

LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y DE SALUD

José A. Falagán Mota y Javier Nogueira Fariña
Servicio de Documentación Clínica
Complejo Hospitalario de Pontevedra

1.- LA INFORMACIÓN CLÍNICA

Introducción

La información clínica es casi tan antigua como la propia humanidad. Así se pueden considerar “prehistorias clínicas” (1) a los relatos patográficos contenidos en el papiro Edwin Smith o las lápidas votivas con el nombre y la dolencia del enfermo descubiertas en el templo de Epidauro.

Los primeros relatos de información clínica se deben a los “médicos” hipocráticos del siglo V AC que sintieron la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden, su experiencia de médicos ante la enfermedad individual de sus pacientes.

Tradicionalmente se ha asociado el concepto de información clínica al de información exclusivamente médica y ambos al de historia clínica, que clásicamente se ha definido como la narración completa o parcial de la experiencia del médico en su relación técnica con un enfermo determinado (2). Esta información se solía relacionar con los estados patológicos (patografía) del paciente, entendido éste como aquel individuo particular que precisa atención médica por ver alterado su estado de salud.

Recientemente se ha definido la información clínica como 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 recuperarla¹.

En primer lugar debe notarse que no se utiliza el término enfermedad, ni enfermo, ya que ésta no es una cualidad para precisar Atención Sanitaria (que es la demanda de atenciones que realiza la población de los profesionales sanitarios), ni la ausencia de enfermedad debe ser un impedimento para recibirla. Por ejemplo el embarazo no es una enfermedad y precisa Atención Sanitaria. En segundo lugar se debe emplear el término Sanitario, más amplio que el de médico o facultativo,

1 Artículo 3 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.

incluyendo en este apartado (sanitario), no solamente al personal médico o de enfermería implicado en la atención, sino también a otros profesionales de la Sanidad directamente relacionados con el proceso asistencial.

Las personas que demandan asistencia sanitaria y están sometidas a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud se denominan pacientes, mientras que aquellas que utilizan los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria, se denominan usuarios². Utilizaremos además de estos términos, el de ciudadano para referirnos a las personas susceptibles de solicitar asistencia sanitaria.

Información Médica - Información Sanitaria

La Atención Sanitaria se presta en cualquier Centro Sanitario entendido este como el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios³, sea éste público o privado; de Atención Primaria, o Atención Especializada; de actividades de prevención de la salud, de patología de agudos, crónicos, o socio-sanitaria. Por lo tanto, entendemos que cualquier modalidad de Atención Sanitaria, independientemente del lugar en el que se preste (unas veces el paciente o usuario de desplazará al centro sanitario y otras será el profesional sanitario el que se desplace hasta el domicilio de éste) y del profesional que la lleve a cabo (médicos, enfermeros, asistentes sociales, etc.), da lugar a un proceso de atención y por consiguiente origina una información que denominamos **información sanitaria**, concepto éste más amplio que el de **información médica** y que se integra, en una historia clínica.

El Sistema Nacional de Salud se organiza en dos niveles diferenciados de Atención Sanitaria⁴, uno caracterizado por actos sanitarios personales o cuasi-personales, más en contacto con el entorno que rodea al paciente, que es la Atención Primaria, y otro con actos sanitarios más complejos, que requieren generalmente la utilización de más recursos, caracterizado por el trabajo en equipo, donde la atención sanitaria se efectúa por diferentes profesionales, pertenecientes a su vez a diferentes estamentos (facultativos, sanitarios no facultativos, etc.) y que se presta fundamentalmente en los Hospitales.

2 Artículo 3 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.

3 Artículo 3 de la Ley 41/2002.

4 Artículo 56.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los cambios en la estructura demográfica de la población condicionaron la aparición de un nuevo nivel asistencial con entidad propia denominado Asistencia Sociosanitaria, que sin encuadrarse en los modelos tradicionales los complementa.

Pues bien, estos tres niveles que conforman la estructura fundamental de la Atención Sanitaria y donde el ciudadano debe encontrar respuesta a sus demandas, generan información sanitaria que sería deseable estuviese integrada y accesible. La realidad (con las correspondientes excepciones), es que hoy por hoy, no existe tal integración y menos, una historia clínica única para cada ciudadano.

Información sobre el estado de salud

Se define la enfermedad como la alteración más o menos grave de la salud y este estado es fácilmente identificable. La salud es el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Esta dicotomía semántica entre salud y enfermedad, se debe obviar y entender que los diferentes niveles asistenciales que atienden a un ciudadano generan información sobre su estado de salud. En unos casos esta información describirá estados de menoscabo o alteraciones de su salud y en otros describirá situaciones o acontecimientos relativos o relacionados, con su estado de “no enfermedad”, es decir, de salud.

Debe hacerse abstracción del concepto clásico de niveles asistenciales tradicionales y estudiar las fuentes de información que sobre los diferentes estados de salud de los ciudadanos puedan existir. En el momento de que se integre toda la información generada en esas “otras fuentes”, se podrá hablar de una historia clínica que registre la información sobre el estado de salud de los ciudadanos.

2.- FUENTES DE INFORMACIÓN RELATIVAS AL ESTADO DE SALUD DE UN CIUDADANO

La información relativa al estado de salud de un ciudadano está íntimamente ligada al ciclo de su vida y se va enriqueciendo desde antes de su nacimiento hasta (en algunas circunstancias), más allá del fallecimiento. Para que esto se produzca se precisan dos condiciones: que exista un contacto con un profesional sanitario y que éste quede debidamente documentado.

Los tipos de contacto, los motivos, y las formas de documentar estas asistencias, son múltiples y variadas. Así tenemos que el contacto puede producirse con diferentes profesionales relacionados con la asistencia sanitaria: médico, de enfermería, de asistencia social y de psicología entre otros. Los motivos de ese contacto pueden ser, por ejemplo, consultas por deterioro del estado de salud, demandas de asistencia sanitaria urgente, controles rutinarios, despistaje de determinadas

enfermedades, actividades de prevención de Salud Pública o campañas de vacunaciones. Estos actos se documentan sobre diferentes soportes: papel, registros informáticos, registros iconográficos (vídeo, radiografía...) etc.

