

Abril
2010



CONSELL DE COL·LEGIS
DE METGES DE CATALUNYA

Edita:

COL·LEGI
OFICIAL
 DE METGES
DE BARCELONA

Quaderns de la Bona Praxi

Història clínica, tecnologies de la informació i drets del pacient

28

COL·LEGI
OFICIAL
 DE METGES
DE BARCELONA
CENTRE D'ESTUDIS COL·LEGIALS

Redacció

Experts redactors d'aquest quadern

Coordinadors i redactors:

Artur Conesa González. Servei de Documentació Clínica. Unitat d'Informàtica Mèdica. Hospital Clínic. Barcelona.

Maria Rovira Barberà. Consultora Senior de Documentació Mèdica. Directora Funcional de la Història Clínica Compartida a Catalunya. Servei Català de la Salut. Barcelona.

Josep Maria Casanellas Rosell. Vicepresident de la Societat Catalana de Documentació Mèdica. Director Mèdic. Hospital Comarcal Sant Bernabé. Berga (Barcelona).

Redactors:

Miquel Vilardell Tarrés. President del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Roger Bruguera Villagrasa. Advocat. Servei de Responsabilitat Professional. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Josep Arimany Manso. Director. Servei de Responsabilitat Professional. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Experts revisors i assessors d'aquest quadern

Pilar Baxarias Gascón. Coordinadora General de Qualitat. Fundació Puigvert. Barcelona.

Carme Busqué Balsells. Cap de Gestió Assistencial. Hospital Igualada. Consorci Sanitari Anoia. Igualada (Barcelona).

Gemma Gelabert Colomé. Cap de Documentació Clínica i Arxiu. Coordinadora de la Comissió de Protecció de Dades. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona).

Josep M. Picas Vidal. Director de Sistemes d'Informació i TIC. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Pilar Torre Lloveras. Cap del Servei de Documentació Clínica del Parc de Salut Mar. Adjunta a la Direcció de Gestió Clínica del Parc de Salut Mar. Hospital del Mar. Barcelona.

M^a Antonia Várez Pastrana. Cap d'Unitat de Documentació Mèdica. Hospital Plató. Barcelona.

Comité editorial dels Quaderns de la Bona Praxi

Miquel Vilardell Tarrés. President del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Ramón Pujol Farriols. Vocal vuitè de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Marius Morlans Molina. President de la Comissió Deontològica del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Jordi Craven-Bartle Lamote de Grignon. Vocal sisè de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Alex Ramos Torre. Director del Centre d'Estudis Col·legials del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Edita

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA.

Centre d'Estudis Col·legials. Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona. e-mail: cecfmc@comb.cat

Direcció editorial: Alex Ramos Torre • **Coordinació editorial:** Raquel Dolado Murillo

Quaderns de la Bona Praxi és una publicació periòdica del COMB, editada pel seu Centre d'Estudis Col·legials des de 1991 i caracteritzada per ser:

- Una acció de Formació Mèdica Continuada que promou el Desenvolupament Professional dels metges d'acord amb l'esperada protecció dels ciutadans.
- Una Guia de Pràctica Clínica que fomenta la Bona Praxi i la prevenció de riscos professionals.
- Una eina de l'àmbit medicolegal que protegeix alhora el ciutadà i el professional de la medicina.

<u>Introducció</u>	4
<u>Concepte</u>	5
<u>Finalitat</u>	6
<u>Característiques</u>	7
<u>Contingut</u>	8
<u>Accés</u>	10
<u>Conservació</u>	11
<u>Custòdia</u>	11
<u>Recomanacions</u>	12
<u>Conclusions</u>	13
<u>Bibliografia</u>	14

1. Introducció

En els darrers anys, hem assistit a canvis radicals en l'ús de les **tecnologies de la informació i la comunicació** (TIC), que han modificat de manera evident tant el tractament de dades com les formes d'accedir a aquestes mateixes dades. En aquest sentit, eines com Internet o la telefonia mòbil serien paradigmes d'una nova era, perquè han canviat i estan encara canviant de manera considerable més i més aspectes de la nostra vida diària en relació amb l'ús i el tractament de la informació i en relació amb la comunicació.

