

ADeN

LEYNOFOR



**Documentación sanitaria: clínica y no clínica.
Sistemas de información utilizados en
Atención Primaria y Especializada:
Generalidades. Servicio de admisión y
atención al usuario: Funcionamiento. El
consentimiento informado.**

Introducción

La documentación sanitaria **clínica y no clínica** es un conjunto de documentos que se generan durante el desarrollo de actividades relacionadas con la atención a los pacientes y las gestiones administrativas asociadas a ella.

La **documentación sanitaria clínica** se refiere a los documentos directamente relacionados con la asistencia sanitaria. Esto puede incluir la historia clínica del paciente, que registra su información médica, diagnósticos, tratamientos y evolución de la enfermedad. También puede incluir informes médicos, resultados de pruebas diagnósticas, órdenes médicas, entre otros documentos clínicos.

Por otro lado, la **documentación sanitaria no clínica** se refiere a los documentos relacionados con la gestión administrativa o social en el ámbito sanitario. Esto puede incluir documentos como registros de ingreso y alta del paciente, facturación y pagos, autorizaciones y consentimientos, informes de gestión, políticas y procedimientos, entre otros.

Ambos tipos de documentación son fundamentales para el adecuado funcionamiento de los servicios de salud. La documentación sanitaria clínica es crucial para el seguimiento y la continuidad de la atención al paciente, así como para el intercambio de información entre profesionales de la salud. Por su parte, la documentación sanitaria no clínica es esencial para la gestión eficiente de los recursos, la planificación y la toma de decisiones administrativas en el ámbito sanitario.

Documentación sanitaria clínica

La documentación sanitaria clínica se basa en la Historia Clínica, que es el instrumento fundamental utilizado para recopilar toda la información clínica relevante de un paciente. La Historia Clínica consiste en un conjunto de datos y documentos que contienen información detallada, valoraciones y informes sobre la situación y evolución clínica del paciente a lo largo de su proceso asistencial.

La Historia Clínica es un registro completo y sistemático que abarca desde la información personal del paciente hasta los datos médicos y de salud relevantes. Incluye datos demográficos, antecedentes médicos, resultados de pruebas diagnósticas, tratamientos prescritos, evolución de la enfermedad, intervenciones quirúrgicas, medicamentos administrados y cualquier otra información clínica relevante.

La finalidad de la documentación sanitaria clínica, especialmente de la Historia Clínica, es proporcionar una visión integral de la salud y el estado médico del paciente. Este registro se utiliza para facilitar la continuidad de la atención, permitir la toma de decisiones médicas informadas, facilitar la comunicación entre profesionales de la salud, respaldar la investigación clínica y cumplir con los requisitos legales y éticos.

La documentación sanitaria clínica, en particular la Historia Clínica, desempeña un papel crucial en el cuidado y tratamiento de los pacientes, asegurando que se recopile, almacene y transmita de manera adecuada la información médica necesaria para brindar una atención de calidad y personalizada.

Información clínica: se refiere a cualquier dato que proporciona conocimientos sobre el estado de salud de una persona. Puede incluir datos médicos, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, evolución de la enfermedad y cualquier otro detalle relevante para la atención médica.

Historia clínica: consiste en el conjunto de documentos que se generan y recopilan durante los procesos asistenciales de los pacientes. Estos documentos pueden incluir informes médicos, registros de consulta, resultados de análisis y pruebas diagnósticas, órdenes de tratamiento, informes de cirugías, entre otros. La historia clínica proporciona un registro completo y detallado de la atención médica recibida por el paciente.

Documentación clínica: es el soporte físico o digital que contiene este conjunto de datos e informaciones relacionadas con la asistencia médica. Puede comprender registros médicos, informes clínicos, imágenes médicas, notas de enfermería y cualquier otro documento que respalde la atención brindada al paciente.

