

GUÍA DE GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN
Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA



Edita: @ Instituto Nacional de la Salud
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Servicio de Documentación y Publicaciones
Alcalá, 56
28014-Madrid

Depósito legal:
ISBN:
NIPO:
Número de publicación INSALUD:

Diseño de cubierta:
Imprime:

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Dirección General del INSALUD
Subdirección General de Atención Especializada

GUÍA DE GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN
Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

Madrid, 2000

Coordinación General de Atención Especializada

Leticia Moral Iglesias
Subdirectora General

Grupo de Trabajo

Carolina Conejo Gómez
Subdirectora Médico. Hospital Marítimo de Torremolinos. Málaga

José Antonio Falágan Mota
Jefe del Servicio de Documentación Clínica. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Rosario Ferrer Ivars
Jefa de la Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Hospital "Lluís Alcanyis". Xàtiva (Valencia)

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

Carmen Martínez de Pancorbo González
Jefa del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Universitario de Guadalajara.

Arturo J. Ramos Martín-Vegue
*Secretario de la Sociedad Española de Documentación Médica
Jefe del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital de "La Fuenfría". Cercedilla (Madrid)*

Pilar Rodríguez Manzano
Jefa del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital de Móstoles. Madrid

María Rovira Barberá
Jefa del Servicio de Documentación Médica. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona

Javier Yetano Laguna
Jefe del Servicio de Documentación Clínica. Hospital de Galdakao. Vizcaya

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
GESTIÓN DE PACIENTES	10
1.1. HOSPITALIZACIÓN.....	10
1.2. ACTIVIDAD QUIRÚRGICA.....	14
1.3. ATENCIÓN AMBULATORIA	17
1.4. URGENCIAS	21
1.5. DERIVACIONES INTERCENTROS.....	23
GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	26
1.6. GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	26
1.7. ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	31
1.8. CODIFICACIÓN	36
INFORMACIÓN ASISTENCIAL	41
BIBLIOGRAFÍA	46

Entre las distintas acepciones de la palabra "guía", la que recoge María Moliner en su Diccionario de Uso del Español "llevar por cierto sitio una cosa que crece" es, sin duda, la más apropiada y la que más tiene que ver con esta Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica que se presenta en estas breves líneas.

Cuando la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM) recibió el encargo del INSALUD de elaborar esta Guía, asumió la idea de coordinar un trabajo de estas características con entusiasmo y lo hizo con el objetivo de reconducir en una misma dirección los distintos caminos y esfuerzos que dentro del ámbito profesional se habían ido desarrollando hasta aquel momento, producto tanto de aportaciones individuales o colectivas desarrolladas a lo largo de los distintos Congresos y Reuniones Científicas, como de todas aquellas opiniones, trabajos o experiencias expuestas en las distintas publicaciones o discutidas en los diversos foros en los que como profesionales habíamos ido participando desde el nacimiento de la SEDOM. Pero el reto que nos planteábamos era hacerlo de forma que la heterogeneidad no supusiera un obstáculo sino, antes al contrario, la fórmula con la que hacer posible, la unificación y el consenso para la correcta realización de las diversas actividades de responsabilidad que se desarrollan en los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.

Los documentalistas médicos solemos quejarnos del acusado grado de autodidactismo que compromete cada una de nuestras actuaciones. Al carecer de una línea de actuación reglada, estas actuaciones se han visto con frecuencia excesivamente supeditadas a las necesidades puntuales de los equipos de dirección del centro en los que desarrollamos nuestra actividad profesional, y por otra parte es característico de nuestra disciplina, la diversidad formativa que se adquiere a través de caminos tan diferentes como los títulos propios de Documentación Médica en distintas universidades españolas, las publicaciones profesionales en distintas revistas científicas o en la propia de la SEDOM, la consulta del Repertorio Documentación Médica Española o los diversos textos dedicados tanto al ámbito de la gestión de pacientes como a la investigación evaluativa en documentación. Todos estos aspectos dificultan una actuación coordinada.

Es por ello que creemos que esta guía contribuirá decisivamente a normalizar funciones y a promover nuevas líneas de actuación en el campo profesional de la admisión y la documentación clínica. La información generada por la cuantificación de los problemas atendidos proporcionará sin duda las bases para la formación y la distribución de los recursos humanos de forma óptima.

Sin soslayar lo traumático que siempre resulta establecer determinados cambios en los hábitos cotidianos, creemos que la guía llega en un buen momento. Su publicación por parte del INSALUD es un gran acierto dado su valor como instrumento de partida puesto que su aplicación contribuirá como acabamos de comentar a la unificación y normalización de los contenidos de actuación profesional, pero además llega en un excelente momento profesional ligado a la aprobación por parte de la Mesa Sectorial de una propuesta de Real Decreto para la creación de la Categoría Profesional de Médico de Admisión y Documentación Clínica.

Qué duda cabe que la existencia de una guía de actuación como la que se presenta no mejora *per se* la exactitud, validez y fiabilidad de las tareas que en el ámbito profesional venimos desarrollando en los distintos hospitales, pero se estará de acuerdo en que aumentará las posibilidades de que los médicos que nos dedicamos a este quehacer profesional utilicemos procedimientos similares, si no idénticos, cuando nos enfrentemos a los mismos problemas.

En una época en la que los usos y costumbres sociales, debido a las nuevas tecnologías, pueden impulsar una evolución de consecuencias imprevisibles, el recuerdo de lo que es una buena metodología y cómo debe transmitirse la misma, es un ejemplo a seguir por cualquier profesional que pretenda ser riguroso en su trabajo. El texto que aquí se presenta es una buena muestra de las respuestas que un conjunto de profesionales con amplia experiencia en las áreas de admisión y documentación clínica, bajo la coordinación de la SEDOM y con el apoyo del INSALUD, plantean sobre todos y cada uno de los cometidos a desarrollar en el ámbito hospitalario de nuestra disciplina y supone, en cierto sentido, un conjunto de procedimientos de utilidad para poder abordar los diferentes problemas, que en su heterogeneidad requieren de diferentes métodos o técnicas específicas.

En nombre de la SEDOM quiero expresar mi reconocimiento a todos aquellos que de una u otra manera han colaborado para que llegase a buen fin una publicación como ésta en lo que supone de importante punto de partida en la profundización y desarrollo de nuestra disciplina.

Miguel Moreno Vernis

Presidente de la Sociedad Española de Documentación Médica

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las propuestas para la reorganización de la asistencia en torno al paciente y los cambios experimentados en el abordaje de los episodios asistenciales, han contribuido al desarrollo progresivo del concepto de hospital, desde un criterio de institución cerrada e inaccesible hacia un modelo más abierto y dinámico, en contacto con otros niveles e instituciones sanitarias, y con un sistema de atención integral, más ágil y personalizado.

Esta creciente complejidad de las organizaciones hospitalarias, ha originado la necesidad de articular estructuras que faciliten la ordenación y coordinación de las actividades que se producen alrededor de la asistencia médica, con la finalidad de mantener en todo momento un principio básico de eficiencia en la utilización de los recursos y la cohesión del conjunto de la organización frente al paciente y su proceso asistencial.

Los Servicios de Admisión y Documentación Clínica constituyen esta estructura de apoyo en los hospitales.

A falta de una normativa específica que regulase su puesta en funcionamiento en los centros dependientes del INSALUD, los Servicios de Admisión y Documentación Clínica han ido surgiendo y evolucionando, en función de las necesidades demandadas por los equipos de dirección, las inquietudes profesionales de sus responsables, la idiosincrasia particular de cada hospital y, en gran medida por las nuevas exigencias de gestión introducidas a lo largo de los últimos años. Este hecho ha conducido a distintos grados de implantación existiendo en la actualidad diversos modelos de organización de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.

La presente guía define un modelo organizativo y de funcionamiento para los Servicios de Admisión y Documentación Clínica de los hospitales del INSALUD, otorgándoles un marcado carácter para la gestión, organización y evaluación de los procesos asistenciales así como de la información que éstos generan.

El documento elaborado desglosa, de forma concisa, la multiplicidad de funciones que se desarrollan en un Servicio de Admisión y Documentación Clínica, sin adentrarse en la descripción de los procedimientos necesarios para llevar a cabo cada uno de los procesos enumerados. La descripción de las funciones se organizan en tres secciones principales: *gestión de pacientes*, *gestión de la documentación clínica* y *sistema de información asistencial*.

La primera sección desarrolla las funciones del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, centradas en el concepto de *gestión de pacientes*, como área responsable de gestionar el flujo de pacientes por los distintos servicios que el hospital ofrece.

La segunda sección presenta las atribuciones propias del área de *documentación clínica* como responsable de la organización y gestión de toda la información clínica generada a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales del paciente.

La última sección se dedica al *sistema de información asistencial*, enfocado principalmente al desarrollo integral y dinámico de sistemas y dispositivos adaptados a las necesidades de los diferentes usuarios y a la elaboración y el análisis de la información sobre la producción asistencial y de cuantos elementos influyen en ella, como apoyo en la toma de decisiones.

Para el desempeño de las actividades asignadas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica se configura como un servicio multidisciplinar en el que tienen cabida profesionales sanitarios y no sanitarios de distintas categorías y estamentos: médicos, profesionales de enfermería, profesionales de cuerpo técnico y de gestión, administrativos, personal subalterno, etc. El personal de los distintos grupos profesionales debe estar integrado en el mismo equipo de trabajo, con una única dependencia funcional en el responsable del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

Como servicio médico integrado en el organigrama del hospital, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica estará dirigido por un médico con formación en esta disciplina.

Para la organización del servicio resulta imprescindible disponer de una serie de instrumentos y requisitos básicos de infraestructura y organización: formación continuada de la plantilla, definición y creación de ficheros y registros de acuerdo a la información que se desea manejar, establecimiento de los circuitos internos de comunicación y control de los procesos y por último, el desarrollo de un *software* básico de apoyo a la actividad interna del servicio, abierto y modificable en el tiempo para su adaptación a las necesidades de cada momento.

Al igual que el resto de servicios del hospital, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, puede y debe ser evaluado en función de los productos que obtiene y más en concreto en función de su capacidad y rendimiento. La identificación de productos permitirá normalizar las actividades que se llevan a cabo diariamente en un Servicio de Admisión y Documentación Clínica con el fin de permitir una mejor organización de los mismos y la comparación entre servicios de distintos hospitales. Por otro lado, la evaluación continua a través de indicadores de actividad y de calidad, que involucran también a los servicios clínicos, favorece un clima de gestión compartida entre el Servicio de Admisión y Documentación Clínica y las unidades asistenciales.

Algunos centros hospitalarios cuentan ya con un Servicio de Admisión y Documentación Clínica como el que se postula en esta guía, pero otros hospitales han optado por separar, en diferentes unidades o servicios, las tareas propias de la gestión de pacientes y las específicas de la documentación clínica.

