agenda

- En esta unidad del SADC, se realiza también la gestión de los ingresos programados no quirúrgicos; inclusión en lista de espera, programación del ingreso, reserva de cama, etc.

Como se observa, el volumen es creciente, de hecho, **el 54% de la gestión** del SADC sobre las inclusiones, movimientos, programaciones y bajas de lista de espera, se hace sobre las listas 11, 7 y 5, es decir listas “no oficiales”, pero fundamentales en la programación de los procesos de muchos pacientes.



## 4. UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA:

En el año 2025, se ha incorporado el Dr. Horacio Rodríguez a cargo de esta unidad, lo que le ha dado un importante impulso.

Se resumen las tareas y datos de actividad de esta unidad del SADC, que se han realizado en el año 2023 en sus diferentes unidades y ámbitos.

- Fichero Maestro de pacientes.
- Acceso a la historia clínica por pacientes y terceros
- Unidad de digitalización de documentos clínicos
- Control de calidad de las historias clínicas y corrección de errores en su contenido.

### 2.1 FICHERO MAESTRO DE PACIENTES

En el 2025, se consiguió en colaboración con los informáticos de EMPI recibir notificación diaria de los casos posibles duplicados, de los exitus y de los cambios de domicilio, siendo esto una importante mejora en las tareas de la Unidad de Fichero de Pacientes.

En contra con el paso al nuevo HIS (MHCIS), se ha visto muy directamente afectada la actividad, rendimiento y resultados de la Unidad de Fichero Maestro de Pacientes.

Ya no se crean historias clínicas provisionales (solo en urgencias), y es obligatoria la conexión con **CIVITAS**, lo que por una parte garantiza que los datos del CIPA, están cumplimentados en todos las pacientes que se atienden, pero por otra parte dificulta la corrección de errores que se detectan, que tienen que ser notificados y corregidos por los responsables de CIVITAS- SACYL, lo que genera demoras y complicaciones en esas correcciones y en su repercusión sobre la seguridad en la identificación del paciente/pacientes implicados.

La situación de la actividad y procesos de esta unidad ha sido la siguiente:

[Revisión de los NHC provisionales y definitivos](#) generados por día, tanto en los Centros de Salud como en el HURH.

En 2025 se crearon un total de NHC 20.421 provisionales y definitivos. Posteriormente se eliminaron 954 números por fusiones de duplicados y también, los 1497 números de historia clínica provisionales generados en Atención Primaria que no han implicado asistencia. A partir de noviembre de 2025, ya esta opción no existe en el MHCIS, pues todos los números de HC que se generan (excepto en urgencias) son definitivos, por lo que esta revisión se ha dejado de realizar. Consideramos que es una pérdida de calidad del Fichero de Pacientes.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

Control de calidad de los NHC provisionales y definitivos creados, y realización de las modificaciones correspondientes como completar datos administrativos, realizar fusiones, cotejar con datos de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), etc.

Se modifican el 20% de los NHC generados en Atención Primaria y el 20% de los generados en el HURH. No se aprecia una variación significativa de estos valores en el año 2024; 22% en Atención Primaria y 19% en el HURH.

Con el nuevo HIS, ya no se puede identificar quien crea el número de historia, y, por tanto, la fuente del error y la persona concreta que lo comente (sobre todo en errores sistemáticos) ya no podrán ser identificados para intentar corregirlo desde el origen.

Control de la asignación de los NHC definitivos: en el año 2025 pasaron de provisional a definitivo 13.396 NHC. De ellos, 11.184 fueron asignados en la Unidad de FMP, como resultado de la revisión de las hojas de evolución de las consultas externas. Como se ha comentado esta opción ya no es factible a partir del nuevo HCIS, con lo que los números de HC que se crean, se quedan en el FMP haya existido asistencia o no al paciente.

A finales de 2025 se cuenta con un total de 750.069 NHC en el FMP de HCIS, de los cuales son definitivos 646.858.

NUMERO DE HISTORIA	INICIO 2025	Noviembre 2025(*)
HC provisional	5.292.379	5.312.325
HC definitiva	891.185	906.123

(\*) con el nuevo MHCIS desde final de noviembre, ya no procede esta diferenciación

Revisión de los NHC definitivos de los neonatos: 1.688 NHC en 2024.

Fusión de NHC duplicados: se han detectado y fusionado 954 pacientes con sus historias clínicas, de las cuales de las cuales, el 60% son propuestas de EMPI, que remiten diariamente, lo que ha simplificado y sistematizado esta tarea.

Las propuestas de fusión proceden tanto del Sistema Corporativo de Identificación de Pacientes (EMPI), como de las diferentes unidades usuarias de HCIS, a lo que se añade la búsqueda sistemática de duplicados por parte del FMP.

Atendiendo a su procedencia, Atención Primaria ha generado un 10% de los registros duplicados en 2025 y en el hospital se han duplicado un 2% de casos.

Aunque en teoría, con el CIPA, no se deberían generar duplicados, estos se siguen produciendo, con la dificultad añadida de requerirse también la fusión de cipas para actualizar datos.

Actualización de las bajas de TSI: Se revisan mensualmente las bajas en Tarjeta Sanitaria que fueron 7.191, los motivos han sido:

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

---

- Por cambio de Comunidad Autónoma (CA), 1.842 casos.
- Por paso a mutuas, 460 casos
- Por exitus: 4.888.

De estos casos y en coordinación con el resto de unidades del SADC, además se revisan sus citas y su situación en lista de espera (médica o quirúrgica), evaluando cada situación coordinándolo con su proceso clínico y contactando con el paciente cuando es necesario.

Cambios de domicilio: Desde el último trimestre del año 2024 se ha conseguido que EMPI envíe diariamente un registro con los cambios de domicilio realizados en el Área Oeste.

En 2025 se han revisado unos 11.000 registros con cambios de domicilio. El FMP realiza la revisión de estos cambios con actualización de los datos en HCIS y verificación de la existencia de citas afectadas por cambio al Área Este o por traslado de CA.

También en estos casos, se notifican a la Unidad de Citaciones y/o a la de Relaciones Externas, los casos de pacientes con citas afectadas por el cambio.

Errores de identificación, filiación, cambios de identidad: Registro de trazabilidad y revisión transversal, en coordinación con la Unidad de Documentación Clínica, de la correcta resolución de los errores de identificación, tanto en el aplicativo de gestión HCIS como en la historia clínica del paciente.

Esta revisión comprende tanto los errores de identificación parciales, que requieren actualización de datos de filiación (nombre, apellidos, sexo, fecha de nacimiento), como completos, que requieren traspaso de episodios, fusión de historias, revisión de la documentación clínica en todos los programas departamentales, etc.

## 2.2 ARCHIVO PASIVO E HISTÓRICO.

Ubicado en una nave del Polígono de San Cristóbal, cuenta con 450.000 historias clínicas en papel del fondo histórico del HURH, desde 1940 (última revisión: 2019), que comprenden historias clínicas pasivas y documentación clínica de Urgencias.

Los movimientos de Historias Clínicas de este archivo, lógicamente son mínimos, por su carácter de archivo histórico y porque el acceso es complejo ya que supone que los celadores se desplacen a esa nave y localizar la documentación entre ese volumen, aunque está correctamente identificada su acceso es muy laborioso.

En el año 2025, se recuperaron 54 historias en tanto por petición de pacientes como para resolución de dudas de identidad.

## 2.3 ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA POR PACIENTES Y TERCEROS

La atención, información y gestión de las solicitudes de copia de documentación clínica por parte de pacientes, familiares autorizados, jueces, inspección, etc. es un proceso centralizado en esta unidad, con atención directa al público, en una oficina específica al efecto.

El análisis de la actividad entre 2020 y 2025 muestra un crecimiento continuo y sostenido en la demanda de documentación sanitaria, tanto en volumen total como en complejidad del tipo de información solicitada.

A pesar de las posibilidades de consulta directa que ofrecen las herramientas digitales de historia clínica electrónica —como la Carpeta del Paciente, Sacyl Conecta y la HCDSNS— los usuarios continúan recurriendo de forma significativa a la Unidad de Documentación Clínica.

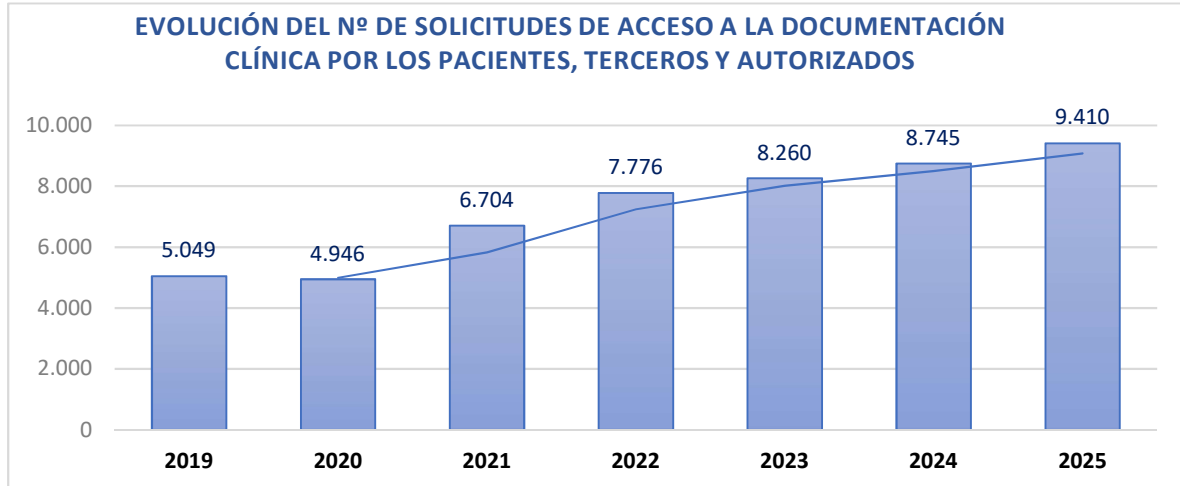
La mayoría de las solicitudes se orientan a la obtención de documentación específica necesaria para trámites administrativos, laborales, valoraciones periciales o procesos de segunda opinión, ámbitos en los que se exige documentación oficial, completa y verificada, no siempre accesible de forma íntegra a través de las plataformas digitales.

Además, una parte relevante de los usuarios presenta dificultades de acceso, manejo o disponibilidad de recursos digitales, lo que genera **situaciones de brecha digital**. Este factor contribuye a que muchos pacientes continúen acudiendo presencialmente o realizando solicitudes formales

Por último, como se observa con los datos del año 2025, la atención al usuario en esta oficina es muy útil ya que **el 82% de los casos, se atienden presencialmente**, ayudando así al peticionario a ajustar su necesidad de acceso a la documentación clínica siendo además muy eficiente, pues **el 64% de las solicitudes se resuelven en el momento**.

Los casos más complejos se revisan y contestan posteriormente, incluyendo aquellos en los que hay que solicitar la elaboración de un informe clínico, o ha de ser valorado el caso por el Médico del SADC e incluso la Asesoría Jurídica, lo que además permite ir actualizando los procedimientos y acuerdos que se van aplicando, en base a la legislación y a situaciones especiales que van surgiendo.