La información clínica y la documentación clínica son fundamentales para el manejo adecuado de la atención médica. Permiten a los profesionales de la salud tomar decisiones informadas, garantizar la continuidad de la atención, compartir información entre diferentes especialistas y realizar análisis retrospectivos para evaluar la eficacia de los tratamientos y mejorar la calidad de la atención.

La Historia Clínica

La documentación sanitaria contiene información trascendental para obtener un conocimiento preciso y actualizado sobre el estado de salud del paciente. Esta documentación incluye datos verídicos y fidedignos, ya que puede ser utilizada como prueba judicial si es necesario.

La **finalidad** principal de la documentación sanitaria, especialmente de la historia clínica, es **facilitar la asistencia sanitaria al paciente**. Proporciona un registro completo de la atención médica recibida, lo cual permite a los profesionales de la salud tomar decisiones fundamentadas, brindar un tratamiento adecuado y garantizar la continuidad de la atención.

Es responsabilidad de los profesionales que intervienen en la asistencia sanitaria asegurarse de que la documentación se cumpla de manera adecuada. Esto implica recopilar y registrar de forma precisa la información clínica relevante, mantenerla actualizada y asegurarse de que esté disponible cuando sea necesario.

El acceso a la Historia Clínica tiene diversos fines, que incluyen los judiciales, epidemiológicos, de salud pública, investigación y docencia. Sin embargo, es importante preservar la privacidad de los datos personales, a excepción del consentimiento informado y en casos de investigación judicial.

En cuanto al acceso del personal de administración y gestión, estos tienen acceso únicamente a los datos relacionados con sus propias funciones.

En el caso de la hospitalización, la Historia Clínica debe contener como mínimo los siguientes elementos:

- Autorización de ingreso
- Informe de Urgencia
- Consentimiento informado
- Informe de anestesia
- Informe de quirófano o de registro del parto
- Informe de anatomía patológica
- Gráfico de constantes
- Informe clínico de alta

Tanto en el ámbito de la hospitalización como en la atención primaria, la documentación mínima requerida en la historia clínica incluye:

1. Documentación relativa a la historia clínico-estadística, que abarca los datos demográficos y administrativos del paciente, como su nombre, edad, sexo, dirección y número de identificación.
2. La anamnesis y la exploración física, que comprenden la recopilación de antecedentes médicos, síntomas, quejas actuales y la evaluación física del paciente por parte del profesional de la salud.
3. La evolución, que registra los cambios y progresos del estado de salud del paciente a lo largo del tiempo, incluyendo los resultados de las intervenciones médicas y los tratamientos realizados.
4. Las órdenes médicas, que son las indicaciones y prescripciones del médico, tales como medicamentos, exámenes de laboratorio, pruebas diagnósticas o tratamientos específicos.
5. La hoja de interconsulta, que documenta las consultas y opiniones de especialistas o profesionales de otras disciplinas relacionadas con el caso del paciente.
6. Informes de exploraciones complementarias, como radiografías, ecografías, análisis de sangre u otros estudios diagnósticos que se realicen y que proporcionan información adicional sobre el estado de salud del paciente.

7. Evolución y planificación de cuidados de enfermería, que engloba la evaluación continua del paciente, el registro de los cuidados y tratamientos de enfermería brindados, y la planificación futura de cuidados en base a las necesidades del paciente.
8. Aplicación terapéutica de enfermería, que incluye la administración de medicamentos, curas de heridas, terapias físicas, educación al paciente y cualquier intervención terapéutica realizada por parte del personal de enfermería.

Estos elementos son esenciales para mantener un registro completo y preciso de la atención médica y de enfermería brindada al paciente, facilitando la continuidad de la atención y el seguimiento adecuado de su estado de salud.

El deber de secreto recae en el personal que accede a la información clínica en el ejercicio de sus funciones. Están obligados a mantener la confidencialidad de los datos a los que tienen acceso.