Con el respeto que merece la autonomía de organización hospitalaria y sin perjuicio de las relaciones funcionales que la realidad cotidiana aconseje en cada momento, la asunción de las responsabilidades que se presentan en esta guía por parte de un único servicio, se constituye en un instrumento muy valioso en el seno de la organización hospitalaria actual para resolver determinados problemas relacionados con la prestación de servicios, así como los relacionados con la custodia, confidencialidad y utilidad de la información que genera la presencia del paciente en las instituciones propias de la asistencia especializada.

1. GESTIÓN DE PACIENTES

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica integra los contactos y movimientos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en su área de atención especializada. Sus funciones se orientan hacia la coordinación de acciones y recursos alrededor de la asistencia al paciente, con una función moduladora y facilitadora de las tareas asistenciales de los servicios clínicos.

En cada una de las áreas básicas de atención (hospitalización, urgencias y atención ambulatoria), desarrolla funciones y tareas dirigidas a:

- La gestión operativa de los procesos administrativos de acceso y circulación asistencial de los pacientes, con el fin de facilitar y garantizar una accesibilidad sencilla y ágil sobre criterios de equidad y eficacia.
- La organización y evaluación del proceso asistencial (coordinación de tareas y actividades provenientes de las diversas unidades del hospital y de otros niveles asistenciales), con el fin de mantener la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente y favorecer una utilización adecuada y eficiente de los recursos.
- La obtención de datos que permitan disponer al hospital de información sobre la demanda existente y la actividad asistencial realizada.

1.1. HOSPITALIZACIÓN

Definición

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica regula los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización, así como la actividad de las unidades asistenciales, adecuándola a la demanda existente y a los objetivos y perfil asistencial del centro.

Objetivos

- Lograr una adecuada programación y priorización de la asistencia, de acuerdo a los criterios establecidos por el hospital.
- Favorecer la ubicación de los pacientes hospitalizados en las unidades más adecuadas a su situación clínica, garantizando una distribución razonable de la utilización del recurso cama y un reparto equilibrado de cargas asistenciales entre servicios y unidades de enfermería.
- Evitar estancias innecesarias por cuestiones organizativas, proporcionando el soporte operativo preciso a los servicios asistenciales y coordinando las acciones provenientes de las diversas unidades del hospital.

- Participar activamente junto con los servicios clínicos en la protocolización y evaluación del funcionamiento asistencial del área de hospitalización.
- Favorecer el correcto registro de los datos necesarios para la gestión operativa del área de hospitalización, así como la obtención de los indicadores de funcionamiento y producción definidos para el área.

Funciones

- **Solicitud y programación de ingresos**
 - Establece los mecanismos necesarios para conocer en tiempo real la demanda de ingresos y los datos administrativos y de interés clínico que permitan la correcta clasificación de la solicitud.
 - Gestiona los ingresos de los pacientes en función de criterios y prioridades establecidas por el centro, así como de los diferentes protocolos de utilización asistencial definidos para cada servicio.
 - Establece la oferta adecuada de camas, de acuerdo a la demanda asistencial prevista y a la ya comprometida (presión de urgencias, de consultas externas y programación de pacientes en lista de espera).
- **Gestión de camas**
 - Asigna unidad de enfermería y cama a las solicitudes de ingreso, teniendo en cuenta la situación clínica y el nivel de cuidados requerido, las recomendaciones del médico solicitante del ingreso y la priorización en el uso de las camas disponibles.
 - Establece los procedimientos de verificación necesarios para garantizar la actualización permanente de la situación de las camas de hospitalización.
 - Autoriza y gestiona los cambios de ubicación de los pacientes dentro del área de hospitalización en función de criterios y prioridades establecidas.
 - Establece los circuitos necesarios para conocer en tiempo real las altas hospitalarias. Para una gestión eficiente de las camas del centro, impulsará la comunicación de la previsión de altas.
 - Realiza estudios de utilización del recurso cama, orientados a evaluar la adecuación de la ocupación del área de hospitalización.
- **Registro del episodio de hospitalización**
 - Actualiza los datos variables del fichero índice de pacientes.
 - Registra el episodio de hospitalización, asignando un número de episodio secuencial, único y constante.
 - Clasifica el episodio asistencial según el tipo de financiación del mismo.
 - Elabora la documentación administrativa precisa para el ingreso del paciente.
 - Captura y registra los datos del alta del paciente con el fin de cerrar el episodio asistencial.

▪ **Coordinación organizativa del proceso asistencial**

- Proporciona el soporte operativo preciso a las unidades asistenciales, coordinando las acciones con otras áreas del hospital (gestión de interconsultas, programación de pruebas en servicios centrales, reserva de quirófano programado, etc.).
- Coordina y evalúa los aspectos organizativos de las guías y protocolos existentes para la atención médica de determinados grupos de pacientes.
- Identifica y prioriza problemas en relación con la coordinación organizativa de los procesos asistenciales en el área de hospitalización, impulsando estrategias de mejora en cooperación con los servicios implicados en el proceso.
- Informa a los pacientes y familiares sobre el funcionamiento de los servicios, constituyéndose, con carácter general, en referencia de estos para cualquier aspecto administrativo relacionado con su proceso asistencial.

Requisitos

Para atender los objetivos y funciones descritas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica requiere:

- Disponer de catálogos permanentemente actualizados de elementos básicos para la gestión de pacientes en el área de hospitalización:
 - ✓ Cartera de servicios y de prestaciones del centro
 - ✓ Catálogo de camas asignadas por servicio clínico y unidad de enfermería
 - ✓ Relación de servicios y médicos autorizados para la indicación de un ingreso
 - ✓ Fichero índice de pacientes
- Disponer de una normativa institucional de gestión de pacientes en el área de hospitalización, conocida por todo el personal implicado, que incluya criterios organizativos y de priorización de la asistencia, así como procedimientos de actuación en relación con:
 - ✓ Solicitud de ingreso: programado / urgente / desde consultas externas
 - ✓ Solicitud de traslado intrahospitalario: servicio / unidad de enfermería / cama
 - ✓ Solicitud de aislamiento de un paciente ingresado
 - ✓ Comunicación de alta de hospitalización

Para cada uno de los procedimientos de actuación se especificará, al menos, personal autorizado para la solicitud, personal responsable de su ejecución, soporte documental y datos mínimos de registro y circuito de comunicación con el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

- Elaborar el manual de procedimiento interno del Servicio de Admisión y Documentación Clínica para el área de hospitalización que incluya la descripción de las tareas específicas a realizar para hacer efectivos los procedimientos de actuación definidos en la normativa de gestión de pacientes del centro.
- Diseñar el sistema de información específico para la gestión del área de hospitalización, que permita conocer y verificar, como mínimo:
 - Situación de las camas de hospitalización por unidades de enfermería y servicio clínico asignado (censo de camas):
 - ✓ Camas instaladas en funcionamiento
 - ✓ Camas ocupadas (funcionantes y camas sobre aforo, cuando excepcionalmente esto ocurra)
 - ✓ Camas libres disponibles
 - ✓ Camas libres no disponibles (reservas, aislamientos, etc.)

- Pacientes ingresados en el área de hospitalización (censo de pacientes):
 - ✓ Pacientes por unidad de enfermería y servicio clínico
 - ✓ Pacientes en camas no asignadas al servicio responsable de su atención (ectópico)
 - ✓ Pacientes en camas sobre aforo (cuando excepcionalmente esto ocurra)
- Registro de los movimientos de pacientes (ingresos, altas y traslados)
- Registro de la actividad programada (ingresos y altas previstos)

Productos

- **Solicitud de ingreso:** se contabilizan todas las solicitudes de ingreso recibidas y registradas, con independencia del tipo de ingreso posterior (urgente o programado) y aunque, por cualquier incidencia, la consecuencia final no sea el ingreso efectivo del paciente.
- **Ingreso urgente:** se contabilizan como ingreso urgente, todos aquellos en que el ingreso del paciente se produzca tras la solicitud, sin abandono por parte del paciente del hospital desde el momento de la solicitud hasta su ingreso efectivo.
- **Ingreso programado:** se contabilizan como ingreso programado, todos aquellos en que el ingreso del paciente no se produzca inmediatamente tras la solicitud, con abandono del hospital por parte del paciente desde el momento de la solicitud hasta su ingreso efectivo. No se computarán, por tanto, las programaciones realizadas sin ingreso final del paciente.
- **Gestión de camas:** se contabilizan como gestión de camas, todos los movimientos registrados para cada paciente, desde su ingreso (primer apunte), posteriores movimientos (traslados internos de servicio, unidad de enfermería o cama) hasta el alta de hospitalización (último apunte). El ingreso en el área de hospitalización de un paciente proveniente de cirugía ambulatoria se contabilizará como un producto de gestión de camas.

Indicadores

Indicadores de actividad

- Promedio diario de camas gestionadas

$$\Sigma (\text{ingresos} + \text{traslados intrahospitalarios} + \text{altas}) / \text{días del período}$$

Indicadores de calidad

- Porcentaje de cumplimentación de los datos del registro de hospitalización

$$(\text{n}^\circ \text{ de datos cumplimentados} / (\text{datos del registro} \times \text{n}^\circ \text{ de registros analizados})) \times 100$$
- Tiempo medio para la asignación de cama

$$\Sigma (\text{hora de asignación de cama} - \text{hora de recepción de la solicitud}) / \text{n}^\circ \text{ camas asignadas en el período}$$
- Grado de consistencia entre el censo de camas y la disponibilidad real de camas

$$(\text{n}^\circ \text{ de errores detectados} / \text{n}^\circ \text{ total de camas evaluadas}) \times 100$$
- Grado de consistencia entre la cama asignada en el censo de pacientes y la ubicación real de los pacientes ingresados

$$(\text{n}^\circ \text{ de errores en la asignación de cama} / \text{n}^\circ \text{ total de pacientes ingresados evaluados}) \times 100$$

1.2. ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

Definición

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es responsable de centralizar y mantener actualizado el registro de los pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente, así como de facilitar el soporte organizativo e informativo a los servicios, con el fin de agilizar el proceso asistencial del paciente y favorecer una utilización adecuada y eficiente de los recursos del área quirúrgica.

Objetivos

- Constituir, con carácter general, la referencia de los pacientes para todos los aspectos relacionados con su situación en lista de espera quirúrgica (LEQ).
- Garantizar el correcto cumplimiento de las normas para el registro centralizado y el adecuado seguimiento de la situación de los pacientes en LEQ.
- Establecer un flujo de comunicación permanente con los servicios quirúrgicos que favorezca un clima de cooperación en la gestión de los pacientes y facilite, por tanto, las tareas asistenciales, administrativas y de información que la actividad diaria precisa.
- Favorecer la estabilidad de la actividad quirúrgica programada, garantizando el correcto cumplimiento de los procesos básicos de preparación y programación del paciente quirúrgico.
- Obtener los datos para la elaboración de información sobre la demanda existente, la gestión de la lista de espera y del bloque quirúrgico y la actividad asistencial desarrollada, necesaria para la planificación, gestión y toma de decisiones.

