

Papeles Médicos

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACION MEDICA

FEBRERO 1988

VOLUMEN 7 • NUMERO 1



DETRICH

Papeles Médicos. Revista de la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM).
Febrero 1998. Volumen 7, Número 1.

Apartado de Correos 1593
30080 ZARAGOZA

DIRECTOR

Miguel Moreno Vélez
Hospital Miguel Servet, Zaragoza

COMITÉ CIENTÍFICO

Rafael Alfonso Benavent

Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia:

Universitat de València

Corina Gómez

Hospital Marítimo de Torremolinos. Málaga

Natalia Coronas de Calmases

Academia de Ciencias Médicas de Catalunya i Balears. Barcelona

Alfredo Fumero Ruiz

Hospital Universitario San Carlos. Madrid

Alfonso Martínez Keino

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Sociedad Sanitaria Circular

Hospital del Río Henares. Valladolid

Javier Velasco Loguist

Hospital de Galdakao. Vizcaya

El envío de información y artículos para el próximo número de este boletín deberá realizarse antes del 15 de mayo de 1998. Los textos deberán entregarse escritos en tratamiento de texto Word, los fotos y el resto de iconografía en blanco y negro o color sobre papel o diapositiva.

Edita: Sociedad Española de Documentación Médica

Imprime: Sónar, Industria Gráfica, S. A.

D. L. Z-268-92

I.S.S.N.: 1133-7391

Ilustración de portada: "Mode d'emploi du casque vibrant".
Dr. Boulez, ille, 1893



Puedes consultar Papeles Médicos Revista de la Sociedad Española de Documentación Médica a través de INTERNET, en la siguiente dirección:
<http://www.servitel.es/línea55/Médica/ Pública/PMedicos>

SUMARIO

Editorial	3
PAPELES DE INVESTIGACIÓN I	
Propuesta de indicadores de disponibilidad y uso asistencial de la historia de salud de atención primaria	
M. Abad García, I. Huertas Zarco	4
PAPELES DE INVESTIGACIÓN II	
Medición de la infección de sitio quirúrgico a través del CMID del hospital	
J. Echeverría-Echam, C. Belo Blasco, M.A. Torres Fernández-Gil, M. Rivas Alberto, B. Casamayor Mendoza	13
PAPELES PARA LA REFLEXIÓN	
Documentación médica hospitalaria en España. Algunas reflexiones desde Valencia	
R. Peris Bonet	18
PAPELES PARA EL DEBATE	
Información y documentación clínica	
Documento final del Grupo de Expertos en información y Documentación Clínica	25
PAPELES DE INFORMACIÓN I	
Grupos de trabajo de la Sociedad Española de Documentación Médica	
A.J. Ramos Martín-Vegue	36
PAPELES DE INFORMACIÓN II	
Acuerdos del grupo de trabajo de recursos humanos, de la SEDOM.	
A.J. Ramos Martín-Vegue	39

SUMMARY

Editorial	3
INVESTIGATION PAPERS I	
Proposal of indicators of availability and use in patient care in the health record in primary care	
M. Abad García, I. Huertas Zarco	4
INVESTIGATION PAPERS II	
Infection of surgical site (ISS) measurement through the hospital Minimum basic Data Set	
J. Echeverría-Echam, C. Belo Blasco, M.A. Torres Fernández-Gil, M. Rivas Alberto, B. Casamayor Mendoza	13
PAPERS FOR REFLECTION	
Medical Records and Information activities in Spain. Reflections from Valencia	
R. Peris Bonet	18
PAPERS FOR DEBATE	
Information and Clinical Documentation	
Final document of the group of experts on Medical Records and Information	25
INFORMATION PAPERS I	
Workgroups of the SEDOM	
A.J. Ramos Martín-Vegue	36
INFORMATION PAPERS II	
Agreements of the workgroup for human resources of the SEDOM	
A.J. Ramos Martín-Vegue	39

La documentación médica, como disciplina que se enfrenta a las necesidades de información relativas a sanidad [investigación científica y biomédica, docencia, asistencia, prevención, medicina comunitaria y gestión sanitaria], utiliza las herramientas apropiadas por las nuevas tecnologías para el desarrollo de sistemas de información de forma que el usuario disponga en el momento necesario de dicha información para la toma de decisiones.

Las posibilidades que ofrece la utilización tanto de la red Internet como de otros productos derivados tales como Extranet o intranet, permiten un gran desarrollo de la disciplina, aunque en la actualidad dichos usos estén básicamente limitados a cuestiones tales como el envío de correos electrónicos, búsqueda de información general, acceso a información multimedia de referencia o intercambio de datos con otros profesionales.

En efecto, herramientas como Internet, Extranet o Intranet, ofrecen un gran abanico de posibilidades de cara a disponer de información, tanto en volumen como en rapidez. El problema como todo el mundo sabe es en muchos casos que la exhaustividad de los datos obtenidos tiene poco que ver con su pertinencia. Así pues, deberían desarrollarse más rápidamente buscadores de excelencia y de calidad y delimitar quién tiene acceso, a qué y para qué. En cuanto a la seguridad de los datos no parece una cuestión problemática, puesto que puede controlarse mediante técnicas de encriptación, firma digital, identificación biométrica etc.

Las historias clínicas tradicionales presentan actualmente diferentes problemas debidos a la estructura, ordenación de los documentos, localización, custodia y conservación además de la dificultad para la integración de los distintos soportes tales como imágenes registradas en audio, video, etc. Es notorio que el uso de herramientas como Internet no sólo facilita el acceso a la información sino que acorta los tiempos de obtenerla, evita las pérdidas de documentos e incluso conduce a un principio de equidad en cuanto que posibilita la asistencia por igual para todos con independencia del lugar de atención sanitaria o, por ejemplo, el acceso a la consulta de un profesional experto –una segunda opinión– sin necesidad de una relación directa en el tiempo y en el espacio.

Frente a todas las ventajas en cuanto a información, comunicación, actualización de datos, bajos costes, etc., es inconveniente importante lo falta de ordenación de los contenidos, lo cual hace difícil encontrar el dato necesario en el momento preciso. A ello debe añadirse que la vida media de los documentos en Internet es muy corta por lo que sería cuestionable su uso como referencia bibliográfica.

Por otro lado los documentalistas médicos nos encontramos con un cambio en los sistemas de información en los hospitales que están pasando de ser operacionales [entiéndiendo por aplicaciones operacionales aquellos que resuelven las necesidades del día a día en el hospital: ingresos, consultas externas, quirófanos, farmacia etc.] a informativos, debido en gran medida a la necesidad de dar respuesta a las consultas masivas de los usuarios.

Los indicadores de las instituciones dejan de ser de estructura [camas, estancias, quirófanos, etc.] y pasan a ser de proceso, intentan medir qué produce el hospital, con qué calidad y a qué coste y este cambio preciso de sistemas de información centrados en el paciente que permitan gestionar elevadas volúmenes de información con un amplio rango de consultas dinámicas y que tengan capacidad para tomar información de procedencias múltiples.

Todas estas situaciones evidencian la necesidad de profesionales de la documentación que seleccionen la información pertinente, que estructuren los contenidos que se introducen, que desarrollen buscadores de excelencia etc., es decir que realicen los distintos procesos de análisis en los Sistemas de Información Médica y todo el resto de tareas que posibiliten que la información se obtenga en ese momento oportuno que permite la toma de decisiones.

PAPELES DE INVESTIGACIÓN I

PROUESTA DE INDICADORES DE DISPONIBILIDAD Y USO ASISTENCIAL DE LA HISTORIA DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

Abad García, MF¹, Huertas Zarco P.²

¹ Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia (CSIC-Universitat de València). ² Decanato del Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Investigación de Trinitat. Valencia.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La implantación de la Historia de Salud (HS) es una innovación del nuevo modelo asistencial de atención primaria cuya eficacia estará limitada por el uso sistemático que el facultativo haga de ella para la asistencia de los pacientes.

OBJETIVOS: Describir, en un centro de salud (CS), 1) la dinámica de la HS y de los documentos para su recuperación y uso. 2) Proponer indicadores para evaluar el uso asistencial de la HS.

MATERIAL Y MÉTODOS: El centro escogido es el Centro de Salud de Nazaret (Valencia). Se ha estudiado la información generada durante: a) demanda de asistencia, b) recuperación de la HS, c) asistencia del paciente, d) devolución y archivado de la HS.

A partir de los documentos implicados en estos procesos y de los datos que en ellos se registran se han diseñado dos tipos de indicadores, de disponibilidad y de uso de la HS para la asistencia.

RESULTADOS: Describen el flujo de datos y documentos. Entre estos destaca la Hoja de Cita Previa, documento administrativo que cumple varias funciones y que recoge datos que pueden ser utilizados para medir el uso asistencial de la HS de una forma objetiva e independiente de la rutina asistencial. Se propone un indicador para medir el grado en el que el médico tiene disponibles las HS de todos los pacientes a los que debe atender. Se define un indicador de uso, en el que el uso asistencial se determina por la existencia en la HS, de todos los usuarios atendidos, de al menos una anotación con fecha del día de la consulta.

Palabras clave: Historia de salud. Atención primaria. Evaluación. Uso de documentos. Indicador de disponibilidad. Indicador de uso.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The health record (HR) is one of the innovations of the new primary care model. Nevertheless, the systematic use given to this document by doctors when attending their patients will limit its utility.

OBJECTIVES: To study the dynamic of the HR and of the documents involved in its retrieval and use. To suggest indicators for the HR availability and use evaluation.

MATERIAL AND METHODS: The study was performed in the primary health care center of Nazaret (Valencia). In order to design the indicators the data generated in the following processes has been studied: a) asking for care, b) HR retrieval, c) giving care, d) HR return and filing. Two indicators have been suggested, one for measuring HR availability and other to measure its use.

RESULTS: The study of the dynamic showed that apart from the HR, the document Hoja de Cita Previa contains data useful to measure the use of HR. In relation with the indicators, the first one suggested tries to measure the HR availability for doctors during the process of patient care. For the second one, the definition utilized to measure the use is based on the existence of any data registered on the HS of all the patients attending the outpatient clinic in this date.

DISCUSSION: The study of the dynamic of the HR and the documents that support it has shown its utility to obtain economic and easy indicators to evaluate the use of the HR.

Keywords: Health Record. Use of Documents. Evaluation. Primary Care.

Agradecimientos:

Los autores de este trabajo quisieran agradecer su apoyo en la realización de este trabajo a los siguientes personas: M. Jesús Mejía, técnico de la Dirección General de Atención Primaria y Farmacia; Vicente Saúl, Director de Atención Primaria del área 4 y a todo el Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Nazaret por la colaboración tan amablemente prestada durante la semana que se realizó el trabajo de campo en su Centro.

Correspondencia: MF. Abad García

Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia (CSIC-Universitat de València)
Blasco Ibáñez, 19. 46010 Valencia
Tel.: (96) 386 41 64
email: Abad@post.uv.es

INTRODUCCIÓN

En el nuevo modelo de atención primaria, la utilización de la Historia de Salud (HS) en la atención del paciente constituye una de las características que lo distinguen del modelo anterior¹. La historia de salud de atención primaria (HSAP) es el documento asistencial por excelencia de todo el sistema de registro de atención primaria². Comprende la biografía sanitaria de carácter longitudinal de los pacientes en el que deben quedar reflejados de forma continua todos los acontecimientos de interés sanitario³ y, además, puede proporcionar información sobre la interacción de los profesionales con otros niveles asistenciales, constituye un instrumento para la evaluación de la calidad de la asistencia prestada y es de gran valor para facilitar las labores relacionadas con la investigación y la docencia⁴.

Sin embargo, existen limitaciones al importante papel que la HS puede desempeñar en los ámbitos antes señalados. Estas tienen su origen, sobre todo, en la cantidad y calidad de la información registrada en el documento y en la medida en la que el profesional la integra dentro de su rutina laboral mediante su uso sistemático.

La atención que han recibido ambos aspectos en la literatura ha sido desigual. De este modo, mientras las publicaciones sobre la cumplimentación y legibilidad de la información registrada en las historias de salud son abundantes⁵⁻¹² no ocurre lo mismo con las que tratan sobre el uso de este documento, que además de ser escasas aportan datos no muy halagüeños¹³⁻¹⁷. A esta situación se une la falta de una propuesta de indicadores objetivos que puedan obtenerse de una forma sencilla, económica (en tiempo y recursos) y sistemática. Por

este motivo, el presente trabajo plantea los siguientes objetivos:

1. Describir, en un centro de salud del nuevo modelo asistencial, la dinámica de la HSAP y de los documentos que la acompañan y hacen posible su recuperación y uso.

2. Realizar, utilizando la información anterior, una propuesta de indicadores que permitan la evaluación del uso asistencial de la HSAP.

Una segunda fase de esta investigación ha concluido con la obtención de resultados de la disponibilidad y uso de la HS en el centro de salud de Nazaret que ha servido de modelo para el diseño de los indicadores. Los resultados de esta segunda fase se expondrán próximamente en otra parte.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha realizado en el centro de salud de atención primaria de Nazaret (Valencia). Este centro pertenece al área de salud 04 y da cobertura a la población de la zona básica 16, lo que representa un total de 8.622 personas (3,1% de la población del área), 6.898 adultos y 1.724 niños menores de 15 años. El centro lleva funcionando desde hace diez años como Equipo de Atención Primaria y está consolidado en el uso de la HS desde su implantación.

Para conocer la dinámica de la HS en el centro se han estudiado los flujos de información generados durante los siguientes procesos: a) demanda de atención del paciente, b) recuperación de la HS, c) asistencia del paciente desde el punto de vista documental, d) devolución y archivado de la HS. Para cada uno de ellos se ha obtenido sistemáticamente información sobre la acción que se describe, quién la realiza y cuándo, sobre qué documento queda registrada la acción, qué datos que se registran en cada ocasión, y cuál es el destino de ese documento. Los métodos utilizados para la recogida de información han sido la observación directa de estos procesos, así como la realización de entrevistas con personas clave. Toda la recogida de información ha sido realizada por un investigador ajeno al funcionamiento del centro durante un periodo de una semana, previo consentimiento del director de área y de la coordinadora del centro.

Para el diseño de los indicadores el análisis de la información se ha realizado de acuerdo con las siguientes tres premisas:

- 1) todas las historias de salud correspondientes a pacientes citados con historia abierta en el centro deben estar disponibles para su uso durante la consulta, independientemente del motivo de la misma;

- 2) el médico siempre debe utilizar la historia de salud para atender a un usuario;

- 3) todo acto médico derivado de la atención al usuario, cualquiera que sea su motivo, debe quedar registrado y fechado en la historia del paciente.¹¹

El tipo de indicadores propuestos y su modo de obtención forman parte de los resultados de este trabajo.

RESULTADOS

DINÁMICA DE LA HISTORIA DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

Flujo de demanda de atención al paciente

Los usuarios pueden solicitar atención de un facultativo mediante el sistema de cita previa o por demanda de atención urgente. La demanda de cita previa la realiza el usuario, telefónicamente o personalmente, durante el horario de apertura del centro de salud. Esta demanda la registra un auxiliar administrativo o un celador, en la Hoja de Cita Previa (HCP) del facultativo que le corresponde al usuario.

En la Comunidad Valenciana la hoja de cita previa (HCP) es un documento de carácter administrativo [ver modelo de documento en apéndice 1] que cumple varias funciones: a) es el registro administrativo de la demanda de atención a los usuarios que utilizan el sistema de cita previa, b) sirve como hoja de trabajo para la recuperación de las historias de salud de los pacientes citados, y c) actúa de hoja resumen de la actividad asistencial diaria realizada por los médicos constituyendo el documento fuente para el Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria (SIGAP).

En el sistema de cita previa, para cada demanda, el auxiliar registra el nombre y apellidos del usuario y su número de historia de salud. Este número es una clave alfanumérica de 10 caracteres, 4 alfabéticos (compuestos por las dos primeras consonantes de cada apellido) y 6 numéricos (las dos últimas cifras del año, mes y día de nacimiento, con dos dígitos cada uno -en mujeres se suma 40 al día de nacimiento¹²). Para obtener el número de la historia el auxiliar administrativo pregunta al usuario su fecha de nacimiento. En el caso de que no la recuerde y no disponga de evidencia documental que la pueda aportar (por ejemplo, el DNI) la obtendrá consultando el fichero de usuarios.

En este centro, el fichero de usuarios está incluido en el programa informático Amadeus en el cual se integran: el censo de usuarios que pertenecen al centro, un registro de vacunaciones y un registro de pacientes crónicos (hipertensos, diabéticos, obesidad e hiperlipidemias). Este programa fue realizado por un técnico de programas sanitarios y fue cedido a este centro. En el caso de otros centros las características del fichero de usuarios puede variar.

Cuando el usuario necesita ser atendido el mismo día se genera una demanda urgente y la solicitud no se

Nota 1. El requisito de incluir la fecha en las anotaciones realizadas en la historia de un paciente queda regulado en el segundo párrafo del artículo Anexo del Decreto 56/1988, de 25 de abril del Consell de la Generalitat Valenciana por el que se regula la obligatoriedad de la historia clínica.

anota en la HCP. En este caso el paciente acude en el horario anterior o posterior al de la consulta con cita previa y es el facultativo que lo atiende el que registra el nombre del usuario en la HCP.

Flujo de recuperación de la HSAP

Todas las HS del centro se almacenan en el archivo. El archivo está organizado en estanterías, cada una de ellas correspondientes a un profesional. A su vez las historias se ordenan utilizando bandas de colores, dos bandas de color en la parte superior que identifican la Unidad Médico-Enfermera a la que corresponde el usuario, y dos bandas de color en la parte inferior que identifican los dos últimos dígitos del año de nacimiento. El uso de este sistema facilita el archivo de las HS y la detección de errores de archivado ya que cuando una de ellas está colocada en un sitio incorrecto se ve inmediatamente al tener un color diferente que el resto de historias que hay en ese lugar. En este centro, el archivo de historias se encuentra ubicado en la misma planta y a pocos metros de cada una de las consultas.

La recuperación de la HS de los pacientes con cita previa la realiza un auxiliar administrativo que tiene encargado tanto el archivado como la recuperación de las historias de uno o dos profesionales del centro. Siempre el mismo administrativo para los mismos médicos. La recuperación se realiza a partir de los números de la HS que constan en la HCP. Cuando el auxiliar no encuentra la HS en la estantería del facultativo correspondiente la busca en el archivo de otro profesional por si ha habido un error de archivado y, si finalmente no la encuentra, anota una F (de falta) en la HCP. Al final de la búsqueda todas las HS recuperadas conforman un bloque, al que se adjunta la HCP, que se deja en la consulta del profesional antes de que ésta comience. Al mismo tiempo se pone una fotocopia de la HCP en el tablón de la puerta para que los usuarios sepan cuál es su turno.

La HS de los pacientes urgentes no se recuperan antes de que comience la consulta, sino que lo habitual es que a este tipo de usuario se le atienda sin historia y sólo si el médico lo considera necesario, lo pedirá o lo irá a buscar él mismo.

Atención al paciente desde el punto de vista documental

Desde el punto de vista documental, en la asistencia de los pacientes con cita previa pueden darse las siguientes situaciones:

- paciente que acude con HS disponible,
- paciente que acude sin HS disponible,
- paciente que no acude con HS disponible,
- paciente que no acude sin HS disponible.

En cuanto a los pacientes urgentes, estos siempre acuden y, en principio no tienen HS disponible.

Ante un paciente que acude y tiene HS disponible el facultativo es libre de utilizarla para consignar en ella las características del encuentro. En todo caso siempre, al fi-

nalizar esa consulta deberá señalar en la HCP el motivo de la misma, es decir si ha sido una consulta administrativa, primera, sucesiva, por programas de salud o programada (véase definiciones operativas en apéndice 2). También anotará si han habido o no derivaciones a otros niveles de atención (especializada, laboratorio o radiología) y, cuando lo juzgue oportuno, añadirá las observaciones que crea pertinentes.

Los pacientes citados que acuden y cuya HS no está disponible pueden ser nuevos para el centro o pacientes ya conocidos cuya HS se haya perdido. En todo caso siempre son pacientes para los que en la HCP se habrá anotado una F (de falta). Ante un paciente nuevo el facultativo deberá abrir una HS nueva. Si es un paciente conocido cuya HS se ha perdido el facultativo decidirá si abre o no una nueva HS. Una historia recién abierta tiene las mismas características que el resto de las historias excepto que el sobre no lleva las bandas de color correspondientes al año y al facultativo. Una vez atendido el paciente y abierta la historia, el médico anotará en la HCP el motivo de consulta y de derivación en caso de que proceda.

Cuando un paciente citado no acude a la consulta no aparecerá ninguna anotación en la HCP en el apartado correspondiente a tipo de consulta y, lógicamente, no habrá posibilidad de que la HS sea utilizada.

Como ya se ha comentado los pacientes urgentes no están anotados en la HCP antes de comenzar la consulta luego nunca dispondrán de HS y es el médico el que se encargará de anotar la consulta en la HCP y de pedir la historia si lo considera necesario o incluso de proporcionársela él mismo.

Devolución y archivado de la HSAP

Una vez finalizada la consulta de un profesional todas las HS se dejan en la consulta para que el auxiliar administrativo las archive. La HCP la llevará el facultativo al archivo, una vez que ha realizado el resumen de su actividad asistencial, donde el auxiliar la guarda en su carpeta correspondiente (existe una carpeta para cada facultativo) para, posteriormente, introducir los datos de esta en el programa del SIGA³ a final del mes. Después, la HCP se guarda en el almacén al menos durante un año. En cuanto a las HS el administrativo archiva las de los pacientes conocidos, y coloca las bandas de color correspondientes a las HS abiertas ese día. Posteriormente, se actualizan los datos del fichero automatizado de usuarios del programa *Arradeus*.

En definitiva en los cuatro flujos expuestos cobran relieve dos documentos básicos: la Hoja de Cita Previo y la propia HS. En cuanto al personal, el administrativo y el facultativo juegan papeles complementarios. Uno facilitando la disponibilidad del documento y otro mediante su uso. Un resumen de las diferentes acciones, quien las realiza, cuando se realiza, en qué documentos quedan reflejadas así como los datos que se registran sistemáticamente y el destino de cada documento aparece reflejado en la tabla 1.

Tabla 1
Resumen de actividades de la dinámica de la HSAP y la HCP

ACTIVIDAD	QUIEN	CUANDO	DOCUMENTO	INFORMACIÓN REGISTRADA	DESTINO
Registro de Cita previa	Auxiliar administrativo o Celador	Cuando el usuario solicita asistencia	HCP	Nombre, apellidos y nº de la HS	Archivo de historias
			Fichero Usuarios	nº de la HS	
Recuperación de HS	Auxiliar administrativo o Celador	Antes de la consulta	HCP HS	F [si falta la HSAP] en la HCP	Consulta
Atención al paciente desde el punto de vista documental	Médico General o Pediatra	Durante la consulta con el paciente	HCP HS	Marcar tipo de consulta y si es pertinente derivación los datos que considere de interés el facultativo	Archivo Queda en la Consulta
Devolución	Médico General o Pediatra	Al terminar la consulta	HCP		Archivo
	Auxiliar administrativo o Celador	Al terminar la consulta	HS		Archivo
Archivado	Auxiliar administrativo o Celador	Cuando han regresado los documentos al archivo	HCP HS		Carpetas de archivado y posteriormente SIGAP Estantería del archivo

PROUESTA DE INDICADORES DE DISPONIBILIDAD Y USO DE LA HSAP

Los resultados del estudio del circuito que sigue la HS y el documento que le acompaña en todo momento, la HCP, y de los datos que en ellos se registra han servido para proponer los siguientes indicadores de disponibilidad y utilización asistencial de la HS.

Indicador de disponibilidad

La disponibilidad de HS se ha definido como la medida en la que el facultativo tiene a su alcance todas las HS de todos los usuarios citados e historiados a los que tiene que prestar servicio. Este indicador se calcula como la relación expresada en forma de porcentaje entre el número de historias de salud pertenecientes a pacientes ya historiados en el centro, que han sido recuperadas del archivo, del total de consultas anotadas en la HCP para un determinado facultativo y día. Como la recuperación de la HS sólo puede darse en los pacientes ya conocidos el denominador de este indicador se ajusta restando al total de personas que han solicitado consulta aquellos que acuden por primera vez.

$$\text{Total de HSAP recuperadas} \times 100$$

Total de personas que han solicitado consulta - N° de personas que acuden por primera vez al centro

El procedimiento para el cálculo del indicador de disponibilidad es el siguiente: el total HS recuperadas se obtiene contando las HS que hay en la consulta una vez que ésta ha finalizado y restándole aquellas HS nuevas y que se identifican por la carencia de bandas de color y por la fecha de apertura de la HS que consta en el sobre. El total de personas que han solicitado consulta, con independencia de que acudan o no, se obtiene de la HCP. El número de personas que acuden por primera vez al centro se asimila al de historias nuevas abiertas en el día de la consulta que se evalúa.

