

**INTRODUCCIÓN.
DE LA HISTORIA CLÍNICA A
LA HISTORIA DE SALUD
ELECTRÓNICA. LA HISTORIA
CLÍNICA EN LA ERA DEL
CONOCIMIENTO**

Javier Carnicero Giménez de Azcárate
Coordinador de los Informes SEIS

INTRODUCCIÓN

La historia clínica

En las conclusiones del tercer informe SEIS, “La seguridad y confidencialidad de la información clínica” se considera que la información clínica es la relativa a la salud de una persona identificada o identificable. Esa información, tanto en papel como en soporte electrónico, forma parte de la historia clínica. La información clínica se encuentra en su mayor parte en los centros de atención primaria, especializada, salud mental y sistemas departamentales, como los laboratorios clínicos y los servicios de diagnóstico por imagen; aunque también los centros de salud pública y salud laboral registran información clínica. Existe además información de salud individualizada en los sistemas de prestaciones complementarias.

Durante los últimos años se han desarrollado soluciones informáticas para la historia clínica de atención primaria y especializada, así como para integrar la información de los sistemas departamentales. En el momento actual todos los servicios de salud de nuestro sistema sanitario se encuentran en fase de análisis, desarrollo o despliegue de sistemas de información clínica, que contemplan soluciones para la historia clínica de atención primaria, especializada o ambas.

La integración de la información clínica

La construcción de la historia clínica precisa la integración de información de diversos sistemas. Un centro sanitario debe incorporar la información de admisión, servicios de laboratorio, farmacia, equipos de diagnóstico y servicios médicos, entre otros. Un sistema sanitario debe consolidar la información de varios centros sanitarios, de atención primaria y especializada, entre los que debe tomarse en consideración la información de centros concertados de carácter privado. Además de la información anterior, la historia clínica debe considerar la incorporación de la información que proviene de los estudios genéticos.

La integración de toda esa información, enlazando bases de datos de diferentes sistemas y centros, puede representar un serio problema, aunque cada vez resulta menos difícil de llevar a cabo. La identificación del paciente, que es posible gracias

a la tarjeta sanitaria, y los estándares de la información son aspectos fundamentales para el éxito de estos procesos.

Algunos autores distinguen entre historia clínica, aquella que registra la información de la relación entre un paciente y una institución, e historia de salud, que incorpora la información clínica de un paciente registrada en todos los centros en que ha sido atendido a lo largo de su vida.

Todo ese proceso persigue, o debe perseguir, que los pacientes puedan confiar en que los profesionales que les atienden tienen acceso a la información clínica que precisan para atenderles, en cualquier momento y lugar. También debe garantizarse que los profesionales puedan acceder a las fuentes de conocimiento necesarias para esa atención, como las guías de práctica clínica, o a aquellas que les permitan evaluar la efectividad de su práctica.

Disposiciones legales

La normativa sobre historia clínica se basa en la legislación sanitaria y en la de protección de datos. La legislación sanitaria se ha visto modificada con motivo de la publicación de normas autonómicas y también por la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de documentación clínica.

De esta doble confluencia de normas se deducen soluciones a algunas de las cuestiones que habitualmente se plantean en esta materia, pero también algunas dudas, como el tratamiento legal de la conservación y cancelación de la información.

Seguridad y confidencialidad

Los aspectos de seguridad y confidencialidad, éticos, legales y técnicos, resultan de la mayor importancia, puesto que la información clínica es muy sensible y además se aspira a que los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, que estén implicados en la asistencia al paciente, puedan acceder a ella en cualquier momento y lugar en que este sea atendido.

También debe resolverse el acceso a la información clínica propia por parte de los pacientes, así como asuntos nuevos, como el registro de voluntades anticipadas, previsto en las nuevas leyes aprobadas por algunos parlamentos autonómicos y las Cortes.

Beneficios de la historia clínica electrónica

Los beneficios de la historia electrónica son, entre otros, la comodidad y confianza para los pacientes, la facilidad para la integración y continuidad de la asistencia, la mejora de la eficiencia y de la calidad, y el soporte para el análisis de la actividad clínica, la epidemiología y la docencia e investigación.

Mención especial debe hacerse a la mejora de la accesibilidad, la posible concurrencia en el acceso y modificación de la historia, y las ventajas para la seguridad y confidencialidad.