Funciones

Con carácter general, para el cumplimiento de los objetivos establecidos, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica deberá adecuarse a los criterios de actuación que se establecen en la guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica editada por el INSALUD.

- **Inclusión de pacientes en lista de espera quirúrgica**
 - Autoriza la solicitud de demanda sanitaria, tras comprobar la adecuación de la misma a la cartera de servicios del hospital, y en función de los criterios exigibles establecidos por la dirección del centro.
 - Registra de forma centralizada las solicitudes, debiendo incluir el registro, al menos, los siguientes datos:
 - ✓ Identificación y localización del paciente (datos básicos del fichero índice de pacientes)
 - ✓ Fecha de registro en lista de espera
 - ✓ Facultativo y servicio quirúrgico responsable
 - ✓ Diagnóstico clínico
 - ✓ Procedimiento quirúrgico propuesto

- ✓ Tipo de cirugía prevista
 - ✓ Prioridad clínica
 - ✓ Observaciones que puedan condicionar el estudio preoperatorio, el ingreso o la intervención
 - ✓ Conformidad del paciente
- Mantiene actualizados los datos administrativos del registro, así como la información clínica suministrada por los médicos especialistas, para garantizar una adecuada gestión de los pacientes en LEQ.
- **Preparación para cirugía de los pacientes en lista de espera**
 - Selecciona los pacientes para su preparación, con arreglo a criterios establecidos en el hospital.
 - Gestiona la realización de manera ambulatoria de todos los estudios previos necesarios, y específicamente el estudio preoperatorio y la valoración preanestésica, si lo precisasen, coordinando y ordenando las citas, con un estricto seguimiento del paciente hasta la obtención del visto bueno para la intervención quirúrgica.
 - Establece controles periódicos de todos los pacientes preparados para cirugía que no hayan sido intervenidos, con objeto de evitar la caducidad de sus estudios preoperatorios.
 - **Gestión operativa de la programación quirúrgica**

Colabora con los servicios quirúrgicos en la confección de la propuesta de actividad quirúrgica programada, desarrollando las siguientes tareas específicas:

 - Facilita a los servicios quirúrgicos la relación de pacientes ya preparados para su programación quirúrgica.
 - Registra y difunde a los servicios implicados el parte quirúrgico previsto y el de confirmación, con el tiempo de antelación establecido por el hospital.
 - Gestiona la reserva de cama o de cualquier otro recurso que se precisara.
 - Efectúa el aviso al paciente programado, verificando su conformidad, así como las condiciones necesarias que deberá observar previas al ingreso.
 - **Registro de salidas y movimientos en lista de espera y de la actividad quirúrgica**
 - Registra en tiempo real el movimiento del paciente en LEQ, con expresión del motivo que lo produce y mediante la acreditación documental establecida en cada caso.
 - Registra y codifica en tiempo real la actividad quirúrgica programada, aunque no provenga de la lista de espera, capturando las intervenciones realizadas y las previstas no realizadas.
 - Registra y codifica las intervenciones quirúrgicas urgentes.
 - **Coordinación y evaluación del proceso asistencial**
 - Coordina y evalúa los aspectos organizativos de las guías de actuación clínica y protocolos para la atención de determinados grupos de pacientes quirúrgicos.
 - Identifica y prioriza problemas en relación con la gestión de los procesos en el área quirúrgica, impulsando estrategias de mejora en cooperación con los servicios implicados en el proceso.

- Informa a los pacientes y familiares, constituyéndose, con carácter general, en referencia de estos para cualquier aspecto administrativo relacionado con su situación en lista de espera.

Requisitos

Para atender los objetivos y funciones descritas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica requiere:

- Disponer de los siguientes requisitos mínimos de información:
 - ✓ Cartera de procedimientos quirúrgicos del hospital
 - ✓ Catálogo de quirófanos y su asignación
- Disponer de un registro de pacientes en espera de intervención quirúrgica, en conexión con otros módulos o subsistemas de información (hospitalización, urgencias, consultas externas, programación y actividad quirúrgica).
- Elaborar el manual de procedimiento interno del Servicio de Admisión y Documentación Clínica para el área de lista de espera y actividad quirúrgica, que incluya la descripción de las tareas específicas a realizar para hacer efectivos los procedimientos de actuación definidos en la normativa de gestión de la LEQ.

Productos

- **Solicitud de demanda quirúrgica:** se contabilizan todas las solicitudes recibidas y registradas.
- **Programación quirúrgica:** se contabilizan todos los pacientes incluidos en el parte para cirugía programada, con independencia de que finalmente hayan sido intervenidos o no.
- **Registro de intervención realizada:** se contabiliza toda la actividad quirúrgica realizada, con independencia de que sea programada o urgente.

Indicadores

Indicadores de actividad

- Número de entradas en lista de espera por período
- Número de salidas de lista de espera por período
- Número de intervenciones quirúrgicas realizadas en el propio centro
 - ✓ Programadas de lista de espera (con hospitalización, ambulatoria)
 - ✓ Programadas no procedentes de lista de espera
 - ✓ Urgentes

Indicadores de calidad

- Grado de cumplimentación del registro de lista de espera

$(\text{n}^\circ \text{ de datos cumplimentados} / (\text{datos del registro} \times \text{n}^\circ \text{ de registros analizados})) \times 100$

- Nivel de codificación de diagnósticos y procedimientos en lista de espera
 $(\text{n}^\circ \text{ de registros codificados} / \text{n}^\circ \text{ total de registros analizados}) \times 100$
- Grado de cumplimentación del registro de intervenciones quirúrgicas
 $(\text{n}^\circ \text{ de datos cumplimentados} / (\text{datos del registro} \times \text{n}^\circ \text{ de registros analizados})) \times 100$
- Nivel de codificación de diagnósticos y procedimientos en el registro de actividad quirúrgica
 $(\text{n}^\circ \text{ de registros codificados} / \text{n}^\circ \text{ total de registros}) \times 100$
- Grado de mantenimiento de estudios preoperatorios válidos
 $(1 - (\text{n}^\circ \text{ de estudios caducados} / \text{n}^\circ \text{ de estudios preoperatorios gestionados en el período})) \times 100$
- Estancia media preoperatoria de los pacientes programados procedentes de lista de espera
 $\Sigma (\text{fecha de intervención} - \text{fecha de ingreso}) / \text{n}^\circ \text{ de intervenciones programadas en el período}$
- Grado de cumplimiento de la programación quirúrgica definitiva
 $(1 - (\text{n}^\circ \text{ intervenciones programadas suspendidas} / \text{n}^\circ \text{ total de intervenciones programadas})) \times 100$
- Porcentaje de actividad no programada realizada en quirófano programado
 $(\text{n}^\circ \text{ intervenciones no programadas realizadas} / \text{n}^\circ \text{ total de intervenciones realizadas}) \times 100$

1.3. ATENCIÓN AMBULATORIA

Definición

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica regula y programa el acceso a la atención sanitaria ambulatoria en el hospital y centros de especialidades dependientes de él. Incluye la gestión de pacientes en consultas externas, hospital de día y los procedimientos diagnóstico-terapéuticos que requieran programación previa.

Objetivos

- Garantizar el correcto cumplimiento de las normas para el registro centralizado de los pacientes, gestión de la cita y captura de la actividad ambulatoria.
- Coordinar y homogeneizar el acceso y circulación asistencial del paciente ambulatorio, manteniendo en todo momento la unidad de contacto con el paciente.
- Optimizar los tiempos de actividad en consultas externas, hospital de día, etc., ordenando su funcionamiento y apoyando la estabilidad de la actividad ambulatoria programada.
- Obtener los datos para la elaboración de información sobre la demanda existente, gestión de las agendas y actividad asistencial desarrollada necesaria para la planificación, gestión y toma de decisiones.
- Implicarse activamente junto con los servicios asistenciales en la definición e implantación de un modelo de atención ambulatoria global e integrado para los pacientes del área sanitaria, guiado por criterios de eficiencia y complementariedad de todos los recursos disponibles en el área.

Funciones

▪ **Programación y gestión de agendas**

- Proporciona el soporte operativo preciso a la dirección del hospital y servicios asistenciales para la planificación de la oferta de atención ambulatoria, facilitando información sobre la evolución de la demanda prevista, la demanda real y la producción esperable en función de la actividad realizada y el rendimiento de las agendas.
- Diseña la estructura de la agenda, siguiendo las pautas marcadas por la dirección y los servicios clínicos y fijando, para ello, los siguientes aspectos:
 - ✓ Calendario y rango horario de la agenda
 - ✓ Médico/s asignados a la agenda
 - ✓ Ubicación física del local
 - ✓ Tipos de prestación y tiempos asignados a cada prestación
 - ✓ Cartera de clientes con acceso a la agenda
- Mantiene actualizada de forma constante la estructura de las agendas, siendo responsable operativo de la reestructuración del calendario y de los horarios, modificación de prestaciones o bloqueos de agendas, autorizadas por la dirección del hospital.
- Mantiene actualizados en tiempo real los datos de las solicitudes de atención ambulatoria registradas en las agendas. Con carácter general, efectúa las modificaciones relativas a cambios de fecha (reprogramaciones) y anulaciones de citas, originadas por la propia institución o solicitadas por el paciente. Con el objeto de evaluar la gestión de las agendas, se registrarán, al menos, los siguientes datos:
 - ✓ Fecha de realización de la modificación
 - ✓ Fecha de la cita desprogramada
 - ✓ Fecha de reprogramación de la cita
 - ✓ Responsable de la solicitud de modificación (dirección, servicio, paciente)
 - ✓ Motivo de la solicitud

▪ **Gestión operativa de la solicitud de cita**

- Acepta la solicitud de demanda sanitaria sometida a citación previa, tras comprobar la adecuación de la misma a la cartera de servicios del hospital, según los criterios establecidos por la dirección y los documentos de derivación exigibles.
- Registra de forma centralizada las solicitudes de cita, debiendo incluir el registro, al menos, los siguientes datos:
 - ✓ Datos de identificación del paciente (datos básicos del fichero maestro de pacientes)
 - ✓ Peticionario de la visita (nivel de asistencia, servicio, médico, otros centros)
 - ✓ Especialidad solicitada
 - ✓ Tipo de prestación solicitada
 - ✓ Prioridad clínica
 - ✓ Tipo de financiación
 - ✓ Fecha de tramitación (registro) de la solicitud
- Asigna día y hora para la visita, atendiendo a criterios de "cita óptima" que implican la cita de los pacientes para el primer hueco libre de la agenda y la coordinación en la cita de consultas que requieran la previa realización de exploraciones complementarias.