Com és lògic, la medicina en general i els registres d'informació clínicoassistencial en particular no han escapat a aquesta revolució tecnològica en curs, i estem assistint a canvis transcendents en la forma de generar, consultar i comunicar la informació recollida en el decurs de la nostra activitat professional.

Així, parlem avui de teleassistència, de telemedicina o d'història clínica electrònica o digital, i podem lícitament pensar que de fet han desaparegut totes les barreres físiques que fins ara ens impedièren una comunicació a distància, simultània i en qualsevol moment amb altres col·legues o fins i tot amb els mateixos pacients.

Professionalment, no podem ignorar els importants avantatges que suposa la incorporació de les TIC al nostre quefer diari, tant pel que fa a l'accés a la informació clínica dels pacients —fins ara dispersa i, de fet, no sempre disponible o disponible amb dificultats—, com pel que fa a la possibilitat d'incorporar eines de suport a la decisió d'acord amb les millors pràctiques conegudes i acceptades, o en relació amb l'accés a nous coneixements en una disciplina tan canviant i cada cop més especialitzada com és la medicina.

Com és lògic, tampoc podem deixar de banda el fet que aquesta nova forma d'utilitzar una informació tan íntima com la que figura a les històries clíniques dels pacients no està exempta de riscos pel que fa a la pèrdua de la confidencialitat, i que l'adopció de les TIC en l'activitat assistencial obliga a adoptar totes les mesures necessàries per garantir que l'accés a la informació clínica sigui pertinent, oportú i compti amb el vistiplau del pacient.

Precisament, tots aquests canvis arriben en el moment en què ja s'ha consolidat una nova forma d'entendre el procés assistencial entre nosaltres, en la qual es posa en el centre del sistema sanitari el ciutadà-pacient i es disposa al seu entorn un conjunt de recursos i de

professionals ubicats en diferents àmbits que han de col·laborar de manera coordinada en el manteniment i, quan calgui, en la millora del seu estat de salut. Aquest enfocament multidisciplinari i de continuïtat temporal del procés d'atenció s'ha produït en un primer moment dintre dels centres assistencials, i posteriorment s'ha anat estenent a la resta del sistema sanitari.

Un altre element rellevant i també coincident en el temps ha estat el reconeixement per part de pacients i de professionals del paper protagonista que escau a un ciutadà informat a l'hora de prendre decisions en relació amb la seva pròpia salut i, més concretament, en relació amb les actuacions que li proposen els professionals sanitaris per a la seva prevenció, manteniment i millora.

De manera sintètica, podríem dir que **estem assistint** **ahora a un canvi en els suports de la informació clínica i a un canvi en el model de relació entre metges i pacients**, menys paternalista que el model vigent fins fa pocs anys.

En el Quadern que ara us presentem, amb relació al que es va publicar el juliol de 1994 ("Finalitat i ús de la història clínica"), trobareu referències a diversos textos legals llavors inexistents, on s'han anat plasmant els canvis esmentats. En aquestes normes s'ha donat carta de naturalesa a les dades de salut i a la importància del seu tractament segur i confidencial, als drets i deures dels ciutadans en relació amb la informació sobre la seva salut, als drets i deures dels professionals sanitaris i a les TIC com a suports naturals de la informació clínica, i també a la història clínica com a element essencial del procés assistencial en els diversos entorns possibles.