En cuanto a la conservación de la documentación clínica, los centros sanitarios tienen la obligación de conservarla durante al menos 5 años a partir de la fecha de alta del proceso asistencial. Sin embargo, los datos relacionados con el nacimiento nunca se destruyen.

La gestión de la documentación clínica suele ser responsabilidad de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica, que se encarga de su custodia y organización.

El paciente tiene derechos en relación con su historia clínica, como obtener copias de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios establecerán procedimientos para regular este proceso, y el paciente puede ejercer estos derechos personalmente o mediante representación debidamente acreditada.

El acceso a la historia clínica está sujeto a reserva en casos donde pueda causar perjuicio a terceras personas o cuando se trate de anotaciones subjetivas que puedan afectar negativamente al paciente.

Sistemas de Información utilizados en At. especializada y At. Primaria

Los sistemas de información utilizados tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria se definen como herramientas que permiten recoger, procesar, analizar, interpretar y transmitir la información necesaria para tomar decisiones en el ámbito sanitario. Estos sistemas son fundamentales para planificar, gestionar, evaluar e investigar las actividades relacionadas con la atención médica.

Los objetivos principales de estos sistemas son:

1. Interpretación de los datos recogidos: Los sistemas de información sanitaria permiten analizar y dar sentido a los datos recogidos, transformándolos en información útil para la toma de decisiones clínicas y administrativas. Esto implica identificar patrones, tendencias y relaciones entre los datos para obtener conocimientos relevantes.
2. Facilitar el acceso y la utilización de la información: Estos sistemas proporcionan una plataforma centralizada y accesible para almacenar, organizar y recuperar la información de manera eficiente. Permiten a los profesionales de la salud acceder a la información relevante de manera rápida y precisa, lo que facilita la toma de decisiones informadas y mejora la calidad de la atención al paciente.

Además de estos objetivos, los sistemas de información sanitaria también pueden tener otros propósitos, como mejorar la coordinación entre diferentes niveles de atención, facilitar la comunicación entre profesionales de la salud, respaldar la investigación clínica y epidemiológica, y contribuir a la evaluación y mejora de la calidad asistencial.

Los sistemas de información utilizados tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria se diferencian en varios aspectos:

Historia Clínica Hospitalaria:

- Está centrada en la enfermedad y orientada al diagnóstico. Se enfoca principalmente en recopilar información sobre la enfermedad y los procedimientos médicos realizados.
- Tiene un diseño cerrado, lo que significa que sigue una estructura predefinida y estandarizada para la documentación de la información clínica.
- Las actividades están relacionadas con la recuperación de la salud del paciente, centrándose en los tratamientos y cuidados específicos para abordar la enfermedad.
- Se le da poca importancia a los factores sociales y familiares que puedan influir en la salud del paciente.

Historia Clínica de Atención Primaria:

- Está centrada en los problemas de salud y orientada a la identificación de estos problemas. Se enfoca en la salud integral del paciente, incluyendo aspectos físicos, psicológicos y sociales.
- Tiene un diseño abierto, lo que significa que permite una mayor flexibilidad en la documentación de la información clínica, adaptándose a las necesidades individuales del paciente.
- Las actividades están relacionadas con la prevención y promoción de la salud, incluyendo la detección temprana de problemas de salud y la implementación de medidas preventivas.
- Se le otorga una gran importancia a los factores sociales y familiares que pueden influir en la salud del paciente, considerando su entorno y contexto social.

