

# La documentació sanitària

Elvira Alvarez González



# Índex

<b>Introducció</b>	<b>9</b>
<b>Resultats d'aprenentatge</b>	<b>11</b>
<b>1 Sistemes d'informació i necessitats documentals als centres sanitaris</b>	<b>13</b>
1.1 Sistemes d'informació als centres sanitaris . . . . .	13
1.1.1 Elements del sistema d'informació d'un centre sanitari . . . . .	15
1.1.2 Funcions del sistema d'informació sanitària . . . . .	16
1.1.3 Solucions tecnològiques . . . . .	16
1.2 Sistemes d'informació sanitària a les societats . . . . .	18
1.2.1 Sistema d'informació a nivell autonòmic, nacional i global . . . . .	19
1.3 Sistema d'informació dels centres sanitaris: SADC i biblioteca . . . . .	22
1.3.1 La informació externa . . . . .	22
1.3.2 La informació interna . . . . .	22
1.4 Concepte de dades i informació . . . . .	23
1.5 Característiques dels documents . . . . .	26
1.5.1 Elements que configuren un document . . . . .	27
1.5.2 Diferents tipus de documents . . . . .	27
1.5.3 Documents en l'àmbit sanitari . . . . .	29
<b>2 Caracterització de la documentació als centres sanitaris</b>	<b>31</b>
2.1 Tipus de documents als centres sanitaris . . . . .	31
2.1.1 L'agenda de cites mèdiques . . . . .	33
2.2 Documentació sanitària als centres sanitaris . . . . .	35
2.2.1 Documentació sanitària no clínica . . . . .	35
2.2.2 Documentació sanitària clínica . . . . .	39
2.3 La targeta sanitària individual (TSI) . . . . .	40
2.3.1 Targeta sanitària europea (TSE) . . . . .	42
2.3.2 Característiques generals dels documents als centres sanitaris . . . . .	42
2.4 Documentació sanitària clínica: la història clínica . . . . .	44
2.4.1 Models d'informes i compatibilització en el Sistema Nacional de Salut . . . . .	50
2.5 Fluxos d'informació als centres sanitaris a partir dels processos assistencials . . . . .	50
2.5.1 Cadena documental . . . . .	52
2.6 Fluxos d'informació i funcions de la unitat de documentació clínica . . . . .	54
2.6.1 Urgències . . . . .	56
2.6.2 Hospitalització . . . . .	57
2.6.3 Coordinació amb altres centres . . . . .	58
<b>3 Documentació amb regulació normativa I</b>	<b>59</b>
3.1 Característiques generals de la documentació amb regulació normativa . . . . .	59
3.2 Història clínica . . . . .	61
3.2.1 Normativa que regula el dret a informació per part del pacient i obligació d'informar per part del metge . . . . .	62
3.2.2 Qüestions legals que cal tenir en compte en la complementació de la història clínica . . . . .	63

3.2.3	Documents que conformen la història clínica . . . . .	64
3.3	Informe clínic d'alta . . . . .	66
3.3.1	Requisits que ha de complir un informe d'alta . . . . .	68
3.3.2	La normativa que regula l'informe d'alta . . . . .	70
<b>4</b>	<b>Documentació amb regulació normativa II</b>	<b>71</b>
4.1	Consentiment informat . . . . .	71
4.1.1	Dret a la informació assistencial . . . . .	72
4.1.2	Característiques del consentiment informat . . . . .	74
4.2	Altres consideracions del consentiment informat . . . . .	75
4.2.1	El consentiment informat com a document en el catàleg documental del centre de documentació, SADC . . . . .	77
4.3	Document de voluntats anticipades . . . . .	79
4.3.1	Nova Llei de l'eutanàsia . . . . .	81
4.4	Comunicats mèdics . . . . .	81
4.4.1	Comunicats mèdics judicials . . . . .	82
4.4.2	Comunicat de notificació de malalties de declaració obligatòria . . . . .	83
4.4.3	Notificació de reaccions adverses a medicaments . . . . .	86
4.4.4	Comunicats mèdics administratius (laborals) . . . . .	87
4.4.5	Certificats mèdics . . . . .	88
4.5	Recepta mèdica . . . . .	89
<b>5</b>	<b>La confidencialitat</b>	<b>93</b>
5.1	Concepte d'intimitat i confidencialitat . . . . .	93
5.2	Compartir informació clínica . . . . .	96
5.2.1	Contínuum assistencial i confidencialitat . . . . .	97
5.2.2	Quan algú demana per la salut d'un altre . . . . .	98
5.2.3	Quan algú ens parla de la salut d'un altre . . . . .	98
5.2.4	El telèfon i la confidencialitat . . . . .	98
5.2.5	Altres situacions que es generen al mostrador . . . . .	99
5.2.6	Les malalties dels companys i la confidencialitat . . . . .	99
5.2.7	La consulta amb altres professionals . . . . .	100
5.2.8	La consulta amb altres persones que acompanyen el pacient . . . . .	100
5.2.9	Els menors i la confidencialitat . . . . .	101
5.2.10	Els immigrants i la confidencialitat . . . . .	101
5.3	Les malalties greus i la confidencialitat . . . . .	102
5.3.1	Les malalties lleus i la confidencialitat . . . . .	103
5.3.2	Les consultes urgents i la confidencialitat . . . . .	103
5.3.3	Les malalties mentals i la confidencialitat . . . . .	104
5.3.4	La confidencialitat i els jutges . . . . .	104
5.3.5	Les incapacitats temporals i la confidencialitat . . . . .	105
5.4	Altres aspectes de la confidencialitat . . . . .	105
5.4.1	Continuïtat entre nivells i confidencialitat . . . . .	106
5.4.2	Elements estructurals i confidencialitat . . . . .	106
5.4.3	La circulació de papers i la seva destrucció . . . . .	107
5.4.4	Els llistats (de medicaments i d'altres situacions) . . . . .	108
5.4.5	La investigació i les publicacions . . . . .	108
5.4.6	Els informes socio-sanitaris i altres espècimens . . . . .	108



5.4.7	La mort i la confidencialitat	109
5.5	Idees clau	109
<b>6</b>	<b>Normativa i confidencialitat</b>	<b>113</b>
6.1	Les TIC i la protecció de dades	113
6.1.1	Confidencialitat en la informació clínica informatitzada	114
6.1.2	Noves formes d'assistència	115
6.2	Drets ARSOPOL	115
6.2.1	Dret d'accés	117
6.2.2	Dret de rectificació	117
6.2.3	El dret a l'oposició	118
6.2.4	El dret a la supressió	118
6.2.5	Dret a la portabilitat	118
6.2.6	Dret a l'oblit	119
6.2.7	Dret a la limitació del tractament	119
6.3	Nivells de confidencialitat	119
6.3.1	Possibilitats d'anonimitzar les dades	120
6.3.2	Control des dels centres	120
<b>7</b>	<b>Característiques documentals de les històries clíniques</b>	<b>123</b>
7.1	Evolució històrica. Història de la història clínica	123
7.1.1	Edat antiga	124
7.1.2	Edat mitjana	127
7.1.3	Edat moderna	127
7.1.4	Edat contemporània	128
7.2	Concepte d'història clínica	130
7.3	Funcions i usuaris de la història clínica	131
7.3.1	Funcions de la història clínica	131
7.3.2	Usuaris	133
7.3.3	Propietaris de la història clínica	134
7.4	Característiques de la història clínica	135
7.4.1	Univocitat	135
7.4.2	Seguretat	136
7.4.3	Veracitat	136
7.4.4	Confidencial	136
7.4.5	Integrativa i acumulativa	137
7.4.6	Recuperable	137
7.4.7	Comprensible	137
7.4.8	Legal	138
<b>8</b>	<b>Tipus i característiques de la història clínica</b>	<b>139</b>
8.1	Tipus d'història clínica segons el suport	139
8.1.1	HC en suport paper	140
8.1.2	HC en suport electrònic	141
8.2	Tipus d'HC segons l'estructuració dels continguts: història clínica clàssica i orientada a la font	143
8.2.1	Història clínica clàssica o tradicional	143
8.2.2	Història clínica orientada a la font o per problemes (HCOP)	144
8.2.3	HC segons el tipus d'atenció o centre sanitari	145
8.3	Requisits legals i normatius de la història clínica	148

8.4	Documents específics de la història clínica . . . . .	149
8.4.1	Història clínica hospitalària (HCH) . . . . .	151
8.4.2	Documents d'infermeria . . . . .	155
<b>9</b>	<b>Tipus i documents de la història clínica</b>	<b>157</b>
9.1	Documents específics de la història clínica en atenció primària . . . . .	157
9.1.1	Tipus de registres a l'atenció primària . . . . .	157
9.1.2	Documents d'ús sistemàtic . . . . .	159
9.1.3	Documents d'ús complementari i eventual . . . . .	162
9.1.4	Emplenament de la història clínica . . . . .	163
9.2	La història clínica digital . . . . .	163
9.3	La carpeta personal de salut . . . . .	168
9.4	e-Salut: telemedicina, teleassistència . . . . .	170
9.4.1	Diferències entre telemedicina i telesalut . . . . .	170
<b>10</b>	<b>Disseny i elaboració de documents clínic assistencials</b>	<b>173</b>
10.1	Normalització documental. Disseny corporatiu . . . . .	173
10.2	Disseny de documents administratius . . . . .	176
10.2.1	Recomanacions en l'elaboració de documents . . . . .	177
10.3	Elements dels documents . . . . .	179
10.3.1	La carta . . . . .	180
10.3.2	Oficis i comunicats interns . . . . .	183
10.4	Elaboració d'altres documents . . . . .	185
10.4.1	Diagrames de flux . . . . .	185
10.4.2	Plantilles: convocatòria i acta de reunió . . . . .	189
<b>11</b>	<b>Disseny de documents clínics</b>	<b>193</b>
11.1	Línies generals per al disseny de documents clínics . . . . .	193
11.1.1	Continguts . . . . .	195
11.2	Normativa i CMBD . . . . .	196
11.3	Elements dels documents clínics . . . . .	200
11.3.1	Format intern dels documents de la HC . . . . .	201
11.3.2	Format extern de la història clínica de paper . . . . .	204
11.3.3	Etiquetes . . . . .	205
11.3.4	Enquadernat . . . . .	205
11.3.5	Altres aspectes de la normalització . . . . .	208
11.4	Consum, costos i aplicacions informàtiques de disseny i tractament gràfic . . . . .	209
11.4.1	Consums i costos de la documentació . . . . .	211
<b>12</b>	<b>La transformació dels documents</b>	<b>213</b>
12.1	Vida dels documents clínics . . . . .	213
12.1.1	Anàlisi de documents vius i correcció de deficiències . . . . .	216
12.2	Registre dels documents, catàleg . . . . .	220
12.2.1	Altres registres . . . . .	223
12.3	Transformació dels documents . . . . .	224
12.4	Translació d'informació . . . . .	226
12.4.1	Persones autoritzades . . . . .	227
12.4.2	Establiment del vincle amb el pacient i indexació dels documents o dades . . . . .	228
12.4.3	Identificació del procés de translació . . . . .	228

<b>13 La qualitat en la documentació clínica</b>	<b>231</b>
13.1 Característiques de la gestió de qualitat . . . . .	231
13.1.1 Evolució del concepte de qualitat. Models de gestió . . . . .	233
13.1.2 Mesurament de la qualitat . . . . .	235
13.2 Funcions del Servei d'Admissió i Documentació Clínica envers la qualitat en la documentació	236
13.2.1 Objectius del Servei d'Admissió i Documentació Clínica . . . . .	236
13.2.2 Les funcions del Servei d'Admissió i Documentació Clínica . . . . .	237
13.2.3 Els requisits del Servei d'Admissió i Documentació Clínica . . . . .	239
13.2.4 Productes del Servei d'Admissió i Documentació Clínica . . . . .	240
13.2.5 Indicadors de qualitat i activitat del Servei d'Admissió i Documentació Clínica . . . . .	240
13.3 Auditories . . . . .	241
13.3.1 Característiques de les auditories . . . . .	242
13.3.2 Tipus d'auditories . . . . .	242
13.4 Òrgans qualificadors . . . . .	244
13.4.1 Exemple basat en l'estàndard IPSP.1 . . . . .	245
13.4.2 Exemple en què s'analitza l'estàndard PFR.6.4 . . . . .	246
13.4.3 Exemple en què s'analitza l'estàndard ACC.3.3. . . . .	246
13.4.4 Criteris que es poden avaluar . . . . .	246
13.5 Comissions de Documentació als centres sanitaris . . . . .	247
13.5.1 Objectius de la Comissió de Documentació . . . . .	249
13.5.2 Normativa que regula la Comissió de Documentació . . . . .	250



## Introducció

La primera unitat formativa dins del mòdul **Arxiu i documentació sanitaris** anomenada **“La documentació sanitària”** està dedicada a l'estudi dels documents sanitaris, les seves característiques, tipologia, i la normativa que regula la seva creació, disseny i gestió. La unitat se subdivideix en treze lliçons.

La primera lliçó **“Sistemes d'informació i necessitats documentals als centres sanitaris”** situa al lector en el context del que són els serveis sanitaris. En aquests serveis es genera informació que es gestionada a través de documents.

En la segona lliçó **“Caracterització de la documentació als centres sanitaris”** s'estudien els diferents tipus de documents que vehiculen d'una banda, la informació clínica que sorgeix directament de l'atenció al pacient, i d'altra banda la informació necessària per al bon funcionament del centre i la gestió del pacient en tot el seu procés assistencial.

La tercera i quarta lliçó **“Documentació amb regulació normativa”** s'ocupen dels documents que adquireixen el caràcter de legalitat davant de determinades situacions i de la normativa que regula i han de complir els documents en l'àmbit sanitari.

La cinquena lliçó **“La confidencialitat”** tracta de la confidencialitat i treballa una de les capacitats clau més apreciades dels professionals sanitaris no només pel dret de la intimitat dels pacients sinó per que esdevé una obligació que cal conèixer. La lliçó sis **“Normativa i confidencialitat”** s'endinsa en la normativa que regula la confidencialitat.

Les lliçons set **“Característiques documentals de les històries clíniques”**, vuit **“Tipus i característiques de la història clínica”** i nou **“Tipus i documents de la història clínica”** tracten el concepte i característiques documentals de les històries clíniques, document per excel·lència de l'atenció sanitària. S'estudien els diferents tipus d'història clínica i els diferents documents que inclou una història clínica.

A les lliçons deu **“Disseny i elaboració de documents clínics assistencials”** i onze **“Disseny de documents clínics”** s'indiquen les línies generals que cal tenir en compte en el disseny i elaboració de documents administratius i de documents clínics.

La lliçó dotze **“La transformació de documents”** tracte els canvis que estan fent les institucions sanitàries relacionats amb el canvi de suport dels documents i el procés de digitalització dels documents i eliminació del suport paper. S'estudia la vida dels documents, la traslació i la transformació de documents i el registre i catàleg de documents.

Finalment, la lliçó treze **“La qualitat en la documentació clínica”** s'ocupa de la qualitat en la documentació que és una exigència cada vegada major en les

institucions, no només per millorar l'assistència, sinó per millorar la seguretat en l'atenció als pacients.

Per assolir els continguts d'aquesta unitat és important que l'alumne llegeixi amb atenció les lectures on es troben els continguts de la unitat i realitzi les activitats d'aprenentatge i exercicis tipus test d'autoavaluació proposades abans de desenvolupar els diferents exercicis avaluable de cada unitat.

## Resultats d'aprenentatge

En finalitzar aquesta unitat, l'alumne/a:

1. Caracteritza les necessitats documentals dels centres sanitaris, relacionant-les amb cada tipus de centre i amb la funció dels documents. Criteris d'avaluació:
  - (a) Descriu els tipus i funcions dels documents d'ús comú en centres sanitaris.
  - (b) Descriu els fluxos d'informació, canals i circuits dels documents.
  - (c) Descriu les funcions i tipus d'històries clíniques i documents propis i associats.
  - (d) Explica les característiques dels documents amb regulació normativa.
  - (e) Descriu les característiques, composició i funcions del catàleg documental d'un centre sanitari.
  - (f) Verifica el compliment de la normativa aplicable.
2. Disseny i elabora documents sanitaris aplicant criteris de normalització documental. Criteris d'avaluació:
  - (a) Descriu els principis generals de la normalització documental.
  - (b) Descriu les tècniques de disseny documental i les seves aplicacions.
  - (c) Explica l'optimització de consums i costos de la documentació.
  - (d) Disseny documents tipus.
  - (e) Analitza i corregeix les deficiències dels documents vius.
  - (f) Comprova que els documents s'adapten a la normativa sanitària, a la de protecció de dades i a la política
  - (g) documental del centre.
  - (h) Transforma documents de suport paper a suport digital
  - (i) Registra els documents dissenyats al catàleg documental del centre.
3. Verifica la qualitat d'una documentació clínica, optimitzant la seva normalització i funcionalitat. Criteris d'avaluació:
  - (a) Descriu els mètodes d'avaluació documental, explicant les seves característiques, avantatges i limitacions.
  - (b) Valora els estudis realitzats: enquestes, estudis de satisfacció, així com l'obtenció de les conclusions oportunes.
  - (c) Comprova l'adequació dels aspectes formals d'un document.
  - (d) Elaborar protocols d'avaluació formal del document.

- (e) Aplica protocols realitzats amb la seva corresponent avaluació i definició d'oportunitats d'optimització.
  - (f) Analitza el grau de compliment de la documentació.
  - (g) Descriu les funcions de les comissions de documentació en els centres sanitaris.
4. Gestiona les històries clíniques des del punt de vista documental, verificant el contingut específic i la connexió amb altra documentació annexa. Criteris d'avaluació:
- (a) Caracteritza els documents, continguts, funcions i usuaris de les històries clíniques.
  - (b) Analitza els diferents tipus d'històries clíniques.
  - (c) Estructura històries clíniques segons els seus continguts i altres requeriments.
  - (d) Comprova l'adequació de les històries al procés de normalització de la documentació sanitària així com als requeriments legals.
  - (e) Analitza altres documents de suport relacionats amb la història clínica.
  - (f) Descriu els fluxos de circulació de les històries clíniques.
  - (g) Emplena els apartats propis de l'àrea administrativa de la història clínica.
  - (h) Gestiona històries clíniques electròniques mitjançant aplicacions específiques.



## 1. Sistemes d'informació i necessitats documentals als centres sanitaris

El tècnic en documentació i administració sanitàries s'encarrega, entre altres competències professionals, de l'elaboració i la tramitació de documents propis dels serveis sanitaris. L'estudi de la unitat formativa de Documentació Clínica us permetrà assolir aquesta competència.

Per poder tramitar i elaborar els documents sanitaris cal conèixer quines necessitats de comunicació i documentació tenen aquests serveis sanitaris. En aquesta primera lliçó començarem per situar-vos en el context del que són els serveis sanitaris, on es genera informació que és gestionada a través de documents.

Els objectius són:

- Conèixer la necessitat d'informació dels centres sanitaris en un context global.
- Relacionar la informació amb la documentació i la seva importància per a la millora de l'atenció sanitària.

### 1.1 Sistemes d'informació als centres sanitaris

La informació sanitària es produeix als serveis sanitaris, però què entenem per servei sanitari? Un **servei sanitari** és aquella "unitat assistencial" en la qual es du a terme una activitat sanitària específica (accions de promoció, prevenció, diagnòstic, tractament o rehabilitació dirigides a fomentar, restaurar o millorar la salut de les persones i desenvolupades per professionals sanitaris).

El servei sanitari o unitat assistencial pot ser des d'una consulta particular d'un metge fins a una unitat de cures intensives en un hospital. Un servei sanitari el podem trobar tant en una organització no sanitària, com per exemple una unitat d'infermeria en un complex educatiu, o en una organització sanitària, és a dir, un centre sanitari com ara un hospital.

Un **centre sanitari** és un conjunt organitzat de mitjans tècnics i instal·lacions en què professionals capacitats, per la seva titulació oficial o habilitació professional, porten a terme bàsicament activitats sanitàries per tal de millorar la salut de les persones.

#### Centres sanitaris

Els centres i serveis sanitaris estan definits i regulats per exercir la seva activitat al Reial decret 1277/2003, de 10 d'octubre, pel qual s'estableixen les bases generals sobre autorització de centres, serveis i establiments sanitaris.

Els centres sanitaris poden estar integrats per un o diversos serveis sanitaris, que constitueixen la seva oferta assistencial. Així, ens podem trobar diversos centres:

- Hospitals amb internament
- Consultes mèdiques i d'altres professionals
- Centres d'atenció primària
- Clíniques dentals
- Centres de cirurgia major ambulatoria

Altres organitzacions amb serveis sanitaris són:

- Presons
- Balnearis
- Residències de gent gran

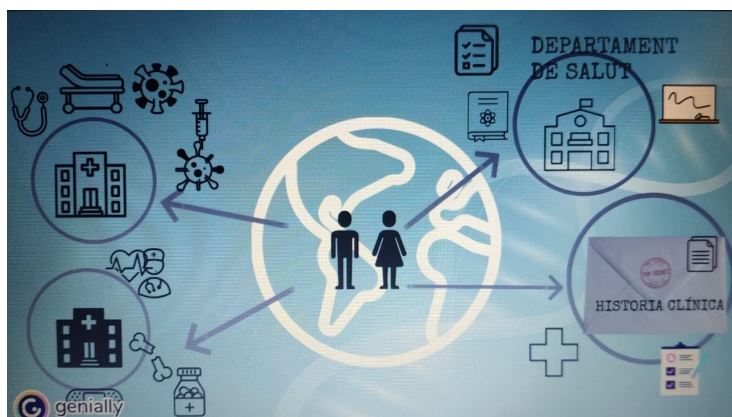
El conjunt de serveis sanitaris que es brinden a una societat formen part del **sistema sanitari** d'aquella societat, i del qual són responsables els seus governants.

Sigui el tipus de centre o serveis que sigui (petita consulta, hospital, centres d'atenció primària o CAP, etc. ) i al nivell administratiu en què es trobi (municipal, comarcal, autonòmic, estatal o internacional), **l'activitat sanitària necessita, processa i genera informació**. En l'activitat sanitària es generen **dades** com ara resultats d'anàlitiqes, imatges radiològiques, signes i símptomes, diagnòstics, tractaments, procediments, edat dels pacients, sexe, nombre de dies d'estada, etc., respecte a l'assistència al pacient.

Les dades que es van generant a partir de l'activitat sanitària són registrades en una mena de formularis, avui dia electrònics (informàtics). Aquestes dades seran emmagatzemades i aniran constituït bases de dades i documents que s'arxivaran. La importància del sistema d'informació és que es pugui recuperar aquestes dades de tal forma que aportin coneixement i donin compliment a les necessitats de documents i informació dels usuaris. D'aquest sistema s'haurien de poder extreure per exemple informes analítics, bases de dades, informes clínic d'alta, documents identificatius, etc.

Per altra banda, **la informació és un dret bàsic** del ciutadà i de l'usuari dels serveis de salut. Al seu torn, és un **deure per als professionals**, recollit en tots els codis ètics i deontològics. Així, els centres hauran de gestionar la informació per tal de donar resposta a aquest fet. Per exemple, un pacient quan és donat d'alta d'un hospital en què ha estat sotmès a una intervenció quirúrgica té dret a un "informe clínic d'alta hospitalària" en el qual s'informa de les dades clíniques implicades en l'episodi d'hospitalització.

En l'atenció sanitària es dona un flux de dades entre els usuaris (per exemple entre el pacient i el metge). Aquest flux de dades van generant informació, sobretot coneixement de l'estat de salut del pacient. La informació es transmet per diversos canals de comunicació i al final quedarà registrada a través de documents que s'han d'arxivar i tractar adequadament per poder-ne recuperar informació útil quan sigui necessari.

**FIGURA 1.1.** Atenció centrada en la persona

Font elaboració pròpia.

L'usuari principal dels serveis de salut és el pacient, i constitueix el punt de partida o el cor de tot el sistema sanitari i de qualsevol centre sanitari. Al nou Pla de salut de Catalunya 2021-2025 es parla de l'**atenció centrada en la persona (ACP)**. La imatge de la figura 1.1 és una representació d'aquest concepte, que encara està en desenvolupament i és continuació del pla anterior. No es pot deixar de banda que el sistema d'informació sanitari té com a finalitat global la millora de la salut de les persones. La novetat és la participació activa de les persones en la seva salut, no com a víctimes sinó com a responsables.

Els serveis i centres sanitaris no estan aïllats, sinó que són com subsistemes dins d'un altre sistema que els engloba, com ara, a Catalunya, el Servei Català de la Salut o CatSalut.

Tots els centres sanitaris que formen la xarxa sanitària, tant privada com pública, generen i requereixen informació per poder portar a terme la seva activitat assistencial als pacients amb eficiència i equitat.

Aquesta informació cal compartir-la per tal de poder gestionar adequadament els recursos i donar a la població l'assistència sanitària de forma equitativa i també per poder avaluar els resultats de tota l'activitat sanitària. A més, serveix a la investigació per millorar el coneixement de la pràctica clínica i per tant la salut de les persones.

### 1.1.1 Elements del sistema d'informació d'un centre sanitari

Els sistemes d'informació d'un centre sanitari són un conjunt abstracte, unitari i coherent d'elements humans i tecnològics relacionats.

La finalitat concreta dels sistemes d'informació és facilitar la presa de decisions per a la bona gestió de la institució a la qual serveix. Si ens referim als sistemes d'informació d'un centre sanitari, com per exemple un hospital, han de permetre la seva gestió tant des del punt de vista assistencial i clínic com del funcionament del mateix centre.

Si aquests centres els comparem amb una empresa, el sistema d'informació cal que tingui en compte els següents elements consecutius:

- **Inputs** (recursos): nombre de llits, metges, infermers, quiròfans, sèrums, etc. És a dir, qualsevol recurs que necessiti un centre o hospital per funcionar cada dia.
- **Desenvolupament del procés assistencial**: primeres visites, visites successives, intervencions quirúrgiques, cures d'infermeria, etc.
- **Manteniment de processos al voltant de l'assistencial**: hoteleria, manteniment, etc.
- **Outputs** (resultats): pacients atesos de determinada patologia (pneumònia, fractura de fèmur, etc.) i que s'hagi resolt amb millor o pitjor èxit. En definitiva, dades sobre la casuística atesa.

### 1.1.2 Funcions del sistema d'informació sanitària

El sistema d'informació d'un centre sanitari hauria de complir determinades funcions:

- Mesurar i avaluar l'assistència prestada.
- Permetre una visió de l'organització per als directius per tal que puguin prendre decisions.
- Tornar informació quantitativa i qualitativa als metges i infermeres perquè sàpiguen com estan actuant, com ho fan i es puguin comparar amb l'organització i altres centres de l'entorn. És a dir formació.
- *Benchmarking*, comparació de resultats amb altres hospitals.
- Establir nous programes o noves fórmules d'assistència. Per exemple: es va veure que és millor per al pacient i per a l'administració disminuir dies d'estada (abans era al contrari), i nous procediments com per exemple tècniques laparoscòpiques envers cirurgies obertes han permès un progrés, en els últims anys, de la cirurgia ambulatoria.
- *Immediatesa*: informació com a suport quotidià de l'activitat clínica: decisions vinculades al sistema d'informació. Per exemple: rebre el resultat d'un antibiograma per terminal i instaurar un tractament en el moment o consultar en pantalla els antecedents d'al·lèrgies del pacient.

### 1.1.3 Solucions tecnològiques

Per poder portar a terme aquestes funcions actualment existeixen solucions tecnològiques i informàtiques que integren diverses àrees del centre sanitari. Si prenem com a referència els hospitals, poden ser les següents:

- Gestor de peticions
- Estació clínica
- Emergències i triatge
- Hospitalització
- Citació (consultes externes CCEE)
- Quiròfans
- Codificació
- Arxiu d'històries clíniques
- Cures infermeria
- Hospitals de dia
- Prescripció
- Comunicació amb solucions de dispensació automàtica de fàrmacs
- Gestió de llista d'espera
- Gestió econòmica i financera
- Facturació
- Coordinació amb atenció primària (CAP) per vetllar pel compliment del contínuum assistencial.

Així, un sistema d'informació hospitalari, **HIS**, és una solució integrada dissenyada per administrar totes les operacions d'un hospital incloent-hi totes les accions mèdiques, els processos assistencials, els fluxos financers, la gestió administrativa, els recursos humans, els documents, les assegurances mèdiques, els assumptes legals i el control d'inventaris. L'HIS està dissenyat per administrar els hospitals des d'un punt de vista clínic i administratiu.

També permet administrar cada usuari en particular amb un paper actiu en les operacions de l'hospital com a gerents, metges, infermers, comptables, farmacèutics, tècnics de laboratori, etc. Actualment, fins i tot, els pacients podrien participar en el sistema d'informació amb l'autogestió de cites, etc.

El component principal del SIH o de qualsevol sistema d'informació en qualsevol servei sanitari és la història clínica del pacient. Actualment, aquesta és electrònica i en tot cas caldria engranar-la com a part del sistema d'informació de l'hospital. L'aplicació de la història clínica del pacient s'anomena registre mèdic electrònic (EMR), registre de salut electrònic (RSE) o expedient clínic electrònic (ECE). La història clínica electrònica constitueix en si mateixa un sistema d'informació que evita duplictat de proves, dona seguiment a tot el procés del pacient, optimitza la codificació, etc.

La informació que es genera amb cada història clínica i amb cada procés assistencial en concret conforma uns fluxos d'informació que es desplacen entre pacients

i usuaris, personal sanitari, personal administratiu, autoritats sanitàries i població general.

Tot aquest conjunt de persones (agents o usuaris), dades, tecnologies (*software* o solucions tecnològiques HIS, wi-fi) i materials (dispositius, *hardware*) que treballen o s'interrelacionen entre si per tal de donar resposta a una necessitat de coneixement per tal de millorar la salut de les persones conformen un sistema d'informació. Podríem dir que és un sistema d'informació sanitari.

La informació té un paper estratègic en la gestió d'un centre sanitari, però el plantejament d'aquest fet per part de les organitzacions s'ha produït recentment, i ha anat aparellat amb l'evolució de les tecnologies de la informació.

El SI general d'un centre sanitari, que en el cas d'un hospital constitueix el sistema d'informació hospitalari (SIH), ha de ser **únic, integrat i acumulatiu**, i configurar l'espina dorsal de l'organització. El seu objectiu és posar a disposició dels professionals les dades i la informació necessaris perquè puguin desenvolupar el seu treball diari al centre sanitari.

## 1.2 Sistemes d'informació sanitària a les societats

Un sistema d'informació és un sistema que reuneix, emmagatzema, processa i proporciona informació a una organització o a la societat de manera que la informació és accessible i útil a aquells que vulguin utilitzar-la, incloent-hi gestors, personal directiu, clients i ciutadans" (Lluís Codina, 1993).

Actualment, qualsevol sistema d'informació utilitza la tecnologia per facilitar les tasques de recollida, emmagatzemament, processament, validació i recuperació de la informació. Un sistema d'informació sanitari seria un sistema d'informació aplicat a l'àmbit sanitari.

Quan parlem de sistema d'informació sanitari hem de tenir en compte que ens podem referir al sistema d'informació sanitari a diversos nivells:

- **Nivell internacional**, com l'Organització Mundial de la Salut (OMS).
- **Nivell estatal**, corresponent al sistema d'informació sanitària del Sistema Nacional de Salut, SNS, a nivell estatal. S'anomena **SI-SNS** i en teniu informació detallada en el següent enllaç: [bit.ly/3NAHLwU](http://bit.ly/3NAHLwU).
- **Nivell autonòmic**. Inclou tots els serveis sanitaris i conselleries de les comunitats autònomes. A Catalunya, el sistema sanitari és el Catsby.
- **Nivell de cada àrea de salut**.
- **Nivell de centre sanitari**.

Els **sistemes d'informació sanitaris** es poden definir com “els mecanismes per a la recopilació, el processament, l'anàlisi i la transmissió de la informació necessària per organitzar i fer funcionar els serveis sanitaris, i també per a la investigació i la formació del personal”.

L'OMS considera que és absolutament necessari que tots els països disposin d'un bon sistema d'informació sanitari, perquè és la clau per prendre les decisions adequades en aquest camp.

Per exemple, en la situació actual de pandèmia per la covid-19, tots els centres sanitaris informen dels casos positius (pacients amb covid-19) diagnosticats, del nombre d'ingressats amb patologia i del nombre de morts, el report de tots els resultats dels laboratoris amb el nombre de proves diagnòstiques (PCR) i els seus resultats. Aquesta informació és transferida al Departament de Salut de Catalunya.

De la mateixa manera, totes les comunitats autònomes n'informen el Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social, que garanteix la disponibilitat de la informació i la comunicació recíproca entre les administracions sanitàries i entre l'Administració i els ciutadans. Finalment, al si del Consell Interterritorial s'acorden els objectius i continguts d'aquesta informació.

El Consell Interterritorial, a partir de la informació recollida, en fa un tractament per obtenir indicadors i l'anàlisi amb l'estadística que permetrà avaluar la situació per tal d'adoptar les mesures adients per millorar la salut de les persones, establint per exemple l'ús obligatori de mascaretes, els programes de vacunació pertinents, etc.

### **1.2.1 Sistema d'informació a nivell autonòmic, nacional i global**

Cada consulta i cada centre sanitari tenen un sistema d'informació propi per tal de poder gestionar la seva organització, però no està aïllat. Aquests hauran de comunicar la informació a un altre nivell als respectius serveis de salut. Els diversos serveis o conselleries de salut de cada comunitat autònoma formaran al seu torn un sistema d'informació.

En aquest sentit, Catalunya va ser la primera comunitat autònoma a establir l'obligatorietat de recollir de cada alta hospitalària un conjunt mínim bàsic de dades (CMBD). La font d'informació d'aquest sistema d'informació el constitueix la història clínica del pacient (HC), i a partir de les dades recollides en la HC es poden analitzar i elaborar estadístiques i informes.

Actualment s'estan desenvolupant i impulsant diversos sistemes d'informació que parteixen de la informació a nivell d'un centre sanitari (consulta, centre d'atenció primària, clíniques, hospitals, etc.). Un exemple el trobem en la situació de pandèmia: els ciutadans estan accedint a l'aplicació “La Meva Salut” per tal de gestionar la vacunació, la citació i els informes de vacunació. Aquesta aplicació en si és una part del sistema d'informació i és un sistema d'informació dins d'un

l'altre més ampli. Un engranatge amb una finalitat comuna: millorar la salut de les persones de la manera més equitativa possible.

La història clínica és el component principal del sistema d'informació, un sistema d'informació clínic. La informació es vehicula a través dels documents. Alguns exemples de documents poden ser: un paper imprès, un arxiu PDF o una mostra de sang en un portaobjectes. És a dir, els documents poden tenir diferents tipus de suports.

Cada vegada més, el paper és substituït per altres suports, però igualment són documents i per tant cal conèixer els circuits de la informació i quines necessitats existeixen i condicions que cal complir segons les diferents normatives, com la que regula la confidencialitat de les dades.

A nivell de les institucions sanitàries, els serveis sanitaris i les polítiques de salut (per exemple, a Catalunya, Pla de salut 2016-2020), parlem del **Sistema d'Informació Sanitària del Sistema Nacional de Salut** com un sistema cohesionat entre les diverses administracions i proveïdors de serveis per tal de garantir una assistència integral dels ciutadans (vegeu la figura 1.2).

**FIGURA 1.2.** Sistema d'Informació del Sistema Nacional de Salut



Font: Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014

El Sistema Nacional de Salut, tot i tenir les seves competències descentralitzades, ha de funcionar de manera harmònica i cohesionada per tal de garantir que l'accés i les prestacions sanitàries a tots els ciutadans es facin en condicions d'igualtat efectiva i que la política de salut estigui orientada a la superació de desequilibris territorials i socials.

En aquest sentit, la Llei 14/1986, general de sanitat, inclou actuacions relatives a l'establiment de sistemes d'informació sanitària i a l'elaboració d'estadístiques d'interès general supracomunitari. Igualment, la Llei 16/2003, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, encomana al Ministeri de Sanitat i Consum garantir la disponibilitat de la informació i comunicació recíproques entre les diverses administracions sanitàries.



El sistema d'informació ha de respondre a les necessitats dels següents col·lectius:

- **Autoritats sanitàries:** la informació afavorirà el desenvolupament de polítiques i la presa de decisions, donant-los informació actualitzada i comparativa de la situació i l'evolució del Sistema Nacional de Salut.
- **Professionals:** la informació anirà dirigida a millorar els seus coneixements i aptituds.
- **Ciudadans:** la informació col·laborarà a millorar l'autocura i la utilització dels serveis sanitaris i el coneixement del funcionament correcte.
- **Organitzacions i associacions en l'àmbit sanitari:** informació la finalitat de la qual és promoure la participació de la societat civil en el Sistema Nacional de Salut.

El Sistema d'Informació Sanitària ha de respondre bàsicament a quatre preguntes:

- Quina situació i necessitats de salut tenen els ciutadans en cada comunitat autònoma i en el conjunt de l'Estat?
- Quina és la capacitat de resolució o efectivitat del Sistema Nacional de Salut?
- Amb quin grau d'eficiència s'empren els recursos disponibles?
- Quin grau de satisfacció mostren els ciutadans?

Gràcies al SI de l'SNS s'obté:

- Banc de Dades del Sistema Nacional de Salut: [bit.ly/3Id0TQw](https://bit.ly/3Id0TQw).
- A Catalunya: l'Observatori de Salut i l'IDESCAT (Institut d'Estadística de Catalunya): [www.idescat.cat/tema/salut](http://www.idescat.cat/tema/salut).

### **Tractament estadístic i elaboració d'indicadors sanitaris**

El tractament estadístic i elaboració d'indicadors sanitaris s'ocupa d'aspectes com la mortalitat, la prevalença, la incidència, etc., i dona resposta a les necessitats d'informació de la població.

Entre els indicadors disponibles s'han seleccionat, a través d'un sistema de consens amb les comunitats autònomes, un conjunt d'indicadors que proporciona, de manera integrada i sistemàtica, informació fonamental per al sistema sanitari. Es tracta dels **indicadors Clau de l'SNS (INCLASNS)**, aprovats pel Consejo Interterritorial del SNS, disponibles a: [inclasns.msssi.es](http://inclasns.msssi.es).

Els indicadors clau de l'SNS (INCLASNS) conformen una única base de dades sobre la salut i els serveis sanitaris. Les dades es desagreguen per comunitat autònoma i per sexe, i es presenten en sèries temporals que poden abastar més

de 20 anys. La base de dades INCLASNS, ubicada a la pàgina electrònica del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, és de descàrrega lliure. Una selecció de 50 indicadors proporciona un coneixement ràpid del perfil del Sistema Nacional de Salut i de les comunitats autònomes.

### 1.3 Sistema d'informació dels centres sanitaris: SADC i biblioteca

Respecte de la informació que es genera als centres sanitaris, se'n fa una divisió segons el seu origen sigui considerat extern al centre o intern. Així, la informació necessària per al desenvolupament i funcionament diari dels centres sanitaris es pot dividir en dos grans blocs:

- La informació externa
- La informació interna

#### 1.3.1 La informació externa

La informació externa es refereix a la informació continguda en documents procedents de fora del centre. D'aquest grup formen part els anomenats documents científics, com ara llibres o articles de revista especialitzats en medicina, infermeria, gestió, etc., així com també documents referents a la legislació (normes i lleis), informes tècnics, literatura grisa (tesi doctorals, manuals, etc.), bases de dades bibliogràfiques (PubMed, MedLine), pàgines web, etc.

La **biblioteca hospitalària** és l'encarregada d'organitzar i difondre entre els especialistes de l'organització aquest tipus d'informació. La disciplina que s'encarrega d'aquests documents correspon a la **documentació mèdica i científica**.

#### 1.3.2 La informació interna

La informació interna es refereix a la informació continguda en documents generats pel mateix centre en l'exercici de la seva activitat.

Hi distingim:

- **Informació sobre logística.** És la que permet assegurar el funcionament general de centre (magatzem, comptabilitat), i els documents que la contenen són els documents administratius. Aquesta informació és a càrrec dels arxius administratius.

- **Informació clínica.** És la informació resultant de l'atenció sanitària al pacient. El principal document que conté aquesta informació és la història clínica.
- **Informació assistencial.** És la que resulta de la gestió del pacient.

La unitat dins un centre sanitari, com ara un hospital que s'encarrega de gestionar la informació, és l'anomenat **servei o unitat de documentació i admissions (SADC)**.

No hi ha normativa específica sobre aquest servei, però sí una guia publicada l'any 1990 que orienta sobre les seves funcions.

En general, hi ha tres àrees específiques de les quals s'encarrega aquesta unitat de documentació:

- **Àrea de gestió de pacients**, que entre altres funcions s'encarrega de gestionar els documents necessaris per a l'ingrés dels pacients, les derivacions a altres centres o serveis, les altes hospitalàries, etc.
- **Àrea de documentació clínica**, que gestiona la història clínica (conjunt de documents que recullen la informació de l'assistència al pacient), així com l'elaboració, la custòdia, l'arxivament i la recuperació de la informació que conté.
- **Àrea d'informació assistencial**, que proporciona informació amb periodicitat establerta (diària, mensual, etc.) necessària per tal d'elaborar estadístiques i informes de la situació o previsió de l'activitat i per la seva difusió interna o externa. Per exemple, els quadres de comandament (gràfics i dades que mostren el cens i l'activitat en tot moment de l'hospital) i la tramesa del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) que cal enviar a les autoritats sanitàries sobre les dades de cada pacient atès. També s'encarrega d'elaborar informació a demandes específiques dels professionals per a la investigació, docents i /o planificació.

A les pàgines web dels hospitals es poden trobar aquestes àrees i els serveis que ofereixen. Per exemple, a la web de l'Hospital de Mallorca es veu molt clarament el que s'entén per SADC: [bit.ly/3yFjZvC](https://bit.ly/3yFjZvC).

Segons l'organització, és a dir, segons els hospitals, es poden trobar altres denominacions d'aquest servei. Els hospitals de l'ICS el trobem disgregat en diversos departaments o seccions, segons les seves funcions.

## 1.4 Concepte de dades i informació

**La documentació** és la disciplina que té per objecte la informació i, especialment, el seu tractament per tal de facilitar la seva difusió als usuaris que la precisen.

Una branca de la documentació és **la documentació mèdica**, que aplica els coneixements i les tècniques de la documentació als problemes informatius de la medicina, és a dir, s'ocupa de la informació medicocientífica i la medicoassistencial i sanitària.

**La documentació mèdica** és la branca de la documentació especialitzada en la informació relativa a la ciència mèdica i a la pràctica mèdica curativa i preventiva.

Segons Claude Shannon, la informació en general es pot entendre com allò que disminueix la incertesa. També es pot entendre com tot allò que un ser humà és capaç de percebre, incloent-hi les comunicacions escrites i orals, les imatges, l'art o la música. Per tant, la informació es vehicula a través dels documents de diferents tipus, i el terme *informació* té connotacions molt diferents.

Podem definir la **informació** com el conjunt dels elements de coneixement produïts per l'ésser humà i continguts en documents que seran els vehicles de transmissió i dinamització d'aquell coneixement.

La informació és allò que es pot percebre, i també una entitat que disminueix la incertesa. L'element bàsic de la informació és **la dada**.

Les dades per si mateixes poden no reduir la incertesa sobre allò que ens ocupa. Moltes dades són enregistrades i acaben en dipòsits de dades que no aporten res si no van acompanyades d'un context i són interpretades per un interlocutor, que fa que la informació que donen aporti un coneixement útil. Aquest coneixement és el que aportarà solucions i millorarà la certesa sobre allò que s'estigui estudiant. Per tant, les dades no tenen valor si no es poden associar a més informació rellevant.

Per exemple, una dada pot ser un registre de pressió arterial de 90/60 mm Hg. Aquesta dada s'interpreta de manera molt diferent si es dona en una dona jove sotmesa a una cirurgia que si es dona en una persona gran hipertensa amb hemorràgia. És a dir, la dada ha d'anar acompanyada d'un context per poder ser interpretada i aportar coneixement.

El **coneixement** és més ampli, més profund i més ric que les dades o informació. El coneixement emergeix de l'aplicació, l'anàlisi i l'ús productiu de les dades i/o la informació. L'acció repetida amb aprenentatge genera l'**experticitat**, que facilita la millor presa de decisions. Aquí és on les metodologies **big data** acceleren el pas cap al coneixement expert.

Per ampliar el coneixement sobre *big data* teniu l'enllaç a l'article: [bit.ly/3akhx42](https://bit.ly/3akhx42)

#### Un exemple d'aplicació del coneixement al sistema d'informació

Gràcies a la **intel·ligència artificial** es poden analitzar dades que per si mateixes no aporten informació però que estudiades en conjunt permeten detectar patrons de comportament que suggereixen millores.

Per exemple, les dades que recull un metge en un text lliure i que escriu a la història clínica

---

**Big data** fa referència a un gran volum de dades, molt variades i tractades a gran velocitat.

del pacient com a “Pacient home de 58 anys que acudeix fa una hora a urgències per un quadre de dispnea i dolor centretoràcic irradiat al braç esquerre...”.

Aquest paràgraf conté vuit conceptes que es poden expressar en un document XML (format estàndard per mostrar informació) de la següent manera: “home”, “58”, “urgències”, “2018-08-12”, “15:30:00”, “centretoràcic”, “braç”, “esquerre”. En aquest cas, el text lliure es fàcilment interpretable per un metge.

Però si les dades s'introdueixen en un sistema, per exemple en un sistema de suport a la decisió clínica (Clinical Decision Support System CDSS), en comptes de quedar-se emmagatzemades en estat passiu es podrien transformar en dades actives que desencadenen una resposta del sistema. Així, en introduir la informació del pacient, el sistema ens pot alertar directament que aquest mostra un símptoma compatible amb la síndrome coronària aguda.

A més a més, la intel·ligència artificial permet utilitzar l'experiència adquirida de pacients previs en la valoració de pacients individuals següents.

- **Dada:** valor mínim amb significat.
- **Informació:** dada + context.
- **Coneixement:** dada + context + experiència (personal i/o col·lectiu).

Seguint amb l'exemple anterior sobre la pressió arterial, la dada és la pressió arterial sistòlica/diastòlica 130/85 mm Hg. La informació (dada + context) permet, gràcies al context diferent, donar un sentit diferent de la dada. Així, en l'exemple anterior:

- **Context 1:** la determinació indica que es troba dins els marges normals (seria hipertensió si la persona repetidament té la pressió igual o superior a 140/90 mm dHg).
- **Context 2:** la determinació d'aquest valor és d'una persona diabètica; els valors de referència en aquest cas són de 130/85 mmHg, i per tant es pot diagnosticar hipertensió arterial.

Com a **conclusió**, podríem dir que una dada aïllada i sense context no aporta res. La informació és la dada posada en context, i aquesta sí que serveix per prendre decisions, actuar i anar aprenent del resultat de l'actuació. Aquest aprenentatge aportarà l'experiència que donarà lloc al coneixement en aquell context.

La digitalització de la salut fa imprescindible un canvi en els models de tractament de la informació. Les raons principals per integrar les metodologies *big data* en el sistema de salut són:

- Perfilar millor el pacient/client. Combinar correu electrònic, web i dades de l'HCE per seleccionar a qui oferir tractaments determinats.
- Suport a la decisió clínica. A l'hora de fer plans terapèutics s'avaluen escenaris de casos similars.

- **Analítica predictiva.** Per veure tendències d'una determinada patologia a partir de l'evolució en el passat.
- **Benchmarking.** Per comparar respecte a altres centres, d'una manera més global que amb els indicadors habituals.

## 1.5 Característiques dels documents

**Undocument** és quelcom que acredita o deixa constància d'algun fet o acció i si ha estat o no executada, i es reconeix així legalment. Alguns exemples de documents són: un certificat mèdic que dona constància de la salut d'una persona o la targeta sanitària, que és un document que acredita la filiació a la Seguretat Social.

Els documents són un mitjà de comunicació a través dels quals es transmet informació. Per exemple, un informe d'alta hospitalari és un document entregat al pacient quan és donat d'alta i conté tota la informació assistencial, moment i dies que ha estat ingressat, les seves dades personals i administratives, el motiu d'ingrés, el diagnòstic, el procediment i el tractament. Aquest document, el pacient l'entregarà al metge d'atenció primària, que farà el seguiment del pacient i, per tant, en aquest sentit és un mitjà de comunicació entre l'atenció especialitzada i l'atenció primària. Esdevé a més a més un document legal regulat per normativa, i és prova de l'atenció sanitària rebuda pel pacient.

La **documentació** té per objecte bàsic la informació (elements de coneixement produïts per l'ésser humà) continguda en documents (vehICLES de transmissió) i la dinamització d'aquest coneixement, o el tractament d'aquesta informació per facilitar la seva difusió als usuaris que ho necessitin.

El terme **document** ve del llatí *documentum*, i té les seves arrels en el terme llatí *docere*, que significa 'ensenyar'.

Segons la Llei 9/1993, de 30 de setembre, del patrimoni cultural català (DOGC núm. 1807, d'11.10.1993), article 19. Patrimoni documental, s'entén per document "tota expressió en llenguatge oral, escrit, d'imatges o de sons, natural o codificat, recollida en qualsevol mena de suport material, i qualsevol altra expressió gràfica que constitueixi un testimoni de les funcions i les activitats socials de l'home i dels grups humans, amb exclusió de les obres d'investigació o de creació".

La Llei de patrimoni històric espanyol defineix el document com tota expressió en llenguatge natural o convencional i qualsevol expressió gràfica, sonora o en imatge, recollida en qualsevol tipus de suport material, incloent-hi els suports informàtics.

Un **document** és tot coneixement fixat materialment sobre un suport i que pot ser utilitzat per a consulta, estudi o treball.

Qualsevol objecte pot ser considerat un document: un llibre, una carta, una mostra de sang, un registre d'electrocardiograma, un fòssil o un vestit (que ens pot informar sobre els costums), encara que la seva finalitat primera no sigui informar.

Altres definicions de document:

- “Tot element de coneixement o font d'informació registrada, materialment susceptible de ser utilitzada per a consulta, estudi o prova” (Union Française d'Organismes de documentació lliure).
- “Tot missatge -icònic o simbòlic- incorporat a un suport permanent i empleat amb una finalitat informativa” (Martínez Comenche).
- “Informació registrada que pot considerar-se com a unitat en un procés de documentació” Norma UNE 50-113-92 / 1; “Recollida i tractament d'informació enregistrada, de forma contínua i sistemàtica i que permeti el seu emmagatzematge, recuperació, utilització i transmissió”.

Aquesta última definició s'adapta molt bé als registres que el metge i els professionals sanitaris van fent a la història clínica i que haurà de gestionar-se des del centre d'arxiu i documentació del centre sanitari (**SADC**).

### 1.5.1 Elements que configuren un document

Un document es caracteritza pels següents elements:

- **La informació:** fa referència a elements lògics, dades i assumptes que transmet el document. La informació pot ser en forma de representació simbòlica, esquemàtica o sensorial. La manera com s'expressa la informació en el suport pot ser amb lletres, nombres, punts o píxels, informació sonora o biològica (per exemple, informació genètica a través de la seqüència de bases a l'ADN).
- **El suport:** element físic o material que conté la informació, i pot ser paper, roba, fotografia, radiografia, CD, *pendrive*, gota de sang...
- **El registre:** mecanisme de fixació de la informació al suport, com per exemple pintura, tinta, raigs X, sons, vídeos, electrònic...

### 1.5.2 Diferents tipus de documents

Es poden distingir diversos tipus de documents, que s'agrupen segons diferents criteris. Es poden classificar tenint en compte:

- El seu contingut informatiu o tractament documental.
- El seu suport.
- La seva natura.
- La seva publicació.

### Classificació segons el seu contingut informatiu o tractament documental

A partir del seu contingut i/o del tractament documental que se'n pot fer, hi ha:

- **Documents primaris:** són documents originals o derivats d'investigació que no s'han sotmès a cap tractament documental posterior (resum, selecció, interpretació, etc.). Contenen informació directa sobre un fet. Alguns exemples són els llibres, els diaris, les revistes especialitzades, els programes de ràdio o televisió, les pàgines web i la literatura grisa (actes de congressos científics, quaderns de laboratori, informes científics o reports, informes interns, normes, tesis doctorals, una història clínica, actes de reunions, etc.).
- **Documents secundaris o referencials:** són documents que fan referència als documents primaris i no existeixen sense ells. Són el resultat de les operacions pròpies de l'anàlisi documental. Són elaboracions tècniques dels primaris (un resum, llistats, bases de dades bibliogràfiques o catàlegs, com per exemple una cartellera cinematogràfica...). En la cerca d'una paraula o frase a internet són els resultats que dona el buscador.
- Per poder accedir a la informació bibliogràfica es fa servir un catàleg com l'ISBN (número internacional normalitzat de llibre), que és el número comercial i bibliogràfic que identifica cada llibre publicat, l'editorial i el país. Per accedir a les publicacions seriades són imprescindibles els catàlegs ISSN (International Standard Number, número internacional normalitzat de publicació seriada que és el nombre que identifica cada publicació seriada).
- **Documents terciaris:** s'elaboren a partir dels primaris i secundaris. La seva definició varia segons els autors. Són aquells que tenen informació original presentada de forma repertoriada, com per exemple els diccionaris, les classificacions i els tesaurus.
- El tesaurus reuneix no tan sols conceptes sobre un tema determinat, sinó que també recull idees i conceptes sobre el tema, vocabulari controlat i estructurat que serveix per a la recuperació d'informació.

Així, el documentalista haurà de fer servir els documents terciaris o secundaris per poder trobar els primaris, una obra original.

---

Les **tesis doctorals** són treballs presentats a una universitat per adquirir el grau de doctor. Normalment és un treball d'investigació.

---

### Classificació dels documents segons el seu suport

Segons el tipus de suport que conté la informació hi ha els següents tipus de documents:



- **Documents en paper:** el suport paper és el que ha estat més utilitzat. Encara es fa servir, sobretot per a aquells documents que han d'anar signats. Els consentiments informats en són un clar exemple. Però qualsevol carta que rebem per correu ordinari, com ara factures, tiquets de compra, etc., són documents en suport paper.
- **Pel·lícula:** aquest tipus de suport està en desús, i els documents en aquest suport s'estan transformant a suport digital.
- **Documents electrònics:** amb el suport electrònic, la informàtica ha introduït característiques innovadores en el concepte de document:
  - Pel que fa al suport, permet enormes possibilitats d'emmagatzematge i difusió d'informació. Quant al missatge informatiu, permet integrar informació textual; informació visual, fixa o mòbil, i informació sonora, gràcies a la tecnologia digital.
  - Pel que fa a les possibilitats de transmissió, permet noves formes d'edició, i amb la generalització dels ordinadors i les telecomunicacions, noves formes de difusió i d'accés a la informació, més enllà de tot tipus de barreres geogràfiques, físiques i lingüístiques.

### Classificació segons la seva natura

Segons com s'enregistra la informació en el suport, els documents poden ser:

- **Textuals:** són documents amb informació escrita.
- **No textuals:** s'han d'escoltar, veure o manipular (sensorials).
- **Documents iconogràfics:** aquells que donen una imatge fixa, com ara gràfics, mapes o altres imatges, com per exemple les fotografies.

### Classificació segons la seva publicació

Segons si els documents han tingut algun tipus de transmissió o no, hi ha:

- **Inèdits:** textuals o no textuals, però sempre són documents que mai s'han publicat.
- **Publicats:** són documents que han tingut algun tipus de transmissió i difusió. Moltes tesis doctorals, estudis i informes elaborats per professionals últimament gràcies a internet poden ser més fàcilment publicats, la qual cosa millora el coneixement entre els professionals especialitzats.

### 1.5.3 Documents en l'àmbit sanitari

Als centres sanitaris són molts els documents que es fan servir, i de diversa tipologia, des que el pacient accedeix al centre sanitari amb documents de filiació,

citació i derivació i fins que és atès pel metge i aquest comença a enregistrar totes les seves observacions en la seva història clínica (HC) generant nous documents.

La **història clínica** (HC) és el document bàsic de l'assistència sanitària.

La HC està constituïda per un conjunt de documents en diversos formats, com són:

- Els **impresos o formularis**, en què es troben dades fixes i comunes i d'altres en blanc (dades variables), en les quals es demanen dades específiques que ha d'omplir.
- Altres **documents iconogràfics**, com ara un electrocardiograma, documents sonors com els batecs del cor del fetus en una ecografia Doppler, una mostra citològica en un portaobjectes per ser observada (és un document amb un suport biològic)...

Des d'un punt de vista més administratiu, l'imprès en paper seria el suport del document escrit. Una vegada complimentat, signat i segellat per l'òrgan competent, adquireix la consideració de document. Per exemple, un consentiment informat.

Els documents que majoritàriament es fan servir en l'àmbit sanitari, com els formularis que esmentem, tenen tres parts, que poden estar presents o no:

- **Encapçalament**: conté el nom del centre amb el seu logotip, el nom del document, el lloc, la data, el codi del document, el destinatari, l'assumpte i la referència.
- **Cos**: text en seccions o parts que depenen del tipus de document i de la informació que ha de contenir.
- **Peu**: extrem inferior del document, integrat per la signatura, l'annex, la còpia i el peu de pàgina.

## 2. Caracterització de la documentació als centres sanitaris

Als centres sanitaris es genera un gran volum de documents de diferent tipologia. Com a conseqüència directa de l'atenció al pacient per part dels professionals sanitaris es genera la informació clínica. De la gestió del pacient en el procés assistencial i, per a aquesta atenció, es genera un altre tipus d'informació més administrativa, que és la informació sanitària no clínica.

Per altra banda, per al bon funcionament del centre és necessari gestionar tota la informació de tipus logístic: manteniment, de recursos humans, comptabilitat, etc. Aquesta és la informació que es considera no sanitària i administrativa.

En aquesta distinció es basa la classificació i les característiques dels diversos documents que vehiculen la informació en l'àmbit sanitari.

Per gestionar adequadament tots els documents que circulen al centre sanitari cal tenir un sistema d'entrada, consulta, recuperació i accés i, per tant, cal que estiguin catalogats per a la seva utilitat.

El tècnic en documentació sanitària haurà de ser capaç de:

- Diferenciar la informació sanitària de la que no ho és.
- Descriure els documents administratius relacionats amb qüestions administratives, logístiques i de funcionament del centre sanitari.
- Conèixer les característiques de la targeta sanitària.
- Definir les funcions i els tipus d'històries clíniques i documents propis i associats.

### 2.1 Tipus de documents als centres sanitaris

Als centres sanitaris es porta a terme bàsicament l'activitat sanitària, que és l'atenció al pacient per part de professionals sanitaris.

**L'activitat sanitària** són les accions de promoció, prevenció, diagnòstic, tractament o rehabilitació dirigides a fomentar, restaurar o millorar la salut de les persones i que porten a terme els professionals. Aquesta activitat genera i necessita informació.

#### **Exemple d'activitat sanitària en una consulta mèdica**

Una persona acudeix a la consulta d'un metge perquè té un problema de salut. Suposem que és una dona i diu que se sent molt cansada últimament. El metge el primer que fa és

establir una entrevista amb la pacient i li fa una exploració. En aquesta primera consulta, el metge registra les dades que obté i decideix que cal fer una analítica de sang. Per això emet un document en què fa la petició d'aquesta analítica. Una vegada que a la pacient li han fet l'analítica, torna a la consulta amb els resultats de la prova diagnòstica. Amb aquest resultat aporta més dades a la història clínica, com ara els nivells de glòbuls blancs, eritròcits, etc. Quan el metge revisa els resultats pot arribar a un diagnòstic i potser, si el tractament és farmacològic, receptarà algun medicament a la pacient.

Totes les accions detallades a l'exemple generen dades i informació. Aquesta informació que té a veure directament amb la pràctica clínica portada a terme pels professionals sanitaris és l'anomenada informació sanitària clínica recollida al document o conjunt de documents anomenat **història clínica (HC)**, que constitueix el document per excel·lència de l'atenció al pacient.

Continuant amb l'exemple: per portar a terme la primera visita al metge i després la visita successiva amb els resultats és necessari organitzar torns de metges, cites de pacients i comptar amb espais i recursos específics. Tota l'activitat entorn del pacient i la seva atenció s'ha de gestionar i porta emparellada un altre tipus d'informació que és vehiculada a través de documents que sent sanitaris (perquè són fruit de l'atenció al pacient) no són clínics i són més de tipus administratiu però específics de l'atenció sanitària.

Per altra banda, el centre sanitari es pot considerar una empresa i, com a tal, al voltant d'aquesta activitat sanitària tenen lloc una sèrie d'activitats de tipus administratives, comercials i logístiques per tal de possibilitar que l'activitat sanitària es pugui portar a terme de manera eficaç i eficient. El centre sanitari, per proporcionar l'analítica de l'exemple anterior, necessita disposar d'uns laboratoris, utilitatge, sales d'espera, serveis, neteja, manteniment, etc. Necessitarà també establir acords amb organismes externs, com les mútues o asseguradores per facturar els seus serveis, etc. Tot aquest tipus d'informació és la informació no sanitària, però útil per a l'organització del centre sanitari.

Així doncs, els tipus de documents que circulen als centres sanitaris són:

- **Documentació sanitària:** és la informació relativa a l'atenció del pacient. El pacient és el principal actor del sistema, i respecte a la seva atenció es pot distingir entre dos tipus de documentació:
  - La **documentació sanitària no clínica:** és la que s'origina al voltant dels processos administratius de gestió assistencial administrativa o social del pacient: sol·licitud d'història clínica, sol·licitud de proves complementàries, sol·licitud de dieta, petició de transport sanitari, etc.
  - La **documentació sanitària clínica:** continguda en documents clínics i administratius relacionats amb l'assistència directa al pacient (full d'evolució de la malaltia, informe d'alta hospitalària, full de constants d'infermeria, informes d'analítica, plaques radiogràfiques, etc.). Els documents sanitaris clínics són els que integren la **història clínica del pacient**.
  - **Documentació no sanitària:** és la documentació que s'usa en les tasques d'organització del centre i no té relació directa amb l'atenció assistencial al pacient. Els documents corresponents són necessaris per al bon funcionament del centre. Aquests documents poden ser:

- \* **Documents per a la comunicació amb el pacient:** a través de documents com poden ser les **cartes** comercials, com per exemple una carta dirigida a l'usuari per donar a conèixer nous serveis.
- \* **Documents per a la comunicació amb els proveïdors** de recursos i de serveis: poden ser **cartes** comercials de comandes, **factures, albarans, inventaris**, etc.
- \* **Documents per a l'organització:** agenda de cites, **cartera de serveis**, web del centre, etc.

Tots aquests documents són essencials per al bon funcionament de la consulta. Es fan:

- De manera contínua.
- Verbalment: per telèfon o en persona.
- Per escrit:
  - A través d'SMS (envia notificacions de recordatori de visita, de la disponibilitat d'algun servei, etc.), WhatsApp (actualment s'usa per demanar informació, fer alguna consulta, etc., i s'empra en la comunicació del pacient cap al centre i viceversa, a diferència, de l'SMS, en què l'emissor normalment és el centre).
  - Correus electrònics: que està substituint el correu ordinari i és menys formal.
  - Cartes comercials per informar de nous serveis, o s'envien pressupostos i factures, reclamacions de pagament, demanar informació sobre els productes d'un proveïdor, fer la comanda de material o aparells, reclamar la solució un problema, etc.

Aquestes cartes poden ser en suport electrònic o paper, i en aquest últim cas s'envien com a document adjunt al correu electrònic. Quan s'envien cartes amb un document adjunt, com una factura, un pressupost, etc., cal esmentar al text de què es tracta. Veureu amb més detall aquest tipus de document en la lliçó 5.

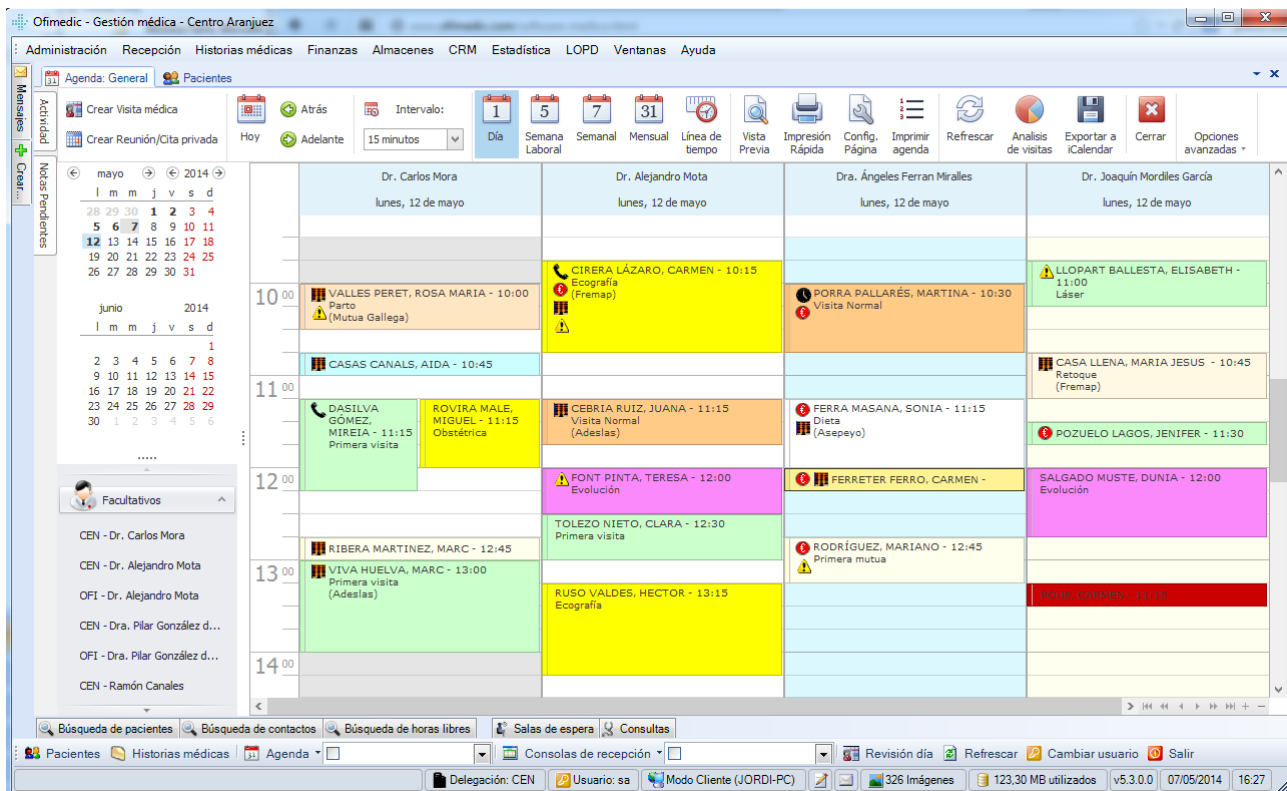
### 2.1.1 L'agenda de cites mèdiques

Pel que fa a l'**agenda de cites mèdiques** hi ha diferències segons els criteris de classificació; així algun autor situa aquest document com a informació sanitària no clínica. És un document fonamental en els centres de salut i els hospitals per tal de gestionar l'atenció sanitària. De la gestió de l'agenda de cites mèdiques se sol encarregar el personal administratiu.

Per a aquesta tasca es fan servir programes informàtics com l'Excel o Access, o solucions informàtiques integrades en el sistema d'informació de l'hospital o centre sanitari. Per tant, es gestiona informació que va vehiculada en arxius

electrònics i que es poden imprimir un cop realitzats. Vegeu l'exemple horari d'un dia en la figura 2.1 Ja siguin les aplicacions o els programes, l'interessant és registrar les dades en forma de bases de dades, amb taules que permetin recuperar la informació de forma útil. També cal registrar si la visita s'ha fet, cancel·lat o modificat, quan sigui oportú. Després s'haurà de poder comptabilitzar el nombre de visites fetes, modificades o cancel·lades per al control i la qualitat del sistema de citacions.

FIGURA 2.1. Exemple horari d'un dia



Font: anònim d'internet

En l'agenda cal preveure:

- Possibles descansos.
- Preparació de la següent visita.
- Deixar temps per a cites urgents.
- Visites de comercials.
- Reunions de l'equip de professionals.