En aquesta legislació i en relació amb la documentació clínica, es troben referències a "la necessitat d'impulsar la història clínica electrònica i possibilitar l'intercanvi d'informació clínica entre diferents professionals, dispositius assistencials i comunitats autònomes" (Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut), que "existeixi formalització escrita de la feina reflectida en una història clínica que haurà de ser comuna per a cada centre i única per a cada pacient que s'hi atengui. I que la història clínica tendirà a ser suportada en mitjans electrònics i a ser compartida entre professionals, centres i nivells assistencials" (Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries), o que l'Administració es plantegi "avançar en la configuració d'una història clínica única per pacient i l'estudi d'un sistema que, atenent l'evolució dels recursos tècnics, possibiliti l'ús compartit de les històries clíniques entre

els centres assistencials de Catalunya, a fi que els serveis assistencials tinguin accés a tota la informació clínica disponible” (Llei 21/2000, de 29 de desembre, de la Generalitat de Catalunya).

Aquest Quadern vol ser una guia per a la correcta elaboració i utilització de la història clínica a partir de la

legislació actual, la qual garanteix els drets dels pacients i dels professionals alhora que consolida l'aplicació de les TIC a l'activitat assistencial, com a elements essencials en la pràctica mèdica actual.

2. Concepte

La informació clínica, segons la legislació actualment en vigor, s'entén com el conjunt de dades que permeten adquirir o ampliar coneixements sobre l'estat físic o la salut d'una persona, les quals es poden contenir en suport paper, electrònic o digital.

En sentit ampli, s'entén per documentació clínica qualsevol mena de suport que conté dades i informacions de caràcter assistencial referides a un pacient. Més concretament, **una història clínica reuniria el conjunt de documents, independentment del seu suport, que contenen les dades, valoracions i informacions de qualsevol índole sobre la situació i l'evolució clínica d'un pacient al llarg del seu procés d'atenció sanitària.**

La història clínica és, de fet, el document sanitari personalitzat que conté més informació íntima, i cal entendre la seva utilització com un bé irrenunciable per a l'atenció de cada pacient. Ateses les seves característiques, el metge té el deure de guardar secreta tota la documentació produïda en el seu exercici professional, així com tot allò que el pacient li hagi confiat, el que hagi vist i hagi deduït, i procurarà ésser tan discret que ni directament ni indirectament res no pugui ésser descobert (Article 30 del Codi de Deontologia).

També, i segons l'article 19 del Codi de Deontologia, el metge ha de referir en una història mèdica individualitzada totes les seves actuacions professionals

amb els seus pacients, de manera que sigui un recordatori per a ell i faciliti el possible seguiment per part d'altres col·legues, i està obligat a extremer el rigor del seu contingut.

A banda del fet que la pràctica professional dels metges ha anat consolidant els registres amb informació clínica com una eina imprescindible de treball, en els darrers anys hem assistit al desenvolupament de normes legals que fan referència expressa a la història clínica i a les dades de salut, alhora que completen les previsions que s'havien enunciat en el Conveni sobre els Drets Humans i la Biomedicina del Consell d'Europa de 1997 i en la Llei General de Sanitat de 1986.

Aquestes normes legals (Llei Orgànica 15/99, de protecció de dades de caràcter personal i reglament que la desenvolupa en el RD 1720/2007, Llei 21/2000 del Parlament de Catalunya i Llei estatal 41/2002, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient, i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica), a la vegada que concreten moltes de les actuacions relacionades amb la creació, utilització, accés, custòdia i conservació de la història clínica, estableixen el dret dels pacients a la informació sobre la seva salut, el dret a la confidencialitat de les dades relatives al seu estat de salut, i el dret al lliure consentiment previ a qualsevol actuació sanitària, i en garanteixen la seva protecció.

Més concretament, en la legislació esmentada es reconeix el dret de tot pacient que quedi constància per escrit, o en el suport tècnic més adient, de la informació obtinguda en tots els seus processos assistencials.

3. Finalitat

L'objectiu principal d'una història clínica és facilitar l'atenció sanitària, registrant totes aquelles dades que, a criteri mèdic, permetin un coneixement veraç i actualitzat de l'estat de salut del pacient.

Aquesta finalitat originària de la història clínica esdevé encara més rellevant des del moment en què treballem en equips multidisciplinaris, donat que cal una comunicació fluïda entre els membres de l'equip assistencial en benefici del pacient.