Antes del nacimiento de un ser humano se puede generar información sobre su estado de salud, bien a través de controles prenatales o de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos intrauterino. En el momento de su nacimiento se efectúa un control rutinario de salud (supervisión pediátrica del recién nacido sano, test de metabolopatías o cribado de la sordera), o una intervención terapéutica derivada de complicaciones perinatales. Los controles rutinarios se suceden a lo largo de la edad infantil, ya sea mediante los seguimientos periódicos del desarrollo del niño o las vacunaciones pertinentes. A esta información de “salud” del niño, se añadirá toda aquella que se genere derivada de asistencias por enfermedad, conformando en su conjunto la información sanitaria de la edad pediátrica.

A lo largo de su vida, esta persona también puede someterse a distintos controles de su estado de salud (contactos para detección de hipertensión, de hipercolesterolemia, de cáncer de mama, de diabetes...). También precisará atención sanitaria por episodios de enfermedad que, según su complejidad, serán atendidos en los diferentes niveles asistenciales.

En la etapa adulta, el ciudadano generalmente se somete a controles motivados por su vinculación al mundo del trabajo, entre los que destacaríamos los reconocimientos médicos laborales, el despistaje de enfermedades derivadas de su profesión, etc. A su vez, puede sufrir un deterioro de su salud derivado directamente de su desempeño laboral, bien sea enfermedad profesional, o accidente de trabajo, contingencias que serán atendidas generalmente, por la Mutua correspondiente y que también constituyen fuentes de información.

Estas dos fuentes de información (laboral y “no laboral”), coexisten en el tiempo y muchas veces se cruzan, dando lugar a aportaciones de uno en el sistema de información del otro, aunque ello no siempre es posible.

Ya en la etapa más avanzada de la vida, a los controles de salud, que continúan, y a los procesos de enfermedad, que normalmente se incrementan, se añade como nuevo protagonista la Atención Sociosanitaria, que complementa lo anterior y completa la información sobre el estado de salud del ciudadano.

A las fuentes descritas anteriormente, habría que añadir otras aportaciones que no por secundarias dejan de ser en ocasiones, relevantes; nos referimos a controles de salud para conductores o cazadores, reconocimientos para seguros de vida o de enfermedad, etc.

Tabla 1. Fuentes de información relativas a la salud

	CONTROLES DE SALUD	PROCESOS DE ENFERMEDAD
PERÍODO PERINATAL, INFANCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Controles prenatales - Supervisión del Recién nacido - Test de detección de metabopatías, prueba de sordera... - Controles periódicos - Vacunaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas prenatales (diagnóstico y tratamiento) - Complicaciones durante el parto - Enfermedades congénitas - Otras enfermedades y accidentes de la infancia
MADUREZ	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de detección de diferentes enfermedades (Salud Pública) - Controles rutinarios por Atención Primaria (constantes, analítica...) - Despistaje de enfermedades profesionales - Reconocimientos médicos laborales - Control del embarazo, parto y puerperio - Reconocimientos médicos para: <ul style="list-style-type: none"> • Conductores • Cazadores • Seguros de Vida • Seguros de Enfermedad - Vacunaciones y tratamientos profilácticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Procesos de enfermedad común y accidentes no laborales - Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales - Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
VEJEZ	<ul style="list-style-type: none"> - Detección y seguimiento de problemas sociales que pueden afectar a la salud - Programas de detección de enfermedades propias de la vejez 	<ul style="list-style-type: none"> - Procesos psíquicos y físicos propios de la vejez
POSTMORTEM	<ul style="list-style-type: none"> - Necropsia y diagnóstico postmortem - Investigaciones forenses 	

3.- LA HISTORIA CLÍNICA. PROBLEMAS ACTUALES

Concepto

Nuestra Legislación define la historia clínica 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 asistencial⁵.

⁵ Artículo 3 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.

Este concepto legal debemos ampliarlo, porque utiliza el término paciente, que circunscribe la historia clínica a la información para el mantenimiento o recuperación de su salud y obvia toda la información generada por el ciudadano como usuario de los servicios sanitarios.

Está comúnmente aceptado que la historia clínica está constituida por el conjunto de documentos escritos y/o gráficos que hacen referencia a los episodios de salud-enfermedad de un ciudadano y a la actividad sanitaria generada por estos, independientemente del soporte en que se encuentre. La historia clínica se asocia comúnmente con el tradicional soporte papel. La introducción de la informática como herramienta de soporte de la información sanitaria, no varía los principios rectores de la historia clínica, ni invalida las definiciones o propiedades de la misma.

La finalidad de la historia clínica es facilitar la asistencia del ciudadano, recogiendo toda la información clínica necesaria para asegurar, bajo un criterio médico, el conocimiento veraz, exacto y actualizado de su estado de salud por los sanitarios que lo atienden (3).

A su vez, la historia clínica se considera el documento clínico por excelencia, al ser el soporte de la información generada por el equipo sanitario y actuar como vehículo de transmisión entre los diferentes miembros que intervienen en la atención, o para otros equipos que puedan prestar atención sanitaria al ciudadano en otro lugar o tiempo.

Funciones y usos

Las funciones clásicas de la historia clínica son la asistencia, la docencia y la investigación. Desde estas, se desarrollan otras, que estando íntimamente ligadas a ellas, tienen la suficiente trascendencia como para ser destacadas:

1. **Asistencial.** Es un documento básicamente asistencial, siendo su misión principal recoger toda la información patográfica relevante, con objeto de poder prestarle al ciudadano la atención más adecuada a su caso.

2. **Docente.** Cuando en cada historia clínica se refleja exactamente cuál es el modo correcto de tratar cada caso clínico, explicando razonadamente las decisiones exploratorias y terapéuticas que se toman.

3. **Investigación clínica.** Estableciendo los mecanismos precisos para localizar las historias clínicas que pertenecen a una determinada patología, o a un determinado tratamiento y como fuente de conocimiento de la propia actividad clínica.

4. **Investigación epidemiológica.** Cuando además de conocer lo anterior, se conocen los denominadores poblacionales adecuados.

5. **Gestión clínica y planificación de recursos asistenciales.** Sirve para la gestión clínica, la evaluación de la utilización de los recursos sanitarios disponibles y la planificación de futuras inversiones.

6. **Jurídico-legal.** Al ser el testimonio documental de la asistencia prestada.

7. **Controles de calidad asistencial.** Las historias clínicas sirven para la evaluación de los objetivos científicos-técnicos.

Algunas de estas utilidades se tratan en los capítulos correspondientes a “Inferencia de un sistema de información sanitario basado en la historia de salud electrónica” y “El impacto de la historia electrónica en la investigación y la docencia” de este informe.

