# MANUAL DE GESTIÓN
## DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
## DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL
SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO
DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

Región de Murcia

## GRUPO DE TRABAJO DE Historia Clínica

AMPARO EGEA VALERA
Médico Documentalista. Hospital Sta. María del Rosell.

M.ª DOLORES GARCÍA RUIPÉREZ
Médico Documentalista. Hospital General Universitario Reina Sofía.

FERNANDO SAN EUSTAQUIO TUDANCA
Inspector Médico. Hospital General Universitario Reina Sofía.

ANDRÉS CÁNOVAS INGLÉS
Médico. Centro de Salud. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.

JESÚS E. CARCAR BENITO
Asesor de la Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo

M.ª PAZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Técnico Responsable. Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo.

M.ª DOLORES LÁZARO AGUSTÍN
Coordinadora de Equipos de Atención Primaria de Murcia del Servicio Murciano de Salud

JUAN ANTONIO MARTÍNEZ CARRILLO
Técnico Responsable. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud.

# ÍNDICE

# 1. INTRODUCCIÓN

MANUAL DE
ACTUACIÓN DEL
PERSONAL
SANITARIO Y
ADMINISTRATIVO
EN EL MANEJO DE
LA DOCUMENTACIÓN
CLÍNICA DEL SMS

# INTRODUCCIÓN

Se ha escrito bastante acera de la Historia Clínica y de los derechos y obligaciones que ésta conlleva, constituyéndose como el documento fundamental en torno al cual se articula la actividad asistencial. El régimen jurídico de la Historia Clínica comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro.

Hoy en día, la evolución tecnológica conduce al diseño de nuevos sistemas de información para los centros sanitarios que acercan la información al paciente al punto de la asistencia, facilitan la integración de los servicios y, en definitiva, ayudan a la organización sanitaria en el proceso de gestión al tiempo que permiten ahorrar espacio y tiempo.

La utilización del ordenador contribuye a una mejor prestación de los cuidados médicos, permite automatizar las técnicas facilitando la elaboración de informes sanitarios, y potencia el trabajo en equipo que exige toda investigación, permitiendo el acceso rápido y selectivo de la información referida a un paciente.

En el siglo XXI la Historia Clínica informática/electrónica se presenta como una iniciativa innovadora tecnológicamente, en principio segura y confidencial, que tiene como objetivo mejorar la calidad de la asistencia sanitaria al disponer de un documento que recoge todo el conocimiento de cada paciente, tanto sean textos como imágenes, accesibles dónde y cuándo se necesiten.

Sin embargo, las cuestiones relativas a la Historia Clínica están dotadas de gran complejidad, y que afectan a una multiplicidad de personas. En particular, a médicos y otros profesionales sanitarios, además de los pacientes y usuarios en general.

Ha de tenerse en cuenta que los datos pueden recabarse por muchas personas y para distintas finalidades: en primer lugar, por el paciente (en su caso, por las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho); por las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado en función de sus propias necesidades, que se traducen, en general; en el requerimiento de datos de filiación, estancia y localización, con menor frecuencia, de datos clínicos; por la inspección de servicios sanitarios, con la finalidad de llevar a cabo la evaluación correspondiente de la incapacidad temporal, tramitar correctamente los expedientes disciplinarios, realizar informaciones sobre denuncias por imprudencia o negligencia médica o de otros profesionales; por la Seguridad Social, para la correcta tramitación de las pensiones (de invalidez, fundamentalmente) y suministrar información adecuada a los equipos de valoración: por las compañías de seguros, en relación con las pólizas contratadas, de manera que suele condicionarse el pago de los gastos sanitarios al hospital a la información de la estancia del paciente y de los aspectos concretos clínicos que justificaron el ingreso; por diferente órganos de las administraciones públicas para asuntos muy variados, en general en interés del propio paciente; para determinados intereses públicos, que deben necesariamente contemplados, tales como los judiciales, epidemiológicos o de investigación.

Por último, el fin más destacable de la Historia Clínica es el que se refiere a ser un medio de la asistencia sanitaria del paciente, siendo los profesionales sanitarios los responsables de su creación y actualización.

# 2. NORMATIVA

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

# NORMATIVA

Aunque no existe una norma concreta que contenga un específico manual de actuación del personal que presta diferentes servicios en los centros médicos, sí estamos en disposición de aglutinar un conjunto de "buenas prácticas" que garanticen la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la documentación clínica, tomando como referencias específicas normas contenidas, principalmente en las siguientes fuentes:

- Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal (LOPD).
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento del desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Instrucción 1/1998, de 19 de enero, de la Agencia Española de Protección de Datos, relativa al ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Legislación autonómica en materia sanitaria.
- Recomendación 2/2004, de 30 de julio, de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid (APDCM), sobre custodia, archivo y seguridad de los datos de carácter personal de las historias clínicas no informatizadas.

# 3. CONCEPTO DE HISTORIA CLÍNICA

## LA PROTECCIÓN DE LOS DATOS DE SALUD

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

# CONCEPTO DE HISTORIA CLÍNICA. LA PROTECCIÓN DE LOS DATOS DE SALUD

Dos conceptos son claves antes de adentrarnos en este manual de actuación del personal, a saber:

a) El concepto de documentación clínica: entendido legalmente como "el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial".

b) El concepto de Historia Clínica: entendido legalmente como *"el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial"*. Dicho de otra forma, la Historia Clínica es el conjunto de documentos sanitarios en los que se recoge toda la información clínica de un paciente, que se va generando, en sus diferentes procesos asistenciales.

Las historias clínicas pueden encontrarse en los centros sanitarios en distintos formatos (papel, electrónico...), pero con independencia del soporte en que se encuentren, les afecta la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal (LOPD), al establecer en su artículo 2 que *"será de aplicación a los datos de carácter personal registrados en soporte físico que los haga susceptibles de tratamiento, y a toda modalidad de uso posterior de estos datos por los sectores público y privado"*. Además, la Historia Clínica es, para dicha ley, un fichero, entendiendo este como "Todo conjunto organizado de datos de carácter personal, que permita el acceso a los datos con arreglo a criterios determinados, cualquiera que fuere la forma o modalidad de su creación, almacenamiento, organización y acceso".

Ahora bien, ¿qué se entiende por dato de carácter personal?. El Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la LOPD los define como *"Cualquier información numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo concerniente a personas físicas identificadas o identificables"*. Así, el nombre y apellidos, el domicilio, la dirección de correo electrónico, el teléfono, el número de Historia Clínica, una fotografía, etc, son datos de carácter personal, al identificar a una persona, bien directa o indirectamente.

Dentro de los datos de carácter personal hay algunos especialmente protegidos porque afectan a la esfera más íntima de la personalidad y por eso, reciben el máximo nivel de protección. Son los conocidos como datos sensibles entre los que se incluyen los datos relativos a la salud, junto con los relativos a ideología, religión, creencias, afiliación sindical, origen racial y vida sexual.

Por datos de carácter personal relacionados con la salud entendemos *"las informaciones concernientes a la salud pasada, presente y futura, física o mental, de un individuo. En particular, se consideran datos relacionados con la salud de las personas, los referidos a su porcentaje de discapacidad y a su información genética"*.

Al contener los ficheros de historias clínicas datos especialmente protegidos, se le han de aplicar las medidas de seguridad de nivel alto que contempla la legislación, a fin de garantizar su integridad, disponibilidad y confidencialidad. Los trabajadores de los centros y servicios sanitarios deben conocer

las normas que regulan la protección de los datos personales, las medidas que el centro ha adoptado para garantizar la seguridad de estos datos y las sanciones en que se incurriría de no llevarlas a cabo.

Así, han de conocer que a los pacientes sólo se les solicitará la información que sea estrictamente necesaria para la labor asistencial y de gestión que los centros prestan, debiendo recabar los datos para fines determinados, explícitos y legítimos. Además, los datos deben ser exactos, por lo que se actualizarán cuando sea necesario, para que se ajusten a la situación real de su titular.

Los centros y servicios sanitarios han de adecuar sus procedimientos de gestión a los preceptos regulados en la LOPD y en el citado Real Decreto 1720/2007, aunque sean a veces difíciles de aplicar en el ámbito sanitario, por las peculiaridades que éste entraña: el importante volumen de datos que se manejan y su heterogeneidad, la sensibilidad de muchos de estos datos, como es el caso de los datos de salud, etc. Esta adecuación pasa por implantar protocolos de actuación que garanticen la confidencialidad de los datos de salud, impidan el acceso por parte del personal no autorizado y su cesión a terceros sin las debidas garantías y previsiones legales, en definitiva, protocolos orientados a proteger el derecho a la protección de los datos de carácter personal y la intimidad de los pacientes.

En el medio sanitario, el derecho a la protección de los datos de carácter personal se traduce en el derecho que asiste a los pacientes para conocer y decidir qué datos relativos a su salud se van a recoger y registrar, así como quién los va a utilizar y con qué finalidad, sin olvidar su derecho a acceder a esta información y a que se rectifiquen o cancelen los datos que resulten ser inexactos o incompletos.

La Historia Clínica, de conformidad con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Es obvio, que los profesionales asistenciales, como encargados de realizar el diagnóstico o tratamiento del paciente, tengan acceso a su Historia Clínica. En el caso del personal de administración y gestión de los centros sanitarios, sólo pueden acceder a los datos de la Historia relacionados con sus propias funciones.

Si el acceso a la Historia Clínica fuese con fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, la citada Ley obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente separados de los datos de carácter clínico-asistencial, es decir disociados, de este modo se asegura su anonimato, al no poder establecer ningún vinculo con la persona de la que proceden, salvo que el paciente haya otorgado su consentimiento para no separarlos.

Corresponde a los centros y servicios sanitarios y a sus profesionales, velar para que no se generen conflictos entre el derecho a la intimidad y a la protección de los datos personales que amparan a todos los ciudadanos, y el derecho a la protección de la salud.

# 4. NORMAS GENERALES DE LA HISTORIA CLÍNICA

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

El presente manual tiene por objetivo regular todos aquellos aspectos concernientes al uso de la Historia Clínica que puedan incidir en las distintas misiones que ésta debe cumplir (Contenido en la Ley 41/2002 en su capítulo V y ampliado para la Región), debiendo por tanto ser considerado como un manual de obligado cumplimiento por todas aquellas personas que de una u otra manera han de manejar la documentación clínica.