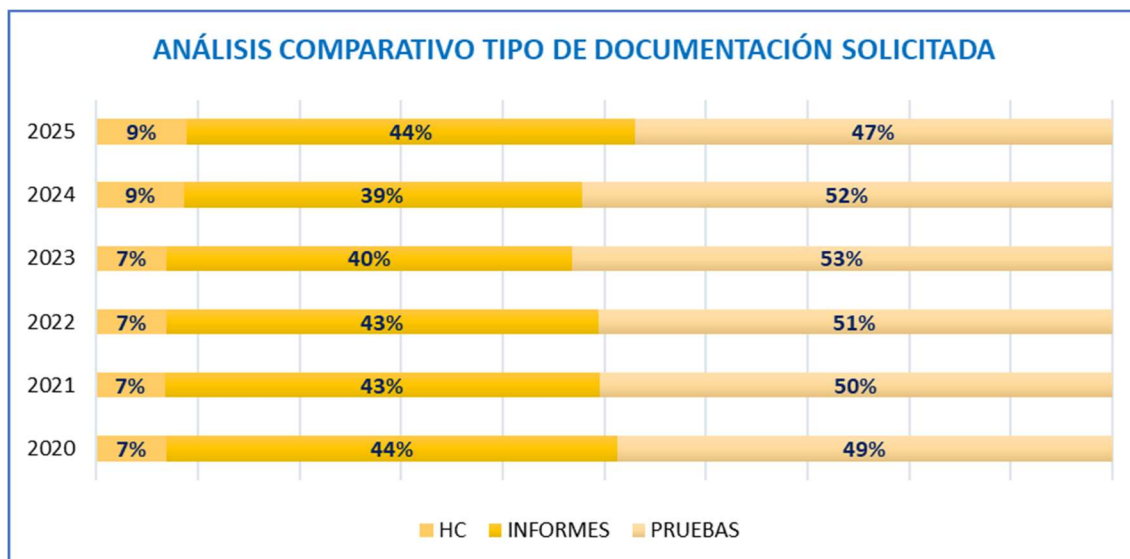
SOLICITUD VENTANILLA	GESTIÓN INTERNA	%% RESOLUCIÓN VENTANILLA	PROMEDIO DÍAS DE RESPUESTA	% RESUELTO EN EL DÍA
7.801	1.609	83%	4	64%



A pesar de que los pacientes disponen de alguna información clínica en su carpeta de salud y en la HCDSNS, este servicio es muy demandado, como se puede observar por la evolución de solicitudes, de las cuales el 95% son por pacientes o familiares y el resto otro tipo de peticionarios (Judicial, Inspección, etc.)

El tipo de documentación clínica que se solicita es similar durante estos años. En el 2025 se solicitaron en un 9% de los casos, copias integra de las historias, gracias entre otras razones a la muy adecuada atención e información al público que se da en esta Unidad, asesorando al paciente sobre la documentación que realmente le puede ser útil.

La obtención de los documentos clínicos y su grabación en CD, continua suponiendo un **trabajo manual de una media de 1,5 horas por historia**, pues JIMENA aun no esta preparado para esto (se solicitó esta funcionalidad hace ya varios años)



En los casos en los que los peticionarios solicitan informes clínicos, el médico del SADC, evalúa si procede o no, que el especialista correspondiente lo elabore.

Es muy relevante destacar que el 74% de las peticiones de informes clínicos, este no estaba disponible en la historia clínica porque no estaba elaborado, convirtiéndose esta unidad no solo en gestidora del derecho de acceso, sino en apoyo a pacientes y profesionales para elaborar los informes de consulta que se demandan.

Consideramos que lo razonable sería que se elaborara ese informe en la consulta cuando el paciente lo demanda, pero no se hace así, sino que se remite al paciente a esta Unidad, para que lo solicite oficialmente, cosa que no debería ser necesaria.

En 2025 se solicitaron 3.672 informes, los servicios de los que los peticionarios solicitan informes clínicos con mayor frecuencia son:

SERVICIO CITA	% DE SOLICITUD DE ELABORACIÓN DE INFORME CLÍNICO
TRA	30%
OFT	9%
PSQ	7%
REH	7%
ONC	6%
NRL	5%
ORL	4%
URO	4%
REAC	4%
GIN	4%

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

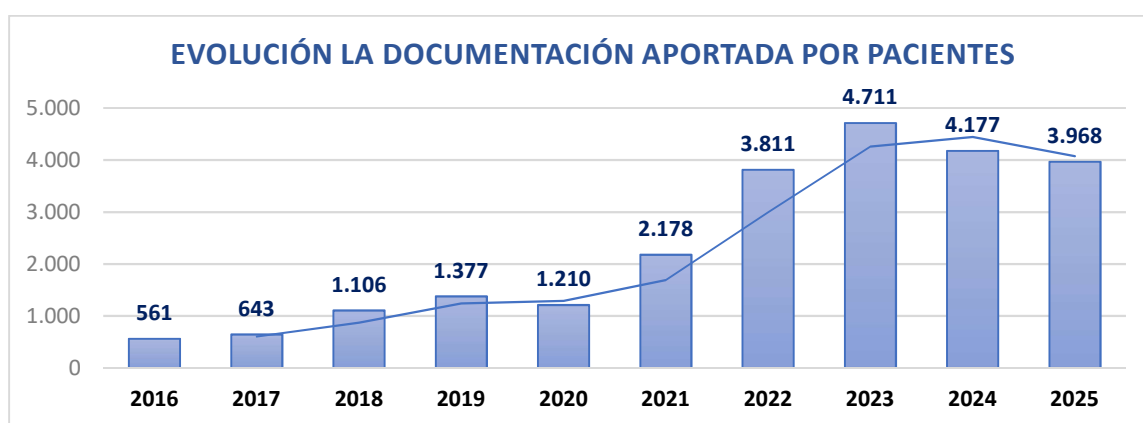
Otro ámbito de actividad que se está incrementando de forma importante, la incorporación a su historia clínica electrónica (JIMENA), por parte de los pacientes de documentos clínicos que ellos aportan, procedentes de centros privados, de otras CCAA, etc.

En 2025 de la documentación que aportaron los pacientes, el **77% son pruebas radiológicas** que se han realizado en centros privados y el resto **documentación clínica**, que suele ser informes de consultas, de pruebas, o de ingresos y resultados de analíticas, estudios de Neurofisiología, etc. incluso historias completas de otros centros privados o públicos de otras comunidades.

Se observa una **tendencia creciente** desde el inicio de este procedimiento en 2016. El descenso en los dos últimos años, se debe a que el Servicio de TIC ha facilitado en el año 2024 lectores de CD a los Centros de Salud, de forma que no es necesario ya que el paciente acuda con él al hospital, para que después si medico de primaria pueda consultar la información.

Si ha cambiado la tipología de lo que los pacientes aportan, con un incremento significativo de 39% más de documentación clínica aportada por pacientes en papel y descenso de 16% pruebas radiológicas.

La evolución de los datos de la documentación aportada por pacientes desde 2016 es la siguiente:

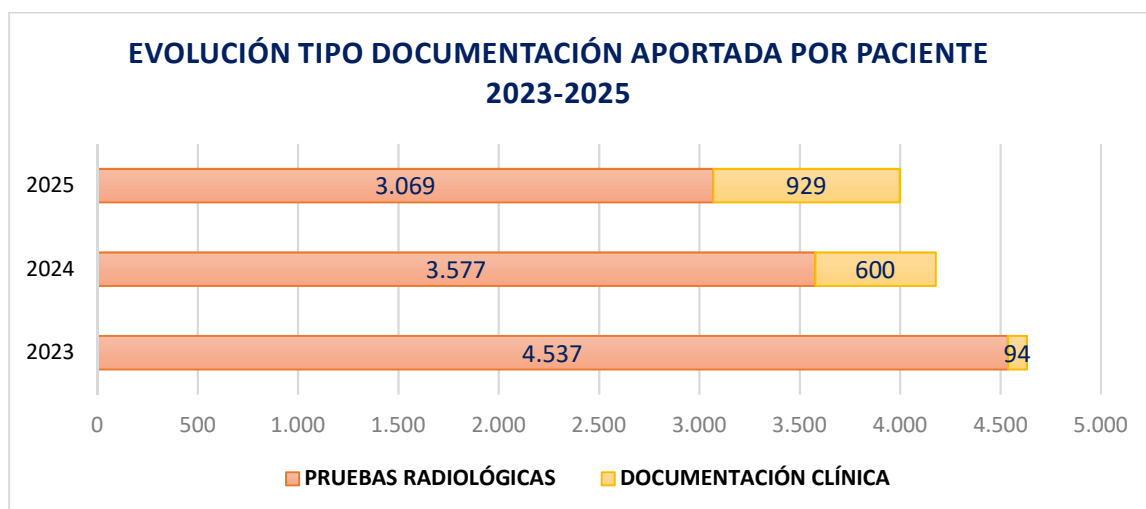


El volumen como se observa en la gráfica, ha crecido de forma muy relevante, suponiendo:

- una carga de trabajo, que ha implicado dedicar un puesto de trabajo para esta actividad.

### Servicio de Admisión y Documentación Clínica

- En el caso de las pruebas de RX, la codificación por parte del médico documentalista, del tipo de prueba SERAM para poderlas incluir en el RIS.
- Se solicitó a la OSI (Oficina de Seguridad de la Información), criterios de actuación ya leer e incorporar datos de los USB de los pacientes podrían suponer algún peligro. El resultado final ha sido que el servicio de TIC ha habilitado un PC especial con antivirus para utilizarse exclusivamente con este fin.



Los servicios que tienen un porcentaje más significativo de pruebas que los pacientes aportan y su tipología en el año 2025 son:

DOCUMENTACION APORTADA POR LOS PACIENTES-2025					
SERVICIO CITA	TOTAL PRUEBAS RADIOLÓGICAS APORTADAS POR PACIENTES 2025	%	TIPO DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS APORTADAS POR PACIENTE	TOTAL	%
TRA	1.781	44%	RM	1669	55%
NRL	374	9%	TAC	470	15%
GIN	189	5%	RX	459	15%
REH	176	4%	ECOGRAFÍA	272	9%
NML	170	4%	MAMOGRAFÍA	50	2%
ONC	164	4%	PET	42	1%
URO	155	4%	ORTOPANTOMOGRAFÍA	34	1%
NCR	127	3%	GAMMAGRAFÍA	25	1%
MIR	106	3%	OTRAS PRUEBAS	18	1%
			<b>Total</b>	<b>3.309</b>	

## 2.4 EMISIÓN DE JUSTIFICANTES.

El SADC es quien se encarga de la expedición y entrega de los justificantes de ingreso, CMA y determinados procedimientos de anestesia fuera de quirófano realizados en el SPQ y en el SEP. Los justificantes se entregan presencialmente en la Oficina de Información de Admisión (nivel 0 del HURH) al propio paciente o a los solicitantes vinculados al paciente que aporten la correspondiente autorización.

En los casos de pacientes inconscientes o menores de edad que no pueden otorgar su consentimiento, han de presentar una declaración jurada, de esta situación.

En el año 2025, se ha facilitado también la opción realizar este trámite a través del correo electrónico, informando de los requisitos necesarios, si es el caso.

También y en aras de simplificar esta gestión a los familiares/usuarios, en todos los ingresos programados (con ingreso y CMA), se facilita un justificante de ese episodio, y también un modelo de autorización por si algún acompañante lo requiere. Esto se entrega en el Servicio de Atención al Paciente, que es quien recibe a los pacientes al ingreso.

Con la implantación del nuevo HIS, se ha podido por fin diseñar y entregar un justificante que incluye también, como indica la normativa del Sacyl, el nombre y DNI del solicitante del justificante.

Un cambio muy relevante, ha sido el **ampliar el horario de atención** de la oficina de justificantes del SADC, simplificando la atención al público por las tardes y fines de semana (que anteriormente era confusa).