La concepción actual de historia clínica de un paciente la define como única, acumulativa e integrada (4)⁶.

La necesidad de mantener una historia clínica única por paciente no es nueva y está ampliamente aceptada desde hace décadas y, así consta en las recomendaciones de los informes Tumbridge (5), y Walker (6), para los estándares de historias clínicas hospitalarias en Gran Bretaña y en las recomendaciones de la American Hospital Association (7), de hecho, la presencia de archivos de historias clínicas hospitalarias, precede en muchos años a la tipificación y difusión del concepto de historia clínica personal, integrada y acumulativa. Así, el Pennsylvania Hospital, fundado en 1752, conserva todo su archivo de historias clínicas desde 1803 y, el Massachusetts General Hospital posee un archivo de historias clínicas desde su fundación en 1821.

La historia clínica será **acumulativa** cuando toda la información clínico-sanitaria que genera la asistencia de un paciente, independientemente del soporte en que se presente, pase a formar parte de la misma.

La historia clínica será **integrada** cuando contenga los distintos contactos y/o episodios del paciente, definiéndose éstos como los distintos actos asistenciales relacionados con un proceso de atención sanitaria.

6 Artículo 14 de la Ley 41/2002.

La información en la historia clínica

La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente⁷.

La parte fundamental de la historia clínica es la narración patográfica y ésta debe ser idónea, íntegra, clara, precisa y elegante, ajustada a la realidad que trata de describir (8), generalmente la enfermedad de un ser humano.

La historia clínica contiene datos e informaciones proporcionadas por el paciente al que se le presta atención sanitaria. Además incluye una colección de anotaciones sobre su estado de salud y actos asistenciales realizados, instrucciones sobre actitudes diagnósticas y terapéuticas y se complementa con una serie de datos analíticos y otros resultados de exploraciones o pruebas complementarias. Todo ello convenientemente estructurado da lugar a la información de la historia clínica.

1. Tipos de información

La información contenida puede ser objetiva sobre el paciente (perteneciente o relativa al objeto en sí y no a nuestro modo de pensar o sentir), o subjetiva sobre el paciente o terceros (relativa a nuestro modo de pensar o sentir y no al objeto en sí mismo). Además las historias clínicas incorporan en determinadas ocasiones información muy valiosa para el proceso asistencial aportada por terceras personas. La información tanto objetiva, como subjetiva y de terceras personas, constituye el elemento fundamental de la historia clínica y como tal debe incorporarse a la misma.

2. Relevancia

Consideramos relevante, en el sentido etimológico de “importante, significativa”, toda información útil para que la historia clínica cumpla, en las mejores condiciones posibles, las funciones descritas previamente.

Las fuentes de información son múltiples y los usos de la historia clínica tan variados, que los datos que potencialmente se necesitan, deben ser asimismo, múltiples y variados. No por ello, debemos considerar como relevante cualquier información o dato, que no reúna la condición de importante o significativo si no queremos desvirtuar su significado y sobre todo, si no queremos llenar la historia clínica de informaciones inútiles que nos entorpezcan la búsqueda de las importantes.

Por otra parte, es bien conocido que la medicina no es una ciencia exacta y se basa en la evidencia y en los conocimientos científicos actuales. El desarrollo del

7 Artículo 15.1 de la Ley 41/2002.

conocimiento es impredecible, por lo que no se debe descartar información que en el momento actual no aporta, supuestamente, “interés asistencial, preventivo, epidemiológico o de investigación”, ya que en el futuro sí puede aportarlo.

Por lo tanto, se deben recoger en la historia clínica las informaciones que tengan una utilidad actual y las que, razonablemente, la puedan tener en el futuro.

3. Pertinencia

Una de las acepciones de pertinente es “que viene a propósito”. En este sentido, esta característica de la información se relaciona con la que se describe en el apartado anterior, es decir, se considera que es pertinente que conste en la historia clínica cualquier información que sea importante o significativa para cualquiera de sus funciones.

La historia clínica es la herramienta de trabajo de los profesionales sanitarios y, como tal herramienta, ha de contener todo aquello que facilite su tarea.

Los actos sanitarios se caracterizan fundamentalmente por diagnosticar y tratar a los pacientes que demandan asistencia. Un médico u otro profesional sanitario, atiende a diversos pacientes en su jornada habitual y no siempre los actos asistenciales (demandas de atención), se repiten en períodos cortos de tiempo (caso de las consultas externas), por lo que no se puede pretender sin degradar la calidad asistencial que utilice su memoria para recordar esas “no anotaciones” sobre cada uno de sus pacientes. Por otro lado no siempre es el mismo interlocutor sanitario quien atiende a un paciente, y habitualmente, no solo un determinado profesional de una especialidad concreta es el único encargado de prestar la asistencia.

La atención sanitaria es multidisciplinar y la historia clínica es el medio de comunicación entre los distintos profesionales que intervienen en dicha atención. Las impresiones subjetivas de estos profesionales a veces son fundamentales para alcanzar a comprender el diagnóstico del paciente y evaluar la evolución del curso de su proceso.

Las apreciaciones subjetivas de los profesionales sanitarios están amparadas y especialmente protegidas por la Ley.

4. Redundancia

En la historia clínica hay que evitar en lo posible la información redundante, entendiendo como tal, aquella que se repite.

Es frecuente encontrar en una historia clínica documentos repetidos que paradójicamente, deben su origen a la mala utilización de las nuevas tecnologías de la

información en la documentación sanitaria. Este hecho se debe fundamentalmente a la coexistencia de los soportes electrónicos con los tradicionales en papel.

En el momento actual es habitual la existencia de soportes electrónicos de la información en múltiples bases de datos fácilmente reproducibles. Esta característica repercute negativamente en las historias clínicas y en los archivos de las mismas, al existir la natural tendencia a guardar en ellas todo documento identificado como perteneciente a un paciente. La repetición de este proceso provoca la redundancia de la documentación.

5. Heterogeneidad

Teniendo en cuenta las diferentes fuentes de información que la conforman, la información de salud es heterogénea, ya que está compuesta de partes de diversa naturaleza que conforman un todo (la historia clínica). En este sentido es fácilmente entendible que tiene características diferentes una información derivada de un contacto con el Servicio de Urgencias de un hospital, que una derivada de una vacunación de la gripe, o del resultado de una gasometría. Esta heterogeneidad la debemos entender como una característica de la información, más que como un problema.