- Facilita al paciente o centro sanitario solicitante una acreditación documental de la cita proporcionada, en la que constará como mínimo la identificación del paciente, la prestación solicitada, la fecha, hora y lugar de realización.
- **Difusión de la actividad programada**
 - Envía a los servicios la programación diaria (pacientes citados por agenda y tipo de prestación).
 - Informa a la dirección y responsables de los servicios sobre el número de pacientes pendientes de atención ambulatoria, así como de las demoras existentes por agenda y prestación.
- **Registro de la actividad**
 - Captura y registra la información procedente de cada unidad asistencial sobre la actividad efectivamente realizada y el destino de los pacientes atendidos. Para ello:
 - ✓ Valida las prestaciones programadas efectivamente realizadas
 - ✓ Consigna las prestaciones programadas no realizadas
 - ✓ Captura las prestaciones realizadas sin cita previa
- **Coordinación organizativa del proceso asistencial**
 - Desarrolla y mejora los procedimientos de citación entre niveles asistenciales del área y otros centros de referencia.
 - Informa a los pacientes y familiares sobre el funcionamiento de los servicios, trámites y circuitos de acceso constituyéndose, con carácter general, en referencia de los pacientes para cualquier aspecto administrativo relacionado con la atención ambulatoria.
 - Proporciona el soporte operativo preciso a las unidades asistenciales, coordinando las acciones con otras áreas del hospital.
 - Identifica y prioriza los problemas en relación con la accesibilidad de los pacientes a la atención ambulatoria, impulsando estrategias de mejora en cooperación con los servicios implicados en el proceso.

Requisitos

Para atender los objetivos y funciones establecidas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica requiere:

- Disponer para el mantenimiento y actualización de la estructura de las agendas definidas de:
 - ✓ Registro actualizado de la plantilla médica (catálogo de médicos)
 - ✓ Catálogo de locales de consulta
 - ✓ Estructura y calendario de actividad de los servicios/facultativos
 - ✓ Cartera de prestaciones por especialidades
 - ✓ Cartera de clientes o peticionarios para cada uno de las prestaciones ofertadas por el hospital
- Disponer de un sistema de citación y registro de prestaciones informatizado, con un sistema centralizado para la creación y modificación de agendas.
- Elaborar unas normas para el acceso a la atención ambulatoria en el hospital y centros de especialidades, aprobadas por la dirección y difundidas y conocidas por todos los profesionales del área que contemple, al menos, para cada tipo de prestación:

- ✓ Requisitos necesarios para la acreditación de la solicitud
 - ✓ Datos mínimos, administrativos y clínicos, de carácter obligatorio para la solicitud y tramitación de una cita
- Disponer de una planificación estable de la actividad ambulatoria del centro que permita la gestión operativa de las agendas durante al menos un año y permita garantizar, de esta manera, la asignación de una cita a todos los pacientes en el momento que se produce la solicitud.
 - Disponer de una normativa interna, difundida y conocida por todos los profesionales implicados, que regule los plazos y procedimientos para la comunicación de vacaciones, guardias, asistencia a reuniones científicas o a actividades docentes, con el objeto de minimizar el impacto de desprogramaciones o cancelaciones de las agendas.
 - Elaborar el manual de procedimiento interno del Servicio de Admisión y Documentación Clínica para el área de atención ambulatoria que incluya la descripción de las tareas específicas a realizar para hacer efectivos los procedimientos de actuación definidos en la normativa de gestión de pacientes.

Productos

- **Solicitud de cita:** se contabilizan las solicitudes de asistencia ambulatoria (consultas externas, hospital de día y exploraciones diagnósticas y terapéuticas) registradas en el fichero de actividad ambulatoria programada.
- **Desprogramación de la cita:** se contabilizan las modificaciones relativas a cambio de fecha asignada ó anulación de la cita, originada por la propia institución o solicitada por el paciente.

Indicadores

Indicadores de actividad

- N° de solicitudes de asistencia recibidas en el hospital o centro de especialidades
 - ✓ Desde atención primaria
 - ✓ Desde atención especializada
- N° de citas totales asignadas
- N° de reprogramaciones realizadas
- N° de anulaciones de cita realizadas
- N° de visitas programadas realizadas
- N° de visitas programadas no realizadas
- N° de visitas realizadas sin cita previa

Indicadores de calidad

- Porcentaje de cumplimiento de la programación
 $(n^{\circ} \text{ de prestaciones programadas realizadas} / n^{\circ} \text{ total de prestaciones programadas}) \times 100$
- Porcentaje de actividad no programada
 $(n^{\circ} \text{ de prestaciones no programadas realizadas} / n^{\circ} \text{ total de prestaciones realizadas}) \times 100$
- Tiempo medio de resolución de la solicitud de asistencia ambulatoria
 $\Sigma (\text{fecha de comunicación al solicitante de la fecha de cita} - \text{fecha de recepción de la solicitud}) / n^{\circ} \text{ de solicitudes}$

1.4. URGENCIAS

Definición

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica da apoyo organizativo a la demanda de atención en la unidad de urgencias del hospital, proporcionando el soporte organizativo e informativo preciso para garantizar una adecuada asistencia de los pacientes.

Objetivos

- Conocer en todo momento, en tiempo real, los pacientes que se encuentran en el área de atención de urgencias.
- Asegurar el adecuado seguimiento de la ubicación de los pacientes en el área de urgencias y del mantenimiento actualizado de la información de situación que le suministre el personal sanitario del área.
- Evitar esperas innecesarias por cuestiones organizativas, coordinando las acciones provenientes de las distintas unidades del hospital.
- Favorecer el correcto registro de los datos necesarios para la gestión operativa de la atención en urgencias, así como la obtención de los indicadores de funcionamiento y producción definidos para el área.

Funciones

- **Registro del episodio de urgencias**
 - Registra los datos de identificación del paciente, actualizando los datos variables del fichero índice de pacientes. Esta tarea se llevará a cabo, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, previamente a la asistencia, mediante entrevista personal y soporte documental acreditativo.
 - Identifica cada asistencia a través de un número de episodio secuencial, único y constante.
 - Registra los datos de entrada básicos que identifican el episodio de urgencias:
 - ✓ Fecha y hora de solicitud de la asistencia
 - ✓ Procedencia
 - ✓ Motivo de la asistencia
 - Clasifica el episodio asistencial según el tipo de financiación del mismo.
 - Elabora la documentación administrativa precisa para el ingreso del paciente.

- Elabora y emite los documentos que se generan en relación con la asistencia en el área de urgencias.
 - Captura y registra los datos del alta del paciente con el fin de cerrar el episodio asistencial:
 - ✓ Fecha y hora del alta en urgencias
 - ✓ Diagnóstico al alta
 - ✓ Destino al alta
- **Coordinación organizativa del proceso asistencial**
- Establece los procedimientos de verificación necesarios para garantizar la actualización permanente de la situación de los pacientes y conocer en tiempo real las altas en el área de urgencias.
 - Proporciona el soporte operativo preciso a los servicios que actúan en el área de urgencias para la elaboración de la documentación clínica y la gestión de procedimientos diagnósticos.
 - Tramita la solicitud de la historia clínica, cuando sea requerida para la atención del paciente.
 - Identifica y prioriza problemas en relación con la gestión de los procesos en el área de urgencias, impulsando estrategias de mejora en cooperación con los servicios implicados.
 - Actúa, con carácter general, como punto de referencia de pacientes y familiares para aquellos aspectos administrativos relacionados con su proceso asistencial en el área de urgencias.

Requisitos

Para atender los objetivos y funciones establecidas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica requiere:

- Disponer de catálogos y procedimientos de actuación de los elementos básicos para la gestión de pacientes en el área de urgencias:
 - ✓ Fichero índice de pacientes
 - ✓ Procedimiento de actuación según el tipo de financiación de la asistencia
- Elaborar el manual de procedimiento interno del Servicio de Admisión y Documentación Clínica para el área de urgencias que incluya la descripción de las tareas específicas a realizar para hacer efectivos los procedimientos de actuación definidos en la normativa de gestión de pacientes del centro.
- Diseñar el sistema de información específico para la gestión del área de urgencias, que permita conocer y verificar, como mínimo, el censo y los movimientos de los pacientes en el área y elaborar la documentación clínico-administrativa necesaria para la atención.

Productos

- **Urgencia registrada:** se contabilizan todas las solicitudes de atención en urgencias, con independencia de su procedencia, motivo y naturaleza de la asistencia, de la duración de la misma y del destino del paciente al ser dado de alta.

Indicadores

Indicadores de actividad

- Promedio diario de urgencias atendidas
 $\text{n}^\circ \text{ de urgencias atendidas} / \text{n}^\circ \text{ de días del período analizado}$
- Indicadores de actividad del área de urgencias, desagregados por la procedencia de los pacientes, motivo de la asistencia, distribución horaria de las urgencias, etc.
- Porcentaje de urgencias ingresadas
 $(\text{n}^\circ \text{ de urgencias ingresadas} / \text{n}^\circ \text{ total de urgencias en el período}) \times 100$
- Presión de urgencias
 $(\text{n}^\circ \text{ de ingresos urgentes} / \text{n}^\circ \text{ total de ingresos en el período}) \times 100$

Indicadores de calidad

- Porcentaje de cumplimentación de los datos del registro de urgencias
 $(\text{n}^\circ \text{ de datos cumplimentados} / (\text{datos del registro} \times \text{n}^\circ \text{ de registros analizados})) \times 100$
- Porcentaje de errores en el censo de urgencias
 $(\text{n}^\circ \text{ de pacientes censados que permanecen en urgencias} / \text{n}^\circ \text{ de pacientes censados}) \times 100$
- Tiempo medio para la atención en urgencias
 $\Sigma (\text{hora de atención en urgencias} - \text{hora de recepción en admisión}) / \text{n}^\circ \text{ de pacientes atendidos en el período}$

1.5. DERIVACIONES INTERCENTROS

Definición

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica coordina las solicitudes de asistencia urgente y programada entre centros y valora la adecuación de las mismas a las normas de derivación y a los procedimientos vigentes en cada momento, facilitando el soporte organizativo e informativo necesario que permita mantener la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente.

Objetivos

- Garantizar el correcto cumplimiento de las normas y criterios de derivación de pacientes al propio centro o a centros de referencia y concertados establecidos por el hospital.
- Establecer un flujo de comunicación ágil y permanente con los centros que facilite la tarea asistencial, administrativa y de información que la actividad precisa.
- Favorecer el correcto registro de los datos necesarios para la gestión de las derivaciones, así como la obtención de los indicadores de funcionamiento y producción.

Funciones

- Recepciona y registra las solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro o desde este a otros centros.
- Gestiona las solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro o a otros centros en función de criterios y prioridades establecidas por el hospital.
- Establece los cauces de comunicación y coordinación con otros centros y niveles asistenciales para la gestión de aquellos casos que precisen una asistencia urgente en otro centro o una continuidad en su atención.
- En el proceso de derivación de pacientes quirúrgicos a otros centros, asume, con carácter general, las siguientes tareas:
 - Selecciona, en coordinación con los servicios quirúrgicos, los pacientes para derivación, de acuerdo a los procedimientos definidos.
 - Realiza el aviso y localización del paciente para la propuesta de derivación.
- Tramita las solicitudes de asistencia, así como la documentación clínica necesaria, garantizando la confidencialidad de la misma.
- Programa la asistencia, confirma y difunde la fecha y procedimiento de la asistencia prestada.
- Mantiene actualizado cada expediente abierto, registrando las incidencias que se produzcan.
- Mantiene en todo momento la unidad de contacto con el paciente.