- Lunes a viernes: oficina de justificantes (nivel 0) con horario continuado de 08:00 a 20:00
- Sábados y domingos y festivos atención presencial de 11:00 a 12:00 en la Oficina de Admisión – Derivación a otros centros (Nivel 1) para situaciones excepcionales que no puedan esperar al horario habitual.

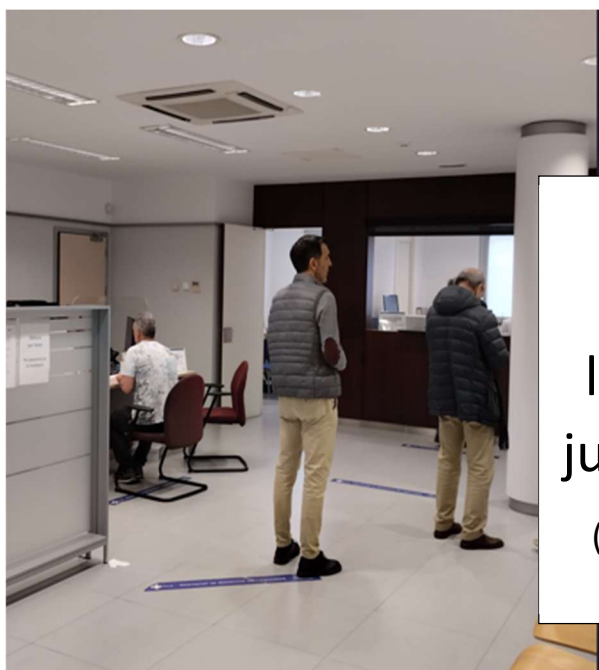
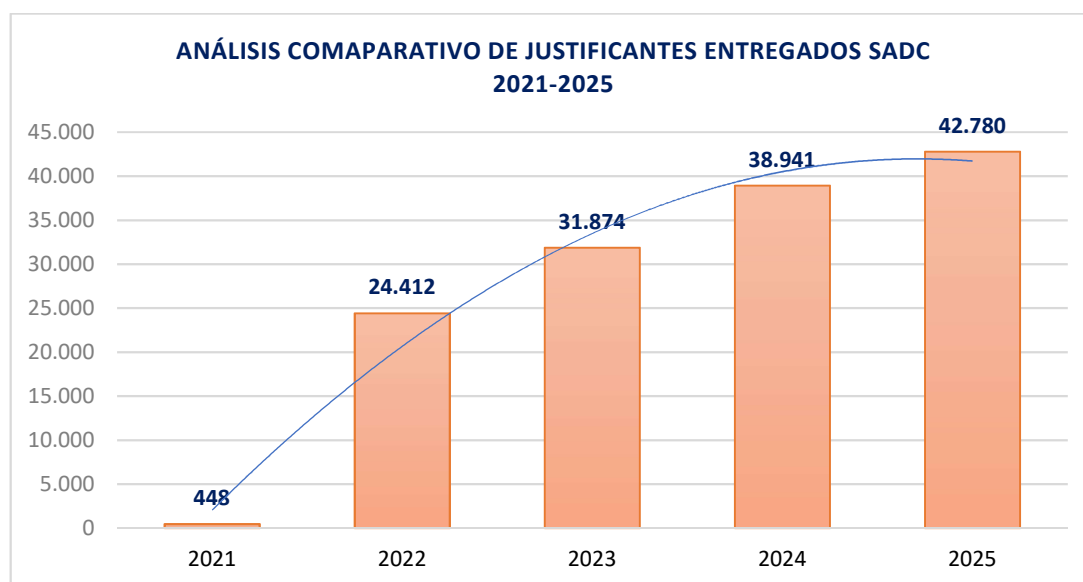
### Datos de actividad de Oficina de Justificantes:

El número total de justificantes de ingreso o intervención entregados en el año 2025 fue de 42.780

- 40.584 entregados en la ventanilla del nivel 0.
- 2.145 justificantes entregados por personal del SADC en fines de semana y festivos, con un promedio diario de 19 justificantes.
- Desde que se presta atención continuada mañana y tarde se atiende a una media de 50 solicitudes por la tarde.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

La evolución anual de la expedición de justificantes de ingreso, CMA y determinados procedimientos de anestesia fuera de quirófano realizados en el SPQ y en el SEP de 2021-2025 es la siguiente:



Promedio diario de usuarios atendidos a los que se les facilitan justificantes en el 2025.

(26% más que en el año anterior)

**162**

## 2.5 UNIDAD DE DIGITALIZACIÓN DE DOCUMENTOS CLÍNICOS

En el año 2025, se rediseña el procedimiento de digitalización, implantando el de una empresa externa Servicio Móvil: **SEGESDOC**, por ser el utilizado en los demás hospitales del Sacyl, y proporcionar una solución más eficiente y ajustada a la historia clínica electrónica.

A partir de esa fecha, la totalidad de la nueva documentación digitalizada se aloja en el Repositorio de Datos Clínicos de SACYL- CDR de Jimena. Todos los documentos digitalizados con anterioridad a esta fecha siguen visualizándose en SiClínica.

La digitalización implantada ha optimizado el procedimiento de digitalización y permite la automatización del reconocimiento documental, siempre y cuando se utilicen modelos normalizados.

En este sentido, el trabajo previo de normalización documental que se ha realizado desde esta Unidad del SADC, con la Comisión de HHCC y la Comisión de Calidad de nuestro centro, ha sentado las bases que están permitiendo simplificar y agilizar es escaneo y reconocimiento automático del tipo documental. No obstante, sigue siendo necesarias acciones periódicas de actualización de los documentos a incorporar al archivo digital, mediante revisión con los servicios implicados.

Este nuevo programa que ya está consolidado, ha requerido a lo largo del año acciones diarias de revisión, mejora y definición de los flujos de trabajo, revalidación de los documentos digitalizados y supervisión de la totalidad del proceso.

Es relevante hace constar que este nuevo programa ha automatizado de forma muy importante, el reconocimiento documental y también el reconocimiento del número de historia clínica de cada documento, mejorando la eficiencia de esta tarea.

<b>% AUTOMATIZACION DE PROCESOS</b>	<b>2025</b>
% IDENTIFICACIÓN AUTOMÁTICA DEL NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	64%
% RECONOCIMIENTO DEL TIPO DOCUMENTAL AUTOMÁTICO	83%

Gracias a la normalización documental, este hospital tiene un 83% de reconocimiento automático del tipo documental, para su asignación directa al CDR, que es uno de los más elevados del Sacyl.

Durante el año 2025, se ha digitalizado diariamente de una media de 632 episodios asistenciales, el 75% procedentes de consulta, 20% ingresos, 5% urgencias, con una media elevada de **documentos clínicos en papel por episodio; 4**, con lo que se constata que se sigue usando el papel, a pesar de la historia clínica electrónica.

	SEGUIMIENTO RENDIMIENTO DIGITALIZACIÓN-2025	2025
<b>TOTAL DIGITALIZACIÓN</b>	TOTAL NHC DIGITALIZADOS	166.856
	TOTAL IMÁGENES DIGITALIZACIÓN	667.340
	TOTAL NODOS (*)DIGITALIZADOS	189.794
<b>PROMEDIO DIGITALIZACIÓN</b>	TOTAL MEDIA NHC POR DÍA	632
	TOTAL MEDIA IMÁGENES POR DÍA	2.528
	TOTAL MEDIA IMÁGENES POR EPISODIO (INCREMENTALES POR NHC)	4
<b>% POR ÁMBITOS</b>	% HOS CMA QUI	20%
	% CEX	75%
	% URG	5%

(\*) Cada incremental digitalizado genera en *SegesdocIndex* un nodo, "Nodo" es una unidad digitalizada, cada nodo se identifica con un número único. Es decir, que una misma HC puede tener asociados un número indeterminado de nodos.

## 2.6 CONTROL DE CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y CORRECCIÓN DE ERRORES EN SU CONTENIDO (DUPLICADAS, MEZCLADAS, ETC.)

Se lleva a cabo el registro y la gestión de los casos de trazabilidad por cambios de identidad, filiaciones incorrectas o historias cruzadas, en coordinación con el FMP.

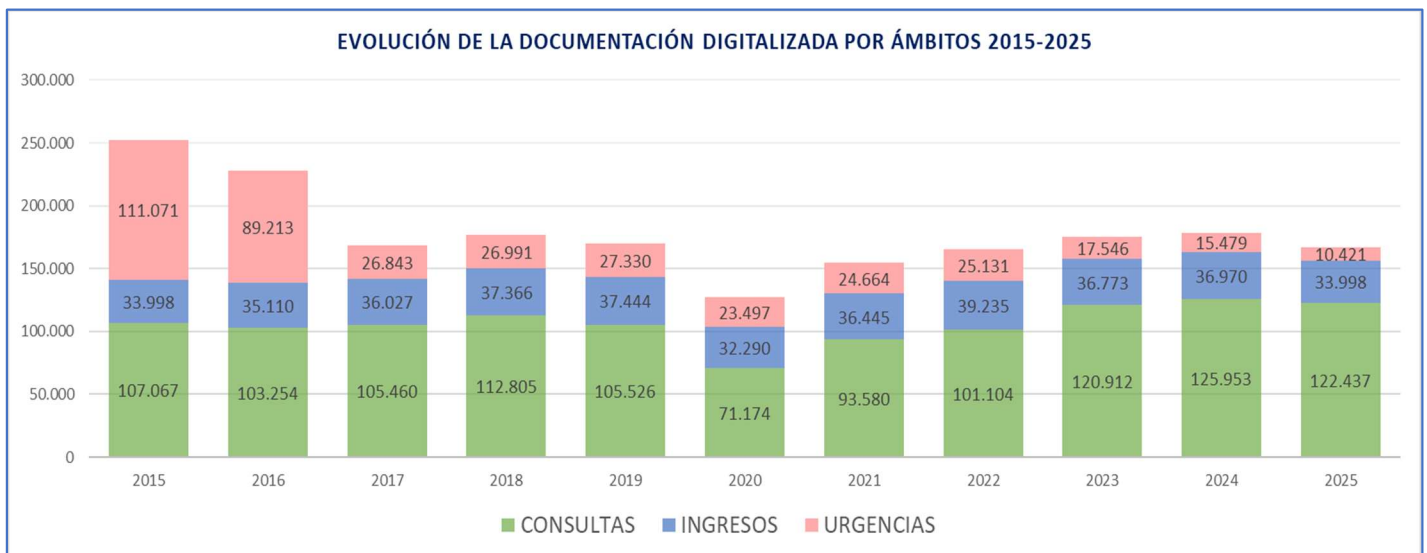
Una vez puesto en marcha el mapa de procesos relativo a la comunicación, registro y procedimiento de rectificación de datos o contenido de la historia clínica, en coordinación con el Servicio de TIC, la Dirección Médica y el responsable de protección de datos y a la GRS-OSI (Oficina de Seguridad de la Información), se ha detectado y resuelto 110 casos en el año 2025, con la siguiente distribución de motivos.