Per donar les citacions, si és en un centre d'atenció primària (CAP) caldrà demanar la targeta sanitària individual (TSI) i buscar el pacient en el registre de ciutadans assegurats (RCA), si és beneficiari de la seguretat social. En tot cas, cal comprovar el tipus de mútua o cobertura.

És útil facilitar al facultatiu un llistat diari de visites, amb el nom del pacient, l'horari d'entrada i el motiu per facilitar la seva feina, és a dir, preparar les històries clíniques dels pacients per tal que estiguin a l'abast. Si les històries clíniques són

en paper cal demanar-les o buscar-les a l'arxiu, i en el cas que el pacient no tingui història clínica cal obrir-la.

Una llista per a un metge o professional sanitari corresponent a un dia amb les visites que té agendades numerades podria tenir com a encapçalament els següents ítems:

- Número de visita
- Horari corresponent
- Persona pacient o visitador mèdic
- Número de telèfon de contacte
- Motiu de la consulta (primera visita, procediment, o visita de control)
- Finançament
- Observacions

## 2.2 Documentació sanitària als centres sanitaris

La documentació sanitària es refereix als documents que tenen relació amb la informació corresponent a l'atenció del pacient, és a dir, la informació sanitària. El pacient és el principal actor de sistema, i respecte a la seva atenció es pot distingir entre dos tipus de documents:

- La **documentació sanitària no clínica**: és la que s'origina al voltant dels processos administratius de gestió assistencial administrativa o social respecte al procés assistencial. Són exemples d'aquests documents: sol·licitud d'història clínica, sol·licitud de proves complementàries, sol·licitud de dieta, etc.
- La **documentació sanitària clínica**: correspon als documents clínics i administratius relacionats amb l'assistència directa al pacient (full d'evolució de la malaltia, informe d'alta hospitalària, full de constants d'infermeria, fulles d'analítica, plaques radiogràfiques, etc.).

Els documents sanitaris clínics són els que integren la **història clínica del pacient**.

### 2.2.1 Documentació sanitària no clínica

Els documents sanitaris no clínics són aquells que es generen per tal de coordinar els diversos professionals i serveis sanitaris en el procés assistencial del pacient.

Es poden generar en el mateix servei, per la relació entre diferents serveis (cuina, farmàcia, quiròfan, etc.), o entre nivells d'atenció (primària, especialitzada, emergències, etc.). Tot i que de vegades es fan servir aplicacions i intranets, les comunicacions es concreten en documents que ni que sigui en suport electrònic no deixen de ser vehicles de comunicació que cal que estiguin regulats i acordats entre tots els usuaris per a la bona gestió del procés assistencial.

Alguns dels documents sanitaris administratius que són responsabilitat del Servei d'Admissions i Documentació Clínica (SAD) són els següents:

- **Petició de transport sanitari**, emesa pel centre sanitari, tal com es pot veure en la imatge de la figura 2.2. Com es pot veure, aquest document ha d'estar signat pel metge i el demana el centre. Normalment, el servei d'admissions i documentació (SADC) s'encarrega de tramitar la petició de transport sanitari per als pacients crònics que es venen a visitar a l'hospital per fer proves o tractaments. Aquest transport pot ser entre centres, o del centre al domicili o sociosanitari.

FIGURA 2.2. Sol·licitud de petició de transport sanitari

CatSalut		Generalitat de Catalunya Departament de Salut	
Servei Català de la Salut			
<b>Sol·licitud de transport sanitari no urgent<sup>1</sup></b>			
<b>Dades identificatives del/de la pacient</b>			
Nom		1r cognom	
		2n cognom	
CIP		Telèfon	
Adreça		Municipi/localitat	Codi postal
<b>Dades del centre sol·licitant</b>			
Nom del centre		UP	
Nom i cognoms del professional sanitari responsable de la indicació		Servei o unitat assistencial	
Nom i cognoms de la persona responsable del centre sol·licitant			
<b>Motiu per a la indicació del transport</b>			
Causes clíniques que impossibiliten la utilització de mitjans ordinaris <sup>2</sup>			
Motiu del trasllat			
<input type="checkbox"/> alta hospitalària	<input type="checkbox"/> alta d'urgències	<input type="checkbox"/> ingrès hospitalari	<input type="checkbox"/> radioteràpia
<input type="checkbox"/> consultes externes	<input type="checkbox"/> prova complementària	<input type="checkbox"/> rehabilitació	<input type="checkbox"/> hemodiàlisi
<input type="checkbox"/> quimioteràpia	<input type="checkbox"/> altres (especifiqueu-los):		
Tipus de transport			
<input type="checkbox"/> col·lectiu	<input type="checkbox"/> individual (marqueu el motiu):	<input type="checkbox"/> pacient que necessita mesures d'aïllament -malaltia infectocontagiosa activa-	
	<input type="checkbox"/> altres (especifiqueu-los):		
En el cas que es requereixi una persona acompanyant, especifiqueu-ne el motiu			
Característiques del pacient			
<input type="checkbox"/> titular de la TSI Cuida'm	<input type="checkbox"/> obesitat mòrbida, grans dimensions	<input type="checkbox"/> cadira de rodes	
<input type="checkbox"/> cadira elèctrica	<input type="checkbox"/> requereix ajuda per a la mobilitat	<input type="checkbox"/> necessita dos tècnics	
<input type="checkbox"/> llitera	<input type="checkbox"/> pediàtric (arnès cadira/llitera, incubadora)	<input type="checkbox"/> altres (especifiqueu-les):	
<b>Lloc de recollida del/de la pacient (en cas que sigui un lloc diferent del de residència)</b>			
Adreça		Municipi/localitat	Telèfon
Condicions d'accessibilitat al domicili			
<b>Lloc de destinació</b>			
Nom del centre		UP	
Adreça		Municipi/localitat	Telèfon
Dia i hora del tractament		Trajecte	
	<input type="checkbox"/> anada <input type="checkbox"/> anada i tornada		
Periodicitat		Data de finalització <sup>3</sup>	
Signatura del professional sanitari responsable de la indicació		Signatura de la persona responsable del centre sol·licitant	
Data		Data	

<sup>1</sup> Contacteu amb l'empresa de transport sanitari amb una antelació mínima de 24 h.

<sup>2</sup> D'acord amb la normativa vigent, la sol·licitud de la prestació de transport sanitari no urgent requereix que tingui lloc una situació d'impossibilitat física o altres causes mèdiques que, a judici dels professionals assistencials implicats en el procés/acte assistencial, impedeixin o incapacitin la persona malalta per utilitzar transport ordinari per desplaçar-se a un centre sanitari o al seu domicili després de rebre l'atenció sanitària corresponent. L'avaluació de la necessitat de la prestació correspon als professionals assistencials implicats en el procés/acte assistencial i la seva indicació únicament pot obeir a causes mèdiques que facin impossible el desplaçament en mitjans ordinaris de transport.

<sup>3</sup> Aquesta sol·licitud té una validesa màxima de sis mesos.



- **Guia d'acollida al pacient i familiars** per al seu ingrés hospitalari. Aquesta guia proporciona informació als pacients i als familiars sobre el funcionament del centre: horaris de visites, de menjars, normes de comportament del centre, etc. Cada hospital publica la seva, i molts la tenen penjada a Internet als seus espais web (vegeu la figura 2.3).

FIGURA 2.3. Guia d'acollida al pacient i familiars

**L'ingrés**  
Lloc:  
Admissions. Planta 0

**Horari d'atenció:**  
de 7 a 20.30 h de dilluns a divendres  
de 8 a 20.30 h caps de setmana i festius

**Els objectes d'ús personal i de valor**  
Durant l'ingrés, utilitzeu el vostre propi pijama (millor que sigui de màniga curta i obert pel davant), sabatilles tancades i bata, i els estris d'higiene personal (crema corporal, colònia, pinta, mocadors de paper, pasta i raspall de dents i desodorant).

Vigileu les vostres pròtesis (dentadura, audífon, etc.). A l'habitació, disposeu d'un armari amb clau per guardar les pertinències. Si necessiteu una custòdia especial, sol·liciteu informació a l'equip assistencial.

**L'horari de visites**  
Hospital obert i accessible, sempre que l'estat del pacient ho permeti.

L'hospital disposa d'una terrassa per als pacients ingressats i acompanyants.

Per garantir el descans nocturn dels pacients, les entrades de Mas Casanovas i Sant Quintí romanen tancades de 22.00 a 6.30 h. Durant aquest horari, l'entrada i sortida de l'Hospital és per la porta d'Urgències.

**Medicació que preneu habitualment a casa**  
El dia de l'ingrés heu de portar la medicació que preneu habitualment a casa per valorar possibles canvis. En el cas que l'hospital no disposi de tots els medicaments que preneu a casa, durant

l'ingrés haureu de prendre'n dels vostres. Aquests medicaments quedaran sota la custòdia del personal d'infermeria i se li retornaran amb l'alta. Per seguretat, només haureu de prendre la medicació que us doni la infermera responsable.

**La informació mèdica**  
Consulteu amb el metge responsable qualsevol dubte relacionat amb la vostra evolució clínica. L'equip assistencial us facilitarà l'horari d'informació mèdica per als familiars i amics als que autoritzeu a rebre-la. En cas de ser menor s'informarà als pares o tutors.

**L'alimentació**  
Per tal que rebeu una nutrició adequada al vostre estat, només podeu ingerir els aliments indicats per l'equip assistencial. En cas que preciseu mesures nutricionals especials, podeu contactar amb el Servei de Dietètica i Nutrició a través de l'equip d'Infermeria. L'aigua embotellada no està inclosa en els àpats.

L'hora d'inici aproximada dels àpats és: esmorzar a les 8 h, dinar a les 13 h i sopar a les 19 h.

**El consentiment informat**  
Prèviament a un procediment diagnòstic o terapèutic, a una intervenció quirúrgica, o bé a un assaig clínic, el vostre metge us informará dels riscos que pot comportar, els beneficis que s'esperen i les alternatives en el vostre cas. És molt important que compregueu aquesta informació i que aclariu els dubtes abans de prendre una decisió. Si hi esteu d'acord de forma lliure, voluntària i conscient, haureu de signar el document de Consentiment Informat en els procediments que calgui. Teniu dret a revocar-lo, deixant constància signada.

De conformitat amb el que disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), us informem que les vostres dades personals sanitàries queden enregistrades en un fitxer, que es cadiran al "Registre d'informació sanitària de pacients", de titularitat del Departament de Salut, que constitueix la Història Clínica compartida de Catalunya i que poden ser comunicades a altres entitats per obligació legal o per la cobertura dels costos de l'atenció sanitària. Per a qualsevol informació addicional

Font: anònim d'internet

- **Polsera identificativa** amb el codi de barres i dades per a la identificació del pacient en ser hospitalitzat. És molt important per a la seguretat dels pacients.

En fer l'acollida del pacient cal tornar a comprovar que la història clínica sigui única, i per això s'ha de consultar i comprovar al fitxer mestre dels pacients. Aquest fitxer és un llistat de tots els pacients registrats al centre. És encara freqüent que existeixin duplicitats en el número de la història clínica, la qual cosa pot ser perillosa perquè pot haver-hi informació desagregada important pel pacient.

Cada centre ha d'elaborar les seves normes. La polsera ha de ser suport de la informació corresponent a la identificació del pacient. El registre d'aquesta informació pot ser impresa o inclús hauria de permetre l'escriptura a mà en algunes circumstàncies especials. Ha de contenir nom i cognoms, número d'història clínica, com qualsevol document d'identificació del centre.



Polsera identificativa amb codi de barres i QR (Font: anònim d'internet).

- **Fitxer índex mèdic del pacient**, que relaciona les històries clíniques amb els pacients.
- **e-consentiment**, per tal que els pacients autoritzin i sol·licitin una paraula de pas per tal d'obtenir un accés a la seva història clínica electrònica, i que puguin rebre comunicacions sobre citacions, per telèfon o missatges, o per correu electrònic, respecte a qüestions relacionades amb la seva atenció sanitària (vegeu el document de la figura 2.4).

FIGURA 2.4. Document per sol·licitar e-consentiment

**Sol·licitud de configuració de seguretat**

---

**Dades del de la pacient**

Nom i cognoms
  DNI
  Edat

---

Adreça

---

Codi postal
  Població
  Telèfon

---

**Dades de la persona que actua com a representant legal <sup>1</sup>**

Nom i cognoms
  DNI

---

<sup>1</sup> En el cas de menors o persones incapacitades

**Configuració de seguretat d'accés a les dades**

---

**Assignació de visites i canvi de centre per Internet**

No vol la prestació
  La vol amb contrasenya
  La vol sense contrasenya

---

**Comunicacions per correu electrònic**

No vol rebre correus electrònics

Comunicacions de tipus informatiu. Adreça electrònica :

Comunicacions de dades clíniques i administratives

---

**Comunicacions per SMS**

No vol rebre SMS

Comunicacions de tipus informatiu. Telèfon :

Comunicacions de dades clíniques i administratives

---

**Restriccions a les gestions per telèfon**

No poder anul·lar visites

No donar informació sobre les visites per telèfon

---

**Signatures**

<input type="text"/> Signatura del/de la pacient	<input type="text"/> Signatura del/de la representant legal
<input type="text"/> Lloc i data	<input type="text"/> Lloc i data

Font: anònim d'internet

- **Full de reclamacions**: es posa a disposició un full on els pacients poden fer la reclamació que estimin oportuna. El centre té l'obligació de respondre a la reclamació. El sistema de suggeriments o reclamacions forma part del sistema de qualitat al qual està compromès el centre. Per tal que els centres siguin autoritzats cal que tinguin un sistema de reclamacions.
- **Enquesta de satisfacció**, que forma part del sistema de qualitat i com a condició per a l'autorització dels centres sanitaris.
- **Document de derivació**: facilita la comunicació entre centres relacionats, com per exemple un CAP i l'hospital del qual depèn. És el document

que utilitza el metge de família per sol·licitar una consulta especialitzada. Actualment es fa via web-services a través de l'**aplicatiu is3**

El **document de derivació** no s'ha de confondre amb el **full d'interconsulta**, document clínic que elabora el metge responsable del pacient ingressat a l'hospital, per tal que sigui atès per un especialista d'un altre servei del mateix hospital.

La plataforma central iS3 canalitza la informació necessària per gestionar i monitorar els fluxos de treball dels proveïdors de salut, com ara:

- **Derivacions.** Permet, des d'un centre, derivar un pacient i demanar algun tipus de prova a un altre centre. També s'utilitza per fer derivacions sense la necessitat d'enviar el pacient a un altre centre o per fer teleconsultes.
- **Cites.** Consisteix a gestionar la cita prèvia que el pacient necessita per poder fer les derivacions.
- **Consulta de dades.** Serveix perquè el centre peticionari i el centre proveïdor identifiquin el pacient al qual se li vol fer la prova.
- **Procés de laboratori.** Inclou totes les accions relatives a una prova de laboratori: sol·licitud, modificació, cancel·lació i retorn dels resultats.
- **Procés de notificacions.** Agrupa qualsevol tipus de missatge, que pot formar part o no del procés de derivacions, cites o laboratori.
- **Sol·licitud de revisió d'històries clíniques.** Document mitjançant el qual un metge demana a l'arxiu determinades històries clíniques dels pacients corresponents per motius de preingrés del pacient, per elaborar algun informe, portar a terme algun projecte d'investigació, etc.
- **Avís de citació** amb què s'informa i recorda al pacient la visita que té programada al servei corresponent, hora i lloc.
- **Petició de dietes** per als pacients hospitalitzats.
- **Petició de roba** a llenceria.

Els **quadres de comandament** són documents en què es presenta la situació de l'hospital quant al cens, l'ocupació de llits, el nombre de casos de determinades malalties, etc. La forma de donar la informació és amb taules i gràfics, i el responsable de donar aquesta informació és el **SADC**.

## 2.2.2 Documentació sanitària clínica

La Llei bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica 21/2002 de 14 de novembre, parla de:

- **Documentació clínica:** com el suport de qualsevol tipus de documentació que conté dades i informacions de tipus assistencial.
- **Història clínica:** conjunt de documents 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 assistencial.
- **Informació clínica:** qualsevol dada, de qualsevol forma, classe o tipus que permet adquirir o ampliar coneixement sobre l'estat de físic i de salut d'una persona, o la forma per preservar-la, tenir cura, millorar o recuperar-la.

La història clínica del pacient és el document bàsic de tota la informació sanitària, ja sigui la dels centres sanitaris com de les diverses administracions sanitàries, local, comarcal, de les comunitats autònomes (CCAA) i estatal. Aquests documents són custodiats i tractats per la Unitat de Documentació Clínica i Admissió (UDCA) del centre sanitari.

#### Exemples de documents sanitaris clínics:

Un dels documents que es gestionen des de les UDCA són els següents:

- **Prescripció d'articles ortoprotètics (PAO)**, document de prescripció que se li entrega al pacient i que va signat pel metge. És necessari, a més, que l'hospital informi el pacient de les ortopèdies que hi ha al seu abast, i es fa signar al pacient conforme ha rebut aquesta informació amb un llistat d'ortopèdies on poden obtenir els articles prescrits.
- **Full de prescripció de dispositius per a tractar l'apnea durant la son** (CEPAP de l'anglès Consintuous Positive Airway Pressure).

Les classificacions, en general, són difícils perquè els criteris són diversos i moltes vegades no són excloents, són relatius. Sempre hi pot haver matisos.

## 2.3 La targeta sanitària individual (TSI)



Targeta sanitària individual (Font: web Catsalut)

La **targeta sanitària individual (TSI)** és el document administratiu que acredita determinades dades del seu titular i permet l'accés als centres i els serveis del sistema sanitari públic assignats. Les dades personals per a la gestió de la targeta sanitària individual formen part d'un fitxer automatitzat del CatSalut denominat Registre Central de Persones Assegurades (RCA).

El principal objectiu d'aquest registre és el reconeixement de la condició de persona acreditada, així com el reconeixement del nivell de cobertura associat als ciutadans que hi consten.

A l'anvers de la targeta hi ha, impreses, les dades de la persona acreditada; són aquestes:

- **Codi d'identificació personal (CIP):** és el conjunt de regles (expressades amb nombres i/o lletres) que, de forma individual i unívoca, permet identificar cada persona acreditada del CatSalut.

- Nom i cognoms de la persona titular.
- Nivell de cobertura: és el nivell de prestacions sanitàries que assigna el CatSalut a cada persona.

El revers de la targeta incorpora una banda magnètica amb informació codificada d'aquestes dades impreses. Per això, és important conservar-la correctament (sense doblegar-la, ratllar-la o posar-la en contacte amb imants o damunt d'aparells connectats al corrent elèctric). La identificació amb la targeta sanitària garanteix la confidencialitat de les dades de la persona acreditada.

Què volen dir les lletres i números del CIP? Agafem l'exemple que surt a la Web del Catsalut: TASA 1 030101 00 2:

- “TASA” són les primeres lletres dels cognoms de la persona, les 2 primeres del primer cognom i les dues segones del segon cognom; en aquest exemple TA correspon al primer cognom i SA al segon.
- “1” indicador de gènere: “0” home, “1” dona.
- “030101” any mes i dia de naixement, en aquest cas any 2003 (o 1903), mes 01, dia 01.
- “00” dígit de desempat; com que pot haver-hi més d'una persona nascuda al mateix dia, al primer que se li dona codi se li assigna el 00, al següent el 01, i així successivament.
- “2” dígit de control, sobre les 13 lletres i números anteriors es calcula un dígit de control per tal d'evitar errors de transcripció, com amb els dígit de control dels comptes bancaris o la lletra del DNI; en aquest cas, a TASA103010100 li correspon el 2.

#### **Cas especial de CIP**

A l'Elisenda Puig Tàrrega, nascuda l'1 de gener de 2009, li correspondria un CIP que conforma una paraula malsonant, i en aquest cas els seus pares haurien de reclamar que els facin una targeta nova. Quan rebin la nova targeta tindrà el CIP PGTR 1 090101 00 6, on com es veu, en comptes de les 2 primeres lletres de cada cognom hi ha les dues primeres consonants de cada cognom, per tal d'evitar el CIP malsonant.

Document administratiu personal creat per:

- Identificar els ciutadans.
- Facilitar l'accés dels ciutadans als serveis del SNS.
- S'emet a les comunitats autònomes i és vàlida en tot el territori nacional.

En el moment actual existeix una diversitat de models de targetes sanitàries i de codis d'identificació amb formats que varien entre comunitats autònomes.

Poden constar dos números el CIP autonòmic assignat per l'administració sanitària emissora de la targeta i un CIP-SNS (codi d'identificació únic de l'SNS). Aquests

codis es presenten a l'anvers de la targeta. També apareix el CITE, codi de la comunitat autònoma que emet la TSI. A la del CatSalut hi consten els primers dígit sota el codi de barres (803401).

A instància de qui en sigui titular, la targeta sanitària individual pot incloure el codi d'identificació de la persona titular de la targeta, així com els caràcters de les inicials de targeta sanitària individual (TSI) en sistema Braille.

Amb la finalitat de permetre als serveis sanitaris i als professionals identificar immediatament les persones que, pel seu estat de salut o per les seves característiques especials, necessiten una atenció diferenciada, a instància de qui en sigui titular o representant legal i amb la validació prèvia del Departament de Salut, s'ha de fer constar la llegenda "Cuida'm" a la targeta sanitària.

En aquest enllaç trobareu el marc normatiu que regula la targeta sanitària individual: [bit.ly/3R71xmE](https://bit.ly/3R71xmE).

### 2.3.1 Targeta sanitària europea (TSE)

La targeta sanitària europea (TSE) és un document personal i intransferible que reconeix el dret del seu titular a rebre les prestacions sanitàries que siguin necessàries, des del punt de vista mèdic, durant la seva estada temporal per motius de treball, estudis, turisme, en el territori de la Unió Europea, de l'Espai Econòmic Europeu i a Suïssa, tenint en compte la naturalesa de les prestacions i la durada de l'estada, d'acord amb la legislació del país d'estada. Cal consultar en el país de destí quina cobertura ofereixen; pot ser una quantitat fixa o un percentatge.

Els estats on es vàlida són els 28 que formen la Unió Europea (Alemanya, Àustria, Bèlgica, Bulgària, Xipre, Croàcia, Dinamarca, Eslovàquia, Eslovènia, Estònia, Finlàndia, França, Grècia, Hongria, Irlanda, Itàlia, Letònia, Lituània, Luxemburg, Malta, Països Baixos, Polònia, Portugal, Regne Unit, República Txeca, Romania, Suècia), juntament amb els països de l'Espai Econòmic Europeu (Islàndia, Liechtenstein, Noruega) i Suïssa.

A banda d'aquestes targetes, actualment totes les mútues i asseguradores privades també emeten les seves pròpies targetes per als seus beneficiaris, com per exemple la targeta Mediacard R de DKV, Sanitas, Adeslas, etc., que identifica l'assegurat i que permet l'assistència en qualsevol moment; també permet l'accés a recepta electrònica. A més a més, ja es pot disposar en moltes companyies asseguradores de la targeta sanitària digital, que permet poder portar la targeta al mòbil.

### 2.3.2 Característiques generals dels documents als centres sanitaris

Les característiques generals dels documents als centres sanitaris són:

- La informació que s'hi registra ha de ser:
  - Veraç (respondre a la realitat).
  - Precisa: amb descripció de manera clara, concisa i completa (no deixar res per a l'oblit o l'omissió).
  - Oportuna (que sigui necessària i s'anoti en el mateix moment que es produeix el fet).
- Ha de preservar la confidencialitat.
- Hi ha documents que són legalment exigibles.
- Els documents són necessaris en cas de reclamacions.
- Molts documents s'han d'arxivar adequadament.
- Han de ser fàcilment recuperables per al pacient i per a la investigació mèdica i docència.

### Catàleg documental dels centres sanitaris

El catàleg documental està constituït per tot un conjunt de documents que inclou documents de tres tipus:

- **Documentació medicocientífica:** comprèn tots els documents produïts per l'activitat científica i de la medicina (seria una documentació externa). Els centres documentals i les biblioteques dels hospitals o institucions, a banda de tenir el seu fons bibliogràfic, fan cerques bibliogràfiques necessàries per a l'activitat científica. Tenen la funció de facilitar la cerca d'articles i guies clíniques.
- **La documentació medicoclínica** constituïda per documents que són l'eina útil com a suport per al metge en la seva pràctica clínica. Aquests documents són un conjunt que constitueixen la història clínica del pacient, que és la que estudiarem en més profunditat.
- **La documentació medicolegal**, com per exemple el document de declaració obligatòria de malalties transmissibles, registres com a resultat de la pràctica assistencial, comunicats de baixa laboral, certificat de defunció, etc.

Actualment, el catàleg documental està lligat al **gestor documental de cada centre**, i molts d'ells s'assimilen a formularis via web. Tots els procediments i processos assistencials tenen lligats uns documents que cal identificar amb un codi i estan normalitzats (la informació que contenen i el format estan acordats i estandarditzats per la comissió de documentació de cada centre sanitari). Aquests procediments estan també catalogats i acordats i són gestionats pels sistemes d'informació hospitalari de cada centre. El SADCN és responsable d'aquesta catalogació i de facilitar i donar a conèixer els models i instruccions dels documents.

Dins el catàleg també es troben els documents corresponents a la història clínica. En el següent enllaç podreu saber més sobre gestió documental: [bit.ly/3yEQuK9](http://bit.ly/3yEQuK9).

## 2.4 Documentació sanitària clínica: la història clínica

La història clínica està constituïda pel conjunt de documents que resulten dels processos assistencials dels pacients, de la pràctica clínica dels professionals sanitaris.

Quan un pacient acudeix a la consulta d'un metge perquè té un problema de salut, el metge aplica un mètode científic, mètode clínic, per tal de trobar la patologia que afecta el pacient i poder restablir el seu estat de salut amb el tractament adient.

El mètode clínic consisteix a recopilar informació per tal d'arribar a un diagnòstic:

1. Anamnesi: consisteix a recopilar informació del pacient preguntant-li com se sent (síntomes), antecedents familiars, etc.
2. Tractarà de trobar signes (manifestacions clíniques) a través de l'exploració física i si s'escau demanarà proves complementàries.
3. Per tal d'arribar a un diagnòstic (conèixer la causa del problema) i així determinar un
4. Tractament per resoldre el problema que va motivar la visita.

En aquest procés (mètode clínic) el metge va prenent nota de tota la informació que el pacient li va confiant en un document que esdevé la història clínica. Podríem comparar-lo amb una llibreta de laboratori. És l'eina per al metge en la seva tasca.

Si el pacient vingues en una segona visita, el metge reprèn la història clínica i pot consultar el que va succeir l'anterior consulta i fer el seguiment de l'estat de salut del seu pacient, omplint un full de la història clínica que es diu curs clínic o evolució del pacient.

En el moment que se solucioni el problema que va motivar la primera consulta caldrà donar per tancat l'episodi o procés assistencial.

Hi ha pacients en la història clínica dels quals pot haver-hi diversos problemes de salut amb diversos processos assistencials oberts o tancats.

Al cas dels hospitals, un pacient pot ser atès per un equip de professionals sanitaris, metges i infermeres, etc., i tots aquests professionals (usuaris de la HC) aniran confeccionant la història clínica del pacient.

La **història clínica** es pot definir com el conjunt de documents i registres informàtics que ha de contenir de forma clara i concisa les dades, valoracions i informacions generats en cada un dels processos assistencials a què se sotmet un o una pacient i en els quals es recull l'estat de salut, l'atenció rebuda i l'evolució clínica de la persona.



La finalitat principal de la història clínica és facilitar l'assistència sanitària a través de la informació actual i de la informació recuperada de processos assistencials previs. La història clínica ha de reflectir la comunicació entre professionals de la salut i pacients.

Actualment, gràcies a les tecnologies de la informació, aquesta història clínica s'ha transformat en història clínica electrònica, que permet que aquesta sigui accessible des de qualsevol servei assistencial. Així, la història clínica del pacient s'ha anat desenvolupant i transformant, però amb la mateixa finalitat de ser una eina que permeti una millor atenció al pacient fins a arribar a altres fórmules com és l'actual història de salut.

Per què **història de salut**? Perquè ha passat de ser una història clínica en un centre sanitari a ser una aplicació que poden compartir diversos serveis de salut, de diferents centres de diferents llocs geogràfics i acumulativa al llarg de la vida. S'hi van integrant els informes i principals dades de salut del pacient o ciutadà.

La història clínica no només és una eina per al metge, sinó que és un document probatori i que està normativitzat (ho estudiarem més endavant). Afegirem que el seu ús no només és per al metge, sinó que també serveix a les autoritats sanitàries, a les assegurances i al mateix pacient. Ja veurem i estudiarem els drets d'accés, rectificació i oblit (ARCO) relacionats amb aquest document o conjunt de documents que és la història clínica del pacient.

**La història clínica digital del Sistema Nacional de Salut (HCDSNS)** pretén garantir als ciutadans i als professionals sanitaris l'accés a la informació clínica rellevant per a l'atenció sanitària d'un pacient des de qualsevol lloc de l'SNS, assegurant als ciutadans que l'accés a les seves dades queda restringit a qui està autoritzat per a això.

L'últim informe del Ministeri de Sanitat sobre la implantació de la HCDSNS indica que ja està instaurada en un 93% de l'estat.

D'aquesta a més a més es generen altres formes com:

- L'EU Patient Summary (Resum de Pacient de la Unió Europea) és un producte d'informació clínica seleccionada, derivat de la història clínica electrònica. S'ha dissenyat per facilitar l'assistència sanitària no programada quan ciutadans i ciutadanes viatgen fora d'Espanya. Es va planificar per a l'any 2020 la seva implementació dins de la infraestructura tecnològica del Sistema HCDSNS (Història Clínica Digital del Sistema Nacional de Salut) i de l'eHDSI (eHealth Digital Services Infrastructure) de la Unió Europea, com a part del projecte CEF (Connecting Europe Facility) per a e-Salut.
- **La Meva Salut** és un espai personal de salut digital que permet a la ciutadania de Catalunya relacionar-se de manera no presencial amb el Sistema de Salut de Catalunya. Facilita als seus usuaris la consulta d'informes clínics, diagnòstics i resultats d'anàlisis clíniques i proves que formen part de la seva història clínica. També es pot accedir al pla de medicació vigent per anar directament a la farmàcia, demanar visita d'atenció primària i accedir a diversos serveis d'atenció no presencial com l'eConsulta, que permet fer consultes als professionals de salut, fer tràmits i enviar documents.

En la lliçó 4 s'estudien els tipus d'història clínica que podem trobar, les seves característiques i la normativa que les regula.

- **L'HC3** és la **història electrònica** que agrupa el conjunt de documents que contenen dades i informació rellevant sobre la situació i l'evolució d'una persona al llarg del seu procés assistencial. L'HC3 permet l'accés –de manera organitzada i sempre sota els paràmetres idonis de seguretat i confidencialitat– a la informació rellevant de les històries clíniques dels diferents centres de salut de la xarxa pública assistencial. L'HC3 aconsegueix també, mitjançant mecanismes d'**interoperabilitat** i l'ús d'estàndards entre sistemes d'informació, que les diferents històries clíniques dels centres que formen part del Servei Català de la Salut siguin compatibles i integrin informació procedent d'altres sistemes d'informació. Això facilita l'accés a totes les dades de salut i administratives d'una persona, amb independència del lloc i el moment en què es necessiten.

La informació de la història clínica s'integrarà en els models de documents que determini el centre sanitari. S'han publicat normes com la norma del País Basc i de Cantàbria, que estableixen uns models per als documents i informes que contenen la HC.

S'anomena **tipus documental** a l'agrupació de models d'informes clínics necessaris per a la gestió sanitària i administrativa dels centres.

Cada model d'HC incorporarà dades d'identificació del pacient, centre i personal sanitari responsable de la seva complimentació, i tota la informació que contingui ha de ser veraç, completa, ordenada, actualitzada, intel·ligible, pertinent i respectuosa amb la persona usuària o pacient.

Alguns tipus documentals:

- **Document Clínic-Estadístic.** Les dades administratives i clíniques relacionades amb l'episodi assistencial. Contindrà com a mínim la informació que constitueix el conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària.
- **Document d'autorització d'ingrés:** amb les dades de l'ingrés d'un pacient tant si és urgent com programat, amb internament o sense. Motiu, data i servei corresponent.
- **Document de consentiment informat:** conformitat expressa del pacient o representant legal, manifestada de forma lliure i voluntària prèvia informació adequada per a la realització de determinades actuacions relatives a la seva salut.
- **Document d'anamnesi i exploració física.** La informació referent al motiu de la consulta o ingrés, antecedents personals i familiars, qüestionari per aparells i sistemes, relat de la malaltia actual i altres aspectes clínics d'interès. També registrarà les dades de l'exploració física realitzada a la persona pacient, ordenada per aparells i sistemes, així com el diagnòstic d'ingrés, el diagnòstic diferencial, el pla d'estudis i el pla terapèutic inicial.
- **Document de l'evolució o curs clínic:** comentaris periòdics i urgents de les incidències, troballes exploratòries i proves complementàries que es van succeir al llarg del procés assistencial. També s'hi recolliran la modificació

de diagnòstic previ i l'inici i modificació o supressió d'un tractament, així com qualsevol incidència, resultats.

- **Document d'ordres mèdiques.** El conjunt diari i actualitzat de les prescripcions mèdiques.
- **Document d'informes d'exploracions complementàries.** La informació de resultats generada per la pràctica de qualsevol prova instrumental que s'efectuï a un o una pacient amb fins terapèutics o diagnòstics, com ara anàlisis clíniques, estudis anatomopatològics, estudis radiològics, proves funcionals i registres gràfics.
- **Document d'interconsulta.** La sol·licitud d'interconsulta, així com l'informe resposta del servei consultat. Tots els informes emesos han de contenir la data de sol·licitud i la de realització, així com la identificació del facultatiu o facultativa sol·licitant i de la persona consultada. El document d'interconsulta urgent ha de contenir, així mateix, les hores de la sol·licitud i de realització.
- **Document d'informe quirúrgic.** La informació referent als procediments quirúrgics. Haurà de contenir, com a mínim:
  - Tipus d'anestèsia emprada.
  - Descripció de la tècnica o el procediment utilitzat.
  - Durada. Hora d'inici i finalització.
  - Incidències ocorregudes durant la intervenció.
  - Troballes operatoris.
  - Diagnòstic preoperatori i postoperatori.
  - Identificació de cirurgians o cirurgianes, anestesista i instrumentista.
  - Estat i destinació de la persona pacient en sortir de quiròfan.
  - Indicació de si s'ha sol·licitat o no examen anatomopatològic o bacteriològic del material extret en la intervenció. En cas afirmatiu, enumeració de les peces.
- **Document d'anestèsia.** L'activitat realitzada per l'anestesista, en la qual s'ha d'incloure el resum del reconeixement preoperatori, així com les actuacions que es produeixin abans, durant la intervenció i en el postoperatori immediat mentre estigui sotmès a l'actuació del professional. Haurà de contenir, almenys:
  - Resum de la valoració preoperatoria.
  - Hora de començament i finalització de l'anestèsia.
  - Descripció de la tècnica anestèsica.
  - Medicació administrada, dosi, via, pauta i moment d'administració.
  - Característiques de la ventilació mecànica, si n'hi ha.
  - Gràfica minutada de constants vitals durant la intervenció.
  - Incidències d'interès en relació amb l'estat vital de la persona pacient.

- Estat clínic de la persona pacient durant i a la fi de la intervenció.

El document d'anestèsia haurà de ser emplenat, datat i signat pel o per l'anestesiòloga responsable de la intervenció.

- **Document de registre de part.** La informació que es genera durant el part. Haurà de contenir:
  - Exploració a l'ingrés i evolució del part.
  - Descripció de la tècnica, durada i incidències.
  - Tipus d'anestèsia.
  - Dades del nadó.
  - Estat i destinació de la pacient en abandonar la sala de parts.
  - **Document de planificació de cures d'infermeria.** Inclou totes les cures d'infermeria, tant les derivades d'ordres mèdiques com les administrades per la mateixa atenció d'infermeria.
- **Document de tractament farmacològic.** Les aplicacions medicamentoses administrades per l'equip d'infermeria d'acord amb les ordres mèdiques o, si escau, d'infermeria. Haurà d'anar emplenada i signada pel personal d'infermeria indicant:
  - Medicament.
  - Via.
  - Dosi.
  - Unitats.
  - Data i hora.
- **Document de gràfica de constants.** Suport gràfic de les constants vitals del o de la pacient. Hi ha de constar de:
  - Data i, si escau, hora de la presa de constants.
  - Constants vitals de rutina, com ara: pols, temperatura, pressió arterial, diüresi, dieta, pes, balanç hídric i altres controls que fos necessari incloure d'acord amb l'evolució de la persona pacient, ja siguin ordenats pel personal mèdic o procedent de la mateixa activitat assistencial d'infermeria. La gràfica de constants haurà de ser emplenada pel personal d'infermeria. En el cas de persones pacients assistides en les àrees de cures intensives s'incorporaran registres detallats de les constants vitals.
- **Document d'informe clínic d'alta.** Qualsevol informació rellevant des del punt de vista assistencial i, com a mínim, la identificació de:
  - Centre sanitari, unitat assistencial i metge o metgessa responsable.
  - Nom, cognoms, data de naixement, sexe, número d'història clínica i domicili de la persona pacient.

- Data d'inici d'assistència i data d'alta, motiu de l'assistència, antecedents clínics rellevants i dades d'exploració, resultat de proves complementàries, evolució clínica, procediments, diagnòstic (principal i altres si és el cas), indicacions i recomanacions terapèutiques.
- Procediments quirúrgics i obstètrics realitzats. En cas de part s'especificaran pes, sexe i estat del nadó.

Ha de ser realitzat pel metge o la metgessa responsable en finalitzar cada procés assistencial d'una persona pacient en un centre sanitari, incloent-hi els centres en què l'activitat assistencial es presti en règim ambulatori especialitzat, així com en aquells casos en què es produeixi un trasllat, alta voluntària, defunció, alta forçosa i alta per fuga.

- **Document d'informe de necròpsia.** La informació derivada de l'examen *post mortem* que es realitza a les persones mortes. Haurà de contenir apartats diferenciats per troballes macroscòpiques i microscòpiques, correlació anatomoclínica, impressió diagnòstica final i causa probable de la mort. En aquells supòsits en què per la complexitat de l'estudi anatomopatològic no pugui realitzar-se l'informe de necròpsia definitiu, s'haurà de disposar d'un informe provisional, que, en tot cas, haurà de ser substituït en el seu dia per l'informe definitiu.
- **Document d'urgències.** Les dades d'identificació de la persona pacient i de les circumstàncies per les quals acudeix al servei d'urgències:
  - Nom i cognoms.
  - Número d'història clínica i número de registre d'urgències.
  - Data de naixement.
  - Domicili habitual.
  - Telèfon.
  - Data i hora en què es realitza l'assistència.
  - Professional sanitari encarregat de l'alta a la persona pacient.
  - Les dades clíniques més rellevants derivades de l'assistència efectuada:
    - \* Motiu de la consulta.
    - \* Constants clíniques.
    - \* Troballes de l'exploració física per aparells i sistemes.
    - \* Proves i exploracions d'interès practicades.
    - \* Tractament rebut, si escau.
    - \* Evolució del malalt o malalta.
    - \* Diagnòstic provisional.
    - \* Recomanacions terapèutiques.
    - \* Altres recomanacions.
    - \* Data i hora en què la persona pacient abandona l'àrea d'urgències i destinació d'aquesta.

### 2.4.1 Models d'informes i compatibilització en el Sistema Nacional de Salut

La normativa que regula els models de documents en el Sistema Nacional de Salut es troba en:

- El Decret 51/2019, de 21 de juny, que regula la història clínica i tota la documentació clínica. Aquest decret de la Conselleria de Sanitat es va publicar al BOPA núm. 130 de 08 de juliol de 2019, i està vigent des del 28 de juliol de 2019.
- El Decret 38/2012, de 13 de març, sobre història clínica i drets i obligacions de pacients i professionals de la salut en matèria de documentació clínica del Departament de Sanitat i Consum es va publicar al BOPV núm. 65, de 29 de març de 2012, i està vigent des del 30 de març de 2012
- En el Decret 51/2019 s'aproven els següents models d'informes clínics que, si escau, hi ha d'haver en cada història clínica, amb el contingut i en el format obligatori que determina el mateix decret i que es troba en els annexos:
  - Informe clínic d'alta, detallat a l'annex I.
  - Informe clínic de consulta externa, en annex II.
  - Informe clínic d'urgències, en annex III.
  - Informe clínic d'atenció primària, en annex IV.
  - Informe de resultats de proves de laboratori, en annex V.I
  - Informe de resultats de proves d'imatge, en annex VI.
  - Informe de cures d'infermeria, en annex VII.
  - Història clínica resumida, en annex VIII.

L'informe anomenat **història clínica resumida** constitueix el document electrònic, alimentat i generat de forma automàtica i actualitzada en cada moment, a partir de les dades que els i les professionals vagin incloent en la història clínica completa de la persona pacient.

Els centres i serveis sanitaris podran integrar els continguts de l'**informe de cures d'infermeria** en altres informes, segons correspongui, donant lloc a informes conjunts de l'equip medicoinfermer.

### 2.5 Fluxos d'informació als centres sanitaris a partir dels processos assistencials

El **procés assistencial** en la pràctica clínica és el conjunt d'**episodis** i d'**actuacions** originats per un problema de salut d'un pacient i que comencen amb el primer

contacte que fa aquest amb la institució sanitària. A la HC del pacient el seu problema de salut hauria de veure's reflectit.

Un procés assistencial pot englobar diversos centres des que s'obre fins que es tanca. És molt important aquesta visió, perquè justifica la importància de mantenir un flux d'informació continu entre diversos nivells assistencials.

#### **Exemples de flux d'informació entre nivells assistencials**

Primer exemple: un pacient amb un IAM (infart agut de miocardi) ingressa per urgències i és intervingut a l'hospital fins que és donat d'alta. És molt important que l'informe d'alta sigui curós perquè el pacient tingui clar el seu tractament i que quan vagi a atenció primària per fer el seguiment, el metge d'atenció primària continuï el procés en coherència amb les directrius de l'especialista.

#### **Segon exemple:**

Pacient que té molèsties abdominals i acudeix al CAP, li fan proves i el deriven a l'especialista, CCEE de l'hospital. L'especialista li programa una intervenció quirúrgica. Per a la intervenció ingressa a l'hospital i és donat d'alta. Posteriorment li fan un seguiment, li donen l'alta definida i es tanca el procés.

Aquesta forma d'entendre l'atenció com un continu queda difícilment reflectida a les HC i moltes vegades no coincideix amb el sistema d'informació del centre.

#### **Tercer exemple**

Un pacient que ingressa per urgències per un problema i per això és hospitalitzat. Al sistema d'informació informàtic cal tancar el procés d'hospitalització per tal d'obrir el procés d'hospitalització. Aquest s'hauria de tancar en donar d'alta el pacient encara que torni per fer seguiment. De vegades això pot provocar alguns problemes en els resultats.

Es pot veure que hi ha un flux d'informació entre diversos centres sanitaris i que pot estar vehiculat a través de la HCCC i la is3 (aplicació via wi-fi per tramitar les derivacions) com a coordinador entre els centres.

Però dins l'àmbit de l'hospital podem veure com pot ser el flux d'informació:

#### **Flux d'informació a l'hospital**

El pacient programat prèviament primer ha de ser identificat: es comprova que és al fitxer de pacients i que té una HC en el centre. Es gestiona que tingui realitzades les proves preoperatories adients (abans les havia de portar en informes en suport paper), i els resultats de les proves, si s'han fet a l'hospital, restaran a la seva història clínica del SIH. I se li dona la citació amb instruccions.

El dia de la citació, el pacient es presenta per urgències o al centre d'admissió i documentació de l'hospital. I en qualsevol dels casos s'ha de comprovar:

- La seva identitat a mitjançant el DNI.
- Si té la TSI, o targeta corresponent a qualsevol assegurança en cas que no sigui públic o simplement é d'informació al qual té accés l'hospital.
- Les dades personals i filiació.

Després de les comprovacions s'obre l'episodi d'hospitalització al SIH de l'hospital (abans es demanava a l'arxiu la carpeta en suport paper corresponent a la història clínica del pacient, i es comença a omplir el full clínic estadístic i es fa l'assignació de llit.

Al bloc quirúrgic, si fos el cas d'una cirurgia, s'obre el full quirúrgic i el pacient ha de signar

els consentiments informats pertinents. El pacient és identificat normalment amb codi de barres i polsera, d'aquesta manera en tot moment està ubicat i localitzat dins el sistema.

A les diverses estacions clíniques de l'hospital es van registrant l'hora d'intervenció, etc. Hi ha paral·lelament la història d'infermeria, amb tots els fulls d'infermeria també gestionats a través de la HCE de l'hospital.

Abans tot aquest flux d'informació es feia a través de fulls que s'anaven adjuntant a la carpeta de la història clínica del pacient. Actualment tots els registres que es van fent de totes les actuacions clíniques que va rebent el pacient van alimentant diverses bases de dades que posteriorment seran explotades.

Una representació de flux d'informació documental clàssica que trobem en molts textos és la que representa la cadena documental.

### 2.5.1 Cadena documental

Quan un document entra a la unitat de documentació clínica (UDCA) experimenta un conjunt d'accions que anomenem cadena documental. Les baules d'aquesta cadena són:

1. Entrada (recollida d'informació a partir, per exemple, d'un informe d'alta que ha redactat un metge).
2. Tractament de la documentació:
  - Tractament intel·lectual: descripció, classificació i codificació de l'informe d'alta amb ajuda de la CIM-10-MC.
  - Tractament material d'aquest document: ubicació i conservació (arxiu).
3. Sortida (explotació: recuperació de la informació mitjançant estratègies de cerca a través de l'ús del llenguatge natural o de llenguatges formals i operadors lògics).
4. Difusió de la informació (com l'elaboració d'informes, el préstec, la consulta o la reproducció d'històries clíniques o part dels seus continguts).

En una cadena documental hi ha tres tipus d'agents: els productors, els gestors i els usuaris. Analitzarem el paper que desenvolupa cada un d'ells:

- **Productors:** són els que generen la informació suportada en un document. En el nostre cas és qualsevol persona que escrigui o aporti informació a la història clínica: metges, infermeres, professionals de serveis socials, serveis complementaris (imatge, laboratori, anatomia patològica), pacients i familiars i altres professionals.
- **Gestors d'informació:** són els que realitzen el tractament intel·lectual d'aquesta: identificació, extracció i codificació de dades (clíniques i no



clínicas) i el tractament material, consistent en l'arxivament físic de la documentació.

- El tractament material de la informació és la primera funció de gestió que va incorporar la unitat de documentació clínica. Això ha permès dotar tots els centres d'un sistema físic de conservació de la informació suportada en l'HC.
- El tractament intel·lectual ha estat desenvolupat amb posterioritat, en regular per llei l'obligació de tots els centres de facilitar un conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) dels pacients atesos en règim hospitalari. Aquesta necessitat ha generat sistemes de tractament de la informació destinats a identificar, extreure i codificar dades assistencials i no assistencials, utilitzant, per exemple el CIE-9MC (codificació internacional de malalties - 9a modificació clínica).
- **Usuaris:** són els que sol·liciten la informació en funció d'unes necessitats. Aquests usuaris poden ser molts i molt variats, amb interessos diferents i diferents nivells d'accés autoritzat a la informació. Tenint com a referència el centre sanitari, es poden distingir usuaris interns i externs.

### Usuaris de la informació als centres sanitaris

Els actors d'un sistema sanitari es podrien classificar en funció de si formen part de la institució sanitària concreta o no, poden ser:

- **Usuaris interns.** Entre els usuaris interns hi hauria els **professionals sanitaris** i els **gestors**, bàsicament. En els darrers temps també ho són els informàtics, enginyers i tècnics diversos, els quals també són usuaris de la informació. Els professionals que treballen en el mateix centre (metges, infermeres, assistents, auxiliars, gestors, administratius, tècnics, etc.), que diàriament extreuen del sistema la informació necessària per desenvolupar les seves tasques, però també desenvolupen l'activitat contrària, és a dir, introdueixen dades d'informació nova en el sistema que més endavant serà utilitzada per d'altres o per ells mateixos. Per exemple, abans d'atendre un pacient, un metge ha de demanar a l'arxiu la seva història clínica (HC), un document que reflecteix l'evolució de la salut del pacient; en consultar-lo, el metge llegeix informació escrita que li proporciona dades sobre les malalties que el pacient ha patit o pateix en aquest moment, i quan li presta assistència escriu o registra a la història clínica el seu estat actual, que queda com a informació per les seves futures assistències.

Es pot dir que l'**usuari del SIH** és aquell que l'utilitza en les seves diverses facetes:

- Com a proveïdor.
- Com a consumidor de la informació que conté.
- Com a client.

És proveïdor perquè alimenta el sistema amb informació, és consumidor perquè utilitza la informació continguda en el sistema, i és client en tant que utilitza una sèrie d'eines (informàtiques o no) per accedir a la informació que flueix pel sistema.

- **Usuaris externs.** Entre els usuaris externs hi hauria:

- Les administracions sanitàries, de justícia, educació i, actualment, també, els mitjans de comunicació i altres institucions amb algun interès en la salut de la ciutadania.
- L'usuari extern més important, però, és el pacient i la seva família.

Actualment, el sistema d'informació clínic està sempre centrat en el pacient o podríem dir de la persona en un sentit ample i no només com a pacient que té una connotació passiva.

El pacient, usuari o ciutadà, en definitiva qualsevol persona, té dret a la informació sobre la seva salut i no només per al tractament sinó per la prevenció.

Hi ha una obligació de les autoritats i institucions d'informar el pacient de l'oferta assistencial, d'informació en línia de l'estat de salut en general (actualment rebem diàriament a través dels mitjans de comunicació, l'evolució de la pandèmia i les recomanacions per tenir cura i apel·lar a l'autoresponsabilitat, vacunacions, etc.).

## **2.6 Fluxos d'informació i funcions de la unitat de documentació clínica**

En considerar en detall la cadena documental aplicada a l'àmbit sanitari han anat apareixent un conjunt de funcions que s'han d'assignar a la UDC. Aquestes funcions o competències estan relacionades amb la gestió documental, i a més s'han de considerar també les funcions internes que necessita la unitat per a la correcta gestió de sistema d'informació (SI).

Les funcions o competències assignades a la UDCA fan que compleixi els seus objectius, que són:

- Coordinar i integrar els moviments i contactes assistencials de tots els pacients a l'hospital i a la seva àrea d'atenció especialitzada.

- Custodiar, gestionar i organitzar la història clínica per assegurar el compliment dels seus fins assistencials, docents i legals.
- Dissenyar i garantir el sistema d'informació clínic-assistencial per a la gestió, la planificació i la recerca.

Actualment hi ha tendència a la gestió per processos a les organitzacions i empreses per tal com s'obtenen nivells de qualitat superiors amb aquest tipus de gestió.

L'enfocament basat en processos és un principi de gestió bàsic i fonamental per a la millora dels resultats, i així es recull tant en la família ISO 9000 com en el model d'excel·lència de l'EFQM.

Segons la norma ISO 9000: 2000, un procés és “un conjunt d'activitats mútuament relacionades o que interactuen, les quals transformen elements d'entrada en resultats”. Amb aquesta definició es pot deduir que l'enfocament basat en processos emfatitza com els resultats que es volen obtenir es poden aconseguir de manera més eficient considerant les activitats agrupades entre si.

Aquest enfocament condueix qualsevol organització cap a una sèrie d'actuacions, com ara:

- Definir de manera sistemàtica les activitats que componen el procés.
- Identificar la interrelació amb altres processos.
- Definir les responsabilitats respecte al procés.
- Analitzar i mesurar els resultats de la capacitat i eficàcia del procés.
- Centrar-se en els recursos i mètodes que permeten la millora del procés.
- En poder exercir un control continu sobre els processos individuals i els seus vincles i interrelacions dins el sistema de processos (incloent-hi la seva combinació i interacció) es poden conèixer els resultats que obté cadascun dels processos i com contribueixen a l'assoliment dels objectius generals de l'organització. Arran de l'anàlisi dels resultats dels processos (i les seves tendències) es permet, a més, centrar i prioritzar les oportunitats de millora.

Respecte dels centres sanitaris podem distingir diversos processos assistencials principals que configuraran diversos fluxos d'informació:

- Urgències.
- Hospitalització.
- Coordinació amb altres centres.

### 2.6.1 Urgències

A l'àrea d'urgències es portaran a terme les següents activitats de gestió documental:

- Captura de dades bàsiques mínims per al coneixement de l'assistència prestada a l'àrea d'urgències:
  - Data i hora de la sol·licitud de l'atenció
  - Procedència i motiu de l'assistència.
  - Via d'accés a l'àrea.
  - Data i hora de l'alta d'urgències.
  - Diagnòstic i destinació a l'alta.
- Generació de la documentació per a l'assistència:
  - Full clínic d'estadística d'assistència d'urgències.
  - Etiquetes identificatives del pacient i episodi.
  - Informació sobre pacients assistits a urgències: pacients assistits en urgències i familiars. Altres institucions: policia, jutjats, protecció civil.
- Tramitació d'altres d'urgències:
  - Data i hora de l'alta.
  - Servei d'alta.
  - Diagnòstic d'alta.
  - Destí de l'alta.
- Tramitació d'ingressos urgents.
- Tramitació de transport sanitari: tramitació de la documentació prèviament emplenada pel personal responsable. Avís a ambulàncies.
- Custòdia d'objectes personals: identificació pacient, identificació i relació d'objectes.
- Lliurament de justificant i recollida amb signatura.
- Obtenció d'estadístiques i indicadors d'urgències:
  - Mitjana diària d'urgències ateses i d'urgències ingressades.
  - Pressió d'urgències.
  - Temps mitjà d'observació d'urgències
  - Nre. d'urgències registrades per període.

## 2.6.2 Hospitalització

Els fluxos d'informació que es generen en el processos d'hospitalització són:

- Generació de l'CMBD informatitzat.
- Registre de la demanda quirúrgica.
- Emissió del justificant d'hospitalització per a familiars i justificant per ILT.
- Obtenció d'estadístiques i indicadors sanitaris d'hospitalització.
- Col·laboració en l'anàlisi de la informació segons els criteris i estàndards de la direcció.

En concret, a l'àrea quirúrgica es portaran a terme les següents funcions:

- Inclusió de pacients en llista d'espera quirúrgica.
- Preparació per a cirurgia dels pacients en llista d'espera.
- Gestió operativa de la programació quirúrgica.
- Registre de sortides i moviments en llista d'espera i de l'activitat quirúrgica.
- Coordinació i avaluació del procés assistencial.

Per l'atenció ambulatoria: en relació amb consultes i serveis centrals es realitzaran les següents funcions:

- Programació i gestió d'agendes.
- Gestió operativa de la sol·licitud de cita i de la desprogramació de la cita.
- Difusió de l'activitat programada.
- Registre de l'activitat.
- Coordinació organitzativa del procés assistencial.

En relació amb aquestes funcions es defineixen els següents conceptes:

- Sol·licitud de cita: les sol·licituds d'assistència ambulatoria (consultes externes, hospital de dia i exploracions diagnòstiques i terapèutiques) registrades en el fitxer d'activitat ambulatoria programada.
- Desprogramació de la cita: les modificacions relatives a canvi de data assignada o anul·lació de la cita, originada per la pròpia institució o sol·licitada pel pacient.

### 2.6.3 Coordinació amb altres centres

En relació amb la coordinació amb altres centres es realitzaran les següents funcions:

- Recepció i registre de les sol·licituds d'assistència dirigides al mateix centre o des d'aquest a altres centres.
- Gestionar les sol·licituds d'assistència dirigides al mateix centre o a altres centres en funció dels criteris i prioritats establertes per l'hospital.
- Establir les vies de comunicació i coordinació amb altres centres i nivells assistencials per a la gestió d'aquells casos que necessitin una assistència urgent en un altre centre o una continuïtat en la seva atenció.
- En el procés de derivació de pacients quirúrgics a altres centres, assumeix, amb caràcter general les següents tasques:
  - Seleccionar els pacients per derivació, d'acord amb els procediments definits.
  - Realitzar l'avís i localització del pacient per a la proposta de derivació.
  - Tramitar les sol·licituds d'assistència, així com la documentació clínica necessària garantint la confidencialitat de la mateixa.
- Programar l'assistència, confirmar i difondre la data i procediment de l'assistència prestada.
- Mantenir actualitzat cada expedient obert, registrant les incidències que es produeixin.
- Mantenir en tot moment la unitat de contacte amb el pacient.

Per a la gestió del flux d'informació per processos en àmbit sanitari s'ha desenvolupat **PADRIS**, una eina per a la millora dels processos assistencials, la recerca biomèdica i la planificació sanitària, 2019. Civita M, Roman R. Podeu obtenir informació clicant l'enllaç [bit.ly/3nCNcAE](https://bit.ly/3nCNcAE).

### 3. Documentació amb regulació normativa I

Una actuació mèdica urgent, una negativa a rebre un tractament, una situació de maltractaments a un menor o una sospita d'intoxicació criminal són algunes situacions que poden donar lloc a una problemàtica medicolegal davant la qual el metge i/o els professionals sanitaris han de donar una resposta.

Un comunicat de lesions, la història clínica, el consentiment i la informació al pacient constitueixen documents que són, entre d'altres, els que poden tenir conseqüències legals i que cal que compleixin amb la normativa perquè tinguin aquesta funció legal.

La història clínica també és un document regulat per normativa. D'una banda, la història clínica ha de garantir el dret del pacient a rebre informació de la seva assistència, i de l'altra, el metge ha de complir amb l'obligació de deixar constància del que fa al pacient.

#### 3.1 Característiques generals de la documentació amb regulació normativa

En general, els documents legals:

- Són documents híbrids, és a dir, presenten una part jurídica i una part mèdica.
- Han de ser de naturalesa escrita.
- S'han d'atribuir a una persona.
- Estan destinats al tràfic jurídic.
- Són adequats a la producció d'efectes jurídics, ja siguin administratius, registrals, executius o probatoris (que es poden fer servir com a prova en cas de judici).

Perquè tingui validesa és necessari que acompleixi uns requeriments pel que fa a la forma i al fons. Aquests requeriments estan establerts a l'ordenament jurídic relatiu a cada tipus documental. Han de tenir una estructura característica.

Un document medicolegal inclou totes aquelles actuacions escrites que fa servir el metge en les seves relacions professionals amb les autoritats, els organismes, les institucions o qualsevol persona, i adquireixen legalitat davant les autoritats, ja siguin sanitàries, administratives o judicials. Tot i així, no tots els documents

medicolegals tenen caràcter judicial, és a dir, no tots són destinats a fer-se servir en un judici o tribunal.

Estructura dels documents medicolegals (forma):

- L'encapçalament ha de tenir:
  - El títol del document.
  - Capçalera de la institució o l'organisme des del qual s'emet el document.
- El cos del document ha de tenir:
  - Dades d'identificació.
  - Dades relatives a la sol·licitud o dades relatives a la notificació.
  - Lloc i data en què es va formalitzar el document.
  - Signatura del metge que redacta el document.
  - Identificació del destinatari: autoritat judicial, sanitària, administrativa...

Pel que fa al contingut o informació que aporten, ha d'estar expressada de manera:

- Clara.
- Senzilla.
- Concisa.
- Orientada a la finalitat per a la qual han estat elaborats (cal evitar els tecnicismes, i si es fan servir s'ha d'explicar el seu significat, ja que van dirigits a públic general, és a dir, a persones que potser no tenen formació específica i als tribunals).

Així, qualsevol document adquireix legalitat amb aquesta forma com si fos, per exemple, un contracte.

Els documents medicolegals es classifiquen en:

- Judicials
- Sanitaris (documents dels centres sanitaris)
- Administratius
- Laborals

Alguns dels documents medicolegals són:

- Història clínica.
- Informe clínic d'alta.



- Consentiment informat.
- Voluntats anticipades.
- Comunicats. Un comunicat és el document escrit, normalment breu, que per correu o per qualsevol mitjà s'envia a algú per donar un avís o una notícia amb caràcter urgent.

Exemples de comunicats:

- Judicials: comunicat de lesions que ha d'emetre el metge obligatòriament a les autoritats competents com policia, o autoritat que correspongui, sobre el pacient que acabi d'arribar a l'hospital amb lesions.
- Sanitaris:
  - **MDO**: comunicat de malalties de declaració obligatòria, que cal que comuniqui el metge per risc d'epidèmia o brot, o que provoqui alarma social a la comunitat, com el cas d'infeccions per zika, COVID-19 o malalties erradicades per la vacunació, com la verola o la parotiditis.
  - Comunicats de reaccions adverses o sospita de reacció adversa per si fos alguna reacció desconeguda fins al moment.
- Comunicats laborals.
- Comunicats administratius:
  - Pública, sobre persones com el president del Govern.
  - Ofici o carta oficial.
  - Actes: de naixement, d'avortaments, d'exhumació, de trasllat, tanatopràxia.
  - Certificats mèdics.
  - Declaracions.
  - Receptes.

Els comunicats estan regulats per la Llei 41/2002, d'autonomia del pacient, i l'LGS (Llei general de sanitat) i amb l'LGPD i DD (Llei de protecció de dades i drets digitals), que fan referència sobretot al dret d'informació sobre la salut que tenen les persones i l'obligació d'informar per part dels professionals de la salut.

### 3.2 Història clínica

Com a document medicolegal, la història clínica té la finalitat de recollir la informació per escrit de l'assistència al pacient.

La **història clínica** és el document medicolegal on es registren totes les actuacions i activitats medicosanitàries dels professionals sanitaris que s'elabora amb el pacient per facilitar la seva assistència.

Des del punt de vista medicolegal és important, perquè inclou els següents aspectes:

- El dret del pacient.
- El dret i deure del metge.
- És un element de prova en els casos de responsabilitat mèdica professional.
- És l'element fonamental de l'elaboració dels informes pericials sobre responsabilitat mèdica.
- És útil per a les asseguradores (responsabilitats econòmiques a càrrec d'aquestes).
- Té repercussions per a les prestacions de la Seguretat Social (incapacitat temporal o permanent).
- Serveix per a les investigacions d'accions delictives.

La història clínica té una doble vessant: per una banda, la vessant assistencial i científicotècnica, i per l'altra, la vessant de caire legal.

### **3.2.1 Normativa que regula el dret a informació per part del pacient i obligació d'informar per part del metge**

Tant en l'àmbit estatal com de les diferents comunitats autònomes, entre la normativa que regula el dret a la informació per part del pacient i l'obligació d'informar per part del metge destaca:

- En l'àmbit estatal, l'Ordre ministerial del 6 de setembre de 1984, en què s'estableix l'obligació de l'informe clínic d'alta per a pacients hospitalitzats.
- En l'àmbit estatal, la Llei general de sanitat, Llei 14/1986, que recull el dret del pacient a la informació sobre el seu procés assistencial i la lliure elecció de les opcions de tractament que se li plantegin.
- A Catalunya, la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Aquesta llei defineix la història clínica com un conjunt de documents relatius al procés assistencial de cada malalt, tot identificant els metges i la resta de professionals assistencials que hi han intervingut.

- En l'àmbit estatal, la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i de documentació clínica. Aquesta llei recull bàsicament el mateix que la de Catalunya, citada anteriorment.
- En l'àmbit estatal, el Reial decret 1093/2010, de 3 de setembre, pel qual s'aprova el **conjunt mínim de dades dels informes clínics (CMBD)** al Sistema Nacional de Salut, que normalitza les dades que han de tenir els informes clínics tals com l'informe clínic d'alta, l'informe d'urgències, la història clínica resumida, etc., per tal de fer possible la interoperabilitat entre sistemes d'informació diversos.
- Del País Basc, el Decret 38/2012, de 13 de març, sobre història clínica i drets i obligacions de pacients i professionals de la salut en matèria de documentació clínica. Aquest decret aporta models de documents que es poden prendre com a base per a la seva elaboració.
- En l'àmbit estatal, la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, que es va aprovar per donar compliment al Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i la lliure circulació d'aquestes dades, que suposen la necessitat de revisar els procediments d'accés a la història clínica per garantir una cautela especial en el tractament de les dades de salut.
- Al Principat d'Astúries, el Decret 51/2019, de 21 de juny, de recent publicació, pel qual es regulen la història clínica i altra documentació clínica. En aquesta última norma es detalla, entre altres obligacions, l'obligatorietat que en la història clínica electrònica s'indiquin **alertes** quan sigui oportú sobre al·lèrgies o **avisos crítics** sobre les circumstàncies de salut que hagin de ser ràpidament identificades pels professionals sanitaris.

### 3.2.2 Qüestions legals que cal tenir en compte en la complementació de la història clínica

Algunes de les qüestions legals que cal tenir en compte en la complementació de la història clínica i que poden donar lloc a problemes medicolegals són:

- **Anotacions subjectives** que el metge té dret de preservar i no donar al pacient. Es refereix a anotacions que fa el metge quant a sospites que el pacient tingui algun hàbit que li oculta, o que té la impressió que el pacient no segueix regularment el tractament, algun comentari envers si el pacient estàangoixat, etc. S'ha generat el debat en la comunitat mèdica d'aquesta necessitat; hi ha corrents que preserven el dret del metge a reservar aquesta informació i d'altres que pensen que si és informació de l'estat de salut del pacient cal facilitar-la i no amagar-la. Això fa que el metge hagi de vigilar

molt les anotacions que fa a efectes legals. En aquest sentit, hi ha diferències entre les legislacions de diverses comunitats autònomes.

- **Tot el que no s'escriu no succeeix**, i això pot tenir conseqüències legals per als metges. La història clínica és un document medicolegal essencial per **poder demostrar** que l'assistència prestada al pacient ha estat correcta en tot moment i d'acord amb la *lex artis ad hoc*.
- Qualsevol informació incorporada ha de ser enregistrada amb **data, hora i signatura**. D'aquí sorgeix una problemàtica, i és la possibilitat de la signatura electrònica. Hi ha sistemes d'informació que no tenen aquesta possibilitat de manera segura.
- La informació que afecti **terceres persones** ha d'estar clarament identificable per tal de poder facilitar la seva dissociació quan sigui necessari.
- Ha de contenir els **consentiments informats** per a determinades actuacions.
- Cal un consentiment per poder fer la comunicació de les dades de salut del pacient.
- S'han d'establir mecanismes que permetin l'especial custòdia de determinats continguts de la història clínica (com els relatius a les àrees de genètica, sexualitat, reproducció, salut mental, violència domèstica, etc.), de manera que a petició del pacient o del professional responsable es puguin crear mòduls d'especial custòdia o d'especial **control d'accés**.

La història clínica es considera un **document privat** i no públic. La seva titularitat correspon al pacient, tot i que el centre és el responsable de la seva **custòdia i conservació**.

A Catalunya, la Comissió Tècnica en Matèria de Documentació Mèdica vetlla perquè els criteris sobre els drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica siguin homogenis en el sistema de salut. Quant a la conservació dels documents, per exemple, recomana que els centres sanitaris conservin el curs clínic durant 15 anys. Entre els arguments de la conservació hi ha l'interès assistencial i legal. Més enllà dels 5 anys és responsabilitat del centre hospitalari.

### 3.2.3 Documents que conformen la història clínica

La documentació que cal registrar per generar els corresponents informes i documents que conformen la història clínica inclou:

1. Les dades de filiació i documentació relativa al full clínic-estadística.
2. Les constants vitals.
3. L'autorització d'ingrés.

4. L'informe d'urgència.
5. L'anamnesi i l'exploració física.
6. L'evolució clínica.
7. Les ordres mèdiques.
8. El formulari d'interconsulta.
9. Els informes d'exploracions complementàries.
10. El consentiment informat i, si escau, la revocació.
11. L'informe d'anestèsia.
12. L'informe de quiròfan o de registre del part.
13. L'informe d'anatomia patològica.
14. La valoració de necessitats de cures d'infermeria, la seva planificació i avaluació.
15. L'aplicació terapèutica dels diferents professionals sanitaris que la duen a terme.
16. L'informe d'alta.