# 5. CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

Será objeto de este manual toda la documentación clínica generada para la atención asistencial en los centro sanitarios y que forme parte de la Historia Clínica, así como su tratamiento informatizado.

Toda colección documental deberá ser aprobada por la Comisión de Historias Clínicas y/o Dirección del Centro para su permanencia en la Historia Clínica.

Se entiende por Documentación Clínica (DC):

a) La Historia Clínica (HC).

b) Los estudios radiológicos y de laboratorio.

c) Otras pruebas complementarias de diagnóstico.

d) Cualquier otro soporte de información única generado en la asistencia al paciente, sea cual sea la naturaleza del mismo (soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo, etc.).

Es responsabilidad del Centro Sanitario el archivo y custodia de toda la DC que se produce en el mismo, de manera que quede garantizada su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información. No podrá ser retirada fuera de sus límites ni utilizada para otros fines que los que determine o en su defecto autorice la Dirección del Centro.

Se abrirá HC a todo paciente que solicite por primera vez su asistencia y sea admitido en el Centro, bien en régimen de hospitalización, o de atención ambulatoria, quedando excluidos por tanto, los que acudan para ser asistidos con carácter de urgencia y no necesiten continuar su seguimiento en el Centro, y aquellos que acudan a realizarse exploraciones solicitadas por facultativos ajenos al mismo.

La HC se llevará con criterios de unidad y de integración en cada institución asistencial, es decir, será: única por paciente, identificada por un número de orden que se asignará en el momento de apertura de la HC, integrada, es decir, se archivará toda la información generada por dicho enfermo, a lo largo de todas las visitas que realice al Centro, independientemente del Servicio o Sección en que sea acumulativa ya que se estructura por sumación de episodios clínicos independientes.

La DC deberá ir correctamente identificada en todos y cada uno de sus componentes a través del número de historia.

Ningún paciente tendrá más de un número de HC, ni se podrá asignar a un mismo número, a Historias Clínicas, pertenecientes a distintos pacientes.

Una vez asignado número a una HC, ninguna persona podrá modificarlo a excepción del responsable del Servicio de Documentación Clínica (SDC) o persona en quien expresamente delegue, que sólo lo podrá hacer en caso de detectar algún error o dispersión de números, corrigiéndolo en todos los ficheros donde figure.

El modelo de la HC y de los documentos que la componen deben de estar normalizados, es decir ser únicos para todo el centro, no pudiendo existir oros diferentes que los aprobados por la Comisión de Historias Clínicas y/o Dirección del Centro, a quien habrá de remitirse cualquier petición de modificación, supresión o inclusión de documento para su previo informe y aprobación.

La informatización de la HC debe procurar generar un modelo normalizado que explicite la información clínica integrada en cada episodio.

Le corresponde al SDC la gestión de la HC, siendo el encargado de controlar el movimiento y uso de la documentación clínica por los distintos servicios o unidades del centro, quedando la custodia de las HC bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.

La Dirección del Centro, con el apoyo del Servicio de Documentación Clínica y la Comisión de Historias Clínicas, será responsable del cumplimiento de este manual, otorgando a los anteriores la autoridad y medios suficientes para cumplir y hacer cumplir lo que en él se determinan.

Como expresamente recoge el artículo 15.1 de la Ley 41/2002 "la Historia Clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada".

El contenido mínimo que establece la citada Ley es el siguiente:

a) La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.

b) La autorización de ingreso.

c) El informe de urgencia

d) La Anamnesis y la exploración física.

e) La evolución.

f) Las órdenes médicas.

g) La hoja de interconsulta.

h) Los informes de exploraciones complementarias.

i) El consentimiento informado.

j) El informe de anestesia.

k) El informe de quirófano o de registro del parto.

l) El informe de anatomía patológica.

m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.

n) La aplicación terapéutica de enfermería.

ñ) El gráfico de constantes.

o) El informe clínico de alta.

Los Párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la Historia Clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga. Podrán ser añadidos a este listado otros documentos que cada centro sanitario establezca como necesarios.

Sobre contenedor de toda la serie documental y carpeta donde irá ordenada la documentación clínica.

# 6. CONFECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

# CONFECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Las historias clínicas producidas en el Centro Sanitario han de ser confeccionadas obligatoriamente en los formularios aprobados por la Comisión de Historias Clínicas y/o Dirección del Centro, no admitiéndose otros que no cumplan este requisito.

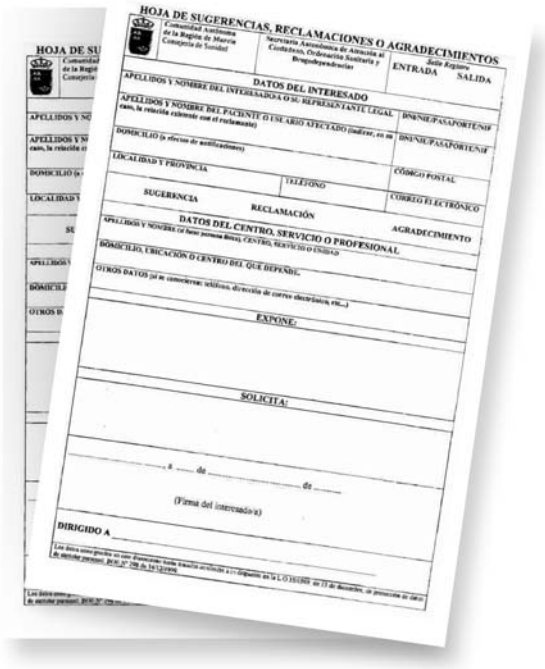
"La cumplimentación de la Historia Clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella" (Art.15.3 de la Ley 41/2002)

Todos los profesionales que han de manejar y confeccionar la HC, deben procurar una redacción de los textos, clara, limpia, inteligible y sin abreviaturas (excepto la universalmente normalizada por la práctica profesional), ni tachaduras o anotaciones entre líneas. Las correcciones necesarias, tras la revisión de los textos, se anotarán al final de cada hoja y se colocarán las correspondientes "llamadas".

Los documentos que componen la HC, estarán encabezados por unos mínimos comunes a todos ellos:

- Identificación del Centro de Atención.
- Logotipo del Servicio Murciano de Salud.
- Datos de identificación del paciente (nombre y apellidos, fecha de nacimiento o edad, domicilio habitual, teléfono, etc.).
- El número de Historia Clínica.
- La fecha de ingreso o consulta.
- El número de cama, si procede.
- La identificación de la Unidad Asistencial en dónde se realice la asistencia en cada momento.

La cumplimentación de estos datos corresponde al responsable de iniciar cada hoja. Debiendo utilizar la etiqueta identificativa. Toda anotación deberá ser refrendada por el nombre y apellidos de quien la realice, de forma legible, con su firma y con indicación de la fecha. Toda la iconografía documental (radiografías, ecografías, etc.) deberán estar debidamente identificadas y con la fecha de exploración.


HOJA DE SUGERENCIAS, RECLAMACIONES O AGRADECIMIENTOS

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias

Sello Registro
ENTRADA SALIDA

DATOS DEL INTERESADO

APELLIDOS Y NOMBRE DEL INTERESADO O SU REPRESENTANTE LEGAL | DNI/NIE/PASAPORTE/NIF

APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE O USUARIO AFECTADO (indicar, en su caso, la relación existente con el reclamante) | DNI/NIE/PASAPORTE/NIF

DOMICILIO (a efectos de notificaciones)

LOCALIDAD Y PROVINCIA | TELÉFONO | CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO

SUGERENCIA RECLAMACIÓN AGRADECIMIENTO

DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O PROFESIONAL

APELLIDOS Y NOMBRE (si hay varios posibles, CENTRO, SERVICIO O ÓRGANO

DOMICILIO, UBICACIÓN O CENTRO DEL QUE DEPENDE.

OTROS DATOS (si se conocieran: teléfono, dirección de correo electrónico, etc...)

EXPONE:

SOLICITA:

_____, a _____ de _____ de _____

(Firma del interesado/a)

DIRIGIDO A _____

# 7. ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

La distribución de competencias y normas particulares de los distintos tipos documentales de la HC es:

### 7.1.- HOJA CLINICO-ESTADÍSTICA

Corresponde:

- Al SADC rellenar los datos identificativos, sociales, administrativos y de la admisión. Los datos identificativos deberán recogerse del DNI, siempre que sea posible.

- A la Unidad Asistencial responsable del alta médica del paciente, cumplimentar el apartado sobre datos clínicos.

- Al SADC, a través de la Unidad de Codificación, la codificación clínica, de los diagnósticos y procedimientos con la Clasificación Internacional de Enfermedades 9 Modificación Clínica.

### 7.2.- HOJA DE SOLICITUD DE INGRESO/INTERVENCIÓN:

Será responsabilidad del SADC asegurar su cumplimentación previa al ingreso/intervención. Deberá estar identificado el facultativo que hace la propuesta, su firma, y el diagnóstico provisional. Estará firmado por el paciente o en su defecto por la persona legalmente responsable de él. Constará la procedencia del paciente (urgencias, consulta externa o de área, otro centro, etc.).

Este documento, debidamente cumplimentado, según la normativa vigente, incluirá al paciente en lista de espera, de ingreso o intervención quirúrgica programada.

### 7.3.- SOLICITUD DE ALTA VOLUNTARIA

Documento con el que el paciente o en su caso el familiar o representante legal, solicita el alta voluntaria del hospital. Su finalidad es que quede constancia por escrito, de que se ha informado debidamente al interesado de su situación clínica actual, de los riesgos potenciales y personalizados derivados de esta solicitud. Constará la impresión diagnóstica principal, descripción de las posibles consecuencias de su decisión, de cuya responsabilidad queda exento el Centro Hospitalario, así como las recomendaciones para el paciente si se creen convenientes.

Deberá ir debidamente identificado el solicitante, su DNI y la firma, el facultativo además de su identificación y firma deberá constar su nº de colegiado.

También, en el caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, se seguirán las instrucciones recogidas en el artículo 21 de la Ley 41/2002.

Este documento no exime de la elaboración del informe de alta.

### 7.4.- HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

En el capítulo IV, artículos del 8 al 10 de la Ley 41/2002, se exponen los términos y la forma en que se debe dar el consentimiento informado.

Por regla general, el consentimiento será verbal, salvo en los casos siguientes en que deberá prestarse por escrito:

- Intervención quirúrgica.

- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.