MOTIVOS INCIDENCIAS CC TRAZABILIDAD HC SADC	TOTAL REGISTRADAS
<b>2025</b>	
CAMBIO EN LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	20
DOCUMENTACION DE OTRO PACIENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA	2
ERROR EN EL CONTENIDO DE ALGUNA INFORMACIÓN CLINICA QUE NO CORRESPONDE CON EL PACIENTE	6
ERROR EN LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	58
OTROS	24
<b>Total</b>	<b>110</b>

## 2.7 DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, CATÁLOGO DOCUMENTAL Y NORMALIZACIÓN.

La Unidad de Documentación lleva a cabo una actualización permanente de la tipología documental del HURH, conforme a la clasificación SNOMED de tipos documentales reflejada en el catálogo proporcionado por la GRS (última versión 11.2025, actualmente disponible en el Portal de Salud de Castilla y León: [Catálogo documental SACYL](#))

Durante el año 2025 se han digitalizado **810 documentos clínicos diferentes**, de los cuales el 56% eran consentimientos informados, que sigue siendo el tipo documental en papel, más relevante en el hospital.



Se estima que se encuentran normalizados un 26% de los documentos clínicos. De los documentos no normalizados, los consentimientos informados son uno de los tipos documentales con un porcentaje más bajo de normalización (solo se encuentra normalizado un 17% del total de consentimientos).

Todo esto indica que es preciso ya, abordar alguna solución digital para este documento.

## 2.8 OTRAS ACTUACIONES

- También se ha dado continuidad a las siguientes acciones en relación a la Historia clínica electrónica JIMENA, si bien el margen de maniobra del SADC es mínimo, pues todo depende de Sacyl:
  - Seguimiento de la integración MHCIS y Tarjeta Sanitaria (CIPA) con HCE.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

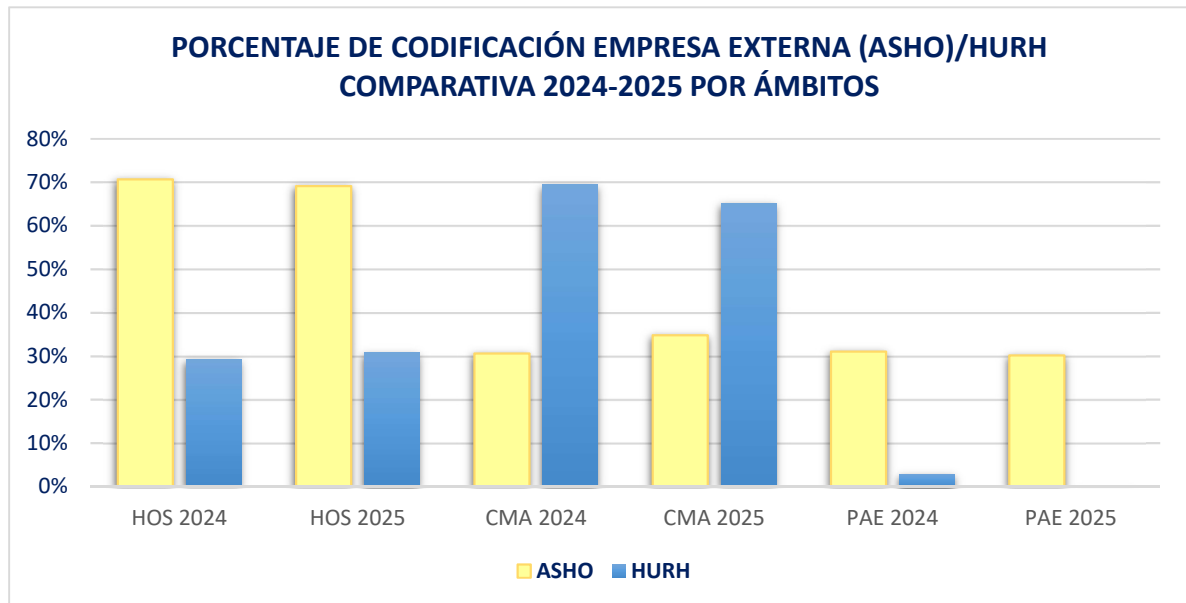
---

- Seguimiento de la integración de documentación en la historia clínica electrónica: revisiones periódicas: protocolos quirúrgicos, hojas de evolución, informes realizados por servicios.
- Actualización permanente de la Tabla de localización documental en JIMENA IV (en el contexto del Nuevo Reglamento de la HC del HURH, actualización 2025).
- Revisión y comunicación de incidencias reiterativas de las aplicaciones corporativas: por ejemplo, corrección de datos o conexión en aplicaciones periféricas Gacela, ECG, Modulab, conexión ICCA, etc.
- Procedimiento de actuación ante medidas de protección al menor (casos de adopción y tutelados) elaborado por las trabajadoras sociales con colaboración de SADC, implica la Unidad de FMP y Unidad de Documentación Clínica y Archivo en:
  - El domicilio del RN es el de Protección a la Infancia o el de los padres de acogida, si es el caso.
  - Verificar, como control de calidad, que no aparece el término "adopción" en ningún documento (partograma, hoja de cuidados del recién nacido, informe de alta de Pediatría o cualquier otro documento).
  - Digitalizar en médico-legal el Oficio de notificación de la tutela por la Entidad Pública y el documento de entrega del RN a la persona autorizada firmado por ésta.
- Participación en grupo de trabajo ASI. El programa ASI (Asistencia Sanitaria Integral) es un plan de mejora de la atención sanitaria para personas con autismo y/o con discapacidad intelectual que permite a los servicios y profesionales sanitarios identificar y adecuar la atención a las necesidades específicas de estas personas en este entorno.

En el año 2025, y con la implantación de nuevo sistema de gestión de pacientes MHCIS fue necesaria la revisión y actualización de las 571 alertas de "paciente ASI", un dato que no había sido migrado adecuadamente en el sistema y que requirió su registro manual, paciente por paciente.

## 2.9 CODIFICACIÓN CLÍNICA

- Se continúa con el apoyo de empresas externas (ASHO) para una parte cada vez mayor de las altas hospitalarias casi un 71%. Algo parecido está ocurriendo con la codificación de la CMA.



- Los procedimientos del PAE, solo los relativos a endoscopias los codifica la empresa externa (ASHO). El resto de procedimientos no se están codificando.
- Las urgencias siguen siendo codificadas en un 100% por una empresa externa (SOLVENTUM).

EPISODIOS Y NIVEL DE CODIFICACIÓN DEL CMBD-RAE DEL HOSPITAL AÑO 2025 vs 2023					
		2025		2023	
EPISODIOS CODIFICADOS		ALTAS	% DE CODIFICACIÓN	ALTAS	% DE CODIFICACIÓN
CMBD-AH	HOSPITALIZACIÓN	26.393	98,59%	24.348	98%
	HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO	1.860	28,12%	1.508	43%
CMBD-PAE	CMA	7.530	99,91%	7.136	97%
	HOSPITAL DE DÍA MÉDICO/PEDIÁTRICO	9.023	35,74%	18.947	0%
	PAE	5.082	30,17%	4.512	37%
CMBD-URG	URGENCIAS	132.353	92,25%	127.182	92%
		EPISODIOS	% DE CODIFICACIÓN	EPISODIOS	% DE CODIFICACIÓN
Episodios de los Procedimientos Ambulatorios Especializados (PAE)	CARDIOLOGIA	182	0%	145	0%
	DIGESTIVO	1.553	99%	1.658	99%
	NEUROFISIOLOGIA	306	0%	278	0%
	NEUMOLOGIA	1.509	0%	900	0%
	RADIOLOGICO	1.532	0%	1.531	0%

Como se observa, hay un amplio margen de mejora respecto a la cobertura de episodios del CMBD-REA a codificar.

También hay un amplio margen de mejora en la calidad de la codificación. Aunque el nº de códigos por episodio es elevado, esto no implica calidad necesariamente.

### Media de diagnósticos y procedimientos en el CMBD de las altas hospitalarias- Año 2025

Media Diagnosticos	Media procedimientos	Total codigos
8,53	2,94	300133

Indicadores indirectos como el peso medio bruto en el 2025 de los ingresos 0.9126, que es un poco bajo para un hospital de este nivel, obligan a analizar si este dato está condicionado por algún efecto provocado por la calidad y exhaustividad de la codificación o no.

### Servicio de Admisión y Documentación Clínica

---

Además, en el 2025, se han registrado un 1.97% de GRD inválidos, situación que ha empeorado significativamente en relación al año anterior que solo fueron un 0.68%.

El IEMA: 0.9787, sin embargo, ha sido adecuado.

Se ha intentado en muchas ocasiones, implantar un **procedimiento de control de calidad de la codificación** (tanto propia como de la empresa), pero no ha sido posible por la urgencia de conseguir porcentajes adecuados de codificación.

Este tema es “un debe” que esta Unidad del SADC, ha de abordar y sistematizar, confiemos que sea posible en el próximo año, junto con una reorganización de esta unidad.

## 5. PROTOCOLOS Y PROCESOS REALIZADOS E IMPLANTADOS.

- El más relevante es la aprobación de la nueva versión del **Reglamento Historias Clínicas HURH**. Realizado por la Comisión de HHCC y aprobado en Comisión de Dirección en el año 2025. El trabajo fundamental fue realizado por el Jefe de Servicio del SADC (Presidente de esta comisión)<sup>2</sup>.
- También se revisó en profundidad y actualizó el **Protocolo de Información y Comunicación con los pacientes en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica**, donde se ajusta la forma de facilitar la información, la actitud, el manejo en casos de problemas de idioma, etc. en cada uno de los ámbitos de atención a los pacientes del SADC: lista de espera, urgencias, relaciones externas, citaciones, justificantes, etc.

## 6. PARTICIPACIÓN EN COMITÉS Y COMISIONES HOSPITALARIAS

El SADC participa en las siguientes comisiones:

- En la Comisión de Historias Clínicas
- En la Comisión ASVAO.
- En la Comisión de Quirófanos
- En la comisión del pase diario de guardia

## 7. DOCENCIA PREGRADO Y POSTGRADO

- PREGRADO: En el 2025, rotó un alumno de FP de documentación sanitaria en el SADC
- POSTGRADO: En el 2025, el MIR R2, de Medicina Preventiva, rotó por todas las unidades del SADC, dentro del programa de colaboración con este servicio.

---

<sup>2</sup> Disponible en intranet [REGLAMENTO DE LA HISTORIA CLINICA DEL HURH – Intranet ASVAO](https://webhurh.sacyl.es/reqlamento-de-la-historia-clinica-del-hurh/)<https://webhurh.sacyl.es/reqlamento-de-la-historia-clinica-del-hurh/>

## 8. ACTIVIDADES CIENTÍFICAS Y OTRAS

- Proyectos de investigación: Colaboración de un proyecto financiado por Sacyl (Bocyl 25 de noviembre de 2025) cuyo investigador principal es la Dra. Sánchez Antolín, titulado *“Diseño de un sistema de ayuda para la valoración de las interconsultas no presenciales de hepatología solicitadas desde Atención Primaria, mediante Inteligencia Artificial”*.
- Publicación en revista indexada internacional: *“Security practices and insider threats in Spanish healthcare centers: a survey-based risk assessment”*. International Journal of Medical Informatics 205. 106107. Factor impacto 4.1.
- Libros: *“La calidad de los informes de alta hospitalaria 2024-2025”. Un análisis multidisciplinar para mejorar la continuidad asistencial en el Sistema Nacional de Salud*. Santiñá Vila, M.; Davins Rui, M.; Martínez Paya E.; García E.; Marques Espí, M.; Fernández Panellas, C.; Ruiz Iglesias L.; Sañudo García, S.; Gómez G. Presentado por los autores en la Real Academia de Medicina de Madrid el 26 de noviembre de 2025. ISBN: 978-84-09-64157-4
- Comunicaciones congresos nacionales: Comunicaciones orales XX Congreso Nacional de Documentación Médica:
  - *Implantación y Seguimiento del correo electrónico para gestión de citas.*
  - *Evolución de las inasistencias a consultas externas en un hospital de tercer nivel.*
- Actividades formativas
  - Participación en el plan de acogida de residentes.
  - Participación en el Plan Transversal Común (PTC) de los residentes de Castilla y León.
  - Curso de formación sobre *“Confidencialidad e Historia Clínica”*, dentro del plan de formación Sacyl en el Hospital.