Este indicador puede obtenerse por facultativo o por tipo de consulta o cualquier otra variable anotada en la HCP.

Indicadores de uso

Como se ha comentado anteriormente para la propuesta de indicadores de uso se ha partido de los siguientes premisos: a) el médico debe utilizar siempre la HS cuando atiende una consulta realizada por un usuario y b) todo acto médico en relación con un paciente debe quedar registrado y fechado en la HS.

Valoración del uso de la HS para los pacientes citados

Para la confección del indicador se considera que hay uso asistencial de la HS cuando existe, en ella algu-

na anotación con la misma fecha que aparece en la HCP. El indicador de uso se expresa como la relación en forma de porcentaje entre el número de HS para los que al menos hay una anotación fechada con fecha del día de la consulta, respecto del total de usuarios citados que acuden a la consulta.

$$\text{Total de HS usadas} \times 100$$

Total de usuarios citados en la HCP que acuden a la consulta

El procedimiento para el cálculo del indicador es el siguiente: el número de HS usadas se determina mediante la revisión sistemática de este documento una vez ha finalizado la consulta del facultativo. En la HS se revisa primero la hoja de evolución, después la hoja de seguimiento y, en último lugar, la biografía sanitaria. El número de usuarios que acuden a la consulta se obtiene de la HCP y corresponde a aquellos cuyo nombre está registrado y el médico ha anotado información en la HCP sobre el tipo de consulta efectuada.

Este indicador de uso puede obtenerse de forma global para el centro o desagregado por facultativo, tipo de consulta o por cualquier variable que aparezca en la HCP. Así, por ejemplo, el indicador de uso de la HS para las consultas administrativas se calcularía del siguiente modo:

$$\text{Total de HS usadas en consultas administrativas} \times 100$$

Total de usuarios citados que acuden para los que el tipo de consulta en la HCP es administrativa

Valoración del uso de la HS para los pacientes no citados o urgentes

Para el cálculo del uso de la HS en las consultas de los asistentes que acuden el mismo día se propone el mismo método e indicador, salvo que nos estaremos refiriendo al total de pacientes no citados que han sido atendidos en ese determinado día y que han sido anotados como urgentes por el facultativo en la HCP.

DISCUSIÓN

El uso que los profesionales hacen de un documento es una medida de su eficacia para cumplir los objetivos para los que este ha sido diseñado²⁰. En el caso concreto de la HS su uso asistencial será el que determine que pueda servir para fines asistenciales, de investigación, educativos, de evaluación y legales previstos para ese documento.

En nuestro país y, particularmente en la Comunidad Valenciana, la implantación de la HS es un hecho relativamente reciente que se sitúa a principios de los años noventa²¹. Desde entonces han habido varios intentos para valorar su implantación, la mayoría de ellos utilizando la cumplimentación como indicador²²⁻²⁴. La cumplimentación de los datos es un aspecto importante de la calidad de la HS pero sólo de una visión indirecta del uso que el profe-

sional hace de la misma. De una historia en la que los datos cuya presencia se evalúa están cumplimentados sólo puede decirse que ha sido utilizada, al menos una vez. No obstante a partir de esta información será imposible discernir cuántas veces el facultativo ha utilizado ese documento del total de ocasiones en las que decidió hacerlo, ni qué factores influyen para que esto suceda.

Los datos sobre el uso de la HS son escasos y, aunque obtenidos utilizando distintos métodos, parecen tener en común cifras indicativas de una escasa utilización. Así, por ejemplo, los resultados preliminares de una encuesta realizada a los diferentes miembros de un equipo asistencial revelaron que sólo el 46% de los profesionales utilizaban la historia para la asistencia y eso siempre que "hubiera tiempo"²⁵. En la misma línea se encuentra el 40% de uso de la HS obtenido por otros autores²⁶ al comparar el número de consultas registradas en los archivos administrativos de un centro de salud con el número estimado, a partir de una muestra, de las consultas registradas en las historias clínicas. También la auditoria²⁷ realizada por la Conselleria de Sanitat i Consum para el año 1992 proporciona información sobre el uso de la HS. Para ello propone un indicador denominado de intensidad de uso de la HSAP²⁸⁻²⁹, así como, el Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria (SIGAP) elabora indicadores sobre el uso de la HSAP. En concreto dos: historias abiertas por médico y mes³⁰⁻³¹ y el de usuarios atendidos con HSAP³²⁻³³.

La utilidad de la información que proporcionan estos indicadores es innegable, aunque presentan limitaciones inherentes al método empleado para su obtención. De ese modo, la información obtenida mediante encuesta refleja una opinión o una intención de uso y no un uso real del documento. En cuanto a la información obtenida mediante estimación muestral del número de consultas registradas en la HS frente al número de consultas atendidas hay que comentar que, si bien ofrece resultados sobre el uso real del documento no permite conocer las circunstancias en las que esto ocurre, ni un acercamiento a los factores que lo afectan. Además, en el caso del SIGAP la información se obtiene a partir del resumen de actividad realizado por el médico al cumplimentar la HCP cuya validez es desconocida.

En este sentido, el propósito de esta investigación ha sido diseñar un instrumento que permita una aproximación directa al estudio del uso de la HS y también, algunos de los factores que lo condicionan. Entre los métodos comúnmente utilizados para la evaluación del uso de un documento o de un sistema de información (revisión de documentos ya existentes, la observación y las encuestas³⁴), se ha utilizado la revisión de documentos al parecer el más adecuado para realizar un primer acercamiento al tema.

El uso de documentos resultantes de la interacción de los usuarios con los sistemas de información o de documentos producidos por los mismos usuarios, cuenta con varias ventajas entre las que cabe mencionar su bajo

Nota 2: Cálculo: $(\text{nº de consultas registradas en la HSAP por usuario y año } 1992 \times 100) / (\text{nº HS2/1992})$

Nota 3: Cálculo: $nº de historias abiertas en el centro/medicos del centro$

Nota 4: Cálculo: $nº de usuarios atendidos con HSAP / \text{nº de consultas realizadas}$

coste, la posibilidad de obtener información retrospectivamente (para no influir en el comportamiento habitual de los usuarios) así como la facilidad de su aplicación para la recogida de datos bajo una adecuada supervisión. Los indicadores propuestos basados en este método son sencillos y abordan dos aspectos distintos, por una parte la disponibilidad de la HSAP para su uso y por otra parte el uso que efectivamente hace el profesional de este documento.

El diseño de estos indicadores ha tenido como referencia un centro de salud en concreto aunque se pretende que puedan ser aplicados en otros centros de salud. El estudio de la dinámica de la historia de salud y de los documentos que la acompañan es un mecanismo que permitirá la obtención de los indicadores propuestos adaptándose a las peculiaridades de cada centro.

La disponibilidad y la accesibilidad, son dos de los factores que mayor influencia tienen en el uso de un documento o de un sistema de información^{2,3}. De este modo es previsible que el facultativo que al inicio de la consulta cuenta con las historias clínicas correspondientes a los pacientes que debe atender utilice más este documento que, aquellos para los que esto no sucede. Bajo este supuesto se ha propuesto un indicador que refleja la relación entre el número de usuarios que solicitan ser atendidos y el número de HS inmediatamente disponibles para su uso. De este modo, cuando la historia está disponible, su uso ya depende de otros factores como, por ejemplo, la voluntad del médico o las características de la demanda.

Por otra parte, este indicador proporciona, además, información sobre el funcionamiento del engranaje administrativo necesario para que el uso del documento sea posible y, sobre el grado de cumplimiento de tareas que son llevadas a cabo habitualmente por personal de apoyo. La importancia y repercusión en el uso de la disponibilidad y facilidad de acceso a los documentos ha sido uno de los motivos por el que, se ha recibido información sobre la distribución de tareas y sobre aspectos arquitectónicos del centro como, por ejemplo, la ubicación del archivo de historias clínicas y la distancia existente entre este y las distintas consultas que lo integran. Debido a la gran relación existente entre estos aspectos, obtener, para cada centro, información de esta naturaleza es de utilidad para contextualizar e interpretar diferencias en los resultados sobre la disponibilidad.

En cuanto a los indicadores de uso hay que comentar lo siguiente. En primer lugar, tratan de reflejar el uso que los facultativos realizan con un fin asistencial. Se es consciente de que se está excluyendo a los colectivos de enfermería y el de los trabajadores sociales que también pueden hacer uso de este documento. En segundo lugar, hay que hacer algunas consideraciones en relación al modo en el que se realiza la valoración del uso asistencial de la HS.

En este sentido, cabe recordar que, en el presente trabajo, el uso asistencial de la HS se ha definido como la medida en la que el médico utiliza la HS en cada una de las ocasiones en las que un usuario acude a su consulta en demanda de atención (independientemente del motivo de esa demanda), considerando que la HS se ha utilizada si queda registrada en el documento alguna información fechada relativa al día de la consulta. El uso de esta definición presenta una restricción evidente y es que se excluye sistemáticamente aquellas ocasiones en las que el facultativo utiliza la HS sólo para su consulta y no considera relevante realizar ninguna anotación. Además, al utilizar como criterio la existencia de una anotación fechada en la historia, también se excluyen los casos en los que se ha utilizado la historia y registrado información sin que el médico haya anotado la fecha de la actualización. El motivo de estas exclusiones es que son situaciones que sólo pueden valorarse mediante la observación directa de la práctica médica, método que resulta costoso en exceso y metodológicamente problemático, sobre todo, para una primera aproximación.

Por otro lado, el modo de obtención de este indicador de uso supone la aplicación de criterios de gran rigor, pues se parte de la consideración de que toda atención prestada por un médico a un usuario que acude a su consulta debe quedar siempre registrada en su historia. Esta situación supone que se juzga del mismo modo el uso del documento para una consulta puramente administrativa que para una asistencia. La posibilidad de obtener el indicador desglosado por tipo de consulta permite analizar con más detalle esta situación.

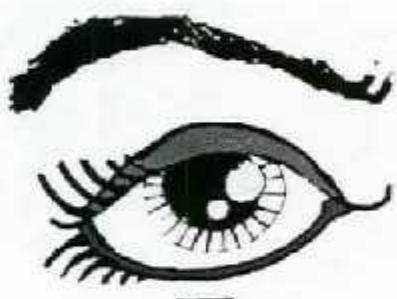
En general puede concluirse que el procedimiento diseñado para la obtención de estos indicadores trata de aprovechar la información que se genera de rutina de forma que su obtención sea barata, al no necesitar recabar información ad-hoc, y no afecte al ritmo asistencial de los profesionales. Su obtención se ha basado fundamentalmente en la explotación conjunta de dos documentos: la Hoja de Cita Previa y la propia Historia de Salud, documentos que se generan con independencia de los objetivos de este proyecto lo cual favorece la posibilidad de un uso retrospectivo y la no influencia de unos en los otros.

Por último, hay que hacer notar que los indicadores propuestos sólo investigan uno de los factores que pueden influir en el uso del documento (la disponibilidad) y que es necesario que se complementen con información sobre otros aspectos que pueden condicionar el uso de ese documento como, por ejemplo la opinión de los médicos sobre las situaciones en la que el uso de la HS es inexcusable o la adaptación del documento a las prioridades y rutina de los facultativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lopez M, Alberich C, Portella E. Evaluación de la cumplimentación de las historias clínicas de atención primaria. *Control Colch Asist* 1991; 6: 84-8.
2. Martín Zumo A, Cono Pérez JF. *Manual de Atención Primaria*. Barcelona, Dayma, 1989.
3. Corral Gómez FJ, Arriaga López A, Gallego Vidal-Gómez JM, Martínez Barredo JM, Melián Pérez A, Miguez Gallego M et al. Auditoría de historias clínicas de un centro de salud. *Aten Primaria* 1993; 12(4): 220-222.
4. García Solana M, Ruiz de Adana Pérez R, Pérez Domínguez FJ. Grado de cumplimentación de la histo-

- rio clínico de Atención Primaria en un área sanitaria. MEDIFAM 1992; 2(4): 209-217.
5. Gil V, Arenas MS, Quirce F, Simón-Talero M, Belda J, Merino J. Interés de las auditorías de historias clínicas. Nuestra experiencia en cinco años. Aten Primaria 1993; 12(4): 185-190.
 6. Bellón Saameño J, Hernando Mendibil I, Taboada Sanco P. Factores asociados a la cumplimentación del registro estético en la historia clínica de atención primaria. Aten Primaria 1993; 12(5): 251-258.
 7. Bellón Saameño J, Hernando Mendibil I, Taboada Sanco P. Factores asociados a la cumplimentación del registro administrativo de la historia clínica de atención primaria. Control Calid Asist 1992; 7: 74-81.
 8. Ordoño JM, Diez A, Esquivel R, Medrano MT, Ayesa G, Pereda L et al. Introducción del control de calidad en un centro de salud: evaluación del registro de la historia del usuario y de los problemas detectados. Aten Primaria 1993; 12(3): 156-159.
 9. Borrell F, Esteban J, Dallo A, Patricio T, Pla Puig I. Análisis de la calidad de la historia clínica en atención primaria. Aten Primaria 1985; 2 (1): 21-25.
 10. Borrell Carría F, Nuñez Martínez B, Guerrero Desiré J, Bobi Rovira F, Esteban Navarro J, Alvarado Montesdeoca CE. Auditoria de historias clínicas de atención primaria: 6 años de experiencia. Gac Sanit 1988; 2: 144-9.
 11. Alonso Moreno FJ, Ramos López C, Parodinas García ML, Arias Espada M, Alonso López RM, González González D et al. Cumplimentación de la historia clínica en una zona de Atención Primaria Rural. SEMER 1995; 255-259.
 12. García Culebras C, González Sánchez MC, Montero Nuñez M, Pérez-Grespo Gómez C, Olivares Escrivá JJ. Evaluación del grado de cumplimentación y accesibilidad de los datos en la historia clínica de asistencia primaria. Aten Primaria 1988; 5, (4): 186-190.
 13. Bustamante Ramírez F, Molina Martínez JJ, Blanco Ovejero A, Guillén Regodon J, Dávila Tena MJ. Audit médico de historias de población infantil atendida en atención primaria. An Esp Pediatr 1991; 3: 153-156.
 14. Bustamante Ramírez F, Guillén Regodon J, Mencia Bartolomé JM, Agudo Cadejón B, García Menchero M, Molina Martínez JJ. Análisis y Evaluación de la calidad de las historias clínicas en un Centro de Salud. Rev Sanid Hig Pública 1991; 65: 421-427.
 15. Aguado JA, Gastón JL, Bueno A, López R, Rodríguez Contreras, R, Galvez R. Estudio de la calidad de los registros en un centro de atención primaria. Gac Sanit 1991; 26: 214-218.
 16. Alcaraz Quevedo M (dir). Evaluación de la calidad de la historia de salud en atención primaria en la Comunidad Valenciana. Conselleria de Sanitat y Consum, Monografías Sanitarias, serie A [Estudios]. Núm. 31. 1995.
 17. Ribera Lacomba, J. Valoración mediante encuesta del nivel de uso, conocimientos y actitudes de los diferentes miembros del EAP sobre la historia clínica. Libro de ponencias de las V Jornadas de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Benicasim Abril, 11-13. Valencia., Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum, 1991.
 18. Boletín Oficial de la Generalitat Valenciana.. Decreto 56/1988, de 25 de abril del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la obligatoriedad de la Historia clínica. (88/1156).
 19. Servei Valencià de Salut. Guia de uso de la historia de salud de atención primaria. Direcció General de Planificació de l'Asistencia Sanitària. Conselleria de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana. 1990
 20. Abad García MF. Investigación evaluativa en documentación. Aplicación a la documentación médica. Valencia. Servei de Publicacions de la Universitat de Valencia, Col·lecció educació. Serie materials, nº 23, 1997.
 21. Gil V, Arenas M, Quirce F, Orozco D, Belda J, Merino J. Encuesta de opinión-satisfacción sobre dos modelos de historias clínicas utilizadas en atención primaria. Aten Primaria 1994; 13 (4): 182-186.
 22. Friedlander J. Physicians' use of a medical library. PhD Dissertation. Case Western University. 1973
 23. Elayyan RM. The use of information by physicians. International Library Review 1988; 20: 247-265.



APÉNDICE I



ATENCIÓN PRIMARIA
ÁREAS 5 i 6
C/ Flores, 7 - 46010 VALENCIA

HOJA DE CITA
ATENCIÓN PRIMARIA

CITA PREVIA

TIPO DE CONSULTA:
TITULAR CONSULTA:
FECHA ____ / ____ / ____
HORA FINAL CONSULTA:

RESUMEN DIARIO	
CITADOS	PRO. SALUD (P.S.)
NO PRES.	DER. ESP.
DURACIÓN (min.)	DER. LAB.
ADMINISTRATIVA	DER. RX
PROGRAMADA	N.º P. HIST.
1.º S	N.º HIST. NUEVAS
2.º S	N.º NO CITADOS

Nº CITADOS	HORA NO. PRE.	NOMBRE Y APELLIDOS	N.º HISTORIAL	TIPO DE CONSULTA		DERIVAC.		
				AD.	PRO.	1.º	2.º	
1	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

APÉNDICE II

Consulta administrativa: Consulta en la que el usuario declara que acude para la resolución de problemas administrativos (LT, recetas, certificados, etc.) y que en el posterior juicio del facultativo no son tributarias de un estudio clínico del paciente. No se contabilizan en este supuesto los pacientes atendidos fuera de la consulta, por existir un protocolo de PSR o de LT en el centro. La inclusión del paciente en este tipo de consulta le excluye de todos los demás.

Consulta protocolizada o programada: Todas las consultas realizadas a iniciativa del equipo, incluidas en algún protocolo o Programa de Salud no reconocido en el Centro.

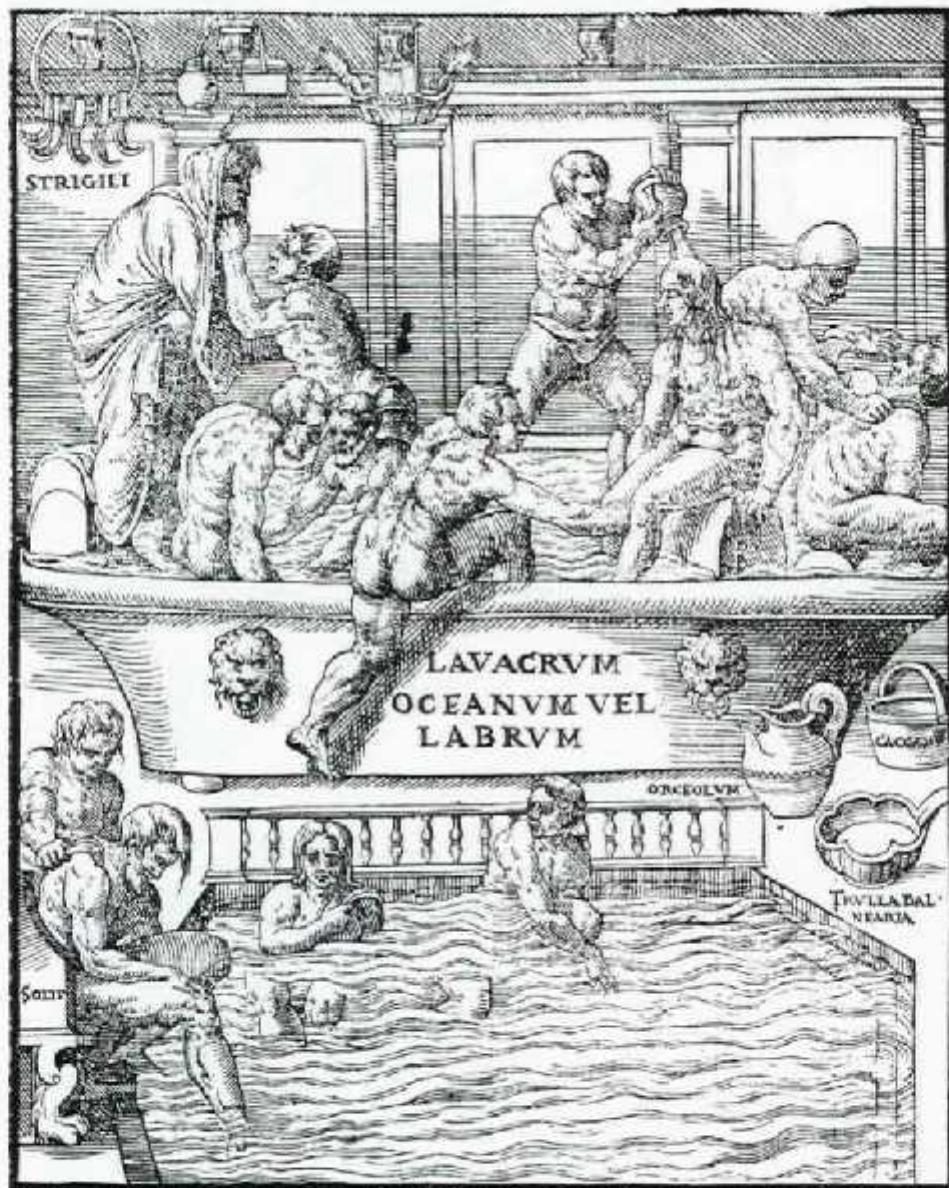
Se llenará la casilla correspondiente a aquellos usuarios que solicitan cita (personal o telefónicamente) siendo paseadores de un volante de citación expedido por el facultativo o proceso específico de citación. La inclusión

del paciente en este tipo de consulta le excluye de todos los demás.

Consulta a demanda por proceso nuevo (1º): Incluye los pacientes atendidos por primera vez en el Centro, y los pacientes conocidos en los que el problema principal atendido supone la primera presentación del problema o la primera presentación de una recidiva de uno previamente resuelto. Excluye todos los demás tipos de consulta.

Consulta a demanda por proceso conocido (2º): Incluye los pacientes en los que el problema principal atendido a sido ya previamente consultado en el centro. Supone el seguimiento de la atención al problema. Excluye todos los demás tipos de consulta.

Consulta por Programa de Salud: Todas las consultas realizadas a iniciativa del Equipo y que están incluidas en alguno de los Programas de Salud reconocidos en el Centro. Incluye los pacientes citados mediante volante de citación o proceso específico de citación del programa. Excluye todos los demás tipos de consulta.



Men's Bath (escuela italiana siglo XVI)

PAPELES DE INVESTIGACIÓN II

MEDICIÓN DE LA INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO A TRAVÉS DEL CMBD DEL HOSPITAL

Echeverría Echarri JL¹, Belio Blasco C², Torres Fernández-Gil MA¹, Rivas Alberto M¹, Casamayor Mendoza B¹.

¹ Servicio de Documentación Clínica. ² Sección Medicina Preventiva. Hospital San Millán de Logroño.

RESUMEN

Objetivo: Calcular la sensibilidad y especificidad para la detección de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) mediante la revisión de la codificación por la CIE-9-MC, comparada con el método prospectivo de incidencia que se utiliza como gold standard.

Métodos: Pacientes intervenidos en cirugía general, con ingreso >24 horas, del año 1994.

Método de referencia: Vigilancia activa prospectiva mediante la revisión diaria de todos los historias objeto de estudio.

Método a través del sistema de codificación CIE-9-MC: Identificación del código de ISQ [1998.5]. Estimación de la validez: cálculo de la sensibilidad y especificidad.

Resultados: De los 1514 enfermos objeto del estudio, se revisaron mediante la codificación 1476 (97.5%). La incidencia acumulada de ISQ obtenida del método prospectivo y revisión de la codificación fue de 230/1476 (15.6%) y 136/1476 (9.2%) respectivamente. Con la revisión de la codificación se obtuvo una sensibilidad del 55% y especificidad del 99%.

Conclusiones: La escasa sensibilidad obtenida para la detección de la ISQ nosocomial con la Codificación, indica que es fundamental poner en marcha una estrategia para que quede constatada en el informe de alta la existencia de ISQ que permita su codificación para su posterior recogida en el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos).

Palabras clave: Infección Nosocomial, Infección Sitio Quirúrgico, CIE-9-MC, Sensibilidad, Especificidad.