Requisitos

Para atender los objetivos y funciones establecidas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica requiere:

- Disponer de catálogos y procedimientos de actuación permanentemente actualizados:
 - ✓ Cartera de servicios y catálogo de prestaciones del centro
 - ✓ Catálogo de centros y de prestaciones para las que el centro es referencia
 - ✓ Centros sanitarios de referencia y concertados y catálogo de prestaciones de los mismos
 - ✓ Normas internas de derivación y de aceptación de propuestas de derivación
 - ✓ Procedimiento de actuación para pruebas o técnicas no concertadas, pruebas con demoras, etc.

Para cada uno de los procedimientos de actuación se especificará, al menos, personal autorizado para la solicitud, personal responsable de su ejecución, soporte documental y datos mínimos de registro y circuito de comunicación con el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

- Disponer de un sistema de información para la gestión de las solicitudes de asistencia entre centros, registrando como mínimo los siguientes datos:
 - ✓ Datos de identificación del paciente
 - ✓ Identificación del solicitante: médico, unidad, servicio, hospital
 - ✓ Prueba, técnica o servicio solicitado
 - ✓ Fecha de solicitud
 - ✓ Fecha de tramitación
 - ✓ Identificación de la unidad, servicio u hospital al que se deriva
 - ✓ Fecha de recepción / envío de los resultados

Productos

- **Solicitud de asistencia hacia otros centros:** se contabilizan todas las solicitudes tramitadas desde el hospital para la asistencia de pacientes del área en centros de referencia o centros concertados.
- **Solicitud de asistencia desde otros centros:** se contabilizan todas las solicitudes recibidas desde otros centros y tramitadas por el hospital para la asistencia de los pacientes.
- **Solicitud de traslado a centro asistencial de referencia del paciente:** se contabilizan todas las solicitudes recibidas y tramitadas, para el traslado de los pacientes a su centro asistencial de referencia, computándose las solicitudes tramitadas desde el hospital como hacia el hospital.

Indicadores

Indicadores de actividad

- Promedio mensual de solicitudes de asistencia hacia otros centros
(nº de solicitudes tramitadas a otros centros / (nº de días / meses del período analizado))
- Distribución de pruebas solicitadas por solicitante, centro de realización, etc.
- Promedio mensual de solicitudes de asistencia desde otros centros
(nº de solicitudes recibidas desde otros centros / (nº de días / meses del período analizado))
- Distribución de pruebas realizadas para otros centros por tipo de prestación, centro solicitante, etc.
- Número de intervenciones quirúrgicas derivadas a otros centros

Indicadores de calidad

- Tiempo medio de tramitación de las solicitudes de asistencia
 Σ (fecha de comunicación al solicitante – fecha de recepción de la solicitud) / nº de solicitudes resueltas en el período
- Porcentaje de solicitudes no resueltas
(nº de solicitudes sin resolver / nº total de solicitudes recibidas) x 100

2. GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

La responsabilidad del Servicio de Admisión y Documentación Clínica en el área de documentación clínica es gestionar toda la información clínica generada por un paciente, independientemente del centro sanitario en el que sea atendido.

Desde esta perspectiva, las tareas fundamentales se dirigen a organizar toda la documentación en una historia clínica única del paciente, custodiar, conservar y administrar la documentación que va generándose a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales y, a través de procesos de análisis documental, recuperar selectivamente y difundir la información clínica demandada por los distintos usuarios.

2.1. GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Definición

La historia clínica se define como el conjunto de documentos resultantes de la asistencia a un enfermo concreto. Como documento o fuente de datos debe garantizar las necesidades de información de tipo:

- Asistencial: vehículo de comunicación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales, implicados en la asistencia del paciente
- Científico: fuente de datos fundamental para la investigación clínica y epidemiológica, y la docencia
- Evaluativo: núcleo del sistema de información clínico que permite la evaluación de la calidad asistencial, apoyo a la gestión clínica y la planificación de los recursos existentes
- Legal: el registro de toda la información generada en el proceso asistencial puede servir de apoyo en las actuaciones legales emprendidas por los profesionales, centros y el propio paciente en un momento determinado

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es el responsable de organizar toda la información clínica en una historia clínica única del paciente, facilitando su utilización por los distintos usuarios definidos por el centro.

Objetivos

- Garantizar la existencia de historia clínica única por paciente.
- Favorecer la integración de toda la información sobre el proceso asistencial.
- Impulsar el establecimiento de circuitos de circulación de la documentación clínica entre niveles asistenciales.

- Promover la incorporación de forma progresiva de los documentos resultantes de los procesos asistenciales.
- Facilitar el manejo y localización de información en la historia clínica impulsando la ordenación y normalización de los documentos que la componen.
- Participar en el establecimiento de una política hospitalaria consensuada sobre la gestión de la historia clínica, y promover acciones para la evaluación del grado de cumplimiento.
- Impulsar la introducción de nuevas tecnologías para el almacenamiento, transferencia y recuperación de la documentación clínica que mejoren la disponibilidad de la información y favorezcan la comunicación interprofesional.

Funciones

▪ **Identificación de la historia clínica**

- Establece un sistema de identificación permanente, exclusivo y único de las historias clínicas, que permita su relación unívoca y constante con el paciente y cuyo soporte constituye el fichero índice de pacientes.
- El fichero índice de pacientes es el conjunto de registros que contienen los datos básicos de identificación de todos los pacientes. Debe ser único, permanente, centralizado e independiente del tipo de asistencia, incluyendo como mínimo, los siguientes datos:
 - ✓ Identificador o número de historia
 - ✓ Apellidos y nombre
 - ✓ Sexo
 - ✓ Fecha de nacimiento
 - ✓ Números de identificación personal: D.N.I. ó Pasaporte, Tarjeta Sanitaria
 - ✓ Domicilio completo, incluido código postal
 - ✓ Teléfono
 - ✓ Entidad aseguradora y número de afiliación
- Registra las nuevas inclusiones en el fichero maestro de pacientes, siguiendo los criterios establecidos para evitar errores y duplicidades.
- Actualiza los datos del registro en cada contacto del paciente con el centro
- Realiza muestreos periódicos del fichero de pacientes para asegurar que dicho índice sólo contiene un registro por paciente y que a su vez se corresponde con una sola historia clínica. Este proceso de depuración abarcará, al menos, las nuevas inclusiones del período.

▪ **Diseño y mantenimiento actualizado del formato de la historia clínica**

- Propone el modelo más adecuado de carpeta o sobre de identificación física de la historia clínica en el hospital, en función del sistema de archivado elegido (archivo conjunto o separado de historia y radiología) y del contenido documental de la historia clínica.
- Identifica la carpeta o sobre, de forma que facilite la localización de la historia clínica y su correcto archivado. Con carácter general, incluirá: identificación del centro, nombre del paciente, número de historia clínica y códigos o claves útiles para el sistema de archivado existente en el centro.

- Coordina el diseño normalizado de los documentos de la historia clínica, teniendo en consideración los siguientes principios generales en el proceso:
 - Introducción de un nuevo formato si los datos que contiene no están ya recogidos en otro documento o si simplifica y mejora la obtención, almacenamiento y difusión de la información contenida en un documento ya existente
 - Contenido simplificado, evitando redundancias y dispersión de la información y formatos sencillos, que requieran el mínimo esfuerzo para su cumplimentación
 - Participación de todos los niveles de usuarios implicados (médicos, enfermería y personal administrativo) en el proceso de normalización de la documentación
 - Difusión y presentación de los nuevos documentos a los usuarios finales
 - Establece un sistema de revisión continua de los documentos de la historia clínica, para su adaptación permanente a las necesidades y circunstancias cambiantes con el paso del tiempo.
 - Organiza la estructura y ordenación de la historia clínica, adaptando el modelo de estructuración de la documentación al soporte utilizado (papel, registro informatizado) y a las necesidades expresadas por los usuarios, pudiendo realizarse:
 - por tipos de documentos que constituyen la historia clínica (ordenación cronológica de informes clínicos, hojas de evolución, órdenes de tratamiento, etc.)
 - por servicios responsables de la asistencia
 - por episodios asistenciales (hospitalización, consulta externa, urgencias...)
- **Control de calidad de la historia clínica**
- Participa activamente junto con los propios servicios clínicos en el proceso continuo de evaluación de la calidad de las historias clínicas, que deberá abarcar:
 - ✓ Evaluación sistemática de la calidad formal de los documentos empleados en la asistencia al paciente:
 - utilización de los documentos homologados
 - cumplimentación pertinente de los documentos (clara, concisa y legible)
 - identificación del paciente en todos los documentos
 - identificación del personal que interviene en su elaboración y fecha de registro
 - presencia de los documentos básicos de cada episodio: informe clínico de alta, protocolo quirúrgico, etc.
 - organización (estructura y ordenación) de la historia clínica
 - ✓ Estudios sobre muestras para la evaluación de la calidad de contenido de documentos clínicos concretos
 - ✓ Elaboración y difusión periódica a los servicios de informes sobre el proceso de evaluación que incluirán, entre otros aspectos:
 - objetivos del control de calidad realizado
 - actividad clínica evaluada
 - indicadores utilizados para la valoración de la calidad de la documentación clínica
 - resultados obtenidos: deficiencias observadas
 - propuestas de mejora de la calidad
- **Garantizar la accesibilidad de la historia**
- Participa en la elaboración de las normas de acceso y disponibilidad de la historia clínica teniendo en consideración la legislación vigente en cada momento. Esta normativa deberá ser

aprobada por la dirección del centro y difundida y conocida por todos los profesionales implicados.

- Recupera, elabora y difunde la información clínica solicitada por personas o entidades ajenos al centro, de acuerdo a la normativa establecida por el centro.

Para ello, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica:

- Define el procedimiento para la solicitud de información clínica, estableciendo como condición la formulación mediante escrito que contenga, al menos, los siguientes datos:
 - ✓ Nombre y apellidos del paciente
 - ✓ Nombre y apellidos del peticionario
 - ✓ Documentación acreditativa del peticionario (en los casos requeridos)
 - ✓ Relación entre peticionario y paciente
 - ✓ Motivo de la solicitud
 - ✓ Información clínica solicitada
 - ✓ Fecha de la solicitud
 - ✓ Firma del peticionario
- Registra y valora todas las solicitudes de información, de acuerdo a las normas existentes en el centro.
- Realiza las siguientes tareas para cada solicitud de información aceptada:
 - ✓ Revisión de la historia clínica y selección de la documentación clínica y/o información solicitadas
 - ✓ Obtención de la documentación y/o información complementaria desde fuentes ajenas a la historia clínica
 - ✓ Registro de la documentación (original o copia) y/o información entregada
- Propone los niveles de acceso a la información según el perfil profesional de los usuarios.