## 9. ESTADO ACTUAL DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO.

En el SADC trabaja un elevado número de profesionales de todas las categorías, aunque básicamente son auxiliares administrativos.

En la gestión de los recursos de personal del SADC el año 2025, ha sido relevante por las siguientes mejoras:

- Incorporación del Dr. Horacio Rodríguez como responsable del área de documentación clínica y de lista de espera.
- También se ha contratado a un enfermero Mario Pozo Palenzuela a tiempo completo para la gestión de camas, ingresos urgentes, traslados etc.
- Se ha materializado gracias al apoyo de la Directora Gerente, el disponer de **un responsable de nivel A2**. Nuria Valentín Tola, que inició sus funciones en octubre de 2025.

Por jubilaciones y otras incidencias, se han reorganizado las tareas de los jefes de grupo de citas, ya que su trabajo se está complicando cada vez más. En concreto y en relación a las citas de Radiodiagnóstico, el trabajo y personal de este ámbito del SADC, es el que más ajustes ha precisado.

## 10. ANEXO I

**Proceso de implementación HCIS  
versión 4.8.1.**

**Análisis del cambio de versión de HCIS en el  
Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid**

Elaborado con la colaboración de la Dra. Estefanía Beltrán Gómez.  
Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública

Servicio de Admisión y Documentación Clínica  
Hospital Universitario Río Hortega

23 de diciembre 2025

## Resumen ejecutivo

**Objetivo:** Migración del sistema HCIS a HCIS4 para mejorar rendimiento, estabilidad y funcionalidades en la gestión de pacientes del HURH.

**Alcance:** Gestión integral de pacientes, integración tecnológica y funcional.

**Fases:** Diagnóstico, Consultoría, Formación, Configuración, Implementación, Post-migración.

**Resultados:** Migración completada, validación parcial de integraciones y perfiles.

**Retos:** Validación de perfiles de acceso, integración con los programas e historia clínica, fallos en el registro de recién nacidos, formación insuficiente, gobernanza, búsqueda de soluciones para la resolución de incidencias, acceso a la información registrada para el análisis y valoración de la actividad.

**Próximos pasos:** Optimización de procesos críticos, seguimiento de incidencias, formación continua.

## Glosario

**HCIS:** Health care Information System

**HURH:** Hospital Universitario Río Hortega

**SACyL:** Sanidad de Castilla y León

**HCE:** Historia clínica electrónica

**CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión

**CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos

**SIAE:** Sistema de Información de Atención Especializada

**SNOMED:** Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms

**GRS:** Gerencia Regional de Salud

**TIC:** Tecnologías de la Información y la Comunicación

**SADC:** Servicio de Admisión y Documentación Clínica

**CIPA:** Código de Identificación Personal Autonómico

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

---

**SIFCO:** Sistema de Información de Facturación y Control de Órdenes

**TS:** Tarjeta Sanitaria

**NHC:** Número de historia clínica

**LEQ:** Lista de espera quirúrgica

**EHSE:** Estación Hospitalaria de Servicios Especiales

**ADFS:** Active Directory Federation Services

**SSCC:** Servicios Centrales

**LE:** Lista de espera

**WS:** Web service

**PRO:** Producción

**PRE:** Preproducción

**SEGESDOC:** Programa de digitalización documental

## Introducción

El sistema “**Healthcare Information System**” (HCIS), tal y como se indica en la oferta de este programa, es una plataforma integral diseñada para optimizar la gestión hospitalaria y la atención al paciente. Sus principales características son: centralización de datos, interoperabilidad, acceso en tiempo real, arquitectura modular, enfoque centrado en el paciente, escalabilidad y flexibilidad.

## Antecedentes

El Hospital Universitario Río Hortega (HURH) contaba ya con un HCIS de la empresa Hewlett Packard HP, (actual Dedalus) desde el año 2008, versión 3.6.2.

Este programa sustituyó al DIAS del periodo INSALUD. Su implantación también estaba relacionada con el traslado al nuevo edificio del hospital.

En diciembre de 2007, se iniciaron los trabajos y se identificaron los directores del proyecto y resto de integrantes de los Comités. La Dirección Estratégica la lideraba el Gerente del Hospital y en otros comités, siempre había representantes del equipo directivo, el jefe del servicio de TIC y el jefe del SADC.

El programa estaba liderado directamente en el hospital: el Director Gerente del hospital era el Director del Proyecto, el Jefe de TIC era el Director Técnico del Proyecto y el Jefe del SADC, el Director Funcional del proyecto.

Se planteó como un programa multicentro, empezando su desarrollo e implantación en nuestro hospital, para su posterior difusión al resto de SADC de la comunidad, cosa que nunca llegó a ocurrir.

Se acordó también que la implantación sería por módulos. El equipo de implantación de la empresa se desplazó al hospital y durante un año realizaron los trabajos “in situ”.

Se analizó primero el funcionamiento real del SADC del hospital en cada uno de sus módulos y áreas a implantar y una vez presentado y estudiado por los integrantes de los equipos estratégicos y funcionales del hospital, se estudiaron las adecuaciones que el HURH deseaba realizar en el HP-HIS, de forma que se ajustaron las operativas del programa que se acordaron, dentro de las típicas dinámicas de reingeniería de procesos.

Cabe recordar que HP presentó como mejora en su PPT, la posibilidad de adaptarse a los requerimientos que el hospital necesitara.

HP proponía elaborar un informe con los perfiles de usuarios identificados, y hacer una propuesta de permisos, lo que era muy importante, debido al número de usuarios del programa y sus diferentes funciones.

Por último y también muy relevante como se verá posteriormente, la oferta incluía también una herramienta de minería de datos, en un módulo específico del programa para la gestión, explotación y análisis de datos.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

A lo largo de los años, el programa funcionó razonablemente bien, pero poco a poco fueron surgiendo problemas.

- No estaba claro cómo o cual era el contrato de soporte y de mantenimiento pues HP no daba respuesta adecuada a los temas que iban surgiendo.
- Había necesidad de evolucionar a nuevas funcionalidades que el hospital necesitaba, no recibéndose respuesta por HP de la posibilidad o no de su implantación; por ejemplo, la gestión multicentro, que nunca funcionó, el paso de la codificación de CIE9 a CIE10, imposibilidad de utilizar los códigos SERAM en las citas de radiodiagnóstico, problemas en la gestión del hospital de día, en la gestión de los preoperatorios, identificación con el CIPA, etc. Situaciones lógicas en la evolución de un hospital varios años después.
- Como comentario, los hospitales con el HIS1, si pudieron adaptarse a la CIE10 y a la implantación del CIPA, quedando el nuestro, “descolgado” por tener una versión diferente del HIS.
- Había serios problemas de rendimiento y lentitud en el programa, que ya le Director Gerente del Hospital trasladó a la DG de Planificación e Innovación en el 2014, pues estaba ya afectando directamente a la atención a los pacientes y que HP no terminaba de resolver.
- En abril de 2016, se realizó un informe conjuntamente entre el jefe de TIC del hospital, y el Jefe del SADC que se trasladó a través del Director Gerente al Sacyl, sobre la inquietud del hospital por estas situaciones incidiendo que la única solución que la empresa HP proponía para resolver los problemas era adquirir y migrar a una versión posterior, aunque esta solución no se compartía por los firmantes del informe.

Así pues la obsolescencia técnica y también funcional por falta de mantenimiento, lastraba de forma importante la gestión del hospital, habiendo quedado además como el único con un programa diferente al resto, pues nunca se migró a los demás hospitales que continuaban con el HIS1.

## Inicio del nuevo proyecto

En el año 2018, la Gerencia Regional de Salud del SACyL presentó un pliego de prescripciones técnicas para la instalación de un sistema de gestión de pacientes multicentro para todo el Sacyl y planteó la transformación, migración e implantación empezando en el Hospital Universitario Río Hortega.

En este mismo año, la empresa Dedalus, presentó la primera aproximación del alcance de la migración del HCIS tanto funcional como en tiempos y presupuesto.

Posteriormente, en el año 2021, el proveedor Dedalus presentó un análisis funcional de la versión que tenía entonces el hospital, identificando como principales problemas el rendimiento, la estabilidad del sistema (caídas) y la limitación para el soporte e inclusión de nuevas funcionalidades. Identificó lo que consideraron Módulos adaptados al usuario, de los que confirmaron que el 73% ya estaban contemplados en la nueva versión estándar propuesta.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

---

De las funcionalidades no cubiertas indicaron que eran asumibles por parametrización la mitad y que el resto se analizarían.

La Dirección Gerencia del hospital, recién incorporada, asumió este reto, iniciándose los trabajos preparatorios.

A partir del análisis que presentó Dedalus y durante el año 2023 se realizaron demostraciones y visitas técnicas, confirmando que la nueva versión incluía una gran cantidad de las funcionalidades requeridas.

También por parte del SADC, se realizó una visita al SADC del Hospital Universitario 12 de Octubre, donde contaban con la versión 3.10.6 que es la versión estándar que nos proponían. Como resultado de esta visita se elaboró un informe funcional por parte del SADC, cuyos resultados se analizaron y contrastaron conjuntamente entre la empresa y el servicio de TIC y el SADC. Según el análisis de Dedalus, todas las funcionalidades que el SADC destacó como útiles e interesantes, ya estaban incorporadas en la versión que se iba a adquirir para el hospital.

Los requerimientos funcionales clave que se plantearon fueron:

- Gestión integral del paciente con identificador único para Castilla y León.
- Integración con tarjeta sanitaria, historia clínica electrónica (HCE) y sistemas BI corporativos.
- Inclusión de módulos: admisión (urgencias, hospitalización), consultas externas, lista de espera, planificación quirúrgica, hospital de día, codificación (CIE-10, SNOMED), administración/mantenimiento y explotación de datos.
- Control de accesos, trazabilidad y auditoría.
- Conexión con herramientas corporativas y normativa vigente (CMBD, SIAE, etc.)

La Dirección General de Salud Digital decidió la implantación en el Hospital Río Hortega, como inicio de la versión multicentro, del nuevo programa de gestión de pacientes, desarrollado por Dedalus.

Con lo anterior y siguiendo las directrices de la Dirección General de Salud Digital, el HURH hizo una revisión de la propuesta de actualización a la nueva versión, que resultó ser diferente a la del Hospital Universitario 12 de Octubre, ya que era la 4.8.1.

El Proyecto HCIS4.8.1 se limita a la gestión de pacientes (excluyendo módulos de Historia Clínica Electrónica), con la necesaria adaptación y requisitos tecnológicos y funcionales planteados por el SACYL, con garantía según se planteaba en la oferta, de migración, implantación, integración, mantenimiento y resolución de incidencias.

La Dirección General de Salud Digital, en el arranque del proyecto, indicó que era esa Dirección General la responsable del liderazgo funcional y técnico. Los servicios implicados del hospital (SADC, TIC, Direcciones, etc.) serían de apoyo, pero ni responsables funcionales ni técnicos.

Se realizaron reuniones de arranque a mediados del mes de noviembre de 2024, con la presentación de las características del proyecto y el plan de trabajo.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

La planificación del proyecto contó con diferentes fases y objetivos específicos, así como con un plan en varias fases.