A més de la documentació assenyalada, la història clínica estarà constituïda, almenys, per la següent documentació, que serà obligatori emplenar quan es generi la corresponent informació com a conseqüència del procés assistencial:

1. Les al·lèrgies, alertes o avisos crítics o rellevants sobre circumstàncies de salut del pacient que han de ser ràpidament identificats pels professionals assistencials i els antecedents personals i familiars.
2. Altres dades biomètriques pertinents, a més de les constants vitals.
3. El diagnòstic i tractament.
4. Les imatges d'exploracions complementàries.
5. La informació facilitada al pacient, al marge de la recollida en el consentiment informat.
6. L'informe de continuïtat de cures infermeres.
7. El document d'instruccions prèvies, quan s'hagin adoptat decisions assistencials sobre la base d'aquest, i, si escau, la seva revocació.
8. Informació mínima en situació terminal o de patiment de malaltia greu i irreversible.
9. Valoració de la capacitat per prendre decisions.
10. Preferències i voluntats expressades pel pacient.

11. L'informe de treball social.
12. La decisió de rebutjar un tractament o un procediment o retirar una intervenció ja iniciada.
13. El consentiment de la persona afectada per a la comunicació de les dades de salut.
14. El consentiment exprés i per escrit del pacient per a la no-dissociació prèvia de les dades d'identificació personal i les de caràcter clínic i assistencial, d'acord amb el que preveu l'article 16.
15. D'acord amb el que disposa l'article 15.3 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, quan es tracti del naixement, la història clínica incorporarà, a més de la informació a què fan referència els apartats anteriors, els resultats de les proves biomètriques, mèdiques o analítiques que resultin, si escau, necessàries per determinar l'enllaç de filiació amb la mare.

### 3.3 Informe clínic d'alta

L'**informe clínic d'alta** o informe d'alta hospitalària (IAH) és el document emès per un metge responsable en un centre sanitari en finalitzar un episodi d'hospitalització, que especifica les dades d'aquest, un resum del seu historial clínic, l'activitat assistencial prestada, el diagnòstic i les recomanacions terapèutiques.

Tot pacient, familiar o persona vinculada al pacient té dret a rebre del servei o centre un informe d'alta un cop acabat l'episodi assistencial.

És una eina de comunicació entre:

- L'emissor: clínic que el redacta,
- Els receptors: el pacient, familiars o responsables, el metge d'anatomia patològica, metges d'altres serveis, metges especialistes, d'urgències, codificadors (tècnics de documentació i administració sanitàries), infermers (cures posteriors), treballadors socials, investigadors, docents, avaluadors de qualitat assistencial, autoritats sanitàries o judicials.

És un document que forma part de la **història clínica** del pacient. Se n'ha d'**arxivar** una còpia a la història clínica en paper o digitalitzat, si és història clínica electrònica.

És fonamental per assegurar el **contínuum assistencial** (que l'assistència al pacient no es vegi afectada, minvada o dificultada pel pas de l'atenció especialitzada a l'atenció primària). Evita la repetició de proves i visites innecessàries i disminueix els errors en medicacions posteriors.

És molt important, en el cas de pacients amb tractaments cardiovasculars i que han patit un infart de miocardi, que existeixi una bona coordinació i seguiment


entre nivells assistencials. En aquest sentit, és important una bona elaboració de l'informe d'alta, especificant bé el tractament farmacològic (dosificació i durada), evitant l'ús d'acrònims i abreviatures i evitant també que siguin excessivament extensos per tal que el receptor pugui fer un adequat seguiment, inclús facilitar contacte entre professionals.

L'informe clínic d'alta és l'eina per crear una base de dades explotable per al sistema d'informació sanitari per tal com recull les dades per al registre del conjunt mínim de dades (CMBD) segons estipula el Reial decret 1093/2010, de 3 de setembre.

Està regulat per normes i és obligatori realitzar-lo, segons l'ordre del 6 de setembre de 1984 per a pacients atesos en establiments sanitaris. A Catalunya està regulat per l'Ordre de 23 novembre de 1990, de regulació de l'informe clínic d'alta hospitalària i el conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (DOGC núm., 1379, pàg. 493).

És important fer-lo correctament, perquè una elaboració incorrecta d'un informe d'alta pot suposar-conseqüències legals a causa d'una denúncia del pacient (vegeu una imatge d'informe d'alta en la figura 3.1).

**FIGURA 3.1.** Exemple de plantilla d'IAQ finalment normalitzada corresponent a procediment de hernioplàstia

 Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela Comunidad de Madrid Avda. de Reina Victoria, 22-24 Teléfono 91 453 83 00 28003 MADRID		HNC: Nombre: Apellidos: F. Nac.: Dirección:	Sexo: Varón
<b>INFORME DE ALTA</b>			
<b>SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO</b> Jefe de Servicio:			
Fecha de Ingreso:	Pabellón:	Cama:	
Fecha de Investigación:	Cirujano:		
Modalidad Quirúrgica:	(Hospitalización)		
Fecha de Alta:	Motivo de Alta:	Curación/Mejoría	
Diagnóstico Principal: Hernia inguinal Gilbert I			
Diagnósticos Secundarios:			
Procedimiento Principal: Hernioplasta con malla según técnica de			
Proced. Secundarios:			
<b>INFORME CLÍNICO:</b>			
- <b>Motivo de ingreso:</b> Paciente que ingresa en el día de la fecha para intervención programada de tumoración inguinal.			
- <b>Antecedentes personales:</b> No alergias conocidas, Intervenido/a de ....			
- <b>Antecedentes familiares:</b> Sin interés.			
- <b>Historial actual:</b> Paciente de años de edad que refiere desde hace años			
- <b>Exploración física:</b> Tumoración inguinal, que se reduce manualmente y hace protusión con maniobra de Valsalva. Resto de exploración sin hallazgos significativos.			
- <b>Estudio preoperatorio:</b> No contraindica la intervención			
<input type="radio"/> <b>Análítica:</b> Sin alteraciones significativas. <input type="radio"/> <b>Rx. Tórax:</b> Sin alteraciones significativas. <input type="radio"/> <b>E.C.G.:</b> Sin alteraciones significativas. <input type="radio"/> <b>Otros:</b>			
<input type="radio"/> <b>Interconsultas:</b> - <b>Intervención:</b> Bajo anestesia raquídea, se evidencia hernia inguinal Gilbert I realizando hernioplasta inguinal con prótesis de polipropileno, según técnica de - <b>Anatomía patológica:</b> - <b>Evolución postoperatoria:</b> Favorable siendo dado/a de alta en el día de la fecha. - <b>Recomendaciones terapéuticas:</b> Reposo relativo evitando esfuerzo. Nolotil o Gelocatil: 1 comp. cada 8 horas. Control de puntos en su Centro de Salud en 8 días. Si tuviera algún problema llamará al teléfono 91.453.83.00 y se pondrá en contacto con el Cirujano de guardia.			
- Acudirá a revisión en Consulta externa de Cirugía General y Aparato Digestivo, según cita adjunta.			
			Madrid, a
			Fdo. Dr. _____

Página 1 de 1

Contiene 40 campos de cumplimentación: 9 de contenido fijo, 23 de contenido variable a ampliar/modificar por el administrativo en caso necesario y 8 de elección múltiple (redondeados).

Rev. Calidad Asistencial 2009;24:67-71

### 3.3.1 Requisits que ha de complir un informe d'alta

La normativa s'estableix l'**obligatorietat d'elaborar un informe d'alta** per als pacients que, havent estat atesos en un establiment sanitari, públic o privat, hagin produït una estada o hospitalització. A més, l'informe d'alta ha de ser **lliurat en mà al pacient** o, per indicació del metge responsable, al familiar o tutor legal en el moment que es produeixi l'alta de l'establiment.

Els requisits mínims que ha de complir l'informe d'alta seran:

- Estar **escrit** a màquina o ordinador o amb lletra clarament intel·ligible.
- Referits a la identificació de l'hospital i unitat assistencial:
  - Nom de l'establiment, domicili social i telèfon.
  - Identificació, en cas d'estar diferenciada, de la unitat assistencial o el servei clínic que doni l'alta.
  - Nom, cognoms i rúbrica del metge responsable.
- Referits a la identificació del pacient:
  - Nombre d'història clínica del pacient i número de registre d'entrada.
  - Nom i cognoms, data de naixement i sexe del pacient, diferenciant sexe masculí (M) o femení (F).
  - Domicili postal del lloc habitual de residència del pacient.
- Referits al procés assistencial:
  - Dia, mes i any d'admissió.
  - Dia, mes i any d'alta.
  - Motiu de l'alta: per curació o millora, alta voluntària, defunció o trasllat a un altre centre per a diagnòstic i/o tractament.
  - Motiu immediat de l'ingrés.

#### **Motiu d'ingrés**

A l'efecte del que s'ha de consignar en l'informe d'alta es considerarà com a motiu d'ingrés aquells signes, símptomes o situacions que, requerint assistència, van motivar l'ingrés (per exemple, febre, dolor toràcic o politraumatisme per accident de trànsit).

- Resum de la història clínica i exploració física del pacient.
- Resum de l'activitat assistencial prestada al pacient, incloent-hi, si és el cas, els resultats de les proves complementàries més significatives per al seguiment de l'evolució del malalt. En cas de mort, si s'hagués fet necròpsia se n'exposaran les troballes més significatives en un apartat específic.
- Diagnòstic principal.



### Afecció principal

Es considera com a principal l'afecció que després de l'estudi necessari s'estableix que va ser causa de l'ingrés a l'hospital d'acord amb el criteri del servei clínic o facultatiu que va atendre el malalt, encara que durant la seva estada hagin aparegut complicacions importants i fins i tot altres afeccions independents, que s'han de consignar en l'apartat d'altres diagnòstics. No s'inclou en aquesta definició la realització de tècniques, exploracions o intervencions quirúrgiques o d'un altre tipus. No s'han d'utilitzar epònims per descriure el diagnòstic principal ni tampoc abreviatures. El diagnòstic principal quedarà reflectit en l'informe d'alta, de manera que estigui separat dels altres diagnòstics o procediments.

- Altres diagnòstics, si escau.
- Procediments quirúrgics i/o obstètrics, si escau. En cas de part, s'especificarà per a cada producte de la concepció, el seu pes en néixer, sexe i estat del nounat.
- Altres procediments significatius, si escau: aquells que requereixin personal o mitjans especialitzats i que comportin un determinat risc (cateterisme, colonoscòpia, biòpsia, etc.).
- Recomanacions terapèutiques.

En el cas que per algun motiu faltin dades per lliurar l'informe d'alta que contingui un diagnòstic definitiu, s'elaborarà un **informe d'alta provisional**, que serà substituït en el seu dia pel definitiu i remès al pacient o, per indicació del metge responsable, al familiar o tutor legal. L'informe d'alta provisional contindrà els requisits mínims, sent substituït el punt de diagnòstic principal per «diagnòstic provisional»:

- Una còpia de l'informe d'alta quedarà arxivada de tal manera que sigui fàcilment localitzable i relacionable per mitjà del llibre de registre i en la història clínica del pacient.
- La direcció de l'establiment sanitari o persona en la qual estigui delegada aquesta missió serà responsable de garantir l'adequat compliment vetllant per la confidencialitat de les dades d'acord amb la normativa legal.
- L'emplenament serà requisit indispensable per a l'abonament de concerts per prestació de serveis d'hospitalització a la Seguretat Social.

Si es donés la situació que el pacient no accepta el tractament que el professional li ha recomanat, l'hospital tindrà la potestat de suggerir l'**alta voluntària**. Si no ho acceptés, la direcció podrà disposar de l'alta forçosa sempre que el metge responsable li demani.

No obstant això, declinar el tractament prescrit no comporta l'alta forçosa si hi ha tractaments alternatius a l'inicial sempre que el pacient vulgui rebre'ls, encara que no tingui caràcter pal·liatiu. En tot cas, aquestes conjuntures és fonamental que quedin correctament documentades per evitar futures reclamacions.

L'informe d'alta voluntària és un document que haurà de signar el pacient, que té dret a la informació i se li ha de donar un informe clínic d'alta.

### 3.3.2 La normativa que regula l'informe d'alta

D'entre la normativa que regula l'informe d'alta cal destacar:

- D'àmbit estatal, la Llei 14/1986, Llei general de sanitat.
- D'àmbit estatal, l'Ordre del 6 de setembre de 1984, sobre l'obligatorietat d'elaboració de l'informe d'alta per a pacients atesos en establiments sanitaris.
- D'àmbit estatal, la Llei 21/2002, de 29 de setembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient i la documentació sanitària.
- D'àmbit estatal, l'RD 1093/2010, de 3 de setembre, pel qual s'aprova el conjunt mínim de dades dels informes clínics del Sistema Nacional de Salut.
- D'àmbit estatal, la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, que adapta el Reglament general de protecció de dades europeu al nostre ordenament (RGPD) i va entrar en vigor el 7 de desembre del 2018.

## 4. Documentació amb regulació normativa II

A banda de la història clínica i de l'informe clínic d'alta, hi ha altres documents medicolegals que també es fan servir habitualment. Alguns d'aquests documents són:

- Consentiment informat
- Document de voluntats anticipades
- Comunicats mèdics
- Recepta mèdica

Els comunicats són una eina de comunicació àgil que permet l'atenció adequada dels pacients.

Amb la recentment aprovada Llei de l'eutanàsia es presenta un document que d'entrada pot crear inquietud i que per elaborar-lo cal molta reflexió. Ens referim al document de voluntats anticipades.

Aquest document posa en evidència un objectiu de les polítiques en salut: l'autonomia del pacient. L'assistència sanitària centrada en la persona fa que aquesta prengui més responsabilitat envers la seva salut, i per fer-ho necessita informació. En aquest sentit, ha sorgit el projecte “**Les decisions compartides**”, que facilita la presa de decisions gràcies a la informació de les diverses patologies i procediments que es comparteix amb les persones. Aquest facilitarà un altre document important: el consentiment informat.

Podeu veure el vídeo de la Generalitat de Catalunya sobre les decisions compartides:



<https://www.youtube.com/embed/RAcBzYk-wP4?controls=1>



### 4.1 Consentiment informat

El consentiment informat es troba regulat en la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i a la documentació clínica, i requereix que qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut

hagi estat informada prèviament i que la persona afectada hi hagi donat el seu consentiment específic i lliure.

Qualsevol **intervenció en l'àmbit de la salut** requereix que la persona afectada hi hagi donat el seu consentiment específic i lliure i n'hagi estat informada prèviament.

#### 4.1.1 Dret a la informació assistencial

En qualsevol intervenció assistencial, els pacients tenen dret a conèixer tota la informació obtinguda sobre la pròpia salut. Això no obstant, cal respectar la voluntat d'una persona de no ésser informada.

La informació ha de formar part de totes les actuacions assistencials, ha d'ésser **verídica** i s'ha de donar de manera **comprensible i adequada** a les necessitats i els requeriments del pacient per ajudar-lo a prendre decisions d'una manera autònoma.

El **consentiment informat (CI)** és la conformitat lliure, voluntària i conscient d'un pacient, manifestada en ple ús de les seves facultats i després de rebre la informació adequada, perquè tingui lloc una actuació que afecta la seva salut.

Correspon al **metge responsable** del pacient garantir el compliment del dret a la informació. També han d'assumir responsabilitat en el procés d'informació els altres **professionals assistencials** que l'atenen.

En aquest sentit, quan un metge o professional sanitari porta a terme una actuació ha de demanar "permís" prèviament. Aquest ha d'anar acompanyat de la informació sobre la necessitat de fer-la i els seus possibles riscos per tal que el pacient doni el vistiplau. També és una manera per establir una complicitat entre metge i pacient. El pacient es fa responsable, juntament amb el metge, de la seva evolució per restablir la salut.

El **professional d'infermeria**, en el procés del consentiment informat, ha de col·laborar amb el metge per tal d'avaluar el grau d'informació i de comprensió del malalt, així com el seu nivell de competència per prendre decisions. Aquesta col·laboració és necessària sobretot en situacions de conflicte en les quals el malalt es bloqueja, no pren cap decisió o reacciona de manera inesperada.

Sempre s'ha de tenir en compte que **l'objectiu és ajudar el malalt a comprendre la informació** sobre el seu problema de salut i les mesures terapèutiques necessàries, i és per això que fins i tot en casos d'incompetència relativa la informació serà una de les prioritats de l'atenció.

La informació prèvia al consentiment s'ha de donar amb l'antelació suficient i en el marc adequat que permeti una reflexió serena i, si fos el cas, revocar aquest consentiment, tot i que hi ha situacions en què aquesta antelació no és possible.

En aquest cas hi ha dues excepcions en l'exigència del consentiment:

- Quan hi ha risc per a la salut pública, si ho exigeixen raons sanitàries d'acord amb el que estableix la legislació que hi sigui aplicable.
- Quan en una situació de risc immediat greu per a la integritat física o psíquica del malalt no és possible aconseguir l'autorització d'aquest o dels seus familiars o de les persones que hi estan vinculades. En aquests supòsits es poden dur a terme les intervencions indispensables des del punt de vista clínic a favor de la salut de la persona afectada.

De vegades, la informació per al consentiment no es pot compartir amb el pacient perquè no té capacitat d'entendre-la i tampoc té competència per a la decisió. Llavors altres persones assumeixen aquesta responsabilitat i han de participar en el consentiment. Això, en termes legals, s'anomena atorgament del consentiment per **substitució**, i es dona en els següents supòsits:

- Quan el malalt, a criteri del metge responsable de l'assistència, no és competent per prendre decisions, perquè es troba en un estat físic o psíquic que no li permet fer-se càrrec de la seva situació. El consentiment s'ha d'obtenir dels seus familiars o de les persones que hi estan vinculades.
- En els casos d'incapacitat legal, d'acord amb el que estableix l'article 219 de la Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de família.
- En els casos de persones internades per trastorns psíquics, en qui concorrin les circumstàncies de l'article 255 de la Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de família
- En el cas de menors, si aquests no són competents, ni intel·lectualment ni emocionalment, per comprendre l'abast de la intervenció sobre la pròpia salut, el consentiment l'ha de donar el representant del menor, havent escoltat, en tot cas, la seva opinió si és major de dotze anys.
- En menors d'edat, en els supòsits legals d'interrupció voluntària de l'embaràs, d'assaigs clínics i de pràctica de tècniques de reproducció humana assistida.

En tots els casos de substitució de la voluntat de l'afectat la decisió ha d'ésser la més objectiva i proporcional possible a favor del malalt i de respecte a la seva dignitat personal. Així mateix, el malalt ha d'intervenir tant com sigui possible en la presa de decisions.

En la resta de casos, i especialment en casos de **menors emancipats i adolescents de més de setze anys**, el menor ha de donar personalment el seu consentiment.

#### 4.1.2 Característiques del consentiment informat

El consentiment informat (CI) és una figura de gran **transcendència ètica, mèdica i legal**. S'ha d'entendre com un **procés** i no com un fet puntual. És un procés perquè pot implicar diverses sessions (d'informació, reflexió, resoldre dubtes, etc.), i cal un temps de reflexió per al pacient.

Aquest procés d'informació **sempre serà verbal** i se n'haurà de deixar constància a la **història clínica** mitjançant la corresponent anotació al **full de curs clínic**. Ha de formar part de totes les actuacions assistencials, i correspon al metge garantir el compliment d'aquest dret. S'haurà de fer de manera adequada a les necessitats i els requeriments del pacient, per tal que aquest pugui decidir i consentir de manera autònoma. Per exemple, quan es doni la informació a un nen.

És **verbal** amb caràcter general excepte en el cas de procediments invasors o que suposin riscos o inconvenients per a la salut del pacient. En aquests casos, a més de ser verbal, caldrà fer-ho per escrit.

El consentiment s'ha de fer **per escrit** en els casos següents:

- Intervencions quirúrgiques.
- Procediments diagnòstics invasius.
- En general, quan es duen a terme procediments que comporten riscos i inconvenients notoris i previsibles, susceptibles de repercutir en la salut del pacient.

El document de consentiment ha d'ésser **específic per a cada supòsit**, sens perjudici que s'hi puguin adjuntar fulls i altres mitjans informatius de caràcter general. Aquest document ha de contenir informació suficient sobre el procediment de què es tracta i sobre els seus riscos.

En qualsevol moment, la persona afectada pot **revocar** lliurement el seu consentiment. En tots els casos en què hagi expressat per escrit el seu consentiment informat tindrà dret que se li doni una **còpia del document signat**.

Es recomana el desenvolupament del document de consentiment informat (DCI) per a procediments o situacions concretes i que sigui exhaustiu en casos de major risc. No s'ha d'utilitzar com a instrument de medicina defensiva, per què **no té rellevància en cas de negligència, imprudència o inobservança** dels deures i les obligacions mèdiques.

L'acte mèdic que no estigui comprès entre els supòsits previstos legalment deixarà una constància més explícita del procés d'informació, a banda del seu registre al curs clínic, però des de la perspectiva del seu tractament i conservació, el document podem entendre que no seria pròpiament el document de consentiment informat, per al qual la Llei 21/2000 preveu un **termini de conservació de 15 anys**.

No s'ha de confondre el document de *consentiment informat relatiu a l'acte assistencial* amb els documents de consentiment que el pacient signa als efectes del *tractament de les seves dades, o als efectes d'autoritzar l'accés a la seva història clínica amb finalitats docents o d'investigació*. En aquests casos, la conservació del document es farà atenent a la seva finalitat, i per tant ho serà durant el temps del tractament de les dades.

Atès que l'Ordre SSI/81/2017, de 19 de gener, per la qual es publica l'Acord de la Comissió de Recursos Humans del Sistema Nacional de Salut, estableix que **el consentiment exprés per no dissociar dades ni alterar les dades a efectes docents** es conservarà a la història clínica, es podria estendre a la resta de consentiments relatius al tractament i l'accés a la història, i per tant recomanar la seva **conservació a la història clínica del pacient**.

El "consentiment informat", juntament amb "l'informe d'alta voluntària", és el document que ha d'anar **signat pel pacient**, segons la legislació vigent.

El suport en paper és encara la forma habitual de recollir la signatura del pacient; les alternatives en forma de certificat digital o bé de signatura digital amb paràmetres biomètrics són encara sistemes molt minoritaris en l'entorn assistencial. I per qüestions legals és **necessari custodiar els documents originals signats en paper (no es pot substituir per una còpia escanejada)**.

## 4.2 Altres consideracions del consentiment informat

El Comitè de Bioètica de Catalunya ha editat una guia en la qual es donen recomanacions i orientacions per elaborar el consentiment informat, on s'indica quina informació i apartats ha de contenir i en què consisteix. La guia recomana la confecció d'un **document de consentiment bàsic i obert**. Es tracta d'un document general que s'ha d'emplenar per a cada pacient individualitzadament i on s'especificarà la proposta diagnòstica o terapèutica concreta i les seves característiques. A aquest document se n'hi poden afegir altres d'informació més completa, redactats d'antuvi.

El document obert i bàsic, que pot ser comú per a molts procediments, mai no pot acabar sent genèric, sinó que ha de concretar el procediment proposat i les seves especificitats. Vegeu un model de consentiment informat en la figura 4.1.

El document de consentiment informat ha de contenir uns apartats mínims que cal omplir, que són:

- Identificació de malalt, del metge que indica i demana el consentiment, i dels serveis mèdics que han de dur a terme el procediment.
- Explicitació del/s procediment/s que es proposa/en, dels objectius que es persegueixen i de les alternatives.

FIGURA 4.1. Document de consentiment informat

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE PILOMATRIXOMA

PEGATINA CON LOS DATOS PERSONALES Y DE IDENTIFICACION DEL NIÑO A INTERVENIR

Don/Doña \_\_\_\_\_ con el DNI número \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ del niño \_\_\_\_\_ con la historia clínica nº \_\_\_\_\_

DECLARO

Que el Dr. / Dra. \_\_\_\_\_ me ha informado de la necesidad de proceder a un tratamiento quirúrgico de la patología arriba citada, consistente en la extirpación de la lesión.

- 1. El propósito principal de la intervención es la extirpación completa con el fin de realizar un estudio histológico de la lesión y confirmar el diagnóstico.
2. La intervención podrá realizarse, en función de la edad y de las características del paciente, mediante anestesia general o local. En el primer caso, le informará el Servicio de Anestesiología y Reanimación. En el caso de su hijo/a, se utilizará anestesia...
3. La intervención consiste en una incisión cutánea sobre la tumoración y su extirpación completa. La recuperación suele ser rápida tras la intervención, siendo dado de alta horas después. Se le administrarán analgésicos y se le citará para curas ambulatorias en la consulta o en su Centro de Salud. Puede intervenir en régimen de cirugía mayor ambulatoria.
4. No existe ningún tratamiento alternativo al tratamiento quirúrgico.
5. Dadas las características del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada. La intervención será realizada por el médico que nos informa. En caso de que no fuera así, nos recomienda que el cirujano que finalmente realice la intervención sea quien recomiende la técnica más adecuada para su tratamiento.
6. Las complicaciones específicas son raras, pero las más frecuentes son infección, granuloma, hematoma o sangrado de la herida quirúrgica, lesiones cutáneas por reacción alérgica a la medicación utilizada, cicatrices retráctiles o queloides, molestias locales y dolor prolongado en la zona de la operación. Menos frecuente es la reacción alérgica grave a los anestésicos locales que pueden llegar a producir un shock anafiláctico.
7. En cualquier caso, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la técnica empleada como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño (edad, patología o malformaciones asociadas, alteraciones analíticas y del equilibrio ácido-base...), lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
8. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
9. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son:
10. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario

- 11. La realización del procedimiento podrá ser firmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.
12. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de pilomatricoma de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podrá revocar en cualquier momento.

Por todo ello

DOY MI CONSENTIMIENTO
Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VCB:
Nombre de la persona que NO AUTORIZA (Padre, Madre, Tutor legal) y VCB:
Medico Informante
Testigo
Fecha: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Nombre de la persona que NO AUTORIZA (Padre, Madre, Tutor legal) y VCB: niño si es mayor de 12 años (opcional)
Medico Informante
Testigo
Fecha: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO
Revoco el consentimiento firmado en la fecha \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con esta fecha finalizado.
Fecha: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Font: Generalitat de Catalunya.

Els documents tancats, ja redactats, són útils en determinades tècniques. Per exemple, en aquelles en què qui les fa signar no és qui practicarà la tècnica (exploracions endoscòpiques, radiologia, transfusió, etc.). Aquests documents inclouen la següent informació:

- Descripció de les conseqüències que tindran transcendència per al malalt (per exemple en la colostomia, en alguns casos cicatriu).
• Riscos típics o inherents al procediment: tots els que es presenten amb gran freqüència o que, sent rars, són molt importants. Aquest tipus d'informació és la més discutida i és on més s'ha d'aplicar el concepte d'informació adequada que estableix el Conveni del Consell d'Europa. Algunes ocasions poden requerir una informació vasta i profunda, per voluntat del mateix malalt o perquè el poc benefici i l'elevat risc ho aconsellen. En altres ocasions —per exemple, per delegació o renúncia verbal del pacient, per angoixa manifesta o urgència—, i si la indicació és clara, la informació pot no ser exhaustiva, però ha de ser suficient, intel·ligible i lleial amb el malalt.
• Riscos personalitzats pels problemes del malalt concret, per la seva patologia prèvia, o riscos greus tenint en compte la seva professió o la seva expectativa de vida.
• Consentiment per canviar d'abordatge o de tècnica, sempre que sigui per solucionar el problema concret pel qual s'està consentint.



- Informació del dret a acceptar o a refusar el que se li proposa i a retractar-se del consentiment ara decidit; i informació del dret a explicitar els límits que cregui convenients (per exemple, que no vol transfusió de sang o mastectomia total).

Tot i que fins ara el desenvolupament del CI ha estat hospitalari, els professionals d'atenció primària es troben implicats en la tasca d'assolir el seu objectiu bàsic, que és promoure l'autonomia del pacient i complir els requeriments del dret a la informació.

Des de les consultes d'atenció primària es dona informació sobre molts procediments diagnòstics i terapèutics, i ho fa el mateix metge que demana aquests procediments.

Podem recordar-ne alguns en què és indispensable demanar el consentiment per escrit:

- Proves radiològiques amb contrast
- Intervencions quirúrgiques ambulatòries
- Endoscòpies terapèutiques.

El metge que demana la prova és el més indicat per donar la informació oral i escrita que calgui, per les seves característiques d'accessibilitat, confiança, coneixement dels pacients, etc. Els metges i els professionals d'infermeria d'atenció primària tenen un paper clau per establir i difondre el que es podria dir cultura del CI, no només usant-lo en els seus procediments, sinó també impulsant i donant suport a l'ús del CI als hospitals, ja que els mateixos pacients són usuaris d'aquests serveis.

En aquest sentit cal mencionar el projecte del Departament de Salut per potenciar l'autonomia del pacient, "Les decisions compartides". El seu ús és voluntari i ajuda en la presa de decisions del pacient. En podeu trobar més informació a [decisionscompartides.gencat.cat](http://decisionscompartides.gencat.cat).

#### **4.2.1 El consentiment informat com a document en el catàleg documental del centre de documentació, SADC**

Es recomana que cada centre faci una llista dels procediments en els quals caldria comptar amb consentiment informat. Sense ànim d'exhaustivitat, se suggereix que, com a mínim, s'hi incloguin els procediments següents:

- Intervencions quirúrgiques amb anestèsia general o regional.
- Radiologia amb contrast intravascular, intervencionista o amb anestèsia.
- Endoscòpia terapèutica.

- Biòpsia d'òrgans amb risc.

A més, cal recordar que hi ha determinats procediments per als quals la legislació específica que els regula ja recull la necessitat de comptar amb el consentiment informat, motiu pel qual és imprescindible que els centres els incorporin a les llistes que elaborin.

Aquests procediments són:

- Donació i recepció d'hemoderivats.
- Extracció i trasplantament d'òrgans i teixits.
- Necròpsies.
- Assaigs clínics.
- Tècniques de reproducció humana assistida.
- Avortament.

#### **Consentiment informat per a procediments medicoquirúrgics tancats**

Cognom i nom del pacient:.....

Edat: .....

Núm. HC: .....

Descripció del(s) procediment(s) proposat(s) i les seves conseqüències:

La colecistectomia (per via oberta o laparoscòpica) és l'extirpació de la vesícula biliar.

La seva necessitat es deu al fet que és portador/a de litiasi o fang biliar, que provoca còlics, infeccions o episodis de pancreatitis. Es fa amb anestèsia general, i sovint es fa una radiografia amb contrast durant la intervenció. La manca de vesícula biliar no té conseqüències: es pot menjar sense restricció i fer vida normal.

Servei(s) que el(s) proposa cirurgia general:.....

Metge que ho indica i informa: Dr./a.....

Servei(s) que el(s) realitza cirurgia general i anesthesiologia:.....

Se **m'ha informat suficientment** de la necessitat d'aquest(s) *procediment(s)* i de les seves *alternatives*: no operar-se és continuar amb el perill dels problemes esmentats. En el cas de la via oberta (clàssica) la incisió serà en la majoria dels casos subcostal (sota les costelles, al costat dret) o en la línia mitjana de l'abdomen. En el cas de la via laparoscòpica es fan tres o quatre petites incisions entre el melic i l'abdomen, i el postoperatori és, en principi, més curt. Triar entre l'una o l'altra ho ha de decidir el metge, segons molts paràmetres i, a vegades, la laparoscòpia s'ha de convertir en oberta si hi ha dificultats tècniques.

#### **Riscos generals**

Qualsevol procediment té uns riscos: la infecció, l'hemorràgia (i altres de més greus, però menys freqüents, com l'aturada cardiorespiratòria). En aquest procediment, a més, cal assenyalar la fuga de bilis i el càlcul residual. A fi de controlar el sagnat o la fuga de bilis, en molts casos es col·loca un drenatge que serà retirat després. A fi de prevenir el càlcul residual, es farà una radiografia per tal de visualitzar els conductes de la bilis; si hi ha dubte de pedres allí és possible que s'hagin d'extreure amb una intervenció més complexa obrint el budell o que més tard s'hagi de fer per endoscòpia. En el futur poden quedar, com en tota

operació a l'abdomen, zones dèbils en la ferida (eventracions), que a vegades requereixen ser corregides amb una nova operació.

També he estat **informat/da dels riscos personals**, en el meu cas en concret:.....

.....

així com de la *possible necessitat de la modificació* de la intervenció prevista amb la fi de resoldre el meu problema de .....

M'han aclarit el(s) dubte(s) que se m'ha(n) presentat en escoltar i llegir la informació específica rebuda. També sé **que puc negar-me al procediment** i que sempre **puc retractar-me** de la decisió que ara prengui.

A tot això, lliurement (sí o no) HI DONO EL MEU CONSENTIMENT.

Els procediments indicats accepto que els portin a terme els serveis indicats, amb la limitació de.....

LLOC I DATA:

SIGNATURA:

Pacient Metge informador Representant legal Testimoni

Sr./a. Dr./a. Sr./a. Sr./a.

Altres exemples i normatives els podeu trobar a [bit.ly/3bHSAjv](https://bit.ly/3bHSAjv).

### 4.3 Document de voluntats anticipades

El **document de voluntats anticipades (DVA)** expressa unes instruccions que una persona major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure, adreça al seu metge o metgessa responsable, per tal que les tingui en compte quan la persona es trobi en una situació en què les circumstàncies que concorrin no li permetin d'expressar personalment la seva voluntat.

És un tema molt actual per la recent aprovació de la Llei orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia. Se'n pot trobar molta informació a la web del CatSalut, a [bit.ly/3OXD4OM](https://bit.ly/3OXD4OM).

**Com pot assegurar-se algú que pateix una malaltia incurable i discapacitant que les cures que rebrà seran les que realment vol?** La declaració de voluntats anticipades és un document en el qual es pot explicar per endavant quin tractament mèdic es vol rebre. Es pot redactar fins i tot quan no es pateix cap malaltia. És una forma d'*expressió de l'autonomia de les persones* a l'hora de decidir en relació amb la seva pròpia salut, la qual cosa constitueix un dret avalat èticament i legalment.

L'objectiu del document de voluntats anticipades (DVA) és mantenir el respecte a les decisions personals dels pacients i augmentar la seguretat dels professionals a l'hora de respectar-les. El suport dels professionals en l'elaboració del document de voluntats anticipades millora la pràctica clínica i reforça la relació assistencial.

La persona pot també **designar un representant**, que és l'interlocutor vàlid i necessari amb el metge o l'equip sanitari, perquè la substitueixi en el cas que no pugui expressar la seva voluntat per ella mateixa.

Per demostrar que la persona quan fa el DVA està realment bé pel que fa a plenes facultats mentals, i que de manera lliure formalitza el document, caldrà fer-ho mitjançant un dels **procediments** següents:

- Davant de **notari**. En aquest supòsit no cal la presència de testimonis.
- Davant de **tres testimonis majors d'edat** i amb plena capacitat d'obrar, dels quals dos, com a mínim, no han de tenir relació de parentiu fins al segon grau ni estar vinculats per relació patrimonial amb l'atorgant.

El DVA, juntament amb les fotocòpies del DNI compulsades dels testimonis, es poden presentar a qualsevol centre sanitari.

No es poden tenir en compte voluntats anticipades que incorporin previsions contràries a l'ordenament jurídic o a la bona pràctica clínica, o que no es corresponguin exactament amb el supòsit de fet que el subjecte ha previst a l'hora d'emetre-les. En aquests casos s'ha de fer l'anotació raonada pertinent a la història clínica del pacient.

Si hi ha voluntats anticipades, la persona que les ha atorgades, els seus familiars o el seu representant ha de lliurar el document que les conté al **centre sanitari** en què la persona és atesa. Aquest document de voluntats anticipades s'ha d'**incorporar a la història clínica** del pacient. En el procediment caldrà aportar les còpies compulsades dels DNI dels testimonis.

Aquest document s'hauria d'**enregistrar**, tot i que si no s'enregistra té validesa igualment. Si es fa el registre s'assegura que des de qualsevol lloc a nivell nacional es pugui tenir accés per part dels facultatius a aquesta informació. No hi ha cap DVA que sigui l'oficial. El contingut del DVA és lliure i **no està estandarditzat**, perquè depèn de la singularitat de la persona que l'escriu. Tanmateix, hi ha diferents models que poden servir de guia. El procediment és diferent en cada comunitat autònoma.

L'origen del DVA o l'abans anomenat, **testament vital**, "*living will*" en anglès, s'atribueix a Luis Kutner, advocat de Chicago i cofundador d'Amnistia Internacional el 1961. Té relació amb l'autonomia del pacient i la consideració a una mort digna en cas de fase terminal.

Segons la Llei 41/2002 no seran aplicades les instruccions prèvies contràries a l'ordenament jurídic, a la *lex artis* ni a les que no corresponguin amb el fet que l'interessat hagi previst en el moment de manifestar-les. Tot i així, el model de l'Associació Federal del Dret a morir Dignament recull al seu punt tercer que si "per quan arribi el moment la legislació regula el dret a morir amb dignitat amb eutanàsia activa és la meua voluntat evitar sofriment i morir de forma ràpida i indolora d'acord amb la *lex artis adhoc*, és a dir, si aquesta forma fos legal en el moment de la mort".

Actualment està succeint, i s'ha arribat a legalitzar l'eutanàsia activa a la qual tindran dret les persones que ho van demanar, encara que en aquell moment no era legal.

És un document personal que depèn de la persona signant. A Bèlgica, els Països Baixos i Luxemburg l'eutanàsia i el suïcidi assistit són legals.

Es curiós l'informe sobre el registre de voluntats anticipades, atès que s'hi poden incloure instruccions posteriors al decés (destinació del cos o dels òrgans arribada la mort). També menciona rituals o la seva absència, inclús és guia de valors o projecte de vida que permetin interpretar millor.

En principi es pot afirmar que es poden considerar irrenunciables l'alimentació i hidratació del malalt, l'ajuda a la respiració i totes les cures mínimes de manteniment vital. Aquestes cures estan destinades a la digna **supervivència i no a la curació**; per tant, no són un mitjà per perllongar la vida, sinó una forma humana i digna de respectar la persona permetent que el pacient mori a causa de la seva malaltia i no per inanició o deshidratació.

#### 4.3.1 Nova Llei de l'eutanàsia

Al Butlletí Oficial de l'Estat es va publicar la Llei Orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia. La norma legalitza, per primera vegada, l'eutanàsia activa a Espanya, la que és conseqüència directa de l'acció d'una tercera persona. Es converteix així en el setè país del món a fer-ho, després dels Països Baixos, Bèlgica, Luxemburg, Canadà, Colòmbia (per mitjà de Tribunal Constitucional), Nova Zelanda i alguns estats d'Austràlia. Es pot ampliar la informació sobre l'eutanàsia a [bit.ly/3RbU7OX](https://bit.ly/3RbU7OX),

#### 4.4 Comunicats mèdics

Els professionals sanitaris, a banda de l'obligació en matèria de documentació clínica (història clínica), tenen el deure d'emplenar els protocols, els registres, els informes, les estadístiques i l'alta i la documentació assistencial o administrativa, que guardin relació amb els processos clínics en què intervenen, i els que requereixin els centres o serveis de salut competents i les autoritats sanitàries, compresos els relacionats amb la investigació mèdica i la informació epidemiològica. Tal com s'especifica a la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica i l'homòloga a nivell estatal, Llei 41/2002 de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

Els **comunicats mèdics** són escrits breus que s'envien a algú per correu postal o telemàticament per donar un avís o una notificació urgent.

---

L'**ofici** és una comunicació escrita integrada en la tramitació d'un procediment administratiu. En un ofici s'acostuma a tractar un sol assumpte.

---

Els mes usats són:

- Comunicats mèdics judicials.
- Comunicat de notificació de malalties de declaració obligatòria.
- Comunicat de reaccions adverses de fàrmacs.
- Comunicats mèdics administratius (laborals).

#### 4.4.1 Comunicats mèdics judicials

Es poden donar moltes situacions en què els professionals sanitaris s'han de relacionar amb l'Administració de justícia. En aquests casos es fan servir documents anomenats oficis judicials. S'exposa algun cas a tall d'exemple de la importància d'aquesta comunicació. Cal conèixer aquest tipus de documents medicolegals implicats.

##### El "cas Alba"


Amb el nou sistema telemàtic es millorarà indiscutiblement la comunicació entre els jutjats i els Mossos d'Esquadra. Així s'evitarà que es repeteixin errors com el que va succeir en el cas de l'Alba, la nena apallissada a Montcada i Reixac l'any 2006. L'Alba va ingressar en coma a la Vall d'Hebron el març d'aquell any després de rebre una brutal pallissa del seu padastre, un maltractament que si la comunicació entre els jutjats i la policia hagués estat més eficient potser es podria haver evitat, ja que la nena ja havia acudit el desembre del 2005 a l'hospital per un maltractament i els metges que la van atendre van enviar un informe mèdic al Jutjat d'Instrucció número 4 de Barcelona per advertir que sospitaven que la nena era víctima de maltractaments. El titular del jutjat va obrir diligències i va adreçar una petició als Mossos d'Esquadra perquè investiguessin els fets. Però l'ofici, enviat per carta, va tardar 17 dies a arribar als Mossos. El Consell General del Poder Judicial no va imposar cap sanció al magistrat, però va admetre que el jutge podria haver utilitzat «un mitjà més ràpid» per fer arribar el requeriment a la policia.

Un altre cas que es pot donar és, per exemple, una dona que acudeix a urgències per una lesió al globus ocular i refereix que ha estat un accident i que s'ho va fer contra el pom d'una porta. Cal fer un comunicat de lesions al jutjat de guàrdia? Al cap de dos mesos ella mateixa denuncia per maltractaments. És un tema molt delicat i que requereix un protocol d'abordatge per tal d'evitar situacions perilloses per als pacients i per als professionals.

Els **comunicats de lesions** són documents d'obligada complementació després de l'assistència sanitària inicial, per la qual es posa en coneixement del jutjat de guàrdia l'existència de lesions en una persona, les accions causants, el pronòstic i les dades relacionades amb els motius que motiven l'assistència sanitària. Cal acompanyar-los de l'informe mèdic corresponent. Poden ser per maltractament infantil o per violència de gènere.

Vegeu en la imatge de la figura 4.2 un model de comunicat judicial.

FIGURA 4.2. Comunicat judicial

 **Annex 16. Comunicat judicial**

Segons estableix el *Protocol d'actuació de maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut*

La direcció del centre sanitari .....	
COMUNICA que s'ha fet un reconeixement al/la menor .....	
de ..... anys, amb domicili a .....	
acompanyat/ada de .....	
als efectes de possibles responsabilitats per*:	
<input type="checkbox"/> Maltractament físic	<input type="checkbox"/> Negligència
<input type="checkbox"/> Maltractament Psicològic	<input type="checkbox"/> Abús sexual
	<input type="checkbox"/> Altres
Àmbit en què s'ha produït el maltractament	<input type="checkbox"/> Extrafamiliar
	<input type="checkbox"/> Intrafamiliar
Destinació a l'alta	<input type="checkbox"/> Hospital
	<input type="checkbox"/> Domicili
	<input type="checkbox"/> Altra
Amb notificació a:	<input type="checkbox"/> Fiscalia
	<input type="checkbox"/> DGAIA
	<input type="checkbox"/> Mossos
	<input type="checkbox"/> Jutjat de guàrdia
Dia i hora de contacte previ:	<input type="checkbox"/> Jutjat de guàrdia / /
	<input type="checkbox"/> DGAIA / /
Signatura	
Nom i cognoms:	Data:
Número col·legiat/ada:	

Font: Generalitat de Catalunya.

Alguns requereixen a més a més comunicació oral immediata al Jutjat de Guàrdia o directament als Cossos i Forces de Seguretat de l'Estat (policia local, Mossos o Guàrdia Civil), com per exemple els següents:

- **Comunicats de defunció** en cas de mort violenta o sobtada (sospitosa de criminalitat).
- **Comunicat d'ingrés en institucions psiquiàtriques:** qualsevol metge pot fer aquest comunicat, no cal ser especialista en psiquiatria. Permet:
  - Internaments involuntaris per urgències psiquiàtriques.
  - Termini 24 h.
  - Jutjat de Primera Instància (procediment civil).

#### 4.4.2 Comunicat de notificació de malalties de declaració obligatòria

El sistema de malalties de declaració obligatòria (MDO) gestiona la vigilància i el control del conjunt de **malalties transmissibles** que Catalunya ha decidit prioritzar en el marc de la vigilància europea i estatal.

La **vigilància epidemiològica** en la salut pública consisteix en la recollida, l'anàlisi, la interpretació i la difusió de tota la informació relacionada amb l'aparició i l'extensió de malalties i els seus determinants, amb la finalitat d'aconseguir-ne el control efectiu i donar una resposta ràpida davant d'alertes i emergències en salut pública.

Actualment hem pogut viure el cas de la pandèmia, i es pot consultar el procediment de notificació en casos d'infecció per coronavirus SARS-CoV-2:

- Qui notifica? Els centres sanitaris en són responsables i seran els metges i professionals de laboratoris microbiològics els que han de notificar i signar tals notificacions.
- Què cal notificar o comunicar?: brots de qualsevol etiologia, malalties de declaració urgent i malalties de declaració obligatòria, tenint en compte el llistat de malalties de declaració obligatòria (vegeu el llistat en la figura 4.3).

FIGURA 4.3. Llistat de malalties de declaració obligatòria

## Malalties de declaració obligatòria (MDO)

Malaltia	Modalitat de declaració		
	MDI	MDU	SNMC
Botulisme	●	●	●
Brucel·losi	●		●
Campilobacteriosi			●
Carboncle	●		●
Còlera	●	●	●
Criptosporidiosi			●
Dengue*	●		●
Difèria	●	●	●
Encefalitis transmesa per paparres	●		●
Encefalopaties espongiformes transmissibles humanes (inclou la variant de la malaltia de Creutzfeldt-Jakob)			
Febre del Nil occidental*	●		●
Febre exantemàtica mediterrània (febre botonosa)	●		●
Febres hemorràgiques víriques (Ebola, Marburg, Lassa, Crimea-Congo i altres)	●	●	●
Febre groga	●	●	●
Febre Q			●
Febre intermitent transmesa per paparres	●		
Febre tifoide/febre paratifoide	●		●
Giardiosi			●
Grip			●
Grip humana per un nou subtipus de virus	●	●	●
Hepatitis A	●	●	●
Hepatitis B	●		●
Hepatitis C	●		●
Herpes zòster			●

Malaltia	Modalitat de declaració		
	MDI	MDU	SNMC
Hidatidiosi			●
Infecció gonocòccica	●		●
Infecció per adenovirus			●
Infecció per <i>Chlamydia trachomatis</i> (se n'exclou el limfogranuloma veneri)	●		●
Infecció per <i>E. coli</i> productora de toxina de Shiga o verotoxina	●	●	●
Infecció per <i>Mycoplasma pneumoniae</i>			●
Infecció per rotavirus			●
Infecció pel VIH/sida	●		
Infecció pel virus de l'herpes simple			●
Infecció pel virus de la parainfluença			●
Infecció pel virus respiratori sincicial			●
Infecció relacionada amb l'assistència sanitària (IRAS)**			●
Legionel·losi	●	●	●
Leishmaniosi	●		●
Lepra	●		●
Leptospirosi	●		●
Limfogranuloma veneri	●		●
Listeriosi			●
Malaltia de Chagas			●
Malaltia invasiva per <i>Haemophilus influenzae</i> tipus b	●	●	●
Malaltia invasiva per <i>Haemophilus</i> (altres serotips)			●
Malaltia invasiva per <i>Streptococcus agalactiae</i>			●
Malaltia meningocòccica	●	●	●
Malaltia pneumocòccica invasiva			●
Malaltia pel virus del chikungunya*	●		●

**Els BROTS EPIDÈMICS** comunitaris o nosocomials de qualsevol etiologia, són de **declaració URGENT** a la Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya

Modalitat de declaració	
MDI	● Malaltia de declaració individualitzada (MDI). Es declara davant de sospita en les primeres 24 hores.
MDU	● Malaltia de declaració individualitzada (MDI) i malaltia de declaració urgent (MDU). Es declara immediatament davant de sospita o confirmació.
SNMC	● Declaració microbiològica realitzada pels laboratoris al Sistema de notificació microbiològica de Catalunya (SNMC).

Nota: Cal recordar que les resistències antimicrobianes són de declaració obligatòria al SNMC

Malaltia	Modalitat de declaració		
	MDI	MDU	SNMC
Malaltia pel virus de Zika*	●		●
Oftàlmia neonatal per clamídia	●		●
Oftàlmia neonatal per gonococ	●		●
Pneumònia neonatal per clamídia	●		●
Pneumònia pneumocòccica no invasiva			●
Paludisme	●		●
Parotiditis	●		●
Pesta	●	●	●
Poliomielitis/paràlisi flaccida aguda en menors de 15 anys	●	●	●
Ràbia	●	●	●
Rubèola	●	●	●
Rubèola congènita	●		●
Salmonel·losi (se n'exclou la febre tifoide i paratifoide)			●
Shigel·losi	●		●
Sifilis	●		●
Sifilis congènita	●		●
Síndrome respiratòria aguda greu (SARS)	●	●	●
Síndrome respiratòria de l'Orient Mitjà (MERS-CoV)	●	●	●
Tètanus/tètanus neonatal	●		●
Tos ferina	●		●
Toxoplasmosi congènita	●		●
Tricomonosi			●
Triquinosi	●		●
Tuberculosi	●		●
Tularèmia			●
Varicel·la	●		●
Verola	●	●	●
Xarampió	●	●	●
Yersiniosi			●
Qualsevol microorganisme que causi meningoencefalitis			●

\* Davant la sospita d'un cas autòcton, notificar de forma urgent.

\*\* Les IRAS es notificaran quan formin part d'un brot epidèmic.

L'any 2019, a Catalunya s'actualitzen les malalties de declaració obligatòria i s'adapten a la normativa europea i als requeriments en matèria de vigilància epidemiològica mitjançant el Decret 203/2019, de 15 de setembre, pel qual es crea la Xarxa de Vigilància Epidemiològica i es regulen els sistemes de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics i l'Ordre SLT/205/2019, de 19 de novembre, per la qual s'actualitzen les malalties de declaració obligatòria.

Font: Generalitat de Catalunya, Servei de Vigilància Epidemiològica.

- Com? Notificació i notificació per sospita. Podeu consultar el formulari de notificació a [bit.ly/3um6P41](http://bit.ly/3um6P41)



S'ha de fer per mitjans electrònics, mitjançant la connexió telemàtica entre el centre sanitari i el Repositori Epidemiològic de Catalunya (REC) mitjançant formularis corresponents (vegeu l'annex 3 del procediment actual de notificació de casos per coronavirus a: [bit.ly/3bHkFRz](https://bit.ly/3bHkFRz)).

- Per correu postal o correu electrònic encriptat, al Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (SUVEC)

En la figura 4.4 i figura 4.5 podeu veure un model de formulari per fer la notificació.

FIGURA 4.4. Notificació de malaltia de declaració obligatòria

Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

50231

### Notificació individualitzada d'un cas de malaltia de declaració obligatòria

---

**Dades del/de la pacient**

Nom:  Cognoms:

Data de naixement (dd/mm/aaaa):  Sexe:  Home  Dona CIP:

Adreça (nom del carrer, plaça, etc., núm., pis i porta):  Telèfon:

Municipi:  Província:  Districte municipal:  Codi postal:

País d'origen:  Codi del país:  Any d'arribada a Espanya:

País on resideix (si resideix a l'estranger):  Codi del país:

---

**Dades de la malaltia**

**Declaració del cas**

Setmana num.:  Any:  Data d'inici dels símptomes (dd/mm/aaaa):

Declaració realitzada a partir de:  Sosпита clínica  Confirmació analítica

---

**Denominació de la malaltia**

<input type="checkbox"/> 53 Botulisme	<input type="checkbox"/> 67 Hepatitis C	<input type="checkbox"/> 03 Tos ferina
<input type="checkbox"/> 01 Brucel·losi	<input type="checkbox"/> 41 Hidatidiosi	<input type="checkbox"/> 75 Toxoplasmosi congènita
<input type="checkbox"/> 02 Carbonde	<input type="checkbox"/> 46 Legionel·losi	<input type="checkbox"/> 30 Triquinosi
<input type="checkbox"/> 04 Càlera	<input type="checkbox"/> 15 Leishmaniosi	<input type="checkbox"/> 31 Tuberculosi pulmonar
<input type="checkbox"/> 68 Dengue	<input type="checkbox"/> 16 Lepra	<input type="checkbox"/> 32 Altres tuberculosi (excepte la tuberculosi pulmonar i meningitis tuberculosa)
<input type="checkbox"/> 05 Difteria	<input type="checkbox"/> 17 Leptospirosi	
<input type="checkbox"/> 69 Encefalitis transmesa per paparres	<input type="checkbox"/> 54 Malaltia invasiva per <i>Haemophilus influenzae b</i>	<input type="checkbox"/> 33 Varicel·la
<input type="checkbox"/> 28 Febre botonosa	<input type="checkbox"/> 18 Malaltia meningocòccica	<input type="checkbox"/> 76 Verola
<input type="checkbox"/> 71 Febre del Nil occidental	<input type="checkbox"/> 70 Malaltia pel virus del chikungunya	<input type="checkbox"/> 35 Xarampió
<input type="checkbox"/> 09 Febre groga	<input type="checkbox"/> 50 Meningitis tuberculosa	<i>Infeccions de transmissió sexual</i>
<input type="checkbox"/> 72 Febre recurrent transmesa per paparres	<input type="checkbox"/> 20 Paludisme	<input type="checkbox"/> 34 Infecció per <i>Chlamydia trachomatis</i> *
<input type="checkbox"/> 12 Febre tifòide i paratífode	<input type="checkbox"/> 21 Parotiditis	<input type="checkbox"/> 38 Infecció gonocòccica*
<input type="checkbox"/> 73 Febres hemorràgiques víriques (incloïu Ebola, Marburg, Lassa i altres). Especifiqueu quina és:	<input type="checkbox"/> 22 Pesta	<input type="checkbox"/> 66 Infecció per VIH*
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 23 Poliomielitis	<input type="checkbox"/> 65 Linfogranuloma veneri*
	<input type="checkbox"/> 24 Ràbia	<input type="checkbox"/> 82 Oftalmia neonatal per gonococ
	<input type="checkbox"/> 25 Rubèola	<input type="checkbox"/> 80 Oftalmia neonatal per clamídia
	<input type="checkbox"/> 51 Rubèola congènita	<input type="checkbox"/> 61 Pneumònia neonatal per clamídia
<input type="checkbox"/> 56 Gastroenteritis per <i>Escherichia coli</i> O157:H7	<input type="checkbox"/> 74 SARS (síndrome respiratòria aguda greu)	<input type="checkbox"/> 45 Sida*
<input type="checkbox"/> 48 Hepatitis A	<input type="checkbox"/> 06 Shigel·losi	<input type="checkbox"/> 36 Sífilis infecciosa*
<input type="checkbox"/> 49 Hepatitis B	<input type="checkbox"/> 40 Tètanus	<input type="checkbox"/> 52 Sífilis congènita
	<input type="checkbox"/> 55 Tètanus neonatal	

\*El metge o metgessa declarant ha d'emplenar l'enquesta epidemiològica relativa a aquesta infecció.

C. Roc Boronat, 81-86  
08005 Barcelona  
Tel. 935 513 900  
salutweb.gencat.cat  
canalsalut.gencat.cat

AD09-V03-15

1/2

Neteja Imprimeix

Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

**FIGURA 4.5.** Notificació de malaltia de declaració obligatòria

 **Departament de Salut**

---

**Dades del/de la metge/essa declarant**

Nom		Cognoms	
Núm. de col·legiació		Província de col·legiació	Telèfon
Nom del centre sanitari (si la declaració es fa des d'un centre)			Codi del centre
Municipi		Telèfon	

---

**Informació complementària de la notificació**

- La informació inclosa en aquest formulari de notificació és d'ús estrictament confidencial.

- El metge o metgessa declarant, d'acord amb l'article 5 de la Llei orgànica 15/1989, de 13 de desembre, de dades de caràcter personal, ha d'informar el o la pacient sobre que les dades que es consignen en aquest formulari passen a formar part del "Fitxer de patologies específiques i seguiment d'activitats sanitàries" pertanyent a la Secretaria General de Departament de Salut, que les dades només s'utilitzen amb la finalitat de gestió, planificació i control sanitari de pacients sotmesos a actuacions sanitàries i/o tractament farmacològic, així com per a la gestió, planificació i control sanitari de patologies específiques i el seguiment de les malalties de declaració obligatòria, i que els usuaris poden exercir els drets d'accés, oposició, rectificació i cancel·lació dirigint-se per escrit a l'esmentat responsable del fitxer, la Secretaria General del Departament de Salut (travessera de les Corts, 131-155, pavelló Ave Maria, 08028 Barcelona).

Data de la declaració

Signatura del/de la metge/essa declarant

---

**Departament de Salut**  
 C. Roc Boronat, 81-95  
 08036 Barcelona  
 Tel. 935 613 990  
 salutweb.gencat.cat  
 canalsalut.oencat.cat

2/2

Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

#### 4.4.3 Notificació de reaccions adverses a medicaments

Quan un ciutadà o professional sanitari notifica una sospita de reacció adversa a través del sistema de notificació espontània, aquestes dades es registren i a través d'una anàlisi acurada dels resultats es contribueix a millorar el coneixement de la seguretat dels medicaments després de la seva comercialització. En la figura 4.6 podeu veure el web de notificació de reacció adversa.

Es fa telemàticament i es contribueix a millorar la seguretat dels fàrmacs. En podeu trobar més informació a l'enllaç [bit.ly/3R8F3Sf](http://bit.ly/3R8F3Sf).

**FIGURA 4.6.** Web de la “Targeta groga” per a la notificació de reaccions adverses

#### 4.4.4 Comunicats mèdics administratius (laborals)

Els comunicats laborals serveixen per poder facilitar l’assistència al treballador malalt. La baixa mèdica, també anomenada **incapacitat temporal** o baixa laboral, és el reconeixement oficial que una persona treballadora que cotitza a la Seguretat Social no pot fer la feina habitual per un problema de salut. Generalment dona dret a una prestació econòmica.

Segons la situació que impedeix que la persona vagi a la seva feina, pot ser:

- Per contingències comunes o accident no laboral.
- Per contingències professionals (malaltia professional o accident de treball).

En la figura 4.7 es pot observar un model que constitueix una plantilla que serveix per a les situacions anteriors; es marca la casella corresponent si és baixa o inici, confirmació o alta. Aquests documents han d’anar signats pel metge o metgessa del sistema públic de salut. Només en determinades circumstàncies s’accepta que els signin metges i metgesses de mútues col·laboradores amb la Seguretat Social.

FIGURA 4.7. Notificació de baixa mèdica

**COMUNICAT MÈDIC DE BAIXA D'INCAPACITAT TEMPORAL**

Tipus de contingència: Malaltia comuna (MC)  Accident no laboral (ANL)  Malaltia professional (MP)  Accident de treball (AT)  ENTITAT EMISSORA: SPS  INSS/ISM  MÚTUA

Període d'observació per malaltia professional

DADES DEL TREBALLADOR: SITUACIÓ: ACTIU  PERCEPTOR D'ATUR CONTRIBUTIU

Primer cognom	Segon cognom	Nom	DNI/NIE-passaport		
PEREZ	PEREZ	MANOLO	D/46114542W		
Núm Tarjeta Sanitaria	Núm de la Seg. Social	Domicili habitual (Carrer, plaça...)		Número	Bloc
PEPE0770513FA	12/01212121-48	CR.SALT		11	
Localitat	Província	Codi postal	Telefon mòbil	Telefon fix	
SALT	GIRONA	17190			
Nom de l'empresa			Codi nacional d'ocupació (CNO)		
ATURAT			2112		

**DESCRIPCIÓ DE LA LIMITACIÓ DE LA CAPACITAT FUNCIONAL**

REPOS DOMICILIARI-IQ

DIAGNÒSTIC: ABSCESS ANAL. Codi CIE-9 (Totes les contingències): K610

EMPLENEU-HO NOMÉS EN CAS DE CONTINGÈNCIA PROFESSIONAL: Lloc  Greu  Molt greu

Codi de malaltia professional: \_\_\_\_\_ Tipus d'assistència: Ambulatoria  Hospitalària

Part del cos danyada: \_\_\_\_\_ Codi CIE-10 (Només en MP): \_\_\_\_\_

TIPUS DE PROCÉS: Molt curt  Curt  Mitjà  Llarg  DURACIÓ ESTIMADA: 22 dies. Data límit de la següent revisió mèdica: 26/01/2016

COMUNICAT DE BAIXA  Data de baixa 20/01/2016

Recaiguda: SÍ  NO  Data de baixa del procés inicial del que es recaiguda: \_\_\_\_\_

COMUNICAT D'ALTA  Data d'alta <sup>(1)</sup>: \_\_\_\_\_

P 8 (2) Als comunicats d'alta, cal que empleguen també la data de baixa.

Dades del facultatiu/cas/ Dades del mèdica inspektor: CIUTAT MARTI TERESA MEDICINA DE FAMILIA I COMUNITÀRIA EAP Salt Institut Català de la Salut 972243737 Signatura, data i segell 29/01/2016 Núm. de col·legiat 17-08-54423-8	<b>CAUSES DE L'ALTA MÈDICA:</b> Curació/mitjora que permet dur a terme la feina habitual <input type="checkbox"/> Mort <input type="checkbox"/> Proposta d'incapacitat permanent <input type="checkbox"/> Inici de situació de maternitat <input type="checkbox"/> Incompareixença <input type="checkbox"/> Jubilació <input type="checkbox"/>
---	--

**RECORDEU:** Si l'INSS/ISM o la MUTUA us ciden per a un reconeixement mèdic, esteu obligats a anar-hi. En cas de no comparèixer i no justificar l'absència, se suspèn el pagament de la vostra pensió d'invalidesa del que preveu l'article 332.3 de la Llei general de la Seguretat Social.

Podeu interposar una reclamació contra aquest acte per la via judicial social en el termini d'ombze dies després de la notificació, d'acord amb el que estableix l'article 71 de la Llei 36/2011, de 10 d'octubre, reguladora de la jurisdicció social o podeu iniciar el procediment administratiu especial de revisió de l'alta davant de l'entitat gestora (INSS/ISM) competent en el termini de deu dies després de la notificació, amb efecte suspensiu de l'alta, d'acord amb el que estableix l'article 4 del Reial decret 1430/2009, d'11 de setembre.

Font: Generalitat de Catalunya.

Para saber més podeu clicar els següents enllaços: [bit.ly/3OU87eA](http://bit.ly/3OU87eA) i [bit.ly/3unt6hS](http://bit.ly/3unt6hS).

### 4.4.5 Certificats mèdics

Un **certificat de l'estat de salut** és un acte mèdic expedit pel metge en un imprès oficial que dona fe de l'estat de salut d'una persona en un moment determinat, actual i contemporani a la data de la sol·licitud i expedició del certificat. L'imprès oficial, com el de la figura 4.8, es pot adquirir als estancs i les farmàcies.

El certificat és un document mitjançant el qual es reconeix oficialment un fet administratiu del qual hi ha constatació. Són els funcionaris públics competents o les persones autoritzades legalment (secretaris, gerents, vicerectors, directors tècnics, caps de secció...) els qui tenen capacitat per expedir certificats.

FIGURA 4.8. Certificat mèdic oficial

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE ESPAÑA  
O.M.C.

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE ESPAÑA  
Derechos autorizados:  
3,63 EUROS  
I.V.A. INCLUIDO

Clase 1.<sup>a</sup>  
Ordinaria  
Serie K  
N° 8653596

CERTIFICADO MEDICO OFICIAL

Colegio de Madrid  
C.I.F. Q-2866010-H

D. \_\_\_\_\_  
en Medicina y Cirugía, colegiado en \_\_\_\_\_, con  
el número \_\_\_\_\_ y con el ejercicio profesional en \_\_\_\_\_

CERTIFICO: Que \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Y para que así conste donde convenga, y a instancia de \_\_\_\_\_  
expido el presente Certificado en \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de dos mil \_\_\_\_\_

NOTA.- Ningún Certificado Médico será válido si no va extendido en este impreso, editado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, debiendo, además, llevar estampado el sello del Colegio Médico Provincial en que este Certificado sea extendido.

Font: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España.

Són exemples els següents: certificat mèdic de defunció, certificats d'aptitud per a l'obtenció de permisos de conducció, armes, per a l'esport... Aquests tipus de certificats els fan centres autoritzats i no els expedeixen els centres de salut públics.

El **certificat de defunció** és d'obligada complimentació quan es tracta d'un diagnòstic de mort. És imprescindible per a la inscripció al Registre Civil i està regulat per la Llei 41/02, d'autonomia del pacient, i la Llei general de sanitat 14/1986.

#### 4.5 Recepta mèdica

La recepta mèdica és el document medicolegal mitjançant el qual es **prescriu** un fàrmac o medicament i la pauta d'administració. Serà en paper en cas d'atenció domiciliària i alguns casos en què no es pugui portar a terme la recepta electrònica per algun motiu en el sistema públic. Encara es fan en paper en el cas de les mútues Muface, Mugeju i Isfas.

---

Segons la Llei d'autonomia del pacient, Llei 41/2002, art. 22, "tot pacient o usuari té dret que li facilitin els certificats acreditatius del seu estat de salut".

---

El Reial decret 1718/2010, de 17 de desembre, sobre recepta mèdica i ordres de dispensació és la norma que la regula.

La recepta mèdica i les ordres de dispensació com a documents normalitzats són un mitjà fonamental per a la transmissió d'informació entre els professionals sanitaris i una garantia per al pacient, que possibilita un compliment terapèutic correcte i l'obtenció de l'eficiència màxima del tractament, això sense perjudici del seu paper com a suport per gestionar i facturar la prestació farmacèutica que reben els usuaris del Sistema Nacional de Salut.

La **recepta mèdica** és el document de caràcter sanitari, normalitzat i obligatori mitjançant el qual els metges, odontòlegs o podòlegs, legalment facultats per fer-ho, i en l'àmbit de les seves competències respectives, prescriuen als pacients els medicaments o productes sanitaris subjectes a prescripció mèdica per tal que siguin dispensats per un farmacèutic o sota la seva supervisió, a les oficines de farmàcia i farmàcies que en depenen o, d'acord amb el que preveu la legislació vigent, en altres establiments sanitaris, unitats assistencials o serveis farmacèutics d'estructures d'atenció primària degudament autoritzats per dispensar medicaments.

**Receptar** un medicament és sinònim actual de **prescriure** i **ordenar** remeis, amb la qual cosa una prescripció mèdica és l'acte professional del metge que consisteix a receptar una determinada medicació o indicar un determinat tractament a un pacient. Però no s'ha de confondre amb recepta, que és la nota escrita d'una prescripció mèdica.

La recepta mèdica pot anar encapçalada per l'abreviatura "Rp" o "Rp/", del llatí *recipe* ("dispensi's" o "prengui's"), però en l'actualitat sol encapçalar-se amb "Dp/" o "DPS" ("dispensi's"). Sol constar de dues parts:

- El cos de la recepta, destinat al farmacèutic.
- El volant d'instruccions per al pacient, que es pot separar de l'anterior.

Els medicaments estupefaents i psicotròpics (hi ha uns llistats on estan definits) requereixen una recepta especial, segons la legislació de cada país. Aquesta recepta d'estupefaents i psicotròpics s'entrega al farmacèutic i cal que la registri al llibre corresponent. L'emalatge d'aquests medicaments també porta uns símbols que els identifiquen.

Sempre han d'anar signades pel metge amb segell i nombre de col·legiat.

L'**ordre de dispensació hospitalària** per a pacients no ingressats és el document de caràcter sanitari, normalitzat i obligatori per a la prescripció per als **metges, odontòlegs i podòlegs** dels serveis hospitalaris, dels medicaments que exigeixin una particular vigilància, supervisió i control, i que els hagin de ser dispensats pels serveis de farmàcia hospitalària.