- En general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

El documento de consentimiento informado contendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos. En él figurarán (acuerdo de Consejo Interterritorial, adoptado en la sesión plenaria del 6-11-1995):

- Datos personales del paciente.

- Nombre y apellidos del médico que informa (no tiene que ser necesariamente el mismo que realice el procedimiento en el que se consiente).

- Nombre del procedimiento que se va a realizar (explicación sencilla y breve de objetivo del procedimiento y forma cómo se llevará a cabo).

- Consecuencias seguras de la intervención (las relevantes o de importancia).

- Riesgos típicos del procedimiento (se incluyen los que siendo frecuentes, pero no excepcionales, tienen la consideración clínica de muy graves).

- Riesgos personalizados (relacionados con las circunstancias personales de los pacientes, hacen referencia al estado previo de salud, a la edad, profesión, etc.).

- A criterio del facultativo, pueden incluirse las molestias probables del procedimiento.

- Declaración del paciente o de su representante legal de haber recibido la información, así como de las alternativas diferentes al procedimiento, con sus pros y contras.

- Manifestación del paciente, o de su representante legal, acreditativa de estar satisfecho con la información recibida y de haber obtenido información sobre las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa, así como la expresión de su consentimiento para someterse al procedimiento.

- Fecha y firmas del médico que informa y del paciente.

- Apartado para el consentimiento a través de representante legal, en caso de incapacidad del paciente.

- Apartado para la revocación del consentimiento.

De conformidad con la Ley 41/2002, el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atienden durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle (Art. 4.3).

### 7.5.- INFORME DE ALTA

Es el documento que contiene la información resumen del episodio asistencial: Documento de obligado cumplimiento regulado en el art. 10 de la Ley 41/2002, cuyo contenido está reglamentado por Orden Ministerial de 6 de septiembre del 84.

- Se realizará y aportará al paciente, familiar o representante legal, el alta de un episodio de hospitalización, incluidos *éxitus* y alta voluntaria. Informe que acompañará al paciente en caso de traslado entre centros.

- Es obligación del médico responsable del enfermo redactar su informe clínico de alta, siendo obligación del Jefe de Servicio vigilar el cumplimiento de esta norma.

- En aquellos casos que por imponderables no se pudiera confeccionar el correspondiente informe de alta a la salida del enfermo, se realizará un informe provisional de alta que se unirá a la Historia.

- El informe de alta, según Orden Ministerial de 6 de septiembre del 84, debe comprender los siguientes apartados:

  - Identificación del Centro Hospitalario.
  - Identificación del Servicio y/o Unidad asistencial responsable.
  - Nombre, apellidos, firma del médico responsable y número de colegiado.
  - Identificación del paciente y número de Historia Clínica, fecha de nacimiento y domicilio.
  - Fecha de admisión y fecha de alta.
  - Motivo inmediato del ingreso.
  - Resumen de la Historia Clínica y exploración física del paciente al ingreso.
  - Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente incluyendo, en su caso, los resultados de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del paciente.
  - Procedimientos quirúrgicos y obstetricios, incluyendo la fecha de la intervención, técnica practicada, hallazgos quirúrgicos, circunstancias intraoperatorias que puedan ser de interés para el seguimiento del paciente, muestras remitidas para estudio anatomopatológico y diagnóstico postoperatorio.
  - Motivo del alta.
  - Diagnóstico principal y otros diagnósticos en su caso. Se define diagnóstico principal como el proceso que tras el estudio pertinente se considera el responsable del ingreso.
  - Tratamiento y recomendaciones terapéuticas.
  - En caso de fallecimiento, si se hubiera realizado necropsia, se expondrán los hallazgos significativos.

- El informe de alta se realizará en todos los casos en que los enfermos hayan estado ingresados con, como mínimo, una estancia.

- En los casos de actividad ambulatoria (intervenciones quirúrgicas, procedimientos terapéuticos, fin de seguimiento en consultas externas) deberá realizarse informe clínico con los datos administrativos de filiación y localización del paciente, identificación y firma del médico responsable, diagnóstico de presunción, fecha de actividad realizada, descripción de la misma y resultado y, en su caso, tratamiento y recomendaciones de cuidados en el domicilio.

### 7.6.- INFORME DE AUTOPSIA

Es el documento que recoge toda la información de interés derivada del examen postmortem. Deberá contener la fecha de la realización de la autopsia clínica, la descripción macroscópica y microscópica, la causa probable o cierta del fallecimiento.

Impresión diagnóstica final y correlación anatomoclínica.

Debiendo ir fechada y firmada por el anatomopatólogo responsable de la emisión del informe. La solicitud de necropsia la hace el médico responsable del paciente y se presentará firmada por el mismo con mención expresa de:

- Identificación del fallecido.

- Resumen breve de Historia Clínica.

- Diagnóstico clínico.

- Causa probable de la muerte.

- Fecha y hora del fallecimiento.

Se presentará firmado por un miembro de la familia con capacidad legal para autorizarla, salvo que el médico responsable considere que sea autopsia médico legal.

En aquellos supuestos en que por la complejidad del estudio anatomopatológico no puede realizarse el informe de necropsia definitivo, se deberá disponer de un informe provisional, que, en todo caso, deberá ser sustituido en su día por el informe definitivo.

### 7.7. HOJA DE ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Es el documento destinado a recoger la información referente al motivo de la consulta y/o ingreso, antecedentes personales y familiares de interés, cuestionario por aparatos y sistemas, relato de la enfermedad actual y otros aspectos clínicos de interés.

El responsable de su confección es el médico que atiende al paciente durante la primera visita en la que solicita asistencia, el cual deberá poner su nombre legible y firma al final del texto. Deberán estar cumplimentadas dentro de las primeras 24 horas del ingreso del enfermo o de ser visto en la consulta externa.

Debe anotarse el motivo de ingreso o consulta al inicio de la anamnesis y cumplimentarla según las normas convencionales.

Tras la exploración física debe anotarse el diagnóstico de sospecha, las posibilidades diagnósticas adicionales, si existen, el plan terapéutico inicial y las exploraciones que se solicitan para la confirmación del diagnóstico que motivó el inicio de la asistencia.

Deberá ir fechada y firmada de forma legible por el médico que la realiza.

### 7.8.- HOJA DE EVOLUCIÓN

Documento que recoge la evolución clínica diaria con los comentarios tanto periódicos como urgentes de aquellas incidencias, hallazgos exploratorios y de pruebas complementarias anotando todas las decisiones adoptadas respecto a su enfermedad. Asimismo, se recogerán la modificación de un diagnóstico previo y el inicio, modificación o supresión de un tratamiento.

Las anotaciones deberán ir fechadas y firmadas por el médico que las realiza. Las anotaciones urgentes deberán contener, además, la hora en que se realizan y la identificación completa del médico.

### 7.9.- HOJA DE INTERCONSULTA

Es el documento destinado a recoger la solicitud de interconsulta, así como registrar el informe respuesta del servicio consultado.

Su confección la realizará el responsable del paciente y expresará claramente la urgencia de la consulta, en cuyo caso además de la fecha hará constar la hora de la petición y el tipo de consulta que desea, ya sea "opinión", "diagnóstico", "tratamiento", "seguimiento posterior", etc.

La respuesta del Servicio consultado se hará en la misma hoja original de la petición o se hará constar si se ha contestado en Hoja de Evolución o por emisión de un nuevo documento, quedando a su juicio la necesidad del seguimiento posterior del paciente en la materia consultada.

Todos los informes emitidos deberán contener las firmas del facultativo solicitante y del consultado.

### 7.10. HOJA DE ÓRDENES PREOPERATORIAS

Documento del bloque quirúrgico que recoge la información necesaria para ordenar la intervención del paciente.

Su confección será responsabilidad respectivamente del Servicio Quirúrgico que opera al enfermo y del personal de enfermería de planta responsable del paciente en el turno inmediatamente anterior al de producirse la intervención, en los programados y en el mismo turno en los urgentes. Como mínimo esta hoja estará dividida en dos apartados:

1. Órdenes Preoperatorias del equipo quirúrgico.

2. Anotación de enfermería acerca del cumplimiento y perfecta preparación del enfermo según las Órdenes Preoperatorias consignadas previamente en el documento.

Cada una de las partes afectadas fechará y firmará su informe correspondiente.

### 7.11.- HOJA DE CONSULTA PREANESTÉSICA

Documento por el cual, el cirujano solicita una valoración al Servicio de Anestesia previamente a la intervención quirúrgica, cumplimentando el diagnóstico preoperatorio y la intervención propuesta.

El Servicio de Anestesia registra los antecedentes personales y datos clínicos y resultantes de las pruebas solicitadas previamente, que considera relevantes para la valoración del paciente.

Deberá ir debidamente identificado y firmado por cirujano y anestesista.

### 7.12.- PROTOCOLO QUIRÚRGICO Y/O REGISTRO DEL PARTO

Documento que recoge la información referente a los procedimientos quirúrgicos u obstreticios. Deberá presentarse cumplimentado por el responsable del equipo de cirujanos que llevó a cabo la intervención.

El cirujano deberá reseñar en la hoja como mínimo, los siguientes datos:

- Tipo de intervención practicada.
- Tipo de anestesia empleada.
- Descripción de la técnica o procedimiento utilizado.
- Hallazgos quirúrgicos.
- Incidencias acaecidas durante la intervención que puedan ser de interés para el curso preoperatorio inmediato.
- Diagnóstico pre y postoperatorio.

- Estado y destino del paciente al salir del quirófano o sala de partos.
- Indicación de si se ha solicitado o no examen anatomopatológico y/o bacteriológico del material extraído en la intervención. En caso afirmativo, enumeración de las piezas.
- Identificación de cirujanos, anestesista, instrumentista y matrona.
- Fecha y firma del médico y/o matrona que la realiza.

### 7.13.- HOJA DE ANESTESIA

Es el documento donde queda registrado el acto anestésico, en el que deberá incluirse el resumen del reconocimiento preoperatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el postoperatorio inmediato mientras esté sometido a la actuación del anestesista.

Deberá contener, al menos:

- Resumen de la valoración preoperatoria.
- Hora de comienzo y finalización de la anestesia.
- Descripción de la técnica anestésica.
- Medicación administrada, dosis, vía, pauta y momento de administración.
- Características de la ventilación mecánica, si la hubiere.
- Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención.
- Incidencias de interés en relación con el estado vital del paciente.
- Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención.

Deberá ir fechado y firmado por el anestesiólogo responsable.