La heterogeneidad de la información puede suponer un problema para la historia clínica y sus funciones cuando esa información no consiga integrarse racionalmente en ella y cuando por condicionantes de sus diversas fuentes, dé lugar a soportes inadecuados o incompatibles, que impidan un uso racional de la misma.

6. Perdurabilidad

Se define como perdurabilidad la condición de lo que dura mucho y es una cualidad del término perdurable, que significa perpetuo.

La perdurabilidad siempre fue objeto de controversia entre los profesionales relacionados con la Documentación. Hay partidarios de que se debe guardar absolutamente todo e indefinidamente, pero existe el problema del espacio en los actuales archivos de historias clínicas que es cada día más acuciante: la actividad aumenta; el volumen de documentación que se genera es cada vez mayor, ya sea en soporte papel o iconográfico (Rx, RMN, videos, etc); en los hospitales tiende a abrirse historia clínica a los pacientes desde el primer contacto (una urgencia, recién nacido sano...); y como contraste, el espacio dentro de los hospitales es cada vez más preciado y debe dedicarse a actividades asistenciales. Esto ha ocasionado que se externalicen los archivos utilizándose grandes superficies para este fin como solución temporal. Pero el crecimiento exponencial de los mismos nos obliga a plantearnos alternativas al sistema tradicional de guarda y custodia de la documentación clínica.

Cualquier solución a este problema pasa por buscar otros soportes a la información generada, bien en su origen (historia clínica electrónica), o en la forma de almacenamiento. Mientras tanto, la alternativa consiste en la destrucción selectiva y periódica de determinada documentación (expurgo).

La historia clínica está sometida a la Legislación vigente y aparentemente ésta ha solucionado el problema de almacenamiento de las cantidades ingentes de documentación. Pero esta teórica solución ha generado incertidumbre entre los médicos documentalistas encargados de gestionar los actuales archivos de historias clínicas, dado que surgen problemas a la hora de poner en práctica lo dispuesto por la Ley, que establece un plazo de cinco años para la destrucción selectiva de la documentación.

Entre otras cuestiones podemos destacar⁸:

- Si la HC hay que conservarla a efectos judiciales habrá que tener en cuenta cuál es el tiempo de prescripción del delito, ya que éste depende del hecho delictivo y puede llegar a los 20 años.
- ¿Quién decide cuál es la información que se considera relevante y por lo tanto hay que preservar, a efectos asistenciales, preventivos, epidemiológicos o de investigación?
- ¿Cuáles son las razones de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud para conservar la HC?

Existen múltiples situaciones de información dudosa, cuya valoración puede suponer un coste intelectual y de recursos tan importante, que no compense el supuesto “beneficio” en espacio físico, con la legítima duda de la posible pérdida del valor que supuestamente debemos preservar.

Los aspectos legales de la historia de salud electrónica, entre los que se encuentran los plazos de conservación de la información, se tratan en el capítulo correspondiente de este informe.

Problemas actuales

El actual soporte de la historia clínica es susceptible de plantear una serie de problemas sobre la información en ella contenida, entre los que podemos destacar:

8 Artículo 17.2 de la Ley 41/2002 y normativa autonómica (Artículo 12 de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, de la Generalitat de Cataluña y artículo 20 de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, del Parlamento de Galicia, entre otras).

- a) El desorden habitual de los documentos que soportan la información que conlleva a una desorganización e información fragmentada, con resultados insatisfactorios a la hora de tratar de recuperar de una forma racional y lógica la información contenida en estos documentos.
- b) La falta de uniformidad de los documentos que provoca inseguridad sobre el contenido de los mismos.
- c) La ilegibilidad de determinadas informaciones contenidas en la historia clínica, al soportarse fundamentalmente en documentos manuscritos.
- d) La alterabilidad de la información, dado que con su actual soporte no se dispone de mecanismos que permitan garantizar que su contenido no sea alterado por los distintos usuarios.
- e) La cuestionable disponibilidad y por lo tanto inaccesibilidad de la información contenida. El soporte es único y el acceso también. No es posible acceder simultáneamente a la misma historia clínica por dos, o más personas desde diferentes lugares.
- f) Los errores de archivado parciales (determinada información), o totales, que provocan la pérdida del valor de la misma al no estar disponible la información en ella contenida.
- g) La dudosa garantía de confidencialidad, al no poder existir un riguroso control de accesos a la historia clínica fuera de su lugar de custodia y ser transportada y circular por cuantas dependencias sea necesario para la finalidad que se ha solicitado y permanecer en ellas sin la debida protección.
- h) El deterioro del soporte documental y el riesgo de pérdida del mismo por accidentes ocasionados por agua o fuego, entre otros.
- i) El problema de espacio que origina su almacenamiento y el personal necesario para su manipulación
- j) Las dificultades técnicas para garantizar la separación de los datos de identificación del paciente de los de carácter clínico-asistencial en los supuestos de acceso diferentes a los asistenciales y judiciales, tal y como exige la Legislación vigente⁹.

⁹ Artículo 16.3 de la Ley 41/2002.

4.- LA HISTORIA DE SALUD ELECTRÓNICA (HSE) COMO SOLUCIÓN

Consideraciones previas

El hecho de informatizar los actos asistenciales que guardan relación con los ciudadanos, no debe producir un cambio significativo en la manera de actuar de los profesionales sanitarios y sobre todo, no debe distorsionar la forma en que estos actos ocurren. Sin embargo, puede ser una oportunidad para revisar la organización de los servicios y la manera de actuar de los profesionales, de forma que se aproveche el potencial de mejora de la práctica clínica que tiene la informatización de la historia.

La historia clínica informatizada o el soporte electrónico de la información generada por los distintos procesos de atención sanitaria, debería ser la solución a los problemas del actual soporte y será la forma de integrar toda esa información en una verdadera historia de salud.

La mayor complejidad para integrar la información sobre la salud de un ciudadano estará en el mecanismo de identificación unívoca del mismo. Resuelto este problema, la tecnología actual permite su integración en una sola historia clínica. Este asunto se trata en otro capítulo de este informe.

La informatización de los procesos asistenciales dependerá de la complejidad de estos y a su vez, de las especiales características que en ellos concurren, lo cual facilitará o dificultará el diseño, desarrollo y posterior implantación de una historia de salud electrónica.

Entre otras consideraciones habrá que tener en cuenta las siguientes:

a) Características del acto asistencial

Los actos asistenciales podemos clasificarlos en: **personales o cuasi-personales y, de medicina de equipo**. Los primeros se identifican con las actividades de Atención Primaria y algunas actividades ambulatorias de Atención Especializada. Los segundos son más característicos de la Atención Especializada. El tratamiento informático de los diferentes actos asistenciales debe ser también distinto.