L'**ordre de dispensació**, a què fa referència l'article 77.1, paràgraf segon, de la Llei 29/2006, de 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i

---

Els estupefaents són narcòtics, substàncies que actuen sobre el sistema nerviós central excitant-lo o deprimint-lo.

---

productes sanitaris, és el document de caràcter sanitari, normalitzat i obligatori mitjançant el qual els **professionals infermers** poden donar medicació als pacients, en l'àmbit de les seves competències, i una vegada hagin estat facultats individualment mitjançant l'acreditació corresponent, que preveu la disposició addicional dotzena de la llei esmentada.

En aquesta llei també s'indiquen o autoritzen, en les condicions i amb els requisits que s'estableixin reglamentàriament, la **dispensació** de medicaments i productes sanitaris per part d'un **farmacèutic** o sota la seva supervisió, a les oficines de farmàcia i farmàcies que en depenen o, d'acord amb el que preveu la legislació vigent, en altres establiments sanitaris, unitats assistencials o serveis farmacèutics d'estructures d'atenció primària degudament autoritzats per dispensar medicaments.

La **recepta electrònica** és un projecte dinàmic en estat continu d'evolució. No és només una eina de prescripció i dispensació, sinó que introdueix millores en informació al pacient, l'accessibilitat a la prestació i la seguretat en l'ús dels medicaments.

El **pla de medicació** és el full que es lliura a les persones i que conté tota la informació necessària per poder seguir correctament el tractament i alhora:

- Afavoreix la interrelació entre els diferents professionals prescriptors i dispensadors, i esdevé un nou canal de comunicació entre ells.
- Aporta informació sobre la durada del tractament o sobre com prendre la medicació.
- Permet que determinades prescripcions es puguin imprimir per separat, si el pacient així ho sol·licita.
- Agrupa els tractaments per separat en funció de si són crònics o de llarga durada, aguts o de curta durada, tractaments a seguir en cas que sigui necessari i tractaments amb medicació no finançada pel sistema sanitari públic.
- Conté un codi de seguretat que és imprescindible per accedir a la informació farmacoterapèutica del pacient.
- Inclou la informació orientativa del cost del tractament, per a un major coneixement sobre el cost dels serveis sanitaris.





## 5. La confidencialitat

La confidencialitat és una de les capacitats clau més apreciades dels professionals sanitaris, no només pel dret de la intimitat dels pacients i companys, sinó perquè esdevé una obligació que cal conèixer.

### 5.1 Concepte d'intimitat i confidencialitat

La **confidencialitat** no només és un valor a la pràctica, sinó que és una obligació i un dret dels usuaris de la informació de les dades de salut. Hi ha un **marc ètic** a través dels *codis deontològics* de les professions sanitàries, així com un *marc legislatiu*.

Des de fa dos mil anys, la pràctica de la medicina ha tingut la tradició d'assumir un compromís, el jurament o codi hipocràtic. Es creu que va ser Hipòcrates (metge i filòsof grec) qui el va redactar:

“Juro per Apol·lo mèdic, per Asclepi, Higía i Panacea, per tots els déus i totes les deesses, prenent-los com a testimonis, complir fidelment, segons el meu lleial saber i entendre, aquest jurament i compromís:..... Tot el que vegi i escolti en l'exercici de la meva professió, i tot el que sabés sobre la vida d'algú, si és cosa que no ha de ser divulgada, ho callaré i ho guardaré amb secret inviolable.”

Aquest document s'ha anat actualitzant. El 1948, després de la Segona Guerra Mundial, i per evitar que es tornessin a repetir els horrors i experiments amb humans, es va actualitzar el codi hipocràtic en la Declaració de Ginebra, que va ser acordada pels representants de la comunitat mèdica internacional a la 2a Assemblea General de l'Assemblea Mèdica (AMM) el 1948, a Ginebra (Suïssa).

En aquest context es va redactar la *Declaració dels Drets Humans*. En aquest sentit, els professionals sanitaris es deuen al secret professional. Només hi ha dues situacions que el limiten:

- La preocupació per la seguretat d'altres persones.
- La preocupació pel benestar públic.

La pandèmia ha propiciat el desenvolupament més accelerat de les noves tecnologies de la informació (TIC) i ha impulsat el seu ús més extens. Un exemple és l'increment notable de l'ús de l'espai digital “La Meva Salut”, dissenyat perquè la ciutadania de Catalunya pugui relacionar-se de manera no presencial amb el Sistema de Salut de Catalunya. Durant la pandèmia, els ciutadans l'han utilitzat

En la lliçó 7 hi ha un petit resum de la mitologia grega relacionada amb la medicina.

per demanar cita o per obtenir el certificat de vacunació, entre d'altres. També durant aquests darrers temps s'han desenvolupat les plataformes de consultes telemàtiques. Aquest desenvolupament accelerat de les TIC ha tingut com a conseqüència el trasllat de dades entre institucions i administracions; per exemple, des de centres sanitaris fins als ajuntaments, les institucions escolars, etc., amb el risc que comporta per la confidencialitat de les dades.

Noves situacions plantegen nous riscos en el manteniment d'aquesta confidencialitat. Situacions que no tenen precedents i que dificulten la garantia de la confidencialitat. Si més no cal estudiar com trobar fórmules adients.

La protecció de dades no ha de limitar l'efectivitat de les mesures que s'adoptin per part de les autoritats públiques, i en especial les sanitàries, amb la finalitat de fer front a la pandèmia. Tot i estar en situació d'emergència sanitària cal seguir tractant les dades sanitàries en conformitat amb la normativa de protecció de dades personals (Reglament general de protecció de dades [RGPD] i Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals), i per tant li són d'aplicació els seus principis, i entre ells tractar les dades amb licitud, lleialtat i transparència, limitació de la finalitat (en aquest cas, salvaguardar els interessos de les persones en situació de pandèmia), principi d'exactitud i principi de minimització de dades. Sobre aquest últim es fa referència expressa al fet que les dades tractades hauran de ser exclusivament limitades a les necessàries per a la finalitat pretesa, sense que pugui estendre dit tractament a altres dades personals no necessàries per la finalitat.

Independentment d'aquesta situació excepcional, ens hem pogut trobar en situacions habituals en què es pot vulnerar la confidencialitat. Situacions com la d'estar esperant el torn en ser atesos en una consulta o al taulell de recepció informació de pacients, escoltar els noms i els cognoms de persones que consulten sobre els seus problemes, demanen torns, parlen de la seva situació social, etc.

A les farmàcies també és un àmbit en què es poden sentir converses en les quals es parla de doctors, de la seva salut, pacients, coneguts, etc.

A la recepció és molt habitual sentir els administratius preguntar per telèfon: "Com diu? Sra. Carme Puig? Sí! Ja té els resultats de la prova, i té cita demà a les cinc". Tothom que està esperant a la cua s'ha assabentat que demà la Sra. Carme vindrà a les cinc.

En moltes consultes, tot i que ara ja cada vegada menys, van cridant les persones per ser ateses pel seu nom, o es mostra a les pantalles el nom del pacient i servei i la porta on serà atès. Podria donar-se el cas que una de les persones que veiem en pantalla és algú que coneixem, fet que vulnera la seva confidencialitat. Pensem en l'exemple que sigui un company de feina que es va a visitar a l'uròleg (potser aquest company no li agradaria que aquesta informació es difongués entre els companys i superiors de l'empresa en què treballa)

Cada dia se'ns plantegen multitud de situacions en què podem vulnerar el dret dels pacients a la confidencialitat de la informació sobre la seva persona i les seves dades clíniques. On són els límits del seu dret? Quina ha de ser la nostra actitud

davant de preguntes dels familiars? I dels serveis socials? Què fer quan es vulnera el dret d'una tercera persona? I quan hi ha dubtes sobre la competència del pacient per prendre una decisió?

La confidencialitat de les dades referents a la salut deriva del dret que tenen les persones a la intimitat. El **dret a la intimitat** és un dret fonamental reconegut a l'*article 18 de la Constitució de 1978*, i garanteix el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge:

- Honor: es pot considerar com el dret a una projecció social de la persona (la concepció que fa de si mateixa i el reconeixement que fan els altres de la seva dignitat). Això es podria veure reflectit en el cas de qui pateix alguna malaltia que socialment es relaciona amb determinats comportaments, com ara la sida, malalties de transmissió sexual, etc.
- Intimitat: aquest dret està referit a l'esfera personal i familiar, i s'entén en el sentit de mantenir el contingut d'allò que es vol preservar del coneixement públic. L'estat de salut pertany al propi cos d'una persona, i per tant es troba implicat en la seva esfera íntima.
- El dret a la pròpia imatge, en medicina, es podria relacionar amb les fotografies i les filmacions que es fan de determinades manifestacions de malalties a efectes de docència i investigació.

Tot dret té com a revers l'existència d'una obligació exigible a qui ha de respectar o fer acomplir el referit dret:

El **deure de confidencialitat** és precisament una de les obligacions exigibles en relació amb els drets fonamentals a l'honor, la intimitat i la pròpia imatge, i comporta la **no-divulgació** de les coses que sabem d'elles amb motiu de la nostra tasca professional. El respecte per la **intimitat** és un dret fonamental lligat a la dignitat de la persona que afecta tant tot allò que se'ns diu com tot el que podem deduir per l'observació, les proves complementàries, els comentaris de casos clínics o per altres mitjans.

Les raons jurídiques i deontològiques són de suficient pes per si mateixes, però, a més, i sobretot, la confidencialitat està associada a la confiança en la discreció d'algú. La paraula *confidencialitat* ve de *confides*, 'confiança' en grec.

En aquests moments el tema és encara més rellevant, ja que la societat de la informació i de les noves tecnologies pot fer accessible molta més informació i d'una manera molt més ràpida. També la mateixa tecnologia pot i ha de garantir la confidencialitat d'una forma més segura que abans.

Podem dir que la confidencialitat es basa en tres punts:

1. El primer és el del dret a la intimitat, comentat abans, i que és un dret que el pacient pot preservar fins on ell cregui necessari.

2. El segon és el de la confiança. Els pacients necessiten tenir confiança en els professionals sanitaris que l'atenen, sobretot el seu metge, per explicar el que els passa. Els sanitaris són confidents necessaris i, per tant, estan obligats a guardar el secret professional.
3. El tercer és la lleialtat al pacient, que ha de portar a respectar la seva intimitat i la seva autonomia.

L'obligació de guardar la confidencialitat afecta tant el **personal sanitari com el personal d'atenció a l'usuari**. Afecta fins i tot a tot el personal que treballa en el centre: personal de neteja, informàtics, etc.

Cal tenir en compte que hi ha fonts de conflicte permanent en la tasca quotidiana, com són el treball en equip, el secret compartit i també les auditories que es fan periòdicament. Aquestes fonts de conflicte plantegen un repte si es vol garantir la confidencialitat, cosa que ha de ser l'objectiu.

El fet de vulnerar el dret a la intimitat pot suposar condemnes que poden arribar a més de 2 anys de presó.

## 5.2 Compartir informació clínica

Les dades clíniques d'un pacient només han de ser accessibles a la persona que aquest ha acceptat com a professional per fer-li les seves consultes.

**L'accés a les dades** només el poden tenir aquells professionals directament relacionats amb l'atenció del pacient. No es poden facilitar a altres professionals o famílies/persones vinculades sense l'autorització de l'interessat.

En cas d'absència del professional de referència, les dades de la història clínica garanteixen la continuïtat de l'atenció entre professionals, la qual cosa va en benefici del pacient.

La població ha de saber (informació oral quan calgui i, sobretot, informació escrita: pòsters, tríptics, etc.) que les dades de la seva història clínica seran consultades pels diferents professionals que pot trobar-se en el moment de demanar atenció.

Els pacients també han de saber que tenen el dret a demanar que alguna, o la totalitat de les seves dades no siguin accessibles a altres professionals, i els professionals hauríem de poder garantir aquest dret.

És per això que en l'admissió del pacient en qualsevol consulta o centre sanitari es fa signar un **consentiment informat** respecte del tractament de les seves dades. Aquest consentiment informat és un document que encara està en suport paper i signat pel pacient, i que cal arxivar.

En l'assistència als pacients hi ha diferents tipus de situacions en què la confidencialitat es pot veure compromesa.

### 5.2.1 Contínuum assistencial i confidencialitat

L'excessiva *rotació de professionals* que atenen les persones dificulta el manteniment de la confidencialitat i malmet la confiança que els pacients dipositen en ells. Caldria que aquest fet es tingués en compte en la gestió de personal dels equips d'atenció al pacient a la primària i especialitzada (promoure la continuïtat dels professionals en un determinat lloc de treball, gestió de les substitucions, etc.).

La informació s'ha de compartir amb les persones que hauran de fer un seguiment del pacient. No fer-ho seria una irresponsabilitat que podria afectar un dret fonamental, la garantia d'una bona atenció. En alguns casos caldrà compartir part de la informació fins i tot amb personal d'atenció a l'usuari, pel mateix motiu. En aquest sentit, podríem afegir el tècnic en documentació i administració sanitàries (TDAS) en la codificació i atenció a l'usuari amb tasques més de tipus administratiu, sense oblidar que són tasques administratives, però, a diferència del personal administratiu, el TDAS és professional sanitari.

Cal compartir en tots els casos només la **informació mínima necessària**. Per exemple: per procurar que el personal d'atenció a l'usuari entengui i tracti demandes aparentment poc raonables d'una persona amb un trastorn mental greu, potser només cal dir que és una persona que té *necessitat d'atenció especial*.

En tot cas, però, tan sols hem de compartir la informació clínica que sigui necessària i amb els professionals estrictament implicats en l'atenció del pacient; pe tant, no cal compartir tota la informació ni hem de fer-ho amb tots els professionals.

Així, vosaltres, en fer la codificació de malalties, de vegades heu de consultar alguna dada que faciliti trobar el codi més específic. Contràriament, en les sessions clíniques, o quan un metge vol demanar consell o ajut a un company, poden obviar les dades que identifiquin el pacient. Si cal que el company ratifiqui o opini sobre una troballa de l'exploració física s'ha de demanar, de forma senzilla i educada, el *consentiment al pacient*, i en tot cas amb el **document d'interconsulta**.

Evidentment, les malalties no poden ser objecte de tertúlia, encara que siguem sanitaris o siguem coneguts de la persona de la qual es parla.

Un altre document relacionat amb la confidencialitat i l'accés a les dades és la **Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb l'atenció sanitària**. En un apartat del punt 3.5 (dret a la confidencialitat de la informació) d'aquesta carta, diu: "En aquest sentit cal recordar que l'accés a les dades només el poden tenir aquells professionals directament relacionats amb l'atenció del pacient, i que no es poden facilitar a altres professionals o famílies/persones vinculades sense l'autorització de l'interessat". El podeu consultar en el vídeo següent:



<https://www.youtube.com/embed/Er4bjNlpbu0?controls=1>

### 5.2.2 Quan algú demana per la salut d'un altre

Tots tenim clar que no podem donar informació clínica a una tercera persona, però sovint la cosa es complica... És molt freqüent que els fills s'interessin pels pares (o a l'inrevés) sense la presència de l'interessat. No hem de caure en el parany: tampoc en aquests casos podem facilitar la informació (tret que disposem de l'autorització explícita o implícita [suggerida] del pacient). És útil aprofitar aquestes situacions per fer pedagogia del tema agraint l'interès per les persones i explicant que no podem parlar-ne. Cal recordar que això serveix per a pares, fills, parelles, amics... És a dir... per a tothom! I si algú demana si ha vingut algú altre a visitar-se? La resposta és la mateixa: tampoc hem de donar aquesta informació

### 5.2.3 Quan algú ens parla de la salut d'un altre

En aquest punt cal comentar dos aspectes. El primer que podem fer és escoltar el que se'ns diu però sense fer cap comentari, coneguem o no la informació. El segon aspecte és que hem d'anar alerta amb l'ús de la informació rebuda, ja que l'hem rebuda en una consulta de forma confidencial. Cal aclarir amb l'informant si podem comentar amb l'interessat que ens ha donat aquesta informació.

### 5.2.4 El telèfon i la confidencialitat

A vegades, quan es dona hora a algú per telèfon i al mateix temps s'atén algú al taulell, el qui està al telèfon pot escoltar informació de l'altre pacient. Si se'l **deixa en espera cal posar-li el missatge o la música d'espera**, o evitar que pugui sentir el que es diu.

Una situació similar es pot donar si algun professional atén a la consulta una trucada d'un altre pacient. A més d'interrompre la consulta, hi ha un alt risc de donar informació que arribarà a l'altre pacient.

Quan es parla amb un pacient per telèfon sobre un resultat o altres aspectes hem d'**assegurar-nos que el nostre interlocutor** és ell mateix, ja que no fer-ho és una de les formes més ingènues de violar el secret.

Si som nosaltres qui truquem, per exemple per avisar del resultat anormal d'una analítica, i el pacient no hi és, el millor serà deixar-li avís perquè ens truqui quan pugui.

### **5.2.5 Altres situacions que es generen al mostrador**

Visites “per a una altra persona”, recollida de resultats, receptes, demanda de certificats, comprovants de visites...

Aquestes situacions poden ser moltes i conegudes: el cuidador que recull les receptes per al malalt, el pacient que necessitava un justificant i no el va agafar (i el que recull coneixia que va ser visitat), familiar que ve a buscar l'imprès d'incapacitat temporal...

El criteri general també ha de ser no facilitar informació a una altra persona diferent del pacient si no hi ha unes circumstàncies que ens obliguen a fer una excepció. En aquests casos, el coneixement de les circumstàncies o l'autorització prèvia implícita del pacient ens pot fer acceptar l'ús d'una tercera persona.

Podem evitar dubtes demanant amb antelació si alguna altra persona vindrà en lloc seu o, en alguns casos, oferir la possibilitat que ens telefonin per comentar els resultats.

En tots els casos hem de garantir que hi ha autorització implícita del pacient. Una manera pot ser que ens porti la TIS (targeta d'identificació sanitària) del pacient. En cas de dubte cal mantenir la norma general: “Si dubtes, calla. Si no dubtes, pensa si has de dubtar”.

### **5.2.6 Les malalties dels companys i la confidencialitat**

Sovint es confon interès pels companys malalts amb la necessitat de tenir informació sobre la patologia. Podem demanar-los si els podem ajudar o si els cal alguna cosa sense conèixer què els passa. I cal que el company-pacient doni la informació a qui vulgui, i, en donar-nos-la, no ens autoritza a fer-ne difusió. El risc de violar el dret és més alt; per tant, cal ser més estrictes encara. Sovint se'ns presenta un problema quan els pacients d'un company malalt volen saber què li passa, si és una baixa llarga, quan tornarà a visitar... Hauríem de preguntar sempre a l'interessat quina informació vol que donem a la població. Cal no fer xafardeig de les malalties dels companys.

### 5.2.7 La consulta amb altres professionals

Cal demanar al pacient si té cap inconvenient per la **presència d'altres professionals** (metges, infermers, estudiants, residents...), i cal deixar clar a les persones que són a la consulta que estan obligades a mantenir el secret professional. No tenim cap dret a obligar un pacient a fer un espectacle de les seves consultes: la intimitat és un dret. En tot cas, si després de demanar-li educadament accepta la presència d'un altre professional, ens està fent un favor pel qual li hem de donar les gràcies.

Un fet que ens podria ajudar seria que al centre hi hagués una *nota explicativa sobre l'existència de personal en formació* on es recordés als usuaris el dret indiscutible a demanar visita reservada amb el seu professional. Caldria fer pedagogia d'aquesta necessitat amb els alumnes de pregrau i postgrau dels centres i amb els mateixos professionals. Així ho reconeix la Carta de drets i deures dels ciutadans.

També cal tenir cura per evitar la presència de personal no necessari (policia, per exemple) en situacions especials (accidents, detinguts, etc.).

Un exemple típic el tenim en les dones ingressades a punt de donar a llum: hi ha una queixa habitual no manifestada i sí comentada perquè múltiples professionals van passant a veure com evoluciona la dilatació a través de la palpació i porten un seguici d'estudiants del MIR.

### 5.2.8 La consulta amb altres persones que acompanyen el pacient

Quan la persona que consulta ve acompanyada per altres persones, normalment ho fa de manera conscient i lliure i no li importa compartir la informació que apareix durant la visita.

Però hi pot haver situacions (pares-fills, parelles...) en què la presència d'una altra persona pot limitar la llibertat. Sempre que sospitem que això pot passar cal demanar a l'interessat si prefereix parlar sol amb nosaltres, i en aquest cas convidarem l'acompanyant a esperar fora de la consulta.

Pel que fa a la **interconsulta** dins una consulta activa i els comentaris i consultes davant de tercers (ascensor, recepció, passadís...). sovint hi ha persones que ens pregunten coses al passadís, o nosaltres mateixos comentem amb un altre professional. Cal evitar aquestes situacions, que suposen una de les formes més freqüents, i inconscients, de violació de la confidencialitat.



### 5.2.9 Els menors i la confidencialitat

Els menors s'han de considerar com a receptors de la informació i, per tant, ser tractats amb tots els drets si tenen capacitat de comprendre. Aquesta és la norma fonamental que cal tenir en compte, contràriament a la tendència que hi ha en alguns àmbits a reclamar la presència dels pares i/o tutors.

Per decidir què fer cal tenir en compte el grau de competència del menor, és a dir, la capacitat per comprendre i decidir sobre el fet i la qüestió de què tractem (podeu consultar les reflexions del grup sobre l'autonomia per ampliar el concepte).

Respecte a l'edat, com a orientació podem tenir en compte el que reflecteix la Llei catalana 21/2000 respecte al consentiment informat en el seu article 7d: "En el cas de menors, si aquests no són competents, ni intel·lectualment ni emocionalment per comprendre l'abast de la intervenció sobre la pròpia salut, el consentiment l'ha de donar el representant del menor, havent *escollat, en tot cas, la seva opinió, si és major de dotze anys*. En la resta de casos, i especialment en casos de menors emancipats i adolescents de **més de catorze anys**, el menor ha de donar personalment el seu consentiment".

Pot sorgir un dubte en els casos de malalties greus, en què la família hi té un paper important. Sembla evident que caldrà implicar-la, però sempre amb el consentiment de l'adolescent. Un treball acurat i de confiança amb el menor i amb els pares ens pot facilitar molt la tasca.

En alguns casos, l'adolescent accepta parlar-ne amb els pares però té dificultats o por de fer-ho. En aquest cas podem oferir la possibilitat que la consulta sigui el lloc on es comenti la informació.

Haurem d'actuar de forma diferent davant la sospita de maltractaments o abusos. En el cas del menor caldria trencar la confidencialitat per tal de protegir-lo. Cal, però, que hi hagi dades objectives abans de fer-ho.

En alguns casos, mentre hi ha un procés de separació, pot ser que un dels pares demani informació sobre algun fill per utilitzar-la en el procediment legal. Quan el menor sigui competent no donarem cap informació als pares sense el seu consentiment. Si el menor no és encara competent haurem de donar la informació als que siguin tutors (habitualment els dos pares), evitant entrar en dinàmiques que facilitin convertir el/s menor/s en excusa per a la disputa. Si cal donar informació donarem, doncs, només aquella que sigui estrictament necessària.

### 5.2.10 Els immigrants i la confidencialitat

Els immigrants tenen els mateixos drets i deures que els no immigrants. La dificultat per mantenir el secret professional és més gran quan es necessita **traductor**. En aquest cas caldrà implicar-lo en el manteniment del secret i

**demanar el consentiment per a la seva presència** a la persona interessada, especificant quin és el seu paper. En cas que el paper de traductor el faci algun familiar o amic, caldrà parlar sobre quin ha de ser el seu paper, perquè no es barregi traducció i opinió. En cas de no disposar de traductor, o si no tenim clar que el traductor no estigui fent de filtre, podem fer servir serveis de traducció telefònics (com ara a través del 012 o del telèfon de “Sanitat respon”). En alguns casos els immigrants poden venir acompanyats d'un mediador cultural, que no és un simple traductor, ja que té la labor de fer-nos entendre el seu pensament i fer-los comprendre el nostre. Caldrà aclarir al mediador que està obligat a guardar secret de tot el que passi a la consulta.

### 5.3 Les malalties greus i la confidencialitat

La informació ha de ser donada al pacient **fins al nivell que vulgui saber** (té el dret, però no el deure de saber-ho tot). El pacient ha de donar la seva autorització perquè s'informi la família, i especialment el cuidador principal, en benefici de la seva millor atenció. El més recomanable és que el pacient vingui o estigui, si és a domicili, amb la persona o persones que vol que coneguin la informació. Una opció pot ser, en alguns casos, demanar-li al pacient si hi ha algun/s familiar/s a qui vol que informem. També cal conèixer si té fet el document de voluntats anticipades, ja que ens pot ajudar a conèixer la seva opinió sobre el tema.

Les malalties greus encara provoquen sovint l'anomenada **conspiració del silenci**, és a dir, circula la informació entre la família i el professional, però no es dona al pacient. No es pot parlar amb la família al marge del pacient, perquè també es viola la confidencialitat. I aquest dret segueix sent aplicable a pacients terminals, sigui quina sigui la seva situació clínica. Actualment es vol fomentar l'autonomia del pacient en contra del paternalisme per tal que ell prengui i sigui autoresponsable del seu tractament.

Un altre aspecte a considerar és quan es coneix la malaltia greu d'un company o un pacient que pot posar en risc a tercers. Aquesta situació pot obligar a limitar-li el seu dret a la confidencialitat.

Les **malalties contagioses** (i les perilloses per als altres) i la confidencialitat. La confidencialitat davant les malalties contagioses és un dels dilemes més complexos.

#### **Exemple de persona amb malaltia contagiosa**

Imaginem el cas d'una persona infectada pel VIH que no ho comunica a la seva parella. Aquí es produeix una col·lisió de drets (el de confidencialitat de l'afectat i el dret de justícia respecte a la parella que pot resultar infectada).

Cal tenir clar que la persona que no ho comunica a la parella, incorre en delictes, ja que sotmet a risc, sabent-ho, una altra persona, però si el professional sanitari vulnera la confidencialitat també es pot infringir la llei. En aquest cas, el millor seria aconseguir la comunicació voluntària per evitar una pèrdua de confiança que, a la llarga, pot tenir un efecte negatiu sobre la salut pública: la persona infectada podria canviar de lloc i no dir-ho ni al seu metge. La millor opció passa sempre per intentar implicar el malalt en la informació a l'entorn.

Aquest és un bon exemple que demostra que no hi ha fórmules màgiques que donin respostes a situacions especials. Hi ha articles que defensen posicions oposades i, certament, si es diu és violació del secret, però si no es diu es pot posar en perill a tercers. Cal fer servir, doncs, al màxim les capacitats de comunicació i persuasió per tal que el pacient col·labori.

També cal tenir en compte les obligacions en les malalties **infeccioses de transmissió aèria**, com pot ser la tuberculosi, i aplicar la mateixa actitud.

En tots els casos comentats, excepte en la targeta groga, que no és obligatòria (tot i que podria afectar tercers si presenten el mateix efecte secundari i és greu) col·lideixen els **principis de justícia** i el d'**autonomia**. En cas de conflicte no resolt cal declarar-ho en contra l'opinió del pacient, advertint-lo que ho farem (és a dir, prevaldria el principi de justícia per evitar un mal major a altres), però sempre hem de fer un esforç d'argumentació convincent amb ell pacient per aconseguir fer-ho amb el seu consentiment.

---

En les malalties de declaració obligatòria i en l'ús de la targeta groga per declarar reaccions adverses a medicaments, el professional hauria de demanar permís al pacient.

---

### 5.3.1 Les malalties lleus i la confidencialitat

És cert que podem parlar de diferents nivells d'importància de les dades sanitàries (no és el mateix una fractura accidental que una serologia positiva per VIH), però no és menys cert que totes les dades de salut, per intrascendents que ens puguin semblar (un simple refredat), són importants i sempre cal mantenir-les sota secret.

Massa sovint es valora que la confidencialitat no té valor en problemes lleus, fins i tot entre els pacients ("Ja pot dir a l'empresa que és un refredat"). Cal tenir la mateixa cura perquè la norma és la mateixa (encara que les conseqüències de no fer-ho siguin diferents). A més, si ens hi acostumem ens pot facilitar l'adquisició i l'aprenentatge de bons hàbits. També ens permet fer pedagogia sobre el tema.

### 5.3.2 Les consultes urgents i la confidencialitat

En les situacions d'emergència en què cal actuar ràpidament i no hi ha temps per a altres coses pot ser que abaixem la guàrdia i comentem aspectes que no cal o no evitem la presència de més persones de les imprescindibles en la visita. En alguns casos serà inevitable, però cal estar atents i, de seguida que puguem, evitar la presència de persones innecessàries. D'altra banda, el disseny dels espais on s'atenen urgències hauria de ser prou acurat per facilitar una atenció confidencial.

La sol·licitud de visita urgent en alguns centres va seguida d'una pregunta per part del personal d'atenció a l'usuari sobre el motiu de la consulta. Això caldria evitar-ho i, si es fa per raons organitzatives (ús racional del circuit), la pregunta adequada potser seria si es pot esperar que el visitin en una hora programada; en cas que el pacient respongui negativament, si ens cal més informació hauríem d'adreçar la trucada al metge o la infermera corresponent. Una situació molt similar es pot donar quan un pacient demana una visita a domicili, encara que no sigui urgent.

### 5.3.3 Les malalties mentals i la confidencialitat

Les malalties mentals han de ser tractades amb la mateixa confidencialitat que la resta. Cal tenir en compte que en determinades malalties el pacient pot perdre la competència per tenir cura d'ell mateix, cosa que motiva una exempció del secret professional (Codi deontològic, art. 31.d) per contactar amb les persones que en tinguin cura. Aquesta pèrdua de competència pot ser transitòria o només en algunes àrees; per tant, l'exempció de l'obligació del secret només hi és en els moments o les àrees en les quals el pacient no és competent. Sempre, però, cal plantejar-se la conveniència que part o tota la informació es comparteixi amb el mateix pacient i la possibilitat de demanar-li opinió sobre a qui creu més adequat que li expliquem.

També és una situació que pot fer necessari el secret compartit (que coneguim, almenys en part, la situació altres membres de l'equip) per millorar-ne l'atenció, evitant, però, l'estigmatització que s'ha donat sovint en la patologia mental. Cal comentar que el coneixement social de la patologia mental d'una persona pot servir d'ajut en alguns moments, però la difusió de la informació no pot ser feta per nosaltres.

A vegades observem que hi ha persones que venen a la consulta soles i que perden facultats intel·lectuals. Cal respectar la confidencialitat fins al moment que fer-ho pugui ser un risc per al pacient. En aquest moment caldrà connectar amb algun familiar donant la informació que serveixi per ajudar el pacient, ja que aquesta seria una de les situacions d'exempció del secret. Pot ser útil comentar-ho a la resta de l'equip per protegir el pacient.

Cal tenir en compte, però, que pot haver-hi aspectes que coneixem del pacient que no són necessaris per tenir-ne cura i que cal mantenir-los en secret. De forma similar al cas de les malalties mentals, caldrà sempre tenir en compte el grau i les àrees de competència del pacient.

### 5.3.4 La confidencialitat i els jutges

Un jutge podria demanar que infringim el secret, però quedarien dubtes de si hi ha obligació (col·lisió de deures: el deure de mantenir el secret professional i el deure de testificar). A més, cal tenir present que es pot exigir donar només la informació que afecti el procés judicial i no més; no és lògic donar tota la història, per exemple, sinó només la informació que calgui, i donar-la directament al jutge (no a altres funcionaris), tot recordant-li que queda obligat a mantenir-ne la reserva i custòdia per evitar problemes de confidencialitat.

Una altra situació és quan ens trobem amb un cas de maltractament o agressió en el qual hi ha obligació de comunicar-ho al jutjat. Els protocols d'atenció en cas de maltractaments recomanen no prendre cap iniciativa sense el consentiment de

la víctima, ja que en alguns casos la denúncia, sense consentiment, pot produir encara més problemes. Cal valorar cada situació globalment.

### 5.3.5 Les incapacitats temporals i la confidencialitat

Actualment, la prescripció d'una incapacitat temporal (IT) pot comportar molts dubtes des del punt de vista ètic. Això és així en bona part pels canvis normatius dels darrers anys que, sovint, són contradictoris i, en alguns casos, entren en col·lisió amb el dret a la intimitat, consagrat en les lleis. Tot i que aquesta situació legal ens fa situar el professional sanitari en un terreny fangós, s'ha de fer prevaler el dret del pacient a no comunicar, a algú que no estigui implicat en la seva atenció, dades sobre la seva salut.

Seguint aquest principi, mai s'ha de facilitar informació als empresaris (més enllà de la previsió del temps d'incapacitat), tret que el pacient ho demani explícitament.

Les relacions amb les mútues d'accidents de treball són complexes des del moment que se les ha implicat en el pagament i control de la IT. Sovint demanen informació als pacients des d'una perspectiva de "poder" (són els que paguen) i queda el dubte de si realment el pacient voldria donar la informació a la mútua. El metge ha de respondre a les seves peticions escrites d'informació sols amb l'autorització del pacient, ja que no són part implicada en l'atenció del pacient tret que aquest així ho desitgi.

Sí que cal respondre a les peticions de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques ICAM, con a òrgan superior en temes lligats a IT, tot recordant que hi estan obligats també pel secret professional.

Una situació diferent és quan demanem que l'ICAM intervingui perquè el pacient no vol l'alta. En aquest cas seríem davant la col·lisió del principi de la justícia (ús adequat d'un recurs públic) amb el de l'autonomia (desig del pacient a seguir de baixa), i prevaldria el primer. El més adequat seria informar el pacient del fet que, davant del desacord amb ell, farem la consulta a un altre professional.

## 5.4 Altres aspectes de la confidencialitat

És clar que la intercomunicació entre nivells assistencials és necessària per millorar l'atenció al pacient. Els especialistes, per exemple, són confidents necessaris. Aquesta necessitat obliga a buscar mecanismes per poder intercanviar informació amb el permís del pacient.

En l'apartat "Compartir informació clínica" s'explica com intercanviar informació amb el permís del pacient.

### 5.4.1 Continuitat entre nivells i confidencialitat

L'intercanvi d'informació entre diferents nivells assistencials, el més habitual entre atenció primària i especialistes, es produeix en tots dos sentits. Des de l'atenció primària es transfereix informació a l'especialista, però sovint el problema és el contrari: **obtenir la necessària resposta a una interconsulta**. En aquest cas, una idea pràctica per garantir rebre informació és enviar una *petició d'informe assistencial* adreçat a les unitats d'admissions de l'hospital.

En tots els casos cal garantir que els aspectes formals de la transmissió de la informació ajudin a preservar la seva confidencialitat. Què passa quan es demana informació per telèfon als especialistes de l'hospital o fem consultes telefòniques parlant de pacients concrets?

Cal comentar alguns projectes anomenats "de continuïtat", com per exemple que des de l'hospital es comunica a l'atenció primària els naixements o les altes. Aquí sorgeix la pregunta: s'ha demanat consentiment al pacient?

### 5.4.2 Elements estructurals i confidencialitat

Hi ha alguns elements que sovint dificulten la confidencialitat:

- Les parets massa primes. A més de reclamar l'adequat aïllament, provisionalment cal prendre mesures per reduir el problema (música de fons, per exemple).
- Telèfons al taulell de recepció: tothom que espera per ser atès escolta les respostes a les demandes telefòniques, es diu el nom de qui truca quan es passen les trucades, etc.
- El fax: element on poden arribar informacions altament sensibles i que sovint està situat en llocs d'accés públic. De fet, emprar el fax és un risc molt alt per a la confidencialitat, perquè passa informació clínica sense tenir la seguretat que el receptor és qui s'espera (podem tenir el número equivocadament, la recepció del fax pot estar a la vista de moltes persones o persones no relacionades amb el procés...) Cal evitar aquest mitjà, tret que el tinguem molt a prop o estiguem pendent de l'arribada d'informació.
- Demanar i fer circular informació clínica per correu electrònic (sobretot si les bústies no són personalitzades).
- Les sales d'espera i les cues: han de ser allunyades de la consulta, i les cues han de tenir línies separadores que evitin compartir informació. Si cal parlar d'informació sensible cal anar a un espai tancat. Els espais per atendre amb confidencialitat, a part de les consultes, haurien de ser un element de qualitat indispensable i obligats als centres, i fins i tot haurien de formar part de qualsevol sistema d'acreditació.

- Els impresos d'interconsultes de tota mena: sovint no reuneixen cap tipus de condició per facilitar la informació confidencial. Cal treballar per fer models nous (diferenciant ús administratiu i clínic), però mentrestant hem de fer servir solucions imaginatives: doblegar-lo i grapar-lo de forma que sols es llegeixin les dades d'identificació, per exemple.
- Els ordinadors oberts amb la història d'un altre pacient o amb recordatoris clínics visualitzables per tothom (personal d'atenció a l'usuari i altres).
- Deixar oberta la nostra estació de treball oberta si ens distanciem d'ella per anar a buscar qualsevol cosa, anar al servei, etc.

### 5.4.3 La circulació de papers i la seva destrucció

Volants d'interconsulta, sol·licituds de proves, papers per a facturació, retorn de resultats... circulen sense ocultar la informació clínica. Aquests són alguns dels aspectes de la circulació de papers que cal canviar.

Massa sovint surten notícies de papers amb informació clínica llençats als contenidors, però també cal tenir cura dels papers interns o que queden damunt les taules.

Cal reclamar **màquines destructores de paper** per assegurar que no quedin ni restes dels documents a destruir (peticions d'anàlisis, còpies de receptes, etc.) Per responsabilitat, si no hi ha màquines, implicaria destruir-los manualment per garantir que les dades dels pacients es mantinguin inaccessibles.

Actualment es disposa de contenidors especials que empreses externes gestionen per a la destrucció dels documents, que s'hi dipositen amb total garantia. Són per a tot tipus de suport: papers amb dades, suports electrònics (CD, DVD, cintes, discos durs, USB, etc.), radiografies (les que són obtingudes mitjançant tècniques de revelat a l'aigua, que atesa la seva condició de residu tòxic i perillós cal gestionar-los d'una altra manera).

Els contenidors han de garantir que no es deformen ni deterioren, amb sistemes antiretorn que no permetin accedir al material un cop dipositat. Recollit per personal que ha d'estar perfectament identificat i elaborar un albarà de recollida i transport. En aquest albarà consta els serveis, identificar el contenidor, i signatura del responsable de servei, etc.

Evidentment, en aquests aspectes (com en molts d'altres), la responsabilitat del personal d'atenció a l'usuari és molt gran.

Hi ha un document que es pot consultar i que dona pautes per a la destrucció de documents, dades i suports en centres sanitaris, a la web de Canal Salut, a l'apartat de protocols i criteris de referència: [bit.ly/3PnbZVF](https://bit.ly/3PnbZVF).

#### 5.4.4 Els llistats (de medicaments i d'altres situacions)

Als centres circulen llistats de persones amb dret, per exemple, a rebre l'hormona del creixement o el tractament per a la demència, que arriben a les persones que han de visar receptes; també hi ha llistats d'aspirants a residències. Saben els pacients que el seu nom està circulant per tot el sistema sanitari? Que la seva situació clínica (amb nom i cognoms) es discuteix en comissions? El tractament i l'accés a aquesta informació ha d'estar limitada a les persones per a les quals sigui imprescindible.

#### 5.4.5 La investigació i les publicacions

Massa sovint es veuen publicacions amb fotos que permeten reconèixer el pacient o radiografies amb el nom. Cal demanar-los permís per fer ús de les imatges, i a més preservar-ne la identificació. Cal fer-ho perquè és un dret d'ells i un deure nostre i, en el context actual de consulta per Internet de revistes, fins i tot hi ha el risc que coneguts del pacient hi accedeixin.

Sovint, des de diverses institucions (SCS, DGSP, ICS...) es fan "recerques" i ens demanen informació sobre activitats, o problemes de salut de pacients concrets (amb nom i cognoms). No hauríem de respondre i, si fos imprescindible, cal que demanem el consentiment al pacient per donar aquesta informació. En tot cas, cal assegurar, com preveu la Llei de protecció de dades, que es dissocien les dades personals de la resta.

#### 5.4.6 Els informes socio-sanitaris i altres espècimens

Els informes socio-sanitaris tenen un volum d'informació molt gran, i en molts casos tenen com a objectiu elements de valoració per obtenir ajuts econòmics, ingressos a residències, etc. Caldrà que es plantegi col·lectivament als serveis socials (benestar social i altres similars) una revisió de la funció dels informes i de la circulació de la informació continguda, que pot influir en la selecció de pacients per part de les residències.

Una altra qüestió és qui demana els informes i, si hi té dret, què cal dir i què cal obviar. Si el pacient és vàlid i competent cal parlar amb ell i explicar-li el que fem. Si el pacient no és competent cal aclarir qui n'és el responsable.

Un problema similar és l'obligació legal per a les residències de determinats informes i els informes que demanen directament els responsables de les residències.

No podem oblidar que alguns informes poden ser usats per sol·licitar incapacitacions, per a problemes d'herències, etc., amb implicacions socials molt notables.



Cal demanar autorització als pacients per fer-los (sigui per part nostra o del treballador social) i ser molt estrictes en el contingut. Si el pacient no és competent caldrà tenir en compte la seva opinió anterior, si la coneixem, i la decisió de qui en sigui responsable legal.

#### 5.4.7 La mort i la confidencialitat

Una última qüestió que cal tenir en compte és que la confidencialitat també s'ha de mantenir després de la mort de la persona. La mort no ens allibera de guardar el secret i, per tant, el tracte de la informació ha de ser el mateix que en la resta de casos. Els hereus legals poden tenir accés a la història clínica, però hem de lliurar només la informació clínica que no pugui afectar la intimitat de la persona morta; tampoc hem de lliurar les anotacions subjectives dels professionals. Possiblement, però, la llei ha estat massa poc restrictiva o clara en aquest tema, ja que els hereus només haurien de conèixer informació que pugui afectar la salut de generacions futures.

La Llei 41/2002 diu en un apartat de l'article 18.4: "No es facilitarà informació que afecti la intimitat del mort ni a les anotacions subjectives dels professionals ni que perjudiqui tercers".

### 5.5 Idees clau

Norma general: la norma de la justícia "*In dubio, pro reo*" (en el dubte, a favor de l'acusat) aplicada a la confidencialitat seria: si dubtes, calla. Si no dubtes, pensa si has de dubtar.

La confidencialitat és:

- Una necessitat per mantenir la confiança.
- Un dret de l'usuari.
- Una obligació dels professionals.
- Un compromís per part de l'organització.

Cal adequar les accions i les consultes per:

- Facilitar-ho.
- Garantir-ho.
- Destacar-ho.

El manteniment de la confidencialitat és imprescindible per aconseguir la necessària **confiança** dels pacients. Sols poden tenir accés a les dades d'un pacient aquells **professionals que estiguin implicats** en la seva atenció. No podem transmetre dades als **familiars sense l'autorització** de l'interessat. La informatització representa, al mateix temps, un perill i una eina per al manteniment de la confidencialitat.

Cal ser especialment curosos en relació amb els menors, les persones amb deteriorament cognitiu o amb malalties greus, els familiars, els pacients en situació d'IT i els mateixos sanitaris. En aquests casos sovint trenquem la confidencialitat amb facilitat.

Els menors, si tenen capacitat per comprendre i decidir, tenen dret a ser atesos sense la presència dels seus familiars.

Compartir informació amb altres professionals (secret compartit) pot ser necessari i beneficiós per a la bona atenció d'un pacient.

La pèrdua de competència per part del pacient ens pot obligar a obviar el nostre deure de confidencialitat, després de valorar correctament el seu grau de competència.

Quan hi ha perill per a tercers haurem de valorar la limitació del dret a la intimitat del pacient.

Cal mantenir la confidencialitat fins i tot després de la mort del pacient.

Consell pràctics:

- Cal convertir la confidencialitat en un hàbit. Si no parlem dels refredats no parlarem de les altres malalties.
- En cas de dubte cal plantejar-se fins a 10 vegades si podem canviar la norma general.
- És molt més difícil equivocar-se per callar que per parlar.
- Les contrasenyes informàtiques han d'estar al cap i no a l'adhesiu de la pantalla.
- Cal revisar els elements estructurals i de funcionament dels equips que dificulten la confidencialitat (parets, papers amb dades, interrupcions de consultes, etc.) i posar fil a l'agulla per resoldre'ls.
- A les sessions clíniques, acostumem-nos a evitar la identificació dels pacients (si no és estrictament necessària per a la seva millor atenció).
- Abans d'emplenar qualsevol informe que se'ns demani cal que obtinguem el permís de l'interessat.
- El servei de traducció telefònica (012 o Sanitat respon) pot ser útil, prèvia autorització de l'interessat, si aquest no parla la nostra llengua i no desitja que un familiar o amic actui de traductor.

- Cal evitar els llistats de pacients que ofereixen les administracions sanitàries i vetllar pel manteniment de la confidencialitat i la confiança en cas de malalties de declaració obligatòria.
- En cas de peticions judicials cal fer especificar clarament quina informació es demana i per a qui és. Tan sols estem obligats a facilitar-la davant del jutge, i havent-li demanat prèviament que ens eximeixi del nostre deure de confidencialitat.
- Cada CAP o consultori ha de disposar d'un destructor de paper.
- Per obtenir informació de les visites dels hospitals és una bona solució demanar un informe a través de les unitats d'admissions.
- Una forma útil de treballar el tema a nivell dels equips d'atenció primària és organitzar sessions de debat sobre alguns punts de risc per a la confidencialitat i com es resolen als nostres equips (com s'atenen les trucades?, com es donen els informes?, com comentem els pacients a les sessions?, quina informació hem de compartir?, com van les interrupcions?) És a dir, treballar en l'equip per normalitzar hàbits correctes.
- Cal incloure aspectes de la confidencialitat en els plans d'acollida dels nous treballadors (siguin per una petita suplència o per una plaça per "sempre").



## 6. Normativa i confidencialitat

Amb la progressiva informatització de les històries clíniques cal vetllar perquè l'accés a la informació es faci amb les mateixes garanties de seguretat i confidencialitat.

La informàtica ens ha de permetre garantir el dret a la confidencialitat d'una manera molt clara, ja que, en cas contrari, el risc que es pugui violar és més alt pel fet que l'accés a la informació és molt més ràpid i des de més punts o qualsevol estació clínica, inclús de diversos centres sanitaris. La Llei de protecció de dades estableix que hi ha d'haver molt rigor en les mesures de seguretat.

### 6.1 Les TIC i la protecció de dades

Per garantir la protecció de les dades en els sistemes d'informació en suport informàtic cal tenir en consideració els següents punts:

- L'accés a les dades només ha de ser per part dels professionals que autoritzi el pacient.
- Que hi hagi dades reservades només al professional que l'atén habitualment.
- Que hi hagi espais reservats per al professional per a les seves anotacions subjectives que el poden ajudar a l'estudi i el seguiment posterior del pacient.
- Que s'estableixin diferents nivells d'accés a les dades segons la necessitat d'informació del professional que hi accedeixi.
- Assegurar tots els controls d'ús que reclama la llei.
- Anonimitzar dades útils per a la investigació i la millor evidència científica.

Tots aquests aspectes són els que preveu la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica, i la Llei 41/2002, de l'autonomia del pacient.

Alguns dels punts ja els inclouen els actuals sistemes informàtics, però d'altres no. Si els responsables dels sistemes informàtics no fan passos per arribar a nivells com els proposats pot passar que les històries siguin més incompletes, tant perquè el pacient no expliqui algunes coses per por del seu registre com, sobretot, perquè el professional limiti el que escriu si sap que pot ser vist des de molts altres llocs. I finalment, tot això podria representar una atenció més deficient.

És per això que hi ha d'haver un bon treball en equip entre informàtics, professionals sanitaris assistencials i els metges documentalistes i professionals tècnics de documentació i arxivers que gestionen les històries clíniques.

### 6.1.1 Confidencialitat en la informació clínica informatitzada

El Comitè de Bioètica de Catalunya fa unes recomanacions sobre la confidencialitat en la documentació clínica informatitzada envers el principi d'autonomia personal: respectant la intimitat es respecta la personalitat que la sustenta i que la diferencia dels altres.

El professional hauria d'establir nivells de discrecionalitat que diferenciïn, en la confecció de la HC, unes dades que no poden ser ignorades, per la rellevància que tenen, de les altres que enraonadament poden obviar-se. I, a més, s'hauria de diferenciar la HC en si mateixa dels informes que se'n derivin (massa sovint mitjançant un simple i irreflexiu "retalla i enganxa"), que haurien de limitar-se al que sigui prudent i oportú.

#### Exemple d'informació de discrecionalitat en un document

En l'informe clínic d'alta, que és el document que el malalt haurà d'ensenyar arreu, pot no convenir que hi consti un antecedent concret, i serà raonable aleshores acceptar aquesta limitació sense faltar a la veritat.

Així, un informe d'alta per una intervenció quirúrgica d'apendicectomia, en l'apartat d'antecedents, no procediria que hi constés com a antecedent un coma etílic de fa 15 anys.

La redacció de la HC i de qualsevol informe és un acte clínic i, com a tal, convé que s'estableixi un equilibri entre la necessitat de seguretat i la continuïtat de l'atenció i el dret a la confidencialitat del malalt, un equilibri que s'ha de decidir amb la confiança mútua que necessita tota relació clínica.

Segons això, el professional pot ser flexible davant d'alguna *demanda de sigil del pacient* sobre alguna dada; però tots, professionals i malalts, han de comprendre que a la societat li convé també preservar la consideració que té la HC com a *eina segura i útil* i com a document *fidedigne* de gran valor per l'**autenticitat** del contingut (art. 9.3 de la Llei 21/2000).

És important extreure les mesures per evitar les intrusions en la històries clíniques i la vulneració del dret a la intimitat que això representa. No n'hi ha prou amb l'esforç (imprescindible, d'altra banda) de seguir la traçabilitat de les intrusions i d'augmentar-ne el control a posteriori amb auditories. Perquè una de les característiques de la intimitat és que, un cop vulnerada, la detecció, la protesta i fins i tot la reparació n'agreugen la difusió i el dany.

Actualment es pot conèixer qui ha accedit a la història clínica, i el pacient pot saber qui i quan s'ha accedit a la seva història clínica.

### 6.1.2 Noves formes d'assistència

La situació actual de pandèmia ha impulsat l'ús de tecnologies per tal de continuar l'assistència de manera segura. Per exemple, l'ús de plataformes per a videoconsulta, l'ús del telèfon i missatges SMS, l'eConsulta, el correu electrònic, el portal La Meva Salut, etc.

En tots aquests casos, i per donar compliment al Reglament general de protecció de dades (RGPD) i la Llei orgànica de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals (LOPDGDD), caldrà designar un **responsable del tractament de dades** i nomenar un **delegat de protecció de dades**.

Caldrà informar l'usuari de les finalitats del tractament i fer referència a la política de privacitat o informació del tractament i del proveïdor de serveis telemàtics, i recollir el consentiment de l'interessat. En cada cas s'han d'analitzar els riscos i fer una **avaluació d'impacte sobre la protecció de dades** (AIPD), si s'escau, per part del delegat de protecció de dades corresponent.

Quant a les trucades telefòniques i missatges SMS, la Llei 9/2014 general de telecomunicacions garanteix el secret de les comunicacions. En canvi, les que utilitzen serveis de trucada per IP i correu electrònic basats en internet no estan sotmesos a la normativa esmentada, i per tant el risc pot ser variable.

En aquests casos serà important pactar entre els pacients i els professionals que l'atenen la realització de l'activitat no presencial i assegurar la correcta identificació dels dos interlocutors, ciutadà i professional. Caldrà també assegurar que el ciutadà es pot adherir en moments en què ell pugui tenir intimitat i possibilitat de comunicació quant a recursos.

## 6.2 Drets ARSOPOL

Abans i encara ara podem trobar molta informació relacionada amb el que s'anomenaven els drets ARCO. Aquests són els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oblit de les dades personals tractades per les entitats públiques i privades.

Donaven resposta a l'LOPD (Llei orgànica de protecció de dades 15/1999) i ha estat substituïda per l'actual *Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals* (LOPDGDD). Aquesta va sorgir per adaptar l'antiga LOPD al nou reglament europeu.

El **Reglament europeu 2016/679**, de 27 d'abril, **general de protecció de dades** (RGPD), estableix que qualsevol persona que facilita dades de caràcter personal pot exercir els seus drets d'**accés**, **rectificació**, **supressió**, **oposició**, **portabilitat** a l'**oblit** i el dret de **limitació al tractament** (ARSOPOL).

Davant de qualsevol eventual vulneració dels deures imposats per l'RGPD o dels drets reconeguts a les persones es pot interposar una reclamació davant del **delegat de protecció de dades** o l'autoritat de control competent (art. 77 de l'RGPD).

*La Llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals*, estableix en els seus articles 11 i següents els drets de qualsevol persona afectada o interessada (persona física titular de les dades) en relació amb el tractament de les seves dades de caràcter personal.

Les administracions públiques, en compliment de les seves competències, poden recollir i tractar dades personals sempre que el tractament sigui *adequat, pertinent i no excessiu* en relació amb l'àmbit i les finalitats determinades, explícites i legítimes per a les quals s'obtenen.

Les **dades personals** són tota la informació que es pot relacionar amb una persona física concreta. La normativa de protecció de dades atorga una protecció especial a les **dades relatives a la salut**, juntament amb les dades genètiques i d'altres (com les biomètriques, l'origen ètnic o racial, les opinions polítiques, etc.). Aquests revelen informació **especialment sensible**.

Això inclou qualsevol número, símbol o dada assignada a una persona física que la identifiqui de manera unívoca a efectes sanitaris; la informació obtinguda de proves o exàmens d'una part del cos o d'una substància corporal, incloent-hi la procedent de dades genètiques i mostres biològiques, i qualsevol informació relativa, per exemple, a una malaltia, una discapacitat, la situació de baixa laboral, el risc de patir malalties, l'historial mèdic, el tractament clínic o l'estat fisiològic o biomèdic de l'interessat, independentment de la seva font.

Aquests drets **són personalíssims**. Només els pot exercir alguna de les persones següents:

- La mateixa persona afectada o interessada, que ha de tenir més de 14 anys i no estar incapacitada legalment.
- Un representant legal (si la persona es troba en situació d'incapacitat legal o és menor d'edat, menor de 14 anys o més gran de 14, si la llei ho exigeix).
- Un representant designat voluntàriament per la persona interessada o afectada.
- Una persona vinculada amb el titular difunt per raons familiars o de fet, o els seus hereus.
- Autoritats judicials, policia judicial quant a les dades o informes necessaris per a la finalitat concreta de la investigació.

Existeixen opinions divergents sobre l'exercici dels drets ARCO (a l'accés, a la rectificació, a la cancel·lació i a l'oposició) del malalt pel que respecta a les dades clíniques i segons la LOPDP-GDD i la seva reglamentació.



### 6.2.1 Dret d'accés

La normativa de protecció de dades reconeix el dret del pacient a accedir a la seva història clínica en qualsevol moment, així com a obtenir una còpia gratuïta de les dades o documents que hi figuren (documentació en suport paper, electrònic, audiovisual, etc.).

El dret a l'accés i a la còpia per part del malalt no hauria de tenir cap altre problema que les dues **excepcions** establertes a la llei:

- La primera és la que considera les “dades aportades per tercers”, o que fan referència a tercers, quan aquests no les vulguin donar a conèixer. Sempre es posa l'exemple de l'aportació de dades que ajuda a establir el diagnòstic d'un episodi psicòtic (un company d'escola assegura haver vist que el malalt va tenir una al·lucinació franca), però no se'n vol divulgar la font; és un bon exemple. De fet, la HC psiquiàtrica, quasi tota, és una ocasió per extreure alguns punts de sigil, tant davant del malalt (en casos similars a l'esmentat, per la intervenció externa) com fins i tot davant de la mirada d'altres professionals que tracten altres problemes.
- L'altra excepció prevista a l'accés del malalt és l'accés a les “anotacions subjectives” del professional. Costa imaginar a què es refereix aquest supòsit: és evident que no es refereix al curs clínic ni a les valoracions sobre diagnòstic, ni a l'evolució de la malaltia, ni al pronòstic ni la planificació de l'atenció i cura. Es refereix per exemple al cas de sospites d'incompliments terapèutics o de tractaments no declarats, d'hàbits no reconeguts, que els símptomes semblin incerts o exagerats o comportaments insòlits. Tot i així, les autoritats judicials o altres professionals sí podrien accedir a aquesta informació.

Una altra possible excepció o impossibilitat d'accés és el que té a veure amb el temps de conservació de la història clínica. Hi ha documents que ja han exhaurit el seu temps de conservació i s'han eliminat.

### 6.2.2 Dret de rectificació

El dret de rectificació és el dret que té la persona a rectificar gratuïtament les seves dades personals quan siguin errònies i incompletes. Necessita també una prova de l'error que porti el malalt o que expliqui la necessitat del canvi que proposa. Està passant actualment, gràcies a la pandèmia, que el ciutadà té més accés a les seves dades gràcies al portal La Meva Salut, i està tenint més informació en general de la Llei de protecció de dades. Molts ciutadans s'adonen que les dades que consten al seu CIP no corresponen per exemple veritablement amb la seva data de naixement, o el dígit corresponent al sexe no és el que ha de ser.

### 6.2.3 El dret a l'oposició

El dret a l'oposició del malalt al tractament de les seves dades genera encara força controvèrsia. Ja hem vist que és un dret prou acceptat pel que fa al seu tractament en altres centres o altres nivells del sistema sanitari (la qual cosa pot tenir importància per a la HC compartida), però que és difícil d'exercir encara quan es tracta de dades dipositades en el mateix centre si el malalt no aporta un motiu convincent per amagar-les, i sempre que el tractament de les dades no “[...] sigui necessari per a la prevenció o per al diagnòstic mèdic, la prestació d'assistència sanitària o de tractaments mèdics o la gestió de serveis sanitaris [...]”.

### 6.2.4 El dret a la supressió

El dret a la supressió requereix o bé un temps acordat o un vistiplau mèdic que avaluï que aquella dada es pot cancel·lar perquè ja no és rellevant en relació amb la finalitat per a la qual es va obtenir. Cal tenir sistemes de control de la “caducitat” de la informació.

Com veiem, l'exercici dels drets del malalt per controlar la història clínica del seu procés presenta, ara per ara, amb la llei actual, uns impediments que convindria minimitzar. I el Comitè de Bioètica de Catalunya demana que això es procuri en tots els espais de reflexió que hi puguin influir.

No augmentarà la consciència dels problemes de la confidencialitat si no es veu lligada al dret a la intimitat i si aquest, a la vegada, no es veu com un aspecte imprescindible del respecte per la persona i, per tant, de la seva dignitat.

Finalment, és també un problema institucional en el qual les organitzacions s'han d'implicar activament a tots nivells: des de cadascun dels centres fins a l'Agència Catalana de Protecció de Dades, les direccions, les autoritats sanitàries, els col·legis oficials i, sobretot, des de la formació als professionals.

### 6.2.5 Dret a la portabilitat

Dret a la portabilitat de les dades: la persona interessada té dret a rebre les dades personals que l'afectin, que hagi facilitat a un responsable del tractament, en un format estructurat, d'ús comú i de lectura mecànica, i a transmetre'ls a un altre responsable del tractament sense que l'hi impedeixi el responsable que els hagués facilitat quan:

- El tractament estigui basat en el consentiment.
- El tractament s'efectuï per mitjans automatitzats.

La persona interessada té dret que les dades personals es puguin transmetre directament de responsable a responsable quan sigui tècnicament possible. És accessori al dret d'accés. Això és important quant al **contínuum assistencial**, si el pacient necessita que es traslladi la seva HC a un altre centre sanitari, o sigui interoperable i s'hi pugui accedir des de diversos centres.

### 6.2.6 Dret a l'oblit

El dret d'oblit és un dret accessori al dret de supressió. Es tracta del dret a sol·licitar, sota certes condicions, que els enllaços amb dades personals d'una persona no figurin als resultats de recerca a Internet fets amb el seu nom.

### 6.2.7 Dret a la limitació del tractament

Amb el dret a la limitació del tractament, la persona interessada té dret a obtenir del responsable del tractament la limitació del tractament de les dades quan es compleixi alguna de les condicions següents:

- La persona interessada impugni l'exactitud de les dades personals durant el termini que permeti al responsable verificar-ho.
- El tractament sigui il·lícit i la persona interessada s'oposi a la supressió de les dades personals i sol·liciti en el seu lloc la limitació d'ús.
- La persona interessada s'hagi oposat al tractament i mentre es verifica si els motius legítims del responsable prevalen sobre els de la persona interessada.

## 6.3 Nivells de confidencialitat

Amb quin dret relacionaríeu la següent recomanació?

- Més enllà de la simple regulació de quines dades són accessibles per a cada categoria professional (metge, infermera, personal administratiu, etc.), cal també implementar nivells de confidencialitat per a casos particulars. Això implica que certes dades podrien no ser visibles per a tots els professionals que tracten el malalt i que quedés alguna dada reservada a alguns professionals concrets o a situacions especificades.

Per tant, qualsevol pacient hauria de poder demanar una restricció d'ús d'alguna de les seves dades, i impedir que es conegui en el context habitual sense el seu consentiment exprés. Aquesta petició hauria de fer-se puntual, formal (registrada),

raonada i amb el compromís que el malalt coneix i accepta el risc que li pot causar l'encobriment.

#### **Exemple de limitació d'accés**

Un pacient pot demanar restringir un antecedent de dependència d'alcohol i de drogues a tots els professionals excepte al seu metge de capçalera i al servei de psiquiatria. El pacient hauria d'assumir el risc (algun problema anestèsic en cas d'accident i necessitat de cirurgia d'urgència) en el futur, i ja decidirà aleshores, si pot decidir-ho, si vol que es tingui en compte. La voluntat de restricció també es pot produir en casos d'antecedents d'abusos sexuals, de malalties de transmissió sexual (sida), amb dades genètiques o problemàtiques socials, entre d'altres.

Els professionals haurien de constatar visiblement que hi ha un segon nivell de dades personals al qual, en principi, no poden accedir. S'ha de considerar una demanda raonable de confidencialitat per a unes dades que el malalt considera més sensibles. Els filtres i bloquejos, que s'han de definir, s'haurien de poder desbloquejar si hi ha alguna situació de necessitat extrema, amb garantia de control futur (avís del desbloqueig mitjançant SMS al telèfon mòbil del pacient, etc.).

Els professionals poden tenir reticències en relació amb el fet de si poden restringir o no alguna dada en concret. En última instància, és el professional qui pren la decisió, i per això és tan important la seva reflexió i responsabilitat. Davant dels casos conflictius —un pacient que sol·licita una restricció més enllà del que és raonable—, el comitè d'ètica assistencial (CEA) de referència podria aconsellar.

### **6.3.1 Possibilitats d'anonimitzar les dades**

Hi pot haver demandes d'anonimitzar les dades (o d'emascarar-les o d'encriptar-les) per causes explicables. En concret, pot ocórrer en persones especialment vulnerables (reconeixement públic o del centre, interès dels mitjans de comunicació, etc.). Aquestes demandes s'han de poder considerar i analitzar-ne la pertinència. Tot i així, encara que s'anonimitzin es poden lligar informacions per l'entorn.

### **6.3.2 Control des dels centres**

Els centres han d'establir un seguit de mesures que garanteixin la confidencialitat de la informació que gestionen. Algunes d'aquestes mesures són:

- La implicació en els problemes de confidencialitat: explicitació en el codi ètic institucional, divulgació dels drets, seguretat del registre d'històries clíniques i bancs de dades, millora dels espais d'informació, explicació de les restriccions d'accés, etc.
- El seu coneixement de les restriccions de l'accés a les dades que s'han sol·licitat i s'han autoritzat.

- L'atenció a les peticions dels seus usuaris per augmentar-ne la confidencialitat si s'escau o per investigar-ne la vulneració.
- L'auditoria aleatòria dels accessos a les històries clíniques, amb més freqüència del que ara es fa.
- L'anàlisi puntual dels casos més conflictius (els previstos, els casos en què s'hagi dit que són susceptibles de vulneració o en què efectivament s'hagi detectat una vulneració). Cal analitzar qui hi ha accedit indegudament, quan, de quina manera i per quin motiu.
- L'obtenció del compromís formal dels professionals que hi treballen sobre la seva implicació ferma amb la confidencialitat de les dades que tenen entre mans.
- Accions formatives per als professionals. És important dur a terme una acció formativa sobre els aspectes ètics, deontològics i legals que implica el tractament de les dades de les persones i la seva confidencialitat.
- Accions divulgatives per a la ciutadania.

Cal dur a terme campanyes informatives per als usuaris sobre els avantatges de la història clínica informatitzada i sobre el dret a la confidencialitat. Es recomana posar cartells visibles per als usuaris i per als professionals respecte a recomanacions, així com recordar alguns drets i obligacions.

Respecte als professionals, posar algun cartell que convidi a recollir la paperassa de treball i no deixar papers al taulell que puguin ser observats per persones alienes, tancar els ordinadors quan es deixi el seu punt de treball o estació clínica per anar a fer un descans o WC, etc., no deixar claus d'accés apuntades en llocs visibles, destruir els papers o documents amb dades als destructors de papers o seguint la normativa del centre, etc.



## 7. Característiques documentals de les històries clíniques

La competència general d'aquest títol consisteix a definir i organitzar processos de tractament de la informació i **documentació clínica**, extraient i registrant dades, codificant-les i validant la informació, garantint el compliment de la normativa, així com intervenir en els processos d'atenció i gestió de pacients i de gestió administrativa en centres sanitaris.

Per tal de gestionar la documentació clínica cal conèixer les seves característiques. En aquest bloc de contingut justament tractarem de conèixer el document clínic per excel·lència en l'atenció al pacient, **la història clínica**.

La gestió de la documentació clínica es porta a terme dins de l'hospital, al Servei d'Admissió i Documentació Clínica, SADC. Aquest servei té com a responsabilitat gestionar tota la informació clínica generada per l'assistència a un pacient al centre on és atès. La denominació concreta d'aquest servei pot variar segons l'organització de cada centre sanitari. En alguns centres es diu arxiu, i en d'altres documentació o simplement admissions.

Les tasques d'aquesta gestió, la gestió de la informació clínica, es dirigeixen a organitzar, custodiar, conservar i administrar tota la documentació generada en l'assistència al pacient, en un expedient o conjunt de documents anomenat **història clínica (HC)**.

Aquest conjunt de documents, a través dels processos d'anàlisi documental, recuperació, selecció i difusió de la informació clínica, dona servei a les necessitats i a la demanda d'informació clínica dels diversos usuaris (pacients, professionals sanitaris, autoritats sanitàries, mútues, etc.).

El concepte i la definició de la història clínica es pot comprendre amb una mirada a la història de la seva evolució com a document.

Actualment, la HC té unes característiques, funcions i usuaris concrets que estudiem en aquest tema. Tot i així, no deixa de ser un document que es va adaptant a les noves tecnologies, que mostren cada vegada més el potencial d'ús d'aquest document.

En la lliçó 2 podeu trobar continguts relacionats amb la cadena documental respecte a la informació originada en l'assistència del pacient: entrada (selecció i adquisició de documents), tractament (anàlisi documental) i sortida (recuperació o cerca documental i difusió de la informació).

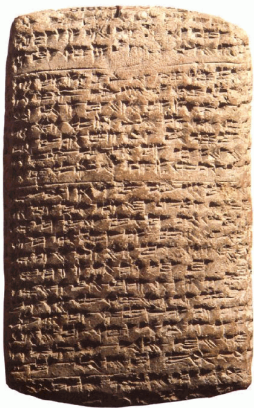
### 7.1 Evolució històrica. Història de la història clínica

Si observem com ha anat evolucionant la HC des dels primers documents en què es registraven malalties i tractaments fins a l'actual HC electrònica podem veure que la seva evolució és *paral·lela* a la **història de la medicina**, i aquesta evolució ens va mostrant el concepte, les funcions i els continguts de la HC.

Per veure com ha anat evolucionant la història clínica en el temps en distingim les següents etapes:

1. Edat antiga.
2. Edat mitjana.
3. Edat moderna.
4. Edat contemporània.

### 7.1.1 Edat antiga



Tauleta sumèria. Font: Wikipèdia.