Cuestiones a resolver

De todo lo anteriormente expuesto se concluye que son varios los aspectos que se plantean al estudiar cómo debe llevarse a cabo la informatización de la historia clínica, que pueden resumirse así:

- La información clínica y de salud, conceptos, funciones y características.
- Identificación de las personas.
- Historia única y compartida, historia de cada centro y aislada, de cada centro y accesible desde otros centros; historia de cada centro e historia de salud con información originada en todos los centros sanitarios.
- Cómo se organiza o estructura la información clínica, la arquitectura de la información.
- Integración de la información departamental: laboratorios, farmacia, diagnóstico por imagen y otros, como los sistemas clínico administrativos.
- Integración de la información de sistemas complementarios al clínico como los de salud laboral, salud pública y prestaciones complementarias.
- La información genética y genómica.
- Estándares de la información.
- Aplicación de las disposiciones legales en materia de historia clínica a la historia clínica informatizada.
- Seguridad y confidencialidad de la información.
- Inferencias del sistema de información clínica.
- La historia electrónica y la investigación y la docencia.

OBJETIVOS Y ALCANCE DEL INFORME

El V Informe SEIS pretende ser el documento básico de referencia que puedan utilizar todos los implicados en la construcción del sistema de información clínica, como guía u orientación para la toma de decisiones sobre todos los aspectos que se han señalado:

- Información clínica y de salud.
- Identificación del paciente.
- Modelo de historia clínica.
- Arquitectura de la información. Las tecnologías de la información y de las comunicaciones y la historia clínica.
- Estándares.
- Seguridad y confidencialidad.
- Inferencias.

Como ya se ha indicado, el V Informe SEIS pretende ser un documento básico de referencia. Sin embargo, se ha considerado fuera del alcance del informe la organización del sistema sanitario y de los servicios de documentación clínica. Con excepción de algunas referencias en el capítulo de seguridad, tampoco se trata sobre la organización de los departamentos de organización y sistemas.

En el informe SEIS se hacen referencias a planes de servicios de salud, pero no se ha considerado oportuna la descripción de sistemas en funcionamiento, con la excepción de una sucinta referencia a los diferentes proyectos en la Unión Europea.

En este trabajo se hacen referencias a la calidad de la historia y de la asistencia, pero sin tratarlas específicamente, como tampoco se describen las diferentes partes de la historia clínica.

LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y DE SALUD

En el capítulo de información clínica y de salud se revisan los principales conceptos sobre información médica, sanitaria, clínica y de salud. También las principales fuentes de información relativas al estado de salud de una persona.

El concepto de historia clínica, sus funciones y las deficiencias que presenta la historia convencional, en papel, forman la segunda parte del capítulo, que termina con las ventajas que presenta la historia clínica electrónica sobre la convencional.

LA IDENTIFICACIÓN, UN REQUISITO PREVIO A LA HISTORIA ELECTRÓNICA DE SALUD

La historia electrónica de salud como parte de un sistema de información clínico, exige la identificación unívoca de las personas. En este apartado del informe se revisan los sistemas de identificación de nuestro país y el de la tarjeta sanitaria.

Los códigos de identificación, la asignación de ese código y la frecuente confusión de las funciones de identificación y acreditación de las prestaciones, forman la segunda parte del capítulo, que termina con propuestas de codificación, asignación de códigos, modos de acceso a la información clínica y posibles nuevas utilidades para la tarjeta sanitaria.

MODELOS DE HISTORIA DE SALUD ELECTRÓNICA

Los conceptos de historia clínica, historia de salud, historia clínica orientada a problemas, historia clínica orientada a contextos e historia de salud electrónica, se aclaran en este capítulo, cuya segunda parte trata de la recogida, presentación de datos e implantación de la historia de salud electrónica.

El apartado concluye con las perspectivas de futuro que se presentan con la historia electrónica de salud, que ha dejado anticuados todos los conceptos anteriores.

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN AL SERVICIO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Los conceptos de sistemas centralizados y distribuidos constituyen la primera parte de esta sección, que sigue con la integración de la historia y los métodos que existen para ello.

En la segunda parte se trata de la migración de sistemas y de la interfaz, ergonomía y facilidad de uso de las aplicaciones.

ESTÁNDARES

El concepto de estándar, las entidades nacionales e internacionales de normalización y los principales estándares del ámbito sanitario se tratan en la primera parte de este capítulo.

Otros tipos de estándares relacionados con la historia clínica electrónica y las dificultades del proceso de estandarización constituyen la segunda parte del trabajo.

ASPECTOS LEGALES

El marco normativo de la historia clínica se trata en este capítulo, que pretende aclarar las principales cuestiones legales que se suscitan con la informatización de la documentación clínica: admisión de la historia clínica electrónica, validez legal, acceso del paciente y de los profesionales, conservación y cancelación de la documentación clínica y responsabilidades que se contraen por el incumplimiento de las normas.

SEGURIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y DISPONIBILIDAD

Los mecanismos básicos y técnicos de seguridad y confidencialidad, así como los de organización y de nivel de servicio se describen en este apartado.

Se hace un especial hincapié en los aspectos de disponibilidad y nivel de servicio, pues son los menos habitualmente tratados en este tipo de publicaciones.

INFERENCIA DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIO BASADO EN LA HISTORIA DE SALUD ELECTRÓNICA

Las consecuencias de un sistema de información basado en la historia de salud electrónica se analizan en este capítulo, que las clasifica en vegetativas, operativas y epistemológicas, según sean automáticas, requieran desarrollos específicos o se dirijan a incrementar o tratar el conocimiento.

EL IMPACTO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN LA INVESTIGACIÓN Y LA DOCENCIA

Entre las funciones de la historia clínica están las de soporte para la investigación y la docencia. Qué impacto tiene la informatización de la historia en la investigación y la docencia es el contenido de este apartado, que distingue entre las utilidades y los requisitos de la historia clínica electrónica para su uso en la investigación.

La utilidad de la historia clínica informatizada como instrumento para la docencia es la segunda parte de este capítulo, que analiza las repercusiones en este aspecto para los profesionales, estudiantes, instituciones docentes y ciudadanos.

LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA: PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Los diferentes proyectos de historia de salud electrónica en el ámbito de la Unión Europea se analizan en esta sección, que los clasifica, según su objetivo principal en redes nacionales y regionales de *e salud*, sistemas de *e salud* y servicios

para profesionales de salud, telemedicina y aplicaciones de *e salud* de cuidados en el hogar, y sistemas para la salud y el bienestar orientados a los ciudadanos.

El capítulo termina con unas consideraciones sobre el conjunto de estos proyectos y las perspectivas de futuro para la historia de salud electrónica.

CONCLUSIONES

Todos estos asuntos fueron discutidos con sus autores por un grupo de expertos que se reunió en Pamplona el 18 de diciembre de 2003. En esa misma reunión de trabajo se acordaron las conclusiones del V Informe SEIS: “De la historia clínica a la historia de salud electrónica”, que tratan de responder a las cuestiones que se plantean en este informe, cuyo principal objetivo es ser útil a todos aquellos interesados en la construcción del sistema de información clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- Advisory Council on Health Infostructure. Canada Health Infoway: Paths to Better Health. Final Report of the Advisory Council on Health Infostructure. Office of Health and the Information Highway. Health Canada; February 1999. http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/pubs/1999_pathsvoies/info_e.html.
- Bates D. W., Gawande A. Improving Safety with Information Technology. *N. Engl J. Med* 2003; 348:2526-34.
- Burns F. Information for Health. An Information Strategy for the Modern NHS 1998-2005. A National Strategy for local implementation. Department of Health Publications; 1998. <http://www.nhsia.nhs.uk/def/pages/info4health/contents.asp>.
- Carnicero J., Hualde S. Editores. La seguridad y confidencialidad de la información clínica. Informes SEIS (3). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud; 2001 <http://www.seis.es/informes/2001/default.htm>.
- Gardner M. Why clinical information standards matter. Because they constrain what can be described. *BMJ* 2003;326:1101–2.
- Kilbridge P. Computer crash. Lesson from a system failure. *N. Engl J. Med* 2003; 348: 881-2.
- Mandl K. D., Szolovits P., Kohane I. S. Public standars and patients’ control: how to keep electronic medical records accesible but private. *BMJ* 2001; 322: 283-7.

- National Health Information Management Advisory Council. Health Online. A Health information Plan for Australia; 1999. http://www.health.gov.au/healthonline/ho2_mrel.htm.
- Nygren E., Wyatt J. C., Wright P. Medical Records. Helping clinicians to find data and avoid delays. *Lancet* 1998; 352: 1462-66.
- Powsner S. M., Wyatt J. C., Wright P. Medical Records. Opportunities for and challenges of computerisation. *Lancet* 1998; 352: 1617-22.
- President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality on the Health Care Industry. Quality First: Better Health Care for All Americans. Agency for Healthcare Research and Quality Publications Clearinghouse; 1997. <http://www.hcqualitycommission.gov/final/>.
- Iniciativa e Europa 2002. Plan de acción elaborado por la Comisión Europea para el Consejo de Europa en Feria, 19-20 de junio de 2000. Publicaciones de la Unión Europea. <http://europa.eu.int>.
- Wright P., Jansen C., Wyatt J. C. Medical Records. How to limit clinical errors in interpretación of data. *Lancet* 1998; 352: 1539-43.
- Wyatt J., Wright P. Medical Records. Design should help use of Patients Data. *Lancet* 1998; 352:1375-78.