Historia Clínica Hospitalaria:	Historia Clínica de Atención Primaria:
Enfermedad	Problemas de salud
Orientada al diagnóstico	Orientada a identificar problemas
Diseño cerrado	Diseño abierto
Actividades relacionadas con la curación	Actividades relacionadas con la prevención
Factores sociales y familiares no importan	Factores sociales y familiares tienen GRAN importancia

Servicio de admisión y atención al usuario: funcionamiento

El servicio de admisión y atención al usuario es fundamental en cualquier centro de salud y su funcionamiento varía según el tipo de atención que se brinde. A continuación, se detallan los diferentes aspectos del funcionamiento de este servicio:

1. Todo ingreso o consulta se realiza a través de la Unidad de Admisión, que generalmente está adscrita a la Dirección Gerencia o Médica del centro. Esta unidad es responsable de recibir y gestionar todas las solicitudes de atención de los usuarios.
2. En Atención Primaria, se cuenta con un servicio de recepción que se encarga de recibir a los usuarios y guiarlos hacia la atención correspondiente. En este caso, el usuario recibe asistencia directamente en la recepción, donde se le asigna una consulta o se le deriva a otro servicio según sus necesidades.
3. En el caso de los ingresos hospitalarios, existen diferentes regímenes de admisión. La admisión general se encarga de recibir a los pacientes que requieren hospitalización. La admisión de ingresos se ocupa de gestionar los procedimientos de ingreso programado de los pacientes. La admisión de hospitalización se encarga de coordinar y facilitar el proceso de ingreso y asignación de camas para los pacientes hospitalizados.

4. En el régimen de asistencia a urgencias, se cuenta con un servicio de admisión específico para atender a los pacientes que llegan a urgencias. Esta área se encarga de realizar los trámites administrativos necesarios y asignar una categoría de triaje para determinar la prioridad de atención del paciente.
5. En el régimen ambulatorio, se realiza la admisión de los pacientes que acuden a consultas externas. El servicio de admisión de consultas se encarga de recibir a los pacientes, registrar su información y asignarles una cita con el médico especialista correspondiente.

Servicio de Admisión de ingresos:

El servicio de admisión de ingresos desempeña diversas funciones clave en un centro de salud. A continuación, se detallan algunas de las principales responsabilidades de este servicio:

1. **Gestión de camas de Hospitalización:** El personal de admisión de ingresos se encarga de la asignación de camas a los pacientes que requieren hospitalización. Esta labor implica organizar y optimizar la disponibilidad de camas, teniendo en cuenta la demanda de pacientes y las condiciones médicas de cada uno.
2. **Organización de la lista de espera:** En caso de que no haya camas disponibles inmediatamente, el personal de admisión de ingresos se encarga de mantener y gestionar una lista de espera. Esto implica priorizar a los pacientes según la gravedad de su condición y asegurarse de que sean ingresados tan pronto como sea posible.
3. **Aviso a los pacientes sobre el ingreso:** Una vez que se ha asignado una cama a un paciente, el personal de admisión se encarga de notificarle la fecha y hora exacta de su ingreso al hospital. Esto permite que los pacientes se preparen adecuadamente y lleguen al centro en el momento indicado.
4. **Recepción y registro de pacientes:** El servicio de admisión de ingresos es responsable de recibir a los pacientes en el hospital y realizar el proceso de registro. Esto implica recopilar información personal, médica y administrativa relevante para el ingreso y el tratamiento adecuado del paciente.
5. **Identificación de los pacientes:** Es responsabilidad del personal de admisión asegurarse de que los pacientes sean correctamente identificados al momento del ingreso. Esto incluye verificar su identidad y compararla con los registros existentes para evitar errores o confusiones.
6. **Control y autorización de traslados:** En casos no urgentes, cuando se requiere el traslado de un paciente a otra área o servicio del hospital, el personal de admisión de ingresos se encarga de gestionar y autorizar dicho traslado. Esto implica coordinar con los demás servicios involucrados y garantizar una transición segura para el paciente.
7. **Control y autorización de altas:** Al momento del alta del paciente, el personal de admisión de ingresos verifica y autoriza el proceso. Esto incluye asegurarse de que todos los procedimientos administrativos y médicos necesarios se hayan completado correctamente antes de permitir que el paciente abandone el hospital.
8. **Custodia de pertenencias** (en casos de urgencias): En situaciones de urgencia, cuando los pacientes llegan al hospital sin previo aviso, el personal de admisión se encarga de la custodia temporal de sus pertenencias hasta que puedan ser entregadas a sus familiares o cuidadores designados.