### 7.14.- HOJA DE TRATAMIENTO MÉDICO

Es el documento destinado a recoger el registro diario y actualizado de las prescripciones médicas.

Su correcta confección será responsabilidad del médico encargado del paciente en cada momento de tal manera que ninguna orden puede ser anotada sin su consentimiento a excepción de los periodos de guardia.

Dicho registro deberá ser escrito, fechado y firmado por el médico que atienda al paciente y en él deberá hacerse constar la hora de la prescripción.

Las prescripciones medicamentosas deberán ser precisas y legibles. Indicándose el nombre del medicamento y/o principio activo, unidades, dosis, frecuencia y vía de administración y su periodicidad.

El médico responsable actualizará diariamente las órdenes de tratamiento, haciendo mención expresa, tanto de las nuevas como de las suspendidas. Así mismo, se actualizarán en su totalidad cuando se inicie una nueva hoja de órdenes.

### 7.15.- HOJA DE CIRCULANTE

Documento que se utiliza para registrar la actividad de enfermería en quirófano.

Deberá contener el registro de los cuidados de enfermería intraoperatorios, de las prótesis implantadas y las observaciones para el cuidado del paciente durante su permanencia en quirófano. Irá fechado y firmado.

### 7.16.- HOJA DE VALORACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS

Su correcta confección será responsabilidad del personal de enfermería encargado del paciente en cada momento.

En este registro se reflejarán:

- Hábitos o costumbres del paciente para cubrir sus necesidades básicas.
- Situación actual de las necesidades básicas del paciente.

### 7.17.- HOJA DE OBSERVACIÓN, EVOLUCIÓN Y PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Documento que se utiliza para reflejar las incidencias diarias relacionadas con el cuidado del paciente.

Es el documento en el que quedará registrada la siguiente información:

- Todas las incidencias que se observen durante la asistencia al paciente, así como los resultados del plan de cuidados planificados y las modificaciones de dicho plan debidamente razonadas.
- Todos los cuidados de enfermería, tanto los derivados de órdenes médicas como los administrados por la propia atención de enfermería.
- Deberá ir fechado y firmado por el ATS/Diplomado en Enfermería a cuyo cuidado esté el paciente en ese momento, en cada anotación que se produzca.

### 7.18.- HOJA DE APLICACIÓN TERAPÉUTICA

Es el documento en el que quedan registradas las aplicaciones medicamentosas administradas por el equipo de enfermería en base a las órdenes médicas.

Deberá ir cumplimentada por el ATS/ Diplomado en Enfermería indicando: medicamento, vía, dosis, unidades, fecha y hora.

Dicha hoja deberá también ser firmada por el ATS/Diplomado en Enfermería que realiza la aplicación.

### 7.19.- HOJA DE GRÁFICA DE CONSTANTES

Es el documento donde se registran gráficamente las constantes vitales del paciente, y todos aquellos signos que ocasionalmente sean necesarios de acuerdo a su evolución, los cuidados y los controles de enfermería, bien sean ordenados por el médico o procedentes de la propia actividad asistencial de enfermería.

Con independencia y sin perjuicio de la rutina existente en cada servicio o lo indicado por el médico responsable en cada momento, se define un registro óptimo para todos los enfermos hospitalizados y que consta de:

- Día de hospitalización.
- Fecha y, en su caso, hora.
- Constantes vitales de rutina, tales como:
    - Control de temperatura mañana y tarde.
    - Control de frecuencia cardiaca por turno
    - Control de tensión arterial por turno a excepción del Servicio de Pediatría.
    - Control de frecuencia respiratoria exclusivamente para el Servicio de Pediatría en sus Secciones de Neonatología y Lactantes.
    - Diuresis, dieta, peso, balance hídrico y demás controles que fuese necesario incluir de acuerdo a la evolución del

paciente, ya sean ordenados por el médico o procedentes de la propia actividad asistencial de enfermería.

La gráfica de constantes deberá ser cumplimentada por el ATS/Diplomado en Enfermería a cuyo cuidado esté el paciente en ese momento.

En el caso de pacientes asistidos en las áreas de cuidados intensivos se incorporarán registros pormenorizados de las constantes vitales.

### 7.20.- INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL ALTA:

Documento que contiene la información necesarias para permitir una continuidad de los cuidados de enfermería al alta hospitalaria.

En el que se anotará:

- Problemas del paciente sin resolver.
- Plan de cuidados llevado en el Hospital.
- Educación sanitaria recibida en el Hospital.
- Consejos de salud para el paciente.

Su correcta confección será responsabilidad del personal de enfermería encargado del paciente en cada momento. Se entregará al paciente o familiar dejando una copia en la Historia Clínica.

### 7.21.- HOJA DE INFORMES DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Documentos destinados a recoger la información de resultados generada por la práctica de cualquier prueba instrumental que se efectúe a un paciente con fines terapéuticos o diagnósticos. Deberán ir correctamente identificados en lo que respecta a datos del paciente, número de Historia, fecha de solicitud y la de la realización de la exploración, Servicio médico solicitante y médico que solicita y el que realiza la exploración.

Todos los informes emitidos deberán contener la firma del profesional que los ha realizado.

Será responsabilidad del Servicio que realiza la exploración la correcta cumplimentación del documento.

# 8. ORDEN DE LA DOCUMENTACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

# ORDEN DE LA DOCUMENTACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA

Una vez cerrado el episodio asistencial y con objeto de facilitar el manejo y la búsqueda de los datos clínicos, el contenido de la HC se ordenará de manera uniforme, homogénea y con carácter mínimo obligatorio para todo Centro Sanitario:

**0. BLOQUE ADMINISTRATIVO LEGAL:**

00- Hoja Clínico-estadística

01- Solicitud de Ingreso / Intervención

02- Parte de Asistencia por Lesiones

03- Alta Voluntaria

04- Autorizaciones. Ensayo Clínico. Autopsia. Donación del cadáver. Donación de órganos

05- Consentimiento Informado

06- Parte al Juzgado de Guardia

07- Informe de Malos Tratos

**1. BLOQUE DE INFORMES:**

10- Informe de Alta

11- Informe de Consultas Externas/ Especializada

12- Informe de Urgencias

13- Informe Necropsia

14- Informe Clínico

**2. BLOQUE DE ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA:**

20 Historia Clínica de Urgencias

21 Anamnesis y Exploración física

**2. BLOQUE DE EVOLUCIÓN:**

30. Evolución clínica

31. Hoja de Interconsulta

**3.BLOQUE QUIRÚRGICO:**

40. Informe Preanestésico

41. Protocolo Quirúrgico y/o Registro del Parto

42. Hoja de Anestesia

43. Hoja de Circulante

44. Registro de Prótesis

**4. BLOQUE DE ÓRDENES MÉDICAS:**

50. Órdenes de Tratamiento

51. Petición de Transfusión

**5. BLOQUE DE ENFERMERÍA:**

60. Valoración de Enfermería (necesidades básicas)

61. Plan de Cuidados (de Enfermería al alta)

62. Gráficas (Diario, Semanal, Obstetricia, Partograma, Horaria)

63. Observaciones de Enfermería

64. Administración de Tratamientos (hoja de unidosis)

65. Registro de la Transfusión / Autotransfusión

**6. BLOQUE DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:**

70. Informe de Interconsulta

71. Informe de Radioconsulta

72. Informe Anatomopatológico

73. Informes de Exploraciones Especiales

74. Informes de Laboratorio

**7. OTROS DOCUMENTOS:**

80. Relación de Pertenencias

81. Informes de otros Centros Sanitarios

82. Otros

# ORDEN DE LA DOCUMENTACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA

Será responsabilidad del personal de Enfermería y Administrativo de la Unidad Asistencial asegurar este orden de documentos en la Historia Clínica previamente a su envío al Servicio de Documentación Clínica.

El orden de los documentos de las Historias Clínicas prestadas por el Servicio de Documentación Clínica no podrá ser modificado, debiendo conservar el mismo estado desde su salida hasta su devolución.

No deberá circular documentación clínica suelta, fuera de su Historia.

La Unidad de Documentación Clínica es el centro de custodia de toda la documentación clínica que se produce en el Hospital y por lo tanto, no se podrá retener en las Unidades Asistenciales una vez concluida su confección tras el alta del enfermo o, en general, una vez finalizado el acto médico que motivó su préstamo.

La responsabilidad de la adecuada conservación y disponibilidad de la documentación clínica recae en el Servicio de Documentación Clínica, durante su permanencia en el interior del archivo, para lo cual este Servicio velará porque los medios y procesos de trabajo existentes sean los adecuados para la mejora del desempeño de sus funciones y para la optimización de las medidas de seguridad.

La pérdida o deterioro de la documentación clínica prestada por el Archivo es responsabilidad de la persona que firma la solicitud o en su caso del médico peticionario.

Será responsabilidad del Servicio de Documentación Clínica, junto con la Dirección del Centro, previo asesoramiento por la Comisión de Historias Clínicas en colaboración con las Unidades asistenciales afectadas, elaborar un sistema de definición de activos y pasivos, decidiendo en su caso el tratamiento que deberá recibir la documentación establecida como pasiva.

# 9. HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

### 9.1.- Características propias de Atención Primaria:

La revolución tecnológica a la que asistimos (2006), no ha dejado ajena a la Atención Primaria (A.P). En la última década han surgido programas informáticos que han condicionado el paulatino paso de la Historia Clínica de Atención Primaria (HCAP) en formato papel a la HCAP electrónica. Algunos de estos programas con el OMI-AP (Oficina Médica Informática de Atención Primaria), que se utiliza en el Servicio Murciano de Salud o el E-CAP (Estación Clínica de Trabajo en Atención Primaria), usado en el Servicio de Salud Catalán.

El desarrollo de estas herramientas informáticas se ha caracterizado por su diversidad y su falta de interconexión, elemento sobre el que se empieza a trabajar para facilitar el trasvase de información básica, con lo que podrá asegurarse un mejor control sanitario de los pacientes a un menor coste (evitando duplicidad de pruebas entre los diversos proveedores de atención sanitaria, tanto especializada como de primaria y asegurando la continuación asistencial). Son unas herramientas de trabajo de gran potencia, ya que facilitan al personal sanitario que tiene acceso legal a las mismas, asegurar un mejor control y seguimiento de pacientes con procesos crónicos o agudos, la realización de las actividades preventivas recomendadas por género y edad, la gestión de la Incapacidad Temporal (IT), el control de la prescripción farmacológica, control de todas las derivaciones hechas para pruebas diagnósticas, visitas especializadas e ingresos hospitalarios, etc.