Els primers documents en medicina els trobem en un **estaulet sumèria** (Mesopotàmia, any 2000 aC). Les cultures mesopotàmiques es van ubicar on avui en dia es troben l'Iraq i Síria.

S'hi han trobat repertoris farmacològics i preparats de vegetals, de minerals i animals, en què feien servir la cervesa com a excipient.

Els diferents elements de les tauletes sumèries eren els següents:

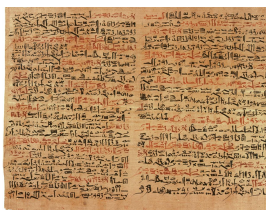
- Document: tauleta sumèria
- Suport: argila
- Registre: escriptura cuneïforme
- Informació: descripció de malalties en què l'etiologia era "caiguda del cel"



Mapa de Mesopotàmia. Font: <https://concepto.de/mesopotamia>

També disposaven de tractats terapèutics que descrivien malalties, símptomes i tractaments. Creien que l'origen de la malaltia era "caigut del cel", enviat pels déus com a càstig. També portaven a terme alguns ritus religiosos.

Més endavant, cap al 1600 aC, trobem els **papirs egipcis**, que eren textos antics escrits en paper que faciliten una visió de les pràctiques i els procediments mèdics que s'utilitzaven en aquell moment. Els papirs mostren detalls sobre malalties, la seva diagnosi i els remeis que calia aplicar, i que inclouen tant herbes com cirurgia i encanteris màgics. Es creu que existien molts més papirs mèdics, que s'han perdut pels espolis soferts.



Papir de 20 m de longitud. Font: <http://archive.nlm.nih.gov>

Alguns dels més importants són els papirs d'Edwin Smith i d'Ebers; el primer sorprèn per la precisió de les seves descripcions i prescripcions, però el seu contingut és bàsicament quirúrgic; en aquests papirs consta la recopilació de 48 pacients individuals ferits de guerra i el tractament que van rebre, i en què es va recórrer molt poques vegades a remeis màgics.

Al voltant de l'any 800 aC, Homer (poeta grec), en la seva obra *La Ilíada*, fa descripcions del tractament de ferides portats a terme pels dos fills (metges) d'Asclepi (déu de la medicina en la mitologia grega).



### Un dels relats patogràfics que trobem a la Iliada

Apol·lo (fill de Zeus) i la mortal Corònice van tenir un fill anomenat Asclepi (Esculapi per als romans). Apol·lo entregà al nen al centaure Quiron perquè li fes de mestre, i aquest el va instruir en el poder de la sanació. Asclepi es va mostrar sempre molt hàbil i va arribar a dominar fins i tot l'art de la resurrecció. El poder de ressuscitar els morts va induir el déu Zeus, qui temia que es podria alterar l'ordre de les coses, a posar fi a la seva vida mitjançant un llamp. Asclepi va pujar als cels i es va convertir en la constel·lació de Serpentari i en déu de la Medicina.

Va tenir diverses filles, entre les quals destaquen Yaso (la curació), Higía (la salut) i Panacea (la curació universal gràcies a les plantes), i dos fills, Podaliri i Macàon, tots dos metges, pretendents d'Helena en la Guerra de Troia.

Podaliri es va encarregar sobretot de guarir a Menelau, ferit per una fletxa; va començar per examinar el malalt i després de retirar-li la fletxa va despullar al ferit, va succionar la sang de la ferida i li va aplicar medicaments (oferts pel centaure Quiron a Asclepi, qui els va lliurar a Macàon).

La **medicina grega** té, per tant, origen mític i religiós; s'exerceix en temples Asclepion on els déus inspiren als sacerdots-metges, *asclepiadeas*, mitjançant el son terapèutic o la "incubació" del pacient. Els *asclepiadeas* transmetien les consultes en forma d'oracle.

Al temple d'Epidaure hi trobem les primeres làpides votives, on hi consten per escrit el nom del malalt que fa una ofrena i el mal que pateix. Aquests documents podrien considerar-se com les primeres "prehistòries clíniques".

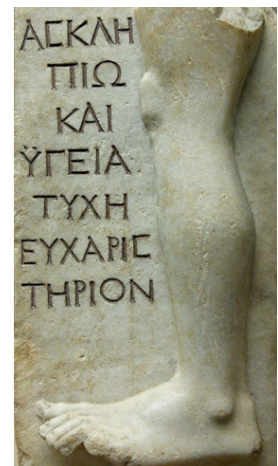
Un exemple és la tauleta votiva de marbre en agraïment a Asclepi i Higiea (segle II dC), trobada el 1828 al santuari de Melos, al mar Egeu, que es troba al Museu Britànic de Londres.

Hipòcrates (460-370 aC), considerat el "pare de la medicina occidental, va néixer a l'illa de Cos al segle V aC, i pertanyia a la 28a generació de descendents de Asclepi. Fundà una escola que va revolucionar la medicina de l'Antiga Grècia, i va establir-la com una disciplina separada d'altres camps. Aquesta està recopilada al *Corpus hippocraticum*, una sèrie de llibres.

D'entre aquests llibres cal destacar els anomenats *Les Epidèmies I i III*, que contenen les primeres 42 històries clíniques completes i estan ben caracteritzades.

Hipòcrates creia que tots els malalts s'assemblen pel fet d'estar malalts, però que uns s'assemblen entre si per la manera com estan malalts. Va anomenar *tropos* la manera d'establir les comparacions, i podia ser simptomàtic, patocrònic (agut o crònic), localizatori, etiològic, pronòstic o constitucional. Cadascuna de les dissemblances es podia veure des de dos punts de vista: el del metge, *semion* ('signe'), i el del pacient, *páthema* ('síntoma').

Els *asclepiadeas* hipocràtics sentien la necessitat intel·lectual de consignar per escrit, amb precisió i ordre, la seva experiència de metges davant la malaltia individual d'alguns pacients, i d'aquesta manera va néixer la història clínica. Aquestes històries les ordenaven en grups o *katástasis*, segons el dominant o essencial que hi havia en cadascuna d'elles. Abans de cada grup consignava els trets geogràfics, astronòmics i climàtics del lloc i de l'estació.



Tauleta votiva de marbre en agraïment a Asclepi i Higiea (segle II dC). Font: Wikipèdia.

---

Recordeu la diferència entre signe i símptoma?

---

La història clínica hipocràtica compta amb una estructura ordenada que es repeteix i que consta de:

- Numeració ordinal del malalt dins el grup (malalt primer...).
- Esmert nominal.
- Localització social (si viu a prop dels pous).
- No consten els antecedents, la història sembla sempre començar amb l'arribada a casa del pacient.
- A continuació es descriu el dia a dia del curs de la malaltia. Examina des del començament les semblances i dissemblances amb l'estat de salut començant per les més fàcils, les que coneixem tots.
- El que es pot percebre amb la vista, el tacte, l'oïda, amb el nas, amb la llengua i amb l'enteniment, sense diferenciar entre signes i símptomes.
- Són molt rares les referències a actuacions terapèutiques.
- Acaba amb la *katarsis* (purificació) o *thànatos* (mort no violenta) del pacient.

**Hipòcrates** va redactar les seves històries com a textos didàctics, però amb dues intencions diferents:

- Per ensenyar al lector com conduir-se ordenadament i minuciosament davant un pacient.
- Per a l'ensinistrament de futurs lectors en la "*tékhne iatriké*" (art que consisteix a saber fer, sabent què s'està fent: saber racional), és a dir, ensenyar a entendre i actuar tècnicament.

Pocs decennis després que Hipòcrates escrivís *Les epidèmies*, **Aristòtil**, en la seva joventut, fent d'aprenent de metge, va escriure que la medicina era un saber científic. Aristòtil es referia a l'art de la curació (*tékhne iatriké*) quan de les moltes observacions de l'experiència (*empeiria*) brolla un judici general.

A continuació destaca **Galè**, que va desenvolupar la classificació de malalties i va aportar un gran avenç a la medicina. Els textos de Galè influïren en la medicina durant tota l'època medieval i eren la base del coneixement anatòmic. En deriva la denominació de "galè" per als metges i també una branca de farmàcia, la farmàcia galènica (actualment dita tecnologia farmacèutica).

El mateix podríem dir de la **medicina bizantina i aràbiga**. Evidentment, els seus metges van saber observar molt bé la realitat dels seus pacients, però tota la seva experiència es manifesta de manera genèrica; la referència a "**casos**" **particulars**, quan existeix, és al·lusiva i serveix d'exemple a una sentència general.

### 7.1.2 Edat mitjana

A l'**edat mitjana**, a mitjan segle XIII, ja existien les universitats i es va decretar l'obligatorietat de l'estudi de medicina en les seves facultats.

Va reaparèixer la història clínica com a document escrit en forma de *consilium*, consells de metges més ensinistrats en la pràctica, que van començar a circular per Europa inicialment manuscrits i, a partir de l'any 1450, impresos.

Cada *consilium* estava format per quatre apartats:

- Títol o "epígraf", en què apareix el procés morbós que defineix.
- *Primera sectio*, on apareix el nom de la persona i els símptomes enumerats ordinalment.
- *Segona sectio*, dividida en *Sumae*, *Capitula* i *Sermons*, i que recull la discussió de qüestions etiològiques, fisiològiques, patogèniques i terapèutiques, així com opinions religioses i una fórmula final en què s'ofereix a la divinitat la seva acció terapèutica i busca la seva col·laboració.

A diferència de la història hipocràtica, en el *consilium* s'enumeren els símptomes sense tenir en compte el *tempus mor bi* (moment en què apareixen); comença a aparèixer de manera expressa el diagnòstic diferencial, atesa la gran preocupació de l'època pel coneixement "per causes" de la malaltia; es detalla una àmplia discussió terapèutica, però destaca l'absència del *exitus* entesa com a sortida.

### 7.1.3 Edat moderna

Durant el segle XV, les facultats de medicina van començar a exigir, per a l'obtenció de la llicenciatura, que el candidat hagués fet formació pràctica mitjançant visites a malalts sota una direcció tècnica (pràctiques). Així, les universitats es van adaptar a aquesta nova realitat començant a coordinar amb els hospitals les lliçons clíniques per als estudiants; així, al segle XVI van sorgir les *observatio*, que es van mantenir durant tot el Renaixement i principis del segle XVII.

El procés morbós individual es comença a anomenar *casus*, i d'aquesta manera apareix la història clínica del renaixement: *observatio*.

El canvi de mentalitat de l'home del Renaixement va fer que la història clínica es convertís en un relat precís, objectiu, que acabava amb una reflexió diagnòstica i les indicacions terapèutiques. Es feia menció de l'*exitus* en el sentit de sortida cap a la curació o cap a la menció de la mort (*exitus letalis*).

L'exploració anatòmica de cadàvers va començar a Alexandria al s. III aC, i al segle XVII la pràctica de l'autòpsia es va generalitzar, i l'**informe anatomopatològic** va arribar a ser freqüent com a final de la història clínica.

La lesió anatomopatològica va esdevenir una troballa que es va convertir en la clau diagnòstica. Aquest diagnòstic, en ser *post mortem*, va esdevenir d'utilitat per a la humanitat, però no va aportar cap benefici al malalt.

Seguint la tendència de l'època, es va afegir una clara visió estètica millorant l'estil literari i incorporant coherència narrativa en la descripció.

En el context de l'edat moderna cal destacar la **història clínica de Thomas Sydenham** (1624-1689), anomenat l'Hipòcrates anglès, que va redactar meticulosament les històries individuals dels seus pacients i va reunir la seva àmplia experiència clínica en l'*Observationes medicae*, en el pròleg del qual va exposar un programa per construir una nova patologia basada en la descripció de totes les malalties tan gràfica i natural com sigui possible, ordenant els casos de l'experiència clínica en espècies, igual que feien els botànics de l'època.

Sydenham fa algunes aportacions importants:

- Descriu i anomena amb precisió els símptomes i signes, i els classifica en:
  - Patognomònics o peculiars (propis de la malaltia).
  - Constants (apareixen sempre, però no són propis).
  - Accidentals (afegits per la naturalesa del malalt mateix, l'edat, el sexe, el temperament, altres malalties, etc.).
- Defineix les grans síndromes.
- Ordena els símptomes en el temps per la velocitat d'instauració:
  - Agut.
  - Crònic.
- Ordena els símptomes en el moment en què apareixen (**curs clínic**).

El metge neerlandès **Herman Boerhaave** (1668-1738) va ser qui va difondre i estructurar la història clínica en cinc capítols: descripció del pacient, antecedents, malaltia actual, curs de la malaltia i inspecció del cadàver.

Al llarg del segle XVIII es va desenvolupar el "mètode anatomoclínic", en què apareix la lesió anatòmica com a fonament de la malaltia i sorgeix la necessitat de trobar la dada explicativa *premortem*.

També amb el desenvolupament del microscopi es va descriure la cèl·lula, i així va començar la histologia.

#### 7.1.4 Edat contemporània

Amb l'inici de l'anestèsia es van descobrir tècniques d'obtenció de teixits i així es va diagnosticar i pronosticar l'existència, el lloc i el tipus de malaltia.

Al llarg del segle XIX es van començar a mesurar símptomes i signes amb precisió gràcies a les tècniques de percussió (Corvisant) i auscultació (Laenec), i van aparèixer nous invents com el termòmetre, l'estetoscopi i l'esfigmomanòmetre, molt útils per al diagnòstic.

Es va començar la **inspecció d'òrgans interns** mitjançant tècniques òptiques com l'espècul vaginal, l'oftalmoscopi i l'otoscopi. Es va desenvolupar la microbiologia i al laboratori, tècniques per a l'obtenció de signes clínics; també van començar a fer-se proves funcionals.

Amb aquesta mentalitat fisiopatològica, la història clínica va guanyant riquesa descriptiva, precisió i coherència interna.

A principis del segle XX va néixer la **psiquiatria**, de manera que va començar a prendre importància la visió que té el pacient del fet d'emmalaltir, de la seva pròpia malaltia, i la influència que això pot tenir en el curs de la malaltia. Adquireix llavors extraordinària importància l'**anamnesi** i la seva interpretació, així com la interrelació entre el metge i el pacient.

Tot el segle XX es caracteritza per l'extraordinari desenvolupament tecnològic, començant per la radiologia, que és la primera de les tècniques de **diagnòstic per imatge**, que va multiplicar de manera exponencial les **exploracions complementàries**.

Es desenvolupen les especialitats mèdiques i la inclusió dins de la història clínica d'**informes de proves especialitzades**.

Arran fonamentalment de la **Segona Guerra Mundial** va adquirir gran importància i relleu la **infermera** com a professional dedicada a proporcionar les cures necessàries per recuperar i mantenir la salut, i en l'últim quart del segle XX s'organitzen i es regulen les seves funcions, documentant i recollint de manera paral·lela a la història mèdica els registres d'infermeria.

El 1990, el Parlament espanyol va aprovar la Llei del medicament, que va consolidar els serveis de farmàcia com a unitat bàsica per a l'ús racional del medicament, i es van generalitzar els **documents de prescripció i administració de medicaments**.

Tot això va convertir la història clínica en un **document multidisciplinari**, ja no elaborat per un sol metge, sinó per múltiples professionals que assisteixen el pacient.

També durant la segona meitat de segle XX, i com a corrent general a tot Europa, va començar la creació de **serveis nacionals de salut** que proporcionen cobertura sanitària pública als treballadors, i amb això la construcció de grans hospitals. La història clínica deixa de ser llavors propietat particular del metge (tema encara en debat). Es creen els serveis de documentació i custòdia, on s'arxiven ordenats per episodis els contactes del pacient amb el sistema públic de salut, amb la qual cosa augmenta considerablement la informació que el relat patogràfic ens proporciona de cada pacient, i es proporciona una perspectiva legal.

## 7.2 Concepte d'història clínica

En l'última dècada del segle XX, i influïts pel corrent americà basat en la sanitat privada, sorgeix la perspectiva jurídica de la història clínica, que es converteix en un **document legal d'obligat compliment**.

La tendència paternalista de l'assistència sanitària canvia reforçant l'autonomia del pacient. Comencen llavors a elaborar lleis que augmenten el protagonisme del pacient en el seu propi relat patogràfic i en la presa de decisions, sorgint el **document de consentiment informat** i el **registre de testament vital**.

Atès que conté **informació privada**, ha de garantir la intimitat del pacient, està subjecta a la **Llei de protecció de dades i al secret professional**; ha de ser elaborada amb la finalitat de protegir i preservar la salut del pacient, però pot també ser utilitzada per a la **investigació i docència**, entès, així, també per les lleis, la necessitat de la història individual del pacient com a mètode científic per al desenvolupament i aprenentatge de la medicina. No només això, sinó que s'extrapola a la informació sanitària per poder portar a terme **polítiques sanitàries** i de gestió de centre que augmenten la qualitat de manera sostenible i equitativa.

Els continguts, les funcions i els usuaris de la història clínica estan recollits en la seva pròpia definició. Hi ha diferents definicions de la història clínica recollides per diversos autors:

- “El document fonamental del saber mèdic on es recull la informació confiada pel malalt al metge, per obtenir el diagnòstic, el tractament i la possible curació de la malaltia” (Laín Entralgo, 1974).
- “El substrat material que recull i guarda la relació professional entre el metge i el malalt que voluntàriament demana la seva ajuda (Comissió Interhospitalària d'HC de l'INSALUD, 1989).
- “Narració completa de l'experiència del metge en la seva relació tècnica amb un malalt determinat” (*Gran Enciclopèdia Catalana*, 1992).
- “Informació o conjunt de documents resultants de la pràctica assistencial realitzada entorn d'un individu concret, qualsevol que sigui la naturalesa física del document que suporti la informació” (Huffman, 1981).
- “Memòria escrita de totes les informacions que fan referència a un malalt, contínuament posada al dia i on la seva utilització és alhora, individual i col·lectiva” (Roger, 1982).
- “La història clínica —un altre nom: patografia— és el relat tècnic de l'experiència diagnòstica i terapèutica del metge davant d'un cas individual de la seva pràctica: si es vol, el fragment de la biografia del malalt corresponent a la seva malaltia, tal com el metge la veu”.
- “Conjunt de documents en què s'obtenen dades, valoracions i informacions de qualsevol tipus sobre la situació i evolució clínica d'un pacient al llarg del seu procés assistencial” (Ministeri de Sanitat i Consum, 2000).

La definició actualitzada d'HC i que té en compte tant la situació tecnològica com els conceptes de salut, malaltia i equip assistencial multidisciplinari és: **conjunt de documents, en qualsevol tipus de suport, en què es registren els fets relatius a la salut-malaltia d'una persona i l'activitat dels professionals sanitaris relacionada amb aquests fets. Això permet, en cada moment, disposar d'un relat global de l'atenció prestada.**

La història clínica, conjunt de documents resultants de l'assistència a un malalt concret, s'origina amb el primer episodi de malaltia o control de salut en el qual s'atén el pacient, ja sigui a l'hospital o al centre d'atenció primària, o en un consultori mèdic. La història clínica està inclosa dins el camp de la semiologia clínica.

Conté les dades clíniques que tenen relació amb la situació actual del pacient, signes i símptomes, i incorpora les dades dels seus antecedents personals i familiars, els seus hàbits i tot allò vinculat amb la seva salut biopsicosocial. També inclou el procés evolutiu, el tractament i la recuperació.

No es limita a ser simplement una narració o exposició de fets, sinó que inclou en una secció a part dels judicis clínics, els documents, els procediments, les informacions i el consentiment informat. El consentiment informat del pacient, que s'origina en el principi d'autonomia, és un document on el pacient deixa registrat i signat el seu reconeixement i acceptació sobre la seva situació de salut i/o malaltia i participa en la presa de decisions juntament amb el professional de la salut.

És, a més a més, un document d'arxiu i de prova i que legalment s'ha d'arxivar durant uns períodes de temps legiscats. Com que és un document legal d'arxiu i està constituït per diversos documents, es parla també d'expedient (sèrie de documents respecte a un mateix tema, en aquest cas la salut d'una persona).

### 7.3 Funcions i usuaris de la història clínica

De les diverses definicions de la història clínica es desprèn la seva funció principal, que és l'assistencial. L'assistència al pacient va augmentant l'expertesa dels professionals sanitaris i el seu coneixement científic en general, la qual cosa fa que esdevinguin altres funcions derivades d'aquest coneixement i s'ampliï el ventall d'usuaris.

#### 7.3.1 Funcions de la història clínica

La principal funció és la **clínica i assistencial**, és a dir, el registre dels fets relatius a la salut-malaltia d'una persona i l'activitat dels professionals sanitaris relacionada

amb aquests fets. La HC ha de garantir les necessitats d'informació de tipus assistencial.

Conté les dades per al diagnòstic, el tractament i seguiment de l'evolució del pacient al curs clínic. En aquest sentit, és una **eina per al professional sanitari**, ja que li serveix de suport per aplicar el mètode científic en l'assistència al seu pacient (semiologia).

La HC té la funció de ser un **vehicle de comunicació entre els diversos professionals i nivells assistencials** implicats en l'assistència del pacient. Això sobretot gràcies a la història clínica electrònica compartida, que millora i facilita el contínuum assistencial i evita la duplicitat de proves.

De la quantitat d'informació que es va generant en l'atenció als pacients, els professionals sanitaris, amb la seva pràctica repetida, van adquirint expertesa, que es tradueix finalment en coneixement, que pot contribuir a millorar l'assistència de casos semblants.

Així, cal destacar la **funció científica i docent**, per tal com esdevé una base de dades que facilita la investigació i la formació inicial i continuada dels professionals sanitaris. Permet millorar l'assistència de pacients de casos semblants.

Facilita la presa de decisions en casos semblants o anteriors i permet **establir guies i protocols** basats en *l'evidència científica*.

De la mateixa manera, proporciona moltes dades per als estudis mèdics, sanitaris i epidemiològics; per tant, té una **funció en investigació i epidemiologia**. És important el context de la informació que aporten les històries clíniques. Es poden establir relacions entre les malalties que es donen a la zona de cobertura dels pacients del centre i els factors que poden influir. Per exemple, casos d'asma en una zona industrial. La incidència o prevalença de determinades malalties poden ajudar, per exemple, a la detecció de brots de malalties infeccioses.

#### **Situació de pandèmia**

Hem pogut viure la situació de pandèmia per la COVID-19. Els centres sanitaris tenen l'obligació de fer tota la cessió d'informació que els sigui exigida sota l'empara de l'interès públic, dirigida a la prevenció o a la protecció de la salut en situacions d'urgència o de risc greu i imminent per a la salut de les persones.

La HC és de gran utilitat per a l'**avaluació de la qualitat de l'atenció**, així com per a la **planificació i la gestió de recursos** sanitaris. No només a nivell de centre sanitari, sinó que a nivell dels serveis sanitaris que ofereixen les administracions als seus ciutadans. La història clínica electrònica evita duplicitats en les proves i no només millora l'atenció al pacient, evitant-li les molèsties, sinó que permet una millor gestió dels recursos.

És un document medicolegal i per tant té una **funció jurídica i legal**. En aquest sentit, mostra el procés d'atenció. És *prova de fet* gràcies al registre de tota la informació generada en l'assistència, i pot ser clau en reclamacions, investigació en algun crim, etc. En cas de lesions per agressió, és el document que les registra. També és un registre de la capacitat intel·lectual en el cas de testament i conflictes amb hereus.

Recordeu el document de la HC que contribueix a la vigilància de malalties infeccioses: la declaració de malalties obligatòries, estudiat a la lliçó 4.



En ser un document d'arxiu, passat un temps esdevé part del patrimoni, la qual cosa el dota d'una **funció patrimonial** en formar part del fons històric i documental. Hem vist anteriorment que el fons històric té valor per al coneixement humà, forma part del patrimoni.

Amb les noves tecnologies es desenvolupen noves funcions, i podríem afegir que compleix una **funció d'autoconeixement o autocura responsable**. L'accés a la història clínica per part del pacient, i noves aplicacions derivades de la història clínica electrònica (HCE), com "La Meva Salut" (que es pot portar al mòbil) o altres dispositius i *wearables* que connecten directament amb la HCE, col·labora en el fet que el pacient tingui coneixement al seu abast de la seva pròpia salut en qualsevol moment. Aquest fet augmenta la responsabilitat en la seva autocura i/o manteniment o millora de la seva salut.

### 7.3.2 Usuaris

Són usuaris de la HC els **professionals sanitaris** que participen en l'*atenció al pacient*. No només els metges (que treballen en equip per un mateix episodi o procés) implicats en el diagnòstic o tractament del pacient, sinó també les infermeres, els odontòlegs, els fisioterapeutes, etc. Altres professionals sanitaris que es poden considerar usuaris de la HC són les i els professionals de la salut responsables dels establiments sanitaris d'oficines de farmàcia, farmacioles, òptiques, ortopèdies o establiments d'audiopròtesis, que podran tenir accés a la informació clínica pertinent i necessària en compliment de les seves obligacions de cooperació en el seguiment dels tractaments mèdics o facultatius.

Els professionals **sanitaris i no sanitaris** implicats en la *gestió del pacient* són usuaris de la HC, tot i que aquests únicament tindran accés a les dades relacionades amb tasques administratives i de gestió del procés assistencial.

#### **Professional sanitari tècnic en documentació sanitària**

Cal destacar en aquest punt el **tècnic superior en documentació i administració sanitàries (TDAS) com a professional sanitari tècnic**, categoria que justificaria l'accés a la HC dels pacients, per exemple, en el tractament del document de l'informe clínic d'alta per a la codificació. Moltes vegades ha d'accedir a la HC del pacient per trobar alguna dada que li falti o necessiti per trobar el codi adequat de procediments i diagnòstics. Fem èmfasi en el fet que és un professional sanitari i usuari de la història clínica per al seu tractament documental i altres funcions que li són pròpies.

També els professionals sanitaris que tenen la finalitat de portar a terme estudis epidemiològics d'investigació o docència. Per exemple, un metge pot necessitar informació dels pacients que tenen determinada malaltia i fer un estudi sobre l'edat en què es diagnostica.

Altres usuaris són:

- El **personal de l'Administració sanitària** que exerceix funcions d'inspecció.

- L'**autoritat judicial**, quan estigui justificat.
- El mateix pacient, que té els drets ARCO (accés, rectificació, cancel·lació i oposició) sobre la seva HC.
- Els familiars o representants legals del pacient.
- I d'altres, com mútues, clíniques privades, centres concertats o personal que participa en les auditories internes per motius de qualitat.

L'accés a la HC d'aquests usuaris està regulat pels mecanismes que imposin les diverses comunitats autònomes i per les normes de cada centre basades en l'actual Llei de protecció de dades i les que estableixi l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

### 7.3.3 Propietaris de la història clínica

De qui és propietat la HC? Del pacient? Del metge que l'elabora? Del centre sanitari?

Aquest és un tema controvertit i molt debatut. Es podria dir que és del **pacient**, perquè la HC conté informació de la seva salut. La Llei 21/2000 diu que *el titular de la informació de la HC és el pacient*.

Per altra banda, és un document original que ha estat *elaborat pel metge* (hem definit la HC com la narració completa de l'experiència del metge ) i esdevé la seva eina de treball i la font del seu coneixement i saber científic.

Segons la normativa, el **centre sanitari** és el responsable de la seva custòdia, per tal com el pacient és atès per un equip pluridisciplinari. És responsable a més a més del tractament de les dades, i en aquest sentit és qui administra i gestiona aquesta informació. Els professionals del centre van i venen, i uns són substituïts per d'altres en el decurs del temps i per tant la institució és la responsable.

La mateixa norma estableix que el centre ha d'emmagatzemar les històries clíniques en instal·lacions que en garanteixin la seguretat, la conservació correcta i la recuperació de la informació.

Què passa quan el centre deixa la seva activitat? No es pot perdre la garantia dels drets del pacient envers la seva informació de salut. En aquest cas, els **departaments de salut** o altres institucions de l'Administració prenen aquesta responsabilitat de custòdia d'aquest document.

Hom podria projectar que amb l'aparició de la HCE, a la qual es pot accedir des de diversos centres, es comencen a desdibuixar els límits de la HC circumscrits al centre sanitari on és atès el pacient cap a altres institucions centralitzades.

De les noves tecnologies brollen noves possibilitats, i potser podria donar-se la possibilitat que el pacient sigui el gestor de la seva HC, sent el custodi del seu

expedient i portant-lo amb aplicacions interoperables, de manera que allà on vagi a parar, tant si és un centre privat com públic, local, nacional o internacional, la pugui cedir per a la seva atenció.

## 7.4 Característiques de la història clínica

Les principals característiques de la HC són:

- Univocitat.
- Seguretat.
- Veracitat.
- Confidencial.
- Integrativa i acumulativa.
- Recuperable.
- Comprensible.
- Legal.

### 7.4.1 Univocitat

Cada pacient ha de tenir una HC única. Com a mínim, en cada centre sanitari. Tots els documents que es generin de l'atenció al pacient s'han d'emmagatzemar en un únic expedient.

Amb la HC electrònica, la pretensió és que la HC sigui compartida per diversos centres en què ha estat atès el pacient. D'aquesta manera s'evitarien repeticions de proves i es podria tenir informació del pacient des de qualsevol punt d'assistència, la qual cosa afavoreix el contínuum assistencial (seguiment del pacient en diversos nivells d'atenció, primària i especialitzada).

Encara ara és un problema la identificació del pacient i la duplicitat d'històries clíniques. Cal establir sistemes de comprovació, i en aquest sentit és important l'identificador de la HC, que té les característiques següents:

- S'usa per evitar duplicitats i confusions en la HC.
- És recollit al fitxer mestre de pacients.
- És assignat pel SADC.
- Consta a la història clínica, en els seus documents, informes, etiquetes de proves i polseres o dispositius identificatius en l'ingrés del pacient.

- Acostuma a ser un nombre seqüencial generat pel sistema informàtic.
- De vegades s'usen altres identificadors, com DNI, número TSI, combinacions de xifres i lletres (data de naixement i cognoms).

En el cas que es trobin dues històries clíniques del mateix pacient caldrà fer una reunificació i vinculació. Els números no desapareixen del fitxer mestre de pacients, però caldrà fer la unificació amb el sistema que estableixi el centre.

De tant en tant, amb noms dubtosos, caldrà fer creuaments per fer comprovacions. És una de les tasques que desenvolupa del SADC.

#### 7.4.2 Seguretat

La HC s'ha d'arxivar de forma segura però facilitant-ne l'accés als que legalment ho puguin fer, evitant-ne la destrucció o pèrdua accidental.

Ha de permetre la identificació dels professionals que intervenen en els processos assistencials. L'accés a la història clínica està restringit segons el perfil de seguretat del professional.

#### 7.4.3 Veracitat

La informació que conté la HC ha de ser **veraç, pertinent i oportuna**. És a dir, no ha de mostrar mentides ni informació de més que no calgui recollir per als efectes que es persegueixen. Sí que ha de recollir la informació necessària.

Per exemple: un informe que diu que la pacient viu amb un fill que té un trastorn psicològic. Quan el fill veu aquest informe i que s'ha recollit informació d'ell sense ser contrastada, denuncia els fets. Fins a quin punt era necessari posar aquesta informació? Era pertinent? Quina veracitat té?

Es pot dir que ha de ser objectiva. Tot i així, s'hi poden fer constar apreciacions o anotacions subjectives o informació aportada per tercers. Aquests continguts no estan exempts de controvèrsies, i la seva necessitat és molt discutible.

#### 7.4.4 Confidencial

La HC conté informació molt personal, i en aquest sentit es pot considerar privada (només hi tindran accés el pacient i els professionals que l'atenen). Cal tenir clar el paper dels familiars quan hi poden tenir accés, que és sempre, tret que el pacient no ho prohibeixi.

Tot i així, legalment, es considera un document públic perquè és prova de fet i està elaborat per personal funcionari o eventual al servei de l'Administració. Per aquests matisos es parla de *document semipúblic*.

#### 7.4.5 Integrativa i acumulativa

La HC és integrativa perquè recull tota la informació relacionada amb el procés assistencial, encara que sigui de diversos nivells o serveis, i de forma completa (ha de contenir tots els documents exigibles).

I és acumulativa perquè al llarg del temps s'hi va afegint informació que s'emmagatzema per tal de ser font d'informació en successives consultes.

#### 7.4.6 Recuperable

La HC ha de ser recuperable fàcilment i ha d'estar disponible quan es necessiti.

Això és complicat amb la HC en suport de paper. Hores abans de la consulta calia anar a buscar a l'arxiu les HC que es farien servir, i després s'havien de retornar. Això comportava una sèrie de circuits de les HC que consumien molt de temps i personal. En tot el moviment de les HC es corria un risc de pèrdua i de duplicitats més gran.

Actualment, amb la HC electrònica, la recuperació de la informació és instantània, i el metge, des de la seva estació de servei, hi té un accés immediat.

#### 7.4.7 Comprensible

La HC ha de ser **llegible**, i la lletra ha de ser clara. Aquesta característica actualment es dona sempre, atès que es fan servir mètodes digitals. Però abans, i potser actualment, algun document que la compon es feia manuscrit i era difícil de llegir per la lletra dels metges.

La comprensió de la informació no només es refereix a la llegibilitat, sinó que també cal que sigui fàcilment interpretada pel seu interlocutor. En aquest sentit, cal **evitar l'ús excessiu d'acrònims** que dificulten la seva interpretació. Es recomana confeccionar glossaris terminològics en el cas que els usuaris siguin professionals. Els informes de la HC han de tenir un llenguatge que pugui ser entès pel pacient i altres usuaris.

Ha de permetre la **simultaneïtat dels registres**: La realització de la HC cal fer-la de manera simultània a la realització de l'assistència al pacient. S'anirà omplint de forma seqüencial i ordenada els successos que es van presentant.

### 7.4.8 Legal

Una característica que determina el seu contingut és que està **regulada per normativa**, es considera un **document legal**.

**Obligatorietat:** és obligatori deixar registre de la intervenció sanitària a un pacient segons la Llei general de sanitat de 1986:

- Excepcions: els nadons no patològics.
- Realització de proves o exploracions sol·licitades des d'un altre centre.
- Els pacients atesos a urgències que no requereixen continuïtat d'estada a l'hospital. Tot i així és obligatori un informe d'urgències, que cal entregar al pacient, i una còpia que ha d'arxivar el centre, que de vegades s'entén com la història clínica d'urgències.

## 8. Tipus i característiques de la història clínica

Durant molt de temps, la *història clínica hospitalària* ha tingut un protagonisme important en la documentació mèdica, tot i que el suport en paper condicionava el seu model tradicional. Cada vegada més, l'assistència primària i comunitària i l'atenció basada en la persona va prenent un protagonisme més gran en les polítiques de salut i va perfilant altres models d'història clínica (HC). En aquests nous models es tenen en compte no només les dades dels episodis assistencials, sinó també el context biològic, psicològic, social i espiritual de les persones. Si afegim el desenvolupament de les tecnologies digitals ens podem trobar amb models que van evolucionant i incorporant noves dimensions a la història clínica.

Potser arribarà un dia en què la disgregació dels models tendirà a acoblar-se en un sistema modular interoperable que conformarà una història de salut única universal. Però això últim és de moment una visió, tot i que està en desenvolupament, segons marca l'actual Pla de salut de Catalunya (2021-2026).

Cal destacar que la situació de pandèmia d'aquests dos últims anys han impulsat aquest desenvolupament tecnològic. Gràcies a la necessitat de la teleconsulta i que la persona intervingués i es responsabilitzés de la seva pròpia salut s'ha generalitzat, almenys a Catalunya, l'ús de l'aplicació "La meva Salut".

Els tipus d'HC es poden classificar documentalment segons tres criteris:

- El suport.
- L'estructuració dels continguts.
- El tipus d'atenció o centre sanitari.

Això no vol dir que a la pràctica no es donin altres formes o solucions intermèdies. I, com ja hem comentat, solucions integradores.

### 8.1 Tipus d'història clínica segons el suport

Segons la Llei 21/2000, les històries clíniques es poden elaborar mitjançant suport paper, audiovisual i informàtic, sempre que es garanteixin l'autenticitat del contingut i la plena reproductibilitat futura. En tot cas, cal garantir que resten registrats tots els canvis i identificats els metges i els professionals assistencials que els han fet.

La història clínica és un document primari (conté informació sobre un fet, original) que conté a més a més un conjunt de documents. Segons el seu suport i registre podríem definir dos tipus d'històries clíniques:

- HC en suport paper. Actualment en desús, tot i que encara hi ha centres en procés de digitalització.
- HC electrònica.

En l'apartat 5 de la lliçó 1 podeu trobar continguts relacionats amb els elements dels documents: suport, informació i registre.

### 8.1.1 HC en suport paper

Les històries clíniques confeccionades en suport paper actualment estan **en desús**. En general, encara s'han de gestionar alguns documents en suport de paper que cal que siguin arxivats, perquè són documents amb **signatura original** i tenen implicació legal. Encara que es digitalitzin i s'incorporin a la HC digital o electrònica s'han de conservar (l'original) i arxivar adequadament. A banda d'aquest fet, encara hi ha alguns establiments que tenen als seus arxius històries clíniques en paper, perquè encara estan en **procés de digitalització**.

Les històries clíniques en suport paper estan constituïdes per fulls que es van acumulant en una carpeta, i als hospitals s'arxiven en sobres per a la protecció i contenció de la carpeta.

Els fulls s'omplien **a mà** a partir de **formularis ja impresos**, que eren models normalitzats. Això implica un desavantatge respecte a l'electrònica quant a llegibilitat, ja que pateixen deteriorament amb el temps, degradació del paper, humitat, pols, insectes, etc.

Poden ser reproduïdes o refer-se parcialment sense comprovacions, i en qualsevol moment s'hi pot afegir informació o treure'n, és a dir, són alterables, no queda registre de qui ha tingut accés en un moment determinat.

Des que s'originen, aquests fulls van seguint un circuit que en complica l'accessibilitat, i existeix el risc que es perdin. El dia abans s'havien de sol·licitar a l'arxiu, es repartien pels diversos serveis o consultes i després s'havien de retornar. Això implicava més risc de duplicitats, perquè moltes vegades, si no es trobaven, se'n feien de noves.

La HC tradicional o en paper està constituïda per una carpeta que conté els documents que es van acumulant al llarg dels diversos episodis assistencials del pacient. Consta de:

- Sobre contenidor
- Carpeta
- Fulls dels documents de la HC: full clinicoestadístic, anamnesi, exploració física, curs clínic, ordres mèdiques, full d'infermeria, informe clínic d'alta, consentiments informats, etc.

En la UF2 podeu trobar continguts relacionats amb la conservació de les històries clíniques i els arxius clínics.



### 8.1.2 HC en suport electrònic

La HC en suport electrònic o informatitzada passa per diversos models en funció de l'evolució de la tecnologia. A continuació es recullen, per ordre de desenvolupament, els diferents tipus:

- **Història clínica automatitzada** (*automated medical record*): es manté un gran volum de contingut en paper. La informació es mecanitza seguint la mateixa lògica que en el format paper. La informació mecanitzada és sobretot administrativa. Persegueix la racionalització dels processos de gestió de pacients i té un nivell de seguretat baix.
- **Història clínica digital** (*computerized medical record system*): es digitalitza el conjunt dels documents de l'HC en paper. La HC és accessible des d'ordinadors un cop indexada. Es manté la lògica del format paper.
- **Història clínica electrònica** (*electronic medical records*): l'estructura lògica de la informació s'adapta a les possibilitats de l'ordinador. La informació és en bases de dades relacionades. El centre disposa d'infraestructura general i normalitzada per a l'entrada, el tractament i l'emmagatzematge de la informació. Permet la interacció entre el professional i el coneixement existent en el sistema, mitjançant l'ajuda a la presa de decisions. És encara un sistema tancat. Requereix un sistema únic per al conjunt de l'organització, mecanismes de seguretat desenvolupats i estacions de treball suficients.
- **Història clínica basada en ordinadors** (*electronic patient record system ERP* o *electronic medical record, EMR*, en anglès): la HC descrita en el punt anterior es pot relacionar amb altres HC del pacient d'altres centres o períodes temporals (registre longitudinal dels fets de salut d'un individu). Hi poden accedir persones autoritzades per utilitzar-la en qualsevol moment (és possible l'accés remot i simultani). Es pot vincular a bases de dades de coneixement, bibliografia, etc., tant remotes com locals. És un sistema obert que requereix identificació única de pacients (internacional), compatibilitat i operabilitat en els sistemes d'informació, vocabulari i estructura de dades normalitzats a escala internacional i sistemes de seguretat homogenis (consuats internacionalment).
- **Història electrònica de salut** (*electronic health record, EHR*, en anglès): es pot afirmar que es tracta de la història clínica del futur en el nostre entorn, i ja és una realitat en alguns mitjans i països. En els últims anys s'han donat dues circumstàncies que fan possible aquesta última fase de desenvolupament de l'HCE:
  - Internet( requisit tecnològic bàsic).
  - Canvi de paradigma en la manera d'entendre la relació de l'usuari amb el sistema sanitari. L'usuari deixa de ser un subjecte passiu en la relació amb els professionals i passa a ser ciutadà actiu amb capacitat d'interacció amb el sistema.

Aquests dos factors configuren un escenari en el qual el mateix usuari intervé en la seva HC i la pot controlar. S'hi incorpora qualsevol informació relativa a la salut i no sols la generada per la interacció amb l'equip sanitari, tals com hàbits de salut, ús de teràpies alternatives i dades socials.

La informatització de la història clínica és, si més no, un repte organitzatiu. A continuació s'exposen alguns dels avantatges i inconvenients de la història clínica electrònica més rellevants:

- Com a avantatges de la informatització tindríem:
  - Accessibilitat: disponibilitat immediata, permet usuaris simultanis i treball multidisciplinari.
  - Hi sol haver més ordre i llegibilitat de la informació.
  - Permet sistemes d'ajuda a les decisions clíniques en el moment en què es prenen (interaccions farmacològiques, evidència científica, etc.).
  - Permet complir millor la legislació vigent: permet assegurar la confidencialitat i la seguretat dels registres mitjançant claus d'accés a les dades que cada professional necessiti segons el lloc de treball i competències. També mitjançant controls d'accés i registre de qualsevol consulta i/o canvi fets.
  - Permet la integració del procés assistencial mitjançant la transmissió o continuïtat d'informació adequades entre professionals.
  - Permet la sistematització del registre, amb la qual cosa es disminueix la variabilitat interprofessional, sempre que s'arribi a un equilibri entre l'homogeneïtat i l'adaptació de l'aplicació utilitzada.
  - Permet gestionar el procés assistencial, evitant la duplicitat de proves diagnòstiques, accés als seus informes...
  - Pot facilitar la recollida i recuperació posterior de dades, amb la qual cosa en permet l'explotació.
  - Disminueixen (molt a llarg termini) les infraestructures i els recursos destinats a la gestió de la història clínica en suport paper.
- Pel que fa als inconvenients:
  - Problemes informàtics: requereix atenció continuada d'informàtics perquè el sistema no falli. Calen suficients ordinadors i actualitzats.
  - Requereix una inversió econòmica important.
  - Requereix formació dels professionals, que a vegades no volen aprendre o requereix una inversió en temps difícil d'assumir. Caldria replantejar nous perfils professionals que facilitessin la tasca mèdica. El tècnic en documentació sanitària hi podria contribuir com a escriptor mèdic.
  - Requereix compatibilitat dels sistemes d'informació entre els diferents centres o nivells assistencials.
  - Requereix el compromís i suport de les direccions dels centres.

- Requereix adaptació del personal sanitari. Vèncer la resistència al canvi.
- Requereix un gran esforç de definició i regularització dels circuits d'informació i els seus documents clínics.
- Cal la participació multidisciplinària, que sovint és difícil i costosa. S'ha d'arribar a consensos i acords per adaptar l'aplicació informàtica a la feina dels professionals sense comprometre l'homogeneïtat i la necessitat mínima d'informació.
- Un ordinador no substitueix mai una persona. Els ordinadors no pensen i no són intel·ligents. Les noves tecnologies permeten arrossegar informació d'altres processos, copiar i enganxar, etc., i això afavoreix que apareguin errors. Es cometen més errors escrivint en un ordinador que a mà, i es llegeix menys. Comproveu què feu amb un article d'una revista en línia quan de veritat el voleu llegir. L'imprimiu?
- Interacció persona-ordinador.
- Requereix un gran treball de definició de perfils d'accés i un circuit àgil que proporcioni els perfils adequats als professionals quan els necessitin.
- Requereix un canvi de mentalitat: alguns creuen que la utilització de la HCE afecta molt la relació metge-pacient, perquè molts professionals no estan acostumats a utilitzar ordinadors.
- Hi hauria d'haver més estandardització en estructura i contingut. Actualment, cada centre, comunitat, país, opta pel seu model propi.

## **8.2 Tipus d'HC segons l'estructuració dels continguts: història clínica clàssica i orientada a la font**

Actualment, des del punt de vista de la estructuració de la informació, existeixen dos models d'història clínica: el model tradicional i el model estructurat per problemes.

Hi ha una tendència de la història de salut que integra no només problemes de salut, sinó també totes les dimensions de salut del pacient (benestar biològic, psicossocial i social de manera contextualitzada entorn de la persona).

### **8.2.1 Història clínica clàssica o tradicional**

La història clínica clàssica o tradicional té una estructura formal fixada des del segle XVIII. És la que es coneix com a model a la major part dels hospitals, i és la mateixa que es dona a la HC en paper.

La informació envers el pacient es recull en els següents blocs:

- Anamnesi
- Judici clínic previ (o impressió diagnòstica)
- Evolució clínica
- Proves complementàries
- Procediments diagnòstics i terapèutics
- Judici diagnòstic

Parteix de l'anamnesi inicial i estableix una impressió diagnòstica i una pauta d'actuació sobre el pacient, amb la documentació progressiva de tots els coneixements i tots els resultats obtinguts.

Aquest model s'ha mantingut durant 200 anys, perquè és d'elaboració senzilla. El clínic reflecteix les seves observacions segons l'esquema après a la seva formació, prenent nota dels fets tal com se succeeixen segons una seqüència cronològica.

Totes les dades porten un **ordenament cronològic**. A nivell documental hi ha dues formes d'ordenar els documents en aquest model:

- Per episodi assistencial, i aquests de forma cronològica.
- S'ordena per tipus de documents, i aquests per dates. Per exemple: totes les anamnesis de tots els episodis juntes i ordenades per data d'episodi.

L'inconvenient principal és l'organització de la informació:

- Per comprendre la situació global d'un pacient cal llegir totes les anamnesis o tots els fulls d'evolució.
- És difícil establir relacions entres les diverses actuacions de l'assistència al pacient. És difícil de veure quin ha estat el procés de decisió clínica.

Aquest model tradicional és el que fonamentalment se segueix amb el suport en paper. La tasca arxivística es complica quant a l'accés a determinades dades sol·licitades per usuaris i la seva recuperació, atès que cal llegir tota la HC. Encara avui dia hi ha HC en paper d'institucions que no han seguit la seva activitat i que l'Administració ha hagut de fer-se'n càrrec. Hi ha usuaris que demanen informació, i per la normativa actual d'accés a la informació cal donar-hi compliment. Per altra banda, la nova llei d'arxius ha fet que no es puguin destruir determinats documents per considerar-se històrics, i això ha passat amb moltes HC conservades en format paper.

### 8.2.2 Història clínica orientada a la font o per problemes (HCOP)

El 1969, L. Weed va proposar una nova manera de recollir la informació a la història clínica que consisteix a organitzar la informació del pacient entorn d'una guia que s'anomena **llista de problemes**.

Aquest model està format pels següents blocs:

- **Dades inicials:** procedeixen del primer contacte metge-malalt i constitueix l'anamnesi (informació subjectiva), exploració clínica i exploracions complementàries (informació objectiva).
- **Llista de problemes:** és un inventari dels problemes. En un principi són signes i símptomes que després es van sintetitzant en síndromes i diagnòstics (anàlisi de la informació). Cada problema porta un número d'ordre que servirà de clau per a les informacions que vinguin després.
- **Pla inicial:** descripció de diagnòstics i tractaments per a cadascun dels problemes.
- **Evolució:** full d'evolució de constants, signes i símptomes.

Cada problema indicat amb la seva clau numèrica té notes que s'estructuren en informació subjectiva, objectiva, interpretació o avaluació i tractament o pla del problema (**SOAP**).

L'informe d'alta és concebut com un estudi retrospectiu dels problemes de la llista. Inclou el tractament i la investigació dels problemes, el seu estat en el moment d'alta i els diagnòstics finals.

Aquesta història clínica implica, segons els seus defensors, més rigor en la recollida de dades, amb més atenció cap al malalt, i la seva estructura permet una ràpida consulta. En la realitat, aquesta història clínica exigeix una elaboració esforçada, la qual cosa suposa una pèrdua de temps per estructurar-la.

D'altra banda, sistematitzar les observacions i actuacions i la seva associació als problemes no sempre és fàcil. Aquest model és el que se segueix actualment en atenció primària.

És un model integrador en el qual es poden avaluar i gestionar els processos assistencials des del punt de vista del principi del contínuum assistencial. Està en la línia de les directrius dels plans de millora dels sistemes d'informació assistencials.

### 8.2.3 HC segons el tipus d'atenció o centre sanitari

La **història clínica d'atenció primària** (HCAP) segueix el model de la HC orientada a la font o per problemes (HCOP). La **historia clínica en atenció hospitalària** o especialitzada (HCH) és el model d'història clínica cronològica (HCC).

Les diferències entre la HCH i la HCAP es mostren en la taula [8.1](#):

**TAULA 8.1.** Diferències entre la HC hospitalària i la HC d'atenció primària

	HC hospitalària	Història clínica d'atenció primària
Objectiu	Centrada en la malaltia o episodi assistencial	Centrada en els problemes de salut
Orientació	Al diagnòstic i tractament del motiu que ha originat el contacte o patologia	Identificació i solució dels problemes de salut
Seguiment	Recull dades de forma puntual en l'episodi	Recull dades al llarg del temps (longitudinal)
Activitats o actuacions	Enfocades a la curació	Enfocades a la promoció de la salut i prevenció de la malaltia
Entorn social	Poca importància	Molta importància
Relació metge-pacient	Esporàdica	Contínua

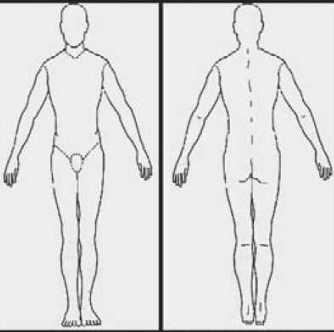
La **història clínica d'urgències** és en realitat un informe clínic d'urgències. És el document on apareix reflectida l'assistència prestada al pacient a urgències i els resultats de les proves realitzades (vegeu la figura 8.1 i la figura 8.2).

**FIGURA 8.1.** Infome clínic d'urgències, full 1

**INFORME CLÍNICO - ASISTENCIAL**

<b>DATOS PERSONALES</b>	<b>Activación</b>	061	<b>Fecha:</b> / /	<b>Hora Atención:</b>	<b>Lugar de Asistencia:</b> Centro <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/>
	<b>Demanda</b>				
<b>INCIDENTE</b>	<b>Motivo:</b>	<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> -Ac.Tráfico <input type="checkbox"/> -Ac.Laboral <input type="checkbox"/> -Otros <input type="checkbox"/> _____ -Amulado <input type="checkbox"/>			
	<b>Población:</b>	Dirección: _____			
<b>DATOS PERSONALES</b>	<b>Datos Paciente</b>	Nombre: _____ Apellidos: _____		Edad: ____	Sexo: ____
		Domicilio: _____		Desconocido <input type="checkbox"/>	
		Teléfono: _____		Localidad: _____	
		Nº T.S.L.: _____		DNI /Pasaporte: _____ Nacionalidad: _____	
<b>C. PERSONALES</b>	<b>Alergias</b>	No disponible <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
	<b>Patologías</b>	Desconocida <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> C.Isquémica <input type="checkbox"/> DLP <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
	<b>Tratamiento habitual</b>	_____			
<b>DATOS ASISTENCIALES</b>	<b>Anamnesis y Exploración Física</b>	<b>Exploración</b>	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<b>P.Complementarias</b>	
		Piel		<b>Tira reactiva Orina</b>	
		Mucosas		Leucos	
		ORL	Orof. <input type="checkbox"/>	Nitritos	
		Otos.		Proteínas	
	Tórax	AP <input type="checkbox"/>	PH		
	AC <input type="checkbox"/>	Sangre			
	Abdomen		C.Cetúlicos		
	EISS		Glucosuria		
	EIII		<b>-EKG</b>		
<b>Exploración Física</b>	<b>Constantes</b>				
	<b>Hora</b>	T.A.	FR	FC	G.C.
<b>Julio Diagnóstico</b>	<b>Curas /Suturas</b>				
	_____				
<b>Plan</b>	<b>Vacuna Antitetánica</b>				
	No Sabe		Bien Vacunado		
<b>Resultado de Asistencia /Destino</b>		<input type="checkbox"/> 4- Alta Voluntaria ó Reverso de traslado/Asistencia			<input type="checkbox"/> 6-Colaboración con otros Servicios:
<input type="checkbox"/> 1-Solución In Situ		<input type="checkbox"/> 5-Traslado al Hospital			<input type="checkbox"/> *Bomberos
<input type="checkbox"/> 2-Equipo de Atención Primaria		<input type="checkbox"/> *Medios propios <input type="checkbox"/> *Ambulancia C			<input type="checkbox"/> *Fuerzas de Seguridad del Estado
<input type="checkbox"/> 3-Exitus		<input type="checkbox"/> *UME			<input type="checkbox"/> *Otros _____
<b>Médico/a SUAP</b>		<b>Enfermera/o SUAP</b>			
Nombre: _____ Firma: _____		Nombre: _____ Firma: _____			
Nº Colegiado: _____		Nº Colegiado: _____			

FIGURA 8.2. Informe clínic d'urgències, full 2

Registro Actuaciones		Medidas Terapéuticas		Zona Lesión											
<b>Valoración</b>	1 <sup>a</sup> 2 <sup>a</sup>	<b>Oxigenoterapia</b>	<input type="checkbox"/> Cánula Nasales <input type="checkbox"/> l/m <input type="checkbox"/> Ventimask <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Nebulización <input type="checkbox"/>		<table border="1"> <tr><th>Tipo</th><td>*5 Fractura Cerrada</td></tr> <tr><td>* 1 Dolor</td><td>*6 Fractura Abierta</td></tr> <tr><td>*2 Contusión</td><td>*7 Amputación</td></tr> <tr><td>*3 Herida</td><td>*8 Quemadura</td></tr> <tr><td>*4 Luxación</td><td>*9 Cuerpo extraño</td></tr> </table>	Tipo	*5 Fractura Cerrada	* 1 Dolor	*6 Fractura Abierta	*2 Contusión	*7 Amputación	*3 Herida	*8 Quemadura	*4 Luxación	*9 Cuerpo extraño
Tipo	*5 Fractura Cerrada														
* 1 Dolor	*6 Fractura Abierta														
*2 Contusión	*7 Amputación														
*3 Herida	*8 Quemadura														
*4 Luxación	*9 Cuerpo extraño														
<b>E.C.Glasgow</b>		<b>Cánula Guedel</b>	<input type="checkbox"/> N° _____												
*Apertura ojos	4 4	<b>Intubación Truqueal</b>	<input type="checkbox"/> N° _____												
Espontánea	3 3	<b>Mascarilla Laringea</b>	<input type="checkbox"/> N° _____												
Voz	2 2	<b>Vía Venosa 1</b>	<input type="checkbox"/> Calibre _____ Localización _____												
Al dolor	2 2	<b>Vía Venosa 2</b>	<input type="checkbox"/> Calibre _____ Localización _____												
Ninguna	1 1	<b>Vía Intraosea</b>	<input type="checkbox"/> Calibre _____ Localización _____												
* Resp.Motriz		<b>Sonda Vesical</b>	<input type="checkbox"/> Calibre _____ Diuresis _____ ml.												
Obedece ordenes	6 6	<b>Sonda NG</b>	<input type="checkbox"/> Calibre _____ Debito _____ ml.												
Localiza dolor	5 5	<b>Monitorización</b>	<input type="checkbox"/>												
Fijación al dolor	4 4	<b>Desfibrilación</b>	<input type="checkbox"/> N° choques _____ J _____ J _____ J												
Flexión anormal	3 3	<b>Marcapasos</b>	<input type="checkbox"/> Fc _____ mA _____												
Ext. Anormal	2 2	<b>Masaje Cardiaco</b>	<input type="checkbox"/> Ventilación <input type="checkbox"/>												
Ninguna	1 1														
* Resp.Verbal															
Orientado	5 5														
Confuso	4 4														
Inapropiado	3 3														
Incomprensible	2 2														
Ninguna	1 1														
<b>Pupilas</b>															
Miosis	<input type="checkbox"/>														
Midriasis	<input type="checkbox"/>														
Mestas	<input type="checkbox"/>														
Reactivas	<input type="checkbox"/>														
Areactivas	<input type="checkbox"/>														
Anisocoria	<input type="checkbox"/>														
<b>Relleno Capilar</b>															
Normal	<input type="checkbox"/>														
Retenido	<input type="checkbox"/>														
Ausente	<input type="checkbox"/>														
<b>Medicación-Fluidoterapia //Dosis //Hora</b>															
<b>Observaciones</b>															
<b>Documentos Médico /Legales:</b> -Parte Judicial <input type="checkbox"/> -Parte Asistencia/Traslado <input type="checkbox"/> -Parte Lesiones <input type="checkbox"/> -Certificado Defunción <input type="checkbox"/> -Otros <input type="checkbox"/> _____															

Siga las instrucciones que le ha dado nuestro personal. Si se modifican, empeoran o aparecen nuevos síntomas o molestias, póngase en contacto con este Servicio llamando al N° de teléfono 061 o acuda de inmediato al Centro de Urgencia más próximo.

Clàssicament, al pacient que acut a urgències i no ingressa al centre hospitalari no se li obre una HC. En el cas que ingressi s'obre la HC i s'hi incorpora l'episodi d'urgències amb tota la documentació que es va generant: full d'evolució, full de tractament, full d'observacions d'infermeria d'urgències, sol·licitud de proves diagnòstiques, com per exemple radiologia, tomografia axial computeritzada (TAC), etc.

Quant a la **història clínica sociosanitària**, és un element comú per a la comunicació entre l'àmbit sanitari i el de la cura social. Actualment es vol integrar la història clínica electrònica amb les dades de tipus social.

No només permet el seguiment de pacients de llarga estada, de convalescència i problemes de salut mental, sinó també d'atenció domiciliària. Per altra banda, integrar a la història clínica tota aquella informació constituïda per dades de tipus social. La salut, en la seva definició, abasta conceptes d'integració no només biològiques i psicològiques, sinó també de tipus social i espiritual.

### 8.3 Requisits legals i normatius de la història clínica

En el seu exercici professional, el metge sempre està lligat a un conjunt de normes legals que el regulen i de normes deontològiques que han de regir la seva conducta professional. Així mateix, la HC té doble vessant de regulació deontològica i jurídica.

Els principis deontològics són:

- Sobrietat: només incloure-hi informació realment necessària per a l'atenció sanitària.
- Transparència en la gestió i accés a la HC (també al pacient).
- Responsabilitat, íntimament lligada amb la no-maleficència per les conseqüències per al pacient d'errors i oblits en el registre de dades privades.
- Protecció universal de totes les dades de tots els pacients de tots els centres.

Vessant jurídica:

- La HC és un document públic/semipúblic, i per tant l'accés està limitat.
- Hi ha obligació legal de fer-la.
- Element de prova tant legal com de qualitat.

La pregunta "A qui pertany la HC?" genera molts problemes. La Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació clínica, diu que els centres o professionals són els responsables de la seva custòdia.

D'altra banda, les dades que conté pertanyen al pacient, i per tant té dret a l'accés, així com a una còpia, sense perjudici del seu dret a la confidencialitat.

La informació dels morts i disminuïts tampoc es pot facilitar a tercers ni familiars, tret que hi hagi risc de salut.

El dret a l'accés està limitat pel dret dels professionals participants en la seva elaboració. Els professionals es poden oposar al dret d'accés i reserva d'anotacions subjectives, tot i que no existeix normativa en aquest sentit.

Altres aspectes que cal tenir en compte són:

- Les històries clíniques es poden elaborar mitjançant suport paper, audiovisual i informàtic, sempre que es garanteixin l'autenticitat del contingut i la plena reproductibilitat futura.
- En tot cas cal garantir que resten registrats tots els canvis i identificats els metges i els professionals assistencials que els han fet.



- Els centres sanitaris han de prendre les mesures tècniques i organitzatives adequades per protegir les dades personals recollides i evitar-ne la destrucció o la pèrdua accidental, i també l'accés, l'alteració, la comunicació o qualsevol altre processament que no estigui autoritzat.
- Els centres han d'emmagatzemar les històries clíniques en instal·lacions que en garanteixin la seguretat, la conservació correcta i la recuperació de la informació.
- Pel que fa a la durabilitat, en la llei citada s'indica que són 5 anys des de l'alta de cada procés assistencial no necessàriament en suport original, excepte en casos en què la correcta assistència futura del pacient així ho aconselli. Aquest període és el mínim per a tota Espanya, però les comunitats autònomes el poden regular d'una altra manera.

A més a més, la Llei general de sanitat diu que cada àrea de salut ha de procurar la màxima integració de la informació relativa a cada pacient. Per tant, el **principi d'història clínica sanitària única** s'hauria de respectar com a mínim dins els límits de cada institució assistencial.

La HC ha d'estar a disposició dels pacients i facultatius que directament estiguin implicats en el diagnòstic i tractament del malalt, així com a efectes d'inspecció mèdica o per a finalitats científiques amb la garantia del dret de la intimitat personal i familiar i el deure de secret professional.

Així, hauria de ser:

- Única per pacient.
- Integrada: ha de contenir tots els documents del procés assistencial.
- Acumulativa: podríem incloure el nou concepte de **longitudinal**, perquè inclou tots els episodis i processos al llarg de la vida del pacient.

#### 8.4 Documents específics de la història clínica

A Catalunya, els continguts i documents concernents a la HC els trobem regulats per la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació relatius a la salut, l'autonomia del pacient i la documentació clínica, que va precedir la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica a nivell del sistema nacional de salut estatal.

D'aquestes s'extreu que:

- Tot pacient o usuari té dret que quedi constància, per escrit o en el suport tècnic més adequat, de la informació obtinguda en tots els seus processos

assistencials, realitzats pel servei de salut tant en l'àmbit d'atenció primària com d'atenció especialitzada.

- La història clínica tindrà com a finalitat principal facilitar l'assistència sanitària, deixant constància de totes aquelles dades que, sota criteri mèdic, permetin el coneixement veraç i actualitzat de l'estat de salut.

El contingut mínim de la història clínica serà el següent:

- La documentació relativa al full clínicoestadístic.
- L'autorització d'ingrés.
- L'informe d'urgència.
- L'anamnesi i l'exploració física.
- L'evolució.
- Les ordres mèdiques.
- El full d'interconsulta.
- Els informes d'exploracions complementàries.
- El consentiment informat.
- L'informe d'anestèsia.
- L'informe de quiròfan o de registre del part.
- L'informe d'anatomia patològica.
- L'evolució i planificació de cures d'infermeria.
- L'aplicació terapèutica d'infermeria.
- El gràfic de constants.
- L'informe clínic d'alta.

Alguns només són exigibles en la formalització de la història clínica quan es tracti de processos d'hospitalització.

Quan es tracti del naixement, la història clínica incorporarà, a més de la informació a què fa referència aquest apartat, els resultats de les proves biomètriques, mèdiques o analítiques que resultin, si escau, necessàries per determinar el vincle de filiació amb la mare, en els termes que s'estableixin per reglament.

Altres documents relacionats que cal arxivar tal com són enregistrats són els electrocardiogrames, les cardiotocografies, etc.

### 8.4.1 Història clínica hospitalària (HCH)

És la més complexa, ja que recull la informació que es genera de l'atenció especialitzada del pacient.

Segons l'article 10 de la Llei 21/2000 a Catalunya, les HC hauran de contenir com a mínim:

- 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.
  - Demanar dades de persona de contacte, número i adreça.
  - Data d'assistència i d'ingrés, si 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 escau.
  - Número d'habitació i de llit, en cas d'ingrés.
  - Metge responsable del malalt.
  - Codi d'identificació personal contingut a la TSI i número d'HCH.
- Dades clíniques assistencials:
  - Motiu de consulta.
  - 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 els seus 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.
- Dades socials. Es refereix a dades que puguin tenir relació amb la valoració inicial de la situació del pacient i amb el seu procés evolutiu, tractament i de recuperació.

En el següent enllaç trobareu el *Manual de documentació clínica* elaborat per la comissió d'històries clíniques del Complex Hospitalari d'Albacete, on es recull quina documentació ha de formar part de la HC, quins són els circuits, la custòdia i els temps de conservació dels documents: [bit.ly/2NvZtEv](http://bit.ly/2NvZtEv).

Els documents que resulten del registre de les dades del pacient són:

- **Full de dades clinicoestadístiques:** el servei d'admissió recull el resum de les dades administratives i clíniques de l'episodi assistencial, amb la informació del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) a l'alta hospitalària. Les dades que recull el CMBD s'estructuren en un grup de variables comunes i unes altres d'específiques:
  - Variables que identifiquen el pacient: codi d'identificació personal (CIP), data de naixement, sexe, residència i història clínica.
  - Variables relacionades amb el procés: tipus d'activitat, règim econòmic, circumstància d'admissió i circumstància d'alta, data d'admissió i data d'alta.
  - Variables clíniques: diagnòstics i procediments codificats.
  - Variables específiques de cada sistema (si és urgències, sociosanitari, etc.).
  
- **Full de sol·licitud i autorització d'ingrés:** en l'ingrés a l'hospital, el pacient ha de signar aquest full, i també pot fer-ho la persona que el representa. Aquest document s'inclou en la HC juntament amb l'ordre de l'ingrés o assistència. És la documentació necessària per ingressar el pacient amb internament o sense. En aquest document hi ha de constar:
  - Si és urgent o programat.
  - El metge responsable que sol·licita l'ingrés.
  - El motiu d'ingrés.
  - El servei on ingressa el pacient.
  - La data d'ingrés corresponent.
  - El pacient accedeix a ser hospitalitzat.
  
- **Etiquetes:** sèrie d'etiquetes identificatives del procés assistencial i del pacient per poder enganxar en la polsera o als documents o fulls i dispositius diversos d'anàlisi, etc.
  
- **Full d'anamnesi i exploració clínica:** aquests fulls són emplenats pel metge que atén el pacient. Pot variar depenent de les necessitats concretes plantejades pels diferents serveis i poden ser un o dos documents. Recullen les dades de l'entrevista inicial i l'exploració completa i detallada al pacient, que constitueix l'anamnesi o examen clínic parcial, i que també reuneix dades personals i familiars del pacient abans de la seva malaltia. Inclou:
  - **Motiu de consulta.**
  - Dades de la **malaltia actual.**
  - **Antecedents** familiars i personals.
  - Habitualment també inclou:
    - \* El diagnòstic presumptiu.
    - \* El **pla inicial de tractament.**

En ser admès, el pacient, a banda de signar el full de sol·licitud i autorització d'ingrés, ha de signar el seu **consentiment al tractament de dades**. En aquest consentiment es dona a conèixer el dret del pacient a l'accés, la rectificació i la cancel·lació i oblit de les seves dades (drets ARCO). És important tenir en compte que aquest consentiment no és un document que formi part de la HC.

Podeu revisar la normativa de protecció de dades personals que es recull al Reglament europeu general de protecció de dades (RGPD) i la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals (LOPDGDD).