Requisitos

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica para atender los objetivos y funciones establecidas en relación con la gestión de la historia clínica requiere:

- Disponer de recursos humanos con formación en documentación médica para el desarrollo de las funciones encomendadas.
- Disponer de medios técnicos que faciliten el trabajo de identificación de la documentación, así como su organización en la historia clínica del paciente.
- Disponer de un fichero índice de pacientes informatizado.
- Elaborar un protocolo de procedimiento administrativo para la gestión del fichero índice de pacientes, con el fin de evitar errores y duplicidades, que defina, al menos:
 - ✓ Normas para el registro de los datos incluidos en el fichero índice de pacientes, que afectarán, como mínimo, a la introducción de los datos básicos de identificación (nombres, apellidos y fecha de nacimiento)
 - ✓ Normas para la búsqueda de pacientes ya registrados
- Elaborar el manual de uso de la historia clínica, de actualización permanente, que defina al menos:
 - ✓ Catálogo de documentos clínicos que constituyen la historia clínica
 - ✓ Tipo de información recogida en cada documento
 - ✓ Personal responsable de su cumplimentación, momento y forma del registro
 - ✓ Circuitos del documento

- ✓ Criterios y procedimiento de actuación para la incorporación o baja de documentos en la historia clínica
- Disponer de los dispositivos e infraestructura informática necesaria para el registro de datos y captura de la información clínica requerida por los usuarios autorizados, en los modelos de historia clínica informatizada.
- Disponer de una normativa del centro, que regule el acceso a la historia clínica, asegurando los derechos de confidencialidad e información de todas las partes implicadas.
- Disponer de una política hospitalaria sobre conservación y perdurabilidad de la documentación clínica que, a falta de legislación explícita al respecto, deberá articularse en función, entre otros aspectos, del uso y usuarios habituales de la documentación, sistemas de almacenamiento existentes, disponibilidad de espacio de su archivo de historias clínicas y política de documentación pasiva que establezca.

Productos

- **Solicitud de información clínica de terceros:** se contabilizan las solicitudes de documentación o información clínica relativas a un paciente en concreto, realizadas por personal ajeno al hospital (incluidas las realizadas por los propios pacientes o familiares autorizados).
- **Apertura de historia clínica:** se contabilizan el total de los pacientes nuevos incluidos en el fichero índice de pacientes del hospital.
- **Diseño de documento clínico:** se contabilizan todos los documentos normalizados diseñados e incorporados al catálogo de documentos de la historia clínica.
- **Modificación de documento clínico:** se contabilizan todas las modificaciones o actualizaciones de los documentos ya existentes, pertenecientes al catálogo de documentos de la historia clínica.

Indicadores

Indicadores de actividad

- Número de Historias Clínicas (HC) nuevas por período establecido
(número de la última HC del período – número de la primera HC del período) + 1
- Número de nuevos documentos normalizados introducidos en la historia clínica
- Número de documentos clínicos revisados / actualizados

Indicadores de calidad

- Porcentaje de historias clínicas (HH.CC.) duplicadas, detectadas en el período establecido
(nº de HH.CC. duplicadas detectadas en el período / nº total de HH.CC. existentes) x 100
- Porcentaje de historias clínicas ordenadas de acuerdo al criterio establecido
(nº de HH.CC. correctamente ordenadas / nº de HH.CC. evaluadas) x 100
- Índice de normalización o estandarización de la documentación clínica
nº de documentos clínicos normalizados / nº de documentos que constituyen la HC

- Grado de implantación de los documentos normalizados
(nº de servicios que utilizan el modelo normalizado / nº de servicios implicados en su utilización) x 100
- Porcentaje de historias clínicas que cumplen los criterios de calidad establecidos
(nº de HH.CC. que cumplen los criterios de calidad establecidos / nº de HH.CC. evaluadas) x 100

2.2. ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Definición

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica, a través del Archivo de Historias Clínicas, es responsable de la conservación y custodia de las historias clínicas que se elaboran en el hospital. Autoriza y ejecuta los movimientos y préstamos de la documentación clínica y mantiene actualizada su localización, asegurando la disponibilidad y velando por su confidencialidad.

Objetivos

- Garantizar el mantenimiento de una historia clínica única por paciente.
- Custodiar y conservar las historias clínicas, garantizando la confidencialidad de la documentación.
- Garantizar la disponibilidad de la documentación clínica necesaria tanto para la práctica asistencial como para la docencia, investigación, control de calidad, planificación y gestión hospitalaria.
- Conocer la ubicación exacta de todas las historias clínicas del hospital, hayan sido entregadas o no en el Archivo de Historias Clínicas.
- Asegurar la transferencia al Archivo de la documentación clínica tras el alta hospitalaria del paciente o tras su utilización en la actividad ambulatoria.
- Fomentar la dotación de la infraestructura necesaria que permita garantizar la adecuada conservación de la documentación clínica del hospital a través del tiempo.
- Planificar el paso de las historias clínicas a una situación de pasivo de acuerdo a la normativa del centro y en función del tiempo de inactividad, características e infraestructura del Archivo, grado de movimiento de la documentación para estudios o docencia, tipo de patología atendida, etc.
- Arbitrar los procedimientos precisos para impedir el crecimiento no controlado de las necesidades de espacio físico.
- Asegurar que todas las funciones y cometidos que competan al Archivo de Historias Clínicas, queden garantizadas mediante el establecimiento de una normativa de régimen interno del hospital.
- Elaborar de forma continuada indicadores de producción y de funcionamiento para el adecuado control de la actividad del área.

Funciones

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica determina y propone a la dirección del hospital los sistemas organizativos y elementos materiales de apoyo preciso para el funcionamiento del Archivo de Historias Clínicas.

En este sentido, proyecta las necesidades de espacio físico, distribuye el espacio disponible y propone el sistema más adecuado de almacenamiento de la documentación clínica, en función de aspectos tales como el volumen de historias clínicas existente, el índice de crecimiento previsible en un plazo de tiempo o el propio funcionamiento interno del Archivo.

▪ **Custodia de las historias clínicas**

- Supervisa y ejecuta las normas del centro que regulan el acceso y disponibilidad de la historia clínica y de la información en ella contenida.

▪ **Préstamo y recepción de las historias clínicas**

- Autoriza, organiza y ejecuta las solicitudes de préstamo de historias clínicas, estableciendo como datos mínimos para atender una solicitud, los siguientes:
 - ✓ Nombre y dos apellidos del paciente
 - ✓ Nº de historia clínica
 - ✓ Unidad funcional y/o persona peticionaria
 - ✓ Motivo que origina la solicitud
 - ✓ Tiempo previsto de utilización
- Establece la prioridad y plazos en la entrega de la documentación solicitada para la práctica clínica sobre la base de criterios exclusivamente asistenciales.
- Establece, para aquellos casos en que la entrega de un expediente clínico no admita demora (documentación solicitada desde la unidad de urgencias), los mecanismos y circuitos necesarios para garantizar dicha entrega a lo largo de las 24 horas del día.
- Establece los mecanismos más adecuados para conocer en todo momento las historias clínicas prestadas, registrando para cada préstamo, al menos, los siguientes datos:
 - ✓ Fecha de préstamo
 - ✓ Nº de historia clínica
 - ✓ Unidad funcional y/o persona a la que se ha realizado el préstamo
 - ✓ Motivo del préstamo
- Informa documentalmente a la unidad funcional peticionaria de la localización de aquellas historias clínicas que, por hallarse en préstamo, no se encuentran en el Archivo en el momento de su solicitud.
- Recepciona, registra y archiva las historias clínicas procedentes de un préstamo previo.
- Registra para cada historia clínica recepcionada, al menos, la fecha de su devolución.
- Realiza, previamente al archivado de las historias clínicas, tareas básicas para su mantenimiento físico en aquellos casos de deterioro manifiesto y revisa los documentos de la historia clínica, según los criterios definidos en cada centro.
- Archiva las historias clínicas recepcionadas, recomendándose como metodología de archivo de los expedientes la clasificación numérica por dígito terminal.

- Establece los circuitos de flujo de la documentación de forma que garanticen la inclusión en la historia clínica del paciente de los resultados de estudios complementarios indicados durante el proceso asistencial.

▪ **Seguimiento de la documentación prestada**

Registro y mantenimiento actualizado de la localización de las historias clínicas. Para ello, el Archivo realiza las siguientes tareas:

- Establece un procedimiento de comunicación ágil con las unidades funcionales que permita, para los casos de traslados de historias clínicas entre diferentes unidades, conocer por parte del Archivo la nueva ubicación de la documentación clínica.
- Realiza periódicamente un control de las historias clínicas no devueltas que han sobrepasado el plazo máximo de préstamo, al objeto de verificar que continúa en poder de la unidad que consta como peticionaria y reclamar su devolución.
- Comprueba periódicamente la fiabilidad del fichero de préstamos, a través del establecimiento de un protocolo de evaluación.

▪ **Mantenimiento y tratamiento de la documentación clínica**

Identificación, clasificación y tratamiento de aquella documentación clínica de menor probabilidad de uso asistencial posterior. Para ello, el Archivo realiza las siguientes tareas:

- Elabora con carácter periódico, basándose en los criterios existentes en el centro para la definición de la historia clínica inactiva o pasiva, la relación de historias clínicas susceptibles de pasar a una situación de pasivo.

La identificación y organización del paso de la documentación del Archivo activo a un Archivo pasivo, lo llevará a cabo a través del análisis del registro de flujos de los pacientes (sistema informático de gestión de consultas y hospitalización) y de los movimientos de la documentación clínica (registro de entradas y salidas de documentación clínica del Archivo).

- Recupera las historias depositadas en el Archivo pasivo en el momento que sean solicitadas por motivos asistenciales, facilitando también la disponibilidad de la documentación clínica pasiva solicitada para cubrir otros objetivos (docencia, investigación, gestión y planificación). Una vez utilizadas, el Archivo procederá a:
 - Devolución al Archivo activo de las historias clínicas solicitadas para asistencia.
 - Devolución al Archivo pasivo de las historias clínicas solicitadas para otros motivos no asistenciales.

▪ **Evaluación de la actividad y control de calidad del Archivo de Historias Clínicas**

Establecimiento de un sistema para el control de la calidad de las tareas principales desempeñadas (apertura de nuevos expedientes, préstamo y archivo, seguimiento y localización de las historias clínicas) que facilite una valoración de los procesos que integran tanto la gestión del propio archivo como su eficiencia:

- Cumple los criterios definidos por el centro para la apertura de historia clínica en el hospital.
- Establece un proceso metodológico que evite tanto duplicidades como pérdidas de información a consecuencia de la fragmentación de la misma en expedientes distintos y no enlazados.

- Elabora y difunde con carácter periódico informes sobre la actividad realizada y las deficiencias observadas, así como los indicadores que estime precisos para la valoración del funcionamiento del servicio.