Quizás en un futuro próximo asistamos al desarrollo de la sanidad mediante la conexión informática del paciente con su Centro de Salud o bien la del Médico de Familia con otros especialistas en interconsulta a distancia.

### 9.2.- Historia Clínica en Atención Primaria (HCAP):

La HCAP es el documento principal en el seguimiento longitudinal de los pacientes o usuarios.

La HCAP ha de servir como herramienta que facilite la sistematización de las actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras a las que se van sometiendo los pacientes a lo largo de su paso por este nivel asistencial del sistema sanitario.

Los apartados principales de la HCAP deben ser:

- Datos generales del paciente: Edad, sexo, dirección, teléfono de contacto, etc.
- Problemas de salud a lo largo de la vida, activos e inactivos en cada momento.
- Seguimientos clínicos (fecha, motivo de consulta, exploraciones, evaluación o diagnóstico y plan o estrategia terapéutica):
- Hojas de registro de actividades protocolarias en enfermedades crónicas, controles de glucemia, fondo de ojo, controles de presión, niveles de lípidos en plasma, etc.
- Hoja de registro de actividades preventivas por edad y sexo.
- Hoja de medicación activa, aguda y crónica así como la histórica.
- Registro de alergias medicamentosas y de efectos farmacológicos adversos.
- Registro de procesos de Incapacidad Temporal y de su seguimiento.
- Registro de informes de derivación a especialistas, pruebas diagnósticas y hospitalizaciones.
- Registro de resultados analíticos históricos.
- Registro de calendario vacunal y su cumplimentación, tanto en la historia pediátrica como en la de adultos.
- Otros documentos habitualmente utilizados en Atención Primaria son:
    - Documentos de derivación a otros especialistas, pruebas diagnósticas y hospitalizaciones.
    - Documento de solicitud de analítica.
    - Documento de solicitud de intervención de enfermería (curas, ECG, espirometría,

sondaje vesical, administración de tratamientos intramusculares, endovenosos, en nebulización, etc.)

- Documento de parte médico de baja /alta de IT y partes de confirmación.
- Documento de informes médicos solicitados por los propios pacientes o por las autoridades judiciales.

### 9.3.- Oficina Médica Informatizada en Atención Primaria (OMI-AP).

Actualmente todo esto queda enmarcado en Historia Clínica de OMI-AP. Varía el concepto del registro de la documentación de la Historia Clínica, pues todo se centra en episodios del paciente. Introduce esta nueva cultura en la Historia Clínica, en la que gira alrededor de un episodio determinado.

La información de la HCAP con el aplicativo de OMI-AP ha evolucionado el concepto del paciente de forma integral. Así la HCAP informatizada queda estructurada en los siguientes apartados:

- Datos demográficos del paciente, número de Historia Clínica y otros datos administrativos.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes familiares.
- Alergias.
- Condicionamientos sociales y laborales.
- Hoja de Evolución.
- Pruebas complementarias: radiológicas, interconsultas y laboratorio.
- Planes personales.
- Carné de largo tratamiento y prescripciones agudas.
- IT.
- Plantillas.

Por primera vez entramos en el concepto de Datos Generales del Paciente o DGPs. Con ellos podemos vincular, comunicar y compartir información relevante clínica con otros profesionales u otros niveles asistenciales. El concepto de DGP abre el camino de poder compartir determinados valores clínico-asistenciales (TA, peso, talla, IMC, valores analíticos, etc.) y de esta forma evitar duplicidades a los pacientes con la pérdida de tiempo y economía. Se puede acceder en tiempo real a determinados indicadores, con los que más tarde se puede trabajar de forma estadística para estudios de investigación. Esto también abre el amplio camino de la comunicación interasistencial, pudiendo tener un repertorio con el nivel de especializada con el que se compartiría.

La Historia Clínica de OMI-AP también está sirviendo para protocolizar las actuaciones de la AP y de esta forma homogeneizar clínicamente tanto el estamento facultativo como el de enfermería. Para ello, sienta el concepto de los Planes Personales, apoyados en la Cartera de Servicios del Servicio Murciano de Salud. Está sentando las bases para la unificación de informes o documentos clínicos relevantes en AP, a través de sus “Plantillas”, de este modo todos los profesionales usan documentación normalizada y unificada.

Resumiendo, estamos en las mejores condiciones para poder intecomunicarnos con el nivel de Especializada y asentar las bases de una Historia Clínica única y compartida en todo nuestro territorio y tampoco nos podemos olvidar de nuestros Servicios de Urgencias (SUAP, PAC, PEA, o 061), que de esta manera también podrán acceder a dicha Historia Clínica, en beneficio de profesionales y pacientes.

# 10. HISTORIAS RESERVADAS

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

La Dirección del hospital o de la Gerencia de Atención Primaria mediante solicitud escrita, podrá establecer custodias especiales para ciertas historias clínicas.

Cualquier solicitud de las contempladas en estas normas referentes a una historia reservada, requerirá además la autorización expresa de la Dirección.

En el procedimiento de custodia especial se procederá a fotocopiar íntegramente los documentos que en ese momento se encuentren en la Historia Clínica del paciente, que serán los que posteriormente serán objeto de préstamo. Los documentos originales serán custodiados en sitio aparte y sólo podrán ser consultados y/o utilizados con el conocimiento y autorización expresa del facultativo del SADC (y en su defecto de su jefe de Servicio/Coordinador) que firmó la orden final de custodia especial y que garantiza por tanto la eficacia de la misma.

La custodia especial cesará a indicación escrita del peticionario, o por conocimiento de resolución del motivo que lo originó.

# 11. USO DE SOPORTES DOCUMENTALES

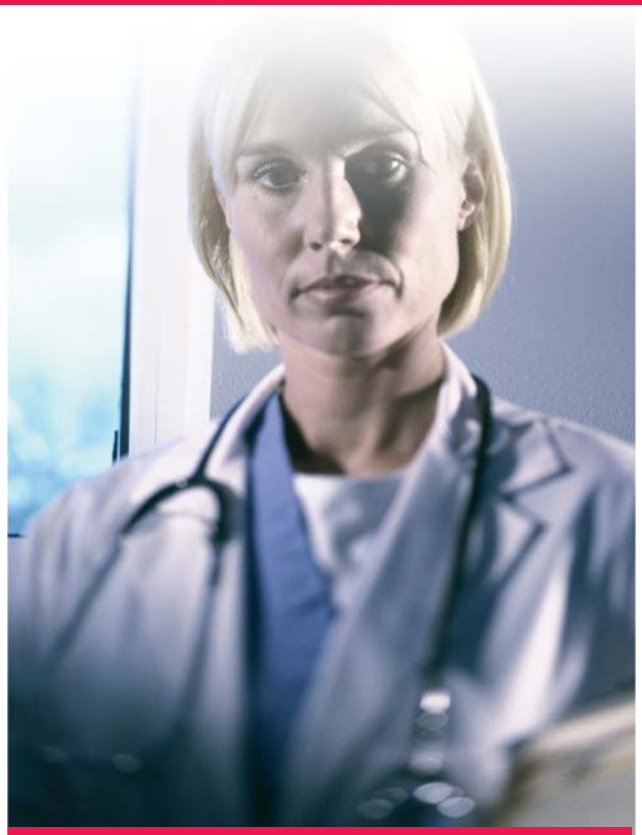
MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

## USO DE SOPORTES DOCUMENTALES

Los Tipos Documentales se registrarán en los soportes documentales que resulten más adecuados para su gestión, conservación y posterior valoración.

El uso de soportes informáticos, ópticos o de cualquier otra naturaleza tecnológica que pudiera suponer un riesgo para la conservación o gestión del registro de determinadas informaciones que la propia naturaleza de la asistencia hospitalaria obliga a preservar con especial cuidado, deberá contar con las garantías que aseguren su autenticidad, integridad y conservación indefinida.

En cualquier caso, el uso de dichos soportes estará sometido en lo dispuesto en Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).



# 12. PRINCIPIOS PROFESIONALES Y DOCUMENTACIÓN

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

## PRINCIPIOS PROFESIONALES Y DOCUMENTACIÓN

El ejercicio de las profesiones sanitarias en lo relativo a la documentación se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios:

- Existirá formalización escrita de su trabajo reflejado en una Historia Clínica que deberá ser común para cada centro y único para cada paciente atendido en él. La Historia Clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.

- Se tenderá a la unificación de criterios de actuación que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.

- La eficacia organizativa de los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales equivalentes sea cual sea su denominación, requerirá la existencia escrita de normas de funcionamiento interno y la definición de objetivos y funciones tanto generales como específicas para cada miembro del mismo, así como la cumplimentación por parte de los profesionales de la documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.

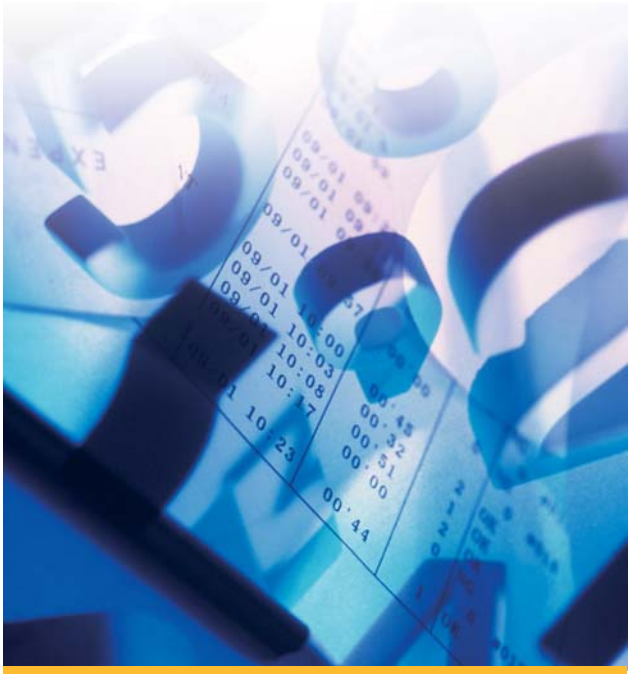
- La continuidad asistencial de los pacientes, tanto la de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad.