- **Full d'evolució:** en aquest document s'hi anoten de manera seqüencial els canvis apareguts en la situació clínica del pacient, indicant la data i hora dels possibles canvis produïts. A més, també s'hi anoten les conclusions de les sessions clíniques o els motius que fan variar el diagnòstic o el tractament, i els resultats rellevants de les proves complementàries. Conté la signatura del facultatiu responsable i la data en què s'escriuen.
- **Fulls d'ordres mèdiques:** totes les ordres mèdiques han d'anar datades i signades, deixant ben clara la continuïtat o l'anul·lació de les ordres que considerin oportunes. És important anotar en lloc visible possibles al·lèrgies o precaucions a les quals s'ha de prestar especial atenció per evitar errors. També s'anomena full de tractament, i consta de dos apartats:
  - L'específic de tractament amb les indicacions terapèutiques prescrites pel metge (signades i datades). En aquest apartat han de figurar:
    - \* Medicació (indicant-hi nom del medicament o principi actiu, unitats, dosi, freqüència i via d'administració).
    - \* Fluids.
    - \* Dietes, etc.
  - Altres ordres que han de complir els professionals d'infermeria.
- **Full de petició de proves i seguiment:** el metge anota les exploracions que necessita sol·licitar i el personal d'infermeria és responsable que es portin a terme.
- **Fulls d'informes de proves complementàries:** són informes de qualsevol tipus de prova complementària, com per exemple d'anatomia patològica o citologia, d'imatge per al diagnòstic, d'endoscòpies... De les proves que ha sol·licitat el metge responsable del pacient després de fer les exploracions necessàries, el servei que les porta a terme és l'encarregat de l'emissió d'un informe. Els resultats del laboratori s'incorporen a la HC, i correspon al personal d'infermeria que això es faci. Els fulls de laboratori s'omplen en el servei al qual se sol·licita l'anàlisi en funció de les ordres mèdiques. És tasca del personal d'infermeria incorporar els resultats dins de la HC.
- **Informes d'interconsulta:** de vegades és necessari sol·licitar una opinió o orientació d'un altre servei, per això hi ha aquests fulls, que són emplenats pel metge que sol·licita la interconsulta i on s'especifica si és urgent.
- **Full d'intervenció quirúrgica (IQ):** és obligació del cirurgià emplenar aquest full un cop acabada la IQ. Inclou les següents dades:
  - Tipus d'anestèsia emprada.
  - Descripció de la tècnica o procediment utilitzat.
  - Durada. Hora d'inici i finalització.
  - Incidències ocorregudes durant la intervenció.
  - Troballes operatòries.
  - Diagnòstic preoperatori i postoperatori.
  - Identificació de cirurgians o cirurgianes, anestesista i instrumentista.

- Estat i destinació de la persona pacient en sortir del quiròfan.
  - Indicació de si s'ha sol·licitat o no examen anatomopatològic o bacteriològic del material extret en la intervenció. En cas afirmatiu, enumeració de les peces.
- **Full d'anestèsia:** és responsabilitat de l'anestesta emplenar aquest full després de la IQ. Explica l'activitat realitzada per el/l'anestesta, en la qual haurà d'incloure's el resum del reconeixement preoperatori, així com les actuacions que es produeixin abans, durant i en el postoperatori immediat mentre estigui sotmès a l'actuació del o de la professional. Haurà de ser emplenada, datada i signada per l'anestesta responsable de la intervenció. Haurà de contenir, almenys:
    - Resum de la valoració preoperatoria.
    - Hora de començament i finalització de l'anestèsia.
    - Descripció de la tècnica anestèsica.
    - Medicació administrada, dosi, via, pauta i moment d'administració.
    - Característiques de la ventilació mecànica, si n'hi hagués.
    - Gràfica minutada de constants vitals durant la intervenció.
    - Incidències d'interès en relació amb l'estat vital de la persona pacient.
    - Estat clínic de la persona pacient durant i al final de la intervenció.
  - Previ a la intervenció al pacient se li demana el **preoperatori** necessari (normalment consta d'electrocardiograma, radiografia de tòrax, analítica de sang).
  - **Full d'informe anatomopatològic.**
  - **Full d'autorització de necròpsia.**
  - **Informe de necròpsia:** recull la informació derivada de l'examen *post mortem* que es realitza a les persones mortes. Haurà de contenir apartats diferenciats per a troballes macroscòpiques i microscòpiques, correlació anatomoclínica, impressió diagnòstica final i causa probable de la defunció.
  - **Informe d'urgències:** inclou les dades de l'assistència sanitària urgent i s'utilitza en els casos en què un pacient és atès a urgències. S'incorporarà a la HCH si el pacient és ingressat a l'hospital. Si no és ingressat, se sol arxivar al servei d'urgències.
  - **Informe de l'alta del pacient:** és un dret del pacient, i s'ha de fer una còpia per a l'usuari i una altra que s'adjunta a la HC, que passarà a l'arxiu. Per tant, és obligació del metge redactar aquest informe, i ha de contenir les següents dades:
    - Identificació del pacient.
    - Nom del l'hospital, servei i metge responsable.
    - Data d'admissió, data d'alta i el motiu.
    - Resum de la HC, ressaltant els aspectes més importants.

- Resultat de les proves efectuades: cirurgia, radiografia, ecografia...
  - Diagnòstic.
  - Tractament recomanat.
- Legalment, un pacient pot marxar de l'hospital encara que vagi en contra del criteri dels metges que l'atenen sempre que sigui major d'edat, estigui en perfecte estat de salut mental i no suposi un risc de contagi per a altres persones; en aquest cas s'utilitza la petició de l'**alta voluntària**, signada pel pacient o el seu representant, amb la indicació d'"assabentat" per part del metge.
  - **Consentiment informat:** qualsevol actuació en l'àmbit de la salut d'un pacient necessita el consentiment lliure i voluntari de l'afectat, una vegada que, rebuda la informació, hagi valorat les opcions pròpies del cas. El consentiment ha de ser verbal per regla general; tanmateix, s'ha de prestar per escrit en els casos següents:
    - intervenció quirúrgica.
    - Procediments diagnòstics i terapèutics invasors.
    - En general, procediments que suposen riscos o inconvenients de notòria i previsible repercussió negativa sobre la salut del pacient.
  - **Informe social**, si escau.

Per classificar els documents és útil diferenciar els documents mèdics dels d'infermeria.

#### 8.4.2 Documents d'infermeria

El procés d'atenció d'infermeria realitzat pels professionals d'infermeria genera dades que reflecteixen l'assistència prestada per infermeres i auxiliars. Els documents més importants són:

- **Valoració d'infermeria:** té com a objectiu registrar les dades més significatives de l'estat de salut del pacient que requereixin intervenció infermera, organitzades per necessitats humanes o bé per patrons funcionals de salut.
- **Planificació de cures d'infermeria i evolució:** té com a objectiu reflectir les incidències, els canvis i les complicacions ocorregudes al pacient, i complementar la informació per a valoracions successives en l'apartat de diagnòstics. Conté els diagnòstics d'infermeria, el pla de cures del pacient i el seguiment de l'administració d'aquestes cures amb data, hora i signatura, l'evolució del pacient amb les cures i les incidències. Algunes institucions utilitzen separatament un document de planificació de cures i un altre d'evolució d'infermeria.

- **Aplicació terapèutica d'infermeria:** té com a objectiu deixar constància signada de l'aplicació de les ordres terapèutiques i servir de suport per a la planificació i l'administració dels medicaments pautats als pacients. En molts hospitals, aquest document es denomina d'administració de medicació i/o tractaments. Registra l'administració de medicació (i altres prescripcions mèdiques), amb els detalls (medicament o tractament, dosi, via, data i hora) i les incidències, amb la identitat del malalt que la realitza.
- **Gràfica diària:** suport gràfic de les constants vitals del o de la pacient. Haurà de constar de data i, si escau, hora. Constants vitals de rutina, com ara pols, temperatura, pressió arterial, diüresi, dieta, pes, balanç hídric i altres controls de vies i drenatges, que fos necessari incloure d'acord amb l'evolució de la persona pacient, ja siguin ordenats pel personal mèdic o procedent de la mateixa activitat assistencial d'infermeria. La gràfica de constants haurà de ser emplenada pel personal d'infermeria a la cura de la qual estigui el o la pacient en aquest moment. En el cas de persones pacients assistides en les àrees de vigilància intensiva s'incorporaran registres detallats de les constants vitals.
- **Informe infermeria a l'alta:** identifica la situació del pacient, amb els problemes més importants que persisteixin a l'alta. Estaran descrites breument les cures que se li han administrat al pacient i la seva evolució durant el seu ingrés, així com la situació de les necessitats bàsiques del pacient, procurant enunciar aquestes necessitats com diagnòstics infermers. S'hi reflectiran les activitats infermeres que s'estan realitzant en el moment de l'alta i que el pacient necessita en abandonar l'hospital. Se'n dona una còpia al pacient.
- **Full de seguiment de proves complementàries:** té com a objectiu deixar constància de les exploracions i proves diagnòstiques realitzades als pacients durant seu ingrés.
- En algunes situacions, com en les de cures intensives i àrees similars, en què es necessita un control més exhaustiu i freqüent dels pacients, hi ha documents especials per anotar-hi les constants de forma més detallada i freqüent (registre horari), com ara el full de tractament de diabetis, el full de seguiment transfusional, el d'infermeria d'urgències, etc.

Altres documents que poden variar segons el tipus d'hospital són els fulls d'infermeria de quiròfan i de preparació per a la cirurgia, interconsulta infermera a dietètica, etc.



## 9. Tipus i documents de la història clínica

Actualment, la història clínica d'atenció primària (HCAP) està instaurada en suport electrònic en el 100 per cent dels centres. Encara que en desús, també cal conèixer el format en paper, ja que els documents propis d'aquesta HCAP tenen unes característiques particulars i el format en paper permet tenir una visió més clara de la seva estructura i comprendre millor les característiques i els documents que la componen.

### 9.1 Documents específics de la història clínica en atenció primària

La història clínica en l'atenció primària és el document fonamental de tot el sistema de registre de la informació d'aquest nivell d'atenció assistencial. Actualment és electrònica, i en deriven altres registres.

#### 9.1.1 Tipus de registres a l'atenció primària

En atenció primària es recullen els següents registres:

- Història clínica d'atenció primària (HCAP)
- Fitxer de vacunes a pediatria
- Fitxer d'edat i sexe
- Fitxer d'activitat
- Comunicats d'incapacitat laboral temporal (ILT)
- Registre d'estructura (personal, magatzem, receptes)
- Reclamacions i suggeriments
- Conjunt mínim bàsic de dades d'atenció primària (CMBD-AP)

Amb la història clínica electrònica (HCE) aquests registres deriven directament de la història clínica i/o són el resultat d'explotar les dades de la HCAP.

L'objectiu principal de la HCAP és agrupar la informació necessària del procés d'atenció a la persona.

Hi ha alguns trets que diferencien els registres en la HC de l'atenció primària (AP) dels de l'atenció hospitalària:

#### Contacte o visita

S'anomena contacte o visita a qualsevol tipus d'entrevista de caràcter assistencial entre el pacient i algun dels professionals que formen part de l'equip d'atenció primària (EAP), o d'un centre d'atenció continuada, i que generi un enregistrament en la història clínica (HC) del pacient.

- En l'AP, la relació “persona-metge”, i per tant l'atenció, és intermitent. En un hospital, l'atenció des de l'ingrés fins a l'alta és contínua. En l'AP, la persona pren la iniciativa del contacte (visita), mentre que en un hospital, des de l'ingrés el contacte parteix del personal sanitari.
- En l'atenció primària és difícil definir quan comença i acaba una malaltia i distingir entre diferents episodis, que de vegades resulta impossible. Molts pacients són atesos sense que es pugui establir un diagnòstic i moltes persones prenen contacte amb els centres d'atenció primària (CAP) sense estar malaltes. En un hospital això és més clar: la persona ingressa per un motiu i quasi sempre s'estableix un diagnòstic i tractament.
- En l'AP falta uniformitat en els registres. Les persones tenen més “llibertat” i això, moltes vegades, suposa el no-compliment terapèutic, molt diferent de l'atenció a l'hospital, en què la medicació l'administra el personal d'infermeria. En l'AP el seguiment terapèutic depèn més de la voluntat del pacient, la qual cosa dificulta els registres de qüestions com reaccions adverses, programes de vacunació, etc.
- Els problemes de salut abasten des de malalties que es curen soles (qualsevol refredat) fins a les que no es curen mai (malalties cròniques com l'artrosi), la qual cosa implica no només enfocar-se en la curació sinó en el fet de tenir cura.
- La diversitat en les formes de promoció, protecció i restauració de la salut va des de l'aprovisionament d'aigua potable fins a la distribució de la riquesa.
- En l'AP, que és la base del sistema sanitari, la major part dels problemes de salut requereixen una relació estreta entre la família, la comunitat i l'organització sanitària. Els registres de dades poden ajudar a establir els factors que influeixen sobre la salut.

L'AP es caracteritza per:

- **Longitudinalitat.** Requereix conèixer la població atesa al llarg de la seva vida per tal d'adaptar-se a les seves necessitats.
- **Accessibilitat.** Com que és el primer contacte de la persona amb l'organització sanitària cal que no hi hagi barreres econòmiques ni físiques, i que s'atengui qualsevol inquietud per part de la persona plantejant nous problemes de salut o adequar-los a la realitat personal.
- **Integralitat.** La institució ha de poder solucionar tots o la major part dels problemes de salut a través d'una adequada oferta de serveis, com són els centres d'urgència, d'atenció primària i d'atenció especialitzada.
- **Coordinació.** A través dels registres es pot coordinar l'atenció primària amb l'atenció d'especialitzada i evitar nombre més elevat d'episodis i activitats associades a aquest procés.

Per tot això cal enregistrar i registrar allò que després pugui permetre un seguiment i aportí informació útil. Els registres són la base del sistema d'informació i de l'avaluació a l'atenció primària.

Cada registre consta de dos elements:

- La variable (qualitat a mesurar).
- El valor que pren aquesta variable.

Un exemple de variable i el seu valor són el diagnòstic i el codi corresponent. Un altre exemple: suposem que s'enregistra la dada "50 kg"; en aquest registre, la variable o qualitat mesurada és el pes o qualitat en kg que correspon al pes de la persona, i el valor és 50.

La **qualitat en els registres** implica qualitat en el servei.

En atenció primària es recullen dades clíniques, però també és molt important recollir altres dades com la situació familiar o laboral, els estudis o el nivell d'instrucció, i tot el que té a veure amb estils de vida. És a dir, dades que es vinculen amb la prevenció i la promoció de la salut.

Cal dir que no existeix un model unificat d'HCAP en les diferents comunitats autònomes, encara que, en general, els principals documents que s'usen són molt similars.

De fet, existeixen dos grans grups de tipus de documents en l'HCAP:

- Documents d'ús sistemàtic.
- Documents clínics d'ús ocasional.

### 9.1.2 Documents d'ús sistemàtic

Els documents d'ús sistemàtic són els que sempre es troben en totes les HCAP.

Són documents clínics d'ús sistemàtic els següents:

- **Full de dades generals** (vegeu-ne un model en la figura 9.1).
  - Dades personals: data de naixement (edat), sexe, talla, pes, pressió arterial.
  - Dades socials i psicològiques: ocupació, nivell econòmic, estructura familiar, hàbits, tipus d'activitat, estil de vida, factors d'estrès.
  - Antecedents: història familiar de malalties hereditàries, hàbits com el consum de tabac i/o alcohol, que es vegi clarament la presència o absència d'al·lèrgies, intervencions quirúrgiques i malalties prèvies...

- **Full de consultes.** És un full d'evolució o seguiment que recull la informació de cada visita o contacte. Descriu les dades més rellevants que es generen en l'atenció al pacient, en forma de relat, amb les dates en què es van produint els contactes. En l'anotació se segueix l'estructura SOAP o MEAP. Vegeu les diferències entre les dues estructures en la taula 9.1:

FIGURA 9.1. Full de dades generals

The form is titled 'FULL DE DADES GENERALS' and is part of the 'hcap' system. It includes the following sections:

- DADES FAMILIARS:** Includes a pedigree chart showing a family with ages and medical conditions. Handwritten notes include: '68 a', '73 a', 'Març - 73 a hipertensió, viu sola', 'infància al poble', '46 a', '49 a', 'Marit - 49 a lumbàlgies (carter)', 'Herniat. Treballa per torns.', 'Fill - 8 a àcrema atòpic', 'Pare + 68 AVC.', 'Viu amb un germà solter que està en atur.' and '21 a', '18 15 a'.
- HABITATGES:** Includes checkboxes for 'Proprietat', 'Lloguer', 'Refugiar', 'Dissest', 'H' d'armari', and 'H' passadís'. Handwritten notes: 'Hi entra el sol, ben ventilat, la casa és petita pel nombre de persones que són.', 'Dificultat d'accés per difícil pavimentació, taxa alta d'atur i delinqüència.'
- DADES PERSONALS:** Includes checkboxes for 'ESCOLARITAT', 'Primera atenció', 'EGB', 'Form. professional', and 'SUP'. Handwritten notes: 'Nivell cultural: Baix.', 'OCUPACIONS: Fa feines 4 hores 4 dies a la setmana. Porta el pes de casa seva.', 'Treballa atornant i cope de paramuntatge: Taller de costura, 3 anys (abans de canar-se). Al camp 5-6 anys.', 'Aficions laborals: (Bany, peix, tennis, treball nocturn, cançons i parlar, creació d'art, etc.)', 'AFECIONS I ACTIVITATS: Fa gabinet, li agradaria formar part de l'Associació de Veïns, però no pot.'

TAULA 9.1. Estructura del full d'evolució segons els acrònims SOAP i MEAP

Estructura base	SOAP	MEAP
Anamnesi, seguiment al pla terapèutic	S: dades subjectives, fet que explica el pacient	M: motiu pel qual acudeix a la visita
Exploració física, analítica (proves complementàries)	O: dades objectives	E: exploració i dades complementàries
Valoració - judici clínic, aproximació diagnòstica, avaluació dels problemes	A: avaluació	A: avaluació
Tractament, mesures higienicodietètiques, educació sanitària i informació de la malaltia	P: plans d'actuació	P: plans d'actuació

- **Llista de problemes i condicionants:** en aquest document es van anotant, en forma de llista numerada i ordenada cronològicament, els problemes

de salut del pacient (malalties, signes, símptomes o dades de laboratori rellevants, incapacitats, factors de risc, al·lèrgies o intoleràncies..). En alguns casos es distingeix entre problemes actius (que han de ser seguits i atesos en cada visita) i problemes inactius que cal recordar. És com un full resum de la història clínica, i es tracta del document més operatiu (vegeu-ne un model en figura 9.2).

**FIGURA 9.2.** Document amb la llista de problemes

<b>hcap</b>		1r. COGNOM		2n. COGNOM	
		NOM DEL METGE		NUM. HISTÒRIA CLÍNICA	
		1r. COGNOM		2n. COGNOM	
		NOM		NUM. HISTÒRIA CLÍNICA	
<b>LLISTA DE CONDICIONANTS I PROBLEMES</b>					
Full núm.					
DATA	Problema <b>ACTIU</b> o fet que requereix <b>SEGUIMENT</b>		DATA	Problema <b>INACTIU</b> o fet que requereix ésser <b>RECORDAT</b>	

S'entén per **problema de salut** qualsevol circumstància d'índole biològica, psíquica o social que requereix o pot requerir una intervenció sanitària, ja sigui de manera exclusiva o amb la participació de serveis socials o comunitaris.

- **Full pediàtric.** És la HC en pediatria en el context de l'assistència primària. El pediatre actua com a metge de capçalera de la infància. Aquesta situació, a la vegada global i particular, demana un tractament específic. L'adaptació normativa pediàtrica consisteix a substituir el full de dades generals pel full pediàtric i afegir-hi el full de creixement (documentació ocasional o complementària).

Generalment, els documents d'ús sistemàtic s'arxiven en un **sobre**:

- A l'exterior del sobre hi consten les següents dades:
  - Identificació del servei de salut i CAP corresponent.
  - Dades d'identificació del pacient: número d'història clínica i codis numèrics per a la localització a l'arxiu.
  - Dates d'obertura i tancament.
- A l'interior del sobre hi trobarem la **carpeta individual**, que conté la resta dels documents (vegeu-ne un model en la figura 9.3). A la carpeta hi trobem:

- A la portada, les dades del pacient.
- Les de biografia sanitària o dades generals, que recullen antecedents familiars i personals, intervencions quirúrgiques, ingressos hospitalaris... Es van completant de mica a mica.

**FIGURA 9.3.** Model de carpeta individual

El formulari és un document de paper amb el logotip 'hcap' a la part superior dreta. Està dividit en diverses seccions:

- SEXE:** Opcions MASCULI i FEMENI amb caselles per marcar.
- ESTAT CIVIL:** Opcions TITULAR, BENEFICIARI, PENSIONISTA, CASAT, SOLTER, VIU, DIVOR, SEPARAT, RELIGIÓS amb caselles per marcar.
- LLOC DE NAIXEMENT:** Camps per POBLACIÓ, COMARCA i PROVÍNCIA.
- DOMICILI-Carrer:** Secció repetitiva amb sub-camps per NUM, FIS, PORTA i TELÈFON.
- EMPRESA ON TREBALLA:** Camps horitzontals per registrar informació laboral.
- DADES CRÍTQUES:** Secció amb sub-camps: EN CAS D'URGÈNCIA AVISEU, AL·LERGIES, TRACTAMENTS QUE IMPLIQÜEN PERILL, MALALTIES DE PERILL VITAL, TRACTAMENTS PROHIBITS i ALTRES.
- DARRERA DATA TOXOIDE TÈTANUS:** Camps horitzontals per registrar dades de vacunació.
- IDENTIFICACIÓ DEL C. ASS. PRIMÀRIA i IDENTIFICACIÓ DEL METGE:** Camps horitzontals per registrar informació de professionals.
- Barra lateral dreta:** Conté camps verticals per 'DATA DE NAIXEMENT', 'DATA DE INGRESSA', 'IND', 'NOI', 'NOI', 'NOI', 'DATA DE NAIXEMENT'.

### 9.1.3 Documents d'ús complementari i eventual

Els documents clínics d'ús ocasional o complementari no s'utilitzen de manera generalitzada, com els sistemàtics. Consisteixen en:

- Monitoratge de dades obstètriques.
- Full de creixement en els nens. Consta de gràfiques (de pes i alçada) sobre les quals es fa el seguiment de l'infant.
- Full de vacunacions.

- Full d'interconsulta: destinat a la comunicació del metge de capçalera amb la resta de la xarxa assistencial.
- Buidatge d'analítica.
- Control de medicació.
- Full del programa d'activitats preventives i promoció de la salut (PAPPS).
- Full odontològic.
- Full d'urgències.

#### **9.1.4 Emplenament de la història clínica**

L'emplenament de la història clínica, en el format que s'hagi disposat i en els aspectes relacionats amb l'assistència del pacient, és una obligació dels professionals que hi intervinguin. Quan hi participa més d'un professional o equip assistencial hi han de constar de manera individualitzada les accions, les intervencions i les prescripcions realitzades per cada professional.

Qualsevol informació incorporada haurà de ser registrada amb data, hora i signatura, de manera que s'identifiqui clarament i de manera inequívoca la persona que la realitza.

Les anotacions subjectives dels professionals que intervinguin en el procés assistencial han de quedar clarament identificades respecte de la resta de la informació continguda a la història clínica, a fi de facilitar l'exercici del dret de reserva.

La informació que afecti la intimitat de terceres persones, incorporada a la història clínica en interès terapèutic del pacient, haurà de quedar clarament identificada respecte de la resta de la història clínica, per tal de facilitar la seva dissociació quan calgui.

Les històries clíniques han de ser llegibles i intel·ligibles, i s'ha d'evitar sempre que sigui possible la utilització de símbols, abreviatures i acrònims. Si s'utilitzessin, la primera vegada s'acompanyaran del seu significat complet, seguit entre parèntesis o amb la separació tipogràfica que permeti el suport utilitzat, de l'expressió "d'ara endavant" i del símbol, abreviatura o acrònim. S'usarà la terminologia estandarditzada.

## **9.2 La història clínica digital**

La història clínica digital (HCD) també s'anomena en general història clínica informatitzada o història clínica electrònica (HCE).

La història clínica digital suposa una redefinició del concepte d'història clínica. El paradigma és compartir per atendre millor. No es discuteixen els beneficis de compartir la informació rellevant per a cada assistència. Alguns d'aquests són:

- Millorar la qualitat de l'atenció, ja que l'accés fàcil i ràpid a la història clínica permet una avaluació més completa en menys temps i amb més precisió. Això és especialment important en el context d'urgències i accidents en què un pacient pogués estar inconscient en el moment de ser admès i l'accés immediat i precís a la informació fos vital.
- Millorar la seguretat del pacient, ja que l'accés a la informació d'al·lèrgies a medicaments i als fàrmacs actuals permet prescriure amb precisió i reduir els efectes secundaris.
- Millorar l'assistència i la coordinació, especialment quan el pacient es mou a través de diferents nivells assistencials. Redueix costos, com ara els de les proves de laboratori i radiodiagnòstic, perquè disminueix la repetició innecessària de proves idèntiques pels metges en diferents institucions.

Tot i els avantatges, *encara és difícil compartir la informació entre els diferents sistemes* segons centre, territori i país.

La **interoperabilitat** és la paraula clau per avançar en una història compartida, i és difícil. En definitiva, cal tenir-hi accés, i cal que sigui segur i sense pèrdua d'informació. Si hi ha informació rellevant i capacitat d'accés, els metges i el personal sanitari han de tenir la formació clínica, tècnica i de normativa de privacitat.

Massa sovint s'abusa de la plataforma tecnològica i de les capacitats de l'eina, i no es reforça la motivació i formació del personal sanitari per aprofitar tot el potencial de disposar d'una història compartida.

Són múltiples les experiències de plataformes compartides. En diferenciem dos models:

- Un que integra la documentació essencial de diferents fonts, com ara l'HC3 a Catalunya.
- L'altre, que es basa en un sol model a tot el territori, com per exemple la història clínica única a la Comunitat Valenciana i a altres comunitats autònomes.

Quan parlem d'història compartida, ens referim al primer model en què les dades rellevants per l'assistència s'integren en una nova plataforma accessible per a diferents proveïdors.

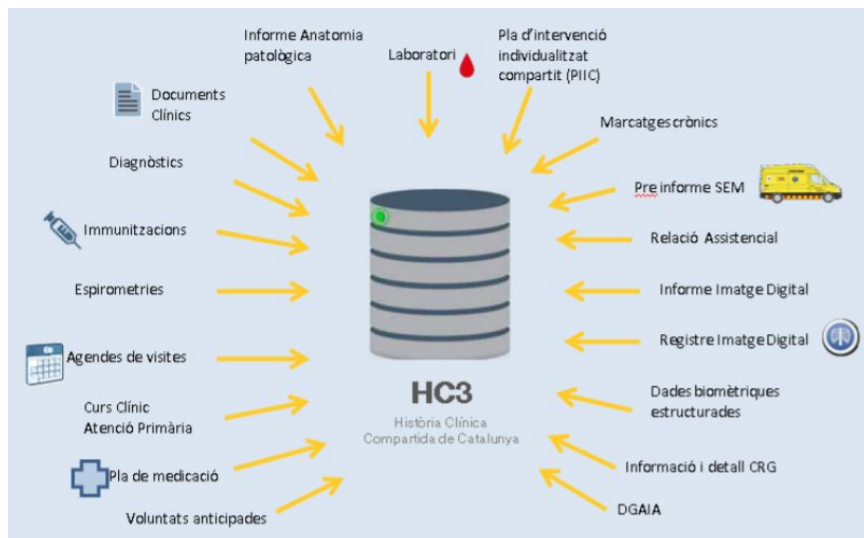
**La història clínica compartida a Catalunya (HC3)** és la història electrònica que agrupa el conjunt de documents que contenen dades i informació rellevant sobre la situació i l'evolució d'un pacient al llarg del seu procés assistencial.



El futur de l'HC3 és transformar-se en una veritable xarxa d'informació i de serveis *online* per als professionals del sistema de salut i també per als ciutadans.

La informació i els documents més rellevants i disponibles en la fase actual del model es poden veure en la figura 9.4:

**FIGURA 9.4.** HC3, Història clínica compartida



Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut

A diferència dels models que unifiquen la història, aquí la complexitat a resoldre ha estat com compartir les dades de les històries clíniques dels diferents nivells i dins de cada nivell dels diferents proveïdors: atenció primària, hospitals d'aguts, centres sociosanitaris i centres de salut mental.

El focus s'ha mantingut per donar suport als professionals en el procés d'atenció i la continuïtat d'assistència. Com ja sabem, la duplicitat de proves és un dels problemes de l'assistència entre diferents nivells, sobre els quals la compartició és essencial.

Ara ja es poden veure les visites futures publicades a la història clínica compartida (HC3) des de la història clínica d'atenció primària (ECAP). Vegeu l'enllaç en la nota formativa del 22 de febrer de 2022 de l'Oficina del Pla Director de Sistemes d'Informació: [bit.ly/3OLcSaD](https://bit.ly/3OLcSaD).

A l'HC3 també es publiquen imatges mèdiques, tant radiològiques com no radiològiques, i això ha estat possible gràcies al projecte de digitalització de les imatges de les proves diagnòstiques, que ha assolit el 100% en radiologia.

L'HC3 es basa en el principi de la **interoperabilitat**, que és la capacitat que té un producte o un sistema per funcionar amb altres productes o sistemes, i això sense restricció d'accés o d'implementació. És la capacitat d'intercanviar informació entre dos o més sistemes i utilitzar la informació intercanviada. A nivell funcional, tecnològic i legal és imprescindible situar-se, i ja s'ha assolit. Si parlem d'interoperabilitat sintàctica i semàntica encara queda molt treball per fer, tot i tenir alguns estàndards ben resolts, com pot ser l'obligatorietat de tota la xarxa de treballar amb CIM-9-MC, i ara amb CIM-10-MC/SCP.

A molts països s'està impulsant l'ús d'estàndards semàntics, com és el cas de NANDA (infermeria), SERAM (radiologia) i de l'ús de la terminologia clínica de referència SNOMED-CT en anatomia patològica i de LOINC com a estàndard en l'enviament de resultats de proves de laboratori.

La interoperabilitat s'aconsegueix tenint en compte tres nivells (vegeu l'esquema d'interoperabilitat en la figura 9.4).

- **Organitzatiu:** és la dimensió de la interoperabilitat relativa a la capacitat de les entitats i dels processos de les seves activitats per col·laborar amb objectius comuns i acordats. Cal un coneixement dels processos de l'organització.
- **Semàntic:** és la dimensió relativa al fet que la informació intercanviada sigui interpretable de manera automàtica i reutilitzable per aplicacions diverses. Per a això calen descripcions semàntiques coordinades.
- **Sintàctic:** permet l'intercanvi de documents i implica transferència de la informació en formats adequats però sense interpretar-la. DICOM
- **Tècnica:** fa referència a serveis de tecnologies de la informació com interconnexions, interfícies, seguretat, web services, etc.

Cal seguir treballant en la interoperabilitat total. Pel que fa a l'estructura dels continguts, ha evolucionat en el temps, i a mesura que hi ha incorporacions se'n revisa la manejabilitat. Un exemple ha estat incorporar la demanda del Programa d'atenció i prevenció a la cronicitat per emmarcar els malalts crònics fràgils en dues categories:

- Els pacients crònics complexos (PCC).
- Els pacients amb malaltia crònica avançada (MACA).

La diferenciació la porten a terme els professionals que accedeixen a l'HC3. Les dades sociosanitàries també s'hi volen incorporar, i de moment els apartats amb què es treballa són els que es veuen en la figura 9.5:

**FIGURA 9.5.** Pantalla on s'incorporen les dades a la HC3

Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut

Potser el projecte més emblemàtic d'història compartida és **epSOS** (European Patients Smart Open Services), un projecte en què es treballa conjuntament amb 47 organitzacions de 23 estats de la Unió Europea i altres estats no membres per crear un marc de salut electrònic i una estructura TIC per accedir de forma segura a la informació sanitària del pacient i per poder compartir les dades de les històries clíniques i la recepta electrònica dels ciutadans europeus, fet que suposa un gran esforç quant a l'aplicació d'estàndards i mesures d'interoperabilitat.

Les institucions espanyoles que hi participen són diverses:

- Ministeri de Sanitat i Consum
- Fundació TicSalut Catalunya
- Servei de Salut d'Andalusia
- Servei de Salut de Castella la Manxa (SESCAM)
- AQUAS
- Agència Valenciana de Salut (AVS)
- Servei de Salut de les Illes Balears (BAL)

L'epSOS consensua els aspectes tècnics, legals i organitzatius per a les àrees de salut en línia dels serveis transfronterers dels següents documents: la història clínica resumida (accés a dades mèdiques rellevants per al tractament del pacient) i la prescripció i dispensació electrònica de medicaments.

Més endavant es volen fer proves pilot amb tres línies més:

- Integració dels serveis d'emergències.

- Integració de la targeta europea (EHIC).
- Accés del pacient a les seves dades mèdiques.

Cada país ofereix aquests serveis a través d'un punt de contacte nacional que actua com a proveïdor dels serveis.

Al sistema sanitari català s'han consolidat l'ús de les tecnologies de la informació a través de la creació del Registre Central d'Usuaris (RCA) i la targeta individual de salut, l'Estació Clínica d'Atenció Primària (eCAP), la recepta electrònica i els sistemes d'intercanvi d'informació i documentació sanitària. Aquests sistemes d'intercanvi de documentació i informació sanitària són la Història Clínica Compartida de Catalunya (HC3), la plataforma d'interoperabilitat (IS3), el sistema de digitalització de la imatge mèdica (SIMDECAT) i la carpeta de salut del ciutadà (La Meva Salut).

El sistema apunta cap a un historial electrònic de salut (HES) com a una solució comuna que evita les històries clíniques actuals que es guarden en els sistemes dels diferents proveïdors de serveis amb lògiques disperses i sense connexió entre si.

Per ampliar informació sobre la història clínica electrònica podeu consultar el Pla director de sistemes d'informació del SISCAT:[bit.ly/3usOeTW](https://bit.ly/3usOeTW).

### 9.3 La carpeta personal de salut

La carpeta personal de salut és un espai d'emmagatzematge personal d'informació sanitària creat a petició de la persona usuària, que les autoritats sanitàries públiques ofereixen als usuaris, i en què, sota la responsabilitat de l'usuari o de persona autoritzada, es pot allotjar informació identificativa d'aquest, informació d'*apps* de salut i mesuradors de l'estat físic, entrenament, dietes, exercici físic, monitoratge de constants o registre de tractaments, i també s'hi pot pujar la informació generada a iniciativa de professionals o centres sanitaris.

És a dir, es tracta d'un espai personal al núvol on podem mantenir i pujar qualsevol informació de salut o clínica que ens afecti per poder disposar-ne en tot moment, ja que és accessible des de qualsevol dispositiu amb Internet, i fer-ne ús de la manera que creguem convenient.

Hi ha moltes dificultats per a l'intercanvi d'informació de salut a través de la interoperabilitat electrònica: aspectes tècnics, econòmics i també sobre les polítiques i els procediments relatius a la confidencialitat, la seguretat i la gestió de les dades personals.

Conseqüentment, només una part dels documents de salut són accessibles a través de l'intercanvi de dades entre els sistemes d'informació disponibles avui dia. Per aconseguir els beneficis de compartir recursos i informació, i poder millorar en la qualitat, la seguretat i la sostenibilitat dels sistemes es necessiten més solucions per integrar la salut i l'intercanvi d'informació entre els diferents proveïdors i el mateix pacient.

Una història clínica personal, o una carpeta de salut, és un conjunt d'eines personal i segur en línia que facilita al pacient la possibilitat de gestionar la seva salut. Hi ha diversos tipus de CPS, però no aprofundirem en les particularitats tecnològiques, ja que el que volem analitzar són els serveis que totes presten al pacient, i que en general són:

- L'organització dels documents i de les dades de salut de la història clínica.
- Disponibilitat d'agendes i recordatoris de consulta.
- L'educació sanitària personalitzada.
- L'accés als serveis del territori.
- Comunicació amb facultatius i plans de salut.

Com a exemple per avançar en el model d'història personal podem revisar la carpeta personal de salut tal, com s'exposa al web: [bit.ly/3Re1SnB](https://bit.ly/3Re1SnB).

**La Meva Salut** és un espai digital, personal i intransferible de consulta que permet a la ciutadania disposar de la seva informació personal de salut i utilitzar-la d'una forma segura i confidencial, a més de facilitar-li la realització de tràmits electrònics.

Les persones majors d'edat, per mitjà de la Cat@Salut "La Meva Salut", poden accedir a les dades i a la informació més rellevant sobre la seva salut.

Cat@Salut La Meva Salut conté la informació generada durant els actes assistencials que hagin tingut lloc en algun dels centres que formen part del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT). Aquesta informació ha de ser publicada pels centres al canal per tal que els pacients la puguin visualitzar i consultar.

Entre la informació i els serveis als quals els ciutadans poden accedir cal destacar:

- Les dades de salut més rellevants publicades pels centres sanitaris del sistema públic de salut i contingudes a la història clínica compartida a Catalunya.
- El pla de medicació vigent de la recepta electrònica.
- Les vacunes administrades (si els centres les tenen informades).
- Els diagnòstics.
- Els informes clínics (urgències, ingressos, atenció ambulatoria).
- Els resultats de les proves i les exploracions complementàries generades en l'atenció mèdica.
- La llista d'espera si la persona s'ha d'intervenir d'un procediment garantit: pròtesi de genoll, pròtesi de maluc, cataractes, cirurgia valvular, cirurgia cardíaca o qualsevol dels 22 procediments oncològics garantits.

- L'eConsulta: un espai virtual per consultar amb els professionals sanitaris –en tràmit d'implantació a tot el territori–, que ja és efectiu a nou centres d'atenció primària (CAP) de Barcelona ciutat.
- També disposarà d'informació en la seva agenda personal de les visites i proves que tingui programades en l'atenció primària de salut. (CAP).

El model permet una gestió parcial al pacient, i depèn que els diferents proveïdors hi publiquin la informació dels processos d'atenció. Es pot accedir a la Història Clínica Digital Nacional de Salut (HCDSNSN) seleccionant la comunitat autònoma on es té la targeta sanitària a través de la següent adreça: [bit.ly/3bVXE40](https://bit.ly/3bVXE40).

## 9.4 e-Salut: telemedicina, teleassistència

D'acord amb Medicare.gov, la web oficial del Govern nord-americà per a l'atenció mèdica, la telemedicina busca millorar la salut d'un pacient, permetent la comunicació interactiva a temps real entre aquest i el metge o professional a distància. Aquesta comunicació electrònica comporta l'ús d'equips de telecomunicacions interactius que inclouen, com a equipament mínim, àudio i vídeo.

Anomenen **telemedicina** a la prestació a distància de serveis clínics de salut gràcies a la infraestructura de telecomunicacions.

### 9.4.1 Diferències entre telemedicina i telesalut

La telemedicina també rep altres noms, com ara telesalut, e-salut o atenció mèdica virtual, termes que de vegades no signifiquen exactament el mateix. De fet, la telemedicina és estrictament un subconjunt de la telesalut que, a banda de la telemedicina, inclou conceptes com ara l'educació sanitària a distància.

Aquí hi ha un parell d'exemples pràctics per entendre en què es diferencien telemedicina i telesalut:

- Una aplicació de programari que permet als proveïdors d'atenció primària enviar a un dermatòleg fotografies d'una erupció o una piga per al diagnòstic ràpid (és telemedicina i per tant telesalut).
- Una plataforma de videoconferència per a l'educació mèdica (és telesalut, però no és telemedicina).

Es consideren tres tipus de telemedicina:

- **Monitoratge de pacients a distància.** Això permet controlar a casa seva els pacients amb malalties cròniques. S'aconsegueix mitjançant l'ús de dispositius que recopilen dades sobre nivells de sucre a la sang, pressió arterial i altres signes vitals. Els cuidadors poden revisar aquestes dades al moment des de l'hospital i decidir si cal algun tipus d'acció.
- **Tecnologia d'emmagatzematge i enviament.** Consisteix en l'emmagatzematge de dades clíniques per enviar-les a altres centres mèdics. Per exemple, així es poden prendre imatges de raigs X a l'ambulatori i enviar-les al moment a un centre especialitzat perquè les interpretin.
- **Telemedicina interactiva.** Aquest tipus de telemedicina permet a metges i pacients comunicar-se en temps real. Bàsicament es tracta d'una videoconferència, per a la qual el pacient es pot quedar al seu domicili o acudir al centre de salut més proper. Segons el moment en què es realitza hi distingim dues modalitats de telemedicina:
  - **Telemedicina síncrona:** és la comunicació o interacció que es fa en directe o a temps real, com per exemple la teleconferència.
  - **Telemedicina asíncrona:** es coneix com la telemedicina indirecta o a temps diferit. S'utilitza en situacions que no són urgents, en les quals un diagnòstic o consulta pot fer-se de manera diferida.

Com que el camp de la telemedicina segueix creixent, aquesta definició pot ser que canviï amb el temps.

A Catalunya, l'ICS estén la telemedicina als serveis de dermatologia, pneumologia, cirurgia vascular i el monitoratge dels pacients diabètics mitjançant un programa pilot de gestió de la malaltia crònica. Observeu a en la figura 9.6 una consulta de telemedicina.

**FIGURA 9.6.** Consulta de telemedicina







## 10. Disseny i elaboració de documents clínic assistencials

Perquè el pacient rebi una bona assistència és molt important la comunicació entre professionals i entre aquests i el pacient o els familiars. Així, els documents esdevenen una eina fonamental en aquesta comunicació.

Per exemple: una ordre mèdica redactada per un metge que arriba a farmàcia que prepararà una medicació per al pacient; el pacient, quan és donat d'alta, rep un informe clínic d'alta que serà clau en la continuació de l'assistència del pacient per part del seu metge de capçalera (aquest, gràcies a l'informe d'alta, pot veure el tractament que ha de seguir el pacient). Igualment passa en la gestió dels pacients i la gestió del servei fonamentals per una bona comunicació.

La qualitat dels documents en un centre sanitari és un reflex de la bona gestió i qualitat assistencial. El tècnic en DAS participa en aquesta qualitat per tal com una de les seves competències professionals és l'elaboració de documents. Per fer-ho cal conèixer els principis generals de disseny de documents i les normes que han de complir aquests per ser útils per als propòsits per als quals han estat creats.

En aquesta lliçó ens centrarem en el concepte de normalització i l'aplicarem als documents de tipus més administratiu però necessaris perquè els serveis i el centre funcionin correctament i es contribueixi a la bona qualitat assistencial.

Fins fa poc temps, tots els documents eren en suport paper. Es treballava molt en fulls de models prèviament impresos, i alguns portaven full de calcar per fer-ho per duplicat o triplicat. Actualment hi ha la política de la seva minimització. Així, avui ens trobem que el seu suport és electrònic. Sigui quin sigui el suport, els documents han de complir amb la normativa legal i la del mateix centre, i tot i que no s'imprimeixin, la seva visualització en PDF ha de complir els mateixos requeriments.

### 10.1 Normalització documental. Disseny corporatiu

En l'atenció al pacient cal l'ús de documents que tenen a veure amb aspectes purament clínics i d'altres relacionats amb aspectes no clínics per tal gestionar la seva consulta o intervenció (assistència).

D'altra banda, el centre sanitari, com qualsevol organització per a la seva gestió, genera documents, com són contractes del personal, cartes comercials, comandes, etc.

Tots els documents elaborats en un centre sanitari han de complir unes normes generals respecte del seu format, estructura i continguts, per tal que siguin una bona eina de comunicació.

En general, les característiques dels documents d'un centre sanitari són:

- Han de ser identificables l'emissor, el receptor, el tipus de missatge i el contingut d'aquest.
- Han de permetre una comunicació eficaç, atès que l'eficàcia en la comunicació millora la qualitat de servei. Aquesta s'assoleix fent servir uns estàndards i models reconeguts per tots els usuaris.
- Han de complir la normativa vigent.
- Han de permetre la seva classificació, arxiu i extracció de dades (cadena documental).

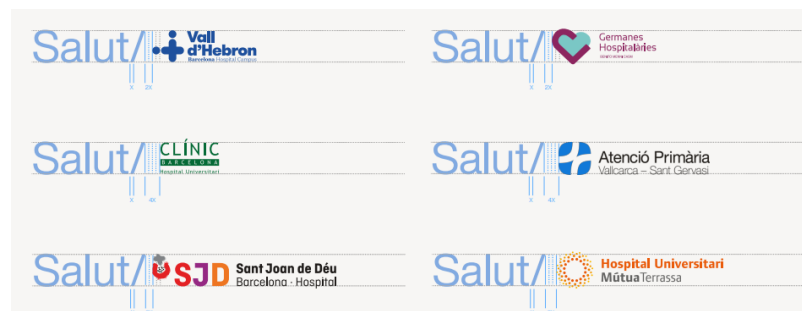
Per això, cada centre sanitari estableix uns models per a cada tipus de documents acceptats per l'organització amb l'assessorament de les comissions tècniques de documentació.

Aquests models responen a unes normes que estan determinades per la legislació vigent i per les necessitats i l'activitat del centre sanitari.

En la Llei d'autonomia del pacient s'especifica que els centres sanitaris han de disposar d'un **model normalitzat d'història clínica** que reculli els continguts fixats en aquesta norma adaptats al nivell assistencial que tenen i a la classe de prestació que fan. La normativa es recull en la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.

El centre sanitari ha de ser identificat en tots els documents, i tots els documents han de reflectir la **identitat del centre sanitari**. És important la **imatge** que es percep als documents, i per això es parla de **disseny corporatiu**. De fet, és un "signe de qualitat" de l'organització o centre (vegeu en la figura 10.1 imatges de disseny corporatiu).

FIGURA 10.1. Disseny corporatiu



Font: Sistema de Salut de Catalunya

Podeu ampliar la informació sobre el disseny corporatiu en el *Manual d'identitat visual del Sistema de Salut de Catalunya* de febrer 2021: [bit.ly/3ry2Srn](http://bit.ly/3ry2Srn).

En la documentació que els centres i serveis sanitaris elaboren i utilitzen en el desenvolupament de les seves actuacions sanitàries hi ha de figurar la seva

imatge corporativa, i ha d'estar redactada d'acord amb les obligacions d'ús de la llengua que estableixi la normativa aplicable en matèria de política lingüística i la normativa aplicable en matèria de consum.

No només és un reflex de la qualitat, sinó que és un requeriment per a l'autorització dels centres sanitaris. Vegeu l'enllaç [bit.ly/3nIaoOo](http://bit.ly/3nIaoOo).

A banda de la imatge corporativa, els documents han d'incloure els elements i continguts que exigeixen la legislació i les necessitats del centre.

Quan parlem de normalització dels documents s'han de considerar dos aspectes:

- Per una banda, **normes del centre** (imatge corporativa, plantilles de documents d'ús comú que tinguin una estructura adequada al tipus de document, procediments i processos assistencials, etc.).
- Per altra, **normes legislatives**. Documents oficials que han de complir amb determinats continguts, com per exemple si ha de constar una signatura o els continguts concrets dels informes clínics, és a dir, el conjunt mínim bàsic de dades (CMBD), etc.

Respecte a la normalització cal afegir un tercer aspecte o fer una extensió o una altra accepció del concepte quant al suport electrònic.

La definició de documents també es refereix a la documentació de la informació que es registra en bases de dades o en aplicacions com la HCE, o tràmits administratius que es porten a terme de forma telemàtica. Per tant, s'ha d'incloure en el concepte de normalització **la dimensió electrònica**. En aquest sentit, la normalització permet la interoperabilitat.

Un **estàndard** és una norma o protocol definit *de facto* o en forma regulada per facilitar la interoperabilitat i/o integració entre sistemes.

Un exemple clar de la necessitat de l'ús d'estàndards és el següent: el 1904 es va produir un enorme incendi a la ciutat de Baltimore (Estats Units), que va convertir una zona de més de 57 hectàrees en cendres i va destruir més de 1.500 edificis. Per ajudar a apagar el foc hi van acudir companyies de Nova York, Filadèlfia i Washington DC. Tot va ser inútil: les mànegues no van poder connectar-se a la xarxa d'aigua, ja que els diàmetres no coincidien amb les preses de les aixetes. Com a resultat, l'incendi va durar més de 30 hores i va cremar uns 2.500 edificis. Això va fer evident la necessitat de creació d'un estàndard nacional per a les mànegues, i la urgència el va convertir en realitat només un any després.

La **interoperabilitat** permet la comunicació entre diversos sistemes de diverses institucions o centres a través de les TIC i garanteix així el contínuum assistencial. És el que es pretén amb la HC compartida.

En aquest sentit, també els llenguatges mèdics que tenen a veure amb la terminologia mèdica, (SNOMED, CIE) i els formats d'imatge (DICOM) requereixen de normalització per a sistemes d'informació sanitària efectius, així com l'arquitect-

La normalització i la selecció de continguts clínics interoperables a nivell de l'SNS es recullen en el Reial decret 1093/2010.

tura de la HCE. Existeix una forta competència entre les diferents organitzacions (Oracle, IBM, etc.), que proposen cada una els seus models.

L'**openEHR** és l'estàndard internacional i obert específic per al disseny de models d'informació clínica a les històries electròniques de salut basades en el coneixement, i és el que s'està desenvolupant a Catalunya.

DICOM (Digital Imaging and Communication in Medicine) és l'estàndard reconegut mundialment per a l'intercanvi d'imatges mèdiques, pensat per al maneig, l'emmagatzematge, la impressió i la transmissió. Una imatge mèdica no té sentit sola: es requereix informació sobre el pacient, l'adquisició, etc., i els formats d'imatge existents (JPEG, GIF, TIFF...) són insuficients per incloure-hi tota la informació extra requerida. Una imatge DICOM permet fer i posar més informació, com per exemple permet relacionar diferents imatges que s'han fet d'un mateix pacient.

## 10.2 Disseny de documents administratius

Els documents administratius que es fan servir per a la intercomunicació entre el centre sanitari i els usuaris externs (pacients o particulars o altres centres) i per a la comunicació interna (entre diversos serveis o unitats i/o departaments, professionals, etc.) i altres documents d'ús comú que poden estar en suport paper o electrònic (PDF).

Per a aquests cal tenir en compte unes normes generals (normalització):

- El **tipus de llenguatge** usat en els centres sanitaris públics és el de tipus administratiu.

El llenguatge administratiu és un llenguatge tècnic de caràcter oficial, per la qual cosa és marcadament formal i busca sempre la precisió i la matisació dels missatges. Això fa que sigui més aviat impersonal, objectiu i de tracte respectuós. El llenguatge que utilitzen els centres privats té igualment aquestes mateixes característiques.

- L'**homogeneïtzació dels elements** dels documents amb una disposició adequada a la norma institucional i identitat corporativa (símbols, fonts, mida o cos de lletra, colors, etc.) El fet que tots els documents portin el logotip o símbol de l'empresa o institució els identifica clarament. S'ofereix així una imatge corporativa. Tots han de tenir el mateix estil quant a tipus de lletra, mida, color, etc. Imaginem que a casa tenim una pila de papers que hem anat acumulant i ens decidim ordenar-los per llençar-los o guardar-los. Sense llegir i amb un cop d'ull sabrem si es tracta d'un document de l'ajuntament o de l'empresa que ens proveeix de l'electricitat o del telèfon només amb la identificació del logotip del document o com està estructurat i el seu aspecte visual. En això es compleix allò que "una imatge val més que mil paraules".

- Cada document té una **estructura** determinada, d'acord amb la seva finalitat. La disposició de la informació en cada document respon a les seves característiques intrínseques, per això cal conèixer la forma que ha de tenir cada escrit. No és el mateix un informe d'alta que una carta d'informació al pacient o una nota.

S'ha de disposar el text en *paràgrafs breus* i utilitzant un *llenguatge comprensible* (senzill i directe) per als ciutadans. És millor no emprar frases compostes o subordinades. El text ha de ser entenedor. És un error pensar que fer servir paraules tècniques dona més valor i més claredat al text.

Escriure amb un llenguatge planer estalvia esforços, fa més fàcil la comprensió i dona seguretat i confiança al lector. En definitiva, és molt més rendible i eficaç, perquè millora la comunicació.

## 10.2.1 Recomanacions en l'elaboració de documents

Cada institució o centre té una manera de procedir en les seves tasques que resten reflectides en manuals o guies. A Internet s'hi poden trobar moltes guies orientatives per facilitar l'ús dels documents habituals en l'Administració dels diversos serveis: diputacions, ajuntaments, ICS, etc. Així, a la web [bit.ly/3P8nYGc](http://bit.ly/3P8nYGc) s'hi poden trobar pautes per elaborar els documents de tipus administratiu.

Fem un recull d'algunes de recomanacions comunes que podem trobar en aquestes guies. Una recomanació, segons criteris d'alguna de les guies de comunicació que podem trobar de diverses institucions, és que l'argument sobre el qual construïm el text s'ha de basar en **fets objectius i en els detalls positius** de la informació que volem comunicar. D'aquesta manera es desperta l'interès del lector, el qual se sentirà més predisposat a llegir el document que rep.

Hi ha missatges que estan ben redactats, no tenen faltes gramaticals, donen tota la informació i es poden entendre, però es presenten de manera negativa. S'han d'evitar missatges en els quals s'ofereix un servei afegint-hi informacions negatives. Sempre és molt més interessant i, sobretot, eficaç presentar les informacions de manera positiva.

### Dues formes del mateix missatge, una positiva una altra negativa

**Forma a evitar:** *No es pot demanar hora de visita per al metge de capçalera si abans no s'ha presentat la targeta d'identificació sanitària.*

**Forma millorada:** *Per demanar visita per al metge de capçalera heu de presentar la targeta d'identificació sanitària.*

### Dues formes del mateix missatge

Primera versió: *Finalment us podem enviar els talonaris de receptes per als centres de la vostra Subdivisió que ens van demanar amb urgència a causa dels problemes que hi ha hagut de subministrament. Tanmateix, caldrà que el personal tingui en compte que aquests talons no es poden utilitzar abans del dia 14 d'aquest mes i que només els poden fer servir els centres que ho van demanar anteriorment.*

Segona versió (millora la primera versió): *Us enviem els talonaris de receptes que ens vau demanar per als centres de la vostra Subdivisió. Aquests talonaris els poden utilitzar tots els centres que ho havien sol·licitat anteriorment, a partir del dia 14 d'aquest mes.*

Els documents s'han de **redactar ordenadament**, en paràgrafs de llargada regular que vagin desplegant la informació de manera lògica i adequada a l'objectiu plantejat. A més a més, **el disseny del document ha de ser racional** per tal que la informació important es trobi fàcilment i que les dades rellevants es vegin de seguida.

Per aconseguir una bona estructura narrativa cal distingir clarament les tres parts que componen qualsevol text expositiu: introducció, exposició i conclusió.

- La **introducció** ha d'expressar de manera clara l'assumpte de què es tracta. Normalment n'hi haurà prou amb un paràgraf de dues o tres frases. La manera de redactar la introducció depèn de la mena de missatge.
- L'**exposició** ha de desenvolupar amb ordre i claredat els arguments i les idees de la comunicació segons el propòsit que es vol aconseguir. Així, qui llegeixi el text l'entendrà fàcilment.
- La **conclusió** ha de resumir les idees principals i ha d'esmentar explícitament el que s'espera del destinatari. S'ha de presentar com a conseqüència natural de tota l'exposició.

Per millorar la llegibilitat dels documents també es fan servir **pistes lògiques** que el redactor de qualsevol text utilitza per facilitar-ne la lectura. L'ús adequat d'aquests recursos, els connectors, permet una comprensió més àgil del text.

#### L'ús dels connectors en el text

L'anàlisi de la proposta s'ha de fer tenint en compte factors diversos. *En primer lloc*, s'ha de preveure la repercussió del projecte en la població. També cal pensar en el cost de la seva implantació. *En últim terme* s'ha de valorar la possibilitat que no s'arribi a aconseguir els objectius inicials. *Així doncs, en conclusió*, la proposta, encara que sembla interessant, s'ha d'analitzar amb més deteniment.

Altres recomanacions per a aquests tipus de documents:

- Per a les fórmules de salutació i comiat:
  - S'evitaran salutacions i comiats, així com altres fórmules de cortesia, que no tenen cabuda en el llenguatge administratiu quan es tracta de comunicar alguna cosa a un usuari (ofici extern) o professional del centre (ofici intern).
  - En el cas que es vulgui comunicar de forma més personalitzada es pot utilitzar la carta; en aquest cas, el tractament és més proper i sí que hi ha comiat i tractament de cortesia.
- En els documents amb un destinatari individual és convenient incloure-hi un títol. És un recurs formal que facilita la comprensió del missatge per al seu receptor. Al títol s'anomena el tipus d'acte que conté (notificació, diligència, nota interior, etc.).

- Únicament es requeriran del ciutadà les dades imprescindibles per a la tramitació corresponent, evitant sol·licitar dades ja conegudes o en poder de l'Administració.
- En els documents destinats a ser emplenats pels ciutadans s'hi inclouran instruccions clares i concises. Són sol·licituds o reclamacions.
- El centre o unitat de procedència estarà degudament identificat, amb la direcció postal completa, número de telèfon i correu electrònic, perquè el destinatari pugui posar-se en contacte.
- S'evitarà el llenguatge sexista i qualsevol altre llenguatge discriminatori. Es tindrà en compte la forma femenina de títols, professions i càrrecs.
- Els documents bàsics d'informació han de tenir versions simplificades per a persones amb discapacitat intel·lectual o problemes de comprensió escrita.
- La primera vegada que s'incloguin unes sigles han d'anar precedides de la denominació completa. S'evitaran sempre les abreviatures.
- En els formularis, les dades han de seguir un ordre lògic i s'han de distingir els espais destinats perquè els empleni l'interessat.
- En els formularis cal preveure la possibilitat de mecanització a l'hora de disposar els espaiats, camps per emplenar o omplir..., així com el seu posterior arxiu.
- S'hi poden i s'hi deuen incorporar elements que facilitin la comprensió del text, com ara certs tipus de lletra, formats i colors, i combinar-los amb marges i espais en blanc. És a dir, que cal aprofitar aquells recursos gràfics que ens ofereixen els mitjans electrònics i informàtics per al disseny dels impresos.
- Si l'imprès disposa de diverses còpies, caldrà distingir en cadascuna qui és el destinatari.
- El nombre d'exemplars s'adequarà a les necessitats objectives, de manera que s'evitaran tirades excessives i no justificades.
- Han d'estar catalogats amb un nom i codi que identifiqui el tipus de document. Això també està relacionat amb la qualitat en la gestió documental.

### 10.3 Elements dels documents

Les cartes i els oficis han de tenir uns elements característics determinats que s'han de tenir en compte si volen dissenyar models que es puguin fer servir com a plantilles. Aquests models s'han d'identificar amb un codi per conèixer exactament la versió que es fa servir en el temps en què estan vigents.

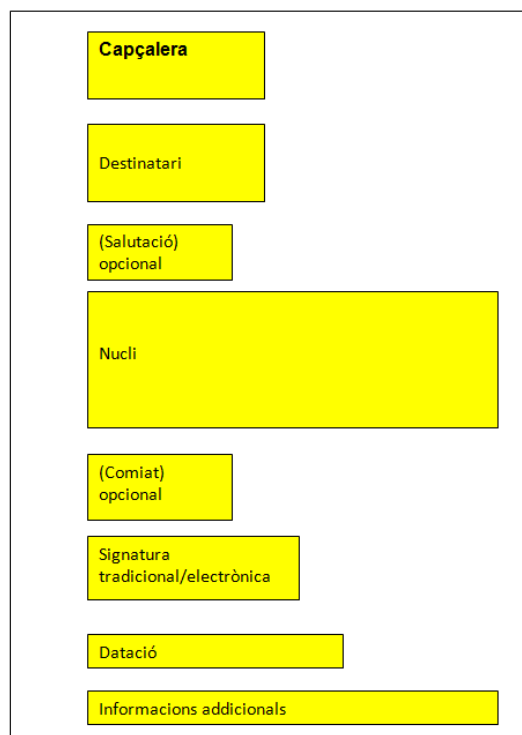
### 10.3.1 La carta

La carta és una comunicació escrita de contingut general i adequada per a relacions de caire més aviat personal. Quan es tracta de comunicacions escrites de tipus estrictament oficial, o bé de comunicacions relatives a la tramitació d'un procediment administratiu, cal fer servir necessàriament un ofici, que és el document equivalent a la carta dins de la documentació administrativa relativa a un procediment.

#### Estructura de la carta

L'estructura d'una carta consta d'encapçalament, cos i peu (vegeu la figura 10.2).

FIGURA 10.2. Estructura d'una carta



#### Encapçalament:

- Dades del destinatari: nom i cognoms, càrrec, adreça i població. L'adreça s'ha d'escriure tant en el sobre com a la carta, ja que el document oficialment registrable és la carta i no pas el sobre i, per tant, ha de portar completes les dades del destinatari.
- Salutació: la salutació és una fórmula més o menys fixa que serveix per iniciar formalment la comunicació amb el destinatari. S'ha d'adequar a la formalitat i al compromís de la carta i ha de lligar amb la fórmula de comiat. S'escriu sense abreviacions i porta una coma al final. Algunes de les salutacions usuals, per ordre de formalitat creixent, són les següents:



- Benvolgut/uda amic/iga,
- Benvolgut/uda company/a, Benvolgut/uda col·lega,
- Benvolgut/uda senyor/a,
- Senyor/a,
- Distingit/ida senyor/a,

Si el destinatari té un càrrec al qual protocol·làriament correspon un tractament determinat, aquest tractament es pot fer servir a la fórmula de salutació i va, com a tracte protocol·lari que és, amb totes les inicials en majúscula.

Exemple: les formes abreujades dels tractaments, tant si són genèrics com protocol·laris, sempre s'escriuen amb majúscula inicial: Sr. Serra, Dra. Martí, Prof. Solé.

### **Cos de la carta**

En la redacció de la carta cal distingir bé les tres parts que componen qualsevol text expositiu: introducció, exposició i conclusió.

### **Peu**

Al peu hi ha de constar:

- Comiat: La fórmula de comiat s'ha de correspondre amb la de salutació i també amb el to general del cos de la carta. Podem fer servir diverses fórmules de comiat, que varien de l'una a l'altra segons el grau de formalitat. Alguns exemples són els següents:
  - Fórmules generals, alhora respectuoses i atentes:
    - \* Atentament,
    - \* Ben atentament,
    - \* Aprofito l'ocasió per saludar-vos atentament,
  - Per a casos solemnes i de màxima consideració:
    - \* Us saludo amb respecte.
    - \* Aprofito aquesta avinentesa per saludar-vos ben atentament.
  - Per a casos de relació amistosa i cordial:
    - \* Cordialment,
    - \* Ben cordialment,
    - \* Una salutació cordial,
    - \* Rep una cordial salutació.

Si la fórmula de comiat és una oració completa, amb verb i complements (Aprofito l'ocasió per saludar-vos atentament.) porta punt final.

Si és un adverbí, (Cordialment,) o un substantiu (Una salutació cordial,) porta una coma.

- Signatura: que inclou:
  - Signatura
  - Nom i cognoms
  - Càrrec

La carta és un document de comunicació interpersonal, i per aquest motiu el càrrec es posa sense article sota del nom i dels cognoms, ja que qui firma és la persona, no el càrrec.

- Datació: localitat i data. La data s'escriu sense cap preposició al davant i no porta punt final.
- Informació addicional. Si cal donar cap informació addicional fora del cos de la carta es posa al peu de la pàgina introduïda amb les sigles PD (postdata: «després de la data») o PS (*post scriptum*, 'després de l'escrit'). També es pot introduir amb les paraules: “nota”, “annex” o “annexos”.

Vegeu en la figura 10.3 un model de carta:

FIGURA 10.3. Model de carta

The figure shows a model of a letter form with the following fields and content:

- Capçalera:** Policlínic, Consultes, C/ Sunver s/n. Vilanova
- Dades del destinatari:** [Redacted]
- Salutació:** Senyora,
- Cos de la carta:** En nom de tot el personal de la [Redacted] meu propi, us expreso el condol més sincer per la recent pèrdua del vos posar de qualsevol de nosaltres per a tot allò en què us puguem ser d'util
- Comiat:** Molt atentament,
- Signatura:** [Handwritten signature] Jordi Arrigues Pladevall, Cap de la Subdivisió
- Lloc i data:** Girona, 29 de febrer de 1996
- Adreça de l'emissor:** [Redacted]

## Críteris de redacció de la carta

En la redacció de la carta cal tenir en compte la relació entre l'emissor i el destinatari i l'assumpte que s'hi tracta. D'aquests factors depenen el grau de formalitat del text, la tria de les fórmules de salutació i de comiat i el tractament dels comunicants.

En general, el tractament per a l'emissor és de primera persona del singular («jo»). Però si convé donar a la carta un to més distant i menys personal o bé un valor predominant de centre o de col·lectiu, l'emissor pot parlar en primera persona del plural “nosaltres”.

El destinatari es tracta normalment en segona persona del plural “vós”. Segons la mena de relació que hi hagi també es pot tractar en tercera persona del singular, “vostè”, o bé en segona persona del singular, “tu”. El tractament de vostè és més fred i distant que els altres dos. El tractament de tu només és adequat per a aquells casos en què emissor i destinatari tenen normalment una relació amistosa i cordial. El tractament de vós té els avantatges de ser alhora franc i respectuós i que, en els pronoms, no necessita distingir masculí de femení ni singular de plural.

Convé escriure amb frases curtes, directes i en veu activa. Els paràgrafs també han de ser curts. És millor escriure unes quantes frases simples que no pas una de sola però molt complexa. D'aquesta manera, el text s'entén millor i més de pressa.

### 10.3.2 Oficis i comunicats interns

L'ofici és una comunicació escrita integrada en la tramitació d'un procediment administratiu. En un ofici s'acostuma a tractar un sol assumpte, per la qual cosa es tracta d'un document de caire monotemàtic.

Hi ha dos tipus d'ofici: externs i interns.

- Els **oficis externs** van adreçats als ciutadans, tant persones físiques (particulars) com persones jurídiques (empreses i institucions).
- Els **oficis interns** es fan servir entre òrgans de l'Administració i càrrecs o persones que hi treballen.

Una variant especial de l'ofici extern és **la notificació**, amb la qual es comuniquen a la persona interessada les resolucions i els actes administratius que afecten els seus drets i interessos. Té la mateixa estructura de l'ofici extern, però perquè tingui validesa legal ha de contenir necessàriament el text íntegre de la resolució o dels actes a què es refereix, i ha d'indicar si són o no definitius en la via administrativa. També ha d'esmentar els recursos que es poden interposar, l'òrgan davant del qual cal presentar-los i el termini per fer-ho.

**El comunicat intern** és una variant simplificada de l'ofici intern que es fa servir només entre serveis o unitats de la mateixa organització.

## Estructura de l'ofici

L'estructura de l'ofici consta de l'encapçalament, el cos de l'ofici i el peu:

- **Encapçalament:** es diferencia de la carta en el fet que porta una *referència* i el *registre de sortida*. Consta de:
  - Dades del destinatari
  - Assumpte (opcional)
  - Salutació
- **Cos de l'ofici.**
- **Peu.** Consta de:
  - Comiat.
  - Signatura.
  - Lloc i data.
  - Informació addicional (opcional).

L'ofici intern té la mateixa estructura, però no hi ha salutacions ni comiat.

## Característiques de l'ofici

L'ofici és un document que **porta dues dates**: la de l'escrit i la del registre.

L'**ofici** és un document que s'ha de registrar sempre.

Característiques de l'ofici:

- **La data del registre de sortida** és la que cal tenir en compte per a qualsevol qüestió de tramitació. A l'ofici extern la data es posa després de la signatura.
- En l'ofici extern cal indicar nom i cognoms del destinatari, així com l'adreça.
- En l'intern, els destinataris són els càrrecs, i per tant cal posar-hi el nom del càrrec, i de manera opcional posar el nom.
- No cal posar l'adreça però sí correctament el servei, la secció i l'organisme al qual pertany el destinatari.
- No cal que hi figuri l'assumpte, però si s'hi posa ha de ser molt simple.
- La salutació a l'ofici és simplement “Senyor,” o “Senyora,” sense abreviar i amb una coma al final. A l'ofici intern no es fa servir salutació.
- En el cos cal distingir bé les tres parts que componen qualsevol text expositiu: introducció, exposició i conclusió. Cada part s'ha d'expressar de manera clara:

- l'assumpte per la introducció,
  - l'argument per a l'exposició
  - el que s'espera del destinatari a la conclusió.
- Al peu trobem el comiat, que ha de ser simplement “Atentament,” (amb coma al final). L'ofici intern no porta comiat.