Tanmateix, no es pot oblidar que la informació continguda en una història clínica és de gran interès per a altres finalitats complementàries:

- És un **instrument de primera mà per a l'avaluació de la qualitat assistencial**, des del moment que fa possible la valoració de la idoneïtat del procés de diagnòstic i tractament del pacient en relació amb els estàndards existents.
- És un **vehicle de gran utilitat per a la docència**, perquè aporta coneixement sobre el procés de diagnòstic de les malalties i el seu abordatge terapèutic a professionals i estudiants de les ciències mèdiques.
- És el **suport informatiu imprescindible per a la recerca clínica**, perquè el registre exhaustiu de l'evolució dels processos mòrbids, dels tractaments aplicats i dels resultats clínics obtinguts permet sovint plantejar nous interrogants i possibles millores en l'atenció mèdica i, en conseqüència, facilita les actuacions encaminades a obtenir un major coneixement de les malalties o l'aplicació de noves mesures terapèutiques.
- És una **font de dades** de morbiditat, mortalitat i utilització dels recursos sanitaris **per a tasques de**

planificació i per a estudis epidemiològics i de salut pública, aspectes d'una importància creixent en una societat moderna que lícitament ha de tenir l'aspiració d'anar progressivament a l'arrel del procés d'emmalaltir, i que ha de fer de les tasques de prevenció i de millora de l'estat de salut de la població un dels seus elements distintius.

- Per últim, és un **registre d'informació amb validesa jurídica** que, en circumstàncies de discrepància rellevant en relació amb l'atenció mèdica efectuada i els seus resultats, pot esdevenir una font d'informació cabdal per justificar l'actuació professional. En aquest sentit, una història clínica completa, ordenada, intel·ligible i respectuosa, a banda de la seva utilitat en el treball de l'equip assistencial, pot resultar de gran ajuda davant dels tribunals.

Considerant que en aquestes circumstàncies la història clínica es converteix en una prova material per ordre del jutge, cal entendre que tan aviat pot ser la millor protecció del metge enfront de reclamacions o litigis per presumpta mala praxi, com la més eficient peça condemnatòria que es pugui esgrimir contra el metge, tenint en compte que constitueix el testimoni més objectiu de la qualitat o de la manca de qualitat del seu treball.

La història clínica, per tant, és sens dubte una prova de primer ordre en qualsevol procés judicial per responsabilitat mèdica. És tan important com la prova pericial en tant que aquesta, en gran mesura, es basa en la història clínica del pacient. A partir de la història es desenvoluparà el procés i serà la base d'altres proves transcendents. La seva importància es fonamenta en que és una prova preconstituïda, a la qual s'atorga un valor objectiu.

A més a més, la transcendència de la història clínica a efectes judicials no es limita a l'acreditació de la praxi mèdica, sinó que és fonamental pel que fa al consentiment i a la informació facilitada al pacient.

4. Característiques

En la legislació actual s'especifica que la història clínica ha d'incorporar la informació que es consideri transcendental per al coneixement veraç i actualitzat de l'estat de salut del pacient. A més, es reconeix el dret dels ciutadans que quedi constància de la informació que els professionals sanitaris obtinguin durant els diversos processos assistencials, tant en l'àmbit de l'atenció primària com especialitzada.

Considerant que la història clínica és un instrument destinat fonamentalment a ajudar a garantir una assistència adequada al pacient, sembla necessari que s'elabori d'acord amb els criteris següents:

- a Aconseguir que hi hagi **una única història clínica per pacient**, al menys en cada centre sanitari, a disposició de tots els professionals que intervenen en el procés d'atenció.
- b Vetllar perquè hi hagi un **element d'identificació unívoc del pacient** que eviti la dispersió de la informació clínica i en faciliti la integració i, eventualment, la transmissió a distància en cas necessari.
- c Afavorir la **utilització d'una metodologia el més estandarditzada possible per al registre de les dades**, que faci possible la localització de la informació en funció de criteris temporals o d'elements identificadors d'apartat o de contacte, i la seva comprensió per part de tercers.
- d Emprar en qualsevol cas i com a norma un **llenguatge acurat i intel·ligible** atesa la condició de document de caràcter públic que té tota història clínica, que permeti la correcta lectura i comprensió per tots els professionals implicats en el procés assistencial, incrementant així la seguretat del pacient. Una història clínica que no reuneixi aquests requisits dificulta la tasca assistencial i pot perjudicar els pacients per possibles errors derivats d'una inadequada interpretació de les dades.
- e Vetllar pel **compliment de les mesures de seguretat i confidencialitat** en allò referent a l'accés, custòdia i conservació de la història clínica.

5. Contingut

Les descripcions que es fan en la normativa vigent amb relació al contingut de les històries clíniques reflecteixen de manera bastant detallada els diversos apartats en què se sol estructurar la recollida de dades en l'entorn hospitalari (**Taula 1**). Fins i tot, s'arriben a definir apartats amb paraules com full o similars, termes que poden sorprendre en un context on comencen a prevaler els suports digitals per a la recollida i tractament de la informació clínica.

No obstant això, l'existència de determinats reculls sistemàtics de la informació referent a determinades actuacions professionals ha de ser entesa com un recurs d'utilitat per a la localització i la recuperació ràpides de certes dades, sobretot quan és un objectiu de l'Administració avançar en la configuració d'una història clínica única per pacient en tot el territori. És el cas de l'informe d'alta, el full operatori o els dictàmens en cas de procediments o exàmens especialitzats, entre altres.

En canvi, es troben a faltar en la legislació referències explícites a alguns dels **registres d'informació que efectuen altres membres de l'equip assistencial (infermers, psicòlegs, treballadors socials, etc.)**. Aquests registres, **de gran importància en el seguiment del pacient en l'àmbit hospitalari però de manera especial en l'atenció sociosanitària i en l'atenció primària**, s'han incorporat de manera clara a la història clínica en els darrers anys i en són a hores d'ara una part indestruïble.

De manera sintètica, podríem dir que els apartats o porcions d'informació que hauria de contenir tota història clínica són els següents:

- 1 **Dades d'identificació del pacient i de l'assistència** (filiació, metge responsable, procedència, data i dispositiu d'atenció, etc.).
- 2 **Valoració inicial** (anamnesi i exploració clínica, factors condicionants personals i de l'entorn, motiu de consulta).
- 3 **Valoracions especials i interconsultes** (resultats d'exploracions complementàries, interconsultes, proves efectuades i escales aplicades, etc.).
- 4 **Evolució clínica** (llista de problemes, orientació diagnòstica, curs de la malaltia, constants, valoracions interdisciplinàries, actuacions planificades).
- 5 **Tractament** (farmacològic, quirúrgic, de rehabilitació, psicològic, preventiu, pal·liatiu, etc.).
- 6 **Tancament del procés o de la valoració** (informes d'assistència, informes d'urgència, informes de quiròfan, informes d'alta, etc.).
- 7 **Dades de caire medicolegal** (comunicat de lesions, autorització de retenció, etc.).
- 8 **Expressions de la voluntat del pacient** (document de voluntats anticipades, consentiment informat, autorització d'ingrés, document d'alta voluntària, etc.).

CONTINGUTS DE LA HISTÒRIA CLÍNICA

(Llei 21/2000, article 10)

La història clínica ha de tenir un número d'identificació i ha d'incloure les dades següents:

a) DADES D'IDENTIFICACIÓ DEL MALALT I DE L'ASSISTÈNCIA:

- Nom i cognoms del malalt
- Data de naixement
- Sexe
- Adreça habitual i telèfon, a l'efecte de localitzar-lo
- Data d'assistència i d'ingrés, si s'escau
- Indicació de la procedència, en cas de derivació des d'un altre centre assistencial
- Servei o unitat en què es presta l'assistència, si s'escau
- Número d'habitació i de llit, en cas d'ingrés
- Metge responsable del malalt