- La progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

Una gestión de la Historia Clínica que asegure su integridad, coherencia interna, manejabilidad, accesibilidad y disponibilidad es fundamental a la hora del trabajo diario para poder tener una visión global del paciente y su situación clínica y para evitar repeticiones de pruebas con lo que implica de derroche de recursos. Y es responsabilidad de todos colaborar con el Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) (último responsable de esta gestión) para que esto sea así.

También la utilidad de la Historia Clínica en el Hospital sobrepasa con mucho los límites estrictamente asistenciales y su ámbito pasa a ser de interés fundamental en el ámbito:

- del estudio científico,
- De la docencia pre y post-graduado,
- Jurídico legal,
- Del control de calidad,
- De la gestión de recursos asistenciales y
- Como fondo histórico-documental.



# 13. OTRAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA RESPECTO A LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

## OTRAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA RESPECTO A LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

### 13.1 NORMAS GENERALES

En el SADC se llevará un programa de gestión de Historias Clínicas para garantizar la máxima disponibilidad, fluidez y operatividad de la documentación clínica.

Es responsabilidad del SADC velar por el cumplimiento de las normas establecidas en este Reglamento y por consiguiente el personal de dicho Servicio tiene autoridad suficiente para cumplir y hacer cumplir este Manual a todo el personal de los diferentes sectores del Centro Sanitario.

En el Archivo debe conocerse en todo momento la existencia y exacta ubicación de toda la documentación clínica, tanto de la que haya sido entregada para su archivado, como de la que permanezca circulante y pendiente del alta del paciente.

Para conseguirlo, el Archivo deberá poder acceder diariamente a la relación de nuevos ingresos y de nuevas historias abiertas con indicación del número de Historia Clínica, filiación del paciente y servicio o consulta donde va destinado, así como traslados, altas y en general cualquier movimiento que indique un posible cambio de ubicación de la Historia Clínica.

### 13.2 NORMAS PARA EL PRÉSTAMO DE HISTORIAS CLÍNICAS

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica procederá al préstamo a los diferentes Servicios Asistenciales, de la documentación clínica que precisen para la asistencia a los pacientes atendidos en el Centro y para la realización de aquellas sesiones clínicas cuando así lo soliciten.

La solicitud de documentación clínica para estudio o investigación será atendida para ser realizada exclusivamente en las instalaciones que el Archivo Central habilite al efecto. Queda prohibido, por tanto, la retirada del archivo para ser revisada en el propio Servicio del médico solicitante o en cualquier otra área del Hospital.

En aquellos casos en que por imponderables no puedan cumplirse las anteriores condiciones el responsable de la petición deberá justificar y explicar los motivos de la petición por escrito o personalmente al SADC, el cual quedará en libertad para aceptar o no dicha petición.

El orden de prioridades para el suministro de documentación a los Servicios, cuando no se puedan atender todas las solicitudes oportunamente por exceso de carga de trabajo en el Archivo se establecerá atendiendo al motivo de la solicitud:

- Historias de enfermos ingresados y de urgencias.
- Historias de enfermos de asistencia programados en Policlínica.
- Historias para estudios científicos y académicos.

El transporte de la documentación clínica solicitada se hará con las medidas de seguridad que se establezca en el centro y se someterá al horario que establezca el SADC.

La recogida de las Historias Clínicas y demás documentación clínica prestada se realizará por personal perteneciente al Archivo estableciendo unos plazos según el tipo de préstamo.

Será obligación del Servicio o Médico peticionario comunicar al SADC el traslado a cualquier otra Unidad asistencial de la documentación prestada. En caso de este trámite la responsabilidad de custodia, conservación, buen uso y devolución continuará en la persona que firmó o en su caso en el médico que realizó la primera solicitud.

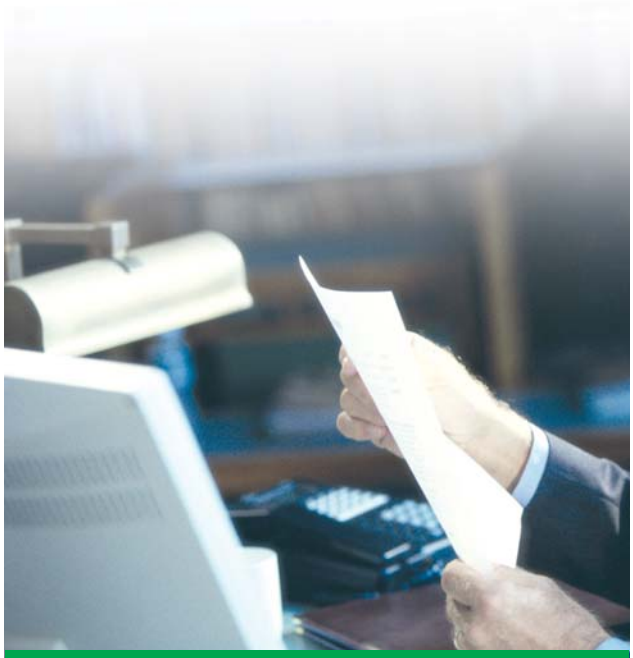
## 13.3.- NORMAS SOBRES HISTORIAS CLÍNCIAS EXTRAVIADAS

Se considera HC extraviada, a aquella que no se encuentra localizada durante un periodo superior a tres meses.

Provisionalmente extraviada, el SADC, iniciará un expediente de extravío de la misma en el que se intentará determinar las causas que motivaron su pérdida. Requisitos:

- Búsqueda especial de HC en las dependencias del archivo.
- Notificación y búsqueda en la última unidad solicitante.
- Búsqueda en todos los servicios en los que conozca que haya recibido asistencia el paciente.
- Una vez cerrado el expediente se comunicará extravío provisional de la HC a la Dirección Médica, Jefes de Servicio responsables en la actualidad del paciente y al responsable jerárquico del trabajador causante de la pérdida.
- Rebasado el periodo de tres meses sin localizar la HC, ésta se considerará definitivamente extraviada y se realizarán las siguientes pautas:

  - El SADC confeccionará una nueva carpeta de HC, en la que se señalará que se trata de una HC extraviada con su correspondiente fecha de pérdida. Asimismo se encargará de obtener duplicados de los informes del paciente, debiendo contactar como mínimo con los servicios donde ha estado ingresado (fotocopia del Informe de Alta), los servicios quirúrgicos para obtener informes quirúrgicos, anatomías patológicas, radiodiagnóstico, analítica y otros informes de pruebas complementarias existentes.
  - Se comunicará el extravío al paciente, con el fin de recabar otra información que nos lleve a la reconstrucción de su historial, e incluso dar cita en consulta externa, si fuera preciso para la construcción de una nueva historia. Esta comunicación al paciente se realizará a través de la Dirección del Centro.



# 14. CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

## CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

La información recogida en la Historia Clínica es de carácter confidencial. Por ello, todo el personal con acceso a los datos de la Historia Clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto profesional.

Será responsabilidad del SADC velar por la confidencialidad de las Historias Clínicas en custodia. Para ello se han elaborado unas normas respecto al acceso a los datos de la Historia Clínica, en cumplimiento de la Ley 14/86 General de Sanidad, la Ley 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, que se exponen en el siguiente apartado (Accesibilidad).

Una vez producida la salida de la Historia Clínica de los límites del Servicio de Documentación, o para la documentación que todavía no ha sido recibida en dicho Servicio, tal responsabilidad recaerá sobre el peticionario o generador de la documentación y subsidiariamente sobre la unidad asistencial a la que pertenece.

# 15. ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

El acceso a la información contenida en la Historia Clínica se regulará según sea:

## 15.1.- ACCESO A LA Historia Clínica DE PROFESIONALES DEL CENTRO

Sólo los profesionales del Centro que realizan el diagnóstico y/o tratamiento del paciente podrán solicitar directamente las historias al SADC Los profesionales del Centro podrán solicitar la H C para

### 15.1.1 ACTIVIDAD ASISTENCIAL

15.1.1.1 Asistencia en Consultas Externas

La actividad de Consultas Externas se considera una actividad programada, por ello la solicitud de historias se realiza automáticamente a partir de las Agendas de Citación de Consultas Externas.

15.1.1.2 Asistencia en Hospitalización

15.1.1.2.1 Asistencia programada: La solicitud la realizará la unidad de Admisión de Hospitalización. Se procederá de la misma forma en el caso de historias necesarias para Cirugía Mayor Ambulatoria.

15.1.1.2.2 Asistencia urgente: La solicitud se realizará mediante el soporte correspondiente (ficha manual o informatizada), bien desde el área de urgencias o desde la unidad de hospitalización.

### 15.1.2 ESTUDIO / INVESTIGACIÓN

Se solicitarán mediante el "documento de solicitud de historias clínicas para estudio", donde se especificará quién pide el estudio, a qué Servicio o Unidad pertenece y una breve justificación de su solicitud.

Las Historias Clínicas para estudio-investigación se depositarán en la Sala de Estudio del Archivo Central y en ningún caso deberán salir de la misma, salvo para Sesiones Clínicas.

Para garantizar la confidencialidad de la información contenida en las historias clínicas, se deberán observar las siguientes normas en caso de difusión:

- Deberá preservarse la identidad del paciente.
- La publicación total o parcial de la información contenida en la historia deberá ser autorizada por la Dirección del Hospital, oída la Comisión de Historias Clínicas.
- Toda solicitud de reproducción de la Historia Clínica deberá estar autorizada por la dirección del hospital.
- Cualquier dato clínico estadístico extraído para estudio deberá hacer mención al Centro.

## 15.2.- ACCESO A HISTORIA CLÍNICA DE PROFESIONALES O ENTIDADES AJENAS AL CENTRO.

### 15.2.1 Hospital de Referencia

Si se envía un paciente a un Hospital de Referencia, el Servicio responsable de dicho traslado podrá enviar junto con el paciente copia de la información que considere oportuna para el seguimiento asistencial del mismo.

Si con posterioridad el Hospital de Referencia necesitase información clínica añadida, podrá solicitar copia de dicha documentación mediante fax al SADC En caso de solicitar información distinta a informes de alta y de pruebas complementarias, se necesitará una autorización de la Dirección Médica.

### 15.2.2 Otros Hospitales.

15.2.2.1.- Para Continuación Asistencial.

Se solicitará copia mediante fax justificativo SADC de aquellos informes o pruebas objetivas que sean de interés para la continuación de la asistencia del paciente. En caso de solicitar informa-

ción distinta a informes de alta y de pruebas complementarias, se necesitará una autorización de la Dirección Médica.

15.2.2.2.- Para derivación de asistencia mediante concierto.