Fases	Objetivo
<b>Fase 1: Preparación y Diagnóstico inicial</b>	Comprender el contexto, los procesos y las características del nuevo sistema. Mapeo de procesos, cuadros comparativos de funcionalidades.
<b>Fase 2: Consultoría</b>	Obtener información bidireccional entre HURH y Dedalus para resolver dudas o situaciones concretas sobre el cambio.
<b>Fase 3: Formación</b>	Entrenamiento, familiarización y resolución de dudas del personal de SADC/HURH.
<b>Fase 4: Configuración</b>	Realizar las adecuaciones y adaptaciones en el nuevo sistema HCIS4 para que logre prestar los servicios de manera óptima.
<b>Fase 5: Implementación y estabilización</b>	Migrar la información al nuevo HCIS4, realizar el arranque del nuevo sistema y lograr el manejo por parte del personal SADC.
<b>Fase 6: Seguimiento Post-Implantación</b>	Medir el impacto real del cambio en la operativa del servicio. Cuadro de mando, informe de seguimiento. (Definición de indicadores, recogida y análisis de datos, propuesta de mejora).

## Fases

### Fase 1: Preparación y Diagnóstico inicial.

Objetivo: Comprender el contexto, los procesos y las características del nuevo sistema. Mapeo de procesos, cuadros comparativos de funcionalidades

**Participantes:** Álvarez Pérez, Moises (Admisión); Bravo, Jose Luis (Dedalus); Canal, Ana María (Dedalus); Canelas Fernández, Javier (Admisión); Fernández Luengos, Ana María (TIC); Fernández Pastor, Pilar (Admisión); Flores de Celis, Inma; González, Leticia (Dedalus); Gutiérrez Navarro, Joan (Dedalus); Martín Gallegos, Begoña (Admisión); Morales Pastor, Jose Manuel (TIC); Paniagua Tejo, María Teresa (SACyL); Pulgar Perera, Viviana(SACyL); Rendon, Amelia (Dedalus); Sanz Bachiller, Teresa (SACyL); Sanz Guadarrama, Candelas (Dirección Médica); Sañudo García, Soledad (Admisión); Valentín Tola, Nuria (Admisión); Velasco Benito, M<sup>a</sup> Angeles (Admisión).

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

---

**Áreas incluidas:** servicios de urgencias, hospitalización, consultas básico, hospital de día, codificación, archivo, consultas avanzado, LEQ y quirófanos.

**Reuniones de equipos:** Fueron reuniones virtuales con la participación de todos los implicados en el cambio.

12/04/2023: reunión convocada por la Directora Gerente (Dra. Cantón), para conocer la situación concreta con todos los implicados, tanto de la GRS-Salud Digital, como del Hospital. El jefe de TIC presentó un documento elaborado por la empresa Dedalus, de fecha octubre de 2021, donde se establecían las tareas funcionales a desarrollar para la migración del HCIS, así como el escenario económico (316.050 €) del proyecto.

15/05/2023: el jefe de TIC plantea la necesidad de hacer sesiones de trabajo entre Dedalus y los servicios de TIC y de Admisión y Documentación (SADC) del hospital, para conocer los diferentes módulos de la versión HCIS4.

31/05/2023 (virtual): el consultor Joan Gutiérrez hizo un repaso por las diferentes funcionalidades del módulo de consultas externas de la versión HCIS4. Se recalcó en numerosas ocasiones que las funcionalidades que estaban en la versión previa del HURH se mantendrán.

01/06/2023 (virtual): Módulo de consultas externas. El consultor Joan Gutiérrez hizo un repaso por las diferentes funcionalidades del módulo de consultas externas y de las funcionalidades del módulo Hospital de Día, el cuál no se había utilizado hasta la fecha. Comentarios relevantes: la mejora en la versión actual es en rendimiento, visualización, accesibilidad, pero el funcionamiento básico continua igual.

06/06/2023: Módulo de lista de espera y quirófanos. Se mencionó que el HCIS no tenía la posibilidad de concretar tramos de tiempos en función del diagnóstico que tenga el registro de demanda, no permite revertir una cirugía anulada, ni restringir la programación de quirófanos por listas de cirugías, ya que solo es posible por servicios. Comentarios relevantes: El consultor revisaría los módulos de codificación y anulación.

12/06/2023: Reunión en Salud Digital con la Dra. Cantón, para revisar la migración de la nueva versión de HCIS4 en el HURH.

13/06/2023: Módulo de Admisión de Urgencias. Adrián Alonso de la empresa Dedalus hizo el recorrido por el módulo de Urgencias (registro de pacientes, localización del paciente, formulario de ambulancias, impresión de etiquetas y pulseras, triaje, solicitud de ingreso, adjudicación de cama, mapa de pacientes, listado, alta de urgencias). Comentario relevante: se recalcó que la explotación de datos sea más flexible.

15/06/2023: Módulo de Urgencias y hospitalización. Adrián Alonso de la empresa Dedalus indicó la gestión de ubicaciones, traslados, hospitalización domiciliaria, concepto de alta temporal, mapa de camas, inhabilitación de camas, módulo de partos. Comentario relevante: se evaluaría la posibilidad de relacionar dos episodios, por ejemplo, en un accidente. Eso sería una mejora funcional a estudiar, pero no existe actualmente.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

---

06/07/2023: Revisión módulos de archivo, fichero maestro de pacientes, justificantes y codificación. Claudia Higuero de Dedalus presentó la sesión. Se revisó la visión de pacientes para las fusiones y traspasos, configuración de exitus, gestión de duplicados, archivo, búsqueda de episodios, traspaso masivo de dossier, justificantes, codificación. Comentarios relevantes: La descarga de CMBD se adaptará ya que no se contaba con constancia de trazabilidad de actualización de datos de filiación para acceso a auditorias de HCIS por parte del médico o auxiliar.

22/08/2023: Los responsables del SADC realizaron una visita al Hospital 12 de octubre donde tiene HCIS versión 3.10.6, para conocer algunos aspectos de su versión de HCIS más parecida a la propuesta para el hospital. De esta visita se elaboró un informe repasando las funcionalidades vistas.

29/08/2023: El Director Técnico de Tecnologías de la Información y la Comunicación (Jose Guzman Arce), indicó que el HURH contactaría con Dedalus, para analizar las funcionalidades vistas en el Hospital 12 de Octubre y así preparar las actualizaciones del HCIS.

02/11/2023: Desde la GRS (JC Peciña), indico que se revisara una “demo” de un programa GPAC, de la empresa BALIDEA, como posible sustituto del HCIS. A través de la GRS, Dedalus solicitó al hospital un dimensionamiento de las infraestructuras y volumen de actividad implicado en el HCIS actual, como análisis previo a la migración.

08/11/2023: Dedalus de forma presencial en el HURH revisó con los servicios implicados (TIC y SADC), cada aspecto reflejado en el informe de la visita al Hospital 12 de octubre (versión 3.10.6), indicando las funcionalidades estándar en la nueva versión (la mayoría) y cuales precisaban tareas de integración.

19/12/2023: Módulo de hospital de día. Miquel Castello de Dedalus revisó la vía clínica para las peticiones desde Hospital de Día, el seguimiento del paciente en mapa de enfermería y la vía administrativa para la agenda de la unidad.

20/12/2023: Reunión con los técnicos de la empresa BALIDEA, representantes de Salud Digital, y responsable del servicio de TIC y SADC, donde se mostró el módulo de gestión de consultas del programa GPAC.

**Formaciones programadas:** Servicio de Urgencias, Hospitalización, Consultas básico, Hospital de Día, Codificación, Archivo, Consultas avanzadas, Lista de espera quirúrgica y quirófanos.

## Fase 2: Consultoría

Objetivo: Obtener información bidireccional entre HURH y Dedalus para resolver dudas o situaciones concretas sobre el cambio.

El día 12/09/2023, se hizo revisión de funcionalidades, puntualizando diferentes áreas:

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

- **Urgencias:** mapa de urgencias, emergencia vital, modificación de datos de la atención, reserva de cama tras solicitud de ingreso, confirmación de ingreso, pantalla de información administrativa en los datos de accidentes de tráfico o trabajo, destino al alta “paso a CEX”, recién nacidos, gestor de ubicaciones, íconos de HCIS, gestión de petición de ambulancias, perfiles de acceso al HCIS, posibilidad de registrar acompañante, posibilidad de alertas/registro/seguimiento, ícono de consulta directa de la historia de primaria, posibilidad de listados/fichero de información de la situación de urgencias.
- **Hospitalización:** mapa de camas en línea, camas prequirúrgicas y prealtas, camas de hospitalización domiciliaria/multihospital, posibilidad de modificar la asignación del número de historia clínica, posibilidad de reserva de camas/ubicación, gestión de solicitudes de ingreso, aislamientos, gestión y control de ectópicos, opciones de búsquedas grabadas.
- **Lista de espera y planificación quirúrgica:** módulo de planificador quirúrgico, pacientes “DIANA”, crear y gestionar alertas, reprogramación en lista de planificador quirúrgico, desprogramar un paciente preprogramado, modificación de la planificación a fecha pasada, aviso de no coincidencia entre lista de espera y tipo de quirófano asignado, búsquedas y avisos, configuración de favoritos según perfil, codificación de lista de espera, citación de preoperatorio, hoja circulante, asociar destino del paciente tras la intervención, gestión y consulta de agenda quirúrgica, mapa de quirófano ambulatorio.
- **Consultas externas:** gestión de demoras, multicita, reprogramación global, búsqueda del primer hueco disponible, gestión del buzón, bloqueos y reservas, pruebas de rayos,
- **Identificación y fichero de pacientes:** desplazamientos, comunicación con tarjeta sanitaria en línea, inclusión del CIPA, modificación de datos del paciente, registro de casos y episodios en SIFCO.
- **Mantenimientos.**
- **Otros:** Hospital de día, libro de partos, codificación (proceso de descarga del CMBD)

También se realizaron once reuniones entre el 18/11/2024 y el 15/01/2025, con la participación del equipo responsable técnico y funcional del proyecto de Dedalus, y responsables de implantación del HURH. Se revisaron las funcionalidades desarrolladas en la versión previa a través de un Excel presentado por Dedalus, en el cual indicaron las alternativas que ofrecía la nueva versión fueron y la necesidad de mantener dichos desarrollos. De estas sesiones surgieron tareas y decisiones que limitaban la continuidad del proyecto y que fueron analizadas y respondidas a lo largo de las últimas semanas. Las sesiones fueron:

18/11/2024, sesión de gestión de usuarios modelo.

19/11/2024, sesión de hospitalización.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

---

20/11/2024, sesión de urgencias.

21/11/2024, sesión de gestión de pacientes.

26/11/2024, sesión de consultoría de descargas y estadísticas.

28/11/2024, sesión de consultoría de archivo HC, y codificación.

03/12/2024, sesión de consultoría de facturación

04/12/2024, sesión de consultoría de consultas externas.

11/12/2024, sesión de consultoría de lista de espera.

14/01/2025, sesión de hospital de día.

15/01/2025, sesión de módulo de partos.

Terminadas estas sesiones de trabajo, se elaboró un informe por parte del hospital, que la Dirección Gerencia transmitió a Salud Digital en mayo de 2025, con algunas consideraciones sobre la implantación y temas funcionales relevantes que no quedaban claros, incidiendo en la preocupación de que 8 meses, que era el plazo previsto para la implantación, era un plazo muy escaso.

### Fase 3: Formación

Objetivo: Entrenamiento, familiarización y resolución de dudas del personal de SADC/HURH.