Així mateix, quan es tracta d'usuaris del Servei Català de la Salut i l'atenció es presta per compte d'aquests, s'ha de fer constar també el codi d'identificació personal contingut a la targeta sanitària individual.

b) DADES CLINICOASSISTENCIALS:

- Antecedents familiars i personals fisiològics i patològics
- Descripció de la malaltia o el problema de salut actual i motius successius de consulta
- Procediments clínics emprats i llurs resultats, amb els dictàmens corresponents emesos en cas de procediments o exàmens especialitzats, i també els fulls d'interconsulta
- Fulls de curs clínic, en cas d'ingrés
- Fulls de tractament mèdic
- Full de consentiment informat si és pertinent
- Full d'informació facilitada al pacient en relació amb el diagnòstic i el pla terapèutic prescrit, si s'escau
- Informes d'epicrisi o d'alta, si s'escauen
- Document d'alta voluntària, si s'escau
- Informe de necròpsia, si n'hi ha

En cas d'intervenció quirúrgica, s'ha d'incloure el full operatori i l'informe d'anestèsia i, en cas de part, les dades de registre.

c) DADES SOCIALS:

- Informe social, si s'escau

6. Accés

En la legislació vigent, els **professionals implicats en el diagnòstic o el tractament del pacient gaudeixen del dret d'accés prioritari a la seva història clínica en tot moment**. Fins i tot s'indica que no serà necessari el consentiment del pacient en la comunicació de dades de salut entre centres i serveis sanitaris quan calgui per a l'atenció sanitària de les persones, òbviament en un context on les tecnologies de la informació i la comunicació faciliten la disponibilitat de les dades i permeten compartir la informació.

Com a norma general, l'accés a la història clínica amb finalitats no assistencials (epidemiològiques, de salut pública, de recerca o de docència), obliga a preservar les dades d'identificació personal del pacient separades de les de caràcter assistencial, de manera que en quedi assegurat l'anonimat, llevat que el mateix pacient hagi donat el seu consentiment per no separar-les. També es deixa constància a la legislació de la possibilitat d'accés sense restriccions pel personal sanitari degudament acreditat en funcions d'inspecció, avaluació, acreditació i planificació per encàrrec de l'Administració.

Un cas especial és el que té relació amb l'accés a la història clínica **en els supòsits d'investigació de l'autoritat judicial**, on no hi hauria, en principi, restriccions i, per tant, **caldria actuar d'acord amb el que disposin jutges i tribunals**. Tanmateix, i com a criteri general, l'accés a dades i documents de la història clínica s'hauria de limitar estrictament a la finalitat específica de cada cas.

Pel que fa a l'exercici del dret d'autodeterminació informativa (habeas data) per part del titular de les dades, que implica poder controlar i decidir sobre l'ús de la informació relativa a dades de caràcter personal que

tota persona té, cal dir que totes les normes en vigor consagren el **dret d'accés del pacient a la documentació de la història clínica** i, en cas necessari, a l'obtenció d'una còpia de les dades que hi figuren.

En aquest sentit cal dir que, encara que els centres sanitaris tenen el deure de custòdia de les històries clíniques, els pacients mantenen en qualsevol cas la titularitat de la informació que contenen. D'altra banda, la normativa de protecció de dades personals reconeix als pacients, a més del dret d'accés, els drets de rectificació i oposició a dades inexactes o incompletes.

No obstant això, el dret d'accés del pacient a la documentació de la història clínica mai no pot ser en perjudici del dret de tercers a la confidencialitat de les seves dades que figuren en la documentació esmentada, ni del dret dels professionals que han intervingut en la seva elaboració, que poden invocar la reserva de les seves observacions, apreciacions o anotacions subjectives.

Per últim, cal recordar que la legislació també reconeix a tota persona el dret que es respecti la seva voluntat de no ser informada en relació amb la seva salut. L'esperit d'aquest dret implica la possibilitat que el pacient renunciï a ser informat sobre el seu procés clínic, malaltia, etc., però no implica una renúncia al dret d'accés al suport documental corresponent.