ABSTRACT

Objective: Calculation of sensitivity and specificity for the detection of Infection of Surgical Site (ISS) by a revision of the ICD 9 CM coding compared with the prospective method of incidence which is used as gold standard.

METHODS: General Surgery patients with more than 24 hour hospital stay operated in 1994.

Method of reference: Prospective active monitoring by daily revision of all the medical records object of the study.

Method for the ICD 9 MC coding revision: Identification of the ISS code [1998.5]. Estimation of the validity: calculation of sensitivity and specificity.

Results: In 1476 (97%) of the 1514 records of patients object of the study the coding was reviewed. The accumulated incidence of ISS obtained by the prospective method and the coding review was 230/1476 (15.6%) and 136/1476 (9.2%) respectively. The coding review yielded a sensitivity of 55% and a specificity of 99%.

Conclusions: The low sensitivity obtained for the detection of ISS through coding indicates that it is basic to undergo a strategy for ISS to be stated on the hospital discharge report and therefore permit its coding and collection for the Minimum Basic Data Set.

Keywords: Nosocomial infection, infection surgical site, ICD 9 CM, Sensitivity, Specificity.

Becas: Esta investigación ha sido subvencionada por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) proyecto 96/269.

Correspondencia: Lorenzo Echeverría Echarri
Servicio de Documentación Clínica, Hospital San Millán.
C/ Autoranía de la Rioja nº 3, 26004 Logroño (La Rioja)

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de las tasas de infección es fundamental para establecer las medidas de control de infección nosocomial (IN), para ello se requiere información previa, que sólo puede conseguirse mediante un cuidadoso programa de vigilancia, con la meta final de proporcionar una medida de frecuencia de infección hospitalaria lo más válida posible que pueda permitirnos conocer cuál es nuestra situación comparada con otros entornos, y nuestras propias variaciones a lo largo del tiempo, para así poder rectificar todos los problemas detectados.

Se han propuesto diferentes técnicas en la vigilancia de IN¹, la elección del sistema depende de los recursos materiales y humanos de que se disponga, ahora bien, cualquiera que sea el elegido se debe evaluar desde la perspectiva de los objetivos que persigue o de la adecuación del proceso y estructura del sistema².

De todos los sistemas de vigilancia utilizados, el sistema prospectivo es el más exacto³. Se inicia cuando el enfermo ingresa y se van anotando las incidencias durante su estancia, hasta que se va de alta. Es un sistema activo en el que la persona encargada del seguimiento va buscando las posibles infecciones. Implica que diariamente se revisen las gráficas de temperatura, síntomas y signos que evidencien infección y revisión de todo la información que llega del laboratorio de microbiología, además de un contacto continuo con el personal médico y de enfermería que lleva al enfermo. El único fallo que tiene este sistema es que no recoge las infecciones ocurridas tras el alta del enfermo⁴, o no ser que se haga un seguimiento del paciente hasta como mínimo 30 días después de haber salido del hospital^{5,6}. Aun con todo es el más fiable

pero tiene un inconveniente y es que precisa de muchos recursos humanos.

Un sistema alternativo para la medición de la infeción de sitio quirúrgico (ISQ) podría ser la utilización del proceso habitual de codificación del paciente al alta, que se lleva a cabo en casi todos los hospitales mediante la CIE-9-MC,¹² ya que esta clasificación dispone de unos códigos que pueden permitir la detección de dicha infeción quirúrgica. El inconveniente que presenta este método es que al ser retrospectivo, no permite establecer precozmente las medidas de control. Este sistema tiene una alta especificidad, y presenta la ventaja de que si la codificación se realiza 30 días después de que se haya dado de alta al enfermo, en aquellos hospitales que utilizan la historia clínica en las consultas de revisión de enfermos quirúrgicos, puede permitir detectar las infecciones nosocomiales que se manifiestan fuera del hospital.

El objetivo de nuestro estudio es calcular la sensibilidad y especificidad para la detección de infección de sitio quirúrgico mediante la codificación habitual con la CIE-9-MC comparada con un método activo prospectivo de vigilancia de infecciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en un servicio de Cirugía General de un hospital terciario que atiende toda la Comunidad Autónoma de La Rioja de 266.000 habitantes. Los sujetos de estudio fueron todos los pacientes intervenidos en el servicio de cirugía general, con ingreso mayor de 24 horas y dados de alta durante el año 1994.

Las definiciones utilizadas para hacer el diagnóstico de ISQ, fueron las recomendadas por el Center for Disease Control^{13,14}.

La evaluación de ambos métodos de vigilancia de la ISQ se realizó de forma independiente y con un método de actuación ciego; de forma que el equipo evaluador del sistema mediante la codificación que valoró si el enfermo estudiado presentaba una infección de sitio quirúrgico, no conocía la valoración que le había dado el equipo del sistema prospectivo. Sistema de referencia: Se realizó de forma prospectiva y consistió en la revisión diaria por una enfermera entrenada, bajo la supervisión de un médico epidemiólogo, de todas las historias de los pacientes quirúrgicos ingresados, mirando las gráficas de temperatura, administración de antibióticos, revisión de los signos y síntomas significativos de infección, comunicación verbal por parte de los médicos y enfermeras de los comentarios que se consideraron oportunos, así como la revisión de los cultivos de bacteriología, tanto los recibidos en la planta durante la estancia del enfermo en ella, como los recibidos a los 7 días después del alta, ya que algunos se solicitan en los últimos días del ingreso, pero su resultado no está presente hasta una semana más tarde. No se ha realizado seguimiento de la ISQ tras el alta del enfermo, a menos que el paciente hubiera sido readmitido por alguna complicación. Método retrospectivo a través del sistema de codificación CIE-9-MC. La detección de las infecciones por este sistema se centró en la ISQ por disponer para esta localización de infección del código específico '998.51', y consistió en detectar dicho código de entre los diagnósticos clasificados mediante la CIE-9-MC¹² al alta del enfermo en el proceso habitual de codificación del hospital, que se realiza normalmente con

la revisión del informe clínico y en ocasiones comprobando la historia clínica. Se realizó por las enfermeras codificadoras debidamente entrenadas para la codificación, bajo la supervisión de un médico documentalista.

Una vez revisadas las infecciones detectadas por el sistema de vigilancia evaluado, se analizaron las discordancias para determinar la razón de la disparidad y examinando las discrepancias entre los participantes del estudio.

Las medidas de frecuencia utilizadas para el análisis fueron la Incidencia Acumulada de Infectados. En el análisis simple o bivariante para demostrar asociaciones se utilizó la prueba de la *chi cuadrado*; la magnitud de la asociación se determinó mediante el riesgo relativo (RR) y la precisión de la estimación del efecto se midió a través del intervalo de confianza (IC) del 95% del RR. La estimación de la validez del método de revisión de la codificación se realizó a través del cálculo de la sensibilidad (probabilidad de que un paciente que tenga una verdadera infección detectado con el método de referencia, sea detectado como infectado por el otro método sujeto a evaluación) y especificidad (probabilidad de que un paciente sin infección sea declarado con el otro método evaluado como no infectado)^{15,16}. Se calculó también el intervalo de confianza (IC) al 95% del porcentaje a través de la aproximación a la normal¹⁷.

El procesamiento y análisis estadístico se llevó a cabo con el programa S.A.S.^{18,19}.

RESULTADOS

Se han evaluado 1.514 pacientes intervenidos durante el año 1994 con una edad media de 55 años (DE 18,9) de los cuales 867 (57,3%) fueron varones y 647 (42,7%) mujeres. La estancia media de los pacientes fue de 12 días (DE 12,8 días).

RESULTADOS DE LA VIGILANCIA MEDIANTE EL MÉTODO PROSPECTIVO

Se detectaron 241 pacientes con infección de sitio quirúrgico entre 1.514 pacientes lo que supone una incidencia acumulada de 15,9%. Según el grado de contaminación de la cirugía, un 38,90% de las intervenciones fueron de cirugía limpia, un 27,41% fueron intervenciones limpia-contaminadas, un 19,42% contaminadas y un 14,27% correspondieron a cirugía sucia. Las tasas específicas por grado de contaminación se muestran en la tabla 1, puede observarse como va aumentando la incidencia de infección a medida que aumenta el grado de contaminación de la cirugía ($p < 0,001$).

Tabla 1
Grado de contaminación de la cirugía e Infección de Sitio Quirúrgico. Servicio de Cirugía General.
Hospital San Millán. 1994.

TIPO	FRECUENCIA INFECCIÓN	INCIDENCIA ACUMULADA	RR ^a	IC 95%
LIMPIA	26/589	4,41	1	
LIMPACONTAM.	49/415	11,57	2,6	1,64-3,1
CONTAMINADA	75/294	25,51	5,8	4,0-8,4
SUCIA	92/216	42,59	9,6	6,9-13,4
TOTAL	241/1273	15,92		

^a RR comparación de su estrato con el basal (intervención limpia).

Respecto a la urgencia, el 24,6% de las intervenciones fueron urgentes frente al 75,4% que fueron programadas. Al comparar sus respectivas tasas de infección se pudo comprobar que en las intervenciones urgentes se obtuvo una tasa de infección de 93/373 (24,9%) frente a 148/1141 (12,97%) en las programadas.

La influencia de la duración de la intervención puede verse en la tabla II, que pone de manifiesto como va aumentando el porcentaje de infección a medida que aumenta el tiempo de intervención.

Tabla 2

Duración de la intervención e Incidencia de pacientes con Infección de Sitio Quirúrgico. Servicio de Cirugía General. Hospital San Millán. 1994.

TIEMPO DE INTERVENCIÓN	FRECUENCIA INFECCIÓN	INCIDENCIA ACUMULADA	RR ^a	(IC 95%)
< 60 MINUTOS	45/496	9,27	1	
61-120 MINUTOS	79/644	12,27	1,3	0,91-1,9
121-180 MINUTOS	61/234	26,07	2,8	2,03-3,9
> 180 MINUTOS	55/140	39,29	4,2	3,03-5,8
TOTAL	241/1514	15,92		

RESULTADOS DE LA VIGILANCIA MEDIANTE EL MÉTODO RETROSPETIVO

De los 1.514 enfermos objeto del estudio, se lograron revisar mediante el método retrospectivo 1.476 (97,5%). Se detectaron 135 pacientes con ISQ lo que supone una incidencia acumulada de 9,2%.

En la tabla III muestra las medidas de validez del método de revisión de la codificación para detectar los pacientes con infección de sitio quirúrgico.

Tabla 3

Sensibilidad y Especificidad mediante la codificación para la detección de los pacientes con Infección de Sitio Quirúrgico. Servicio de Cirugía General. Hospital San Millán. 1994.

MÉTODO DE REVISIÓN DE LA CODIFICACIÓN	MÉTODO DE REFERENCIA		
	infectado	no infectado	TOTAL
detectado con ISQ	127	9	136
no detectado	103	1237	1340
TOTAL	230	1246	1476

Sensibilidad: $127/230 = 0,55$ (IC 95%: +0,53-0,58)

Especificidad: $1237/1246 = 0,99$ (IC 95%: +0,98-0,99)

DISCUSIÓN

La investigación de la IN de los pasados 20 años ha demostrado que un programa activo de vigilancia¹¹, con una notificación de las tasas de infección quirúrgica a los cirujanos puede reducir las tasas de infección en un 30-40%. Para que el seguimiento de los datos y su feedback sea significativo e influyente en los servicios quirúrgicos se debe llevar a cabo una rigurosa metodología de seguimiento de infección¹².

1º) El proceso debe ser recogido de una forma eficaz; requiere que estén escritas las definiciones de infección, se haga una búsqueda de casos regularmente y además se realice un seguimiento al alta, sobre todo, para los pacientes de corta estancia.

2º) El almacenamiento informático y el análisis de los datos debe darse de una forma codificada, sin ninguna identificación de los individuos para mantener la confidencialidad.

3º) La variabilidad de factores intrínsecos de los pacientes debe ser controlada mediante la estratificación de las tasas de infección¹³, o bien en un índice multivariado, que combine el tradicional basado en el grado de contaminación de heridas quirúrgicas, con factores intrínsecos de susceptibilidad de los pacientes¹⁴.

Los resultados del método prospectivo (*gold standard*) nos indican que con una vigilancia activa y prospectiva de 1.514 pacientes intervenidos, se han detectado 241 pacientes con infección de sitio quirúrgico (15,9%), esta tasa es más alta que la comunicada por otros autores¹⁵⁻¹⁷. Esta observación de unas tasas más elevadas que las descritas por otros autores puede deberse a:

1º) La metodología del estudio¹⁸, es la razón principal, ya que el sistema utilizado por nosotros como *método de referencia* tiende a detectar todas las infecciones existentes,

2º) Al tipo de pacientes incluido en nuestro estudio: intervenidos con ingreso superior a 24 horas que presentan mayor riesgo de infección que los pacientes ambulatorios o médicos^{19,20}.

En la valoración del *gold standard* tenemos que tener en cuenta el posible sesgo de selección, pero en el sistema prospectivo utilizado como *gold standard* se ha efectuado mediante un muestreo consecutivo que evita dicho sesgo, y al abarcar un año completo, la muestra resulta lo suficientemente grande como para poder detectar la evolución de la infección a lo largo de los 12 meses en cada uno de los sistemas. La realidad es que sólo representa a nuestro centro y en particular al Servicio de Cirugía, pero consideramos que se puede extrapolar nuestros resultados a servicios y hospitales similares al estudiado con un nivel de calidad de historias clínicas semejante.

Los resultados de nuestro estudio muestran que el método de vigilancia evaluado puede variar la efectividad en detectar la infección nosocomial, consideramos que no hemos cometido un sesgo de medición, el cual se produce cuando las personas que evalúan la enfermedad conocen el resultado del sistema de referencia, pero el hecho de haberlo hecho de forma ciega, hace difícil que este sesgo se haya producido, ya que la evaluación de los métodos de codificación se han efectuado por personas distintas y de forma independiente, que no conocían si ese individuo había sido catalogado como infectado en el método de referencia.

Con el sistema de revisión de los códigos de la CIE-9-MC que se efectúa en nuestro hospital, a todos los enfermos ingresados una vez que el médico que ha atendido al enfermo ha realizado el informe y devuelto la historia al Archivo, se ha obtenido una sensibilidad para la infección de sitio quirúrgico muy baja (55%). Este hecho

puede deberse a que la codificación la realiza un personal entrenado para codificar, pero no para detectar la infección, además se realiza principalmente a través del informe clínico, que de por sí, tiene a su vez una baja sensibilidad.

Baker et al.¹⁷ utilizan la ICD-9-CM para la búsqueda de casos de endometritis después de cesárea y encuentran una sensibilidad del 89%, utilizando como gold standard la revisión retrospectiva de todas las historias, pero hay que tener en cuenta que el gold standard que utiliza no tiene un margen de fiabilidad del 100%. Este autor señala que la exactitud de los datos obtenidos a través del sistema ICD-9-CM es engañosa ya que dentro de los códigos de infección postoperatoria (998.5) se incluye absceso y septicemia, entidades nosológicas diariamente distintas. Nosotros evitamos este problema considerando el código 998.5 para la infección de sitio quirúrgico, el código 998.0 para el Shock séptico.

La especificidad del método evaluado se aproxima al 100%, lo que refleja que muy pocos pacientes fueron falsamente etiquetados de infectados. Esta especificidad tan alta está por encima de la encontrada por otros autores. Birbaum and King¹⁸ obtienen un rango entre el 90%-95% para los distintos localizaciones de infección, algo más alta (96,4%) la hallan Haley et al en el análisis de la evaluación retrospectiva de historias para el SENIC¹⁹.

La obtención de la ISQ a través del CMBD nos ofrece un medio grosero para la estimación de la frecuencia de la IN, pero su facilidad de obtención puede hacerlo interesante para aquellos hospitales que no disponen de otro sistema de vigilancia. Su baja sensibilidad es muy importante que se tenga en cuenta, ya que puede tener repercusiones en los sistemas de gestión basados en los GRD²⁰. Si llevásemos a cabo un entrenamiento del personal de codificación en la tarea de la vigilancia de las infecciones podría aumentarse la sensibilidad del sistema. Así mismo resulta necesario la concienciación del cirujano para que refleje en el informe todas las infecciones nosocomiales.

El método de revisión de la codificación no permite la recogida tan exhaustiva de variables que posibilita el sistema prospectivo, ya que variables como el tiempo quirúrgico, ASA^{4,12}, pacientes/día de sonda o catéter etc., que intervienen en la construcción de índices importantes de infección^{4,13}, sólo es posible recogerlas con el método prospectivo o mediante la revisión de la historia clínica.

CONCLUSIONES

La escasa sensibilidad obtenida para la detección de la ISQ, con el método retrospectivo de la revisión de la Codificación por la CIE-9-MC nos indica que es fundamental poner en marcha una estrategia para que quede reflejada en el informe de alta de hospitalización la existencia de infecciones nosocomiales que permita su codificación para su posterior recogida en el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos).

BIBLIOGRAFÍA

- García Martín M, Fernández-Creuetz Navajas M, Gálvez Vargas R. Sistemas de Vigilancia de la Infección Nosocomial. En: Infección Hospitalaria. Gálvez R, Delgado M, Guillén JF eds. Universidad de Granada. Granada 1993: 229-311.
- Bartlett CL. Efficacy of different surveillance systems in detecting hospital-acquired infections. *Cancer Treat Rep* 1987; 61: 152-155.
- Haley RW, Gaynes RP, Aber RC, Bennett JV. Surveillance of Nosocomial Infections. In: Bennett JV, Brachman PS, eds. Hospital infections. 3rd ed. Boston. Little, Brown, 1992: 79-108.
- Abrutyn E, Talbot GH. Surveillance Strategies: A primer. *Infect Control* 1987; 8: 459-464.
- Frey KA, Briggs J, Broadhead WE. Postdischarge, postoperative nosocomial infection surveillance using random sampling. *Am J Infect Control* 1990; 18: 383-385.
- Weigelt JA, Dryes D, Haley RW. The necessity and efficiency of wound surveillance after discharge. *Arch Surg* 1992; 152: 77-82.
- Clasificación Internacional de Enfermedades. 9^a revisión Modificación clínica. CIE-9-MC. Volumen 1. Enfermedades. Lista Tabular. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1994.
- Clasificación Internacional de Enfermedades. 9^a revisión Modificación clínica. CIE-9-MC. Volumen 2. Índice Alfabético. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1994.
- Clasificación Internacional de Enfermedades. 9^a revisión Modificación clínica. CIE-9-MC. Volumen 3. Procedimientos. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1994.
- Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections. 1988. *Am J Infect Control* 1988; 16: 128-140.
- Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992; 13: 606-608.
- Bimbaum D, Sheps SB. Validation of New Test. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1991; 12: 622-624.
- Brownlee W, Newman T, Cummings. Designing a new study: diagnostic test. En: Designing Clinical Research. Hulley S, Cummings S, eds. Baltimore Williams & Wilkins, 1988.
- Colton T. Inferencias sobre proporciones. Estadística en Medicina. Masson Little, Brown, S.A. 1992: 159-196.
- SAS Institute Inc. SAS Procedures Guide, Versión 6, Third Edition; Cary, NC:SAS Institute Inc., 1990. 705 pp.
- SAS Institute Inc. SAS/STAT User's Guide, Versión 6, Fourth Edition; Volume 1, Cary, NC:SAS Institute Inc., 1989. 943 pp.
- SAS Institute Inc. SAS/STAT User's Guide, Versión 6, Fourth Edition; Volume 2, Cary, NC:SAS Institute Inc., 1989. 846 pp.

18. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, Haasen TM. The Efficacy of Infection Surveillance and Control Programs in Preventing Nosocomial Infections in US Hospitals. *Am J Epidemiol* 1985; 121: 182-205.
19. Haley RW. The scientific basis for using surveillance and risk factor data to reduce nosocomial infection rates. *J Hosp Infect* 1995; 30 [suppl]: 3-4.
20. Scheckler WE. Surgeon-specific wound infection rates-a potentially dangerous and misleading strategy. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1988; 9: 145-146.
21. Bryan CS. Surgeon-specific wound surveillance: the family or the bean counters? *Infect Control Hosp Epidemiol* 1989; 10: 376-378.
22. Olson M, O'Connor M, Schwartz MI. Surgical wound infections. A 5-year study of 20,193 wounds at the Minneapolis VA medical center. *Ann Surg* 1984; 199: 253-259.
23. Olson M, Lee T Jr. Continuous, 10-Year Wound Infection Surveillance. Result, Advantages, and Unanswered Questions. *Arch Surg* 1990; 125: 794-803.
24. Saenz González MC, Rodrigo N, Gutiérrez JL, Varela J, Núñez JC, Meléndez D. Incidencia de la infección hospitalaria en un hospital universitario. *Med Clin [Barc]* 1989; 92: 213-216.
25. Scheckler WE, Peterson PJ. Nosocomial infections in 15 rural Wisconsin hospitals-results and conclusions from 6 months of comprehensive surveillance. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1986; 7: 397-402.
26. Holzheimer RG, Quoika P, Pätzmann D, Füssle R. Nosocomial infections in general surgery: surveillance report from a German university clinic. *Infection* 1990; 18: 219-225.
27. Calizas M, Lozano J, Balibrea JL, Dávila D, Potel J, Gómez Alonso A, et al. La infección postoperatoria: estudio multicéntrico prospectivo y controlado. *Cir Esp* 1990; 48: 481-490.
28. Nerónola B, Dávila D. Frecuencia de la infección quirúrgica en cirugía digestiva. Estudio de 15,936 heridas en el Servicio de Cirugía General B del Hospital General de Valencia. *Cir Esp* 1987; 62: 214-223.
29. Lozano F, Sánchez R, Suso J, Gómez A. Estudio longitudinal (1975-1984) de la infección postquirúrgica en cirugía abdominal. *Cir Esp* 1988; 43: 419-427.
30. Gil-Egea MJ, PrSunyer MT, Verdaguera A, Sanz F, Sitges-Serra A, Torre L. Surgical wound infections: prospective study of 4468 clean wounds. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1987; 8: 277-280.
31. Horan TC, Culver DH, Gaynes RP, Jarvis WR, Edwards JR, Reid CR. Nosocomial infections in surgical patients in the United States, January 1986-June 1992. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1993; 14: 73-80.
32. Freeman J, McGowan JE Jr. Methodologic issues in hospital epidemiology. II. Time and accuracy in estimation. *Rev Infect Dis* 1981; 3: 658-677.
33. Egaz N, Michaeli D. A program for surveillance of hospital-acquired infections in a general hospital: a two-year experience. *Rev Infect Dis* 1981; 3: 649-657.
34. Britt MR, Schelupner CJ, Matsumiya S. Severity of underlying disease as a predictor of nosocomial infection. *JAMA* 1978; 239: 1047-1051.
35. Delgado Rodríguez M, Cuello Espinar A, Rodríguez-Contreras Pelayo R, et al. Quantification of risk factors in hospital infection at a surgical service. *Eur J Epidemiol* 1988; 4: 235-241.
36. Zuttyman D, Pearce P, McKenzie M, Taylor G. Surgical wound infections occurring in day surgery patients. *Am J Infect Control* 1990; 18: 277-282.
37. Baker C, Luce J, Chenoaweth C, Friedman C. Comparison of casefinding methodologies for endometritis after cesarean section. *Am J Infect Control* 1995; 23: 27-33.
38. Birnbaum D, King LA. Disadvantages of infection surveillance by medical record chart review. *Am J Infect Control* 1981; 9: 15-17.
39. Haley RW, Schaberg DR, McClish DK, Quade D, Croesley KB, Culver DH, Morgan WM, et al. The accuracy of retrospective chart review in measuring nosocomial infection rates: results of validation studies in pilot hospitals. *Am J Epidemiol* 1980; 111: 516-533.
40. Werzel RP. Nosocomial Infections: Diagnosis-Related Groups, and study on the efficacy of nosocomial infection control. *Am J Med* 1985; 78 [suppl 6B]: 37.
41. The ASA Classification of Physical Status: A Recapitulation. *Anesthesiology* 1978; 49: 233-236.
42. Owens WD, Felt JA, Spitznagel EL. ASA Physical Status Classifications: A study of Consistency of Ratings. *Anesthesiology* 1978; 49: 239-243.
43. Culver DH, Horan TC, Gaynes RP, et al. Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index. *Am J Med* 1991; 91 S 3B: 152-157.
44. Barrasa J. Utilización del índice NNIS para determinar el riesgo intrínseco de infección quirúrgica. *Med Clin [Barc]* 1996; 107: 767-771.
45. Haley RW. Nosocomial Infections in Surgical Patients: Developing Valid Measures of Intrinsic Patient Risk. *Am J Med* 1991; 91 S-3B: 145-151.