La atención o asistencia sanitaria se presta por diferentes profesionales sanitarios, dando origen a equipos de composición **multidisciplinar**, donde cada uno de ellos realiza una parte fundamental del todo que resultará la asistencia sanitaria.

Es relativamente fácil satisfacer informáticamente las necesidades de los actos personales o cuasi-personales y más complejo resolver los actos en equipo; por lo

cual, para estos, la herramienta debe aproximarse lo mejor posible al discurrir de acontecimientos en los mismos y no alterar la actual forma de trabajo.

b) Concepto de episodio asistencial y de proceso de enfermedad

En el caso de la Atención Especializada, considerándose ésta como el escalón más complejo de la asistencia sanitaria, tenemos tres grandes grupos de actos asistenciales que dan lugar a diferentes maneras de organizarlos y por consiguiente, deben dar lugar a diferentes modelos de entender los soportes documentales. Estos actos asistenciales son los relacionados con la hospitalización convencional, los relacionados con las formas ambulatorias de asistencia especializada, entre las que se incluiría la hospitalización a domicilio (HADO) y por último, los relacionados con las asistencias en los Servicios de Urgencias.

Estos actos pueden ser independientes entre sí, entonces se habla de episodios, o pueden guardar una estrecha relación entre ellos y, en este caso se habla de procesos. Los episodios son las formas de asistencia relacionadas con los ciudadanos y los procesos son las enfermedades de estos, que pueden ser atendidas en diferentes episodios con sus correspondientes actos asistenciales.

c) Agrupación de la información

Lo primero que se debe exigir a una historia de salud electrónica es la posibilidad de estructurar la información en episodios de pacientes y a su vez, en procesos de enfermedad, también denominados problemas. Consideramos fundamental el hecho de diferenciar claramente estas dos cuestiones porque las mismas tienen una gran importancia a la hora de organizar la información y sobre todo a la hora de su recuperación. Este asunto se trata en el capítulo correspondiente a los modelos de historia clínica.

d) Temporalidad de los actos sanitarios

En los actos asistenciales debemos diferenciar aquellos que tienen una temporalidad limitada, de los que, en principio, tienen temporalidad ilimitada, o por lo menos, continuidad en el tiempo.

Los de temporalidad limitada suelen ser los correspondientes a actos diagnósticos o terapéuticos que se corresponden con las denominadas exploraciones complementarias. Casi siempre son apoyo de otras actividades asistenciales, tanto en régimen ambulatorio, como de hospitalización. El resultado final de estos actos suele ser la emisión de un informe, por lo que su tratamiento informático no debería dar lugar a problemas.

La diferencia fundamental entre los actos asistenciales en hospitalización y la actividad en régimen ambulatorio, es que en el primer caso es el médico el que se acerca a una cama hospitalaria, mientras en el segundo, el acto asistencial se desarrolla generalmente en un despacho médico, por lo que cambiarle el papel y el bolígrafo por un ordenador, es, en principio, asequible.

Sin entrar en la manera de proceder del médico cuando la asistencia tiene lugar en régimen de hospitalización, lo que sí se pueden plantear son las diferentes temporalidades de estos actos. Habrá actos que comiencen y terminen con temporalidad limitada y darán lugar a una información concreta, entre las que pueden destacarse, la anamnesis, la exploración física, las interconsultas y los actos quirúrgicos y, otros que no tienen esa temporalidad limitada (siendo su límite la estancia en el hospital), como es el caso del curso clínico y las órdenes médicas.

e) Características de la información

Los actos sanitarios generan información y ésta está íntimamente ligada a la temporalidad de los mismos. Unos dan lugar a una determinada información que se recoge puntualmente y no precisa modificaciones; y otros, son una sucesiva aportación de información temporal en su generación, que requieren de la anterior para proporcionar la siguiente y éste es el caso del curso clínico o notas evolutivas de un proceso de enfermedad. Estos hechos son comunes tanto a actos en hospitalización como en régimen ambulatorio.

Una parte significativa de esa información la podemos catalogar como relevante, que perdura en el tiempo y, en todo caso, aumenta su contenido. Por ejemplo los antecedentes, tanto personales como familiares, que se nutren de información desde los diferentes actos asistenciales.

f) Especial mención a los actos asistenciales en urgencias

En las exigencias particulares de estos actos, se debe tener presente las actuales formas de trabajo de los profesionales. En el área de urgencias los soportes documentales son más simples (en general), que en otros actos asistenciales, y dan origen a la denominada Hoja de Asistencia en Urgencias, que comúnmente es el soporte de toda la información generada en estos episodios cuando los mismos son ambulatorios. Cuando de estos actos se deriva a episodios de hospitalización, además de este soporte, se utilizan los habituales del régimen de hospitalización.

La mencionada Hoja de Asistencia de Urgencias es el soporte de la anamnesis, exploración física, antecedentes, motivo de la asistencia y otros actos relacionados con la misma, y es a su vez, el informe que sobre dicha asistencia se le facilita al

paciente. Como estos Servicios de Urgencias están generalmente sometidos a una gran presión asistencial, no es aconsejable establecer mecanismos diferentes a los actuales, por lo que la informatización debería mantener un único documento que sirva tanto de soporte a la asistencia, como de informe final.

g) Control de accesos

La historia clínica contiene datos e informaciones que hacen referencia a la intimidad de las personas, que constituyen información sensible y que están especialmente protegidos por las leyes.

Cualquier profesional que en uso legítimo de sus funciones acceda a la información contenida en una historia clínica está sometido al deber de secreto y a la garantía de confidencialidad.

Estas obligaciones (deber de secreto y garantía de confidencialidad), son personales, por lo que será cada uno de los profesionales los que tengan que responder individualmente de la vulneración de dichas obligaciones.

La finalidad de la historia clínica, la razón de su existencia y la causa que justifica su creación y su actualización, es la asistencia sanitaria.

La Ley¹⁰ establece que los profesionales que prestan asistencia a un paciente tienen acceso a su historia clínica y además el centro debe garantizar ese acceso. Pero ese y no otro, dado que por motivos diferentes a los asistenciales, el acceso tiene otro tipo de limitaciones.