Els oficis s'expedeixen en funció del càrrec que té l'emissor. Per tant, cal posar-hi primer el càrrec, precedit d'article, després es firma i a continuació es posen el nom i els cognoms.

A l'ofici extern s'indiquen el lloc i la data després del nom i cognoms. A l'intern no cal indicar-hi el lloc, i la data es posa a l'encapçalament.

Igual que a la carta, si cal afegir-hi informació addicional, aquesta es posa al peu precedit de les sigles “PD” (postdata) o “PS” (*post scriptum*), “Nota”, “Annex” o “Annexos”.

## 10.4 Elaboració d'altres documents

Actualment, les institucions es gestionen de tal manera que s'enfoquen a la qualitat i/o millora de qualitat contínua. Una de les maneres d'aconseguir-ho és la gestió per processos, i per fer-ho cal un treball en equip. Un document molt útil en l'establiment de processos i procediments és el **diagrama de flux** o els circuits.

Altres documents necessaris per a l'organització de les institucions són els documents per a les reunions d'equips:

- Convocatòria
- Acta de reunions

### 10.4.1 Diagrames de flux

Una de les tasques dels diversos departaments és l'elaboració de protocols, circuits i algoritmes. En la seva elaboració és important el treball en equip i conèixer tots els procediments i processos que es porten a terme a l'organització. Aquests es fan servir per normalitzar i donar pautes de treball segons uns requeriments de qualitat establerts. La seva construcció permet detectar punts crítics, conèixer les funcions i responsabilitats dels processos i procediments, i permeten analitzar els processos i detectar riscos i oportunitats. A més, resulten una eina de comunicació amb una única interpretació.

Per elaborar aquests circuits es fan servir els **diagrames de flux**, que es construeixen amb una sèrie de símbols, o dibuixos geomètrics que han de ser coneguts per qualsevol persona, amb l'ajuda d'una clau.

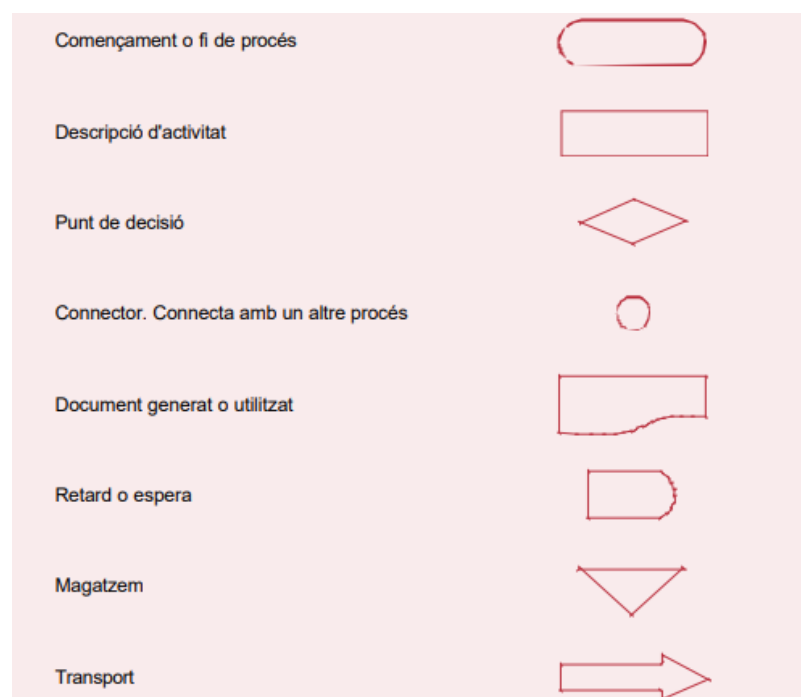
És molt convenient que tota l'organització utilitzi els mateixos símbols per descriure les mateixes operacions i tasques. Existeixen diferents normatives en funció del mercat i sector d'activitat.

És convenient adjuntar al diagrama de flux una llegenda amb els principals símbols i abreviatures utilitzades. Hi ha programes informàtics que poden ajudar a fer la feina, com ara Lucidchart, io-draw, etc.

Existeixen sèries de símbols normalitzats (AINSI, AFNOR, ASME, etc.) per a la representació formal dels diagrames. Els símbols més comunament utilitzats es mostren en la figura 10.4, i són els següents:

- Oval o el·lipse: inici i final (obre i/o tanca el diagrama).
- Rectangle: activitat (representa l'execució d'una o més activitats o procediments).
- Rombe: decisió (formula una pregunta o qüestió).
- Cercle: connector (representa l'enllaç d'activitats amb una altra dins d'un procediment).
- Triangle cap per avall: fitxer definitiu (guarda un document de forma permanent).
- Triangle cap per amunt: fitxer temporal (proporciona un temps per a l'emmagatzematge del document).

**FIGURA 10.4.** Símbols per a diagrames de flux



## Exemple de diagrama de flux en la gestió administrativa de pacients en l'àmbit d'urgències

El malalt arriba a l'àmbit d'urgències, bé sigui per pròpia iniciativa o derivat des d'algun altre centre assistencial, i el primer contacte és amb el professional d'admissions de l'àmbit d'urgències, que és el mateix per a tots els pacients. El procediment de la gestió administrativa és el següent (vegeu la figura 10.5).

### 1. Registre de dades administratives:

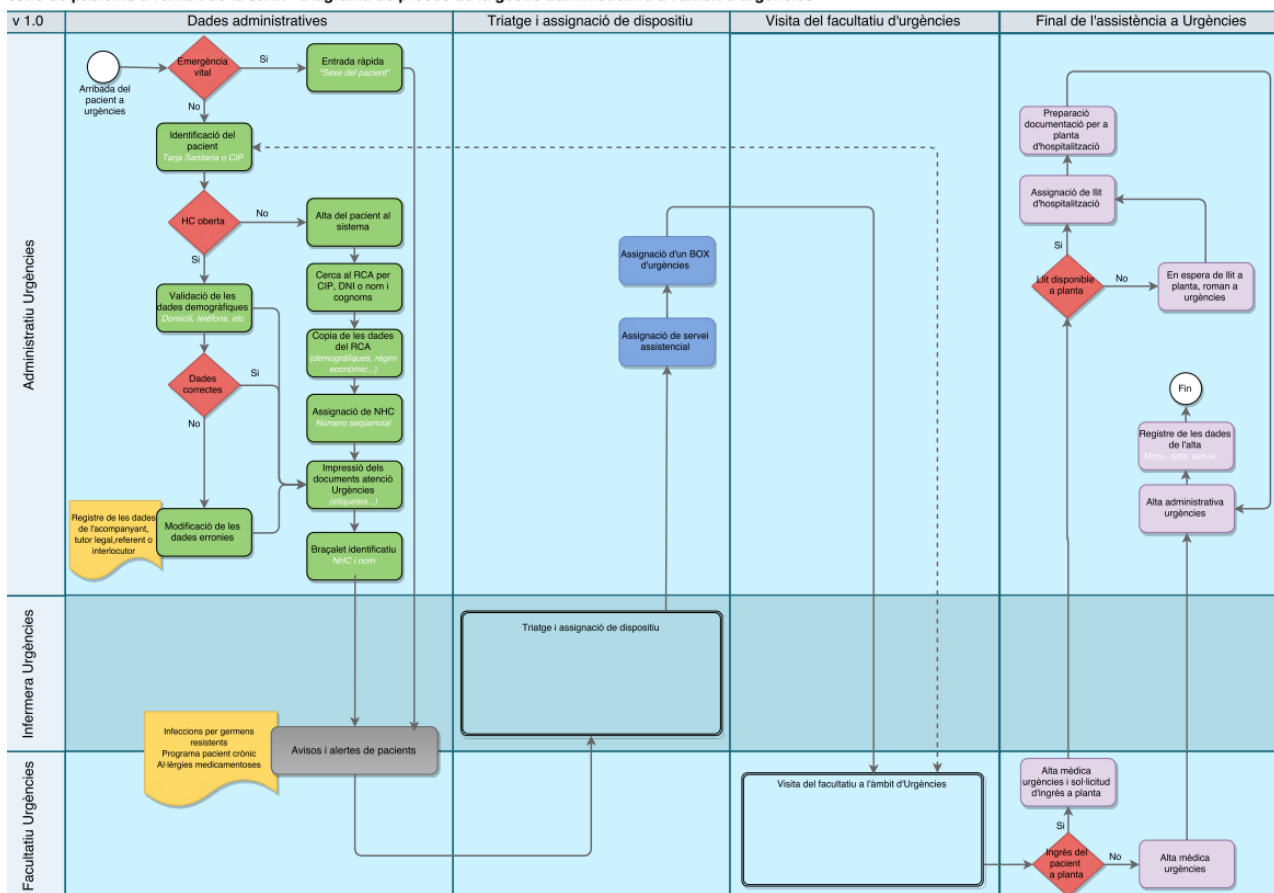
- L'administratiu de porta registra el primer contacte assistencial, fent en primer lloc la identificació del pacient mitjançant la targeta sanitària (lector de targetes magnètiques) o bé manualment mitjançant el CIP del pacient. En el cas que sigui una emergència o el pacient no tingui possibilitat de donar les seves dades, és possible fer una entrada "ràpida", registrant només el sexe del pacient; posteriorment cal poder identificar aquests casos per completar la resta de dades (per exemple, en el cas de pacients emergents amb perill vital).
- Si el pacient ja té història clínica (HC) oberta a la institució es fa una validació –se li pregunten les dades demogràfiques *in situ*: per exemple: domicili, telèfons, etc., i en cas que hagin canviat, es modifiquen.
- Cal poder registrar les dades de l'acompanyant (sobretot en el cas d'infants i persones discapacitades o amb problemes mentals...) També cal poder registrar les dades del "referent" o "interlocutor" que el pacient anomena, i que ha de ser amb qui els metges parlin en cas de necessitat (testament vital, etc.).
- Si el pacient no disposa d'HC a la institució en el moment del registre se'l dona d'alta, i per a això es fa una cerca al Registre General d'Assegurats de la Generalitat de Catalunya (RCA), buscant pel seu número de CIP (o el DNI o el nom i cognoms). Un cop localitzat, des de l'RCA es copien les seves dades (demogràfiques, règim econòmic...) al sistema informàtic de la institució i se li assigna un número d'història clínica intern (NHC); normalment és un número seqüencial que s'atorga de manera automàtica.
- S'imprimeixen diferents documents necessaris per atendre el pacient en l'àmbit d'urgències: etiquetes identificatives, que poden ser necessàries per a l'etiquetatge de mostres (tubs de sang), etc., justificants i targetes d'acompanyant.
- Se li posa un braçalet identificatiu, on consta el seu nom i número d'història clínica.
- Avisos: el programa informàtic emet avisos en funció de característiques concretes. Per exemple: apareix una alerta si el pacient que ha estat infectat en algun episodi anterior amb algun tipus de germen resistent, per tal de preveure el seu aïllament i evitar un possible contagi a altres pacients.

- S'avisava de l'arribada per urgències de malalts o grups de malalts concrets als quals per motius assistencials els facultatius de referència volen identificar quan arribin (per exemple, aquells que són atesos habitualment per programes d'atenció al pacient crònic).
2. Triatge i assignació de dispositiu: aquesta part del procés queda fora d'aquest cas, atès que no conformen les tasques administratives en aquest àmbit, però s'ha de tenir en compte, ja que el pacient segueix aquest circuit. Tot i així, sí que es tindrà en compte que en aquesta part del procés s'assigna un servei assistencial i un box d'urgències.
  3. Visita del facultatiu en l'àmbit d'urgències: aquesta part del procés queda fora d'aquest cas, atès que no conformen les tasques administratives en aquest àmbit, però s'ha de tenir en compte ja que el pacient segueix aquest circuit. Evidentment, aquestes tasques sí que s'han de reflectir en l'execució d'un procés per a l'elaboració d'un HIS.
  4. Final de l'assistència del pacient a l'àmbit d'urgències: la finalització de l'atenció del pacient a l'àmbit d'urgències pot ser per diferents opcions:
    - Pacient que ingressa a planta d'hospitalització: en cas que el pacient hagi d'ingressar a la planta d'hospitalització, el metge ha de fer la sol·licitud d'ingrés a admissions, especificant el servei/unitat de destinació del pacient a la planta d'hospitalització. Si hi ha llit disponible, des d'admissions se li assigna. Es prepara la documentació del pacient. Infermeria de planta avisa quan l'habitació està disponible per a l'ingrés (buida i neta), i el pacient pot pujar a la planta.
      - Es dona l'alta mèdica i l'alta administrativa del pacient de l'àmbit d'urgències i el portalliteres porta el pacient i la seva documentació a la planta d'hospitalització.
      - Si no hi ha llit a la planta, el pacient queda a urgències a l'espera de llit.
    - Pacient que no ingressa a planta i és donat d'alta a urgències. Pot ser donat d'alta a l'àmbit d'urgències per diferents motius:
      - és traslladat a un altre centre hospitalari,
      - és traslladat a una Unitat Hospitalització Domiciliària,
      - és traslladat a un hospital de dia,
      - és alta a domicili,
      - demana alta voluntària,
      - és traslladat a l'àrea de malalts crítics,
      - alta sense finalitzar per fugida del pacient o *exitus*.



**FIGURA 10.5.** Diagrama del procés de la gestió administrativa en l'àmbit d'urgències

estió de pacients a l'àmbit de la salut - Diagrama de procés de la gestió administrativa a l'àmbit d'urgències



Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut

### 10.4.2 Plantilles: convocatòria i acta de reunió

A l'hora de d'elaborar documents és molt útil la utilització de plantilles.

**Una plantilla** és un document que automàticament genera una còpia de si mateix cada vegada que s'obre. No és un document en blanc, sinó que està configurat amb un seguit de marges, fonts, disseny de pàgina, etc. A l'hora de guardar el document, el programa informàtic guarda un document a part i deixa el document original configurat com al principi, perquè pugui ser utilitzat novament.

Quan es crea una plantilla es pot delimitar el que s'ha de posar en cada apartat amb una llista desplegable. La llista desplegable marca les opcions entre les quals hom pot triar la que més convingui. A més, es pot aplicar una contrasenya per protegir el seu contingut i que ningú pugui modificar-lo.

L'avantatge més important que té la creació de plantilles és que es pot avançar la feina, ja que són eines molt pràctiques i fàcils de manejar.

Hi ha plantilles per a cada aplicació de Microsoft (i es poden crear o utilitzar les predeterminades), i quan el tècnic de documentació ha de confeccionar un document pot recolzar-se en una plantilla en què la informació quedi estructurada (sempre amb el format que ha triat).

Els documents més importants han de tenir una estructura comuna, que es correspongui amb la identitat de l'empresa.

Qualsevol document serveix per comunicar una informació a algú. És convenient que en un primer moment es preparin les plantilles dels documents que s'utilitzen habitualment. Així, simplement s'haurà d'omplir la informació rellevant i no es perdrà temps refent el document.

El **protocol sobre la comunicació escrita** que cal que segueixin tots els empleats es pot trobar com un manual dins de les grans empreses.

### Característiques de les plantilles

Les característiques més importants que cal tenir en compte en la confecció de cadascuna de les plantilles a realitzar són:

#### La convocatòria de reunió

En confeccionar una plantilla de convocatòria a una reunió hem d'incloure els següents aspectes:

- Capçalera: es detalla de què tracta la reunió i la persona convocant.
- A la part esquerra apareixen les dades de la reunió: data, hora d'inici, hora de finalització i lloc (direcció).
- A la part dreta es redacta un llistat dels assistents a la reunió per ordre alfabètic (en el cas que no sigui una reunió de caràcter intern).
- A continuació es detallen els punts que s'hi tractaran, el que s'anomena ordre del dia.
- Finalment es poden adjuntar annexos amb la informació que les persones assistents han de tenir en compte en la reunió.

Per obtenir bons resultats a l'hora de convocar una reunió és important que els temes que s'hagin de tractar siguin coneguts pels assistents abans que aquesta tingui lloc, ja que d'aquesta manera els convocats podran proposar solucions i serà un procés més dinàmic.

Normalment, la convocatòria s'envia als assistents per correu electrònic, atesa la rapidesa en la difusió. Però si es tracta d'una reunió molt formal, es remetrà per correu postal.

Un cop convocada la reunió i realitzada, s'elabora el document anomenat **acta de reunió**, que és un document on es recull tot el que ha passat en una reunió. A la part superior dreta del document hi han d'aparèixer el logotip de l'empresa i la unitat encarregada de la reunió (departament, àrea, etc.).

Tota la informació es pot recollir en una taula amb les següents parts:

- Dades identificatives de l'acta: nombre de referència, data i nombre de pàgines que formen el document.
- Empreses o organismes que col·laboren en la reunió: en el cas que hi hagin participat diversos i detallant el tipus de vincle que els uneix.
- Assistents a la reunió: independentment del temps que hagin romàs en la reunió, s'especifiquen els noms i cognoms de tots els presents.
- Ordre del dia: recull la informació que es va tractar en la reunió, i quan es va produir.
- Propera reunió: puntualitzant el motiu d'aquesta i la data de la seva execució.
- Afers, tractats i acords: aquest apartat recull les conclusions a què s'ha arribat en cadascun dels punts que s'han tractat en la reunió. A més, es detallarà qui dels assistents durà a terme les accions per millorar-los i la data fi per a aquesta comesa.

Aquest document ha de ser molt descriptiu, per la quantitat d'informació que conté, però, per la mateixa raó, ha d'estar molt sintetitzat, perquè sigui d'utilitzada i els continguts de la mateixa no repercuteixin en la seva operativitat.



## 11. Disseny de documents clínics

El disseny i elaboració de documents clínics és una de les competències del tècnic superior en documentació sanitària per poder ocupar llocs de treball com a responsable tècnic en de tractament i disseny documental sanitari.

Per elaborar els diversos documents clínics segons les normes a nivell comunitari i dels propis centres tot i adaptant-se a les necessitats dels interessats o usuaris d'aquests documents (professionals sanitaris, autoritats, pacients, familiars, etc) cal tenir en compte tot un seguit d'aspectes importants.

Un exemple clar de la importància del disseny d'un document clínic és l'informe d'alta clínic (IA). Aquest document, entre altres necessitats, destaca la del seguiment del pacient i que el continuum assistencial es pugui donar amb total seguretat. Una informació clara en aquest informe serà ben interpretada i útil pel metge de capçalera que farà el seguiment adequat segons les indicacions dels professionals especialistes.

### 11.1 Línies generals per al disseny de documents clínics

Els documents clínics més importants són la pròpia història clínic i els documents que la conformen i que s'hi van acumulant al llarg dels episodis o processos assistencials del pacient.

Per a la elaboració i disseny d'aquests documents cal tenir en compte les següents consideracions generals:

- Cada full o document (informe) de la història clínic només s'utilitzarà per a l'objecte que ha estat dissenyada i autoritzada per la Comissió de Documentació clínic, Informació i Estadística.
- Han de ser dissenyats per tal que es requereixi un mínim esforç per a la seva complimentació i ús (això és comú tant per al suport electrònic com al de paper), per la qual cosa incloure llistes tancades quan sigui possible evitaria errades i/o interpretacions diverses sobre un mateix concepte. Per exemple: en indicar el sexe hom podria posar una M, això s'interpretaria com a 'mujer' o 'mascle'. En canvi si les opcions a triar són H o D, el resultat és inequívoc.
- Només es poden introduir nous formats quan sigui estrictament necessari i si les dades no estan recollides en un altre document.
- La història clínic s'ha de confeccionar per episodis assistencials, contenint cada episodi assistencial els documents rellevants a el mateix ingrés, separats pel full clínic-estadística o de la manera que hagi estipulat cada centre.

- La redacció dels textos s'ha de fer amb escriptura llegible, amb **terminologia universalment normalitzada** per la pràctica professional. Si s'utilitzen **abreviatures**, aquestes han de ser les d'ús comú; si no és així, la primera vegada que apareguin en el text aniran acompanyats del seu significat complet entre parèntesis.
- Correspon a cada un dels components de l'equip assistencial que atengui el pacient en cada moment la responsabilitat de la correcta execució de les normes de confecció dels informes, establertes en el reglament d'ús de la història clínica.
- Els suports electrònics i els de paper hauran de dur apartats destinats al **peu de signatura** nombre i cognoms llegibles i, si s'escau, a la constatació de la data i l'hora en què es realitza una determinada activitat. Aquests apartats han de ser acuradament emplenats per la persona o persones responsables per a cada tipus d'actuació de l'activitat assistencial desenvolupada sobre el pacient, en forma fàcilment llegible, fent constar a més, en el cas dels metges, el seu número de col·legiat o codi numèric personal (CNP).
- Els documents clínics han de ser **normalitzats en format i contingut**.
- La HC ha d'estar ben estructurada.
- Tots els documents que el suport sigui el paper s'han d'incloure en el sistema de subjecció de carpeta, no havent de quedar cap fora d'ell.
- En cas que el gruix de la història clínica dificulti el seu maneig, aquesta es podrà desdoblar en volums, mantenint cada volum la identificació inicial (nombre de història clínica, nom i dos cognoms), així com el nombre seqüencial del volum a què correspongui en nombres romans.
- Ha d'haver un **protocol** elaborat en el Servei de Documentació Clínica i aprovat per la Comissió de Documentació Clínica, Informació i Estadística per fer més manejables les històries voluminoses, que contemplarà l'ordenació i classificació de documents en funció de la seva rellevància, per tal de deixar un sol sobre circulant i la resta arxivats. Poden ser dues només si es demanen expressament.
- Un cop dissenyat el document pel servei de Documentació SADC ha d'ésser **aprovat per la Comissió d'Històries Clíniques**.
- Caldrà fer una prova d'impremta o impressió.
- S'haurà de mantenir el **disseny corporatiu en els documents clínics**.
- Cal una revisió contínua tenint en compte que les necessitats i circumstàncies canvien amb el pas del temps. Per exemple En el desenvolupament de nous mòduls de la història clínica electrònica i del programari dels aparells de proves mèdiques, etc., s'ha d'incloure la possibilitat de subministrar una còpia de la informació que conté en un format estàndard, que sigui de fàcil accés per a la persona, encara que no necessàriament en suport paper.

- S'ha de complir la normativa quant a continguts que han de mostrar-se als documents. La normalització en els continguts és essencial per permetre la interoperabilitat i l'intercanvi d'informació entre diverses institucions i centres sanitaris.

### 11.1.1 Continguts

Quins continguts hauràn de fer-se constar en els documents? i com s'estructuren aquests i quins elements els componen?

Quant als continguts, la informació, que han de contindre els documents clínics, és a dir, els referits a la història clínica estan regulats per la normativa següent:

- A Catalunya Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, que va precedir la Llei 41/2002.
- Llei 41/2002 de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica a nivell del SNS estatal. Posteriorment, cada comunitat autònoma desplegarà normes concretes adaptant la citada llei.

D'aquestes normatives, en general, s'extreu que:

- Tot pacient o usuari té dret a que quedi constància, per escrit o en el suport tècnic més adequat, de la informació obtinguda en tots els seus processos assistencials, realitzats pel servei de salut tant en l'àmbit d'atenció primària com d'atenció especialitzada.
- La història clínica tindrà com a finalitat principal facilitar l'assistència sanitària, deixant constància de totes aquelles **dades que**, sota criteri mèdic, permetin el coneixement veraç i actualitzat de **l'estat de salut**.

El contingut mínim de la història clínica serà el següent:

- El full clínicoadministratiu.
- L'autorització d'ingrés.
- L'informe d'urgència.
- L'anamnesi i l'exploració física.
- L'evolució.
- Les ordres mèdiques.
- El full d'interconsulta.

- Els informes d'exploracions complementàries.
- El consentiment informat.
- L'informe d'anestèsia.
- L'informe de quiròfan o de registre del part.
- L'informe d'anatomia patològica.
- L'evolució i planificació de cures d'infermeria.
- L'aplicació terapèutica d'infermeria.
- El gràfic de constants.
- L'informe clínic d'alta.

Alguns només són exigibles en la formalització de la història clínica quan es tracti de processos d'hospitalització o així es disposi.

Quan es tracti del naixement, la història clínica incorporarà, a més de la informació a què fa referència aquest apartat, els resultats de les proves biomètriques, mèdiques o analítiques que resultin, si s'escau, necessàries per determinar el vincle de filiació amb la mare, en els termes que s'estableixin per reglament. Per exemple, la empremta del peu del nadó, una gota de sang, etc.

## 11.2 Normativa i CMBD

La normativa respecte al conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) té com a objectiu principal la normalització quant a continguts que han de contenir els informes clínics.

**La normalització** dels documents permet un intercanvi entre sistemes diversos al servei dels ciutadans. Assegura l'intercanvi electrònic d'informació clínica per a permetre l'accès de professionals i interessats a la història clínica.

La normalització és el procés que consisteix a establir estàndards, característiques comunes i normes per tal d'ordenar i poder interpretar la informació clínica de la mateixa manera des de diversos agents.

Tot el procés de normalització repercuteix també en la qualitat, ja que s'eviten inexactituds, contribueix a garantir **la interoperabilitat**, facilita el compliment de la legislació vigent i la seguretat i privacitat de les dades, alhora que millora l'atenció al pacient.

La interoperabilitat és la capacitat de transmissió de dades entres sistemes d'informació heterogenis. Un dels seus aspectes principals és la interoperabilitat semàntica. Per assolir-la cal definir un conjunt de dades que per la seva importància han d'estar continguts als informes clínics.



El contingut dels documents clínics està regulat pel Reial decret 1093/2010, de 3 de setembre, pel qual s'aprova el conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) dels informes clínics al Sistema Nacional de Salut.

Aquest Reial decret estableix el contingut i el format en que han de registrar-se les dades i quines han de constar als informes sigui quin sigui el suport electrònic o paper, i per a tots els centres i dispositius assistencials que integren el Sistema Nacional de Salut.

Tanmateix, la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, vetlla perquè la informació sanitària sigui compartida i això requereix una homogeneïtzació en els elements dels documents que componen la HC.

Aquesta homogeneïtat és un dels elements de normalització que faciliten l'intercanvi entre sistemes diferents al servei dels ciutadans. Cada centre sanitari fa servir un *software* diferent i cada comunitat autònoma en els seu sistema també fa servir diferents plataformes telemàtiques la qual cosa fa que per poder compartir informació sigui necessari l'ús d'estandards.

Per facilitar aquest intercanvi entre els diversos sistemes que atenen el pacient s'ha d'establir les següents accions:

- La **normalització dels continguts** amb vista a fer possible la interoperabilitat entre sistemes d'informació diferents.
- La instauració de models bàsics, per recollir i **presentar la informació clínica de manera estandarditzada**, permet garantir una homogeneïtat en els continguts dels documents clínics en el sistema sanitari públic que facilita la seva comprensió i la **localització més ràpida de la informació**, tant als pacients com als professionals sanitaris, amb independència del territori on hagin de ser atesos o on s'hagi generat la informació, de manera que es dona compliment al manament de la Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut.

Els documents clínics pels quals s'estableix un conjunt mínim de dades són els següents:

- Informe clínic d'alta
- Informe clínic de consulta externa
- Informe clínic d'urgències
- Informe clínic d'atenció primària
- Informe de resultats de proves de laboratori
- Informe de resultats de proves d'imatge
- Informe de cures d'infermeria
- Història clínica resumida

Així, en l'Annex I d'aquesta norma es veuen les dades que haurien de constar en un informe clínic d'alta.

Es pot observar que és recomanable que hi constin el logotip del servei de salut corresponent. A Catalunya és el logotip del CatSalut, a més del de la institució o centre sanitari. A més, l'adreça el codi amb el que l'hospital és registrat (CNH o RECESS), així com l'adreça web, el correu electrònic, etc.

La taula 11.1 mostra l'estructura de les dades que conformaran els models dels informes clínics. La estructura consta de les propietats:

- Denominació de la variable.
- Format (si és un text, una data o nombre).
- Valors: alguns són lliures i altres només accepten valors que componen una llista tancada (per exemple per a la variable tipus d'ingrés: les opcions són programat o urgent).
- Caràcter: si és *conjunt mínim*(CM) és obligatori que la seva presència hi sigui en qualsevol model d'informe. Si és R seria recomanable i resta a criteri de cada comunitat autònoma.

TAULA 11.1. Algunes dades del document informe clínic d'alta

Variable	Format	Valors	Aclariments	CM/R
Tipus de document	text	Informe clínic d'alta		CM
Data de signatura	dd/mm/aaaa	Lliure	És comuna als dos peus de signatura de l'informe	CM
Data d'ingrés	dd/mm/aaaa	Lliure		CM
Data d'alta	dd/mm/aaaa	Lliure		CM
Nom responsable 1	Text	Lliure (nom +2 cognoms)	És part del primer peu de signatura de l'informe	CM
Categoria professional 1	Text	Facultatiu especialista d'àrea, cap de secció, cap de servei		CM
Nom responsable 2	Text	Lliure (nom+2cognoms)	És part del segon peu de signatura, que sol fer la supervisió del primer signant	CM

Annex I RD 1093/2010

Aquests continguts, en part, s'han de tenir en compte per dissenyar els documents clínics, i els formularis o aplicacions per a registrar totes les dades.

No obstant això, i en l'àmbit de les seves competències, les comunitats autònomes poden establir els seus respectius models de documents clínics i incorporar-hi les altres variables que considerin apropiades.

El País Vasc ha desenvolupat una norma (Decret 38/2012 de 13 de març) que concreta un model de document que integra les dades sobre la història clínica i

drets i obligacions professionals de la salut en matèria de documentació clínica (vegeu la figura 11.1).

FIGURA 11.1. Model d'informe clínic d'alta

INFORME CLÍNICO DE ALTA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO SANITARIO		APELLIDOS		
		NOMBRE		
		DOMICILIO		
INFORME CLÍNICO DE ALTA				
N.º Historia	CIP/CIC	F. nacimiento	Sexo (H/M)	N.º S. Social
N.º Episodio	F. Ingreso	F. Alta	Tipo de Ingreso (P/U)	Motivo de Alta (tabla)
Servicio de Alta		Unidad del Alta		
MOTIVO DE INGRESO:				
ANTECEDENTES:				
HISTORIA ACTUAL:				
EXPLORACIÓN FÍSICA:				
RESUMEN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:				
EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS:				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:				
OTROS DIAGNÓSTICOS:				
PROCEDIMIENTOS:				
TRATAMIENTO:				
OTRAS RECOMENDACIONES:				
Médico/a responsable	Categoría Profesional (Residente-FEA-J. Sec.-J. S.º)	Otros/as profesionales sanitarios	Firma	Fecha firma
Médico/a responsable (Cuando supervisa a la o al 1º firmante)	Categoría Profesional (FEA-J. Sec.-J. S.º)	Otros/as profesionales sanitarios	Firma	Página 1/1

Decret 38/2012 del País Vasc

El Principat d'Astúries també ha desenvolupat una norma sobre la HC adaptada a la HCE i que té en compte la Llei 1093/2010. És el Decret 51/2019, de 21 de juny, pel qual es regulen la història clínica i altra documentació clínica.

A Catalunya s'aplica la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica, amb alguna actualització respecte de la 1093/2010.

Respecte de recollir el conjun mínim de dades, a Catalunya, que va ser la pionera a recollir el registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD), és un registre poblacional que recull informació sobre la patologia atesa als centres sanitaris de Catalunya. Es tracta d'un banc de dades exhaustiu i vàlid sobre activitat i morbiditat sanitària, elaborat a partir de la informació facilitada per tots els centres sanitaris de Catalunya.

La informació que proporciona el CMBD permet conèixer l'evolució de la patologia en el temps, les característiques de l'atenció prestada i la distribució de l'activitat en el territori, i és útil per a la planificació, l'avaluació de recursos i la compra de serveis.

El CMBD a Catalunya s'inicia formalment amb l'Ordre de 23 de novembre de 1990, que estableix l'obligació de tots els hospitals públics i privats de Catalunya

d'elaborar un conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBD-HA) amb la informació de l'activitat d'hospitalització d'aguts.

El 1995 s'incorpora la notificació sistematitzada de l'activitat dels hospitals psiquiàtrics monogràfics (CMBD-SMH). A partir del 1996, la cirurgia major ambulatoria i l'hospital de dia. L'any 1998 es crea el CMBD-SMA, dels centres ambulatoris de salut mental i, finalment, l'any 1999, el de recursos socio-sanitaris (CMBD-RSS).

L'any 2003, els registres del CMBD unifiquen la gestió de la informació i la definició de les variables comunes a totes les xarxes.

El 20 de juny de 2012 entra en vigor la instrucció 06/2012 del CatSalut segons la qual tota l'activitat d'atenció primària i d'atenció urgent del Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) s'haurà de notificar als dos nous CMBD creats amb aquesta finalitat: el CMBD-AP i el CMBD-UR.

Si no es complimenten certs camps pot ser perquè no s'ha tingut en compte o simplement perquè s'ha obviat la informació, la qual cosa seria una deficiència del document. Per això és important posar-hi els cognoms. Si no es registra un segon cognom es genera el dubte de si existeix o no aquest segon cognom. És important al cas de persones procedents d'altres països que només tenen un cognom. És molt important per evitar errades en la identificació del pacient. Una deficiència que ocorre amb freqüència i és fonamental evitar. Per tant seria potser oportú afegir el camp per al segon cognom.

Per saber més sobre com evitar errades en la identificació del pacient podeu consultar el següent enllaç: [bit.ly/3ag13tM](http://bit.ly/3ag13tM).

En relació amb la identificació del pacient sorgeixen dos nous documents:

- les polseres
- les etiquetes adhesives

Aquests documents s'imprimeixen a l'ingrés del pacient. Les etiquetes esdevenen un document important que es genera en l'atenció al pacient i per tant formarà part del catàleg de documents clínics.

### 11.3 Elements dels documents clínics

Un element que cal tenir en compte en el disseny dels documents és el seu format. Respecte de les HC en paper que podem trobar als arxius d'alguns hospitals o en institucions que gestionen aquests arxius cal distingir dos formats a la HC.

- Format intern, que es refereix al contingut dels documents esmentats al punt anterior, dades i estructura dels elements com encapçalaments, peu, etc.
- Format extern: fulls, carpeta i sobre (HC en paper).

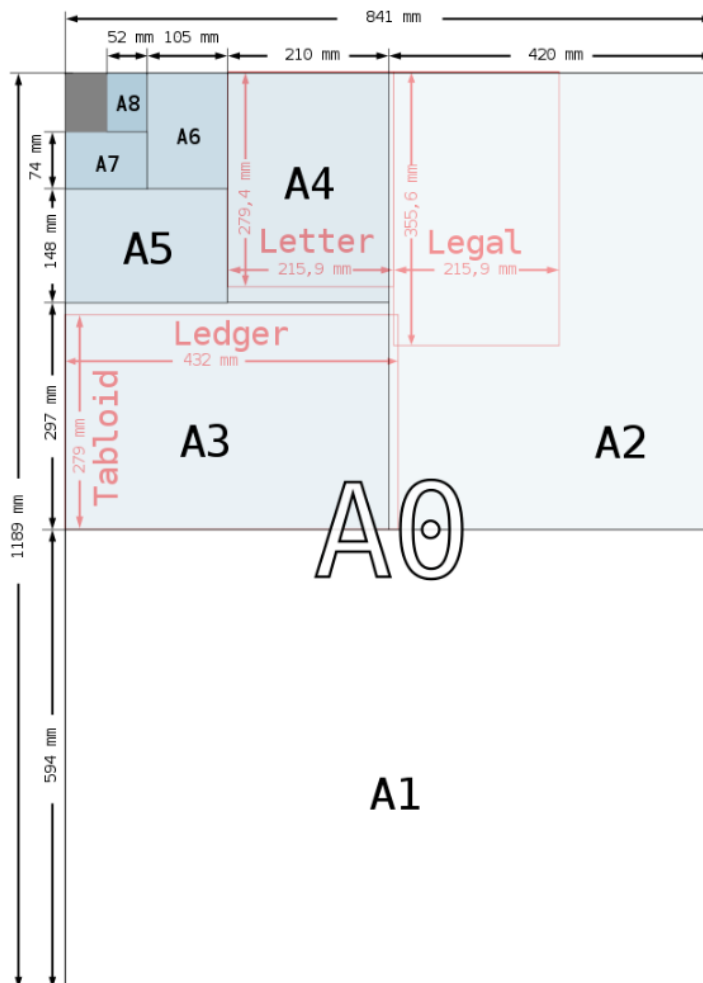
### 11.3.1 Format intern dels documents de la HC

Pel que fa al format dels fulls, el format estandarditzat per als documents clínics és el format DIN A4.

En les històries clíniques en paper de vegades és necessari fer servir a nivell d'infermeria domiciliària o determinats serveis com: unitats de cures intensives, unitat coronària, unitat de reanimació, neonatologia, unitat d'hemodiàlisi etc. una mida de full DIN A3. En aquest cas, han de disposar d'un plec central que els permeti doblegar fins a la mida DIN-A4 comú per la resta d'aquests suports.

La norma que utilitza quasi tothom és l'adoptada per les normes ISO anomenada DIN. Aquesta es basa en el fet que cada mida està definida per un número, i en doblegar-lo a la meitat s'obté la mida de núm superior (vegeu la imatge figura 11.2.) Així, en doblegar l'A3 s'obtenen dos A4. D'aquesta manera, els fabricants de paper optimitzen costos, perquè sempre poden aprofitar els retalls de paper quan tenen comandes de diverses mides (i no creen residus).

FIGURA 11.2. Format paper segons les normes ISO



Quan es dissenya l'informe clínic cal tenir en compte que aquest també pot ser arxivat en format digital, en format PDF.

---

PDF (sigles en anglès de Portable Document Format, "format de document portàtil") és un format d'emmagatzematge per a documents digitals independents de plataformes de programari o maquinari.

---

Per als documents en format paper és important:

- Que en el moment d'arxivar en sobres o carpetes no sobresurtin dels extrems, perquè es podrien fer malbé i destruir-se part de la informació.
- Per altra banda, si s'incorporen a la HCE digitalment s'han d'escanear i que tinguin una mida estàndard facilita aquesta tasca per poder fer-la de forma automatitzada, estalviant temps i per tant costos.
- La disposició del full quant al seu arxivat. Si és horitzontal ha de ser de tal manera que es pugui llegir o consular d'adalt a abaix:
- En fer el disseny dels documents actualment no té tanta importància l'arxivament del suport paper, però igualment sempre pot ser d'utilitat conèixer els detalls i tenir-los en compte, com per exemple si s'han de fer forats al paper. Les taladradores de paper necessiten un espai i per tant s'han de deixar els marges adequats per tal que en foradar no s'elimini informació.
- Fixar-se en les mides que tenen per tal de fer servir el format adequat.
- Si les taladradores de paper no tenen les regletes cal sempre doblegar el paper per la meitat fent un petita marca que ens indicarà la part central del paper i con hem de situar el senyal de la taladradora per perforar.
- Es recomana anar impresos en **tinta negra o blava** sobre paper blanc. Això facilita el fotocopiats, impressió i digitalització.
- El **gramatge** d'aquest paper hauria de ser de 60 a 70 g.
- Per als documents normalitzats es recomanen uns marges no impresos de 20 mm al lateral esquerre per permetre que els fulls vagin trepades, de 6 mm al lateral dret i de 10 mm, a la part inferior i superior.

A la banda esquerra de la part superior dels documents ha d'aparèixer imprès el **logotip de la institució**, en el cas dels hospitals públics, els noms del centre i la denominació oficial de el document que es tracti. El full d'informe d'alta ha de portar a més impresos la direcció i els telèfons de l'hospital d'acord amb el que indica la OM 06/09/84.

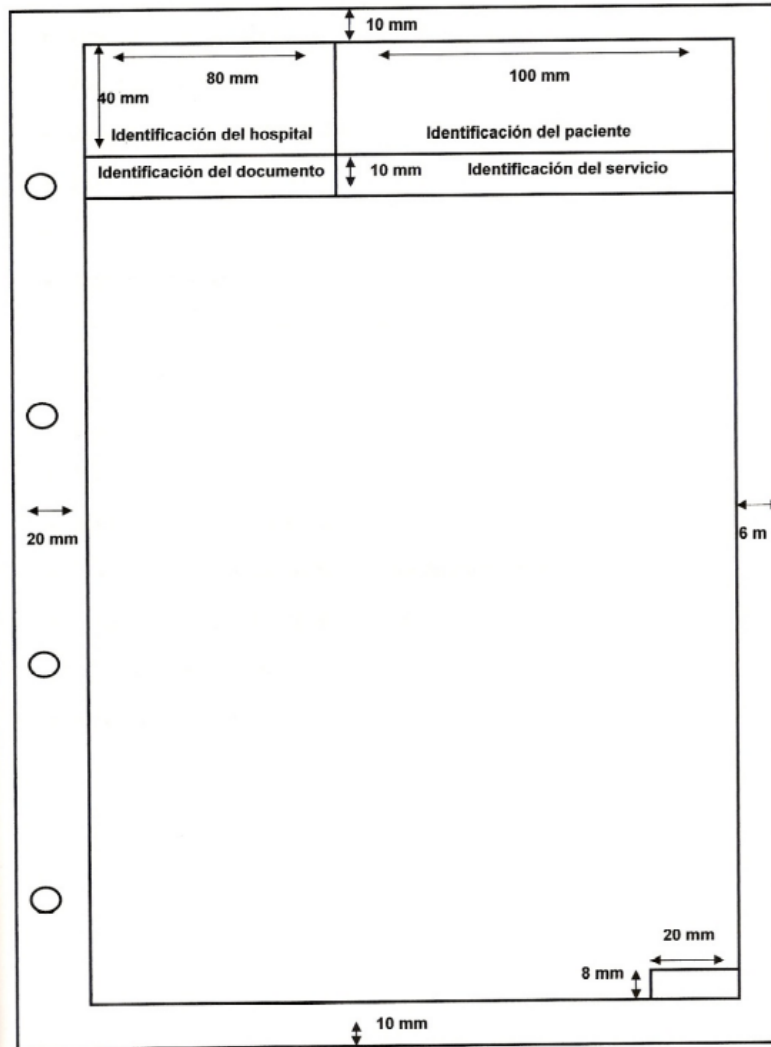
A la part dreta de la part superior apareixeran apartats destinats a recollir les dades d'identificació:

- Nombre de història clínica.
- Nom i cognoms de l'pacient.
- Servei clínic i unitat d'infermeria responsables de la seva atenció.
- Una casella destinada a la numeració manual dels fulls que es trobin repetits en un mateix episodi.

- En aquest apartat pot anar una etiqueta identificativa adhesiva.

Totes aquestes recomanacions faciliten l'arxivament, en permetre el foradar el full (vegeu la figura 11.3).

FIGURA 11.3. Marges, marc i capçalera de documents clínics



### Documents digitals:

Els documents en **format PDF** produeixen una imatge del document que conserva fidelment l'aparença i característiques de l'original, incloent-hi gràfics i tipus de font, i que no es pot modificar (llevat que es disposi de les eines necessàries). Un document PDF pot ser visualitzat, imprès o enviat per correu electrònic, emmagatzemat al web, en una intranet o en qualsevol sistema d'arxiu digital.

Per a la visualització i impressió de documents PDF es requereix el programa gratuït Acrobat Reader. Per a la creació i modificació de documents PDF és necessària l'aplicació Acrobat Distiller, de pagament. En el moment actual PDF s'ha transformat en una de les normes *de facto* a la web.

**RTF (Rich Text Format):** l'empresa Microsoft proposa un llenguatge de formatat de textos i gràfics electrònics vàlid per a totes les seves aplicacions informàtiques

(Word, Access, Excel, etc.) per facilitar l'intercanvi d'informació entre si. La tremenda força comercial de Microsoft no ha estat suficient per imposar aquest format com a norma, però sí perquè s'hagi de tenir en compte com a format d'intercanvi i de presentació i formatat.

Aquests formats són molt útils per a l'edició electrònica de documents però tenen una sèrie de desavantatges des del punt de vista de la gestió digital de continguts: en primer lloc, són sistemes propietaris, la qual cosa significa que és necessari disposar del programari adequat que la companyia propietària dels drets hagi desenvolupat.

D'altra banda, no aporten cap informació de tipus semàntic sobre el contingut del document, de manera que no poden ser utilitzats en aplicacions de recuperació automàtica d'informació. I, finalment, no registren l'estructura lògica del document electrònic, és a dir, que no distingeixen entre títols, encapçalaments, paràgrafs, i només la visualització en un dispositiu de sortida permet al lector deduir l'estructura. Són, en conseqüència, poc flexibles i qualsevol modificació implica l'obertura i reformatació de tot el document.

### 11.3.2 Format extern de la història clínica de paper

El format de la història clínica en paper, a banda del format intern referit als continguts, dades i estructura dels informes clínics, cal considerar el format extern referit a la carpeta i sobre.

**Format extern:** es refereix a les característiques normalitzades que s'hagin triat per a l'hospital. A la HC també es normalitza la unitat arxivística, que és el sobre i la carpeta que protegeix i identifica i integra els documents de la HC d'un pacient anomenat també expedient.

#### **Carpeta o dossier de documentació**

Quant a la carpeta o dossier de documentació, ha de ser de cartró, suficientment consistent i poc gruixuda. Ha de suportar el tràfec continu.

El tamany ha d'ésser una mica més gran que el DIN A-4, per protegir els documents que conté.

Ha de portar externament:

- la identificació del centre, i si és un centre concertat, també ha de portar el logotip del Servei Sanitari corresponent.
- Número de la HC i Nom i cognoms del pacient.
- Crida a la confidencialitat.



- Per a la seva localització a l'arxiu pot portar un codi de barres o clau de colors.
- De vegades, a la carpeta a la cara interna s'indica un llistat amb el nom de documents i l'ordre en què s'han de col·locar.
- No és permès posar altres dades a la carpeta, cap dada de salut en ser confidencials com senyals que possin si el pacient és VIH+, etc.

### 11.3.3 Etiquetes

En el moment de l'ingrés s'imprimeix un document amb un suport paper adhesiu amb moltes etiquetes perquè a les diverses actuacions que es facin al pacient i relacionades amb un mateix episodi es vagin utilitzant.

Una d'elles el suport serà un polsera per al pacient.

A l'etiqueta amb codi de barres s'identifica:

- el núm d'HC
- el núm d'episodi
- dades del pacient:
  - nom i cognom
  - data naixement
  - sexe
- en alguns casos, nombre de llit

### 11.3.4 Enquadernat

Per al **sistema d'enquadernament** es fa servir el **sistema *fastener***, que permet intercalar documents o fulls sense treure'ls del sistema (vegeu la figura 11.4).

**FIGURA 11.4.** Fastener

Font: <https://www.imprentaiglesias.net/impresion-digital-en-bilbao/#galeria565781-2>

Els documents dins la carpeta s'ordenen de tres maneres possibles que cada centre tria:

- Per ordre cronològic pur, es van col·locant segons el tipus de document i cada tipus per ordre cronològic. Així, tots els informes d'alta junts i ordenats per ordre cronològic.
- Per ordre cronològic per servei: cada servei té els seus documents. Per exemple el servei de ginecologia i llavors s'ordenen per ordre cronològic.
- Per ordre cronològic per episodis: Els documents o fulls s'agrupen per episodis. És el més habitual.

A la HCE també es pot observar en arbre les actuacions en episodis.

Sigui com sigui, l'ordre dels documents acostuma a ser primer els de més consulta i els que resumeixen el que ha passat durant el període assistencial.

En l'exemple tret del manual de l'Hospital de Albacete l'ordre dels documents és el següent:

1. Full clínicoestadístic
2. Sol·licitud d'ingrés
3. Informe d'urgències
4. Informe clínic d'Alta
5. Informe de CCEE (consultes externes)
6. Petició d'alta voluntària
7. Informe de cures d'infermeria a l'alta

8. Llista de problemes
9. Anamnesi i exploració
10. Diari mèdic
11. Ordres de tractament
12. Consentiment informat
13. Consulta preanestèsica
14. Protocol·l d'anestèsia
15. Protocol quirúrgic
16. Ingres a sal de despertar (REA, Larea)
17. Valoració inicial d'infermeria
18. Diari d'infermeria
19. Gràfica de constats
20. Control de proves
21. Medicació i cures d'infermeria
22. Preparació prequirúrgica del malalt
23. Informe interconsultes
24. Full de suport d'analítiques.

En alguns centres separen cada episodi per un full o solapa de color verd per a hospitalització i una solapa o full de color groc per a consultes externes.

### **Sobre**

El sobre es fa servir si les radiografies s'arxiven a la mateixa HC. Si es fa a banda no calen. Les dimensions dels sobres són de 45 x 37 cm aproximadament. El material pot ser cartró o de plàstic o material que protegeix de la llum, pols i resistent. El sobre és apaisat i s'obre per la part superior.

Està normalitzat amb les dades identificatives del centre i les dades del pacient amb el número d'HC, igual que la caràtula de la carpeta o dossier. Aquest número va a l'extrem dret del sobre. Pot portar codi de barres o QR i codi de colors (vegeu la figura 11.5).

**FIGURA 11.5.** Sobres per guardar la HC

Font: <https://www.imprentaiglesias.net/carpetas-de-historias-clinicas-con-archivador-karhic>

### Exemple de document normalitzat per a la sol·licitud d'ingrés

Al catàleg de documents de l'hospital que prenem com a exemple hi consta amb un codi.

- Títol del document: sol·licitud d'ingrés (COD. 031.161)
- Format: quartilla (DIN A5), original i còpia.
- Destinació: Servei d'Admissió (original). Una còpia es guardarà en la Història Clínica.
- Personal que ho empena: haurà de ser omplert pel facultatiu i és obligatori per a tot pacient que ingressa a l'hospital.
- Contingut:
  - Nom i cognoms
  - Núm. d'afiliació a la S.S.
  - Nom, signatura i número de col·legiat de l'facultatiu que ordena l'ingrés
  - Servei a càrrec de què queda ingressat
  - Data d'ingrés
  - Diagnòstic llegible
  - Modalitat de l'ingrés (urgent, programat amb ingrés o programat ambulant)

### 11.3.5 Altres aspectes de la normalització

La normalització de la documentació ha de tenir en compte altres aspectes com:

- Les transferències.

- La normalització dels termes en les relacions de lliurament, com la denominació de l'òrgan remitent a l'hora de realitzar la confrontació dels documents que ingressen a l'arxiu.
- Els estudis d'anàlisi i valoració de sèries documentals i les propostes d'expurgació, en els quals s'han de tenir en compte criteris de normalització.

La normalització s'aplica en multitud de tasques arxivístiques i com a resultat d'això es creen diferents documents on es recullen imformacions a tenir en compte en la realització de les diferents tasques:

- **Manuale de procediments**, podem trobar a internet algun manual d'HC. Es pot consultar el Manual d'HC de l'Hospital de Albacete, que encara que es de l'any 2000 reflecteix molt bé la idea d'un manual d'HC.
- Instruments de **control i censos**.
- **Glossaris** de termes normalitzats.
- **Quadres de classificació**, és una eina que consisteix en un índex de sèries documental i que poden respondre o a funcions o processos o jerarquies.

#### 11.4 Consum, costos i aplicacions informàtiques de disseny i tractament gràfic

Les aplicacions habituals per a l'elaboració dels documents tant de tipus administratius com els clínics són el Microsoft Word, l'Excel i l'Accés. Per al disseny de logotips es poden fer servir programes més senzills com el paint fins el corel Draw, de caire més professional.

Aquests permeten realitzar plantilles amb els formats acceptats per poder donar suport a la informació que es vol comunicar a l'àmbit sanitari.

Actualment, a internet es poden trobar moltes aplicacions lliures *open source* que permeten realitzar dissenys i obtenir gràfics molt vistosos.

Sigui quina sigui l'aplicació informàtica, el disseny gràfic ha de resultar:

- Agradable a la vista
- Claredat i bona llegibilitat
- Ordenat
- Representar l'organització (imatge corporativa)
- Pel disseny gràfic es tenen en compte les 5w:
  - Què s'ha d'escriure,

- Com fer-ho?
- Per a què?
- Qui?
- Quan?

En elaborar qualsevol document per escriure es recomana seguir aquests tres passos:

- Iniciar un esborrany amb les idees principals,
- Redactar el complement del text
- Concloure retocant i pulint el manuscrit.

Cada hospital o centre sanitari tenen els seus sistemes d'informació SIH o HIS. Aquests sistemes integren solucions de gestió documental. De fet, les pròpies aplicacions d'aquests sistemes ja porten la solució per imprimir els informes i documents clínics. Per això, l'elaboració del disseny dels documents és una tasca en què els informàtics tenen també un important paper i ajuden a la concreció de l'acordat per les Comissions Tècniques que acorden com han de ser els documents.

Aquests sistemes es basen en aplicacions amb la informació estructurada de tal forma que facilita la extracció i explotació de les dades, així com la emissió d'informes.

Tot i així, la normalització s'hi aplica igualment i va més enllà del format extern i gràfic, requereix normalització semàntica.

Els documents s'imprimeixen, es signen i es digitalitzen. En digitalitzar i incloure a la HC transposició, l'original en paper es pot eliminar en alguns casos, i en d'altres caldrà arxivar-los. És el cas sobretot, del consentiment informat. L'informe d'alta i l'autorització d'ingrés es transposen a la HC i es pot destruir el suport paper.

És la unitat de digitalització, a la que li arriben els documents per a incloure a la HC. És aquesta unitat que forma part de l'Arxiu d'HHCC o del servei de Documentació i Arxiu, qui valora o valida els documents que digitalitzen. Signats a digitalitzar. Moltes vegades ells detecten si falta la signatura o no es veuen bé les dades, o si el document que han fet servir es d'un model o versió de document anterior i no l'actual vigent (normalitzat). En aquest cas, segons les normes del centre es pot retornar el document als responsables per que els puguin corregir. Per exemple, si s'ha fet servir una plantilla o model anterior que el retornin amb la versió actualitzada.

En l'estandarització o comprovació de les versions actuals es comprova a simple vista la tipografia.

### 11.4.1 Consums i costos de la documentació

El principal consum i cost de la documentació és el paper. Per aquest motiu els hospitals han anat adoptant al llarg del temps diferents mesures:

- Reduir la mida dels documents al imprimir i fotocopiar.
- Escollir una mida de lletra petita.
- Configuració correcta de les pàgines.
- Revisar i ajustar formats.
- Lectura i correcció en pantalla.
- Evitar còpies o impressions innecessàries.
- Conèixer la correcta utilització de les fotocopiadores.
- Reutilitzar/reciclar paper.
- Promoure la utilització de la intranet.
- Promoure la utilització del correu electrònic.

D'altra banda, l'ús de *software* de gestió documental també requereix una inversió, primer en l'equip i després en el manteniment del gestor. Les llicències dels gestors documentals tenen uns preus proporcionals al nombre d'arxius que es generen i es gestionen.

Ha hagut una reducció de personal i espais en passar de la HC en paper a la digital. L'arxiver ha passat a altres tasques més aviat de gestió de dades.

La conversió i l'ús de la HCE requereix de major inversió en formació dels seus usuaris, tant per als metges com per l'equip de professionals implicats en el seu ús i gestió.

Tot així compensa la digitalització i la HCE per la immediatesa en la disposició de la informació en temps real i estalvi en la realització de proves i complicacions derivades de no disposar de la informació sobre tot entre centres o entre serveix del mateix centre.





## 12. La transformació dels documents

A l'actualitat encara conviuen diversos suports dels documents clínics (història clínica). La història clínica electrònica (HCE) es troba en constant evolució.

Tot i que els ciutadans disposem de La Meva Salut, on es recullen els principals informes clínics, encara és obligatori que el pacient surti de l'hospital amb un informe clínic d'alta en mà.

La signatura electrònica en els consentiments informats encara no està instaurada, amb la qual cosa el paper conviu amb l'electrònic.

L'obligació de conservar la signatura original fa que s'hagin d'arxivar aquests documents en el seu suport original. Tot i així es realitza la seva digitalització per tal que pugui afegir-se a la HCE i per tant tenir una millor accessibilitat a la informació que aporten.

Per altra banda, molts expedients (història clínica del pacient) que encara estan en ús ha calgut la seva transformació per tal d'incorporar les dades i informes a la HCE poder agilitzar l'atenció del pacient.

Aquesta transformació suposa una important despesa de temps que fa que aquest procés sigui car i lent. A més, s'ha de fer de tal manera que s'asseguri el compliment de les normes de confidencialitat i que es fa de forma segura i fidedigna.

És important saber per què no es destrueixen les històries clíniques que tenen poc o cap moviment si podria suposar un estalvi. També cal conèixer quina és la vida dels documents clínics.

### 12.1 Vida dels documents clínics

Els documents vius són aquells fulls vigents i utilitzats per a la complimentació de la història clínica en tots els episodis assistencials.

El terme de viu sorgeix de comparar els documents amb un ésser viu, que neix, viu i mor.

Així, un document es genera (neix) com a conseqüència de l'atenció a l'usuari i alguns es transfereixen a l'arxiu on poden ser recuperats. Alguns dels documents passat un temps es podran eliminar.

Segons la Llei 21/2000, sobre els drets d'informació concernent a la salut i autonomia del pacient i documentació clínica, la història clínica s'ha de **conservar**

durant vint anys després de la mort del pacient. És complicat controlar si les històries clíniques arxivades corresponen a persones que han mort. Com saber-ho? Davant el dubte els centres han anat acumulant històries clíniques. Gràcies a la Llei 16/2010, que modifica la 21/2000, es va poder agilitzar la gestió dels arxius per tal com va establir que la conservació de la història clínica s'ha de fer fins els **15 anys des de la última assistència**.

La **Comissió Tècnica en Matèria de Documentació Mèdica** ha elaborat un quadre resum dels documents clínics que cal arxivar durant un temps determinat normalment són 15 anys i altres 20 i altres permanentment (vegeu la taula 12.1).

**TAULA 12.1.** Terminis de conservació documents i dades documents clínics

Tipus d'informació		
General	Dades a conservar	Juntament amb les dades d'identificació del pacient: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fulls de consentiment informat</li> <li>• Informes d'alta</li> <li>• Informes quirúrgics</li> <li>• Registre de part</li> <li>• Dades relatives a l'anestèsia</li> <li>• Informes d'exploracions complementàries</li> <li>• Informes de necròpsia</li> <li>• Informes d'anatomia patològica</li> <li>• Curs clínic</li> </ul>
	Termini de conservació	15 anys des de l'alta de cada procés assistencial
	Legislació	Llei 21/2000, del 29 de desembre sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Art. 12
	Observacions	S'ha de conservar quan la documentació sigui rellevant a efectes assistencials, epidemiològics, de recerca o d'organització i funcionament de l'SNS, i a efectes judicials
General	Dades a conservar	La documentació clínica no esmentada en l'apartat anterior
	Termini de conservació	5 anys des de la data d'alta de cada procés assistencial
	Legislació	Llei 21/2000, del 29 de desembre sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Art. 12
	Recomanació CTMDC	Conservar durant 15 anys des de la data d'alta de cada procés assistencial el full de curs clínic
	Observacions	S'ha de conservar quan la documentació sigui rellevant a efectes assistencials, epidemiològics, de recerca o d'organització i funcionament de l'SNS, i a efectes judicials
Tècniques de reproducció humana assistida	Dades a conservar	Totes les referències sobre els donants i usuaris, i els consentiments signats per a la realització de la donació o de les tècniques
	Termini de conservació	Almenys fins la majoria d'edat del fill nascut
	Legislació	Llei 14/2006, de 26 de maig, sobre tècniques de reproducció humana assistida. Art. 18
	Observacions	La identitat dels donants no es podrà facilitar ni a la persona receptora, ni a la seva parella, ni al fill nascut per aquestes tècniques, llevat excepcionalment, en circumstàncies extraordinàries de perill cert per la vida del fill i d'acord amb les normes penals, que es podrà fer de manera restringida i no implicarà en cap cas publicitat de la identitat

TAULA 12.1 (continuació)

Tipus d'informació		
Maternitat/Naixements	Dades a conservar	Dades de la història clínica relacionades amb el naixement del pacient, més els resultats de les proves biomètriques, mèdiques o analítiques necessàries per determinar el vincle de filiació amb la mare
	Termini de conservació	Conservació permanent
	Legislació	Llei 19/2015, de 13 de juliol, de mesures de reforma administrativa en l'àmbit de l'Administració de Justícia i del Registre Civil
	Observacions	Un cop coneguda la mort del pacient, es traslladaran als arxius definitius de l'administració corresponent
Medicina nuclear	Dades a conservar	La història clínica i els informes amb dades clíniques relatives a l'administració de radiofàrmacs amb finalitat diagnòstica, terapèutica i d'investigació
	Termini de conservació	30 anys
	Legislació	Reial decret 1841/1997, de 5 de desembre, pel qual s'estableixen els criteris de qualitat en medicina nuclear. Art 15
	Observacions	Consultar legislació sectorial
Prevenició de riscos laborals	Dades a conservar	Història clínica laboral
	Termini de conservació	
	Legislació	Llei 31/1995, de 8 de novembre, de prevenició de riscos laborals. Art 22.4 i 22.5
	Recomanació CTMDC	Conservar fins a 15 anys des de la finalització de la relació laboral
	Observacions	S'aplicarà en els supòsits que el tipus de risc inherent al treball ho faci necessari
Exposició a l'amiant	Dades a conservar	Dades relatives a l'avaluació i control ambiental, les dades d'exposició dels treballadors i les dades referides a la vigilància sanitària específica del treballador
	Termini de conservació	Mínim de 40 anys després de finalitzada l'exposició
	Legislació	Reial decret 396/2006, de 3 de març, pel qual s'estableixen les disposicions mínimes de seguretat i salut aplicables a treballadors amb risc d'exposició a l'amiant, Annex II, punt 8.3.4
Acreditació psicofísica ús d'armes i prestació seguretat privada	Dades a conservar	Història clònica del centre de reconeixement
	Termini de conservació	
	Legislació	Reial decret 2487/1998, de 20 de novembre, que regula l'acreditació psicofísica necessària per tenir i usar armes i per prestar serveis de seguretat privada. Art. 7 5, 7, i apartats 1 a 14
	Recomanació CTMDC	Conservació al llarg la vigència del permís d'armes

TAULA 12.1 (continuació)

Tipus d'informació		
Radiacions ionitzants	Dades a conservar	Història clínica que almenys haurà de contenir informació referent a la naturalesa del lloc de treball, els resultats dels exàmens mèdics previs a la contractació, classificació del treballador a la categoria A, els reconeixements mèdics periòdics i eventuais, i l'historial dosimètric de tota la vida professional
	Termini de conservació	Fins als 75 anys d'edat del treballador, i mai abans d'un període inferior a 30 anys després del cessament de l'activitat
	Legislació	Reglament sobre protecció sanitària contra radiacions ionitzants de 2001, Reial decret 783/2001, de 6 de juliol. Art.44
	Observacions	La documentació la conservaran els Serveis de Prevenció que portin a terme la funció de vigilància i control de la salut dels treballadors
Agents biològics	Dades a conservar	Història clínica dels treballadors
	Termini de conservació	Conservació fins a 10 anys després de finalitzada l'exposició. Aquest termini s'amplia a 40 anys en cas que l'exposició pugui donar lloc a una infecció
	Legislació	Reial decret 664/1997, de 12 de maig, de protecció dels treballadors contra riscos relacionats amb l'exposició a agents biològics durant el treball. Art. 9.3
Banc de sang	Dades a conservar	Identitat i història clínica del donant, la seva idoneïtat, components sanguinis, cribatge de sang, criteris d'exclusió, informació proporcionada, requisits de verificació i registre d'activitat anual
	Termini de conservació	15 anys
	Legislació	Decret 298/2006, de 18 de juliol, pel qual es regula la Xarxa d'Hemoteràpia i es crea el Sistema d'Hemovigilància a Catalunya. Art.7
	Observacions	Els serveis de transfusió portaran un registre dels components sanguinis rebuts, de les proves de compatibilitat efectuades, de la destinació de les unitats de cadascun dels components i de les possibles reaccions o problemes transfusionals que es puguin produir, que també seran incorporats en la història clínica del/de la pacient

Comissió Tècnica en Matèria de Documentació Clínica (CTMDC) Grup 1

Quan els centres cessan la seva activitat les persones continuen tenint dret a l'accés a la seva història clínica. En aquest cas, el Departament de Salut es fa garant d'aquest dret i es fa responsable de la custòdia de les històries clíniques "abandonades".

Un dia a l'arxiu del Departament de Salut: la importància de conservar, preservar i fer accessibles les històries clíniques: [bit.ly/3bU49UX](http://bit.ly/3bU49UX).

### 12.1.1 Anàlisi de documents vius i correcció de deficiències

Quan parlem d'anàlisi d'un document ens referim al seu estudi, ja sigui en suport paper o qualsevol altre.

Per a la realització de l'estudi dels documents vius ens hem de fixar en:

- El format extern o suport documental i permet identificar el document en

una col·lecció (això permet la **catalogació**).

- El format intern o de contingut, la temàtica o el missatge (això permet la **indexació i el resum**).

L'objectiu de l'estudi o anàlisi del document és poder recuperar-lo quan el necessitem.

L'anàlisi documental va lligada a la recuperació de la informació.

Cada disseny o tipus de document és identificat per un **núm o un codi** que serveix de distinció sobre els altres (vegeu la figura 12.1).

FIGURA 12.1. Model de document identificat amb codi

El formulari és un document de sol·licitud d'ingressos. A la part superior esquerra hi ha el logotip del 'COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE' i el símbol d'INSALUD. A la dreta hi ha camps per a 'N.º H.ª CLINICA', '1.º APELLIDO', '2.º APELLIDO', 'NOMBRE' i 'N.º Afiliación S. Social'. El títol central és 'SOLICITUD DE INGRESO'. El cos del formulari conté: 'D / Día. \_\_\_\_\_ del Servicio \_\_\_\_\_', 'solicita al Servicio de Admisión y Gestión de Usuarios proceda al ingreso de este paciente, que ha sido atendido en:', una llista de opcions amb caselles: 'Urgencias', 'Consulta de Area', 'Consulta Externa Hospital', 'Traslado otro Hospital', 'con el diagnóstico provisional de \_\_\_\_\_', 'con carácter de: Ingreso Urgente, Ingreso Prioritario, Ingreso Programado', 'A cargo del Servicio / Sección \_\_\_\_\_', i 'y aconseja su ingreso en cama: Aislada, Normal, \_\_\_\_\_'. A la part inferior hi ha espais per a 'Fecha' i 'Firma'. A la part inferior esquerra hi ha 'Cód. 031161' i a la dreta hi ha un codi '01' dins d'un quadrat. A l'esquerra del formulari hi ha el text vertical 'EJEMPLAR PARA EL S.A.G.U.'.

font: 'Manual d'Història Clínica de l'Hospital d'Albacete'

L'ús del codi consisteix en el fet que es demanaven a la impremta les còpies que es necessiten, però no pel nom del full, ni pel títol ni l'encapçalament, sinó pel codi situat a la part inferior esquerra del full. D'aquesta manera és inequívoca la versió a imprimir del document demanat.

Encara que no siguin o no s'utilitzin els documents prèviament impresos i s'imprimeixin directament quan es generen a la mateixa estació de treball, han de ser els acordats. Tot i així, de vegades tenir algunes unitats prèviament impreses per eventuais problemes podria ser útil. L'important és recuperar el document quan es necessita, i per tant la informació que porta.

Els arxius electrònics o informes en PDF poden portar dades a mode d'etiquetes que l'identifiquen (**metadades**: que identifiquen el document, codi, núm d'HC, etc) útils per a la seva recuperació.

Per aconseguir una bona funcionalitat de la història clínica, la carpeta i els documents han d'estar normalitzats i acceptats per la Comissió d'HC de cada centre.

Cada imprès o document a imprimir en el moment que es genera sobre una plantilla o informe a exportar de la història clínica electrònica cal que:

- Identifiqui el pacient.
- Identifiqui l'hospital amb el logotip de l'hospital i Servei de Salut corresponent.
- Identificar el document amb un títol.
- Identificar el document amb el seu codi.
- Dimensions DIN-A4, marges, marc.
- Propiciar el registre de signatura i data.
- Tipus de lletra i tinta.
- Gramatge .
- Dolor del paper.
- Si la impressió és a una o dues cares.
- Nombre de registre.