PAPELES PARA LA REFLEXIÓN

DOCUMENTACIÓN MÉDICA HOSPITALARIA EN ESPAÑA. ALGUNAS REFLEXIONES DESDE VALENCIA (*)

Peris Bonet, R.

Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia (CSIC-UV) y Hospital Clínico Universitario, Valencia

RESUMEN

Este trabajo es fundamentalmente un análisis de los períodos y rasgos básicos del desarrollo de la Documentación Médica Hospitalaria actual en España desde su introducción en España, hace 30 años en Valencia. Explica algunas de las principales contradicciones y aspectos críticos que vive el colectivo profesional para la consolidación de su perfil, como resultado de dicha evolución. Finalmente, plantea los nuevos desafíos a que se enfrenta el Médico Documentalista Hospitalario, como efecto de la evolución actual del contexto profesional. Así como, la necesidad de superar el retraso de casi todas las Universidades españolas en la institucionalización de la Documentación Médica.

Palabras clave: Documentación Médica, Documentación Clínica y Admisión, Documentación Clínica y Admisión en España, historia reciente.

ABSTRACT

This paper is essentially an analysis of the main periods and characteristics of the development of the organisation of the Medical Records and Information activities in Spanish hospitals, since the introduction of Medical Information Science in Spain, 30 years ago, in Valencia. The paper explains some of the main contradictory and critical facts perceived by the professionals as a result of these 30 years of history. Finally, it states the new challenges that, in the present professional context, the medical specialists in hospital medical records and information must face; as well as the need of overcoming the delay of most Spanish Universities in the institutionalisation of Medical Information Science.

Keywords: Medical Information Science, Hospital Medical Records and Information Unit, Hospital Medical Records and Information Unit in Spain, recent history.

INTRODUCCIÓN

No cabe duda de que la Documentación Médica se encuentra en un momento clave y potencialmente fructífero para su desarrollo en España. Así, hay numerosos profesionales, unidades diferenciadas para las tareas propias de la Documentación Médica en su aplicación asistencial en la mayoría de hospitales; una fuerte demanda de servicios, que, además es cambiante, tanto en la vertiente clínica y asistencial, como científica; hay sociedades profesionales nacionales (la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM)) y regionales o de comunidades autónomas (andaluz, catalana, gallega, valenciana, etc.); ha habido oposiciones específicas para Médicos Documentalistas en algunas comunidades (por ejemplo, en la Comunidad Valenciana, bajo la muy respetable denominación de Médicos de Documentación Clínica y Admisión) y parece que va a seguir habiendo otras oposiciones, etc.

En fin, la demanda social de Médicos Documentalistas ha sido tan fuerte, que es uno de los pocos casos en que los hospitales les han contratado como especialistas, incluso por oposición, sin que dicha especialidad esté formalmente establecida.

Así mismo, debemos constatar dos hechos significativos de la consolidación profesional: desde 1992 se publica en Zaragoza, bajo la dirección del Dr. Miguel Moreno, la revista profesional *Papeles Médicos*, que es el foro profesional y el órgano de expresión de los Médicos Documentalistas; y desde 1994, el repertorio *Documentación Médica Española*, bajo la dirección de los Pts. Rafael Aleixandre y María Francisca Abad.

Sin embargo, al mismo tiempo que se dibuja esta escena potencialmente

Agradecimientos:

Este trabajo es una reflexión sobre la evolución de treinta años de Documentación Médica en España. No intento ser históricamente exhaustiva y, necesariamente, hoy numerosas cuestiones personales e institucionales. Por todos ellos pido disculpas, aunque, naturalmente, no pretenden distingir a nadie ni a nadie. Deseo expresar mi agradecimiento a Pilar Vicente y M^l Francisco Abad por sus sugerencias, que han ayudado mucho a mejorar el texto. La responsabilidad por las deficiencias y las opiniones corresponde enteramente al autor.

Correspondencia: Rafael Peris Bonet
Unidad de Información Medicopatológica. IEDHC [CSIC-UV]
Avda. Vicente Blasco Ibáñez, 15. 46010 Valencia
Tel.: 96 386 41 64

(*) Adaptación de la ponencia *Documentación Médica en España*. Jornadas sobre Documentación y Ciencias Médicas. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Área de Biblioteconomía y Documentación. Zaragoza, 23-25 Marzo, 1998.

pletaria, también es cierto que el momento actual es un momento de inquietud entre los Médicos Documentalistas del mundo hospitalario, que viven con incertidumbre la circunstancia de que aún no se ha producido el reconocimiento oficial, con una titulación, de lo que de hecho es una actividad médica especializada, lo que hace que sus condiciones de trabajo sean frágiles.

Pero, no obstante, el problema no se puede limitar a la cuestión del título de especialidad, por muy importante que éste sea. Un posible componente de esa inquietud que también debería considerarse, puede ser la instabilidad con que subjetivamente perciben su propio perfil profesional algunos o bastantes Médicos Documentalistas y quizás, también, el perfil barroco con que los ven algunos de los responsables directivos hospitalarios. Un examen de la evolución de la Documentación Médica hospitalaria en España durante las últimas décadas puede ayudar a comprender, al menos en parte, este componente.

Una cuestión terminológica

Antes de proseguir parece necesario plantear una cuestión terminológica previa. En la tabla 1 se presentan algunas denominaciones habituales en el campo de la Documentación Médica y sus equivalencias. El uso de estas denominaciones, a veces, se vuelve conflictivo por razones externas al contenido real y actual de los términos. A este respecto, me remito al contenido del repertorio *Documentación Médica Española* y de la revista *Fórmulas Médicas* como definición empírica del campo científico y profesional al que me refiero con el término Documentación Médica. De forma que se evitará entrar en discusiones nominalistas estériles.

La tabla presenta una acepción necesariamente restringida del término "Documentación Médica Hospitalaria", que es la utilizada en este trabajo, de la misma forma que sería restringida en otro sentido, si, por ejemplo, hablásemos de "Documentación Médica Bibliográfica".

Tabla 1
Algunos términos habituales en Documentación Médica. Equivalencias

Información = Documento = Información
Ciencias de la información = Información y Documentación = Documentación
Documentación asistencial = Documentación Médico-asistencial = Documentación Clínica
Documentación Médica = Documentación Médico-asistencial y sanitaria + Documentación Médica científica
Documentación Médica Hospitalaria = Documentación Clínica y Admisión = Documentación/información asistencial y sanitaria en el Hospital

La introducción de la Documentación Médica en España

Hace 30 años, la Facultad de Medicina de Valencia fue el escenario de la introducción de la Documentación Médica actual en España. En 1965, los Profs. José María López Piñero y María Luz Teirada Ferrandis, en la

Cátedra de Historia de la Medicina, con el propósito de crear un instrumento para la recopilación y difusión nacional e internacional de la producción científica médica española, iniciaron el repertorio *Índice Médico Español*¹ y la investigación bibliométrica sobre la producción científica médica española. Desde la misma Cátedra de Historia de la Medicina se organizó el Archivo Central de Historias Clínicas del Hospital Clínico Universitario de Valencia (respecto del cual, es necesario recordar a Eduardo Agustí Mir) y un Sistema de Recuperación de Información Clínica (SRI Clínico) Informatizado, que comenzó a funcionar en 1971.

Los años 1970

El comienzo de la década de los años 70 es un momento intenso en el desarrollo de la Documentación Médica hospitalaria en el mundo. Pueden recordarse algunos hechos emblemáticos:

A final de los años 60, había aparecido en Gran Bretaña el *medical record linkage* de Acheson², como concepto y como sistema de información. Alrededor de 1970 comenzaron a funcionar los primeros sistemas de información clínica automatizados (más allá de las meras encuestas de morbilidad atendida en hospitales).

Respecto de los sistemas de información clínica informatizados, merece la pena mencionar y destacar el modelo escocés de esa época: el *hospital morbidity statistics scheme*. Muy dirigido a los hospitales, este sistema (más allá del nombre, que aún arrastraba la noción de las precedentes encuestas de morbilidad) prestaba servicios de recuperación selectiva de series de casos clínicos (para investigación clínica o para evaluación de la práctica sanitaria), de estadística hospitalaria y de morbilidad y de análisis de la actividad hospitalaria a nivel de centros y de servicios individuales. Informatizado, se basaba en un conjunto normalizado de datos (el *hospital in-patient summary sheet*) obtenido del 100% de las altas, que era codificado por personal especializado en las *medical record units*³. Este modelo, a pesar de la distancia temporal, resulta superponible con el modelo actual español basado en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), salvando las diferencias de centralización informática y algunas clases de datos concretas.

Al mismo tiempo, se produjeron los grandes movimientos de centralización y normalización de los archivos y documentos clínicos, que desembocaron en la historia clínica única, los archivos centrales y lo que hoy conocemos como bases de datos clínicos⁴. En el terreno de la historia clínica, Weed había publicado, en 1969, su modelo orientado por problemas⁵ que tan enorme influencia tuvo en los años posteriores. En 1972 el Comité Nacional de Estadísticas Vitales y de Salud de los Estados Unidos propuso un conjunto mínimo de datos que se fue modificando posteriormente⁶ y que sirvió de modelo al propuesto algunos años más tarde en la Comunidad Económica Europea (CEE).

Es interesante recordar que, en los modelos de organización de la Documentación Clínica hospitalaria de los países más avanzados de aquel momento (Gran Bretaña y Estados Unidos), que nos sirvieron y sirven todavía de punto de partida y de referencia, la producción de la in-

formación estadística hospitalaria de todo tipo (incluyendo lo que en España se llamaron los indicadores de "línea caliente" y, en general, los de Admisión) es una tarea de los *medical record units*^{9,10}.

Mientras tanto, en España, se produjeron dos focos principales. Uno en el Hospital Puerta de Hierro, protagonizada por el Dr. Ángel García Cubero (a quien deben homenaje los Médicos Documentalistas españoles). El otro en Valencia.

El Dr. García Cubero publicó la primera monografía para la organización centralizada de los archivos de historias clínicas en los hospitales del Instituto Nacional de Previsión (INP)¹¹, pero, lamentablemente, no tuvo el eco que merecía y no fructificó en organización de servicios y equipos profesionales. Circunstancia que, sin duda, pesó muy negativamente en la evolución de la Documentación Médica hospitalaria en la red de hospitales del INP.

Respecto de Valencia, ya se ha mencionado la organización del Archivo Central de Historias Clínicas con un Sistema de Recuperación de la Información (SRI) Clínica informatizado en el Hospital Clínico Universitario, en 1971, que se realizó siguiendo el modelo del sistema escocés mencionado antes y que, posiblemente, fue el primer sistema automatizado de esa clase operativo en España. A la vez que la Ciudad Sanitaria La Fe, de la mano del Dr. Luis Soto, fue el primer centro con historia clínica única (integrando consultas externas) y que, también, prácticamente al mismo tiempo que el Hospital Clínico Universitario, puso en marcha un SRI Clínico automatizado. Posteriormente, a través del Hospital Clínico Universitario, se introdujo en España la Historia Clínica Orientada por Problemas^{12,13}. Modelo que luego, en general, ha tenido una influencia importante en la historia clínica de atención primaria¹⁴ y que se ha convertido en la norma para los residentes de Pediatría en España pues se ha incorporado a su manual de referencia¹⁵.

Entre otros hospitales que debe ser mencionados por su interés en la Documentación Médica figuran la Fundación Giménez Díaz, el Hospital de Valdecilla, la Fundación Puigvert de Barcelona y el Hospital Clínico de Granada. La Fundación Puigvert merece una mención más detallada, pues tuvo una especial sensibilidad, manifiesta en un importante desarrollo de la información asistencial que impulsó su Gerente (Dº. Esperanza Martí) y en que, algunos años más tarde, sería el primer hospital de Cataluña que contrató específicamente un Médico Documentalista (la Dra. María Rovira, actual presidenta de la SEDOM). Por otra parte, el Hospital Clínico de Granada organizó un Servicio de Documentación Médica, inicialmente muy dotado, bajo la dirección de la Dra. Petró Ocón, y tuvo una gran influencia en Andalucía Occidental, donde hoy existen varios núcleos de Médicos Documentalistas.

El hecho más significativo de dimensión nacional, a mediados de los años 70, para la organización de la información hospitalaria fue la renovación de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. En 1974 se constituyó una comisión formada por representantes de la Dirección General de Sanidad, del Instituto Nacional de Previsión, de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, del Instituto Nacional de Estadística y algunos expertos exter-

nos, con el propósito de modernizar la estadística de morbilidad atendida en hospitales.

Dos graves hechos se pusieron inmediatamente de manifiesto: 1) no existía la seguridad, ni la obligación legal, de un registro exhaustivo de los enfermos ingresados y dados de alta en los hospitales, y 2) no existía ninguna garantía, ni obligación legal, de la existencia de historias clínicas e informes de alta de todos los enfermos hospitalizados para garantizar la captura de los datos de morbilidad.

Como consecuencia se adoptaron una serie de disposiciones legales para hacer posible la recogida de datos de morbilidad. Estas disposiciones^{16,17} establecieron la obligatoriedad legal para todos los hospitales de un Libro de Registro normalizado, donde debían constar todos los ingresos y altas del hospital, y de una ficha normalizada para cada admisión. Esta ficha era, a lo vez, un documento de recogida de datos y una orden de ingreso, y se acompañaba de otra ficha complementaria (la "cara B"), que servía para que, enviada a la sala de hospitalización, fuera cumplimentada con los diagnósticos al alta del paciente y devuelta de nuevo a Admisión donde los datos de morbilidad eran introducidos en el Libro de Registro.

Si es sorprendente que en 1975 no hubiera en España una legislación básica sobre estos aspectos, no es menos asombroso que el Grupo de Trabajo, con una intención pragmática, eludiera cuidadosamente utilizar la historia clínica -más exactamente: el informe de alta- como fuente de datos de morbilidad, por el temor (fundado en la experiencia común del momento) o que, de basarse en las historias clínicas, no se pudiera garantizar la recogida de datos por falta de los documentos necesarios.

Esta decisión, transformada en norma legal, tuvo efectos positivos y, también, consecuencias perversas:

Un efecto positivo fue que era la primera norma legal que reguló, para todos los hospitales, unos procedimientos normalizados para el registro de pacientes y unos datos mínimos a recoger en cada paciente. Además, las estadísticas de morbilidad pudieron obtenerse.

Pero tuvo, también, efectos negativos:

Por una parte, la recompensa del pragmatismo fue engañosa, pues, aunque es cierto que se pudieron hacer las estadísticas, pronto se hizo evidente que la validez de los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria dejaba mucho que desear. La causa era, precisamente, el no utilizar los documentos clínicos como fuente directa de los datos y el haber introducido transcripciones innecesarias (en el trabajo que se cita, las tasas de detección y de confirmación globales para los diagnósticos fueron del 45%)¹⁸. Actualmente, la introducción del CMBO y sistemas automatizados en muchos hospitales ha permitido mejorar substancialmente la calidad de la Encuesta.

Por otra, a diferencia del modelo de referencia que podríamos haber encontrado en Gran Bretaña o en Estados Unidos, la solución adoptada acentuó el distanciamiento entre la información sanitaria de origen clínico y la propia historia clínica; y entre las unidades hospitalarias encargadas de la información sanitaria y los archivos clínicos y sus sistemas de recuperación de la información.

Dé tal modo, que la historia clínica quedó marginada de los sistemas de información que iban organizándose en las unidades de Admisión. Las cuales se desarrollaban, lógicamente, según principios ajenos a los métodos y técnicas habituales en los modelos profesionales de la Documentación Médica hospitalaria (*medical record managers, health information officers, etc.*)^{10,11,12,20} y limitados a los procedimientos administrativos al uso en esas unidades, que al mismo tiempo quedaron reforzadas.

En resumen, en los años 70, a excepción de algunos focos sueltos, como norma general, no hay servicios o unidades hospitalarias de Documentación Médica (cualesquiera que sea el nombre que se prefiera) en los hospitales españoles. No existe legislación alguna al respecto. Los archivos de historias clínicas son meros depósitos, no hay ninguna explotación institucional de datos directamente de la historia clínica y las unidades de Admisión, que incorporan algunas responsabilidades de información, tienen un carácter meramente administrativo.

Esta situación se prolongó sin variaciones significativas hasta entrada la década de los años 1980. Así, Roger²¹ indicaba que en España, en 1985, había sólo algunos hospitales aislados en algunas regiones que pudieran procesar el CMBO europeo.

Los años 1980

La década que se inicia en 1980 es un periodo de impulso a los sistemas de información hospitalarios, motivado por fuertes exigencias de información para la gestión, desde unos planteamientos orientados a la medida cuantitativa de la actividad en ausencia de información clínica.

Ciertamente, éste es un periodo de modernización de la gestión hospitalaria desde una determinada perspectiva, en la que el poder de decisión se organiza centralmente en los hospitales y en las redes asistenciales, y, como consecuencia, es un momento de refuerzo de los sistemas de información hospitalarios, dirigidos al control del volumen de actividad desde una Dirección centralizada. Pero, éste es, también, el periodo en el que se produce una fractura extraordinariamente negativa en el seno del sistema de información hospitalario.

Las causas de esta fractura se habían iniciado con la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria y los elementos que acentúan la crisis en los años 80 pueden resumirse en que, a una fuerte y repentina demanda de información cuantitativa rápida (no ligada a la información clínica) sobre actividad del hospital, con objeto de poder gestionarlo a más rendimiento desde una Dirección centralizada, se unieron varios hechos: 1) Uno era que, en la mayoría de hospitales, no se habían desarrollado sistemas de información clínica (por lo que ni existían estos medios, ni la cultura de utilizarlos). 2) Otro, que los indicadores basados en la información clínica quedaban fuera de las necesidades gerenciales generalizadas del momento. 3) Otro más y definitivo (consolidado con el Real Decreto 521/1987), el hecho de que, en los hospitales del INSALUD, los archivos de historias clínicas (o las Unidades de Documentación Clínica, donde los había con personal médico) dependían de la Dirección Médica (es decir, con objetivos asistenciales), mientras que las de Ad-

misión dependían de Gerencia (es decir, con objetivos de Dirección). Lógicamente, fueron las unidades de Admisión las que resultaron reforzadas de nuevo para mayor poder atender lo que se les exigía desde donde, a su vez, se les podía dotar adecuadamente. Y a todo esto se unió el elevado número de responsables médicos navales, tanto en los niveles gerenciales, como en Admisión, que inevitablemente carecían, en muchos casos, de la necesaria experiencia específica previa en sistemas de información hospitalarios.

Con independencia de las buenas intenciones, el efecto fue la degradación progresiva de las Unidades de Documentación, situadas al margen de las prioridades y del flujo de recursos, y el refuerzo de las Unidades de Admisión, absorbiendo, incluso, tareas como la indexación de historias clínicas. Y, lo que es especialmente lamentable, llegando a plantearse enfrentamientos entre los profesionales que trabajaban en uno u otro tipo de unidad.

El escaso interés por la información clínica se hace evidente y sorprende si consideramos que la aprobación del Conjunto Mínimo Básico de Datos de 14 ítems por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no se produjo hasta 1987, cuando las recomendaciones sobre el CMBO de la CEE eran conocidas desde 1981¹² y en 1983 habían sido presentadas a la Comisión de Información Sanitaria de la Dirección General de Salud Pública; que los sistemas de información clínica y el CMBO son necesarios para la gestión por case-mix²²; y que se sabía que en España había sólo algunos hospitales individuales en algunas regiones que pudieran procesar el conjunto mínimo básico de datos europeo²³.

Tabla 2
Algunos hitos legislativos de interés para la institucionalización de la Documentación Médica hospitalaria (lista incompleta)

Obligatoriedad del Libro de Registro en los hospitales - Real Decreto 1360/1976 de 21 de Mayo del Ministerio de Gobierno.
Indicadores para la evaluación del rendimiento de los hospitales - Orden de 2 de Septiembre de 1978 del ministerio de Sanidad y Consumo.
Obligatoriedad del Informe de Alta - Orden del 6 de Septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo.
Aprobación del CMBO de 14 ítems por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 1987.
Obligatoriedad de la Historia Clínica (en la Comunidad Valenciana) - Decreto 56/1988, de 25 de Abril, del Consell de la Generalitat Valenciana.
Creación de las Unidades de Documentación Clínica y Admisión (en la Comunidad Valenciana) - Decreto 122/1988, de 29 de Julio, del Consell de la Generalitat Valenciana.
Regulación del conjunto mínimo básico de datos en la información hospitalaria (en la Comunidad Valenciana) - Orden de 8 de Octubre de 1992 de la Conselleria de Sanitat i Consum.

Por otra parte, la Orden del 6 de Septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo introdujo la obligatoriedad del Informe de Alta, y, en algunas comunidades autónomas, como la Valenciana, se produjeron otros hechos legislativos importantes. Así, en la Comuni-

dad Valenciana se legisló la obligatoriedad de la Historia Clínica completa²⁴ y, lo que, sin duda, es de enorme trascendencia: se legisló la creación de las Unidades de Documentación Clínica y Admisión²⁵.

No es posible exagerar la importancia de la creación de las Unidades de Documentación Clínica y Admisión, como un ente integrado e integrador de la información asistencial hospitalaria, clínica o procedente del movimiento de pacientes. (A este respecto se debe recordar y mencionar a la Dra. María Antonia Fernández Pla, a quien deben mucho los dos decretos). La creación de las Unidades de Documentación Clínica y Admisión en la Comunidad Valenciana no fue sólo una decisión política en relación con las líneas jerárquicas de organización general del hospital, sino que intentó ser la expresión orgánica de un modelo de sistema de información asistencial hospitalario integrado.

Simplificando y limitándonos, para abreviar, al área de hospitalización, el sistema de información asistencial hospitalario integrado se compone de dos grandes subsistemas fundamentales: a) El Subsistema de Información sobre Movimiento de Pacientes; y b) El subsistema denominado Sistema de Recuperación de la Información Clínica (SRI Clínico). Ambos son complementarios e inseparables y cuentan con un elemento común: el Índice de Pacientes.

El Subsistema de Información sobre Movimiento de Pacientes es el que radica en las unidades de Admisión. Es de actualización inmediata, a partir de los registros de entradas o salidas y mediante una red de comunicación con todas las unidades asistenciales. En teoría, proporcionaría instantáneamente, la información corriente sobre entradas, salidas y traslados de los pacientes y la disponibilidad de camas; y debe producir, recuperación selectiva de pacientes que cumplen ciertas condiciones (por ejemplo, pacientes con más de un cierto número de días de estancia) y los indicadores hospitalarios típicos de Admisión, poco refinados pero rápidos, como son el número de altas o de ingresos, los promedios de estancia, porcentajes de ocupación, etc., que están basados en la cuantificación de los movimientos anotados por el sistema y la agregación de resultados parciales, pero necesariamente disociados de los datos clínicos.

El SRI Clínico tiene como tareas fundamentales el mantenimiento de la historia clínica única por paciente integrado y acumulativa (el documento primario del sistema integrado), el del Archivo Central de Historias Clínicas (la memoria pasiva) y organizar una adecuada memoria activa que permite la recuperación selectiva de conjuntos de expedientes clínicos y la producción de información estadística compleja e indicadores, a partir de un conjunto de datos extraídos sistemáticamente de cada episodio asistencial. A diferencia de los indicadores procedentes del simple movimiento de enfermos (Subsistema de Información sobre Movimiento de Pacientes), los producidos por el SRI Clínico relacionan las características personales, demográficas, administrativas, asistenciales y clínicas para cada enfermo individual. Estos indicadores han sido la base de los sistemas de información hospitalaria como los desarrollados en Gran Bretaña desde finales de los años 60^{26,27}. El índice de pacientes es un dispositivo indispensable tanto para la circulación de pacientes, como

para el mantenimiento de la historia clínica única por paciente.

En la experiencia valenciana, en general, se ha mantenido una organización integrada de la información hospitalaria, que se ha desarrollado incorporando, en términos de SRI, todos los dispositivos de información propios de las Unidades de Admisión. La creación de las Unidades de Documentación Clínica y Admisión se completó con la convocatoria de oposiciones para Médicos de Documentación Clínica y Admisión y con Médicos Documentalistas profesionalizados interinos.