Entre las responsabilidades de los centros sanitarios ante la historia clínica están: las obligaciones de conservación y custodia; el derecho de gestión de la historia clínica; en su caso, la destrucción de la historia clínica; pero sobre todo la responsabilidad de facilitar el acceso a la historia clínica en los términos contemplados en la Ley.

Si el centro tiene que facilitar el acceso a la historia clínica en los términos previstos en la Ley y además garantizarlo, debe ser el primer cumplidor (como garante) del deber de secreto y de la garantía de confidencialidad y para ello debe establecer los mecanismos para que, fuera de los casos permitidos, no se acceda a esa información. Debemos recordar que la condición de médico no es suficiente para acceder a una historia clínica.

10 Artículo 16 de la Ley 41/2002.

Hasta ahora y con el actual soporte, cuando a un profesional de documentación clínica se le preguntaba desde instancias oficiales como garantizaba la confidencialidad de la información contenida en las historias clínicas de los pacientes depositadas en el archivo, la respuesta obligada era que la confidencialidad de la historia clínica, se podía garantizar siempre y cuando las personas que podían acceder a la misma la garantizaran. Esta respuesta se debe a que, hasta ahora, no se dispone de mecanismos adecuados para restringir o controlar eficazmente ese acceso y la responsabilidad pasa al campo personal. Cuando pueden existir mecanismos que controlen este acceso, la responsabilidad pasa a compartirse entre el individuo que comete el delito y el centro que no puso en marcha los mecanismos necesarios para evitar el delito.

La seguridad y confidencialidad de la información clínica se revisa con amplitud en el III Informe SEIS¹¹ y en el capítulo correspondiente de este V Informe. Los aspectos legales de la historia clínica se tratan en el capítulo correspondiente de este libro.

A continuación se exponen algunos aspectos sobre el control de accesos a la historia clínica en el caso concreto de la Atención Especializada, por ser su organización la más compleja de los diferentes niveles asistenciales. En el caso de la Atención Primaria sería de aplicación lo que se describe en el apartado correspondiente a Consultas Externas.

Una propuesta sobre control de accesos en Atención Especializada

Cuando medie un motivo asistencial, el médico accederá a la HSE sin más restricción que su identificación y registro en el control de accesos.

Los motivos asistenciales son sobradamente conocidos y el mecanismo de acceso podría ser el siguiente:

1.- En consultas externas

1.1.- Agendas individualizadas

El médico individual puede acceder a las HSE de los pacientes/usuarios que tiene citados en su agenda de trabajo para el día, para días sucesivos y a los que tuvo citados y no les ha dado el alta (el paciente/usuario que se da de alta no está pendiente de nada).

11 La seguridad y confidencialidad de la información clínica. Informes SEIS (3), Pamplona, 2001.

1.2.- Agendas de servicio

Todos los médicos del servicio, o los asignados a consultas si fuere el caso, accederán solamente a las HSE de los citados para ese día. Si no hay agenda personalizada no hay continuidad asistencial, así que no tiene sentido acceder a las HSE de los citados en días venideros si el médico no va a pasar esa consulta, o a las de los días anteriores si no los ha visto.

Otra posibilidad es la “responsabilidad compartida”: todos los pacientes/usuarios son de todos los médicos del servicio y cualquiera accede a la HSE de los mismos en consulta externa, dado que cualquiera puede pasar la consulta. Habría que valorar la posible pérdida de continuidad asistencial y del seguimiento.

En el caso de agendas de enfermería se actuará igual que con las agendas médicas.

1.3.- Paciente/usuario no citado previamente

Con independencia de si las agendas son personalizadas o no, cuando aparece un paciente/usuario no citado previamente pero que debe ser atendido, se deberá proveer el mecanismo para que se añada a la agenda del día, bien desde admisión o desde la propia consulta. Desde ese momento se libera el acceso.

1.4.- Cambios de médico en consulta

Cuando se produzca el cambio de un médico titular de una agenda por otro sustituto, el sistema proveerá el mecanismo para realizar el cambio informático del responsable de la realización de esa consulta. Por lo tanto se habilitará automáticamente el acceso del “nuevo médico” a las HSE de los citados para ese día o para los días que dure la sustitución.

2.- En Urgencias

Los profesionales sanitarios, tanto médicos como enfermeras, que prestan sus servicios en el área de urgencias, accederán a la HSE de los que consten en proceso de atención en dicha área.

Será condición necesaria y suficiente que el médico o enfermera pertenezca a la dotación de Urgencias y que el paciente/usuario conste en el registro informático como activo en urgencias.

Los especialistas que participen en la asistencia accederán a la HSE mediante la fórmula de la interconsulta hospitalaria. Si el paciente/usuario quedase en observación en el área de urgencias y fuese compartido por el servicio de urgencias como

tal y una especialidad determinada, se utilizará la fórmula del paciente/usuario compartido (2 servicios responsables).

Terminada la asistencia en urgencias y producida el alta, independientemente de su destino, se cerrará el acceso a esa historia clínica al personal de servicio de urgencias.

Dependiendo del tipo de hospital, puede ser necesario que los médicos de urgencias accedan a las historias clínicas de todos los ingresados en cualquiera de las áreas del hospital, al actuar estos como médicos de guardia del mismo.

3.- En otras actividades ambulatorias

Los profesionales de los servicios que deban atender a un paciente/usuario por que así se les haya solicitado, accederán a la HSE hasta que terminen su actuación mediante la emisión del correspondiente resultado de la exploración, prueba diagnóstica o terapéutica, o por la conclusión del tratamiento efectuado.

En el caso de Hospitalización a Domicilio (HADO), el tratamiento será similar a cualquier acto de hospitalización convencional, los médicos de HADO accederán a la HSE de los que consten ingresados en esta modalidad de asistencia, hasta su alta.

4.- En hospitalización convencional

4.1.- Acceso médico a la HSE

Los ingresos se realizan a cargo de una determinada especialidad, por lo tanto todos los médicos de esa especialidad (o los que estén asignados a hospitalización si fuere el caso de que existan otros médicos asignados en exclusiva a otras actividades –CC.EE. o pruebas diagnósticas, etc.–), accederán a la HSE de los ingresados hasta su alta, en que son derivados generalmente a consultas externas para seguimiento.

Se considerará cerrado el episodio de hospitalización a efectos de acceso a la HSE cuando se haya emitido y validado el correspondiente informe de alta, que nunca será antes de la recepción de los resultados de las pruebas o exploraciones pendientes, en cuyo caso se emitirá un informe provisional que no cierra la historia al existir “cosas” pendientes.