Se enviará copia de los documentos exclusivamente relacionados con el tipo de asistencia concertada y se deberá determinar la documentación clínica que el hospital concertado deberá entregar al hospital de referencia al terminar la asistencia.

El SADC solicitará al Archivo las historias clínicas de los pacientes a derivar, realizará la copia de la documentación predeterminada para enviarla al hospital concertado, recibirá copia de la documentación generada en el hospital concertado y tras realizar los registros oportunos, la enviará al Archivo Central para su inclusión en Historia Clínica del paciente.

**15.2.3.- Organismos o instituciones de carácter público con motivo no asistencial.**

Según la Ley 41/2002, el personal sanitario que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones quedando sujeto al deber de secreto profesional.

La revisión de las mismas se realizará en las dependencias del SADC

15.2.3.1.- Administración de Justicia

Las solicitudes por parte de la Administración de Justicia se realizarán previo requerimiento judicial a la Dirección del Hospital, o directamente a la Asesoría Jurídica del Centro, que harán llegar la petición al SADC para su resolución, siendo las copias de la documentación requerida posteriormente validadas y enviadas al juzgado por la propia Dirección del Centro y/o Asesoría Jurídica.

15.2.3.2.- Administración Sanitaria

Las solicitudes por parte de la Administración Sanitaria se realizarán previo requerimiento oficial a la Dirección del Hospital, que las remitirá al SADC, o a la Asesoría Jurídica para su resolución, siendo las copias de la documentación requerida posteriormente validadas y enviadas a la administración sanitaria correspondiente por la propia Dirección del Centro.

## 15.3.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL PROPIO PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:

El paciente tendrá derecho a la documentación que obra en su Historia Clínica y a obtener copia de los datos que figuren en ella, siempre que lo solicite y no perjudique al derecho de terceras personas, a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos (art. 18 de la Ley 41/2002).

La solicitud de documentación e iconografía clínica por un paciente o por su representante legal debidamente acreditado se canalizará en documento específico diseñado a tal efecto a través de Atención al Paciente del centro siendo el SADC quien gestione la preparación de la información.

En ningún caso se atenderán solicitudes realizadas telefónicamente, por terceros no autorizados, con formularios distintos a los oficiales

existentes, o bien a través de otro cauce distinto al previsto para cada tipo de petición.

En ausencia de Documentación Clínica, será la Dirección del Centro quien determine quien debe tramitar y validar estas peticiones.

En ningún caso la Historia Clínica original podrá salir de las dependencias del centro sanitario, salvo por orden judicial explícita.

Nunca se facilitará documentación clínica a las Entidades de Seguros Privados u otras entidades o personas, que no sean el propio interesado y que no estén legitimadas, estableciendo como excepción las Compañías de Seguros en relación a la tramitación de expedientes de facturación abiertos en los centros asistenciales y a las que se les podrá suministrar exclusivamente información sobre las lesiones que motivaron la asistencia de su asegurado, así como a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

En cualquier caso, el acceso con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica y la Ley 14/1986 General de Sanidad; lo que obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente.

Todos aquellos casos que presenten excepción a lo aquí expresado, serán valorados conjuntamente por el SADC la Asesora Jurídica y la Dirección del Centro.

# 16. COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

# COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

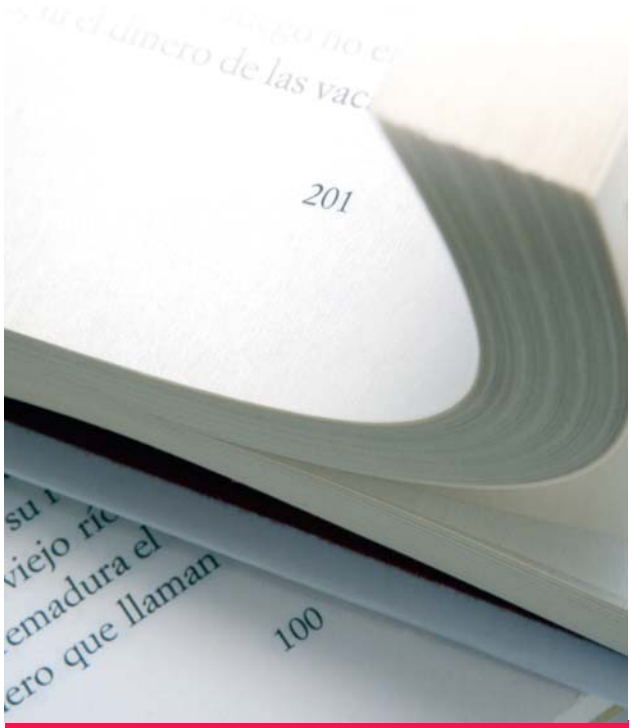
La Comisión de Historias Clínicas es un órgano asesor y de representación de la Dirección del Centro, en todo lo relativo a la Historia y Documentación clínica.

Tiene carácter obligatorio de funcionamiento en los hospitales. Se regula por R.D. 527/ 81.

Su objetivo fundamental es llegar a la consecución de una Historia Clínica operativa y bien cumplimentada, de manera que se consiga una concordancia entre todos los procesos que llevan al diagnóstico y tratamiento de un episodio clínico y se cumplan todas las funciones de la Historia Clínica, esto es: asistencial, docente, para la investigación, médico-legal, estudios epidemiológicos, calidad y planificación sanitaria.

Las funciones básicas de la Comisión de Historias Clínicas son:

- Normalización de la Historia Clínica en cuanto a su formato, contenido y normativa mínima de uso, elaborando un manual de uso y funcionamiento, periódicamente actualizado.
- Establecer criterios de valoración de las historias clínicas, encaminados a detectar problemas de la práctica clínica.
- Evaluar la situación del Archivo Central de Historias Clínicas y plantear las condiciones básicas para la preservación y confidencialidad de la Historia Clínica.
- Asesoramiento y apoyo al SAD.
- Establecer criterios respecto al tiempo y métodos de salvaguarda de los documentos de la Historia Clínica.
- Junto con los órganos ejecutivos del Hospital, realizar labor de formación continuada sobre la importancia de la Historia Clínica y su correcta cumplimentación, circulación, preservación y confidencialidad.
- Favorecer el que se cumpla la legislación vigente con respecto a la Historia Clínica.
- Asesoramiento permanente a la Dirección del Centro en todo lo referente a la Historia Clínica.




# 17. CONSERVACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

# CONSERVACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

La mencionada Ley 41/2002 recoge en su artículo 17 que:

1. " Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial."

2. "La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas".

3. "Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes".

4. "La gestión de la Historia Clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario".

5. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.

6. "Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal."

   Se conservará indefinidamente la siguiente información:

- Informes de alta.
- Hojas de consentimiento informado.
- Hojas de alta voluntaria.
- Informes quirúrgicos y/o registros de parto
- Informes de anestesia
- Informes de exploraciones complementarias
- Informes de necropsia
- Hoja de Voluntades anticipadas.
- Otros informes médicos.
- Hoja de evolución, solo en ausencia del Informe de Alta

Cualquier otra información que se considere relevante para los efectos asistenciales, preventivos, epidemiológicos o de investigación.

La información de aquellas historias clínicas en las que la conservación sea procedente por razones judiciales

# 18. INFORMACIÓN CLÍNICA

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

El área de información Clínica tiene como finalidad cubrir los requerimientos de información todos los usuarios autorizados por el centro, salvaguardando el derecho al paciente a su intimidad, estableciendo las medidas oportunas que garanticen la confidencialidad y proporcionando tanto a los profesionales sanitarios, como a los órganos de dirección la información disponible para la gestión asistencial, docente, científico-técnica y económica.

A través de la Unidad de Codificación el SADC realiza y valida el proceso de codificación de los datos clínicos con la "Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, Modificación Clínica" (CIE-9-MC), que junto con los datos administrativos, conforman el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

El CMBD es la base de las herramientas de gestión de pacientes utilizados para la planificación de recursos sanitarios. De su correcta elaboración, dependerá la fiabilidad y validez de la información.

EISADC elaborará y mantendrá actualizado el censo de Historias Clínicas que indicará el número total de Historias existentes, el número de Historias archivadas y circulante, el número de Historias activas e inactivas, el número de Historias desaparecidas y no controladas, el movimiento de Historias Clínicas según motivo de prestación y por Unidades peticionarias y en general todos aquellos indicadores útiles que reflejen la actividad desarrollada y ayuden en el proceso de toma de decisiones para la gestión de Historias Clínicas.

El Servicio de Documentación Clínica, prestará a los Servicios del Centro colaboración para la elaboración de aquellos estudios académicos, de investigación ó de control que estos propongan llevar a cabo.

# 19. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL Y SANCIONES

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

La Historia Clínica está sometida a distintos tipos de protecciones jurídicas, con la finalidad de salvaguardar la confidencialidad de la misma. Los Directores Gerentes de los hospitales y Directores Gerentes de atención primaria son los responsables de la custodia de la documentación clínica y garantes de la confidencialidad de la información contenida en esta, así como responsables del cumplimiento de las normas que sean de aplicación; como así se desprende del contenido del artículo 17 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La documentación clínica puede conservarse en soporte distinto al original, siempre que quede garantizado su correcto mantenimiento y seguridad, por ello, la podemos encontrar en formato papel, digitalizada o electrónica. En cualquier caso, son de aplicación las medidas técnicas de seguridad establecidas en la normativa que requería la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y en concreto la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Caracter Personal y el Real Decreto 994/1999 que Apruebe el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de este tipo.

Antes de pasar a analizar las responsabilidades en las que puede incurrir la Administración Sanitaria o sus profesionales, en materia de documentación clínica, vamos a enumerar algunas de las obligaciones que tienen al respecto.

La Constitución española en su artículo 18.1 garantiza el derecho " al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen; y en el 18.4 determina que " La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos".

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, recoge en su artículo 10.3 que respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, todos tienen derecho " A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público"

La referida Ley 41/2002, recoge entre sus principios básicos que " La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad, orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica". Otro principio es que " La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida ".

Le corresponde a las Administraciones sanitarias establecer los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la Historia Clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura. Quedando el personal que en el ejercicio de sus funciones accede a los datos de la Historia Clínica "sujeto al deber de secreto".

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias introduce en su articulado que"….La Historia Clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre centros y niveles asistenciales".