En la mayor parte de España, donde no existía un modelo integrado de información hospitalaria, al deterioro de las Unidades de Documentación Clínica se unieron dos factores negativos de los que, seguramente, fueron víctimas muchos Médicos Documentalistas: a) No existiendo una formación reglada y una tradición corporativa previa, bastantes Médicos Documentalistas tuvieron dificultades para interiorizar un perfil profesional completo. Incluso, en algunas ocasiones, se valoró (y autovaloraron subjetivamente) más su importancia 'política' que su labor técnica concreta, y fueron percibidos más como 'controladores' e 'informadores' al servicio de la Gerencia, que como profesionales de la información al servicio del Centro. b) Así mismo, en ausencia de una formación reglada previa, la fuerte demanda de servicios y productos informativos que sufrían los Médicos Documentalistas condicionó, en muchas ocasiones, unos procedimientos de trabajo empíricos, necesariamente apresurados y que, lógicamente, en general, tenían su mejor referente en las prácticas administrativas tradicionales, ajena a la metodología de los sistemas de información.

Un factor que, con sus limitaciones, también ha sido inegablemente positivo en la Comunidad Valenciana ha sido la presencia de un curso de postgrado de especialidad para formación de Médicos Documentalistas. Es el Master de Especialidad en Documentación Médica, que se inició en 1987 y ahora va por su sexta edición. Este curso no es obligatorio, pero prácticamente todos los documentalistas que trabajan hoy en los hospitales de la Comunidad Valenciana lo han hecho y, cuanto menos, ha permitido compartir y desarrollar un esquema profesional común y difundir, más allá de la rutina diaria hospitalaria, los principios metodológicos básicos de desarrollo y gestión de los sistemas de información.

Los años 1990

La década de los 90 es la del CMBD, las Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) y la de la recuperación de la información clínica para analizar las gestión por caso mixto.

El paso a primer plano de la necesidad de medir el producto hospitalario, para conocer la eficiencia de la gestión, y de utilizar sistemas de clasificación de pacientes basados en la información clínica, para medir dicho producto hospitalario^{28,29}, ha producido una revalorización y una demanda de la información clínica y de su calidad, que ha ampliado de nuevo el panorama de responsabilidades profesionales de forma generalizada. El Sistema Nacional de Salud³⁰ y las Comunidades Autónomas (por ejemplo, la Valenciana³¹), comienzan la explotación de las bases de datos del CMBD.

Además, se producen dos hechos desde la Subdirección General de Información y Estadísticas Sanitarias del Ministerio de Sanidad que merecen ser subrayados: una actividad para la normalización del uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades¹³ y su traducción al español¹⁴; y hacia la calidad de la indexación de la información clínica¹⁵. En todo lo cual, el Dr. Agustín Rivera Cuadrado ha jugado un importante papel.

Por lo tanto, estamos en una etapa de revalorización de la información clínica y de integración de las vertientes que anteriormente se habían distanciado. Pero cabe señalar todavía la ausencia de protagonismo de un componente fundamental: la propia historia clínica como documento primario. Los problemas de su gestión física y organización, siguen siendo una asignatura pendiente a pesar de lo que se ha avanzado en propuestas de historia clínica normalizada.

Otro hecho, cuyo efecto resultará interesante analizar desde un punto de vista técnico, se ha producido en los últimos años: el cambio de signo político en el gobierno del Estado y de muchas Comunidades Autónomas y el subsiguiente relevo de responsables de la gestión hospitalaria.

Sin entrar en juicios de valor ideológicos, el hecho es que una importante proporción de los Médicos Documentalistas actuales se había incorporado a la vida profesional y la había desarrollado enteramente bajo la autoridad de unos determinados responsables, formándose en unos principios de gestión muy centralizada; un perfil de usuarios preferentes compuesto esencialmente por los Gerentes hospitalarios y Servicios Centrales de las correspondientes redes sanitarias; y un perfil muy rígido de necesidades de información de interés central.

El cambio de responsables que se ha producido en los últimos años repite: sin entrar en consideraciones ideológicas, que siempre son respetables, lo que aquí interesa es el hecho del cambio de cliente: seguramente, ha implementado, para muchos Médicos Documentalistas tener que diferenciar entre lo que había de métodos y técnicas profesionales y lo que había de identificación con un cliente específico en su formación y actividad profesional.

El cambio para el Médico Documentalista será tanto más grande, cuanto mayor sea la autonomía de gestión y responsabilidad que se confiera a los Hospitales individuales, y a los Servicios y Unidades dentro de los Hospitales, en un marco de competitividad, donde lo que posiblemente marcará las diferencias entre Hospitales será la aplicación eficiente de una práctica clínica de calidad con una complementaria gestión clínica rigurosa. Véase, por ejemplo, la síntesis de López Arbeloa¹⁶.

Estas nuevas circunstancias obligarán al Médico Documentalista a volver sobre los principios de diseño y gestión de los sistemas de información, para reanalizar su práctica profesional y hacer frente a nuevas demandas procedentes de nuevos clientes para nuevos objetivos. Pero, además, estas nuevas demandas, a diferencia de los mecanismos jerárquicos a los que el Médico Documentalista estaba habituado, no necesariamente deben aparecer explícitas en instrucciones formales, sino que el propio Médico Documentalista deberá ser responsable

de indagarlas y hacerlos explícitos.

Así pues, el Médico Documentalista debe desburocratizarse y transformarse en un profesional capaz de diagnosticar activamente necesidades cambiantes de información, en un *information broker*¹⁷ y en un diseñador y gestor de sistemas y dispositivos de información y comunicación, adaptados a un conjunto cada vez más complejo y descentralizado de usuarios, para quienes el Médico Documentalista no tiene más valor específico que el servicio que pueda darles, concretamente, resolviendo problemas informativos.

Sin embargo, como he mencionado al comienzo, el problema del Médico Documentalista no reside en la falta de reconocimiento externo. El reconocimiento externo y la demanda existen. Esto podría ser más una situación formal que de fondo.

Creo que es importante considerar que, posiblemente, la percepción (por los responsables de la gestión) y auto-percepción borrosa que el Médico Documentalista tiene de su perfil profesional es consecuencia, en buena medida, de las contradicciones y posicionamientos parciales y subjetivos, que resultan de una apreciación superficial (y, a veces, cegada por el interés particular) de los acontecimientos de las décadas anteriores y de los cambios recientes. Este es un aspecto básico a superar por parte del colectivo profesional y de las instituciones asistenciales. Pero la terapéutica de este mal de los Médicos Documentalistas, no será otra que la formación y el trabajo profesional individual, el trabajo profesional colectivo en las sociedades profesionales, la publicación de la experiencia; y la formación regular, al comienzo y en un reciclaje continuado.

En este sentido, un factor que influye decisivamente en la debilidad profesional de los Médicos Documentalistas y que, seguramente, será uno de los lastres más graves para su desarrollo profesional y científico futuro, es el enorme retraso de casi todas las Universidades Españolas en el desarrollo e institucionalización de las tareas de docencia e investigación en Documentación Médica. Por una parte, para la docencia en la formación especializada de los Médicos Documentalistas y como complemento de la formación de los estudiantes y profesionales de las Ciencias Médicas. Pero, por otra parte, igual o más importante, para generar una masa crítica de docentes e investigadores que contribuya a un desarrollo científicamente riguroso y prácticamente útil de la Documentación Médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Papeles Médicos. (1992-). Zaragoza: SEDOM.
2. Documentación Médica Española. (1994). Valencia: Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia.
3. López Piñero JM. El número cien del Índice Médico Español. *Índice Médico Español*, 1969; 100: 7-10.
4. Acheson ED. *Medical Record Linkage*. Oxford: Oxford University Press, 1967.

5. Whitby IG, Lutz W. (eds). *Principles and practice of Medical Computing*. Edinburgh: Churchill & Livingstone, 1971.
6. Peris R. Archivo Central de Historias Clínicas: integración y recuperación de la información. *Med Esp* 1974; 72: 35-43.
7. Weed LL. *Medical records, medical education, and patient care*. Cleveland: Press of Case Reserve University, 1969.
8. National Committee on Vital and Health Statistics. *Uniform Hospital Discharge Data. Minimum Data Set*. Washington: DHEW Publication No. (PHS) 80-1157, 1980.
9. Benjamin B. *Medical Records*. London: William Heinemann, 1987.
10. Huffman EK. *Medical Record Management*. Chicago: Medical Records Co., 1981.
11. García Cubero A. *El Archivo Central de Historias Clínicas. Su organización hospitalaria*. Madrid: Ministerio de Trabajo, INP, 1969.
12. Peris Bonet R, Colomer Sala J, López Piñero JM, Terrada MI. La Historia Clínica Orientada por Problemas. Nota previa sobre la aceptación del modelo Weed a nuestro sistema documental. *Med Esp* 1976; 75: 1-7.
13. Peris R, Colomer J, Terrada MI, Brines J, Borrajo E. Historia Clínica Pediátrica Orientada por Problemas. *An Esp Pediatr* 1977; 10: 785-800.
14. *La Historia Clínica per a l'Assistència Primària*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut i Seguretat Social, 1984.
15. Crespo Hernández M, et al (eds). *Manual de Residentes de Pediatría y sus Áreas Específicas. Guía formativa*. Madrid: Asociación Española de Pediatría, 1997.
16. Real Decreto 1360/1976 de 21 de Mayo del Ministerio de Gobierno, por el que se establece la obligatoriedad del Libro de Registro.
17. Resolución de la Dirección General de Sanidad del 10 de Noviembre de 1976 por la que se establece la obligatoriedad de la ficha de enfermo.
18. Martínez Jiménez R, García Benavides F. Evidencias sobre la Calidad de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. En: *Taller sobre "Encuesta de Morbilidad Hospitalaria"*. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
19. Waters KA, Murphy GF. *Medical Records in Health Information*. London: Aspen Systems, 1979.
20. Grémy F. *Informatique Médicale*. Paris: Flammarion, 1987.
21. Roger FH. *Standardisation and Harmonization of Medical Data Classification Systems in Europe*. Brussels: Catholic University, 1986.
22. Lambert PM, Roger FH. (eds). *Hospital Statistics in Europe*. Amsterdam: North-Holland, 1982.
23. Lichig IK. *Hospital Information System for Case Mix Management*. New York: John Wiley, 1986.
24. Decreto 56/1988, de 25 de Abril, del Consell de la Generalitat Valenciana.
25. Decreto 122/1988, de 29 de Julio, del Consell de la Generalitat Valenciana.
26. Orden de 8 de Octubre de 1992 de la Conselleria de Sanitat i Consum.
27. Rowe RG, Brewer W. *Hospital Activity Analysis*. London: Butterworths, 1972.
28. Heasman MA. *Scottish Hospital In-Patient Statistics. Sources and Uses*. *Health Bull*, 1968; 26: 1-19.
29. Casas M, Wiley MM. (eds). *Diagnosis related Groups in Europe. Uses and Perspectives*. Berlin: Springer-Verlag, 1993.
30. Sistema Nacional de Salud. Año 1992. *Explotación de Bases del CMBD*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
31. *Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) en los Hospitales de la Conselleria de Sanitat i Consum de la Comunidad Valenciana. Distribución de Altas y Estancias*. Año 1993. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum, 1995.
32. *Manual de Aprendizaje. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación Clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad i Consumo, 1997.
33. *Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación Clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
34. Sistema Nacional de Salud. Año 1994. *Explotación de bases del CMBD*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
35. López Arbeloa P. Gestión clínica. *Pap med* 1997; 6 (3): 27-31.



PAPELES PARA EL DEBATE

INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

DOCUMENTO FINAL DEL GRUPO DE EXPERTOS SOBRE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

El Ministerio de Sanidad y Consumo remitió a la Presidenta de la Sociedad Española de Documentación Médica para su conocimiento y difusión entre los asociados, el documento elaborado por un grupo de expertos sobre Información y Documentación Clínica. Este grupo fue creado para: "clarificar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los facultativos, pacientes y las propias instituciones". En sus conclusiones, presentadas en Noviembre de 1997, manifiestan la necesidad de que el Parlamento se plantea la promulgación de una ley de rango suficiente que permita despejar las dudas sobre el uso de la información clínica y no clínica generada, incluyendo aquella que contiene la Historia Clínica.

Dado el interés profesional de este trabajo publicamos el documento íntegro.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Subsecretaría, ante la necesidad de desarrollar los derechos de los ciudadanos en materia de información y documentación clínica, expresados inicialmente en la Ley General de Sanidad, decide crear un grupo de trabajo encargado del estudio de los avances producidos en su definición, así como la propuesta de desarrollo futuro.

El objetivo de este estudio consistía en fijar criterios que, con el adecuado rango normativo, permitiesen clarificar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los facultativos, los pacientes y las propias instituciones sanitarias integradas en el Sistema Nacional de Salud, en este ámbito.

El grupo de expertos, constituido por las personas referidas al final del documento, se configuró a partir de las que fueron invitadas por su reconocido prestigio en el campo de la información y documentación clínica, de la ética y del derecho, para conseguir una visión interdisciplinar amplia que permitiese tener en cuenta todas las perspectivas. El Ministerio de Sanidad y Consumo invitó también a las Comunidades Autónomas con Servicios de Salud transferidos a colaborar en dicho grupo, mediante la participación en el mismo de expertos en el tema, que pudiesen ofrecer la visión de los distintos Servicios de Salud.

La primera reunión tuvo lugar el día 16 de junio de 1997. En la misma se estableció el repertorio de temas a considerar, que fueron los siguientes:

- información clínica (incluyendo información para el consentimiento informado),
- información para proyectos docentes y de investigación,
- historia clínica,

- información al usuario,
- certificados acreditativos del estado de salud,
- constatación del proceso (informe de alta),
- información y documentación clínica informatizada.

A continuación, uniendo por afinidad cada una de estas materias, se constituyeron 3 subgrupos de trabajo encargados de su desarrollo.

Los subgrupos de trabajo fueron los siguientes:

- Información clínica
- Información de la Historia Clínica
- Información no clínica al usuario

Los trabajos se desarrollaron en paralelo, combinando sesiones individuales de cada grupo con las plenarias, alcanzando finalmente un documento de consenso el día 26 de noviembre de 1997.

LA INFORMACIÓN CLÍNICA

1. INTRODUCCIÓN

Cuando se habla del deber de información clínica se tiende a identificar tal exigencia con la explicación al paciente de todos aquellos extremos que son necesarios para que éste pueda emitir un consentimiento válido en relación con su tratamiento (consentimiento informado). Sin embargo, cada vez está más ampliamente asumido por profesionales sanitarios y juristas que el deber de información clínica presenta una doble vertiente, según su función. Por un lado está el deber de información como presupuesto del consentimiento informado y, por otra, el deber de información como presupuesto indispensable de un tratamiento óptimo. La información como derecho autónomo del paciente, se configura como aquel derecho a conocer la información disponible, en términos adecuados, comprensibles y suficientes sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, sin estar orientadas a otro fin que el conocimiento por el paciente de su proceso. Dentro de este último se encuentra lo que se denomina deber de información terapéutica que no es más que aquella información obligada por las necesidades del tratamiento.

Aún cuando la información como presupuesto del consentimiento informado constituye el núcleo esencial de la información clínica, por cuanto la información en el proceso clínico está orientada fundamentalmente a la toma de decisiones en relación con el tratamiento, no debe menospreciarse el valor de la información terapéutica para alcanzar la colaboración necesaria del paciente (o de terceros) en aras al éxito del tratamiento.

2. CONSIDERACIONES GENERALES

El artículo 10 de la Ley General de Sanidad (LGS) constituye en este momento el marco normativo general más importante en relación con la información clínica. Asimismo, es de aplicación en el ámbito sanitario la Ley Orgánica 5/1992, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal (LORTAD). Este marco normativo puede y debe ser armonizado con los artículos 5 a 9 del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa firmado en Oviedo en abril de 1997, aún pendiente de su ratificación por las Cortes Generales y publicación en el Boletín Oficial del Estado.

La poca concreción de los apartados 10.5 y 10.6 de la LGS en relación a los elementos y formas de información a los que deben atenerse los profesionales sanitarios ha provocado inseguridad entre los mismos. Dicha inseguridad ha aumentado ante la diversidad de interpretación de estos criterios por parte de los tribunales.

Se plantea entonces el dilema de si debe o no emitirse una norma jurídica que siente una serie de pautas claras que unifiquen mínimamente los elementos, cantidades y formas de información. La producción de una norma tal tiene sus ventajas e inconvenientes. La principal ventaja es que dará luz y seguridad a toda la sociedad, incluyendo los propios profesionales sanitarios. Sus principales peligros son dos:

Uno, que los profesionales sanitarios lo vivan como una agresión e intrusión en el mundo de las relaciones con sus pacientes. Dicha concepción como "agresión" suele provenir de la dificultad que tienen los profesionales para comprender que sus deberes para con sus pacientes ya no los establecen unilateralmente ellos desde dentro del propio colectivo sanitario, como la tradición deontológica venía haciendo hasta ahora, sino que existe un cambio cultural dirigido a dar mayor protagonismo al paciente. Pues bien, la información clínica y el respeto al consentimiento informado constituyen algunos de esos deberes. Pero que eso sea así no quiere decir que los profesionales lo vivan así, por lo que es importante tener muy en cuenta el segundo peligro.

Este segundo peligro es pensar (las Administraciones e Instituciones Sanitarias) que con hacer una norma jurídica se va a solucionar el problema de la información clínica y, por extensión, del consentimiento informado. Esto sería ingenuo e irresponsable. El problema de la información clínica no es tanto un problema legal, como un problema de cambio de paradigma en las relaciones sanitarias: del paternalismo tradicional a la participación en la toma de decisiones sanitarias. Y el aprendizaje de esta nueva relación exige cambios de mentalidad en los profesionales que no se consiguen sólo "a golpe de decreto", sino mediante la implantación de medidas educativas, formativas y de participación de los profesionales. Esto es imprescindible para evitar que algunos profesionales interpreten el consentimiento informado como instrumento para una medicina a la defensiva.

Dicha norma podría regular, asimismo, otros ámbitos cuyas disposiciones requieren adaptaciones a la normativa comunitaria y a diversas normas sectoriales (técnicas de reproducción asistida, donación y utilización de embriones, trasplantes, etc.)

No parece haber dudas acerca del rango legal que dicha norma debe tener, en atención a los derechos fundamentales afectados. Dicha norma, además de aquellos elementos nucleares relativos a la información sanitaria debe incorporar aquellos otros que permitan su adaptación a las peculiaridades y a la idiosincrasia de las distintas comunidades, colectivos y centros.

En todo caso, la promulgación de esta norma legal, no excluye, antes a contrario, debe verse fortalecido, por la emisión de guías y protocolos por parte de las Administraciones responsables de los Servicios de Salud que, con el consenso de las corporaciones profesionales y las sociedades científicas, establezcan pautas de actuación y recomendaciones que permitan orientar a los profesionales sanitarios en su quehacer diario, teniendo en cuenta las peculiaridades propias de cada centro y aun las circunstancias de cada paciente.

Ha de tenerse en cuenta que el derecho a la información de los pacientes y todos los presupuestos mencionados anteriormente no afectan únicamente al ámbito de la medicina pública, sino que son de aplicación, en igual medida, al ámbito asistencial privado.

3. LA INFORMACIÓN COMO PRESUPUESTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Resulta difícil separar la información clínica del contexto ético y jurídico que le da sentido, que no es otro que el del consentimiento informado entendido como un proceso de interacción entre sanitario y usuario destinado a tomar decisiones clínicas. De hecho no son meros problemas que la información -en este momento en nuestro país- otros componentes de la teoría del consentimiento informado, como la voluntariedad del sujeto, los elementos de evaluación de su capacidad para tomar decisiones, la aplicación de excepciones como peligro para la salud pública o urgencia, o la complejidad de las decisiones de representación. De hecho, cualquier medida tendente a mejorar la información clínica debe aplicarse teniendo en cuenta su profunda imbricación con el resto de los elementos que conforman el consentimiento informado.

La información clínica forma parte, también en buena medida, del proceso de participación activa de los pacientes o usuarios en la toma de decisiones clínicas. En este sentido, lo primero que hay que señalar es que la información constituye un proceso de relación y es, por tanto, un proceso dialógico, habido en el cual se produce una continua interacción e intercambio de información entre el sanitario y el paciente. Es quizás en este sentido genérico y relacional en el que debería interpretarse el término "información completa y continuada" de la LGS. Podría decirse que desde este punto de vista el criterio de información a aplicar en la relación clínica es siempre "subjetivo", es decir, a un paciente hay que proporcionarle toda la información que necesita para tomar una decisión. El asunto estriba pues en aprender a detectar las necesidades y deseos de información, en mantener una actitud abierta y despierta en este sentido, en saber hacer y recibir preguntas, etc. Así se conforma la información "adecuada" de la que habla el artículo 5 del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina.

Pero la cuestión más preocupante, y la que genera la mayor parte del conflicto es que el artículo 10.5 de la LGS no sólo habla de información "completa y continua" en relación a la información verbal, sino también a lo escrito. Y esto es imposible de aplicar en la práctica clínica.

En lo que sigue utilizaremos el término "intervención" para referirnos a todo acto médico que se realiza sobre el cuerpo de un paciente con el fin de diagnosticar o tratar un proceso patológico.

Antes que nada debemos distinguir entre "de qué debemos informar" y "cuánta información hay que dar".

3.1. De qué debemos informar:

Un formulario escrito de consentimiento informado debe respetar, al menos, los siguientes criterios de información:

- Naturaleza de la intervención: en qué consiste, qué se va hacer.
- Objetivos de la intervención: para qué se hace.
- Beneficios de la intervención: qué mejoría espera obtenerse.
- Riesgos, molestias y efectos secundarios posibles, incluidos los derivados de no hacer la intervención.
- Alternativas posibles a la intervención propuesta.
- Explicación breve del motivo que lleva al sanitario a elegir una y no otras.
- Posibilidad de retirar el consentimiento de forma libre cuando lo deseé.

3.2. Cuánta información hay que dar:

Más específicamente, en relación a la información sobre riesgos en los formularios escritos de consentimiento informado, debe ser la siguiente:

- Consecuencias seguras de la intervención.
- Riesgos típicos de la intervención: aquellos cuya producción deba normalmente esperarse, según el estado y conocimiento actual de la ciencia.
- Riesgos personalizados: aquellos que se derivan de las condiciones peculiares de la patología o estado físico del sujeto, así como de las circunstancias personales o profesionales relevantes.
- Contraindicaciones.
- Disponibilidad explícita a ampliar toda la información si el sujeto lo desea.

Según la interpretación doctrinal mayoritaria, incluyendo la jurisprudencia, esta información debe ampliarse al máximo cuando la intervención es "no curativa". El problema es que en la realidad clínica resulta cada vez más difícil diferenciar entre intervenciones "curativas" y "no curativas".

Resulta imprescindible que toda la información se redacte en un lenguaje accesible y comprensible para el paciente, despojado en lo posible de tecnicismos. Las técnicas de análisis de la legibilidad que se están validando en nuestro país pueden ser un instrumento útil para

evaluar qué grado de comprensión de los formularios de consentimiento informado tendrá el ciudadano medio.

Resulta controvertido el uso de "porcentajes numéricos" en la expresión de riesgos. Por una parte otorgan precisión a la información, pero por otra la vuelven más incomprendibles para los pacientes porque no tienen costumbre de manejo de lenguajes probabilísticos.

Además, la "relevancia estadística" no se correlaciona siempre necesariamente con la "relevancia clínica". También es importante señalar que dependiendo del lugar de obtención de dichos porcentajes (literatura científica, consústica del Sistema Nacional de Salud, del hospital, o de un facultativo concreto), éstos pueden resultar muy dispares. Por otra parte la traducción de porcentajes numéricos en expresiones lingüísticas como "muy frecuente", "raro", etc., es también problemática porque no hay consenso sobre su significado exacto: ¿qué significa "excepcional" en términos probabilísticos? Con carácter general, se evitará el uso de porcentajes.

3.3. Cuándo debe utilizarse la información escrita:

Una vez dilucidada la cuestión de los criterios y estándares se plantea ahora la cuestión de clarificar en qué intervenciones debe utilizarse la información escrita.

En primer lugar, debemos insistir en que la historia clínica sigue siendo el lugar fílico por antonomasia para registrar procesos de información y consentimiento, aunque los profesionales no suelen entenderlo así. De hecho debería recomendarse a los profesionales que adquirieran el hábito de incluir en las hojas de "evolución clínica" comentarios y anotaciones acerca de aquello que hablan con sus pacientes. Además de ser un signo de calidad, tiene valor probatorio a efectos jurídicos.