El sistema proveerá el oportuno mecanismo para informar al médico responsable o médicos de la especialidad correspondiente, de que, además de los ingresados, existen otros pendientes de informe de alta y por tanto pendientes de cierre del episodio.

4.2.- Interconsultas hospitalarias

En una interconsulta hospitalaria, el servicio responsable solicita una opinión médica a otro servicio o especialidad, por lo cual hay que habilitar el acceso de los médicos de esa especialidad a la HSE. Finalizada esta con la respuesta del servicio realizador se inhabilita el acceso.

Durante la estancia pueden surgir múltiples interconsultas a la misma o a varias especialidades. Son hechos aislados con temporalidad limitada (pregunta-respuesta), o motivar un cambio de servicio responsable (se produce automáticamente la autorización de nuevos accesos y la anulación de los anteriores) o, en otras ocasiones, provocar que el proceso sea compartido temporal o definitivamente hasta el alta hospitalaria por dos o más especialidades. El sistema deberá proveer la herramienta que permita el acceso a dos o más especialidades responsables de la asistencia sanitaria (la solución no puede pasar por la habilitación del acceso de todas las especialidades de hospitalización).

4.3.- Servicios de apoyo (exploraciones y/o pruebas complementarias)

Accederán a las HSE siempre y cuando se les haya solicitado alguna actuación. Este acceso se mantendrá hasta que se emita el correspondiente resultado de la exploración o prueba diagnóstica o terapéutica.

4.4.- Enfermería

Accederá a la HSE de los ingresados en las unidades de hospitalización correspondientes.

5.- Accesos por actos diferentes al asistencial

Requerirán siempre motivación previa y se separarán los datos de identificación de los clínico-asistenciales.

6.- Accesos no asistenciales con identificación personal

En ocasiones será necesario acceder a HSE identificando al ciudadano para ciertas revisiones o tipos de estudio. En estos casos se deberá proceder a la motivación y la autorización previa por parte de la Dirección del Centro (procedimiento actual) y se autorizará ese acceso durante un tiempo limitado y a un determinado número de HSE.

7.- Acceso administrativo

Tal y como dice la Ley será solamente a datos administrativos.

8.- Caso de búsquedas temáticas

Una de las posibilidades de la HSE puede ser la posibilidad de buscar contenidos temáticos en las historias clínicas. En caso de estas búsquedas no se podrán nunca mostrar los datos de identificación.

9.- Conclusión

En el derecho romano se acuñó el término DURA LEX, SED LEX, que se traduce por: La Ley es dura, pero es la Ley. En el caso de accesos a la Historia Clínica, la Ley es muy rigurosa y muy clara. Nuestro deber es acatarla y por lo tanto tenemos que desarrollar todos los mecanismos necesarios para cumplir lo en ella dispuesto y bajo esa premisa, la HSE será realmente una herramienta útil para la tarea que se pretende y capaz de satisfacer las obligaciones que nuestra Legislación nos demanda.

Requisitos de una historia de salud electrónica

La historia de salud electrónica debe contemplar las peculiaridades expuestas anteriormente y, que bajo nuestro punto de vista, tienen los actos asistenciales y para ello cumplir una mínimas premisas que exponemos a continuación:

- La información relevante de interés general y que permanece debe estar siempre presente, ser fácilmente consultada y a su vez extraída de la información general, caso de los antecedentes tanto familiares como personales, que perduran en el tiempo y a lo más, aumentan su contenido y es de aplicación clínica en cualquier acto médico, independientemente de donde este tenga lugar.
- La información temporal limitada, generada en hechos aislados, puede perfectamente soportarse en documentos electrónicos cerrados, con las particularidades propias de cada especialidad o acto asistencial en cuanto a su diseño y funcionalidad y formarán parte de cada episodio asistencial y a su vez agrupable bajo la categoría de proceso de enfermedad.
- La información generada con discontinuidad temporal, pero que en su conjunto forman una unidad en cuanto a su contenido (curso clínico, notas evolutivas, etc), deberá soportarse en documentos electrónicos que hagan inalterables las anotaciones previas, pero que a su vez, permitan la adhesión de nuevos comentarios o notas derivadas de los actos asistenciales.

- La información que generan las ordenes médicas, tanto de tratamientos, como de exploraciones complementarias, debe soportarse en documentos electrónicos que permitan su enlace con los servicios que deben cumplimentar esas órdenes, sin más requerimientos que su anotación en el documento correspondiente.

Problemas

Podemos destacar como problemas más relevantes en relación con el diseño, desarrollo, e implantación de una historia de salud electrónica, los siguientes:

1. Rechazo del soporte

Existen hoy en día profesionales sanitarios que no se encuentran cómodos ante esta situación al no estar familiarizados con la informática, por lo que se debe encontrar un interfaz lo suficientemente atractivo y amigable para que no produzca rechazos.

2. Accesibilidad a la información en determinadas circunstancias

Cuando el profesional sanitario es el que se desplaza para realizar la asistencia (la visita en planta entre otras), debería tener a su disposición toda la información relativa al mismo y poder consultarla y actualizarla “in situ”.

3. El acceso a la HSE y su control

Se deben establecer los límites racionales al acceso a la HSE de los profesionales sanitarios (9), estableciendo filtros según su categoría profesional y actividad asistencial.

4. Adaptación a estándares

En la actualidad existen múltiples soportes de información clínica no compatibles entre sí, pero con una valiosa información que será necesario recuperar e incorporar a esta herramienta.

Ventajas

El objetivo de la HSE será solventar las dificultades del modelo tradicional de Historia Clínica y proporcionar como ventajas la solución, al menos, a ciertos problemas actuales.