En cas de mort del pacient, els centres sanitaris i els metges en l'exercici de la medicina privada només facilitaran l'accés a la seva història clínica a les persones vinculades a ell, per raons familiars o de fet, a excepció que el pacient ho hagués prohibit expressament i així s'acrediti. En qualsevol cas l'accés d'un tercer a la història clínica motivat per un risc per a la seva salut es limitarà a les dades pertinents. No es facilitarà informació que afecti la intimitat del difunt ni les anotacions subjectives dels professionals, ni que perjudiqui a terceres persones.

7. Conservació

Atesa la importància que la disponibilitat de la història clínica i de la informació en ella continguda tenen per a la feina del metge, **tant els centres sanitaris com els professionals que desenvolupin la seva activitat de manera individual estan obligats a conservar la documentació clínica en condicions que en garanteixin el manteniment i la seguretat, amb independència del seu suport**, perquè pugui ser recuperada sempre que calgui per a l'atenció dels pacients i per a qualsevol de les altres finalitats de la història clínica. Als pacients se'ls reconeix el dret que els centres sanitaris estableixin un mecanisme de custòdia activa i diligent de les històries clíniques.

Segons això la Llei 21/2000 del Parlament de Catalunya (actualment en procés de revisió per a la modificació

dels terminis vigents), estableix que les històries clíniques s'han de conservar com a mínim fins a vint anys després de la mort del pacient, encara que transcorreguts deu anys des de la darrera atenció, hom pot seleccionar i destruir els documents i dades que no són rellevants per a l'assistència. Tanmateix, cal conservar com a mínim els següents:

- dades d'identificació del pacient,
- fulls de consentiment informat,
- informes d'alta,
- informes quirúrgics i registres de part,
- dades relatives a l'anestèsia,
- informes d'exploracions complementàries, i
- informes de necròpsia.

A més, es preveu que la documentació que a criteri del facultatiu sigui rellevant a efectes preventius, assistencials o epidemiològics, es pugui conservar durant un període de temps superior.

8. Custòdia

El pacient té el dret que els centres sanitaris estableixin un **mecanisme de custòdia activa i diligent** de les històries clíniques. Aquesta custòdia ha de permetre la recollida, la recuperació, la integració i la comunicació

de la informació sotmesa al principi de confidencialitat. Aquest dret també serà exigible als professionals en exercici lliure.

La custòdia diligent de la història clínica comportarà garantir l'autenticitat del seu contingut i dels canvis operats en ella, la possibilitat de la seva reproducció futura i evitar la seva destrucció o pèrdua accidental.

9. Recomanacions

A continuació es presenten un conjunt de recomanacions pel que fa al registre de dades, la confidencialitat així com l'accés i utilització de la història clínica.

A la **Taula 2** es fan recomanacions sobre l'enregistrament de les dades, a la **Taula 3** es citen una sèrie de mesures preventives per evitar els accessos no autoritzats i a la **Taula 4** es faciliten indicacions sobre l'accés a la història clínica i la seva adequada utilització.

REGISTRE DE DADES

- *Registreu la data i l'hora de l'assistència*
- *Identifiqueu correctament el professional que ha atès el pacient*
- *Eviteu apreciacions subjectives*
- *Utilitzeu un llenguatge acurat*
- *Eviteu l'ús de sigles*
- *Valideu/signeu els formularis en suport electrònic per evitar alteracions no controlades del seu contingut*
- *Estructureu la informació per facilitar-ne l'accés*

Taula 2

CONFIDENCIALITAT

- *Adopteu mesures preventives (com les següents) per evitar accessos no autoritzats:*
 - *No utilitzeu contrasenyes genèriques*
 - *No delegueu o compartiu contrasenyes*
 - *Sortiu del sistema d'informació clínica quan no hi treballeu*
 - *No deixeu documents amb informació clínica en espais oberts o no vigilats*
 - *Destruïu de manera segura la documentació que no s'ha de conservar*
 - *Assegureu l'anonimat de les dades clíniques en els tractaments amb finalitats no assistencials*