En segundo lugar, sería conveniente especificar algunos criterios que indiquen cuándo una intervención es susceptible de tener formulario escrito de consentimiento informado. Podrían ser los tres siguientes, vinculados todos ellos a las peculiaridades del procedimiento diagnóstico o terapéutico en cuestión:

- Aquellos procedimientos que son invasores requieren el uso de formularios de consentimiento informado. El problema es definir cuál se entiende por procedimiento "invasor".
- Aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que suponen riesgos e inconvenientes, notorios y previsibles, no inherentes a la actuación clínica (*per se*) que representan de manera importante en las actividades de la vida cotidiana.
- Cuarto más dudoso sea la efectividad de un procedimiento diagnóstico o terapéutico más necesario es desarrollar cuidadosos procesos de información y consentimiento y, por tanto, más necesario el uso del soporte escrito.

En cualquier caso, el concretar finalmente los procedimientos susceptibles de formulario escrito de consentimiento informado es una cuestión que debe dejarse a recomendación de las Administraciones, las Sociedades Científicas, los Comités Asistenciales de Ética, las Instituciones, etc. Y en última instancia es una decisión y una responsabilidad de los propios profesionales.

3.4. Destinatarios de la información:

la cuestión de quién sea el destinatario de la información debe resolverse, como ha señalado la doctrina, por aplicación del ordenamiento jurídico, y en particular del Derecho Civil. En principio, el destinatario de la información es el propio paciente o usuario o la persona legitimada para recibirlo. Se presumirán legítimos a estos efectos sus familiares más próximos y los acompañantes en el momento de la admisión en el hospital, si así lo autorizó el paciente. En el caso de menores o incapaces se recurrirá a la figura del representante o parente más próximo y, cuando así lo exijan las leyes para determinados supuestos especiales, se informará, si es preciso, al propio juez (por ejemplo en los supuestos de internamiento psiquiátrico involuntario).

Aún cuando la jurisprudencia y la doctrina ya lo había puesto de manifiesto, el artículo 6.2, del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina exige ponderar el grado de madurez del destinatario, especialmente cuando se trata de un menor, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 162.1 del Código Civil.

En el caso de que el médico dude de la capacidad de hecho del paciente para tomar decisiones, aun cuando éste siendo mayor de edad y legalmente capaz haya dado su consentimiento a la intervención, parece recomendable recabar de los familiares que asuman o no la decisión del paciente (artículo 10.6b LGS) y, en caso de discordancia, recurrir al juez.

3.5. Excepciones o límites a la información:

Las excepciones o límites a la información responden a la difícil cuestión de si el deber de información tiene carácter absoluto o, por el contrario, debe ceder en determinadas situaciones.

Con carácter general, detrás de tales excepciones o límites al deber de informar se da un conflicto de intereses entre el principio de autodeterminación que entraña el consentimiento informado, por un lado, y la vida o la integridad física, por el otro.

De acuerdo con la obligación ética central que han inspirado todos los Códigos de Ética Médico desde el Juramento Hipocrático, según la cual el médico debe aplicar su ciencia en beneficio del paciente, parece razonable incumplir el deber de informar cuando del mismo se derive un peligro para el paciente más grave que el perjuicio causado a su derecho a la autodeterminación.

De acuerdo con ello, hay que reconocer determinados límites al deber de información que pueden sistematizarse de la siguiente manera:

a) Situaciones de urgencia

A tenor de lo expuesto en el artículo 10.6c de la LGS y el artículo 8 del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, entendemos que el deber de informar, así como la exigencia del consentimiento, ceden sólo en aquellas situaciones en que "la urgencia no permite demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento", es decir, cuando el paciente no está en condiciones de recibir la información y/o de prestar su consentimiento ni es posible acudir a sus familiares. Esto rige estrictamente por el periodo de tiempo en

que concurre tal situación, de modo que, tan pronto se haya superado, debe informarse inmediatamente al paciente, según se ha dicho con anterioridad.

b) Pronóstico fatal

El pronóstico, tal como ha señalado la doctrina, lejos de excluir el deber de informar constituye una manifestación importante de este deber y, en principio, es un derecho que corresponde a todo enfermo que quiera conocer su verdadero estado de salud. Otra cosa distinta es que este supuesto concorra con una renuncia del destinatario, expresa o tácita.

c) Información claramente prejudicial para la salud del paciente

En este supuesto es ineludible la valoración de los valores en conflicto, para lo cual parece recomendable el asesoramiento del Comité Asistencial de Ética. Este requerimiento es especialmente conveniente cuando la situación descrita concurre con el deseo expresado por el paciente de conocer su verdadero estado de salud. Debe hablarse aquí de necesidad terapéutica.

A hilo de este supuesto, deben tenerse en cuenta las excepciones del artículo 5 de la LORTAD, así como el artículo 10 del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina que, después de establecer en el apartado 2, a modo de regla general, que "toda persona tendrá derecho a conocer toda información obtenida respecto a su salud", prevé en su apartado 3 que "de modo excepcional, la ley podrá establecer restricciones, en interés del paciente, con respecto al ejercicio de los derechos mencionados en el apartado anterior".

d) Renuncia del destinatario

La renuncia a ser informado expresa o tácitamente, mediante hechos concluyentes, ha sido tradicionalmente admitida por la doctrina como un supuesto de excepción o límite efectivo al deber de información.

Recogiendo este criterio, el artículo 10.2 del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina consagra tal excepción o límite al decir que "deberá respetarse la voluntad de una persona a no ser informada", debiendo quedar este extremo debidamente documentado.

3.6. Responsabilidad de informar:

La responsabilidad de informar incumbe al médico responsable del paciente, sin perjuicio de la que corresponde al médico que practica la intervención diagnóstica o terapéutica al realizar las especificaciones adecuadas sobre la técnica concreta.

Otros profesionales sanitarios, tales como los profesionales de enfermería, pueden y deben participar en el proceso de información clínica del paciente, aunque dentro del ámbito de su función propia en el proceso de atención.

Las Administraciones e Instituciones Sanitarias deben ser conscientes de sus responsabilidades respecto a la información clínica. Deben impulsar la elaboración y difusión de guías y protocolos de consentimiento informado, que permitan a los profesionales conocer pautas claras de actuación en este campo. Un modelo básico de formulario escrito de consentimiento de estructura "abierta" que no

genérico- puede ser útil con este objetivo. Deben asimismo facilitar medios de formación de los profesionales en este sentido; incluirlo en los Programas de Formación Continuada, facilitar becas para cursos, etc.

Los Administraciones y las Instituciones deberán contemplar la reelaboración adecuada de procesos de consentimiento informado como una medida de calidad de su institución. Deben, por tanto, desarrollarse indicadores de calidad adecuados, dirigidos a evaluar el esfuerzo de la institución y sus profesionales ante la implantación del consentimiento informado, y no a registrar sólo cuestiones puntuales y poco discriminativas, como puede ser el analizar el número de formularios escritos firmados por servicio, etc.

Las Instituciones Sanitarias deben poner en marcha estructuras específicas de apoyo al proceso de introducción del consentimiento informado. Los Comités de Ética Asistencial pueden ser una de esas estructuras específicas.

Es necesario clarificar las funciones de los Comités Asistenciales de Ética en relación a la información clínica y el consentimiento informado.

Entre las funciones de los Comités Asistenciales de Ética estarán: colaborar en la formación de los profesionales sanitarios de la institución en relación al consentimiento informado; emitir recomendaciones acerca de la confección de formularios escritos de consentimiento informado; asesorar a los profesionales en la confección de formularios escritos de consentimiento informado; evaluar formularios de consentimiento informado.

No es función de los Comités Asistenciales de Ética redactar formularios específicos de consentimiento informado, porque esto es función y responsabilidad de los profesionales y los Servicios clínicos.

En relación a los proyectos docentes donde participan alumnos de medicina o enfermería en el proceso de atención sanitaria de un paciente debe especificarse que los hospitales docentes tienen la obligación de informar a los enfermos que acceden a sus servicios de que en un proceso de atención sanitaria pueden participar activamente alumnos de medicina o enfermería en formación. Es conveniente que dicha información se acompañe de la solicitud a los pacientes de que faciliten en lo posible esa participación porque ello redundaría en beneficio de toda la sociedad, desde una perspectiva solidaria al derecho de todos los ciudadanos a la salud.

Los Médicos Internos y Residentes participarán en la información, de acuerdo al nivel de formación marcado en el programa correspondiente, y con el grado de tutela que en la figura.

LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

1. LA PROPUESTA PRINCIPAL

Se observa la necesidad urgente de:

1. Abordar la definición de los principios esenciales de carácter general en relación con la historia clínica (HC) y la información en ella contenida.

2. Incorporar estos principios y su definición a una ley específicamente sanitaria de rango legal suficiente.

Su ausencia es el origen de muchos de los conflictos y discrepancias que se producen en el tratamiento legal de la HC, y en consecuencia, motivo habitual de inseguridad en el mundo sanitario.

El contenido de la ley que se propugna deberá informar cualquier otra normativa posterior sobre su desarrollo concreto que pueda establecerse en el ámbito estatal o autonómico. Asimismo, esta ley debe permitir adecuar específicamente lo establecido en la LORTAD sobre la protección de los datos de la salud y recoger a tal efecto las Recomendaciones y Convenios de la Unión Europea.

2. LOS PRINCIPIOS GENERALES

Los principios que se enumeran a continuación deben ser aplicados por igual a la totalidad de los Centros y dispositivos sanitarios, con independencia de su titularidad o nivel de complejidad de la asistencia sanitaria que puedan prestar.

A los efectos de la ley que se proclama, estos principios son:

2.1. La finalidad de la historia clínica:

El fin principal de la HC es facilitar la asistencia sanitaria 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 le atienden.

Esta finalidad es la razón de ser la HC y la única que puede justificar:

- Su creación y actualización.
- La naturaleza de los datos que puede contener.
- Su carácter especialmente sensible en relación con la necesaria protección legal que asegure el carácter confidencial de su contenido y por tanto la intimidad de la persona o personas sobre cuya salud hace referencia la información en ella contenida.

2.2. El responsable de la creación y actualización de la historia clínica:

La competencia de la creación y actualización de la HC es del médico que realiza la asistencia sanitaria a la persona, siendo él el único agente que está autorizado para indicar la recogida y actualización de los datos relativos a la salud que en ella se contienen.

2.3. El ámbito, contenido y estructura de la historia clínica:

La HC debe contener la información asistencial generada durante la atención al paciente en todas y cada una de sus visitas a un determinado centro asistencial o área sanitaria.

Los datos que, como mínimo, debe contener la historia clínica han de responder a un conjunto determinado establecido en la propia ley.

Los datos de la HC de una persona en un centro o área sanitaria deben disponerse de tal manera que permita:

- Su consulta integrada de tal manera que por medio de una búsqueda única puedan recuperarse todos los datos de la HC de un mismo paciente, y ello con independencia de su origen en el tiempo o de la unidad donde se recogieron.

- Su consulta coherente y ordenada, para lo cual todas las anotaciones que en ella se realicen deberán contener la fecha, la identificación de la persona que la realiza y la unidad del centro sanitario a la que pertenece.

- Su consulta selectiva y diferenciada por episodios asistenciales que constituyen bloques homogéneos de información que contienen la totalidad de los datos que se han generado en una fracción determinada de tiempo, como consecuencia de un determinado motivo de asistencia sanitaria y bajo una modalidad asistencial concreta: hospitalización, consulta ambulatoria, urgencias, hospital de día u otros que pudieran establecerse.

2.4. El derecho de la información de la historia clínica:

El ciudadano tiene derecho a que la información clínica que se contiene en su HC esté disponible y se utilice de forma adecuada para su asistencia sanitaria, para lo cual es preciso que él mismo colabore de forma leal y veraz en la comunicación de los datos pertinentes que con este motivo, y bajo un criterio médico, le sean requeridos.

2.5. El acceso a la información de la historia clínica:

El acceso a la información clínica de una persona debe justificarse por motivos de la asistencia sanitaria del titular de la misma.

Cualquier otro motivo de acceso a esta información debe tener un carácter excepcional y restringido, estar convenientemente motivado y responder a un interés legítimo susceptible de protección. La ley debe especificar y regular suficientemente estos posibles supuestos que, como mínimo, deben alcanzar a los de investigación y docencia, salud pública, inspección sanitaria y de uso legal por la administración de justicia, velando en cualquier caso porque su utilización sea la estrictamente necesaria, orientada a los datos concretos que estén relacionados con el motivo del acceso, legalmente permitido y manteniendo el carácter reservado de los mismos.

El paciente tendrá acceso de manera ordenada y según la norma existente al efecto en el centro o área sanitaria a los resultados de las exploraciones e informes médicos que le permitan conocer de manera adecuada, veraz y exacta lo que se ha realizado durante el episodio asistencial, así como los datos que sobre su estado de salud están recogidos en la HC y siempre con la necesaria limitación para salvaguardar el carácter confidencial de los datos personales de terceras personas que deberán expresar su conformidad con tal acceso.

En este apartado podría surgir un conflicto entre lo expuesto literalmente en la LORTAD, en su Título III y en la Disposición Adicional Segunda, y lo señalado anteriormente, dados las especiales características de los datos y centros sanitarios.

La ley debe regular los supuestos de acceso por terceros en los casos de menores, incapaces y fallecidos.

Cuando el motivo de acceso a la información clínica no sea el de la asistencia sanitaria en el centro o área sanitaria donde ésta se creó y/o se conserva, podrá establecerse una tasa económica a sufragar por el petitorio. El objetivo de dicha tasa es cubrir los gastos que se derivan de la preparación de los datos para permitir su consulta.

2.6. La custodia y conservación de la información de la historia clínica:

Cuando la asistencia se realiza por médicos adscritos laboralmente a un centro sanitario, la custodia de la HC, y por tanto de la información en ella contenida, es responsabilidad de la dirección del centro sanitario donde ésta se realiza. En caso contrario esta responsabilidad recae directamente sobre el médico que realiza dicha asistencia.

La gestión de la información clínica, su custodia y conservación deben ser asumidas con criterios de responsabilidad por profesionales sanitarios con una adecuada formación técnica. La ley debe establecer las medidas técnicas mínimas de seguridad que deben disponerse para posibilitar la custodia y conservación eficaz de la información clínica contenida en la HC. En aquellos Centros Sanitarios que atienden pacientes en régimen de hospitalización o bien que atienden a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, la gestión de la HC debe ser realizada por su Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

La conservación debe orientarse a preservar la información clínica y no necesariamente el documento (soporte) original en que se generó.

La finalidad principal de la conservación de la información clínica es facilitar la asistencia sanitaria de la persona titular de los datos. Por este motivo, debe entenderse como un deber del centro o área sanitaria donde se generó. Pero también como una obligación de la persona titular de los datos, ya que éstos pueden tener otros valores legítimos para terceras personas u organismos y, en general, para el normal funcionamiento del sistema de salud en un estado democrático.

La conservación de la información debe asegurarse, total o parcialmente, al menos durante el tiempo razonablemente necesario para alcanzar el propósito concreto que justificó su recogida, y que debe ser, cuando menos, aquél que, bajo un criterio médico, se establece en el centro o área sanitaria para la asistencia del paciente en el curso de la enfermedad que justificó su creación.

La conservación por otros motivos (científico, jurídicos y de salud pública) debe regularse específicamente en la Ley.

En cualquier caso, es preciso que, como mínimo, de cada uno los episodios asistenciales contenidos en la HC, se conserve de manera indefinida la identificación personal del paciente, el hecho de su asistencia (fecha, modalidad y unidad del centro y/o médico que la realizó) y los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos realizados durante la misma. La ley debe establecer la definición y códigos a utilizar en estos datos mínimos de conservación obligatoria.

INFORMACIÓN (NO CLÍNICA) AL USUARIO

1. FUNDAMENTO DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA.

El derecho a la información sanitaria forma parte del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española a favor de todos los ciudadanos.

Además, la Ley General de Sanidad, en su artículo 10 recoge expresamente:

"Todos tienen derecho a:

2. La información sobre los servicios sanitarios o que puede acceder, y sobre los requisitos necesarios para el uso.
5. Que se les dé, en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento.
8. Que se les extienda certificado acreditativo de su estado de salud.

11. Recibir un informe de alta".

Pero, como puede comprobarse, el derecho a la información que se recoge en este artículo 10 es fundamentalmente un derecho a la información sobre los aspectos asistenciales.

En consecuencia, deberíamos cuestionarnos si, conforme a la LGS, el ciudadano tiene derecho a la información sanitaria general, es decir, derecho a aquella información que resulta necesaria para tener un adecuado conocimiento de los problemas de salud y, en consecuencia poder adoptar las decisiones oportunas. A modo de ejemplo, podemos preguntarnos sobre el derecho a la información acerca de la situación epidemiológica de la meningitis y la procedencia o no de la vacunación, el derecho a conocer el riesgo que corrileva el consumo de determinadas carnes o vísceras, el peligro de bañarse en determinadas playas, etc.

Este tipo de actuaciones de la Administración no están contempladas en el artículo 10 de la LGS como derechos de los ciudadanos. Los encontramos en su artículo 18 y, en particular en sus apartados 1 y 13. Sin embargo no figuran recogidas como derechos de los ciudadanos sino como "actuaciones que deben desarrollar las Administraciones Públicas".

Dice el artículo 18 de la LGS: "Las Administraciones Públicas desarrollarán las siguientes actuaciones:

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.
13. La difusión de la información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud".

Por tanto, en materia de información no clínica a los ciudadanos, es preciso tener en cuenta tanto el artículo 10 como el 18 de la LGS.

Pero, evidentemente, la diferencia entre ambos artículos es fundamental: los derechos reconocidos en el artícu-

lo 10 son verdaderos derechos subjetivos, es decir, son derechos en los que el ciudadano puede exigir su cumplimiento y acudir, en su caso, a la vía jurisdiccional oportuna. En cambio, el artículo 18 no reconoce el derecho de los ciudadanos a recibir la información epidemiológica o a la educación sanitaria adecuada. Este impone una obligación a la Administración, pero su exigencia ante la jurisdicción competente, en caso de incumplimiento, resultaría prácticamente inviable.

Esta "deficiencia" ha sido superada en algunas leyes autonómicas. En concreto en la Ley 11/94, de Ordenación Sanitaria de Canarias, establece que los titulares tienen derecho a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre:

- 1º los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva,
- 2º los derechos y los deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema Canario de Salud,
- 3º los servicios y prestaciones sanitarios a los que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

2. EL TITULAR DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA.

Si partimos de que el derecho a la información sanitaria forma parte del derecho a la protección de la salud, habrá que concluir que quien sea titular del derecho a la protección de la salud lo será también del derecho a la información sanitaria.

Habida cuenta de que el derecho a la protección de la salud se reconoce a favor de "todos", de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 43 de la Constitución Española y en el artículo 1 de la LGS, habrá que concluir que "todos" somos también titulares del derecho a la información.

Sin embargo, hemos podido comprobar que la información se divide en dos grupos:

1. Por un lado, la información clínica sobre el proceso asistencial de cada persona y una información más genérica pero relacionada con la asistencia sanitaria recibida o próxima a recibir.

2. De otro lado, la información sanitaria general.

Mientras el primer grupo, recogido en el artículo 10 de la LGS, pertenece a los denominados derechos subjetivos y cuya titular puede exigir su cumplimiento acudiendo, en su caso, a la vía jurisdiccional, la reclamación de las obligaciones del segundo bloque es más teórica que real. Si bien, no hay que olvidar que los ciudadanos, en su condición de usuarios, son objeto de protección complementaria por la Ley 26/84, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. Esta ley establece como derechos básicos de los usuarios la protección contra los riesgos que puedan afectar a la salud y la información correcta sobre los diferentes servicios.

2.1. El titular del derecho a la información dirigido a la colectividad:

La identificación del titular resulta inequívoca. De acuerdo con el artículo 1 de la LGS, son titulares del derecho a la información (como parte integrante del dere-

cho a la protección de la salud) todos los españoles y ciudadanos extranjeros residentes en el territorio español, sin perjuicio de las disposiciones específicas que se puedan aplicar en cada caso.

Cuestión distinta es la evaluación de la información transmitida y la posibilidad de exigir responsabilidades a la Administración.

Sin duda la capacidad real de actuación individual del ciudadano, en cuanto a la exigencia de información sanitaria a la Administración es mínima, por no decir inexistente. La viabilidad de una información adecuada y de una evaluación continua exige la potenciación de las asociaciones de consumidores y usuarios como impulsores de la exigencia de la información.

Llama la atención a los componentes de este grupo de trabajo la diferencia de éxito y de agresividad entre, por ejemplo, la información dirigida a combatir el sida, por un lado, y la destinada a prevenir el consumo de alcohol y tabaco, por otra lado. Tal vez, en el primer caso, parte del éxito se deba a que en cuestión de sida no había intereses económicos enfrentados, mientras que en los otros temas las conveniencias comerciales pueden estar condicionando la información.

2.2. El Titular del derecho a la información individualizada:

- Cuando contenga datos relativos al estado de salud, tanto presente como pasado, el titular del derecho sólo podrá ser la persona a quien se refiere la información.

Así, el certificado acreditativo del estado de salud o el informe de alta a los que se refieren los apartados 8 y 11 del artículo 10 de la LGS únicamente podrán ser solicitados y entregadas a la persona cuyos datos se reflejan en la documentación.

Aunque esta afirmación no coincide con el tenor literal del artículo 10, cuyo apartado 11, al referirse al Informe de Alta declara que "al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de alta".

En cambio, al referirse a los certificados acreditativos de su estado de salud (apartado 8), únicamente considera titular del derecho a esa información a la persona cuyos datos constan en el certificado.

De todas formas, parece evidente que, a pesar de la literalidad del apartado 11, que declara como titulares del derecho también a los familiares y allegados, esto sólo es posible si consta consentimiento del titular directo de la información que no es otro que la persona a la que se refieren los datos recogidos en el informe de alta. Todo ello en coherencia con el derecho que corresponde a todos los ciudadanos en relación al carácter confidencial de toda la información relacionada con su proceso asistencial, incluida la estancia en la institución sanitaria.

Entendemos, de todos modos, que la redacción dada al apartado relativo al informe de alta, en cuanto a los titulares del derecho a la información, está estrechamente unida a lo que se da al apartado 5 en el que, con respecto a la información clínico-asistencial, se reconoce

también como titulares del derecho la información, no sólo al usuario sino también a sus familiares y allegados.

- Cuando no contenga datos relativos a su estado de salud se trata de analizar el supuesto previsto en el apartado 2 del artículo 10 de la LGS que reconoce a todos el derecho a la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

Evidentemente no se trata de una información que merece especial mención, en cuanto a su confidencialidad, por lo que aquí no se plantea el problema de autorizar a los familiares y allegados.

Pero en cambio, estando incluido en la lista del artículo 10, y tener por tanto la calificación de derecho subjetivo reclamable incluso en vía jurisdiccional, una interpretación amplia de la expresión utilizada puede abarcar un importante volumen de información.

Si analizamos el artículo 10.2 de la LGS, vemos que la información exigible a la Administración Sanitaria lo es sobre todos los servicios sanitarios, tanto públicos como privados, sin perjuicio de que, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de esta ley, la información sobre los servicios del sistema sanitario público deba ser más detallada.

3. TIPOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

3.1. Información general dirigida a toda la colectividad: Información epidemiológica.

El artículo 18 de la LGS exige a la Administración Sanitaria la difusión de la información epidemiológica general y específica.

No existe un desarrollo de esta previsión legal, en cuanto al alcance de la información, por lo que la concreción de su extremos se realiza de manera unilateral por la propia Administración responsable de informar.

Otras informaciones de carácter general.

La Administración carece de un mordillo expreso para su difusión.

3.2. Información individualizada dirigida al usuario: Información que contenga datos sobre el estado de salud

Nos referimos a los certificados acreditativos de su estado de salud. En esta materia hay que distinguir entre informes y certificados médicos.

Los **informes médicos**, tanto públicos como privados, pueden hacer referencia a antecedentes, anamnesis, diagnóstico o diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, citaciones para próximas revisiones, etc.

Los informes médicos van dirigidos al interesado, con independencia del uso que éste pueda hacer de ellos; no obstante, el médico debe preservar el carácter confidencial necesario.

En cambio, los **certificados médicos** hacen referencia a la situación en un momento dado y constatada de forma fehaciente por el médico que lo extiende.