Admisión de Urgencias:

El servicio de admisión de urgencias cumple una serie de funciones importantes en un centro de salud. A continuación, se describen algunas de las principales responsabilidades de este servicio:

1. **Recepción y registro de pacientes:** El personal de admisión de urgencias se encarga de recibir a los pacientes que llegan a la unidad de urgencias y realizar el proceso de registro. Esto implica recopilar información relevante, como los datos personales del paciente, el motivo de la visita y cualquier otra información necesaria para el registro y la atención adecuada.
2. **Remisión al servicio correspondiente:** Una vez que los pacientes han sido registrados, el personal de admisión de urgencias se encarga de determinar el servicio o especialidad médica al que deben ser remitidos. Esto implica evaluar la gravedad de la condición del paciente y direccionarlo al servicio más adecuado para su atención y tratamiento.

3. **Determinación del régimen económico provisional:** En algunos casos, es necesario establecer un régimen económico provisional para los pacientes que llegan a urgencias. El personal de admisión se encarga de determinar este régimen, que puede incluir la aplicación de tarifas especiales o la consideración de situaciones de urgencia en relación con el pago de los servicios médicos.
4. **Custodia de pertenencias:** Durante la atención en urgencias, es posible que los pacientes deban dejar sus pertenencias en custodia. El personal de admisión se encarga de asegurar la custodia de dichas pertenencias, garantizando su seguridad y devolviéndolas al paciente una vez que sea apropiado.

Admisión de Consultas:

El servicio de admisión de consultas desempeña una serie de funciones importantes para garantizar el adecuado proceso de atención médica. A continuación, se detallan algunas de las principales responsabilidades de este servicio:

1. **Recepción de pacientes con cita médica:** El personal de admisión de consultas se encarga de recibir a los pacientes que acuden a la consulta médica con una cita previamente programada. Esto implica verificar la identidad del paciente y confirmar su cita, asegurando que se encuentre en el horario establecido.
2. **Coordinación de las consultas:** El servicio de admisión de consultas tiene la tarea de coordinar las citas médicas de manera eficiente. Esto implica asegurarse de que los horarios de las consultas estén organizados de manera adecuada, evitando demoras y optimizando la atención para los pacientes.
3. **Programación de citas:** El personal de admisión se encarga de programar las citas médicas de los pacientes, ya sea por solicitud del propio paciente o por indicación médica. Esto implica asignar una fecha y hora específicas para la consulta, asegurando la disponibilidad del médico y cumpliendo con las necesidades del paciente.
4. **Registro de información relevante:** Durante el proceso de admisión de consultas, se recopila información relevante del paciente, como los datos personales, motivo de la consulta y cualquier información médica necesaria. Esto garantiza que la información esté disponible para el médico durante la consulta y contribuye a un mejor seguimiento del paciente.

Servicio de Atención al Paciente:

El servicio de atención al usuario o paciente desempeña una serie de funciones importantes para garantizar una experiencia satisfactoria y brindar el apoyo necesario. A continuación, se detallan algunas de las principales responsabilidades de este servicio:

1. **Orientación al usuario:** El personal de atención al usuario se encarga de brindar orientación y asistencia a los usuarios en diferentes aspectos. Esto incluye proporcionar información sobre la ubicación de los servicios dentro del centro de salud, los horarios de atención, las horas de visita, los medios de transporte disponibles, entre otros detalles relevantes para facilitar la experiencia del usuario.
2. **Tutela de los derechos de los usuarios:** El servicio de atención al usuario tiene la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios. Esto implica asegurarse de que se respeten los derechos a la privacidad, la confidencialidad, la información, la participación y la calidad de la atención médica. Además, se encarga de proporcionar información sobre los derechos de los usuarios y de responder a cualquier consulta o inquietud al respecto.
3. **Atención a familiares:** El personal de atención al usuario también brinda atención y apoyo a los familiares de los pacientes. Esto incluye proporcionar información sobre el estado de salud del paciente, las políticas de visita, las opciones de acompañamiento, entre otros aspectos relacionados. Asimismo, se ofrece orientación y contención emocional a los familiares en momentos difíciles.
4. **Canalización de quejas, reclamaciones y sugerencias:** El servicio de atención al usuario actúa como un canal de comunicación para que los usuarios puedan expresar sus quejas, reclamaciones o sugerencias. Se encarga de recibir y gestionar estos comentarios de manera adecuada, asegurando

una respuesta oportuna y adecuada a cada situación. Además, se realiza un seguimiento de estas situaciones para identificar áreas de mejora en la atención y el servicio.

Consentimiento informado

El consentimiento informado es un concepto establecido por la Ley de Autonomía del Paciente (41/2002, de 14 de noviembre) que se refiere a la conformidad libre, voluntaria y consciente que una persona otorga después de recibir una información adecuada.

La información proporcionada para obtener el consentimiento informado debe ser veraz, comprensible y adecuada a las características del paciente. Puede ser transmitida de forma verbal, pero se recomienda dejar constancia por escrito para evitar posibles malentendidos o controversias.

En general, el consentimiento puede ser otorgado de manera verbal, pero en ciertos casos, como intervenciones quirúrgicas o procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos que suponen riesgos, se requiere que el consentimiento sea por escrito.

En cuanto al consentimiento por representación, se aplica en situaciones específicas, como en el caso de los menores de edad que no pueden otorgar su propio consentimiento. En casos de emancipación o en mayores de 16 años, se considera que tienen capacidad suficiente para otorgar su consentimiento.

Es importante destacar que el consentimiento informado puede ser revocado en cualquier momento y de forma escrita. Esto significa que un paciente puede retirar su consentimiento previamente otorgado si así lo desea.

1. **Definición y requisitos del consentimiento informado:** El consentimiento informado se define como la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente después de recibir una información adecuada. Para que el consentimiento sea válido, debe basarse en una información veraz, comprensible y suficiente sobre el diagnóstico, el pronóstico, las alternativas terapéuticas, los riesgos y beneficios de las intervenciones, así como las consecuencias de no recibirlas.
2. **Información adecuada:** La información proporcionada al paciente debe adaptarse a sus características individuales, como su nivel de comprensión, educación y cultura. Se debe asegurar que el paciente tenga un conocimiento claro y completo sobre su situación médica para poder tomar decisiones informadas.
3. **Forma del consentimiento:** La Ley establece que el consentimiento puede ser expreso o tácito. El consentimiento expreso se da de forma verbal o por escrito, mientras que el tácito se deduce de la conducta del paciente en situaciones donde se necesita atención médica urgente y no es posible obtener el consentimiento expreso.
4. **Revocación del consentimiento:** El paciente tiene el derecho de revocar su consentimiento en cualquier momento, por escrito. La revocación del consentimiento no exime al profesional de su responsabilidad de brindar la atención necesaria hasta que se pueda obtener un nuevo consentimiento o buscar alternativas.
5. **Consentimiento por representación:** En casos donde el paciente no tenga la capacidad para tomar decisiones, el consentimiento puede ser otorgado por un representante legal. Esto aplica a menores de edad, personas con discapacidad intelectual o incapacidad legal. Es importante seguir los procedimientos legales establecidos para garantizar que se protejan los derechos e intereses del paciente.
6. **Registro del consentimiento informado:** La Ley establece la obligación de documentar el consentimiento informado de forma escrita en la historia clínica del paciente. Este registro debe incluir la información proporcionada al paciente, su conformidad expresa y la fecha en que se obtuvo el consentimiento.