Taula 3

- *Elaboreu i implanteu guies d'utilització de la informació clínica*
- *Elaboreu i implanteu procediments per a l'accés dels pacients a la seva informació clínica*
- *Impediu l'accés a la informació clínica quan no sigui procedent*
- *Utilitzeu adequadament les TIC per a l'intercanvi d'informació en el procés d'atenció, amb mesures com les següents:*
 - *La identificació precisa del pacient atès*
 - *L'establiment d'estàndards/catàlegs/normes per a l'intercanvi d'informació*
 - *L'acompliment de les mesures de seguretat i confidencialitat*
 - *L'evitació de redundàncies i duplicitats*

10. Conclusions

- 1 La història clínica ha de reflectir totes les dades del procés assistencial i incorporar tots els documents generats en aquest procés.
- 2 La història clínica és un document de gran transcendència medicolegal, on es reflecteix no només la pràctica mèdica o acte mèdic, sinó també el compliment d'alguns dels principals deures del personal sanitari respecte al pacient: deure d'assistència, deure d'informar, etc.
- 3 La història clínica és un document sotmès al deure de confidencialitat i secret professional, i el seu accés està restringit als supòsits previstos a la llei.
- 4 La història clínica pot tenir diversos suports (paper, electrònic, digital) però s'ha de garantir la seguretat d'accés i conservació.
- 5 Les TIC són eines que faciliten l'accés, l'arxiu, la comunicació i el tractament de dades que en l'aplicació sanitària tenen una importància cabdal.

11. Bibliografia

- 1. Castells M, Lupiáñez F, Saigí F, Sánchez J.** Modernització tecnològica, canvi organitzatiu i serveis als usuaris en el sistema de salut de Catalunya. Informe de recerca (vol 1). [consultat 12-04-2010]: Disponible a: <http://www.uoc.edu/in3/pic/cat/salut/informe.html>
- 2. Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.** Finalitat i ús de la història clínica. Quaderns de la Bona Praxi 1994; 4.
- 3. Conclusions de la jornada sobre el nou Reglament de protecció de dades: anàlisi de les novetats principals.** [consultat 12-04-2010]: Disponible a: http://www.apdcat.net/ca/noticia.php?cat_id=226¬_id=56
- 4. Codi de Deontologia, de 17 de juny de 1997, actualitzat el 24 de gener de 2005.** Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. [consultat 12-04-2010]: Disponible a: http://www.comb.cat/cat/comb/normativa/codi_deontologic/codi_final.pdf
- 5. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.** Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Barcelona. 2002.
- 6. Ley 16/2003, de 28 de mayo,** de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE de 29 de maig de 2003.
- 7. Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.** BOE 29 de abril de 1986.
- 8. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.** BOE 14 de diciembre de 1999.
- 9. Ley 41/2002, de 14 de noviembre,** básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 15 de diciembre de 2002.
- 10. Llei 21/2000, de 29 de desembre,** sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. DOGC de 11 de gener de 2001.
- 11. Parlament de Catalunya.** Projecte de llei de modificació de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica. [consultat 12-04-2010]: Disponible a: <http://www.parlament.cat/activitat/bopoc/08b583.pdf>
- 12. Real Decreto 1720/2007,** de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- 13. Sociedad Española de Informática de la Salud.** De la historia clínica a la historia de salud electrónica. Informe nº 5. Madrid. 2002.

Números publicats



Els Quaderns de la Bona Praxi és una publicació que s'envia gratuïtament als metges de Catalunya a través dels col·legis professionals. El cost de cada exemplar, per col·legiats que desitgin adquirir nous exemplars o per no col·legiats, és de 12 € i per a entitats és de 15 €. Cal enviar una sol·licitud a cecfmc@comb.cat.

Quaderns de la Bona Praxi



Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.
<http://cec.comb.es>