Los certificados, aunque sean solicitados por el paciente, no van dirigidos a éste sino a un tercero interesado, según se disponga legal o reglamentariamente.

La LGS distingue entre informes y certificados. Así, mientras el artículo 10.5 reconoce el derecho a obtener información escrita sobre su diagnóstico y pronóstico, o el 10.11 se refiere al informe de alta (es lo que hemos denominado informes médicos), el 10.8 reconoce el derecho a obtener certificados acreditativos de su estado de salud (certificados médicos) cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.

Sin embargo, tal diferenciación no queda suficientemente reflejada en el R.D. 63/95, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en cuyos anexos las expresiones "informes o documentos clínicos" (anexo I, punto 5, apartado 3º), o "documentación o certificación" (anexo I, punto 5, apartado 5º), o "informes o certificados" (anexo I, punto 5, apartado 7º y anexo III, apartado 1) se utilizan indistintamente.

La conveniencia de esclarecer esta situación se plantea, además de por razones de seguridad jurídica, por las repercusiones económicas que plantea la gratuidad o no de la expedición de los certificados acreditativos del estado de salud. Así, mientras la gratuidad de los informes no ofrece duda alguna, en las certificaciones puede ofrecer algunas consideraciones que es preciso tener en cuenta, tal como se expone más adelante.

Se trata, por tanto, de determinar con claridad:

1º En qué supuestos no encontramos ante un certificado y cuándo ante un informe.

2º Qué requisitos debe reunir un impreso para que pueda ser calificado como "certificado oficial" y quién puede editarlo.

3º Si el impreso y/o su cumplimentación deben ser gratuitas.

En cuanto a la primera de las cuestiones entendemos que el R.D. 63/95 es excesivamente ambiguo, por lo que sería conveniente una revisión a los efectos de utilizar una terminología más precisa.

En cuanto a la segunda cuestión, entendemos que pueden coexistir dos tipos de impresos:

a) Los elaborados por el Consejo General de la Organización Médica Colegial, que conforme al artículo 58 del R.D. 1018/80, es el único autorizado para editar y distribuir los impresos de los certificados médicos. Estos impresos no son gratuitos.

b) Los impresos con sello oficial de los Servicios de Salud que integran el Sistema Nacional de Salud, considerando, a estos efectos, que el citado artículo 58 del R.D. 1018/80 está parcialmente modificado. Estos impresos son gratuitos.

En cuanto a la tercera cuestión, creemos que la emisión de certificados médicos no debe llevar implícito necesariamente un coste adicional para el usuario.

La gratuidad o no del certificado se determinará, no en función del quien sea el editor del impreso, sino en función de que su contenido versé sobre extremos contemplados en el anexo I o en el anexo III del R.D. 63/95, así como cuando se determine legal o reglamentariamente.

Información que no contenga datos relativos al estado de salud.

- En relación con los derechos de los usuarios. Teniendo en cuenta que la redacción del artículo 10 contiene lagunas que necesitan interpretaciones permanentes, las CCAA, dentro de sus competencias, deberían desarrollar y clarificar los derechos y obligaciones de los usuarios.

Deberían aprovecharse estas regulaciones de los derechos de los usuarios para salvar el problema que genera la redacción del artículo 11.4 de la LGS, al exigir a los usuarios que firmen el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptar un tratamiento. Las CCAA podrían regular como derecho la posibilidad de optar por unos cuidados paliativos (cosa que por la vía de hecho se realiza habitualmente) y superar así la situación que resulta de la literalidad del artículo 11.4.

El que no se acepte un tratamiento propuesto no significa que el enfermo no desee recibir ningún tratamiento, y por ello el Sistema Sanitario debería facilitarle al tratamiento que está dispuesto a recibir.

Del derecho a recibir cuidados paliativos se deberá informar a los usuarios.

- En relación con la información sobre los distintos servicios sanitarios. Las guías de servicios sanitarios (públicos y privados) contendrán, no sólo información sobre los servicios sanitarios, sino también sobre el acceso y funcionamiento de los mismos:

- Cita previa.
- Cómo acudir a un especialista.
- Cómo y cuándo acudir a los servicios de urgencia.
- Requisitos y procedimiento para solicitar el reintegro de gastos.
- Asistencia sanitaria en el extranjero.

- En relación con la información sobre la libre elección de médico y las listas de espera. El ejercicio del derecho a la libre elección de médico, como de cualquier otro derecho, requiere que el ciudadano disponga previamente de información suficiente para poder ejercitálo.

¿Qué información necesitaría conocer un ciudadano para ejercitarse correctamente su derecho?

Es evidente que la simple relación nominal no es suficiente. Hoy una serie de datos que el ciudadano debe conocer si se quiere aplicar el derecho a libre elección de médico. En caso contrario lo que estaríamos proporcionando sería un procedimiento de adjudicación de médico de cabecera, pero no de elección.

La información relativa a la edad, sexo, situación laboral, población que atiende, horario de consulta, etc., son datos mínimos necesarios para poder ejercer con cierto criterio el derecho a la libre elección de médico de medicina general.

En cuanto a la posibilidad de elegir la atención especializada, entendemos que, conforme al mismo principio señalado antes, el médico de cabecera debería facilitar al usuario la información relativa a las diferentes opciones de centros y servicios especializados, con especial indicación de las listas de espera de cada uno de ellos.

4. LA RESPONSABILIDAD DEL DEBER DE INFORMAR

4.1. La Administración sanitaria como responsable del deber de informar a la colectividad:

Por nuestro marco constitucional (artículos 40 y 43) y por el espíritu de la IGS, parece obvio que existe una responsabilidad de la Administración Sanitaria respecto a la información que se debe brindar a la población, con la finalidad de promover y proteger su salud.

Cuando la IGS aborda los temas relativos a los derechos ciudadanos en su artículo 10, y en concreto los derechos a recibir información, lo hace desde una perspectiva individual, es decir, como derechos que se ejercen por los individuos, en relación fundamentalmente con aspectos clínicos o muy vinculados a su propia estado de salud, y orientados a incrementar su soberanía y su capacidad individual de decisión sobre aspectos que le afectan.

No existe una definición explícita respecto de los derechos de la sociedad, o recibir información relativa a la salud colectiva. Tan sólo el artículo 18 de la IGS establece, como actuación de la Administración el dar información epidemiológica sobre los problemas que afectan a la salud de la población.

No debemos confundir lo que es educación sanitaria con lo que es información sanitaria. Si bien la información es base fundamental para dotar los contenidos de los programas educativos, estos programas son técnicas de promoción de la salud que no necesariamente coinciden, ni en los objetivos ni en los contenidos, como información general dirigida a la sociedad.

En resumen, la Administración sí tiene un deber de dar este tipo de información general sobre los problemas de salud a la población, aunque la obligación sería mucho más evidente si dieran de un derecho reconocido de forma explícita.

El segundo problema que se plantea es definir qué información es precisa difundir y en cuáles circunstancias. Si nos atenemos sólo al tenor literal del artículo 18, se trataría exclusivamente de información de carácter epidemiológico, es decir, en relación con la concurrencia de enfermedades y su distribución en la comunidad. Debería suministrarse también a la sociedad información sobre el funcionamiento de los servicios.

El hacer pública una información no epidemiológica en un sentido estricto, sólo vendría a ser una responsabilidad de la Administración bajo una interpretación muy amplia del artículo 10.2 de la IGS.

Es evidente, por otro lado, que el deber de informar tampoco debe constituir un deber absoluto y que la Administración deberá valorar y buscar equilibrios entre diversos intereses: sanitarios, laborales, económico, etc.

4.2. Los servicios de atención al paciente:

Los servicios de atención al paciente responden a la necesidad institucional de poder ofrecer un lugar centralizado de información donde se puedan agrupar todos los elementos que los usuarios o sus familiares necesitan para su relación con la institución.

La experiencia que se tiene, ampliamente desarrollada en los hospitales del SNS, acredita la importancia de

estos servicios y su funcionamiento no presenta problemas especiales, en este ámbito.

La cuestión, no resuelta, consiste en aplicar esta experiencia hospitalaria en el ámbito de las instituciones de atención primaria que, por definición, están fraccionadas y atomizadas en un territorio geográfico más o menos amplio, y en cómo coordinar la información al paciente y usuario sobre las actuaciones que se inicián en la atención primaria y que deben proseguirse en la especializada.

Respecto al primer asunto, creemos que sería de una gran utilidad crear servicios específicos de atención a los usuarios e información en el ámbito de las comarcas, gerencias, distritos, etc., con independencia de que en los centros de salud y en los consultorios, donde por economía de escala no fuese posible crear estos servicios, se mantuvieran programas de formación específica o de reciclaje de los profesionales no sanitarios a fin de que puedan ejercer con eficacia estos labores de información y tramitación.

Respecto del segundo problema, habría que insistir en los programas ya implantados por el Insalud y por algunas CCAA, bajo la denominación de programas de "ventanilla única". Existen experiencias basadas en las aplicaciones informáticas y las comunicaciones para gestionar gran cantidad de trámites, citas, informaciones entre atención primaria y especializada, que habría que evaluar y extender.

4.3. El profesional sanitario como responsable de la información individualizada a los usuarios:

En este punto habría que hacer dos consideraciones:

1. La primera tiene que ver con el rol de agencia que juega el médico general en relación con los pacientes para facilitar su capacidad de elegir. Cada vez más, en el SNS, se extiende la práctica de la elección de especialista y centro hospitalario, lo que sin duda genera una nueva definición del papel del médico de cabecera que se convierte en el principal elemento en el que se debe apoyar el usuario para una elección informada. Es preciso definir, no sólo la responsabilidad del médico sino también la responsabilidad de la Administración en cuanto que debe facilitarle la información precisa para que éste, a su vez, pueda cumplir con su obligación de informar a los pacientes. Nos referimos, por ejemplo, a listas de espera de diversos centros y profesionales, y a ciertos parámetros de calidad previamente consensuados y acordados.

Sólo si el médico de cabecera dispone de estos parámetros actualizados podrá informar adecuadamente a los usuarios a fin de que éstos puedan realizar su elección de acuerdo con sus preferencias.

2. La segunda cuestión es una llamada de atención sobre un derecho recogido en la IGS y que hasta la fecha no ha podido ser aplicado. Nos referimos al derecho de los pacientes a tener un médico responsable de su diagnóstico, control y tratamiento en el hospital. La actual organización de los hospitales no favorece la aplicación de este derecho. La cada vez mayor fragmentación en unidades y subunidades hace que a los pacientes les asista una cierta desolación cuando son ingresados en

los hospitales, ya que en la mayoría de los casos carecen de un referente médico único que les dé una información global y les conduzca a lo largo de su estancia en el centro.

CONCLUSIONES

- Es necesaria una norma que establezca pautas claras que unifiquen los elementos, contenidos y formas de información.

- Debe diferenciarse la información clínica, fundamentalmente oral, del consentimiento informado escrito, para el que se establecerán criterios y estándares.

- El paciente tiene derecho a información de su proceso de manera continuada y en cantidad suficiente. La forma habitual será la oral, los procedimientos susceptibles de información escrita serán los establecidos a recomendación de las Administraciones, Sociedades Científicas, Comités Asistenciales de Ética e Instituciones.

- Debe producirse una adecuación de la IGS de modo que el acceso a la información sanitaria por parte de familiares y allegados quede condicionado a la autorización del titular de la información.

- Deben quedar firmemente establecidas las excepciones o límites a la información en las situaciones de urgencia vital, pronóstico fatal, información perjudicial para la salud del paciente y renuncia.

- La responsabilidad de informar incumbe a todos los facultativos que participan en la atención al paciente.

- La norma que se establezca debe recoger los principios que regirán la historia clínica en cuanto a su contenido, ámbito y estructura.

- El acceso a la información de la historia clínica se realizará de acuerdo con las condiciones que establezca la norma, según los supuestos de asistencia sanitaria u otros excepcionales. El paciente tendrá acceso a los resultados de las exploraciones e informes médicos que le permitan conocer de manera adecuada la que se le ha realizado durante el episodio asistencial, así como a los datos que sobre su estado de salud se disponen en la historia clínica.

- La gestión de la información clínica, su custodia y conservación deben asegurarse durante el tiempo necesario para alcanzar el propósito que justificó su recogido. En cualquier caso, la conservación debe orientarse a preservar la información clínica, y no necesariamente el soporte original.

- En la IGS no está reconocido expresamente el derecho a la información sanitaria general. La obligación de informar sería más evidente si dieran de un derecho reconocido de forma explícita en la ley.

- El reconocimiento del derecho a la información debería acompañarse de un procedimiento específico que posibilite su ejercicio.

- Deben concretarse las expresiones "informe" y "certificado" que se utilizan en el R.D. 63/95, por razones de seguridad jurídica y por las repercusiones económicas que conlleva la emisión de certificados.

- Los Servicios de Salud deben emitir certificados oficiales acreditados del estado de salud en los supuestos legalmente establecidos sin que ello suponga un coste adicional para el usuario.

- La información adecuada al usuario sobre las listas de espera y otros parámetros cualitativos determinantes de la calidad es una condición que contribuirá al ejercicio correcto del derecho a la libre elección de Médico de Atención Primaria y de Centro Especializado.

RELACIÓN DE EXPERTOS

- D. José María Álvarez-Cienfuegos Suárez. Magistrado Jefe del Gabinete Técnico del Presidente del Tribunal Supremo.

- D. Marc Antoni Broggi i Trias. Jefe de Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Presidente de la Sociedad Catalana de Bioética.

- D. Sergio Gallego Riestra. Director Provincial del Insalud. Asturias.

- Dña. Teresa González Herranz. Jefe de Sección de Regímenes de Aseguramiento y Prestaciones Sanitarias. Departamento de Salud. Comunidad Foral de Navarra.

- D. Josep Lluís Lafarga i Traver. Director del Área Jurídico y de Organización. Servicio Catalán de la Salud.

- D. Orencio López Domínguez. Coordinador del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

- Dña. Mº Isabel de la Mata Borrano. Vocal Asesora de la Subsecretaría. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- D. Félix Ochoa Ibáñez. Subdirector de la Asesoría Jurídica. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

- Dña. Teresa Ramírez Lorenzo. Consejería de Sanidad y Consumo. Gobierno de Canarias.

- Dña. Nieves Ramírez Neila. Inspectora de Datos. Agencia de Protección de Datos.

- D. Carlos María Romeo Casabona. Catedrático de Derecho Penal. Universidad del País Vasco/EHU. Director de la Cátedra Interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano. Fundación BBV-Diputación Foral de Bizkaia. Universidad de Deusto y del País Vasco/EHU.

- D. Javier Sánchez Coro. Subdirector General de la Asesoría Jurídica. Insalud.

- D. José Sarabiá Álvarez-Ude. Jefe de Área de Organización Asistencial Subdirección General de Atención Especializada. Insalud. Tesorero de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

- D. Pablo Simón Lorda. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Área IV Insalud EAP del Centro de Salud "Avda. de Guadalajara". Secretario General de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

- Dña. Constanza Tirado Reyes. Asesora. Gabinete del Consejo de Salud Comunidad Autónoma de Andalucía.

- D. Fernando Teira Güenaga. Jefe de Servicio de Legislación y Recursos. Departamento de Sanidad Gobierno Vasco.

PAPELES DE INFORMACIÓN I

GRUPOS DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA (SEDOM)

Ramos Martín-Vegue AJ (Secretario de la SEDOM)

La Junta Directiva de la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM) celebrada el pasado 11 de marzo en Madrid y a la que asistieron los miembros permanentes de la misma y los vocales representantes de las sociedades autonómicas de Galicia, Canarias, Aragón, Cataluña, Valencia, Andalucía y Madrid, ha constituido dos grupos de trabajo respondiendo a la solicitud de la Subdirección General de Atención Especializada y a la Dirección General de Recursos Humanos del INSALUD, para la elaboración de una Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC) y la realización de una propuesta de Concurso-Oposición selectivo para cubrir plazas en los SADC, respectivamente.

Durante toda la exposición de este artículo se utilizarán las siglas SADC para englobar a los servicios/unidades de admisión, servicios de documentación clínica, servicios de documentación médica, archivos, unidades de codificación, unidades de información asistencial, etc.; habiéndose expresado así los representantes de la Junta Directiva y de los Grupos de Trabajo ante las distintas Instituciones Sanitarias del INSALUD, siempre con intención integradora y pretendiendo en todo momento no excluir a ningún colectivo, ni a ningún profesional de nuestro ámbito científico y nuestra sociedad (SEDOM y Sociedades Autonómicas).

1. GUÍA DE GESTIÓN DE LOS SADC

La Dra. Paloma Alonso Cuesta, Subdirectora General de Atención Especializada (SGAE) solicitó en el mes de febrero a la SEDOM su colaboración, en calidad de sociedad científica, para la confección conjunta de una Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica, siguiendo la línea emprendida por la SGAE en la elaboración de Guías de Gestión¹² con las distintas sociedades científicas de otras especialidades.

La coordinación del grupo de trabajo recae en la SGAE en sus facetas de apoyo logístico y administrativo. El objetivo que la SEDOM se ha marcado en este interesante proyecto es plasmar en el documento, al igual que en las Guías ya elaboradas, el desarrollo conceptual y las recomendaciones básicas de los SADC, por un lado; y la definición, consideraciones generales, requisitos mínimos, productos e indicadores de gestión de cada una de las áreas profesionales de los SADC (admisión, archivo, codificación, documentación, información asistencial, etc.)

Una vez elaborada, la Guía de Gestión de los SADC sería presentada por D. Alberto Núñez Feijoo, Presidente Ejecutivo del INSALUD, al Consejo Interterritorial para su aprobación y respaldo.

El Grupo de Trabajo que representa a la Sociedad Española de Documentación Médica está constituido por:

- María Rovira Barberá
Presidenta de la SEDOM. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

- M. Francisco Abad García
Vicepresidente de la SEDOM. Universidad de Valencia.
- Carolina Caneja Gómez
Hospital Marítimo de Torremolinos. (Málaga).
- José Antonio Falagán Mota
Hospital Provincial de Pontevedra.
- Orenco López Domínguez
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.
- Arturo J. Ramos Martín-Vegue
Secretario de la SEDOM. Hospital de "la Fuenfría" (Madrid).
- Javier Yelmo Laguna
Hospital de Galdakao (Vizcaya).
- Pilar Rodríguez Manzanares
Hospital de Móstoles (Madrid).

2. CONCURSO-OPOSICIÓN SELECTIVO PARA PLAZAS DE LOS SADC

El 20 de febrero la Junta Directiva de la SEDOM tiene conocimiento de una Nota Informativa sobre los procesos selectivos y concurso de traslado de FEAS remitida por la Subdirección General de Recursos Humanos del INSALUD a todas las Direcciones Gerenciales "para su conocimiento e informe a las Juntas Técnicas-Asistenciales, Comisiones Mixtas, Juntas de Personal, y a los profesionales del Centro, se procede a dar información sobre la situación actual en que se encuentran los procesos selectivos y concurso de traslado de FEA previstos para el año 1998". La citada nota informativa presenta dos apartados bien diferenciados: antecedentes y una propuesta de la administración.

Antecedentes

1. En fecha 23 de junio de 1997, el Presidente Ejecutivo del INSALUD compareció en la sede del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, a fin de participar en un encuentro donde se debatieron públicamente los problemas y soluciones derivados del alto índice de temporallidad que afecta a los facultativos especialistas vinculados al Instituto Nacional de la Salud.

De este encuentro surgió el compromiso de plantear la introducción en la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado para 1998, las modificaciones legales que hagan factible el procedimiento de acceso con sujeción a los siguientes criterios:

1. Sistema excepcional que reconozca la situación atípica derivada de la ausencia de procesos selectivos en los últimos ocho años.
2. Respeto a los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad.

3. Sistema de selección mediante concurso-oposición.
4. Valoración de los Servicios prestados con el límite marcado por la jurisprudencia constitucional.
5. Toma de posesión de los interinos que superen el proceso, con carácter general, en el mismo hospital y servicio donde viene trabajando.
6. Limitación del número de plazas a convocar en el concurso de traslado, con toma de posesión simultánea al procedente del concurso-oposición.
7. Protagonismo de los centros hospitalarios.

II. En cumplimiento de este compromiso y, previo debate de negociación en mesa sectorial de fecha 23 de julio de 1997, se presentó al Gobierno para su inclusión en el proyecto de Ley de Medicinas Fiscales, Administrativas y del Orden Social para 1998, de una disposición adicional, relativa al sistema de selección y provisión de plazas de facultativos especialistas de Área del Instituto Nacional de la Salud. Finalmente esta disposición fue publicada como adicional vigésima en la Ley 66/1997, de 30 de diciembre.

Esta Norma Jurídica contempla:

1. La convocatoria de pruebas selectivas para el ingreso en la categoría de facultativo especialista de área, durante 1998 y por una sola vez, debido a su carácter excepcional, de acuerdo a las reglas que en la misma se establecen.
2. La convocatoria de un concurso de traslados, en el mismo ámbito, sin vinculación en su porcentaje a las plazas que se convoquen en el proceso selectivo.
3. La selección se llevará a efecto mediante el sistema de concurso-oposición, descentralizado y convocado a nivel de gerencia de atención especializada.
4. La convocatoria descentralizada, y con tribunales propios por cada gerencia permitirá la vinculación de quienes superen el proceso al mismo centro en el que se representen.
5. Las plazas convocadas y no adjudicadas, así como las que resulten vacantes como consecuencia del concurso de traslados se acumularán, incrementándose, a las ofertadas por concurso-oposición.
6. La toma de posesión de los adjudicatarios del concurso de traslados se efectuará de forma simultánea a la de quienes accedan por concurso-oposición, con lo que se evita la doble movilidad del personal.

Concurso-oposición

Al objeto de cerrar definitivamente el Acuerdo del Consejo de Ministros, y las bases de convocatoria, la Administración trasladará oficialmente a las Organizaciones Sindicales de Sanidad UNA PROPUESTA que contiene los siguientes planteamientos:

1. Habrá un temario por especialidad, el cual será consultado con las Sociedades Científicas y Organizaciones Sindicales.
2. La ejecución de la prueba consistirá en el desarrollo escrito de algún(s) tema(s) extraídos al azar a nivel central e idéntico(s) para cada especialidad (no se plantean sistemas mixtos).
3. La prueba será evaluada por el tribunal de cada centro hospitalario, mediante lectura pública que hará el propio candidato.
4. Los Tribunales constarán de cinco miembros por cada centro sanitario.
5. Habrá, al menos en el ámbito territorial del INSALUD, simultaneidad de las pruebas por especialidad en todos los centros sanitarios.
6. Los candidatos que resulten adjudicatarios de las plazas, obtendrán destino en los hospitales donde se hayan presentado a la prueba.
7. Las tomas de posesión de la oferta pública de empleo y del concurso de traslados serán simultáneas.
8. Las plazas convocadas serán todas las ocupadas por interinos en plaza vacante con la limitación prevista en el punto 10.

Concurso de traslados

9. Por imperativo legal habrán de salir a concurso las plazas que se encuentren cubiertas en situación de reingreso provisional de excedencia, igualmente deberán de convocarse las plazas cubiertas en comisión de servicio.
10. Dada la excepcionalidad de la convocatoria y que se ha producido en un concurso de traslado en 1995 sin la subsiguiente oferta pública de empleo, la propuesta es que en ningún caso el número de plazas a ofertar a trasladados, adicionales a las mencionadas, supere el 10% de las vacantes. Más al contrario se negociará con la Mesa Sectorial, con la mejor disponibilidad, esta cuestión.

El 24 de febrero, tras analizar detenidamente la nota informativa, la Junta Directiva de la SEDOM solicitó por fax una entrevista urgente al Director General de Recursos Humanos del INSALUD en los siguientes términos:

La Sociedad Española de Documentación Médica, fundada en 1985, agrupa a los profesionales médicos que trabajan en los Servicios de Administración y Documentación del Estado Español y ostenta la representatividad de los mismos. A su Junta Directiva se han dirigido numerosos socios para expresar su inquietud ante las informaciones contradictorias respecto a la exclusión de las plazas de Admisión y/o Archivo y Documentación en el concurso de traslados de FEAS que se está organizando desde su Dirección General.