Requisitos

Para atender los objetivos y funciones establecidas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica requiere:

- Disponer de la infraestructura conveniente (locales y equipamientos) que garantice la adecuada conservación de la documentación clínica del hospital a través del tiempo, así como un archivado ágil y seguro:
 - Ubicación cercana a las unidades funcionales, preferentemente del área de consultas externas.
 - Condiciones de temperatura, ventilación, humedad e iluminación adecuadas.
 - Disponibilidad de espacio para albergar las historias clínicas activas.

La dimensión del área vendrá determinada fundamentalmente por el volumen de historias clínicas existentes y el índice de crecimiento previsible en un plazo de tiempo.

Las necesidades previsibles de crecimiento anual del área de archivo, se establecerán fundamentalmente a partir del número de historias nuevas generadas anualmente (estimación a partir de análisis retrospectivo de los últimos años) y el grosor medio del conjunto de historias custodiadas (estimación a partir del cociente entre los metros lineales de estantería ocupados y el número de historias clínicas archivadas).

- Mantener la disponibilidad de algunas de las actividades durante 24 horas al día los 365 días del año.
 - Elaborar el censo de historias clínicas, que incluirá tanto la identificación del expediente clínico (número de historia), como la identificación del paciente (al menos, nombre y dos apellidos y fecha de nacimiento).
 - Desarrollar e implantar un sistema de registro y localización de historias clínicas, preferentemente informatizado, que permita conocer la ubicación exacta de todas las historias del hospital, tanto dentro como fuera de las dependencias del Archivo.
 - Elaborar unas normas de funcionamiento del Archivo de Historias Clínicas, aprobadas por la dirección y conocidas y difundidas en el hospital, que deberán incluir como mínimo protocolos de actuación en relación con:
 - Acceso a la historia clínica y motivos autorizados, según la normativa establecida por el centro.
 - Procedimiento de actuación para cada motivo de préstamo definido (urgencias, actividad ambulatoria, hospitalización, docencia, investigación), que incluirá al menos:
 - ✓ Supuestos/criterios que deben cumplirse para catalogar una solicitud en un tipo concreto
 - ✓ Procedimiento de solicitud
 - ✓ Plazo máximo y modalidad de la entrega para cada uno de los tipos definidos
 - ✓ Plazo de devolución de las historias clínicas al archivo de acuerdo al motivo de la solicitud
 - ✓ Responsabilidad de la custodia y conservación de la historia clínica en préstamo
- El Archivo de Historias Clínicas es el centro responsable de la custodia de todos los expedientes clínicos que se producen en el hospital. Una vez se haya producido la salida de la documentación de los límites físicos del Archivo, la responsabilidad de la custodia y conservación recaerá sobre la persona y/o unidad funcional peticionaria.
- Definición del orden de prioridades para el suministro de historias clínicas, que deberá establecerse atendiendo al motivo que originó la solicitud.

- Procedimiento de reclamación de las historias clínicas no devueltas al Archivo en los plazos establecidos.
- Definición y procedimiento a seguir con historias clínicas extraviadas y/o no localizadas.
- Definición y criterios para establecer la documentación clínica como pasiva y procedimiento y tratamiento a seguir con dicha documentación.
- Definición y procedimiento a seguir ante la detección de duplicaciones de historias clínicas.
- Criterios y procedimiento para la apertura una historia clínica nueva.
- Criterios de ordenación y expurgo de la documentación clínica y responsables implicados.
- Definición y procedimiento de las historias clínicas sometidas a custodia especial.

Productos

- **Movimiento de historia clínica (préstamo/devolución):** se contabilizan por el número de movimientos registrados en el fichero de movimientos del archivo.
- **Tratamiento de la documentación pasiva:** se contabiliza por el número de historias clínicas activas que pasan al pasivo.

Indicadores

Indicadores de actividad

- Promedio de salidas en días laborables de lunes a viernes (n° de salidas anuales / 247)
- N° de historias fuera del Archivo reclamables (no devueltas en los plazos establecidos en el manual de uso de la historia clínica)
- N° de historias clínicas remitidas anualmente al pasivo

Indicadores de calidad

- Tasa de disponibilidad de la historia clínica
(n° de HH.CC. prestadas / n° de HH.CC. solicitadas) x 100
- Índice de historias clínicas prestadas
 n° de HH.CC. fuera del Archivo / promedio de salidas en día laborable
- Índice de historias clínicas prestadas reclamables
 n° de HH.CC. reclamables / promedio de salidas en día laborable
- Proporción de errores de localización de historias clínicas prestadas
 n° de HH.CC. en préstamo con errores de localización / n° de HH.CC. en préstamo revisadas
- Proporción de errores de localización de historias clínicas en el Archivo
 n° de HH.CC. en el Archivo con errores de localización / n° de HH.CC. en el Archivo revisadas

2.3. CODIFICACIÓN

Definición

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es responsable de la obtención y difusión a los usuarios internos y externos de una información normalizada de los datos clínicos que se deriven de la asistencia del paciente, en relación con el conocimiento de la patología atendida y procedimientos realizados.

Objetivos

- Identificación y validación de las fuentes de datos del sistema de información clínico.
- Realización y validación del proceso de codificación de los datos clínicos (diagnósticos, intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos) generados durante el episodio asistencial del paciente.
- Elaboración y validación de los datos administrativos y clínicos contenidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.)¹, en colaboración con el área de información asistencial.
- Obtención y análisis del producto hospitalario, mediante la utilización de sistemas de clasificación de enfermedades y agrupadores de pacientes.
- Difusión de la información clínica elaborada para los diferentes niveles de usuarios, externos (organismos superiores) e internos (dirección, servicios y profesionales sanitarios).
- Implicación en actividades de difusión del sistema de información clínico-asistencial entre los profesionales sanitarios, y formación de los usuarios para la correcta interpretación y análisis de la información suministrada.

Funciones

▪ **Definición de las fuentes de datos del sistema de información clínico**

La elección de la fuente de información es un punto fundamental que incidirá directamente en la exactitud, validez y fiabilidad de los datos obtenidos.

La elección de los documentos fuente de información vendrá determinada por los recursos humanos destinados por el hospital para la realización de esta actividad, y en función de la calidad (validez y exhaustividad) del sistema de información clínico que se persiga. No obstante, ninguna de ellas es excluyente, pudiendo utilizarse una combinación de las mismas.

¹ . El C.M.B.D. hospitalario está compuesto por un conjunto de datos administrativos y clínicos, referidos a los episodios de hospitalización de pacientes.

▪ Tratamiento de la información clínica

La gestión o tratamiento de la información clínica implica actividades de indización (selección y codificación), elaboración, validación y difusión de la información.

- Codifica los episodios asistenciales, siguiendo el esquema que se describe a continuación:
 - Identificación del contenido en cuanto a diagnósticos, procedimientos diagnóstico-terapéuticos, complicaciones y/o comorbilidades del episodio asistencial.
 - Selección del diagnóstico principal.
 - Codificación de los diagnósticos y procedimientos a través del sistema de clasificación vigente en cada momento.
- Elabora y valida la información clínica contenida en el episodio asistencial para configurar el conjunto mínimo de datos básicos (C.M.B.D.) de altas hospitalarias. Esta función requiere la realización de las siguientes tareas:
 - Captura de los datos administrativos contenidos en la base de datos del C.M.B.D.
 - Registro informático de los datos obtenidos en el proceso de codificación.
 - Establecimiento de criterios para la verificación y validación del proceso de codificación y registro de los datos clínicos y administrativos contenidos en el C.M.B.D., mediante el diseño de programas "ad hoc", la utilización de herramientas de clasificación de pacientes, etc.
- Recupera, analiza y difunde la información a los distintos usuarios finales de la misma. Para ello, llevará a cabo las siguientes tareas:
 - Envío del C.M.B.D. a los organismos oficiales correspondientes.
 - Elaboración y difusión del Cuadro de Mandos de C.M.B.D., estableciéndose el siguiente contenido básico:
 - ✓ Altas totales
 - ✓ Altas codificadas
 - ✓ Media de diagnósticos codificados por episodio
 - ✓ Media de procedimientos codificados por episodio
 - ✓ Estancia media bruta y depurada (sin valores extremos)
 - ✓ Estancia media prequirúrgica
 - ✓ Tasa de reingresos

 - ✓ Peso medio
 - ✓ Grupos de clasificación de pacientes Quirúrgicos
 - ✓ Grupos de clasificación de pacientes Médicos
 - ✓ Grupos de clasificación inespecíficos
 - ✓ Valores extremos

 - ✓ Índice de complejidad
 - ✓ IEMA (índice de estancia media ajustada)
- Elabora informes "ad hoc" para satisfacer las necesidades de información expresadas por los usuarios internos del sistema (dirección, servicios asistenciales, comisiones clínicas, etc.).
- Elabora y difunde los informes correspondientes al análisis de la casuística hospitalaria global y por servicios a los niveles de usuarios definidos por el hospital.
- Participa en todas aquellas actividades relacionadas con procesos que requieran el uso de la codificación para su explotación en el sistema de información clínico-asistencial (registro de lista de espera y actividad quirúrgica, episodios de urgencias, procesos ambulantes, etc.).

▪ **Control de calidad del sistema de información clínico**

Con el fin de garantizar la calidad de la información obtenida, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica es responsable del desarrollo de un programa de calidad que contemple, al menos, los siguientes aspectos:

- Control de calidad de los documentos fuente del sistema de información clínico.
 - Cuando la codificación se lleve a cabo a través del informe de alta hospitalaria, se evaluará su calidad formal (adecuación a unos parámetros previamente definidos de estructura y normalización del informe de alta) y la calidad de su contenido, utilizando como patrón de comparación la información reflejada en la historia clínica del paciente.
 - El área de codificación participará en la mejora continua de la calidad de la documentación clínica. Para ello deberá promover y/o participar en aquellas reuniones con los servicios clínicos necesarias para la adecuada cumplimentación de la historia clínica o del informe de alta.
- Control y mejora de la calidad de la propia actividad de codificación, a través de:
 - Auditorías internas y/o externas, con la recodificación de una muestra aleatoria de Historias Clínicas.

Como criterios básicos para la evaluación de la calidad de la codificación se analizarán:
 - ✓ Errores de indización
 - ✓ Errores de codificación
 - ✓ Ausencia de diagnósticos y procedimientos relevantes para la clasificación del episodio asistencial
 - Establecimiento de reuniones periódicas para la unificación de criterios entre codificadores.
 - Establecimiento de sesiones con los servicios clínicos para la formación continuada en el manejo del sistema de información y resolución de los “casos problema”, que deberán recogerse en cada centro en un “Cuaderno de Acuerdos Internos de Codificación”.
- Control de la calidad del C.M.B.D.
 - Identificación de los episodios asistenciales no codificados, para su reclamación al servicio clínico implicado del documento fuente (historia clínica o informe de alta).
 - Identificación tras la agrupación de los pacientes de los grupos de clasificación inespecíficos.
 - Evaluación periódica, a través de los indicadores de calidad del C.M.B.D. definidos.
 - Control y evaluación de la calidad de los circuitos de información establecidos.
- Acciones para el establecimiento de una retroalimentación continua del sistema de información clínico, apoyando la participación e implicación de los profesionales sanitarios en el desarrollo y mejora del propio Sistema.
- Desarrollo de actividades de formación de los usuarios del sistema de información clínico:
 - ✓ Descripción del sistema de información
 - ✓ Relevancia del papel del clínico en la calidad del sistema de información
 - ✓ Interpretación y análisis de la información, indicadores de casuística, etc.