Una vez que se contó con los entornos de preproducción estables y la validación de los usuarios modelo, se realizaron sesiones de formación a referentes que tendrían el rol de formadores para cada módulo de la aplicación.

Esta formación se realizó vía TEAMS.

A continuación, se muestra el resumen de los cursos de formación en Junio de 2025, que se dieron en sesiones de aproximadamente una hora, por TEAMS, y que quedaron grabadas (<https://saludcastillayleon.sharepoint.com/sites/MHCIS>)

Cabe destacar como se constató posteriormente que la versión del HIS sobre la que se desarrolló la formación no era la misma que después se implantó en el hospital, lo que generó mucha incertidumbre en las personas que habían recibido la formación y que la tenían que transmitir al resto del equipo, cuando se instaló el programa de pruebas.

Las funcionalidades que se iban estudiando en la formación, se comprobó que eran similares a las que ya se tenían en la versión anterior y las nuevas que se presentaban, quedaban pendientes de probar hasta la instalación de una versión de pruebas para ello, que fue casi seis meses después.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

No obstante, persistían limitaciones técnicas y pendientes de implementación por SACYL e informática. Se requería seguimiento sobre demoras, permisos y listados.

Principales cambios y observaciones:

1. **Identificación de Pacientes**
  - Creación y modificación de NHC con conexión a Tarjeta Sanitaria (TS).
  - Formación específica pendiente para este módulo.
2. **Consultas Externas**
  - Eliminación del aviso de duplicidad en la misma especialidad; ahora solo avisa por misma prestación.
  - No hay aviso si el paciente pertenece a otra área sanitaria.
  - Fallos en reprogramaciones (requiere actualización de pantalla).
  - Anulación de citas en planilla solo por día (no probado por error en carga).
3. **Archivo y Justificantes**
  - Confirmar que la eliminación de NHC solo sea para usuario avanzado.
  - Diseño de justificantes poco adecuado (texto sin justificar, letra grande, campo manual).
  - Necesidad de perfil específico para impresión de justificantes.
4. **Traspaso de Episodios**
  - El traspaso automático incluye episodios relacionados, lo que genera errores.
  - Se propuso la selección manual para dar solución.
5. **Lista de Espera Quirúrgica**
  - Inclusión debe reflejar por defecto “NO DERIVABLE”.
  - Inconsistencias con tipos de preoperatorio respecto a Jimena.
  - Faltaba flexibilidad para citar preoperatorios desde puesto de citación.
  - Propuesta: permitir modificar planificación quirófanos a posteriori y ordenar consumos alfabéticamente.
  - No se pudo comprobar la migración JIMENA – HIS de las inclusiones en lista que con el programa anterior si estaban resueltas.
6. **Admisión Programada y Urgencias**
  - Gestión de pacientes desconocidos no vista (urgencia vital).
  - Problemas con ingresos con NHC provisional y check “ingreso confirmado”.
  - Mapa de camas: se solicitó guardar última búsqueda temporalmente.
  - Incidencias en traslados entre camas virtuales y hospitales (ej. HURH no aparece en listado).

Como conclusión de las sesiones de formación, se constataron varios temas que surgieron que no estaban considerados o preparados y que se consideraron críticos

- La forma de recibir la formación se consideró insuficiente por parte de todo el personal que la recibió (SADC. Matronas, etc.). Se solicitaron manuales, pero solo se entregaron trípticos muy simples e insuficientes.
- Revisión de demoras y parámetros en consultas y lista de espera. No se pudo valorar.
- No se pudo conocer la solución para traspaso manual de episodios.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

- Quedaron pendientes muchos ajustes en lista de espera quirúrgica y gestión de preoperatorios.
- Había que hacer mejoras en diseño de justificantes y notas de cita, de reprogramación, etc.
- Repaso módulos de admisión y urgencias.
- No se pudo conocer ni probar, como iba a funcionar era la nueva identificación de los pacientes y la asignación del CIPA.

## Reuniones de seguimiento

Con los temas que iban surgiendo en la formación, se establecieron reuniones de seguimiento con el equipo funcional y técnico responsable del Sacyl y el Hospital (Dirección Gerencia, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Responsables funcionales y técnicos de la Dirección General de Salud Digital, responsables de TIC del hospital, responsables del SADC y representantes de Dedalus)

Las fechas y temas del seguimiento fueron:

**Tabla resumen de actas de seguimiento**

Fecha	Avances tecnológicos
08/07/2025	Integración tarjeta sanitaria, descargas oficiales y no oficiales, CMBD, simulacro de pruebas funcionales, directorio activo, pruebas de carga, integración con LEQ, hospitalización, quirófanos, citaciones y tarjeta sanitaria.
15/07/2025	Integración ADFS, Renacyl, CMBD, simulacro de descarga de bases de datos y pruebas de carga; integración con Jimena, Gacela, LEQ, quirófano, urgencias.
11/09/2025	Simulacro de migración, validación de accesos, CMBD, reportes y listados, ficheros de lista de espera e integración con urgencias, consultas, hospitalización, partos, LIE, quirófanos.
25/09/2025	Usuarios y accesos, permisos de citación, integraciones con Civitas, WS y tarjeta sanitaria.
16/10/2025	Accesos, formaciones, integraciones con Civitas, Medora, circuitos de validación.

Las actas están disponibles en <https://saludcastillayleon.sharepoint.com/sites/MHCIS>

Hubo dos temas muy debatidos y complejos:

- A. PERFILES Y USUARIOS:** Uno de los temas más debatidos y complejos fue el de diseñar y elaborar los perfiles por usuario. Dedalus indicó que los perfiles tenían que ser de usuarios modelo y que además no procedían perfiles genéricos.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

Los perfiles genéricos, asociados sobre todo a Enfermería, hubo que anularlos y ajustarlos poco a poco.

Respecto al resto de perfiles el análisis de las funcionalidades fue muy complejo y no bien resuelto, ya que en ocasiones el acceso a las funcionalidades era a todo o a nada, sin contemplar situaciones intermedias.

- B.** Se detectó un problema MUY RELEVANTE, que es que **no se ofrecía acceso a datos que se necesitarían**, ni listados ni ningún acceso a datos específicos, ni tan siquiera a un parte de camas, etc. Dedalus mostró muy mínimamente alguna posibilidad de obtener información mediante filtros, descargas a Excel de esos datos filtrados, etc. pero por ejemplo no había un mapa de camas y de la ocupación de todo el hospital “*on line*”, no hay posibilidad de conocer el índice de ocupación diario, ni mensual por servicios, ni la estancia media, etc. información imprescindible para la gestión del hospital en este ámbito y en otros muchos. Todo el equipo del hospital, reclamó esta necesidad. Se enviaron ejemplos (excell, sql, etc.) del tipo de información que se estaba utilizando en todo el hospital y que era necesaria. Dedalus indicó que no era parte de su proyecto, apoyada esta decisión por Juan Carlos Peciña Jefe del Servicio de Tecnologías de la Información de la Gerencia Regional de Salud, que remitió todas estas necesidades a la información disponible en BISON, que los responsables del hospital, remarcaron como útil pero totalmente insuficiente para los requerimientos que se exponían.

## Fase 4: Configuración

Objetivo: Realizar las adecuaciones y adaptaciones en el nuevo sistema HCIS4 para que logre prestar los servicios de manera óptima.

Esta fase tuvo una importante implicación e impacto técnico y fue fundamental contar con la información solicitada en la fase de consultoría y el apoyo de los referentes del centro.

**28/01/2025 -Consideraciones sobre el proceso de implantación del nuevo HCIS4 en el HURH:** Los técnicos de TIC, los referentes funcionales, SADC y personal de Dedalus analizaron características concretas como la gestión de lista de espera quirúrgica, gestión de la identificación de pacientes, hospitalización en tiempo real, programa de Onco-hematología de hospitales de día, sesiones de fisioterapia de hospital de día fuera de la normativa, descarga del CMBD desde la propia aplicación, ficheros de descarga CEX, LIE, QUI, incompatibilidad de los cuadros de mando de hospitalización – intervención, acceso a listados y escritos, falta de unificación de los usuarios con directorio activo y WS de citas desde Medora. Se comentó la preocupación por el escaso tiempo de plazo restante para el cambio, el modelo propuesto de migración en la implantación en un único momento, el desconocimiento del proceso y el plan de contingencia.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

**01/06/2025– Reunión preparatoria para la actualización del HCIS4:** El consultor Joan Gutiérrez repasó con el personal de SADC, TIC, Dedalus, SACYL y Dirección médica la funcionalidad del módulo de consulta externa del HCIS4, hospital de día, puesto de citación, pruebas de rayos, citas múltiples y configuración de agenda.

**06/06/2025** - Reunión preparatoria para la actualización del HCIS4: el personal de SADC, TIC, Dedalus, SACYL y Dirección médica, revisaron el tema de lista de espera y quirófanos (etapas, codificación, tipos de preoperatorio, indicaciones de HCE, histórico del paciente, código), planificador quirúrgico, hoja circulante, anulaciones y captura de actividad.

**28/10/2025** – Resumen de funcionalidades del servicio de admisión y documentación clínica que quedarían por ajustar en el programa HCIS4: Los usuarios del SADC revisan las funcionalidades y encuentran algunas que requieren un ajuste. Estas son: impresión de documentos (pegatinas y pulseras), gestión de hospitalización (aislamientos, habilitación de camas, prioridad de procedimientos, tipo de exitus), citaciones (perfiles de usuarios, diseño de plantillas), lista de espera (inclusión lista de espera procedente de Jimena, gestión de paquetes preoperatorios, fecha de preoperatorio, control de tramos de aplazamientos, quirófano AFQ), archivo (fusiones de NHC, explotación de datos, confirmación exitus, sincronización datos del paciente con tarjeta sanitaria, conexión con digitalización, codificación), justificantes.

*Este día se acuerda el arranque para el 14/11/2025.*

## Pruebas de funcionamiento y de rendimiento Dedalus

**Iteración 1** el 26/06/2025 lanzadas contra el entorno de PRO del HURH, con resultados adecuados.

**Iteración 2** el 01/07/2025 con una parada de error en acceso a Civitas y dos incidencias en relación a la actividad en la anulación y reprogramación de citas.

En la revisión de la versión de pruebas del HCIS4:se encontraron algunos inconvenientes con respecto a los avisos en la duplicidad de citas (si tenía dos citas el mismo día, sólo avisaba si la cita pertenecía al mismo servicio; no avisaba cuando se daban primeras visitas en pacientes de otra área u otras provincias).

El formato de impresión de citas era demasiado grande, no cabían los datos en el sobre con ventanilla por el que se envían las citas por correo. No se visualizó el check de “Médico elegido por el paciente”. No se cargaba la pantalla para citar por planillas y tampoco funcionó la opción de cita múltiple.

El día 12/06/2025, se encontraron las siguientes situaciones en las diferentes áreas:

**Usuarios:** limitaciones del modelo de usuario único, desajustes entre funciones y perfiles asignados del personal SADC, inconsistencias técnicas según equipo y navegador, estaba pendiente la creación de un perfil específico para encargados de emitir justificantes.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

**Admisión programada:** dificultades en la gestión de hospitalización y asignación de camas, en los listados y gestión documental, en las opciones de motivo de alta y en usabilidad del sistema, en los justificantes, en las altas por exitus, en la inclusión de nuevos pacientes a la lista de espera, en la conversión de NHC provisional a definitivo y en el acceso a la Tarjeta Sanitaria para cargar datos de pacientes sin NHC.