Por otro lado, la ya mencionada Ley Orgánica 15/1999 contempla, que son datos especialmente protegidos los que hagan referencia a la salud y vida sexual, y sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando el afectado consienta expresamente o así lo disponga una ley.

No obstante lo anterior, la misma Ley 15/1999 excepciona la exigencia del consentimiento para los supuestos en que dicho tratamiento resulte "necesario para la prevención o para el diagnóstico médico, la prestación del asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto".

El artículo 8 del referido texto legal establece, que los profesionales y los centros sanitarios "podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad".

Por último, la Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de Personal Estatutario de Servicio Murciano de Salud, incluye entre los deberes de este personal el "Mantener, en el ejercicio de sus funciones, la debida reserva y confidencialidad acerca de la información y documentación relativa a los usuarios y a sus procesos asistenciales…" En similares términos se pronuncia la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, que recoge como un deber de este personal el "Mantener la debida reserva y confidencialidad de la información y documentación relativa a los centros sanitarios y a los usuarios obtenida, o a la que tenga acceso, en el ejercicio de sus funciones".

Una vez revisadas algunas de las obligaciones que afectan a la Administración Sanitaria y a sus profesionales, en materia de documentación clínica, pasamos a relacionar las responsabilidades en que pueden incurrir, derivadas de la no observancia de dichos preceptos, así como las sanciones a aplicar.

Son varios los textos legales donde se hace mención a las responsabilidades en que se incurre por revelar secretos o vulnerar la intimidad de otra persona, así como por infringir la custodia de documentos (Historia Clínica).

Uno de estos textos es la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, de CÓDIGO PENAL, que en su artículo 197 establece "quien sin estar autorizado, se apodere, utilice o modifique, en perjuicio de tercero, datos reservados de carácter personal o familiar de otro, que se hallen registrados en ficheros o soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, o en cualquier otro tipo de archivo o registro público o privado", se le impondrán penas de prisión de uno a cuatro años y multa de doce a veinticuatro meses. Penas similares se impondrán a "quien sin estar autorizado acceda por cualquier medio a los mismos y a quien los altere o utilice en perjuicio del titular de los datos o de un tercero".

Si quien realice los hechos descritos, fueran las personas encargadas o responsables de los ficheros, soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, archivos o registros, se impondrá la pena de prisión de tres a cinco años y si se difunden, cede o revelan los datos reservados, se impondrá la pena en su mitad superior.

Si los datos de carácter personal revelados fuesen relativos a la salud o vida sexual, se impondrán las penas previstas en su mitad superior, al igual que si los hechos se realizan con fines lucrativos.

En el artículo 199 del citado Código Penal se determina, que quien "revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses". Otro apartado del mismo artículo recoge que "El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años".

La disposición adicional sexta de la Ley 41/2002 recoge, que las infracciones de lo dispuesto por dicha ley, quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI de título 1 de la Ley 14/1986 General de Sanidad, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria procedentes en derecho.

La Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, establece que los responsables de los ficheros y los encargados de los tratamientos de datos estarán sometidos al régimen sancionador que se recoge en dicha norma legal, y tipifica las infracciones en leves, graves o muy graves, incluyendo entre las leves el "No solicitar la inscripción del fichero de datos de carácter personal en el Registro General de Protección de Datos, cuando no sea constitutivo de infracción grave", e "incumplir el deber de secreto" establecido en el articulado de dicha ley, salvo que constituya infracción grave.

Esta Ley Orgánica contempla como infracción grave el "Proceder a la creación de ficheros de titularidad pública o iniciar la recogida de datos de carácter personal para los mismos, sin autorización de disposición general, publicada en el Boletín Oficial del Estado o Diario oficial correspondiente", y como infracción muy grave, "La comunicación o cesión de los datos de carácter personal, fuera de los casos en que estén permitidas" y "la vulneración del deber de guardar secreto sobre los datos de carácter personal" que hagan referencia entre otros, a la salud y a la vida sexual.

Si las infracciones fuesen cometidas en ficheros de los que sean responsables de las Administraciones públicas, el Director de la Agencia de Protección de Datos dictará una resolución estableciendo las medidas que procede adoptar para que cesen o se corrijan los efectos de la infracción. El Director de la Agencia podrá proponer también la iniciación de actuaciones disciplinarias. El procedimiento y las sanciones a aplicar serán las establecidas en la legislación sobre el régimen disciplinario de las Administraciones públicas.

El Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal, aprobado por el RD 994/1999, de 11 de junio, dentro del apartado destinado a las infracciones y sanciones, recoge que cuando se incumplan las medidas de seguridad contempladas en su articulado y los responsables de los ficheros sean las Administraciones Públicas, se estará en cuanto al procedimiento y a las sanciones, a lo dispuestos por la Ley Orgánica 5/1992, actualmente derogada y sustituida por la Ley 15/1999 de Protección de datos de carácter personal.

La Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud, incluye como falta muy grave "El incumplimiento, por dolor o negligencia grave, del deber de reserva y confidencialidad acerca de la información y documentación relativa a los usuarios y a sus procesos asistenciales". Las sanciones que este texto legal contempla para este tipo de faltas son:

- Separación del servicio, que comportará la pérdida de la condición de personal estatutario fijo o la revocación del nombramiento de personal estatutario temporal. Durante los cinco años siguientes a su imposición, el interesado no podrá concurrir a las pruebas de selección para la obtención de la condición de personal estatutario fijo, ni prestar servicios como personal estatutario temporal.

- Suspensión de empleo y sueldo por un periodo de hasta seis años.

- Traslado forzoso, sin derecho a indemnización, a puesto de trabajo situado en localidad distinta, por periodo de hasta cuatro años, con prohibición de participar en procedimientos de movilidad durante el periodo por el que se imponga la sanción.

Por último, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, regula el régimen disciplinario de este personal, en los artículos del 70 al 76, ambos inclusive, y tipifica como falta muy grave "El quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos al centro o institución o a la intimidad personal de los usuarios y a la información relacionada con su proceso y estancia en las instituciones o centros sanitarios". Las sanciones que cabría poner por cometer este tipo de falta son:

- Separación del servicio (Comportará la pérdida de la condición de personal estatutarios. Durante los seis años siguientes a su ejecución, el interesado no podrá concurrir a las pruebas de selección para la obtención de la condición de personal estatutario fijo, ni prestar servicios como personal estatutario temporal. Asimismo, durante dicho periodo, no podrá prestar servicio en ninguna Administración Pública ni en los Organismos Públicos o en las Entidades de Derecho Público dependientes o vinculadas a ellas ni en las Entidades Públicas sujetas a Derecho Privado y Fundaciones Sanitarias).

- Traslado forzoso con cambio de localidad (sin derecho a indemnización y con prohibición temporal de participar en procedimientos de movilidad para reincorporarse a la localidad de procedencia hasta un máximo de cuatro años).

Suspensión de funciones, que irá de dos a seis años.

# 20. PRINCIPIOS LEGALES (ANEXO)

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

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

CAPÍTULO 1. Artículo 3. Las definiciones legales

Centro Sanitario: el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.

Certificado médico: la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.

Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

Historia Clínica: el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Información clínica: todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

Informe de alta médica: el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

Intervención en el ámbito de la sanidad: toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.

Libre elección: la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entres dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.

Médico responsable: el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Servicio sanitario: la unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias.

Usuario: la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

CAPÍTULO V. LA Historia Clínica.

**Artículo 14. Definición y archivo de la historia.**

1. La Historia Clínica comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la iden-

tificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

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

3. Las Administraciones Sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la Historia Clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.

4. Las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias y los recursos para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental.

**Artículo 15. Contenido de la Historia Clínica de cada paciente.**

1. La Historia Clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

2. La Historia Clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud. El contenido mínimo de la Historia Clínica será el siguiente:

a) La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.

b) La autorización del ingreso.

c) El informe de urgencia.

d) La anamnesis y la exploración física.

e) La evolución.

f) Las órdenes médicas.

g) La hoja de interconsulta.

h) Los informes de exploraciones complementarias.

i) El consentimiento informado.

j) El informe de anestesia.

k) El informe de quirófano o de registro del parto.

l) El informe de anatomía patológica.

m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.

n) La aplicación terapéutica de enfermería.

ñ) El gráfico de constantes.

o) El informe clínico de alta.

Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la Historia Clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

3. La cumplimentación de la Historia Clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.

4. La Historia Clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial.

**Artículo 16. Usos de la Historia Clínica.**

1. La Historia Clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la Historia Clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

2. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la Historia Clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.

3. El acceso a la Historia Clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la Historia Clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la Historia Clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos en cada caso.

4. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la Historia Clínica relacionados con sus propias funciones.

5. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto a los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.

6. El personal que accede a los datos de Historia Clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

7. Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a Historia Clínica y de su uso.

**Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.**

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial.

2. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará,

asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.

3. Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.

4. La gestión de la Historia Clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.

5. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.

6. Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**Artículo 18. Derechos de acceso a la Historia Clínica.**

1. El paciente tiene derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la Historia Clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

2. El derecho al acceso del paciente a la Historia Clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

3. El derecho de acceso del paciente a la documentación de Historia Clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la Historia Clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la Historia Clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni perjudique a terceros.

**Artículo 19. Derechos relacionados con la custodia de la Historia Clínica.**

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida,

la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el de la presente Ley.

## CAPÍTULO VI. Informe de alta y otra documentación clínica.

### Artículo 20. Informe de alta

Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas.

### Artículo 21. El alta del paciente.

1. En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer del alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito, no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.

2. En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

### Artículo 22. Emisión de certificados médicos.

Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Estos serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.

### Artículo 23. Obligaciones profesionales de información técnica, estadística y administrativa.

Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.

# 21. SIGLAS

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

# SIGLAS

**AP:** Atención Primaria

**CS:** Centro de Salud

**DC:** Documentación Clínica

**DGPs:** Datos Generales del Paciente

**EAP:** Equipo de Atención Primaria

**HC:** Historia Clínica

**HCAP:** Historia Clínica de Atención Primaria

**IT:** Incapacidad Transitoria

**OMI-AP:** Oficina Médica Informática de Atención Primaria

**PAC:** Punto de Atención Continuada

**PEA:** Punto de Especial Aislamiento

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

**SUAP:** Servicio de Urgencias de Atención Primaria

**061:** Emergencias de AP.

# MANUAL DE GESTIÓN
## DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
## DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD

MANUAL DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL
SANITARIO Y ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO
DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL SMS

Región de Murcia