Por este motivo y conocedores de la Nota informativa sobre los procesos selectivos y concurso de traslado de FEAS en los que se exponen las líneas de los mismos, la Junta Directiva de la Sociedad Española de Documentación Médica SOLICITA UNA ENTREVISTA CON USTED, a la mayor brevedad posible —siempre que sus obligaciones se lo permitan—.

tan para que nos exparta la intención de su Dirección General, para manifestarle la postura de nuestra Sociedad a favor de que las plazas salgan a concurso y expresarle nuestro deseo de colaborar con su departamento, si accediese a sacar a concurso dichas plazas, en la confección del temario.

El 4 de marzo se llevó a cabo la entrevista con el Subdirector General de Recursos Humanos a la que asistieron en representación de los miembros permanentes de la Junta Directiva su Presidenta -María Rovira Barberà-, su Vicepresidenta -Mª Francisca Abad García-, su Secretario -Arturo J. Ramos Martín-Viegué- y los representantes de las sociedades autonómicas no transferidas de Madrid -Ángel Gómez Delgado-, de Aragón -José Manuel Aldamiz-; Excusó su asistencia el representante de la Sociedad Norte y delegó la suya el representante de Murcia.

El Subdirector General de Recursos Humanos argumentó la exclusión de las plazas de los SADC del Concurso-Oposición para FEAS en base a que la disposición adicional vigésima de la Ley 66/1997 de 30 de diciembre de 1997 establece que "la convocatoria de las pruebas selectivas es para ingresar en la categoría de Facultativo Especialista de Área". Condición ésta que legalmente no cumplen los profesionales de los SADC ya que no está reconocida ni forma parte de la cartera de especialidades del INSALUD la especialidad.

Además, el Subdirector General expresó la intención de la Dirección General de Recursos Humanos de dar una solución al problema de los profesionales de los SADC y de los Servicios de Urgencia, que en todo caso tuviera siempre en cuenta los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, quedando descartada 'a priori' la vía de contratación laboral.

A continuación, expresó su intención de mantener contactos con miembros de nuestra sociedad que representan al colectivo de profesionales que trabajan en el ámbito del INSALUD.

Y, por último, manifestó la intención de la Dirección General de Recursos Humanos de poder plantear un CONCURSO-OPOSICIÓN SELECTIVO PARA PLAZAS DE LOS SADC, para lo cual solicitó de la SEDOM una propuesta que incluyera: un baremo, un temario, un informe con la estructura y funciones de los SADC y un censo de los profesionales que actualmente están trabajando en Hospitales del INSALUD en los SADC.

El 11 de marzo, en la reunión de la Junta Directiva de la SEDOM que eligió el grupo de trabajo para elaborar la Guía de Gestión de los SADC, se decidió la creación de un segundo Grupo de Trabajo de Recursos Humanos (RR HH.) que llevará a cabo la solicitud del Subdirector General de Recursos Humanos, teniendo en cuenta los criterios de representatividad expuestos por el citado Subdirector (grupo representante del colectivo de profesionales que desarrollan su trabajo en el ámbito del INSALUD).

Este planteamiento también fue asumido por la Junta, ya que no hay que olvidar que la SEDOM es una sociedad científica, que si bien ha tomado la iniciativa por la trascendencia de la petición y las consecuencias futuras que para el reconocimiento de nuestra especialidad pueda tener un Concurso para plazas de los SADC en INSALUD, cree oportuno delegar este encargo en un

grupo de profesionales de la sociedad, aportando apoyo logístico y coordinando el grupo a través del Secretario de la Junta.

Con estas premisas se decidió encargar a todos los presidentes de las Sociedades Autonómicas no transferidas (Aragón, Norte, Madrid y Murcia) la elección de un representante de su sociedad. Además, la Junta decidió elegir otros tres profesionales que pudieran aunar esfuerzos y transmitir ideas y opiniones entre el resto del territorio español no transferido que carece de sociedad autonómica de documentación. Y por último, por su experiencia en la organización del Concurso para médicos de las Unidades de Documentación Clínica y Admisión (UDCA) en la Comunidad Valenciana a Pilar Vicente Correllés, Presidenta de la Sociedad Valenciana de Documentación Médica.

Por tanto, el Grupo de Trabajo de RR HH., para la elaboración de una propuesta de Concurso-Oposición para plazas de los SADC está formado por:

- Arturo J. Ramos Martín-Viegué
Coordinador del Grupo. Secretario de la SEDOM Hospital de "La Fuenfría" (Madrid).
- Soledad Soñudo García
Hospital Río Hortega. Valladolid
- Miguel Moreno Vermis
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.
- Mª Luisa Tamayo
Hospital de Cabueñes. Gijón.
- Carlos Elvira Martínez
Representante de la Sociedad Madrileña de Documentación Médica. Hospital Universitario "La Paz". Madrid.
- Juan Ramón Portillo del Olmo
Representante de la Sociedad Aragonesa de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.
- Fuentanta Aliaga Mata
Representante de la Sociedad Murciana de Documentación Médica. Hospital Morales Meseguer. Murcia.
- Lorenzo Echeverría Echarri
Representante de la Sociedad Norte de Documentación Clínica. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño.

Todos los idecs y documentos que se quieran aportar sin duda serán bien recibidos por los componentes de cualquiera de los dos grupos y ayudarán a crear un consenso en temas tan delicados e importantes como los que nos han sido propuestos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Núñez Feijoo A et al. *Guía de gestión de los servicios de farmacia hospitalaria*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1997.
2. Alonso Cuesta P et al. *Guía para la coordinación, evaluación y gestión de los servicios de Medicina Intensiva*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1997.
3. LEY 66/1997, de 30 de diciembre de 1997, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE 1997; 31 de diciembre (313): 38604.

PAPELES DE INFORMACIÓN II

ACUERDOS DEL GRUPO DE TRABAJO DE RECURSOS HUMANOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA (SEDOM)

Ramos Martín-Vegue AJ (Coordinador del Grupo de Trabajo)

El objetivo de este artículo es dar a conocer públicamente los acuerdos que se tomaron en la primera reunión del Grupo de Trabajo de Recursos Humanos (RR.HH.) celebrada en el Hospital Universitario "la Paz" el día 15 de abril, con un doble objetivo.

En primer lugar, la necesidad de informar con transparencia a todos los socios de la SEDOM y lectores de "Papeles Médicos" de las gestiones y decisiones que se toman en este Grupo de Trabajo para que puedan ser debatidas, corregidas y ampliadas por todos los interesados, a fin de poder llegar a un alto grado de consenso en la redacción de la propuesta a presentar al Director General de Recursos Humanos.

En segundo lugar, la presentación de los objetivos, metodología y distribución de responsabilidades de los componentes del Grupo, destacando en este primer artículo informativo los documentos fuentes que se van a utilizar para la elaboración de las distintas secciones que compondrán el futuro documento.

1. OBJETIVOS

1.1. Presentar al Director General de Recursos Humanos el informe antes del 30 de junio de 1998.

1.2. Estructurar el informe solicitado por el Director General en 5 secciones:

1.2.1. UNA PROPIUESTA CON LAS BASES PARA UNA CONVOCATORIA ESPECÍFICA PARA LAS PLAZAS DE LOS SADC.

1.2.2. ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LOS SADC.

1.2.3. TEMARIO.

1.2.4. BAREMO.

1.2.5. CENSO LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE LOS SADC.

2. METODOLOGÍA Y DISTRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES

2.1. Comisiones de trabajo

Se han constituido tres comisiones de trabajo formadas por tres personas cada una encargadas de redactar el borrador de las distintas secciones del informe, con el fin de hacer más operativo el trabajo. Una vez elaborado el borrador por cada comisión se pasa a la discusión y aprobación por todos los miembros del Grupo.

Esta metodología favorece también la recogida de cualquier aportación, idea, crítica y documentación que se quiera hacer llegar al Grupo de Trabajo, facilitándose

el contacto personal con cualquier miembro de las distintas comisiones cuando se vaya a realizar aportaciones concretas a una determinada sección.

Las comisiones de trabajo están formadas por:

2.1.1. CONVOCATORIA:

A/ Pilar Vicente Bodellés.

B/ Carlos Elvira Martínez.

C/ Arturo J. Ramos Martín-Vegue.

2.1.2. ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LOS SADC:

A/ María Luisa Tamayo.

B/ Soledad Sanudo García.

C/ Encarna Aliaga Moros.

2.1.3. TEMARIO Y BAREMO:

A/ Miguel Moreno Vernis.

B/ Lorenzo Echeverría Echarte.

C/ Juan Remón Portillo del Olmo.

2.2. Fuentes

A falta de las aportaciones e ideas que el Grupo de Trabajo espera de todos vosotros, se ha elegido una serie de documentos fuente para redactar cada una de las secciones, quizás no sean en todas ellas lo más idóneos, pero el factor tiempo y la necesidad de redactar un documento uniforme y coherente han sido las razones por las cuales se han limitado el número de documentos, habido cuenta también de la necesidad de que cada miembro del Grupo de Trabajo, independientemente de la comisión de la que forme parte, esté obligado a analizar y estudiar todo ellos.

A continuación, se hace la referencia bibliográfica de los documentos seleccionados para facilitar la localización a todos los interesados.

2.2.1. CONVOCATORIA:

I. LEY 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE 1997; 31 de diciembre [313]: 38517 y ss.

II. Nota Informativa sobre procesos selectivos y concurso de traslados de FEAS de 19 de febrero de 1998. Dirección General de Recursos Humanos del INSALUD.

III. REAL DECRETO 118/1991, de 25 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. BOE 1991; 7 de febrero (33): 4325-4330.

IV. DECRETO 71/1991, de 29 de abril, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba la Oferta de Empleo de Personal Adscrito a las Instituciones Sanitarias del Servicio Valenciano de Salud para 1991. DOGV 1991; 8 de mayo (1.537): 3726-3732.

V. ORDEN de 15 de abril de 1993, de la Conselleria de Sanitat i Consum, por la que convoca concurso-oposición para la provisión de vacantes de médicos de Documentación Clínica y Admisión de instituciones sanitarias del Servei Valencià de Salut. DOGV 1993; 14 de mayo [2.024]: 5226-5264.

VI. RESOLUCIÓN de 12 de junio de 1995, del director general del Servicio Valenciano de Salud, por la que se convoca el concurso de traslados para la provisión de vacantes de médicos de documentación clínica y admisión de instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad y Consumo. DOGV 1995; 11 de julio (2.548): 11008-11014.

VII. RESOLUCIÓN 38/1996, de 22 de enero, del Director General de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso a la condición de personal estatutario en la categoría de Médico del grupo profesional de Facultativos Médicos con destino en las Unidades de Gestión Sanitaria. BOPV 1996; 22 de enero (15).

VIII. RESOLUCIÓN 3216/1997, de 23 de diciembre, del Director General de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso a la condición de personal estatutario en la categoría de Médico del grupo profesional de Facultativos Médicos con destino en las Unidades de Gestión Sanitaria de las organizaciones de servicios sanitarios que se determinan. BOPV 1998; 21 de enero (13): 1164-1186.

2.2.2. ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LOS SADC

I. ORDEN de 15 de noviembre de 1988, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se regula la Unidad de Documentación y Admisión de los Centros Hospitalarios. DOVG 1998; 29 de noviembre (953): 6331-6333.

II. REAL DECRETO 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. BOE 1987; 16 de abril (91): 11379-11383.

III. Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de la Salud, 1989.

IV. López Domínguez O [Coord]. *Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica*. Madrid: Olalla Ediciones SL, 1997.

V. López Domínguez O y Aldamiz-Echevarría Iraurgui JM. *El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Informe presentado por los autores a la Subdirección General de Recursos Humanos en 1997*.

VI. López O et al. *Admisión y Documentación Clínica: una propuesta de futuro*. Todo Hospital 1996; 128: 7-16.

VII. Club de Gestión de Pacientes. *Guía de Gestión*. Proyecto Signo. Madrid: Subdirección General de Atención Especializada del INSALUD, 1995.

VIII. Catálogo de funciones del SADC. Borrador de trabajo de las VIII Jornadas Nacionales de Documentación Clínica. Huesca: 21 y 22 de mayo de 1998.

IX. Sociedad Española de Documentación Médica. *Memoria*. Barcelona: SEDOM, 1995.

X. Proyecto de Perfil Profesional del Documentalista Médico. Madrid, 16 de mayo de 1992. Pap Med 1992; 2: 21-22.

2.2.3. TEMARIO

I. REAL DECRETO 543/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico superior en Documentación Sanitaria y las correspondientes enseñanzas mínimas. BOE 1995; 5 de junio (133): 16483-16505.

II. REAL DECRETO 555/1995, de 7 de abril, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado superior correspondiente al título de Técnico superior en Documentación Sanitaria. BOE 1995; 6 de junio (134): 16594-16598.

III. Moreno Vernis M. *Los documentalistas vascos y las oposiciones de Osakidetza*. Pap Med 1996; 5(1): 13-14.

IV. RESOLUCIÓN 3216/1997, de 23 de diciembre, del Director General de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso a la condición de personal estatutario en la categoría de Médico del grupo profesional de Facultativos Médicos con destino en las Unidades de Gestión Sanitaria de las organizaciones de servicios sanitarios que se determinan. BOPV 1998; 21 de enero (13): 1185-1188.

2.2.4. BAREMO

I. REAL DECRETO 118/1991, de 25 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. BOE 1991; 7 de febrero (33): 4328-4329.

II. López Domínguez O y Aldamiz-Echevarría Iraurgui JM. *El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Informe presentado por los autores a la Subdirección General de Recursos Humanos en 1997*.

III. Proyecto de Perfil Profesional del Documentalista Médico. Madrid, 16 de mayo de 1992. Pap Med 1992; 2: 21-22.

IV. ORDEN de 15 de abril de 1993, de la Conselleria de Sanitat i Consum, por la que convoca concurso-oposición para la provisión de vacantes de médicos de Documentación Clínica y Admisión de instituciones sanitarias del Servei Valencià de Salut. DOGV 1993; 14 de mayo [2.024]: 5265-5266.

V. RESOLUCIÓN 3216/1997, de 23 de diciembre, del Director General de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso a la condición de personal estatutario en la categoría de Médico del grupo profesional de Facultativos Médicos con destino en las Unidades de Gestión Sanitaria de las organizaciones de servicios sanitarios que se determinan. BOPV 1998; 21 de enero (13): 1180-1183.

VI. RESOLUCIÓN de 27 de enero de 1997 de la Dirección Gerencia del Área 11 de Atención Especializada del INSALUD (Madrid) por la que se convoca para su cobertura mediante nombramiento provisional, el puesto de jefe de Servicio de Archivo de Historias Clínicas.

2.3. Censo laboral

La última sección del documento que este Grupo de Trabajo va a presentar a la Dirección General de Recursos Humanos es un censo con la situación laboral de los profesionales de los SADC de los hospitales gestionados por el INSALUD.

Se ha distribuido las provincias gestionadas por INSALUD entre los componentes del Grupo de Trabajo, los cuales solicitarán, a modo de encuesta, de todos los profesionales implicados una serie de datos personales, profesionales, académicos y laborales con los que poder confeccionar el censo.

Una buena forma de colaborar con este Grupo es que los profesionales de estos hospitales contacten preferiblemente por iniciativa propia, con el miembro del grupo al que se le ha asignado la provincia donde trabaja para aportarle los datos necesarios.

2.3.1. CONDICIONES

Se han establecido dos condiciones que han de cumplir los profesionales a los que se les va a realizar el censo:

- A/ Ser licenciado superior.
- B/ Estar en situación laboral activa a 15 de abril de 1998 en un Centro Hospitalario del territorio gestionado por el INSALUD.

2.3.2. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO PARA ELABORACIÓN DEL CENSO LABORAL

- A/ Arturo J. Ramos Martín-Vegue:
Comunidad de Madrid
- B/ Carlos Elvira Martínez:
Toledo, Ciudad Real, Cuenca y Guadalajara.
- C/ Fuenteventura Aliga Matas:
Albacete, Murcia, Baleares, Ceuta y Melilla.
- D/ Lorenzo Echeverría Echarri:
La Rioja, Cantabria y Soria.
- E/ Juan Ramón Portillo:
Aragón.
- F/ Miguel Moreno Vermis:
Extremadura.
- G/ Mº Luisa Tamayo:
Asturias, León y Zamora.
- H/ Soledad Sainz García:
Burgos, Segovia, Ávila, Valladolid, Salamanca y Palencia.

2.3.3. DATOS DE LA ENCUESTA

CENSO DE LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL INSALUD

CONDICIONES:

1. Licenciado superior
2. Que esté trabajando actualmente (15 abril 1998) en los Servicios de Admisión y Documentación Clínica

IDENTIFICACIÓN:

1. Dos apellidos y nombre
2. Licenciatura, Doctorado, Especifique en qué

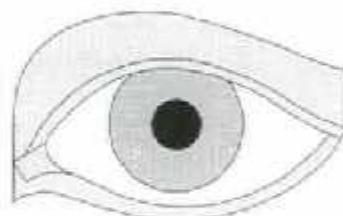
3. Formación de postgrado

M.R.: S NO Especialidad: _____

OTROS TÍTULOS: _____
N.º DE CRÉDITOS: _____
CENTRO: _____

SITUACIÓN LABORAL:

1. Área de trabajo
2. Tipo de contrato
Fijo, Interino, Comisión de servicios, Acuerdo de trabajo
3. Plazo básico de contrato
4. Plazo que ocupa
5. Antigüedad en los servicios de Admisión y Documentación Clínica del INSALUD (fecha de inicio, o en su defecto, años de contrato)



PREMIO PAPELES MÉDICOS

La Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM) convoca el Premio Papeles Médicos como reconocimiento y estímulo a la labor científica y de investigación desarrollada en las páginas de la revista sobre temas relacionados con su ámbito de actuación.

BASES PARA OPTAR AL PREMIO:

1

Podrán concurrir todos los autores que publiquen sus trabajos en *Papeles Médicos. Revista de la Sociedad Española de Documentación Médica*, a excepción de aquéllos en los que hayan participado algún miembro del Jurado.

2

Los trabajos que opten al premio deberán reunir las siguientes condiciones:

- a) Ser un trabajo original sobre *Documentación Médica* o algún área o tema de especial interés para el médico documentalista.
- b) Haber sido desarrollado en España.
- c) No haber sido publicado total o parcialmente en otra publicación.
- d) Ajustarse a las normas para la presentación de originales a *Papeles Médicos*.

3

El jurado del Premio estará constituido por el director de *Papeles Médicos*, los miembros del comité científico de la revista y dos profesionales propuestos por la Junta directiva de la Sociedad Española de Documentación Médica.

4

Las decisiones del Jurado se basarán en criterios de objetividad e independencia, y se considerará inapelable.

5

El premio podrá declararse desierto en caso de que el Jurado considere que ningún trabajo publicado tenga suficiente nivel científico o técnico.

6

La dotación económica será :

Un Premio de 75.000 pesetas

Un Accésit de 25.000 pesetas.

Papeles Médicos publicará tres números al año, con editoriales, revisiones de actualidad, artículos originales, comunicaciones breves, páginas de autoevaluación, críticas de libros, sección bibliográfica y sección de noticias. Todos los artículos deberán ser inéditos y no estar sometidos a examen por otra publicación.

Trabajos originales: Se aceptarán cualquier tema de interés en documentación médica en todas sus vertientes: documentación clínica, documentación científico-médica, admisión y sistemas de información. Se recomienda ser breves y concisos.

Comunicaciones breves: Pueden incluir notas previas sobre experiencias, metodología, etc. con propuestas validadas que aporten alguna novedad. Se recomienda no sobreponer las 500 palabras de texto, unas 10 citas bibliográficas y un máximo de tres figuras o tablas.

Cartas al director: Pueden incluirse breves noticias, novedades, hipótesis, metodología, comentarios o críticas. No se acompañarán de resumen. En caso necesario pueden acompañarse de una ilustración o figura y hasta 5 citas bibliográficas. Su extensión máxima será de 300 palabras. Cada carta se acompañará de una carta de envío al director firmada por el autor o autores.

Presentación del trabajo: Los trabajos se remitirán a la dirección de **Papeles Médicos**. Apartado 1593. 50080 Zaragoza (España). La redacción acusará recibo e informará sobre su aceptación y fecha próxima de publicación. Serán preferentemente en procesador de textos para PC, disquete 3.5 y en su defecto mordanografíados a doble espacio en folio de buena calidad, por una sola cara y amplios márgenes. Cada hoja llevará en el ángulo superior izquierdo el apellido del primer autor y en el margen superior derecho la numeración correlativa.

La primera hoja comprenderá: a) Título del trabajo, b) Uno o dos apellidos de cada autor seguidos por las iniciales del nombre, c) Centro o centros donde se haya realizado el trabajo, d) A pie de página se colocará una nota que diga Correspondencia: Indicando a continuación nombre de uno de los autores, su dirección y teléfono.

Segunda hoja: Debe de contener un resumen del trabajo de una extensión de 100 a 200 palabras o más corto en las comunicaciones breves. Este resumen se acompañará de una traducción inglesa. En apartado aparte incluirá palabras clave, hasta un máximo de cinco.

Tercera hoja: Comenzará el texto del artículo. En casos apropiados la última página del texto podrá contener una nota de agradecimiento de colaboración, ayudas, becas, etc. que se refieran al trabajo presentado. A continuación y en hojas aparte, las citas bibliográficas estructuradas según **Vancouver**, pudiendo localizarlas en el documento ampliamente conocido como **Requisitos Uniformes para el Envío de Manuscritos a Revistas Biomédicas**.

Tablas: Deben de limitarse al mínimo imprescindible. En lo posible no excederán la extensión de un folio. Irán independientes del texto en hoja aparte. Si sobrepasa el folio se utilizará un nuevo folio separado del anterior donde se realizará nuevamente el encabezamiento. Deben ir con título y numeradas con números romanos.

Dibujos: Deberán hacerse a tinta china o con la descripción del programa informático utilizado. Usar, en caso contrario, letras, flechas, etc. del tipo letraset, nunca manuales.

Figuras: Deberán enviarse diapositivas o fotografías en color de buena calidad, marcadas con un número arábigo. Deberán relacionarse con alguna referencia al texto. Los pies de las figuras deben realizarse en folio aparte del texto.

Estructuración de los trabajos: Siempre que sea posible los trabajos se estructurarán según el siguiente orden: Introducción, material y método, resultados, discusión y conclusiones. Es aconsejable que el autor/ea conserve una copia del trabajo presentado.

Papeles médicos will be published every four months, with editorials, reviews of current subjects, original papers, short communications, letters to the editor, bibliographic section and specially news section.

Original papers: All subjects on medical documentation will be preferred: medical records, scientific-medical documentation, patients admission and information systems. The authors are requested to be brief and concise.

Short communication: This category includes preliminary communications on personal experiences, methodology, etc. Short communications should not exceed about 500 words of the text, about 10 references, and 3 figures or tables.

Letters to the editor: This category will accept brief news, hypotheses, methodology, or comments and criticism on papers. If required they may contain one figure, and up to five references. They should not exceed 300 words.

All papers should be accompanied by a letter of presentation signed by the author or authors.

Preparation of manuscripts: All papers will be submitted to **Papeles médicos**. Apartado 1593. 50080 Zaragoza (Spain), and sent on a disquette 3.5. If not, will be typed double spaced in folio white paper, on one side only, and be free of erasures and handwritten corrections.

All pages will be numbered correlatively, starting with the first on title page, by arabic numerals placed in the upper right hand corner.

The family name of the author will be typed on all pages in the upper left hand corner.

The first or title page shall contain: a) The title of the paper b) Family name or names of each author, followed by the initials of their given names c) Institution or Institutions where the work was carried out d) Name and full address of the person to whom correspondence regarding that paper is to be directed, together with telephone number and area code.

The second or abstract page: Shall contain again the full title of the paper and a summary about 100 to 200 words in extension, condensing its content in the same order as in the full text. Shall be included also a translation of this summary into English. Up to five "key terms" are to be listed at the end of the summary.

The third page: Is the beginning of the text of the paper. At the end of the paper if required, an acknowledgement of particularly significant help, or of grants or financial help received.

Then, in a new page, the bibliographic references according to **Vancouver norms (International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals)**.

Tables: Should be restricted to the minimum indispensable number. If possible they should not exceed the extension of one type-written page. However, if continues in a second page, it must be repeat the table heading. All tables will be numbered consecutively with roman numerals, according to their order of mention in the text, and will have a title which explains its content adequately.

Figures: For reproduction send goodquality positives. They should be marked with an arabic number for identification being reference to the text. Type the figure legends in an extra page or pages.

Framework: If possible, the order will be: introduction, material and method, results, discussion, and conclusions. The author should keep a copy of the paper.



SEDOM