La HSE como soporte de la información sobre el estado de salud de los ciudadanos nos proporcionará las siguientes ventajas:

- a) La información estará ordenada de la forma que convenga a la persona que accede a la misma (vistas), pero con una uniformidad y una organización preestablecida.
- b) La información será legible en todo momento, ya que se podrá escribir mal, pero se podrá leer.
- c) La información deberá ser inalterable en todo momento y en el caso de que se pudiese modificar (versiones de un documento), quedaría registrada la fecha y autor de la modificación.
- d) La disponibilidad de la historia de salud electrónica será total y su accesibilidad inmediata desde cualquier lugar y tiempo.
- e) Tienen que ocurrir excesivas situaciones desfavorables para que se produzcan errores en la asignación de información a un determinado ciudadano. Si se establecen sistemas adecuados de identificación, la posibilidad de asignar información por error, es prácticamente nula, en todo caso menor que con los sistemas manuales.
- f) La garantía de confidencialidad podemos asegurarla con la habilitación de permisos de acceso en las debidas circunstancias y un estricto control de los mismos.
- g) Podemos preservar el soporte documental del riesgo de accidentes mediante las consabidas copias de seguridad y los mecanismos en espejo (duplicidad de servidores).
- h) Permitirá cumplir los requisitos legales sobre protección de datos personales, en los casos de accesos a la historia clínica por motivos docentes, de investigación, etc. (diferentes a los asistenciales o judiciales), y a su vez, permitirá a los profesionales sanitarios la reserva de sus anotaciones subjetivas y preservar las anotaciones que puedan afectar a terceras personas que se encuentren incluidas en la historia clínica.
- i) El almacenamiento de la información se realizará en soportes electrónicos que minimizan el espacio y el personal necesario para su manipulación.

La Tabla 2 resume las principales ventajas de la historia de salud electrónica sobre la historia clínica en papel.

Tabla 2. La información en la historia clínica

HISTORIA CLÍNICA PAPEL	HISTORIA DE SALUD ELECTRÓNICA
Desorden y desorganización	Orden y organización
Falta de uniformidad	Uniformidad
Información fragmentada	Unidad de información
Ilegibilidad	Legibilidad
Alterabilidad	Inalterabilidad
Dudosa confidencialidad	Control de accesos
Cuestionable disponibilidad	Accesibilidad
Errores de archivado	Minimización del error
Deterioro del soporte	Garantía del soporte
Almacenamiento	Otro soporte
Difícil separación datos	Fácil separación datos

5.- RESUMEN Y CONCLUSIONES

El concepto de información clínica agrupa tanto la información médica, como la sanitaria, así como toda la información referida al estado de salud de un ciudadano.

Las fuentes de información sobre el estado de salud son múltiples y variadas, pueden comenzar antes del nacimiento de una persona, se enriquecen a lo largo de su existencia y perduran más allá de su fallecimiento.

La historia clínica, con independencia de su denominación, integrará toda la información referida a los diferentes estados de salud de los ciudadanos.

La historia clínica debe ser única por ciudadano e integrar y acumular la información generada en los sucesivos contactos sanitarios.

La información contenida será relevante, pertinente, heterogénea y no redundante.

La historia clínica puede presentar una serie de problemas (ilegibilidad, desorden, disponibilidad, confidencialidad, deterioro etc.), que en los soportes tradicionales tienen difícil solución.

La historia de salud electrónica será el soporte adecuado para la integración de toda la información de salud y debería resolver los problemas actuales. A su vez, debería garantizar su perdurabilidad de acuerdo con la Legislación vigente.

Todos los problemas técnicos, pueden tener una solución técnica, que será más o menos costosa, pero lo fundamental para que la historia de salud electrónica se implante en nuestro medio, será su aceptación por parte de los profesionales sanitarios, que serán los que alimentarán, mantendrán y desarrollarán este sistema. Sin ellos estará llamada al fracaso.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Laín Entralgo, P. La Historia Clínica. Historia y teoría del relato patográfico. Madrid. Ed. Triacastela. 1998.
- 2 Laín Entralgo P. Historia Clínica. En Patología General. Ed. Toray S.A. 1971: 1381-1395.
- 3 Grupo de expertos en información y documentación clínica. Documento final. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subsecretaría de Sanidad y Consumo. Madrid, 26 de noviembre de 1997.
- 4 Perís Bonet R. Archivo Central de historias clínicas: integración y recuperación de la información. Med Esp. 1974; 72: 35-43.
- 5 Ministry of Health. The standardization of hospital medical records. London H.M.S.O. 1965.
- 6 Scottish Home and Health Department. Hospital medical record in Scotland. Development and standardization. Edimburg, H.M.S.O. 1970.
- 7 American Hospital Association. Hospital medical records. Guidelines for their use and release of medical information. Chicago, American Hospital Association. 1972.
- 8 Laín Entralgo P. Historia Clínica. En Patología General. Ed. Toray S.A. 1971: 1381-1395.
- 9 Falagán Mota J. La condición de médico no supone libre acceso a la historia clínica. Rev Galega Act Sanit 2001; 1 (1): 6-9.

OTRA BIBLIOGRAFÍA EMPLEADA

- Canosa J. Problemática del archivo de historias clínicas y propuesta de soluciones. *Informática y Salud*. 1992; 3: 64-70.
- Costa Carballo CM DA. Los archivos de historias clínicas. En Costa Carballo CM DA: *Introducción a la información y documentación médica*. Barcelona, ed. Masson. 1996: 239-254.
- Falagán Mota J., Nogueira Fariña J. et al. Un archivo único mejora la calidad asistencial. *Rev Galega Act Sanit* 2001; 1 (1): 10-15.
- Falagán Mota J. “Perdurabilidad de la historia clínica”. *Aulas de Apoyo a la gestión*, Fundación Signo, Madrid, 2003. En <http://www.fundacionsigno.es/aula/ley/falagan.pdf>.
- *Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica*. Publicación del INSALUD 1772. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000.
- 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>.
- *Las tecnologías de la información y de las comunicaciones en el futuro de la atención primaria de salud*. Informes SEIS (2), Pamplona, 2000.
- Luna A., Osuna E. Problemas médico-legales en el almacenamiento y custodia de la historia clínica. *Propiedad intelectual*. *Med. Clin*. 1987; 88: 631-632.
- *Manual de organización de archivos y documentación clínica*. Xunta de Galicia. Colección *Sistemas de Información Sanitaria*. Santiago de Compostela, 1994; 3.
- Moreno Vernis, M. El archivo de historias clínicas. En López Domínguez, O. *Gestión de pacientes en el hospital*. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid. Olalla Ed. 1997: 253-338.
- Romeo Casabona C., Castellano Arroyo M. La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. *Derecho y Salud*. 1993; 1 (1): 13-17.
- Sánchez Caro J. *El médico y la Intimidad*. Madrid. Ed. Díaz de Santos. 2001.
- Sánchez Caro J., Abellán F. *Telemedicina y protección de datos sanitarios. Aspectos legales y éticos*. Granada. Ed. Comares. 2002.
- Sañudo García S., Canga Villegas E. La historia clínica. En López Domínguez, O. *Gestión de pacientes en el hospital*. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid. Olalla Ed. 1997: 339-380.