Vegem un exemple en què el fet de no complir amb la normalització (deficiències) pot comportar pèrdua de la informació i no garantir la funció de l'Arxiu que és preservar la informació i els documents.

- Full **foradat** per arxivar-lo en anelles o sistema fastener. Els forats poden eliminar part d'alguna dada, com per exemple un medicament que posteriorment li va provocar efectes secundaris. això dificultaria qualsevol estudi epidemiològic o de vigilància.
- Correcta identificació del document. Segons el Decret 10/10983, cal que aparegui el **logotip del servei de salut corresponent a la seva comunitat autònoma**. Al Servei Català de la Salut si el centre és concertat ha de posar els logos corresponents al Sistema Català de Salut i això ho podem obtenir a la següent adreça web: [bit.ly/3OLi8ux](http://bit.ly/3OLi8ux). La Generalitat també té la seva imatge corporativa i estan tots els documents que s'hi deriven de la seva activitat normalitzats [bit.ly/3OPYmhy](http://bit.ly/3OPYmhy).
- Quant a la **dimensió del document** també és necessari que s'adapti al model normalitzat per poder fer una digitalització automatitzada. Torna a ser la unitat de digitalització a l'arxiu qui es troba amb els documents i qui haurà de donar per vàlids els documents, o rectificar-los o remetre'ls al responsable segons els criteris vigents.

La importància de les dimensions, sobretot quant a l'arxiu en paper però que pot afectar a una bona digitalització o dificultant-la havent de reduir o ampliar els marges, el que suposa una pèrdua de temps important.


Unes dimensions inadequades pot provocar arrugues al document que dificultin la llegibilitat o la digitalització automàtica.

Alguns exemples on es mostren les deficiències i encara que són en format paper és important també que als registres i formularis electrònics el nom de les variables siguin normalitzades. Així, per exemple, un document pot ser rebutjat perquè el camp a omplir hi posi femella en comptes de dona en definir el sexe d'un nadó acabat de nèixer.

Si fos un registre informàtic i l'aplicació informàtica no determina o fixa com es registra el sexe, després en fer un recompte no sortiria el resultat correcte, si demanem un llistat de homes o dones, si s'ha posat femella no es comptaria com a dona i el resultat del recompte no seria vàlid.

- Mancança d'alguna dada important com el sexe o la ocupació del pacient, etc.
- Respecte del contingut es pot calcular el **percentatge d'emplenament** de la documentació com un indicador de la deficiència del document. Si una HC té 300 camps per omplir amb informació i s'han omplert 250, el percentatge d'emplenament és del 83%. Si es pren com acceptable un 95%, seria aquest un document deficient.
- Un error molt greu en els sobres o carpetes és indicar informacions sobre els pacients, com ara si tenen una malaltia infectocontagiosa com la sida, etc. En aquest cas no es respecta la norma de protecció de dades LOPDGDD 3/2018. Aquest tema ha canviat en la situació actual amb la COVID. Es dona la polèmica si s'ha de posseir per exemple un passaport COVID, incomplint a la protecció de dades respecte a la salut de les persones. Els límits a la protecció de dades serien qüestions de tipus seguretat o epidemiològic. La situació de pandèmia ha implicat haver de realitzar actuacions que d'altra manera eren impensables.
- El contingut dels documents clínics està regulat pel Real decret, 1093/2010, de 3 de setembre, pel qual s'aprova el conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) dels informes clínics al Sistema Nacional de Salut. Els informes clínics segons aquesta han d'indicar el títol del document, per exemple, 'Informe Clínic d'Alta' (vegeu la figura 12.2).

FIGURA 12.2. Informe clínic d'alta

		HNC: Nombre: Apellidos: F. Nac.: Dirección:	Sexo: Varón
Avda. c Teléfono 9			
<b>INFORME DE ALTA</b>			
<b>SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO</b> Jefe de Servicio:			
Fecha de Ingreso: Fecha de Investigación: Modalidad Quirúrgica: Fecha de Alta:	Pabellón: Cirujano: Hospitalización: Motivo de Alta:	Cama: Duración/Mejor:	
<b>Diagnóstico Principal:</b> Hernia inguinal Gilbert I <b>Diagnósticos Secundarios:</b>			
<b>Procedimiento Principal:</b> Hernioplasta con malla según técnica de <b>Proced. Secundarios:</b>			
<b>INFORME CLÍNICO:</b>			
- <b>Motivo de ingreso:</b> Paciente que ingresa en el día de la fecha para intervención programada de tumoración inguinal.			
- <b>Antecedentes personales:</b> No alergias conocidas, intervenido/a de ....			
- <b>Antecedentes familiares:</b> Sin interés.			
- <b>Historial actual:</b> Paciente de años de edad que refiere desde hace años			
- <b>Exploración física:</b> Tumoración inguinal, que se reduce manualmente y hace protusión con maniobra de Valsalva. Resto de exploración sin hallazgos significativos.			
- <b>Estudio preoperatorio:</b> No contraindica la intervención			
<input type="checkbox"/> <b>Análítica:</b> Sin alteraciones significativas.			
<input type="checkbox"/> <b>Rx. Tórax:</b> Sin alteraciones significativas.			

## 12.2 Registre dels documents, catàleg

L'instrument de descripció (és a dir, que porta informació a l'arxiu i la documentació que conserva per a localitzar i recuperar la documentació) més convenient en l'arxiu d'un centre sanitari és el catàleg. Altres instruments serien guies, cens, inventaris i índex.

El catàleg descriu els documents o expedients d'una sèrie o part d'ella que tracten el mateix assumpte. Es fan servir en agrupacions de documents d'alt valor informatiu o demanda. Aquest és el cas de la història clínica.

L'índex es un complement més que un instrument de descripció permet relacionar punts d'accés als documents. Són llistats ordenades alfabèticament o numèricament. En el cas de l'hospital o centre sanitari, correspon al Fitxer Mestre de Pacients o Fitxer Índex de pacients (FIP). Relaciona el nom del pacient amb la seva història clínica.

El FIP serveix per a posar en relació unívoca a un pacient amb el seu núm. d'història clínica i viceversa. Consta de dades fixes (núm d'HC, cognoms i nom, data de naixement i no edat, sexe, document d'identificació com DNI, passaport, o nombre de la seguretat social i targeta sanitària) i d'altres dades variables de localització, com ara adreça, telèfon, adreça electrònica, persona de contacte i estat viu o mort.

En general, poden ser onomàstics: llistats per noms; toponímics: per llocs; cronològics: per data i temàtics: llistes de matèries o tesaures.

El quadre de classificació és una eina dels arxius que consisteix en un índex de classificació basats en les sèries documentals d'una institució. No existeix quadre de classificació dels documents a l'entorn hospitalari.



A l'hora d'analitzar el contingut d'un document es disposa de dues eines: l'elaboració de resums i l'indització.

El Consorci de Terrassa ha creat el seu quadre de classificació corporatiu de l'ajuntament, i a la primera columna es pot veure el codi, i a la segona, el nivell, nom i funció del document (vegeu la figura 12.3).

**FIGURA 12.3.** Quadre de classificació

F107	VACUNACIONS ESCOLARS	Sèrie	F106	Controlar i fer un seguiment de les vacunacions dels alumnes de les escoles.	1906 -
F108	EXPEDIENTS DE REVISIONS MÈDIQUES ESCOLARS	Sèrie	F106	Portar a terme revisions mèdiques a les escoles municipals com a mesura de prevenció i control de la salut dels infants.	1976 -
F109	LLISTATS DE VACUNACIÓ	Sèrie	F106	Control i seguiment de les vacunacions dels ciutadans del municipi en prevenció de possibles epidèmies.	1909-1975
F110	ESTUDI I INFORME TÈCNIC DELS HÀBITS DE SALUT	Sèrie	F106	Compilar les dades més rellevants sobre diferents aspectes de la salut pública de Terrassa.	19?? -
F145	INSTRUMENTS DE PLANIFICACIÓ I ORDENACIÓ SANITÀRIA	Sèrie	F106	Promoure plans, activitats i serveis d'educació i promoció de la salut	
F146	PROMOCIÓ DE LA SALUT A LA COMUNITAT	Sèrie	F106	Desenvolupar activitat i programes destinats a promocionar la salut de la comunitat i promoure plans i activitats d'educació, millora i promoció de la salut amb l'objectiu de millorar la informació i la capacitat de la població de dur a terme conductes saludables.	

Font: Extret del quadre del Consorci de Terrassa

En aquest cas, el catàleg de la HC tracta del conjunt de documents que componen la HC i aquests dependran del tipus d'atenció i serveis que oferta el centre a les persones usuàries.

Quins són aquests documents normalitzats que es van generant als centres sanitaris? En atenció primària (AP), els documents que es fan servir difereixen de l'atenció especialitzada per tal com es realitzen altres activitats encaminades a la promoció de la salut, es considera a la persona d'una manera holística, en la seva dimensió biològica, social i psicològica i es dona una atenció familiar.

Llista de documents normalitzats en atenció primària:

- Carpeta personal:
  - Llista de problemes.
  - Fulls de seguiment.
  - Full d'anamnesi i exploració física.
  - Informe de citació.
  - Dades generals d'identificació.
  - Anamnesi pediàtrica.
  - Corba de creixement.
  - Calendari vacunal.
  - Full d'ordre mèdica, recepta electrònica.
  - Full d'inter-consulta.
  - Documentació social.
  - Ocupació, situació familiar, econòmica, entorn, etc.
- Carpeta familiar.
- Fitxa d'identificació.

### Llista de documents normalitzats a l'atenció especialitzada:

- Documents relacionats amb la gestió dels pacients i la comunicació entre serveis:
  - Ordre d'ingrés programat hospitalari.
  - Full clínic estadístic.
  - Consentiment informat de protecció de dades.
  - Petició de proves.
  - Sol·licitud interconsulta.
  - Petició de trasllat.
  - Derivació de pacient.
  - Ordre mèdica.
  - Petició dieta.
  
- Documents clínics:
  - Full clínic estadístic.
  - Sol·licitud d'ingrés.
  - Informe d'urgències.
  - Informe clínic d'alta.
  - Informe de CCEE (consultes externes).
  - Petició d'alta voluntària.
  - Informe de cures d'infermeria a l'alta.
  - Llista de problemes.
  - Anamnesi i exploració.
  - Diari mèdic.
  - Ordres de tractament.
  - Consentiment informat.
  - Consulta preanestèsica.
  - Protocol d'anestèsia.
  - Protocol quirúrgic.
  - Ingress a sal de despertar (REA,Larea).
  - Valoració inicial d'infermeria.
  - Diari d'infermeria.
  - Gràfica de constants.
  - Control de proves.
  - Medicació i cures d'infermeria.
  - Preparació prequirúrgica del malalt.
  - Informe interconsultes.
  - Full de suport d'analítiques.

**Model de consentiment informat:** Es va tractar al punt 1 de la unitat formativa a la documentació medico-legal. Però es recomana que el centre sanitari disposi d'un model general i d'altres d'específics amb les intervencions que realitzen habitualment al centre. Passant a formar part del seu catàleg documental. En la pàgina web de la Conselleria de Salut d'Andalusia es pot veure el catàleg de consentiment informat ([bit.ly/3yHpPwr](http://bit.ly/3yHpPwr)), ordenats per serveis i especialitat: al·lèrgologia, anàlisi genètics, anesthesiologia i Reanimació, etc. Dins del d'Anesthesiologia i Reanimació podem trobar d'entre altres models els d'analgèsia al part (tècnica epidural), Anestèsia general, regional o local a l'adult, anestèsia pediàtrica, etc. Hi ha els models en format PDF i en format DOC per tal de poder omplir a modus de formulari.

Tots els models han de tenir:

- Un preàmbul amb les dades d'identificació del pacient i els representants legals si s'escau, del testimoni (familiar, altre metge...) i del metge que informa i del que s'obté el consentiment que no té per què ser el mateix.
- Cos del document: que conté la informació que es dona al pacient:
  - Intervencions quirúrgiques
  - Tècniques exploratòries d'alt risc
  - Característiques del pacient.
- Fórmula d'acceptació del consentiment.
  - Declaració del pacient d'haver rebut la informació respecte als apartats anteriors, alternatives, pros i contres i la elecció del pacient
  - Manifestació del pacient acreditativa d'estar satisfet amb la informació rebuda, solucionant els dubtes plantejats i la possibilitat de revocar el consentiment informat i l'expressió del seu consentiment per sotmetre's al procediment.
- Lloc data i signatura del metge, interessat i testimonis si n'hi ha.

### 12.2.1 Altres registres

Altres registres importants que aporten informació de l'activitat del centre són:

- **Registre d'ingresos de pacients** en un llibre o assentament. Abans es portava aquest registre en llibres. Alguns es conserven com a part del patrimoni històric. En aquests llibres es pot veure quan van ingressar els pacients i quan es van donar d'alta.

Aquest llibre de registre constitueix un **document recapitulatiu** perquè donen idea o permeten seguir la traça de la història clínica. Serveixen per aplicar el número de termini de la conservació de la documentació. Si l'última atenció va ser en una

---

Un **document recapitulatiu** és aquell que recull les dades essencials de la sèrie avaluada. Alguns exemples de documents que poden ser considerats documents recapitulatius són: les memòries, els llibres de registre específics d'una sèrie en concret, els padrons, els informes, les estadístiques, les bases de dades, els fitxers o les publicacions.

---

data concreta es pot afegir alguna alerta amb fòrmula com en un full de càlcul de manera que quan arribi a la data de 5, o 15 anys aparegui l'alerta i d'aquesta manera permeti eliminar la informació. Una altra funció que també permet és evocar totes les altes produïdes al 2002 perquè es puguin eliminar al 2022.

Amb els llibres de registre tots els hospitals estan coberts fins al 1986 i la informació anterior no tenen perquè donar-la encara que si s'elaborava aquest registre si es podria demanar aquest llibre.

En el cas que el centre hagi conservat aquest documents, i hagin transcorregut 40 anys, passaran a formar part del Patrimoni Històric Espanyol i no es podran eliminar.

- Des del 2015, el registre civil obliga a guardar tots els **registres de naixements**. S'han de conservar fins que el nadó es mori. Actualment tots els hospitals que tenen naixements han de conservar les històries clíniques que vinculen la mare amb el fill. Els registres de neixements anteriors a 2015, tret els històrics es van eliminar tots.
- **Altres registres amb una tipologia semblant** són: llibres de part, registre de la mare, llibre de naixements, registre de morts, registre de donants de sang.
- **Registre de tumors hospitalari**. fitxer on es colecciona la informació de tots els casos de tumors malignes d'un hospital amb l'objecte de fer-los servir en investigació i qualitat sanitària.
- **Registre del CMBD**: tots els CMBD de les altes d'un hospital formen una base de dades. Constitueix un resum de cada episodi d'hospitalització (ara també es tenen en l'àmbit d'urgències, d'atenció primària, de residències socio-sanitàries, hospitals de salut mental, etc.). És obligatori per a tots els centres. La llei obliga a presentar-lo en un format electrònic normalitzat, i cal enviar-lo al Departament de Sanitat de cada comunitat autònoma i aquesta informa al Ministeri de Sanitat de l'Estat. En aquest registre es codifica els diagnòstics i tractaments. Consta així de variables d'identificació personal i administratives, de l'episodi i clíniques que permetran posteriorment la seva explotació. Així per exemple un cardiòleg pot conèixer quants infarts aguts de miocardi a atès en dones diabètiques en un any, conèixer la edat mitjana, el percentatge de mortalitat hospitalària i el seu núm. d'HC.

### 12.3 Transformació dels documents

Les institucions sanitàries, els professionals sanitaris individuals i els centres d'arxiu des de fa anys realitzen translacions (canvis de suport) de la informació que conté la història clínica. Les translacions es fan per molts motius, però en destaquen dos:

- Millorar la disponibilitat de la documentació i les dades clíniques.

- Guanyar espai físic (en el cas de la digitalització).

Tanmateix, aquests processos de translació s'han realitzat i s'estan realitzant sense un marc jurídic clar ni unes especificacions tècniques concretes.

Segons l'ordre SLT/108/2013, del 21 de maig, a la Comissió Tècnica en Matèria de Documentació Clínica (CTMDC) li correspon establir criteris homogenis en diferents àmbits, entre els quals destaquen els procediments i mètodes de translació de la informació de les històries clíniques del suport original a un altre suport, tant si és digital com d'una altra naturalesa, i també la seva interoperabilitat.

Els criteris que estableix la CTMDC són d'aplicació a:

- La documentació i dades de la mateixa institució, és a dir, cada institució o centre és responsable legal de garantir la correcta translació (inalterabilitat, autenticitat i perdurabilitat) de les dades i documentació clínica que genera la seva activitat assistencial.
- La documentació i dades externes: aquests criteris també s'han d'aplicar a les dades i documents generats per altres institucions o centres sanitaris i que arriben a la institució i s'incorporen a la seva història clínica (per exemple, proves externes fetes durant un episodi assistencial o informes previs a aquest episodi). Això es justifica pel fet que aquesta informació també pot haver influït en els actes assistencials propis i, per tant, cal garantir també després d'un procés de translació, les condicions d'**inalterabilitat, autenticitat i perdurabilitat**. Tanmateix, això no eximeix a la institució emissora d'aquesta informació de seguir els mateixos criteris en cas d'aplicar procediments de translació, encara més, si es té en compte que la institució emissora té el deure de custòdia d'aquesta documentació o dades.

Respecte a les històries clíniques es pot distingir entre dos tipus de translació de la informació:

- Digitalització de documents.
- Migració.

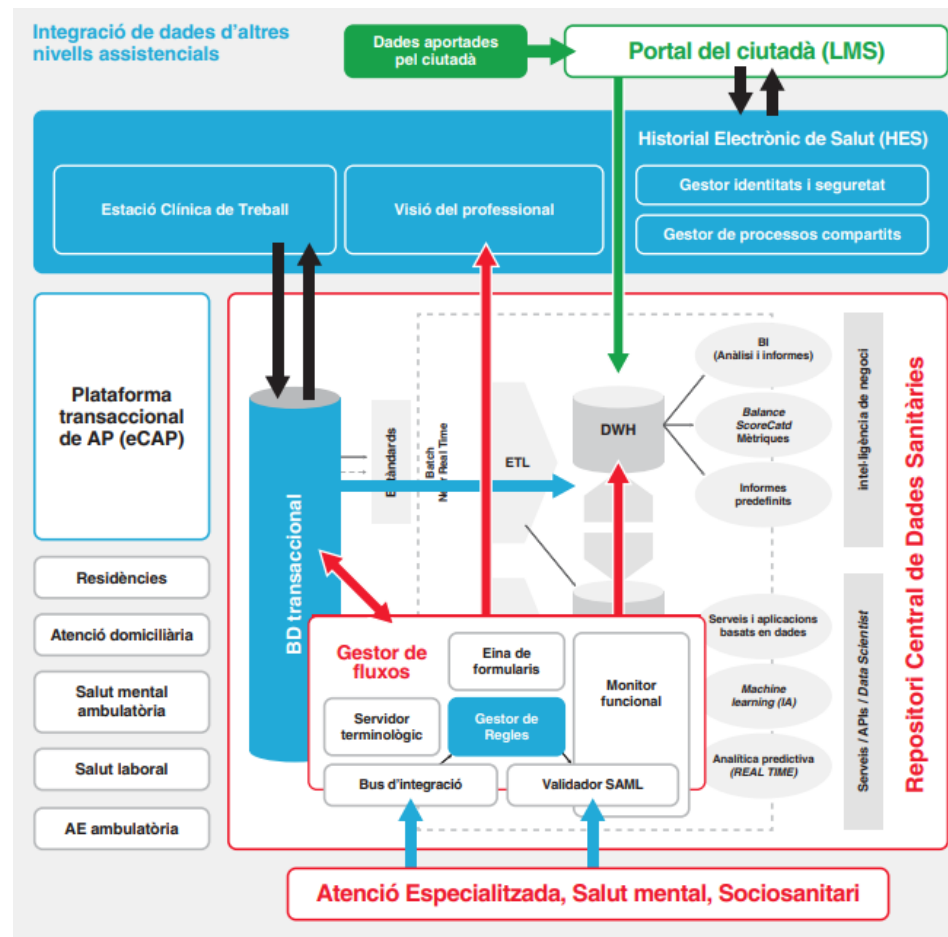
La **digitalització** es refereix al procés de convertir un document analògic en un digital. Digitalitzar és l'acció d'introduir la informació continguda en un document físic a un ordinador utilitzant tecnologia i programes adequats.

La **Migració** és la importació d'un conjunt de dades assistencials d'una solució informàtica a una altra solució informàtica. Això fa referència tant a un canvi general de l'aplicació que gestiona la història clínica electrònica (HCE) com a les migracions sistemàtiques de dades d'una aplicació departamental a l'HCE general de la institució.

Es pot considerar l'actual procés de transformació del sistema d'informació que actualment està en marxa el "Pla Director de Sistemes de la informació" com un

instrument del Pla de Salut. L'eix més important d'aquest procés de transformació és la creació de l'**Historial Electrònic de Salut (HES) longitudinal**, amb un llenguatge comú i un repositori tècnic que permet comparar i disposar de les dades del malalt en qualsevol punt de la cadena d'atenció assistencial (vegeu la figura 12.4). Això implica un procés d'homologació de les estacions clíniques actuals. Cal que aquestes estacions clíniques puguin intercanviar informació amb seguretat per poder ser compatibles amb l'HES.

FIGURA 12.4. Història clínica electrònica



Font: Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya

## 12.4 Translació d'informació

La **digitalització de documents** consisteix en la transformació de documents que estan en suport paper (escaneig) o qualsevol altre suport físic a un suport informàtic.

Segons el moment en què s'aplica un procediment de translació, els criteris i mesures que cal aplicar poden ser diferents:

- Procediment de translació aplicat a informació/documentació activa: és quan s'aplica un procés de translació de forma sistemàtica al poc temps d'haver-se generat el document o dada original (episodis actius)

- Procediment de translació aplicat a informació/documentació passiva: és quan s'aplica un procés de translació a un conjunt de documents o dades d'una història clínica generats fa temps, generalment aplicat a un procés de digitalització “massiu” d'històries clíniques en paper o bé a una migració de dades “massiva” d'un paquet informàtic de dades clíniques a un altre paquet.
- Identificació i manteniment dels protocols dels procediments de translació: el centre ha de procurar tenir documentats els protocols que aplica per als procediments de translació amb una documentació específica i localitzable.

Els protocols han de ser actualitzats i/o validats periòdicament per la comissió o direcció pertinent (referida en el propi protocol). Aquests protocols cal que s'incorporin al document de seguretat de la institució o centre.

#### 12.4.1 Persones autoritzades

En els protocols cal establir un sistema d'autorització de les persones que realitzen processos de translació, en concret de digitalització.

És aconsellable que les persones autoritzades (en cas de digitalització) disposin d'un certificat digital personal amb **signatura verificadora** per tal d'indicar en el document escanejat qui ha portat a terme aquest procés.

Encara que no hagi acabat el període legal de conservació d'unes dades o documents clínics, la legislació permet destruir el seu suport original si prèviament s'ha fet un procés de translació amb garanties. Igual que en la destrucció definitiva, per fer-ho cal seguir els protocols establerts per a la destrucció de documentació confidencial, a fi de garantir la impossibilitat de restitució i l'accés a la informació durant i posteriorment al procés de destrucció.

Cal incloure validacions per garantir que només es destrueix allò que ja se n'ha fet la corresponent translació.

La CTMDC ha establert unes recomanacions per elaborar un **registre d'eliminació d'històries clíniques** (o documents clínics) que es poden consultar en l'enllaç següent: [bit.ly/3NKT0Dc](https://bit.ly/3NKT0Dc).

Aquest registre s'ha de fer en cas de destrucció definitiva, però no és obligatori en cas de destrucció post-translació perquè aquesta documentació segueix existint amb un altre suport.

L'eliminació del suport original té una excepció recollida a l'Annex 1 d'aquest document i que afecta als documents de consentiment informat i d'altres documents signats pel pacient i amb valor clínic i legal.

### 12.4.2 Establiment del vincle amb el pacient i indexació dels documents o dades

La integració dintre de la història clínica electrònica de documents o dades procedents d'un altre suport permet i porta implícit (no per obvi cal deixar d'especificar-ho) que *tot document o dada ha de quedar referit a un pacient*.

Cal establir els *mecanismes per no crear duplicitats de pacients*.

Si és possible, caldrà facilitar que en el procés de translació el document o dada també es pugui associar a un procés i episodi assistencial existent o crear-lo si és possible.

En processos de digitalització de documents clínics cal associar com a **metadades** el número d'història clínica o d'identificació del pacient (i si pot ser del procés i episodi), la data del document i el tipus de document.

L'associació d'aquestes metadades no eximeix que tot document original contingui en el propi document la identificació del pacient a qui pertany i la data. Escanejar un document sense aquesta informació en l'original pot restar valor al document digitalitzat.

Igualment, si els documents digitalitzats s'acaben integrant a un gestor documental independent de la història clínica, cal garantir una indexació mínima que permeti l'accessibilitat posterior.

Les dades més importants d'aquesta indexació són:

- la data del document,
- el tipus de document,
- el nom i cognoms del pacient,
- el número d'història clínica que figura en el document i
- el número d'història clínica que té en el fitxer de pacients actual que utilitza la història clínica de la institució (si hi és).

En processos de migració cal definir quin és el vincle entre l'aplicació departamental o antiga i la història clínica actual (número d'història clínica, d'episodi, etc.), així com on s'ha bolcat cada tipus de dada (en un camp existent o en un camp creat específicament per aquesta migració...

### 12.4.3 Identificació del procés de translació

En tot document o conjunt de dades que ha sofert un procés de translació cal que s'hi pugui identificar la data en què s'ha fet aquest procés, com a metadada.



En digitalització, a l'hora de visualitzar el document substitut cal que qui el visualitzi pugui percebre que és un document digitalitzat i que, ocult però consultable a demanda, es pugui consultar la data de la digitalització, i si pot ser (i s'escau) la persona o institució que ha fet la digitalització i el lloc on s'ha fet.

En aquest sentit és altament aconsellable que el software utilitzat per a l'escaneig incorpori en el moment de la digitalització una certificació digital al propi document digitalitzat que contingui una marca de temps i altres especificacions (autor i institució responsable de l'escaneig, raó (motiu) de la "signatura" del document digitalitzat, etc.).

Cal tenir en compte tant les persones responsables de la digitalització (escaneig) com les que l'han dissenyat.

Atès el valor legal de tot document clínic, cal descartar que en els documents en paper l'únic procés de translació sigui una transcripció de les dades a un suport informàtic, i menystenint la generació d'una imatge (digitalització) de l'original. Per la mateixa raó, i tot i que alguns documents ho poguessin permetre, queda descartat l'ús de tecnologies de reconeixement de caràcters (tipus OCR), ja que no permeten garantir una còpia acurada i fidedigna.

---

**En migració s'aconsella** indicar quan aquesta dada o document procedeix d'una migració d'una forma consultable a la història clínica electrònica.

---



## 13. La qualitat en la documentació clínica

Es pot extrapolar que si la història clínica té una qualitat adequada el procés assistencial també serà de qualitat, però no està demostrat que la situació contrària impliqui una mala qualitat assistencial.

Moltes vegades, la manca d'informació, la il·legibilitat, l'ús d'abreviatures o acrònims i de termes no consensuats pot dificultar l'obtenció de conclusions sobre la qualitat dels processos que s'analitzen. Això porta a convertir l'obtenció d'una bona font d'informació (una bona qualitat de la història clínica) en l'objecte del control de qualitat, confonent-se la finalitat amb els mitjans.

Els tècnics en documentació han de conèixer i entendre el concepte de la qualitat als centres i serveis assistencials i com es concreta envers la història clínica. En verificar la qualitat de la història clínica es pot optimitzar la seva normalització i funcionalitat per tal de contribuir a la millora contínua en l'assistència a les persones.

### 13.1 Característiques de la gestió de qualitat

Actualment, les persones estan cada vegada més informades i són responsables i exigents, els professionals estan més formats i la tecnologia mèdica és més complexa i resolutiva. Així cada vegada s'aconsegueixen millores en salut, i la millora és el que identifica la qualitat.

Tothom pot tenir una idea de com vol ser atès pels serveis sanitaris i això es pot reflectir en el concepte que es té de la qualitat. Tot i així, és un concepte abstracte i multidimensional difícil de definir.

En el cas d'un pacient que va valorar malament l'hospital i la seva atenció perquè els menjars que li donaven no li agradaven, aquest no va tenir en compte que d'urgències va ser portat a un hospital d'alta complexitat en helicòpter. Després de fer-li una operació complicada va poder ser donat d'alta amb molt bon pronòstic. Potser el de menys era el menú. Vegeu la figura 13.1, que mostra com el menjar pot fer abaixar el percentatge de satisfacció en l'assistència sanitària.

**FIGURA 13.1.** Com el menjar pot fer abaixar el percentatge de satisfacció en l'assistència sanitària

RESULTATS GLOBALS CATALUNYA (II)		
Pregunta resumida	2015	2018
P20 Explicacions quan va marxar de l'hospital	96,2%	96,4%
P19 Ajudar a controlar o millorar el dolor	96,2%	96,0%
P7 Tracte personal de les infermeres	95,6%	95,8%
P8 Tracte personal del metge	96,1%	95,3%
P12 Informació sobre l'operació	92,7%	94,2%
P16 Sentir-se en bones mans	95,3%	93,8%
P2 Explicacions funcionament hospital	95,2%	93,6%
P18 Respecte a la seva intimitat	92,1%	93,3%
P17 Informació coherent	93,9%	93,2%
P15 Donar la seva opinió	91,4%	91,5%
P14 Disposició per escoltar-lo i fer-se càrrec	90,8%	91,2%
P10 Informació sobre les proves	93,5%	90,8%
P5 No va tenir problemes per compartir habitació	92,2%	89,9%
P9 Informació sobre la seva malaltia	92,5%	88,7%
P13 Consentiment informat abans operació	-	86,6%
P3 La comoditat de l'habitació	86,9%	82,8%
P4 Tranquil·litat per descansar a la nit	84,5%	81,5%
P1 Temps a la llista d'espera	75,8%	78,6%
P11 Consentiment informat abans operació o proves	75,5%	71,2%
P6 El menjar de l'hospital	67,8%	64,3%

Font: Departament de Salut

Els professionals sanitaris defensaran la qualitat des d'una òptica totalment diferent de la dels usuaris o gestors dels serveis sanitaris. Aquests últims busquen l'equilibri entre el rendiment tècnic i la satisfacció dels usuaris, tot amb un cost que pugui ser assumit per la societat.

El punt 2 de l'article 69 de la Llei general de sanitat afirma que "l'avaluació de la qualitat de l'assistència prestada haurà de ser un procés continuat que informará de totes les activitats del personal de salut i dels serveis sanitaris del sistema nacional de salut (SNS)".

La Llei 16/2003, de cohesió i qualitat del SNA, recull diverses mesures d'avaluació i millora de la qualitat assistencial amb les quals es pretén impulsar una assistència sanitària d'excel·lència centrada en els pacients i les seves necessitats. Per això, estableix l'elaboració de plans de qualitat i la creació de l'Agència de Qualitat de l'SNS.

El Reial decret 1277/2003, pel qual s'estableixen les bases generals sobre autorització de centres, serveis i establiments sanitaris, dona fonaments per tal de garantir la seguretat i qualitat de l'atenció sanitària. A partir d'aquest Reial decret, la major part de les comunitats autònomes regulen sistemes d'acreditació de la qualitat dels centres i unitats sanitàries. A Catalunya s'encarrega d'aquesta tasca l'**Agència de Qualitat de l'Assistència Sanitària, AquAS**, adscrita al Departament de Salut.

### 13.1.1 Evolució del concepte de qualitat. Models de gestió

El concepte de qualitat assistencial ha anat evolucionant amb el temps, i diversos autors en donen la seva definició:

- Segons Avedis Donabedian, és el nivell d'utilització dels mitjans més adequats per aconseguir les majors millores en la salut.
- Segons la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), seria aquella assistència que es realitza de forma continuada amb eficàcia, efectivitat i eficiència adequada a les necessitats del pacient, accessible i acceptada per aquests, i tot això segons l'estat actual del coneixement.
- L'Organització Internacional d'Estandardització (ISO) defineix la qualitat com "el grau en què la totalitat de les característiques d'un producte, procés o servei compleix amb els requeriments per satisfer les necessitats d'un client".

Les dimensions que componen la qualitat són:

- **Competència professional:** fa referència a allò que s'ha de fer i com s'ha de fer per fer-ho bé amb respecte a la dignitat humana, utilitzant el concepte de beneficència i autonomia del pacient. Els instruments que hi ajuden són les recomanacions que es deriven de l'evidència científica i es compilen en les guies de pràctica clínica, protocols i algorismes.
- **Continuïtat:** es refereix a la provisió del servei sense interrupcions entre diversos nivells assistencials.
- **Integral:** atenció a totes les necessitats de salut, físiques, psicològiques, socials. Comentar que ara el Pla de salut 2021-2025 fins i tot parla de la dimensió espiritual de les persones.
- **Adequació o idoneïtat:** el grau en què una atenció és pertinent (segons necessitats, preferències, riscos, costos i disponibilitat i accessibilitat).
- **Rapidesa:** està relacionada amb les expectatives de l'usuari. El servei cal donar-lo quan l'usuari el necessita.
- **Eficàcia i efectivitat:** eficàcia es refereix a la millora que es pot obtenir en condicions òptimes i l'efectivitat, la millora que s'obté en condicions reals. Així sempre es parlarà d'efectivitat.
- **Eficiència:** mesura la millora de la salut amb la menor despesa de recursos possible.
- **Acceptabilitat:** inclou aspectes de *satisfacció de l'usuari*. El grau de col·laboració o adhesió al tractament millorarà quan el pacient l'accepta. La satisfacció és un resultat desitjable del procés assistencial i cal valorar-lo

amb enquestes o anàlisi dels suggeriments i reclamacions presentades pels usuaris.

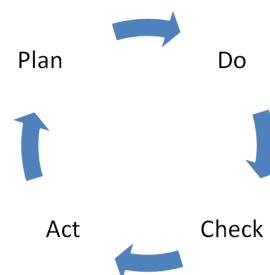
Una atenció de qualitat ha d'estar **centrada en la persona** i en els seus familiars en tots els aspectes amb la finalitat de complir amb les seves expectatives.

Els models de gestió de qualitat total també s'interessen pel grau de satisfacció dels professionals sanitaris.

La qualitat dels serveis sanitaris sempre ha estat per darrere de la qualitat en l'àmbit industrial. Es pot resumir en les següents etapes:

1. **Etapa d'inspecció de la qualitat:** s'enfoca en les especificacions tècniques del producte final. Aquelles unitats que no les compleixen es retiren o es reparen i no surten al mercat. Això es car, perquè es mesura al final del procés quan el producte ja està acabat. No es pot intervenir durant el procés.
2. **Etapa de control de la qualitat:** durant aquesta es controla el procés, que vagi executant-se segons allò planejat però reorientant cap a la direcció correcta. W. Shewart sistematitzà les activitats de millora de la qualitat amb el **cicle PDCA** (Plan, Do, Check, Act), conegut com a **cercle de Deming** (vegeu la figura 13.2).
3. **Etapa de garantia o assegurement de la qualitat:** en aquesta apareix el client. Les seves necessitats i expectatives es tenen en compte des del principi per dissenyar el producte. En aquesta fase apareixen els processos de normalització, acreditació i certificació, que estableixen normes i requeriments que han de complir els productes i serveis.
4. **Etapa de gestió total de qualitat (TQM):** aquesta engloba l'anterior i involucra tots els departaments de l'empresa i tots els treballadors amb la visió de l'organització. Els productes (*outputs* o sortides) d'un departament poden ser els recursos o matèries primeres (*inputs* o entrades) d'un altre departament dins la cadena productiva. Per exemple: un pacient en un procés d'hospitalització, quan és donat d'alta, el servei (per exemple, cardiologia) elabora com a producte (a nivell documental) l'informe d'alta (IA). Aquest IA és l'*input* o matèria primera del SADC. Aquest departament codificarà els diagnòstics i tractaments i com a producte sortirà el CMBD.

FIGURA 13.2. Cercle de Deming



Font: Departament de Treball i Indústria, 2006

Una empresa o organització s'incorpora a la **qualitat total** quan documenta i demostra als seus usuaris que genera valor i contribueix al benestar, el progrés i el desenvolupament de la societat.

Els models actuals d'avaluació de la qualitat (ISO 9000 i altres) inclouen com a requeriment la **gestió per processos** com a metodologia per a l'organització de l'assistència sanitària i per a la millora contínua.

### Hi ha tres tipus de processos:

- **Processos clau:** són els que generen *outputs* (productes o serveis) que van als clients externs de l'organització dels pacients. Són els principals en el model de gestió de la qualitat.
- **Processos estratègics:** generen les directrius necessàries als processos clau per mantenir-los dins la missió de l'organització i orientar-los cap a la visió per realitzar les accions planificades.
- **Processos de suport:** generen els recursos perquè els processos clau puguin dur a terme les seves activitats.

### 13.1.2 Mesurament de la qualitat

Seguint el criteri de Donabedian, podem considerar l'atenció sanitària com una línia de producció que genera salut a partir de l'ús que es fa dels recursos de què disposa.

En atenció sanitària es distingeixen tres elements:

- **L'estructura**, que fa referència als recursos humans, físics (equipament, espais, subministraments) i financers, així com a la seva organització.
- **El procés** es refereix a les activitats que els professionals realitzen per a l'atenció als usuaris. Un procés assistencial es defineix com el conjunt d'activitats de treball interrelacionades que impliquen un valor afegit amb la finalitat d'incrementar la salut i la satisfacció dels usuaris i a facilitar la tasca dels professionals.
- **Els resultats**, és a dir, els efectes sobre la salut o de satisfacció del pacient amb l'atenció rebuda.

Quan es mesura la qualitat sempre es treballa amb dos components:

- Els **criteris** són les condicions que s'han de complir perquè l'atenció es consideri de qualitat. Poden ser implícits (no mesurables) i explícits (mesurables i per tant objectius). Aquests últims constitueixen els indicadors.

- Les **normes o estàndards** són valors de referència del criteri. Es fixen de manera subjectiva abans de realitzar les mesures.

A cada criteri li correspon el seu estàndard.

La història clínica, en reflectir els processos assistencials tal com van succeir, és una bona font d'informació, per la qual cosa és utilitzada en controls de qualitat tant interns com externs.

- És un instrument utilitzat als programes d'acreditació, i fins i tot dins d'aquests inclou una part de qualitat suficient de la mateixa història clínica.
- També s'utilitza la història clínica com a font de dades en els processos d'avaluació de qualitat realitzats pel mateix hospital a través de les comissions clíniques o programes específics.

### **13.2 Funcions del Servei d'Admissió i Documentació Clínica envers la qualitat en la documentació**

La responsabilitat del Servei d'Admissió i Documentació Clínica a l'àrea de documentació clínica és gestionar tota la informació clínica generada per un pacient, independentment del centre sanitari on sigui atès.

Des d'aquesta perspectiva, les tasques fonamentals es dirigeixen a organitzar tota la documentació en una història clínica única del pacient, custodiar, conservar i administrar la documentació que es va generant al llarg dels processos assistencials successius i, a través de processos d'anàlisi documental, recuperar selectivament i difondre la informació clínica demanada pels diferents usuaris.

La història clínica es defineix com el conjunt de documents resultants de l'assistència a un malalt concret.

El Servei d'Admissió i Documentació Clínica és el responsable d'organitzar tota la informació clínica en una història clínica única del pacient, facilitant-ne la utilització pels diferents usuaris definits pel centre.

#### **13.2.1 Objectius del Servei d'Admissió i Documentació Clínica**

Els objectius del Servei d'Admissió i Documentació Clíniques són:

- Garantir l'existència d'una història clínica única per pacient.
- Afavorir la integració de tota la informació sobre el procés assistencial.
- Impulsar l'establiment de circuits de circulació de la documentació clínica entre nivells assistencials.



- Actualitzar el disseny i el manteniment del format de la història clínica.
- Promoure la incorporació de manera progressiva dels documents resultants dels processos assistencials.
- Facilitar l'ús i la localització de la informació a la història clínica, impulsant l'ordenació i normalització dels documents que la componen.
- Participar en l'establiment d'una política hospitalària consensuada sobre la gestió de la història clínica i promoure accions per a l'avaluació del grau de complementació.
- Impulsar la introducció de noves tecnologies per a l'emmagatzematge, la transferència i la recuperació de la documentació clínica que millorin la disponibilitat de la informació i afavoreixin la comunicació interprofessional.

### 13.2.2 Les funcions del Servei d'Admissió i Documentació Clínica

Les funcions del Servei d'Admissió i Documentació Clínica són:

- Identificar la història clínica:
  - Establir un sistema d'identificació permanent, exclusiu i únic de les històries clíniques.
  - Gestionar el fitxer mestre o índex de pacients (FIP), que conté els registres d'identificació dels pacients.
  - Registrar noves inclusions al FIP evitant duplicitats i errades.
  - Actualitzar les dades en cada contacte del pacient amb el centre.
  - Fer un mostreig periòdic del FIP per assegurar una única HC per pacient. Aquest procés de depuració abastarà almenys totes les noves inclusions.
- Dissenyar i mantenir actualitzat el format de la HC:
  - Proposar el model més adequat de carpeta, sobre o sistema d'arxivat i contingut documental de la HC.
  - Coordinar el disseny normalitzat dels documents, tot tenint en compte els següents principis:
    - \* Introducció d'un nou format si les dades que conté no estan ja recollides en un altre document o si simplifica i millora l'obtenció, l'emmagatzematge i la difusió de la informació continguda en un document ja existent.
    - \* Contingut simplificat, evitant redundàncies i dispersió de la informació i formats senzills, que requereixin el mínim esforç per emplenar-los.
    - \* Participació de tots els nivells d'usuaris implicats (metges, infermeria i personal administratiu) al procés de normalització de la documentació.

- \* Difusió i presentació dels nous documents als usuaris finals.
- Establir un sistema de revisió contínua dels documents de la història clínica per adaptar-los permanentment a les necessitats i circumstàncies canviants amb el pas del temps.
- Organitzar l'estructura i l'ordenació de la història clínica, adaptant el model d'estructuració de la documentació al suport utilitzat (paper, registre informatitzat) i a les necessitats expressades pels usuaris.
- Proposar el model més adequat de carpeta o sobre. També la identificació física de la història clínica a l'hospital, en funció del sistema d'arxivament elegit (arxiu conjunt o separat d'història i radiologia) i del contingut documental de la història:
  - Per tipus de documents que constitueixen la història clínica (ordenació cronològica d'informes clínics, fulls de devolució, ordres de tractament, etc.).
  - Per serveis responsables de l'assistència.
  - Per episodis assistencials (hospitalització, consulta externa, urgències...).
- Controlar la qualitat de la HC.
- Participar activament amb els serveis clínics en el procés continu d'avaluació de la qualitat, que ha d'incloure:
  - Avaluació sistemàtica de la qualitat formal dels documents emprats en l'assistència al pacient:
    - \* Utilització dels documents homologats.
    - \* Complementació pertinent dels documents (clara, concisa i llegible).
    - \* Identificació del pacient en tots els documents.
    - \* Identificació del personal que intervé en la seva elaboració i data de registre.
    - \* Presència dels documents bàsics de cada episodi: informe clínic d'alta, protocol quirúrgic, etc.
    - \* Organització (estructura i ordenació) de la història clínica.
- Fer estudis sobre mostres per a l'avaluació de la qualitat de contingut de documents clínics concrets.
- Elaborar i difondre periòdicament els serveis d'informes sobre el procés d'avaluació que inclourà, entre altres aspectes:
  - Objectius del control de qualitat realitzat.
  - Activitat clínica avaluada.
  - Indicadors utilitzats per a la valoració de la qualitat de la documentació clínica.
  - Resultats obtinguts: deficiències observades.

- Propostes de millora de la qualitat.
- Garantir l'accessibilitat de la història.
- Participar en l'elaboració de les normes d'accés i disponibilitat de la història clínica tenint en consideració la legislació vigent en cada moment. Aquesta ha de ser coneguda per tot el centre.
- Recuperar, elaborar i difondre la informació clínica sol·licitada per persones o entitats alienes als centres, d'acord amb la normativa establerta pel centre.

### 13.2.3 Els requisits del Servei d'Admissió i Documentació Clínica

El Servei d'Admissió i Documentació Clínica, per atendre els objectius i les funcions establerts en relació amb la gestió de la història clínica, requereix:

- Disposar de recursos humans amb formació en documentació mèdica per al desenvolupament de les funcions encomanades.
- Posseir mitjans tècnics que facilitin el treball d'identificació de la documentació, així com la seva organització en la història clínica del pacient.
- Disposar d'un fitxer índex de pacients informatitzat.
- Elaborar un protocol de procediment administratiu per a la gestió de l'arxiu índex de pacients, per evitar errors i duplicitats, que defineixi, almenys:
  - Normes per al registre de les dades incloses a l'arxiu índex de pacients, que afectaran, com a mínim, la introducció de les dades bàsiques d'identificació (números, cognoms i data de naixement).
  - Normes per a la cerca de pacients ja registrats.
- Elaborar el manual d'ús de la història clínica, d'actualització permanent, que defineixi almenys:
  - Catàleg de documents clínics que constitueixen la història clínica.
  - Tipus d'informació recollida en cada document.
  - Personal responsable del seu emplenament, moment i forma del registre.
  - Circuits del document, criteris i procediment d'actuació per a la incorporació o baixa de documents a la història clínica.
  - Disposar dels dispositius i la infraestructura informàtica necessària per al registre de dades i captura de la informació clínica requerida pels usuaris autoritzats, en els models d'història clínica informatitzada.
  - Tenir una normativa del centre que reguli l'accés a la història clínica, assegurant els drets de confidencialitat i informació de totes les parts implicades.

- Disposar d'una política hospitalària sobre conservació i perdurabilitat de la documentació clínica que, si no hi ha legislació explícita, s'haurà d'articular en funció, entre altres aspectes, de l'ús i els usuaris habituals de la documentació, sistemes d'emmagatzematge existents, disponibilitat d'espai del vostre arxiu d'històries clíniques i política de documentació passiva que establiu.

### 13.2.4 Productes del Servei d'Admissió i Documentació Clínica

Els productes del Servei d'Admissió i Documentació Clínica són:

- Sol·licitud d'informació clínica de tercers: es comptabilitzen les sol·licituds de documentació o informació clínica relatives a un pacient en concret, realitzades per personal aliè a l'hospital (incloses les portades a terme pels mateixos pacients o familiars autoritzats).
- Obertura d'història clínica: es comptabilitzen el total dels pacients nous inclosos al fitxer índex de pacients de l'hospital.
- Disseny de document clínic: es comptabilitzen tots els documents normalitzats dissenyats i incorporats al catàleg de documents de la història clínica.
- Modificació de document clínic: es comptabilitzen totes les modificacions o actualitzacions dels documents ja existents, pertanyents al catàleg de documents de la història clínica.

### 13.2.5 Indicadors de qualitat i activitat del Servei d'Admissió i Documentació Clínica

Els paràmetres que s'utilitzen com a indicadors d'activitat del Servei d'Admissió i Documentació Clínica són:

- Nombre d'històries clíniques (HC) noves per període establert: número de la darrera HC del període – número de la primera HC del període) + 1.
- Nombre de nous documents normalitzats introduïts a la història clínica.
- Nombre de documents clínics revisats/actualitzats.

Els paràmetres que s'utilitzen com a indicadors de qualitat són:

- Percentatge d'històries clíniques duplicades detectades en el període establert (nre. d'HC duplicades detectades en el període / nre. total d'HC existents) x 100.

- Percentatge d'històries clíniques ordenades segons el criteri establert (nre. d'HC correctament ordenades / nre. d'HC avaluades) x 100.
- Índex de normalització o estandardització de la documentació clínica / nre. de documents clínics normalitzats / nre. de documents que constitueixen la HC.
- Grau d'implantació dels documents normalitzats (nre. de serveis que utilitzen el model normalitzat / nre. de serveis implicats en la seva utilització) x 100.
- Percentatge d'històries clíniques que compleixen els criteris de qualitat establerts (nre. d'HC que compleixen els criteris de qualitat establerts / nre. d'HC avaluades) x 100.

### 13.3 Auditories

L'auditoria és l'avaluació d'una organització. Hi ha diferents models d'avaluació de la qualitat: models d'autorització i acreditació i els models de certificació i excel·lència:

- **Model d'autorització.** L'autorització suposa el reconeixement que una determinada activitat reuneix una sèrie de requeriments; per exemple, per a l'obertura d'un nou hospital. Es tracta d'un procediment administratiu de caràcter obligatori davant una autoritat governamental competent.
- **Model d'acreditació.** És un procediment voluntari de verificació extern, organitzat per una entitat independent. Per exemple la JXAHO acredita centres als EUA.
- **Model de certificació.** Un organisme extern assegura el compliment d'una sèrie de normes o estàndards de qualitat. AENOR és un organisme de normalització reconegut. Les normes ISO 9000 són les més extenses. Un cop obtinguda la certificació es fan auditories periòdiques per revisar i comprovar els canvis i les accions correctores.
- **Model d'excel·lència a la gestió.** S'entén com a gestió de qualitat total una estratègia de gestió de tota l'empresa a través de la qual se satisfan les necessitats i expectatives dels clients, treballadors, accionistes i de la societat en general. D'aquests el més utilitzat és el d'EFQM (European Foundation for Quality Management).

La seguretat del pacient és una dimensió especial de la qualitat. L'OMS la defineix com la reducció del risc de mals innecessaris relacionats amb l'assistència del pacient.

Les auditories dels arxius clínics poden contribuir a reduir els riscos derivats de l'assistència al pacient, i per tant a incrementar la seguretat. Als arxius clínics

s'utilitzen controls a través d'auditories plantejades com una activitat regular, i els resultats de l'avaluació es contraresten amb un patró d'avaluació.

L'avaluació de qualitat amb audit o auditoria consisteix en el desenvolupament de tècniques d'investigació i anàlisi per determinar si una activitat s'està portant a terme d'acord amb uns objectius previs.

Les auditories tracten de comparar un model o patró, que ha de ser previ, amb un cas que és real, posant de manifest les diferències existents entre ambdues situacions.

### 13.3.1 Característiques de les auditories

Les característiques que cal destacar en les auditories són:

- Actuen com a eines de gestió i per tant com a eines de millora.
- Es planifiquen prèviament, ja que són estudis concrets limitats en el temps.
- S'apliquen a un problema concret ben delimitat i definit.
- Tenen un caràcter retrospectiu.
- L'avaluació dels resultats obtinguts en l'estudi es compara amb d'altres prèviament determinats com a òptims.
- L'auditor ha d'aconseguir convèncer l'auditat de les seves "errades" i de la bondat de les possibles millores. La tendència és *no jutjar sinó acordar* per tal que els resultats siguin els més òptims.
- Han de permetre l'establiment d'accions correctores posteriors.

### 13.3.2 Tipus d'auditories

Hi ha dos tipus d'auditories:

- Les externes
- Les internes

#### Auditories externes

Les auditories externes les fa una organització externa al centre sanitari. Estan orientades a procediments d'homologació i/o acreditació i les acostumen a portar a terme l'Administració sanitària o organismes professionals competents.

Actualment, al nostre entorn són exigibles per CatSalut per a l'autorització dels centres sanitaris.

Es poden extreure del Manual d'acreditació de centres d'atenció hospitalària alguns criteris relacionats amb la documentació clínica que cal aportar.

Molts dels estàndards que estableixen estan inspirats en la millora contínua de la metodologia que fa servir l' EFQM. Vegeu el següent enllaç: [bit.ly/3IfR5Fw](https://bit.ly/3IfR5Fw).

Per a l'avaluació d'agents (criteris 1, 2, 3, 4, 5), l'avaluador o avaluadora puntua de 0 a 4 cada estàndard de forma individual, d'acord amb els criteris següents:

- 0: no hi ha evidència.
- 1: evidència mínima o en fase inicial.
- 2: evidència relativa o poc objectivable.
- 3: evidència objectivable de plans i accions en via de desenvolupament.
- 4: evidència objectivable de plans i accions clarament desenvolupats.

L'estàndard es considera complert si s'avalua en la categoria 3 o 4.

**Percentatge de compliment de cada criteri** = Nre. d'estàndards que es compleixen / Nre. total d'estàndards.

Es poden destacar els següents estàndards relacionats amb la història clínica:

- 4e-02-D-02-E. L'organització avalua els resultats i pren les mesures adequades per tal d'afavorir la millora de la qualitat de la història clínica.
- 4e-02-D-03-Q. Els líders donen suport als resultats obtinguts i els difonen.
- 4e-02-D-04-E. L'organització avalua la formalització i la qualitat de la història clínica en els ítems que corresponen a la identificació del client, procés assistencial, formalització i qualitat del consentiment informat, formalització i qualitat de les dades de l'activitat quirúrgica, formalització i qualitat d'altres dades.
- 4e-02-D-05-Q. Es defineix i especifica la terminologia sanitària i els acrònims que s'utilitzen en la documentació clínica.
- 4e-02-R-01-Q. Els líders revisen periòdicament l'efectivitat de les mesures de millora.
- 4e-02-R-02-E. L'organització revisa i actualitza periòdicament els procediments utilitzats, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.

### **Auditories internes**

Les auditories internes són desenvolupades pel mateix centre. Les acreditacions solen tenir una durada de tres anys, però als 18 mesos s'ha de fer una nova auditoria

interna. Poden ser dutes a terme per personal de l'empresa aliena a les activitats auditades o pel mateix personal implicat en el procés.

### 13.4 Òrgans qualificadors

Hi ha diversos òrgans qualificadors pel que fa a l'àmbit sanitari:

- El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya és l'entitat que acredita els centres sanitaris a Catalunya. La Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) estableix la competència de la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària per acreditar. Amb aquesta acreditació es certifica que una organització sanitària ha aconseguit un nivell de qualitat i competència superior als estàndards exigibles per a l'autorització administrativa d'un centre sanitari. Llavors, perquè ho pugui demostrar, el centre rep un certificat atorgat pel Departament de Salut.
- El Servei General de Qualitat i Innovació del Ministeri també obre processos d'auditoria i acreditació per a la designació de CSUR (Centres i Serveis i Unitats de Referència del Sistema Nacional de Salut).
- L'Organització Internacional d'Estandardització (ISO). UNE-EN ISO 9001:2015. Aquesta norma suposa un manual de qualitat i un manual de procediments que, en general, es pot aplicar als hospitals o a un servei de l'hospital.
- La Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (JCAHO), organització que acredita de forma voluntària els centres als Estats Units. Actualment l'acreditació és necessària per als hospitals que atenguin pacients del Medicaid i Medicare. Té una comissió que actua a nivell internacional, la Joint Comission International, i estableix estàndards o criteris de bona pràctica assistencial.
- Entitats pertanyents al Club d'Excel·lència en gestió per a l'obtenció del segell de qualitat del model de l'European Foundation for Quality Management (EFQM). Aquesta entitat va més enllà de complir uns objectius, i fins i tot vol enfocar els resultats cap a la societat i el medi ambient. En la figura 13.3 es mostra el segell de qualitat que emet l'EFQM.

FIGURA 13.3. Segell de qualitat EFQM



Font: Club de l'excel·lència.org



La Societat Catalana de Documentació Mèdica analitza aportacions del Model d'Accreditació de la Joint Commission a les funcions de les Comissions d'Històries Clíniques.

Aquestes anàlisis de la Societat Catalana de Documentació Mèdica publicades el 24 d'abril del 2018 mostren:

- El treball en el marc de la Joint Commission és una **certificació** tant d'una institució com d'una part d'ella.
- El model aplica 304 estàndards que s'avaluen mitjançant 1.210 elements de mesura.
- És una acreditació que:
  - Mesura els resultats de l'activitat assistencial.
  - Potencia el model d'atenció centrada en el pacient.
  - Implica un canvi cultural de l'organització promovent l'atenció de qualitat.
  - Els registres clínics passen a ser una eina bàsica de suport al model d'atenció.
- Aquests estàndards identifiquen els procediments, les estructures o les funcions necessaris per poder acreditar el centre assistencial.
- Son avaluacions fetes *in situ*.

#### 13.4.1 Exemple basat en l'estàndard IPGS.1

Valoració de l'Objectiu Internacional de Seguretat del pacient. Vegeu l'enllaç [bit.ly/3nKCDMh](http://bit.ly/3nKCDMh), sobre estratègies de seguretat del pacient publicat el 2002 per l'Administració de la Comunitat Autònoma del País Basc, Osakidetza, 2018.

L'hospital desenvolupa i implementa un procés per a la millora de la precisió de la identificació dels pacients.

Les errades de pacient incorrecte tenen lloc pràcticament en tots els aspectes del diagnòstic i el tractament. Els pacients poden estar sedats, o en estat comatós, canvis de llits, etc., poden no recordar la seva identitat o poden estar subjectes a situacions que podrien donar lloc a errades en la identificació correcta.

Elements mesurables d'IPGS.1:

- Els pacients són identificats mitjançant dos identificadors de pacient que no inclouen ni el número d'habitació ni la seva ubicació.
- Els pacients són identificats abans que se'ls administrin tractaments o procediments.
- Els pacients són identificats abans de qualsevol procediment diagnòstic.

### 13.4.2 Exemple en què s'analitza l'estàndard PFR.6.4

S'obté un consentiment informat abans d'una cirurgia, una anestèsia, de l'ús de sang i hemoderivats i altres tractaments i procediments d'alt risc.

Quan l'atenció planificada inclou procediments quirúrgics o invasius, anestèsia (incloent-hi sedació moderada i profunda), ús de sang i hemoderivats o altres tractaments o procediments d'alt risc, s'obté un consentiment a part. Aquest procés de consentiment proporciona la informació identificada a PFR.6.1 i documenta la identitat de la persona que proporciona la informació.

Els elements mesurables de PFR.6.4 són:

- S'obté el consentiment abans de fer procediments quirúrgics o invasius (vegeu també ASC.7.1, Intenció).
- S'obté el consentiment abans d'una anestèsia (incloent-hi sedació moderada i profunda) (vegeu també ASC.5.1, Intenció i EM 1).
- S'obté el consentiment abans de fer servir sang i hemoderivats.
- S'obté el consentiment abans d'altres procediments i tractaments d'alt risc.
- La identitat de la persona que informa el pacient i la família s'anota a la història clínica del pacient (vegeu també PFR.8, EM 2).
- El consentiment es documenta en la història clínica del pacient mitjançant signatura o registre del consentiment verbal (vegeu també PFR.8, EM 2).

### 13.4.3 Exemple en què s'analitza l'estàndard ACC.3.3.

Les històries clíniques de pacients ambulatoris que rebin una atenció continuada contenen un resum de tots els diagnòstics significatius coneguts, al·lèrgies medicamentoses, medicació actualitzada i qualsevol procediment quirúrgic i hospitalització prèvia.

Aquest és un estàndard que reforça la integració de la informació relativa als pacients ambulatoris en cas que aquests rebin tractament en curs a diversos centres. Vegeu l'enllaç [bit.ly/3NNY6hI](http://bit.ly/3NNY6hI).

### 13.4.4 Criteris que es poden avaluar

El procés d'avaluació a través d'auditories és una tècnica de control de qualitat que permet comparar els resultats obtinguts amb un patró o estàndard establert prèviament.

A l'avaluació formal d'un document podem mesurar una sèrie de criteris, com es pot veure en la taula 13.1.

**TAULA 13.1.** Avaluació d'una sèrie de criteris

Nre. d'història clínica	Punts	Sí	No
Existeix informe d'alta			
En xarxa	1		
Identificació servei responsable d'alta	2		
identificació metge responsable	3		
Signatura del metge responsable	2		
Núm. d'història clínica	4		
Nombre i cognoms pacient	4		
Data naixement	3		
Sexe	3		
Domicili	2		
Dia, mes i any d'admissió	3		
Motiu d'ingrés	2		
Resum anamnesi i exploració física	3		
Diagnòstic principal	5		
Altres diagnòstics			
Causa externa	5		
Procediment quirúrgic	5		
Altres procediments	4		
Resum activitat assistencial	3		
Data d'intervenció quirúrgica	3		
Data d'alta	3		
Tractament a seguir	5		
Temps de gestació	3		
Pes nadó	3		
Sexe nadó	3		
Total.....(màxim 81)			

### 13.5 Comissions de Documentació als centres sanitaris

La Comissió de Documentació dels centres sanitaris, també anomenada Comitè d'Històries Clíniques, és un òrgan consultiu format per professionals de l'hospital que col·labora en la planificació, la gestió i el control de la qualitat en les HC.

A més, és un òrgan multidisciplinari, perquè ha d'incloure representants de tots els perfils professionals que intervenen en la història clínica. Formaran part d'aquesta comissió:

- Representants del personal d'arxiu.
- Representants del personal de codificació.
- Representants dels facultatius mèdics i quirúrgics.
- Representants del personal d'infermeria.
- Representants del personal de gestió documental.
- Representants del personal d'informàtica i d'anàlisi de dades o de secretaria tècnica (per la seva visió, que permet l'explotació de dades).
- També és necessària la participació coordinada del personal de gestió de la història clínica compartida per qüestions d'interoperabilitat.
- I la participació del Departament de Salut, que dona les recomanacions generals perquè vegin estructures compartides.

Algunes de les activitats que porta a terme aquesta comissió són:

- Estudiar els resultats dels controls de consultes o peticions d'informació al Servei de Documentació Clínica.
- Recollir dificultats detectades en el funcionament del centre, com per exemple l'ús d'abreviatures i acrònims.
- Assessorar en criteris per establir registres, com per exemple el registre de malalties minoritàries.
- Analitzar els diferents tipus d'incidència per una mala identificació.
- Revisar la diferent tipologia de documents que es generen en cada servei i establir si són necessaris o no. Per exemple, en l'avaluació d'informes d'alta d'urgències, la comissió pren una mostra de forma aleatòria, l'analitza i avalua:
  - El model utilitzat.
  - L'estil de redacció.
  - Que la informació segueixi els paràmetres mínims exigits.
- A banda de l'avaluació, aporta estratègies de millora, com per exemple:
  - La reducció de documents que arriben a l'arxiu en format paper. S'estudia concretament per què es generen i s'estudia si calen realment, i com s'integren en el sistema digital.
  - Una altra millora que aporta, fruit de l'avaluació de la documentació clínica, és la necessitat de formació dels professionals i nous professionals en els sistemes d'informació de l'hospital en l'ús de la història clínica, la seva complementació, formació quant a accés, etc.

- Vetllar pel compliment del CMBD. Aquesta és una tasca molt important.

La missió de la comissió és assolir la màxima qualitat de la HC i vetllar pel bon ús de la documentació clínica generada dintre del centre i desenvolupar criteris d'avaluació de la qualitat d'aquesta.

Aquesta comissió s'ha de reunir de manera trimestral i elaborar les actes corresponents. La comissió contribueix al compliment dels estàndards relacionats amb la documentació que són exigits per l'acreditació dels hospitals per part del Departament de Salut.

### 13.5.1 Objectius de la Comissió de Documentació

Els objectius de la Comissió de Documentació als centres sanitaris són:

- Detectar i planificar les necessitats d'informació pròpies i alienes.
- Dissenyar i normalitzar els documents assistencials.
- Mantenir i gestionar els documents assistencials.
- Mantenir i gestionar les bases de dades amb informació assistencial.
- Garantir l'accessibilitat, la distribució i la seguretat de la informació.
- Destinar els recursos necessaris.
- Avaluar la qualitat de les dades i dels documents.
- Establir indicadors que ajudin a la millora contínua i a avaluar els resultats esperats per la comissió de l'hospital.
- Assessorar per millorar qualsevol incidència que es presenti.
- La gestió dels consentiments informats. La determinació dels texts que inclouen els consentiments ve donada pel cap de servei corresponent a la intervenció que fa referència cada consentiment informat. El cap de servei està assessorat per les societats científicotècniques, per diverses unitats, i té el suport de la unitat de documentació per determinar els codis que corresponen. La unitat d'arxiu o documentació preelabora el document del consentiment. A continuació, aquest document passa per una fase de postproducció en la qual es posa a disposició del pacient i metge, i ja signat pel pacient caldrà annexar-lo a la HC i serà custodiat de manera adient per l'Arxiu. És aquesta unitat la que controlarà qualsevol incidència.
- Avaluar les tasques i els processos propis del servei de documentació i admissions. Les unitats de digitalització verifiquen les deficiències dels documents i són les que detecten i permeten la correcció dels documents.
- Estableix els circuits d'informació i dels documents.

- Vetllar pel compliment de la protecció de dades (molts centres en tenen comissions específiques).
- Establir el Reglament d'ús de la documentació, tant en suport paper com informàtic. Això comporta la formació del nou personal incorporat als centres i la formació en les noves aplicacions informàtiques que requereixen formació continuada dels sistemes d'informació.
- Establir el procediment de sol·licitud externa d'informació clínica.
- Fixar la política de documentació (actius, passius, disponibilitat).
- Elaborar i implantar un procediment per a les no-conformitats.
- Fer el seguiment de la implantació i el suport de la història clínica informatitzada. La implantació requereix formació dels professionals sanitaris sobre les aplicacions informàtiques del sistema HIS.
- Fer la revisió i actualització anual de protocols, procediments i reglaments de l'arxiu.
- Portar a terme l'avaluació i la promoció de la qualitat de la història clínica.
- Fer el reglament que estableix l'ordre de la documentació a les carpetes de la història clínica amb avaluacions periòdiques.
- Avaluar la qualitat de la informació clínica a les històries (registre de dades identificatives, al·lèrgies, antecedents, curs clínic, informe, etc.).
- Avaluar la qualitat dels informes d'alta, tant d'urgències com d'hospitalització i dels informes realitzats a Consultes Externes.
- Avaluar i fer el seguiment de la qualitat de la codificació del CMBD.
- Fer el monitoratge amb el programari de Iametrics.
- Portar a terme l'avaluació periòdica de la qualitat de l'activitat del fitxer.
- Avaluar anualment la satisfacció dels usuaris de l'arxiu.
- Elaborar la memòria anual de l'activitat de la comissió amb els objectius aconseguits i la proposta d'objectius per a l'any vinent.

### 13.5.2 Normativa que regula la Comissió de Documentació

A nivell autonòmic, per donar compliment a la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica; a la Llei de l'Estat 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica; a la Llei 16/2010, de 3 de juny, de modificació de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, i Llei 16/2010 es crea la **Comissió Tècnica en Matèria de Documentació Mèdica**.

Es tracta d'una comissió participada per representants del Departament de Salut, Autoritat Catalana de Protecció de Dades, les corporacions de dret públic de les professions sanitàries competents, les organitzacions que agrupen els centres i les institucions sanitàries de Catalunya i les societats científiques.

Aquesta comissió vetlla perquè els criteris sobre els drets d'informació concernents a la salut i a l'autonomia del pacient i la documentació clínica siguin homogenis en el sistema de salut a Catalunya.

Els seus objectius són:

- Establir criteris homogenis sobre:
  - Custòdia.
  - Conservació.
  - L'esporgada i la destrucció de la documentació clínica.
- Determinar criteris sobre l'accés a les dades personals en matèria de salut i l'intercanvi d'aquestes dades, de conformitat amb el que estableix la normativa sobre protecció de dades de caràcter personal.
- Fixar criteris sobre els procediments i els mètodes de translació de la informació de les històries clíniques dels suports originals a un altre suport, tant si és digital com si és d'una altra naturalesa i també llur interoperabilitat.
- La CTMDC ha d'editar un protocol de referència per als centres i els professionals.

La Comissió Tècnica en Matèria de Documentació Clínica es regula per l'Ordre SLT/108/2013, de 21 de maig, que diu que està adscrita a l'Agència d'Informació i Avaluació i Qualitat en Salut, actual AQuAS, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària, i indica les seves funcions, composició i funcionament. Vegeu el següent enllaç: [bit.ly/3IiBRiY](http://bit.ly/3IiBRiY).