**Admisión urgencias:** dificultades en el seguimiento de mapa de camas, impresión de pegatinas, integración con tarjeta sanitaria, la gestión de ingreso de pacientes desconocidos, gestión de ingresos y altas, creación de cama adicional en obstetricia cuando la planta está llena, listado de pacientes atendidos y altas.

**Consultas externas:** inconveniente en la información sobre el área sanitaria del paciente, cambio en los avisos de cita, problemas con las planillas, limitaciones en los listados, no se identifican las auditorías, hay errores en las reprogramaciones, no queda claro los cálculos de demoras según las instrucciones de LECYT, falta de documentación de Dedalus sobre gestión de permisos, especialmente en funcionalidades raíz y multiselección.

**Archivo:** problemas en la funcionalidad de eliminar NHC, falta de información que antes se tenía como listados y estadísticas, dificultad en la gestión de los justificantes, errores en los traspasos de episodios, estaba pendiente la conexión con programa de digitalización (SEGESDOC), y todo lo relativo a las conexiones con el programa de Tarjeta Sanitaria y revisión de NHCs (icono lupa).

**Lista de espera quirúrgica:** Valor por defecto incorrecto en solicitudes de inclusión, inconsistencias en el tipo de preoperatorio respecto a Jimena, gestión del preoperatorio poco flexible, clasificación de ingresos confusa, limitación en la modificación de planificación quirúrgica, ordenación de consumos en quirófanos, ausencia de listados imprescindibles para quirófanos, no se puede obtener la hoja de circulante, no se ha podido validar la conexión HIS-JIMENA.

## Análisis de adaptaciones específicas. Perfiles y usuarios.

Se revisaron las especificaciones de sistema HIS y HCIS4 con el fin de verificar las observaciones que realizan ambos sistemas y las que el nuevo sistema no tiene integrado. Ver anexo 3.

El aspecto más relevante y complejo ha sido (y está siendo) el análisis de perfiles de usuarios y sus funcionalidades.

En el proyecto los perfiles de los usuarios estaban descritos con unas competencias/funcionalidades concretas, que en muchas ocasiones no correspondían con las funcionalidades que se necesitan. El SADC realizó un análisis exhaustivo de todas las funcionalidades del HIS, indicando cuales si o cuales no, deberían asociarse a los perfiles, sin embargo, esto se indicó que no era posible. Había que ajustar las funcionalidades asociadas al puesto de trabajo del personal a los usuarios modelo, con perfiles predefinidos por el HIS y esto tanto para el SADC, como para todos los usuarios

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

del hospital implicados (SADC, matronas, salud mental, atención primaria, enfermeras, médicos, etc.)

Se fueron revisando en PRO, comprobando que incluso aunque se ajustaran los profesionales a las funcionalidades de los usuarios modelo predefinidos en el HIS, esto tampoco funcionaba adecuadamente.

Por parte del SADC, se preparó una tabla específica para cada usuario modelo con sus funcionalidades, para que todos los trabajadores del SADC, confirmaran que, en el programa de pruebas, accedían, podían realizar o no las funciones que les correspondían o si les faltaban algunas. Se detectaron muchas dificultades e incongruencias; por ejemplo, en el usuario modelo ADMHOS, de admisión programada, algunos de los auxiliares administrativos, no podían dar de alta a los pacientes hospitalizados por motivo exitus, y otros con el mismo usuario sí.

Con la ayuda de TIC se fueron ajustando, pero persisten a fecha actual, algunos problemas todavía.

## Fase 5: Implantación y Estabilización

Objetivo: Migrar la información al nuevo HCIS4, realizar el arranque del nuevo sistema y lograr el manejo por parte del personal SADC.

Corresponde a las últimas dos semanas del proyecto en las que se realizan las pruebas finales de funcionamiento de la nueva versión. La migración se realizó mediante un proceso compacto que afectó a toda la base de datos en bloque, sin ser posible su disgregación o procesamiento parcial por ámbitos ni módulos. Se canalizó el registro de las incidencias en Eclipse por el hospital.

Suspensión programada del sistema HCIS por migración al nuevo programa HCIS4, el día 15/11/2025, con **duración estimada de 20 horas**.

Se definió y consensuó un plan de contingencia, durante la suspensión del HCIS, centrado en Urgencias y hospitalización, con presencia en el hospital durante esas 20 horas de responsables del servicio TIC, responsables funcionales HCIS4, SADC, empresa Dedalus, Gerencia, Dirección Médica, Jefaturas de Urgencias y Guardia, y supervisión de Guardia.

El día 15/11/2025 a las 22:00 (sábado) se llevó a cabo la parada informática y el arranque. A partir de ese momento se realizaron pruebas puntuales con acompañamiento de los responsables del comité técnico (Gerente, TIC, SADC, Dedalus). Se evidenciaron múltiples problemas, ante los cuales, la Directora Gerente del HURH decidió dar continuidad al proceso ya que todos los implicados valoraron que los problemas detectados no impedían el trabajo en urgencias y hospitalización y el resto de módulos, se contaba con poderlos resolver durante las dos semanas siguientes.

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

Una vez migrado el programa, durante la primera semana del 17 al 21 de noviembre, se mantuvo un soporte presencial de Dedalus, para incidencias registradas en Eclipse y durante la siguiente semana del 24 al 28 de noviembre el soporte fue remoto.

### Fase 6: Post- Migración

Objetivo: Medir el impacto real del cambio en la operativa del servicio. Cuadro de mando de la situación e informe de seguimiento.

Los médicos SADC lideraron los equipos de trabajo durante la puesta en marcha del HCIS4 y fueron puente entre Dedalus y la Dirección del HURH para la comunicación y resolución de incidencias durante el proceso de adaptación. Además, durante la primera semana hubo acompañamiento presencial por una o dos personas de Dedalus para brindar soporte en el HURH.

Se realizaron revisiones sistemáticas por Teams de manera diaria en las mañanas con el grupo de Dedalus hasta el día 17/12/2025, donde Dedalus informa que no participará más en las reuniones, aun persistiendo inconveniencias con el nuevo sistema.

Resultó muy relevante también el impacto operativo en los tiempos de registro y gestión de algunos procesos de trabajo.

La presión es esta fase tanto en la cantidad como calidad del trabajo del SADC y de TIC fue importante.

## Conclusiones

### Específicas:

- **La formación fue insuficiente.** Se dio en sesiones por TEAMS generales de aproximadamente una hora, casi un año antes. El programa que se mostró no era el que definitivamente se implantó. Cuando se solicitaron manuales de uso, solo se facilitaron unos simples trípticos muy esquemáticos, de forma que el personal ha tenido que ir aprendiendo sobre la marcha. Afortunadamente muchas cosas son parecidas a las del programa anterior.
- Persisten limitaciones técnicas y operativas que requieren soporte, solución y seguimiento.
- Eficiencia en el registro de los datos; el programa es parecido al anterior, lo que ha facilitado su manejo, pero como era de esperar durante unos meses, el trabajo se ha ralentizado, sobre todo en la Unidad de Citaciones que exige una operativa ágil. Tampoco el “diseño estético” del programa nos parece cómodo, pantallas más grandes que obligan a hacer *scroll* enlenteciendo el registro, letra mucho más pequeña, colores y símbolos que no ayudan a la visualización, etc.
- En relación con la **integración con programas del SACYL** se realizó la conexión con tarjeta sanitaria (CIVITAS), que además ha tenido múltiples

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

incidencias, y con JIMENA y GACELA, pero en estos casos aún no está completamente estabilizada esta integración en ciertos aspectos (lista de espera, citas, etc.).

- Se han depurado perfiles y ya no existen genéricos, pero continúan algunos problemas de ajustes en funcionalidades y permisos.
- La **lista de espera quirúrgica** ha sido problemática. Se ha estado trabajando sobre su validez y coherencia, pero se han producido múltiples incidencias y quejas también por parte de los Jefes de Servicios quirúrgicos a la Dirección, sobre las que se están trabajando.
- La **falta de acceso a la información operativa del** hospital con el nuevo sistema, dificulta que el servicio SADC pueda medir, planificar y mejorar tanto la eficiencia como la calidad asistencial de su trabajo. En este último punto, es fundamental conocer que el SADC requiere el acceso operativo en tiempo real a:
  - la información que el propio SADC registra, pues tiene la responsabilidad de garantizar la gestión y flujo de los pacientes, la corrección en su identificación y de sus episodios.
  - el SADC debe asegurar la calidad de la información que registra y detectar los errores inmediatamente para poderlos corregir, tanto por incongruencias como por errores humanos. Ahora no lo puede hacer.
  - el SADC tiene un impacto operativo y clínico relevante al registrar los datos y validarlos, para asegurar la fiabilidad del sistema de información del hospital y de sus indicadores, y por tanto colaborar en la medida de la calidad, gestión, eficiencia, sostenibilidad y la toma de decisiones basada en datos validados. Es este punto y aunque si dispone de información tanto en el programa BISON como de la posibilidad de diseñar lo que HIS llama “*reports*”, son opciones insuficientes para las necesidades de este hospital, como se ha argumentado repetidamente durante todas las reuniones mantenidas.

### Generales:

La implantación de un nuevo sistema de gestión de pacientes, es muy relevante en el hospital, no solo es un tema del SADC. Ha afectado al 100% de la actividad de la organización, repercutiendo directamente en la agilidad y seguridad del paciente.

De hecho, y vista la repercusión de la situación y la afectación global que supuso, la Dirección Gerencia y del equipo directivo se implicaron desde el principio, proponiéndose e implantándose reuniones presenciales de seguimiento en el hospital con la empresa y con los responsables funcionales y técnicos del Sacyl (Viviana Pulgar y Fernando Pastrana)

## Servicio de Admisión y Documentación Clínica

---

Las dos condiciones previas de migrar el programa en bloque y ajustándose a las dinámicas y funcionalidades del programa, y no al revés, de forma que el hospital ha tenido que adaptarse, han provocado algunas distorsiones y problemas.

El HCIS4 suponía una mejora que aún no se ha constatado, aunque el equipo de TIC indica que el programa técnicamente es más estable.

Funcionalmente no aporta nada diferente del programa anterior, excepto el procedimiento de preprogramación que aún no funciona y la conexión con CIVITAS que el hospital no tenía, pero que si tenían los demás centros con el HIS1.

Considero que, tras la importante inversión económica y el esfuerzo de todo el personal implicado, que de nuevo hay que agradecer, en esta migración se ha perdido la oportunidad de modernizar y simplificar la gestión de pacientes en el hospital. El programa desde el punto de vista funcional no aporta nada nuevo ni ningún avance o modernización en los procesos de gestión que el SADC<sup>i</sup>, esperaría de un programa de gestión de pacientes del siglo XXI.

---

<sup>i</sup> Por ejemplo, en las citas, el programa no ayuda a identificar las diferentes citas asociadas con el proceso del paciente y su congruencia o no en demoras, reprogramaciones, multicitas, etc. En lista de espera quirúrgica el programa no ayuda a identificar incongruencias o errores, que han de analizarse por otras vías. Las especificaciones para la gestión de las citas o en los ingresos o en las inclusiones en lista de espera deberían poderse incorporar al programa como ayudas, para que el usuario no tuviera que consultar y aplicar a mano sus “notas de trabajo” con las condiciones de cómo cada servicio quiere que se gestionen esos casos o agendas o prestaciones. Avisos cuando un paciente ingresa con citas a consultas para valorar si han de retrasarse o anularse, u otros muchos ejemplos del control de la trazabilidad de los procesos del paciente, que este programa no hace.