Requisitos

Para atender los objetivos y funciones establecidas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica requiere:

- Historia clínica única por paciente.
- Personal especializado, con formación en codificación y en la utilización de sistemas de clasificación de enfermedades y agrupadores de pacientes, con un médico documentalista como responsable del área.

El número de personas que integran la Unidad estará en relación con el número de episodios asistenciales por codificar (altas hospitalarias, procesos ambulatorios, urgencias, etc.) y la fuente de información elegida.

- Formación continuada: el personal de codificación deberá mantener actualizados sus conocimientos en función de las modificaciones que determine en cada momento el Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Disponer de un sistema informático adecuado para la captura, mantenimiento y tratamiento de la información.
- Disponer de protocolos de actuación conocidos y difundidos en relación con los procesos de indización y codificación.

La Unidad Técnica dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo elabora la normativa de codificación para los hospitales españoles (normativa publicada en Manuales de Usuario y Boletines de codificación clínica editados por el Ministerio).

Productos

- **Episodio de hospitalización codificado:** se contabilizan los episodios codificados por el área de codificación relativa a la atención en el área de hospitalización y con independencia al número de códigos utilizados.
- **Otros episodios asistenciales codificados:** se contabilizan los episodios codificados por el área de codificación relativa a la atención en otras áreas (consultas, hospital de día, actividad quirúrgica ambulatoria, urgencias, etc.) y con independencia al número de códigos utilizados.
- **Informe “ad hoc” emitido:** se contabilizan los informes elaborados y difundidos por el área de codificación sobre información clínica y análisis de la casuística demandada por los usuarios del sistema de información clínico-asistencial.

Indicadores

Indicadores de actividad

- Nº de episodios asistenciales codificados
- Promedio de códigos diagnósticos por episodio
(nº de diagnósticos codificados / nº de episodios evaluados en el período) x 100
- Promedio de códigos de procedimientos por episodio
(nº de procedimientos codificados / nº de episodios evaluados en el período) x 100

- Nº de informes “ad hoc” sobre información clínica realizados

Indicadores de calidad

- Porcentaje de episodios asistenciales codificados
(nº de altas codificadas / nº de altas totales en el período) x 100

- Porcentaje de errores en la codificación
(nº de literales clínicos codificados erróneamente / nº total de literales clínicos evaluados) x 100

Errores en la codificación: asignación incorrecta o incompleta de un código ó la no asignación de doble codificación a un literal clínico, ya sea diagnóstico o terapéutico, y/o ausencias o sobrecodificación.

- Porcentaje de errores de indización del diagnóstico principal
(nº de episodios con elección errónea del diagnóstico principal / nº de altas hospitalarias evaluadas) x 100

Errores de indización: error en la elección del diagnóstico principal, con independencia de que se encuentre o no correctamente codificado.

- Errores en la mecanización de los datos
(nº de códigos transcritos erróneamente / nº total de códigos introducidos) x 100

Errores de mecanización de datos: provocados por errores de tecleo en el paso de los códigos al ordenador.

3. INFORMACIÓN ASISTENCIAL

Definición

El área de información asistencial tiene como finalidad cubrir los requerimientos de información de todos los usuarios autorizados por el centro, de la forma más precisa, sistematizada y objetiva posible.

El almacenamiento de los datos en diferentes módulos y subsistemas y su posterior integración configuran el sistema de información asistencial del hospital.

El área facilitará información sobre la situación de la producción asistencial y de cuantos elementos influyen en ella, como apoyo en la toma de decisiones. La información generada se constituye en referencia oficial y válida para el hospital, tanto en lo que respecta a su utilización interna como a su difusión hacia el exterior.

Objetivos

- Diseñar la estructura y el contenido del sistema de información, adaptándolo a las necesidades de los usuarios, y favorecer su desarrollo integral y dinámico.
- Elaborar desde fuentes propias, el núcleo principal de la información sobre demanda, actividad y utilización de los recursos, así como la derivada del proceso de atención y sus resultados, para su difusión interna y externa y para la toma de decisiones.
- Proporcionar a los profesionales sanitarios los recursos de información disponibles en cada momento para la realización de su trabajo asistencial, docente, científico o de autoevaluación de la práctica clínica.
- Garantizar la fiabilidad de la información suministrada mediante la adopción de los mecanismos y procedimientos oportunos para el control y evaluación continuada del sistema de información asistencial.
- Salvaguardar el derecho del paciente a su intimidad, mediante el establecimiento de las medidas oportunas que garanticen la confidencialidad y el buen uso de la información.
- Establecer líneas de investigación aplicada sobre la utilidad, adecuación, validez y fiabilidad del sistema de información como herramienta para el estudio clínico-epidemiológico y para la evaluación de la calidad y eficiencia de la actividad asistencial.
- Dirigir todos los esfuerzos hacia la integración en una unidad de toda la información de interés sobre el paciente y su proceso asistencial.

Funciones

- **Desarrollo del sistema de información asistencial**

Diseño del sistema de información clínico-asistencial, garantizando una estructura que sea fiable en sus fuentes, ágil en sus circuitos y válida.

- Establece los nuevos requerimientos de información, de forma que satisfagan las necesidades de los distintos usuarios implicados, y coordina aquellas actividades de las que se deriven modificaciones o cambios del sistema de información.
- Valora la repercusión de los nuevos cambios sobre el funcionamiento global del sistema de información, adaptando éstos a los requerimientos generales.
- Coordina los procesos de implantación de nuevos módulos o subsistemas, con el propósito de conseguir un desarrollo integral y dinámico del sistema de información.

El sistema diseñado debe reunir las siguientes condiciones básicas:

- ✓ **Adecuado**, estableciendo el punto de convergencia entre la información suministrada por el sistema, la demanda existente y las necesidades reales de información.
- ✓ **Oportuno**, con información útil para la toma de decisiones por parte de los usuarios.
- ✓ **Integrado**, sin redundancia de datos, con subsistemas de información relacionados.
- ✓ **Flexible**, permitiendo satisfacer las necesidades actuales y, al mismo tiempo, con capacidad de adecuarse a nuevas exigencias.
- ✓ **Válido y fiable**, con mecanismos de medición exactos y precisos.
- ✓ **Disponible**, permitiendo la entrada y salida de información a tiempo real.
- ✓ **Accesible**, de fácil utilización por los usuarios.
- ✓ **Seguro**, garantizando la integridad de los datos y manteniendo la confidencialidad de éstos.

▪ **Análisis de la información**

El sistema de información asistencial debe permitir la medición y evaluación de la actividad, mediante el análisis de:

- Productos intermedios, que se corresponden con la actividad realizada en el proceso asistencial: número de ingresos, número de urgencias atendidas, número de intervenciones quirúrgicas, número de consultas primeras, etc.
- Productos finales, que se corresponden con la casuística atendida: infartos agudos de miocardio atendidos, número de hernias inguinales atendidas, etc.

El diseño y el nivel de desagregación y elaboración de la información se adaptarán a las necesidades de los diferentes usuarios. El procedimiento para la obtención de la información se concreta en:

- Definición y codificación de los datos
- Elección de indicadores y estándares de comparación
- Identificación de las fuentes y canales de transmisión
- Captura, registro y análisis de la consistencia de los datos
- Elaboración, análisis y difusión de los resultados obtenidos

• **Elaboración sistemática de información**

El área de información asistencial proporciona con la periodicidad establecida la información necesaria para la elaboración de estadísticas e informes de situación o previsión sobre demanda y actividad, para su difusión externa e interna, destacando entre otros:

- Elabora los Cuadros de Mando, dotando a la dirección del hospital y a los profesionales sanitarios de la herramienta necesaria para el control periódico de la actividad asistencial y el seguimiento de los objetivos establecidos.

Los Cuadros de Mando constituyen la concreción práctica del sistema de información como instrumento de gestión del centro y de cada una de sus unidades de producción. Para cada nivel de usuario, deberá constar de forma normalizada la información cuantitativa y cualitativa precisa y sintética que permita la toma de decisiones, debiéndose destacar los aspectos relevantes de ésta, así como las desviaciones excepcionales.

- Elabora informes de situación o de previsión sobre demanda asistencial en las diferentes áreas de actividad para el conjunto del hospital y/o por unidades funcionales.
- Elabora informes descriptivos o comparativos sobre actividad o casuística atendida.
- Las áreas del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, con responsabilidad en la elaboración y gestión de la información (Información Asistencial y Codificación Clínica), elaboran el C.M.B.D. de altas hospitalarias, y analizan la casuística atendida en el conjunto del hospital o en cualquiera de sus unidades funcionales.
- Participa en el enlace de la información económica y asistencial del centro.

- **Elaboración de información a demanda**

El área de información asistencial elabora información “*ad hoc*” para demandas específicas, relacionadas con tareas asistenciales, docentes, investigadoras, de gestión o planificación. En este sentido,

- Colabora en el desarrollo de proyectos de investigación del hospital, actuando como fuente de datos clínico-epidemiológicos.
- Trabaja en estrecha relación con órganos y unidades del hospital relacionadas con la evaluación y control de calidad de la actividad asistencial (Unidad de Calidad, Comisiones Clínicas, etc.), apoyando la realización de actividades de control de calidad a partir de la aportación de la información solicitada, lo cual no implica responsabilidad en la realización de tareas directas de evaluación y mejora de actividades de otros servicios.

En todos los casos, es responsable de establecer las medidas oportunas para garantizar la confidencialidad y el buen uso de la información suministrada.

- **Control de calidad de la información**

- Vela por el correcto funcionamiento de los circuitos de la información establecidos, en cada una de sus vertientes: registro, captura y difusión.
- Mantiene actualizado el glosario de conceptos y definiciones necesarios para la correcta elaboración de estadísticas e informes para la evaluación de la actividad asistencial.
- Actualiza y valida las fuentes y documentos para la captura de datos, procedimientos y circuitos de difusión de la información.
- Fomenta la investigación sobre sistemas de información y sobre el propio proceso de información.

Requisitos

Para atender los objetivos y funciones establecidas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica requiere:

- Entrenamiento y formación continuada de la plantilla, con el fin de garantizar su cualificación.

Una correcta elaboración, análisis y validación de la información implica:

- El conocimiento, manejo y en su caso, creación de múltiples fuentes y sistemas de recuperación de información especializados.

- La capacitación para el estudio de los usos y necesidades de información concretos de los diferentes usuarios.
- Los conocimientos necesarios de monitorización y evaluación de los sistemas de información, tanto de sus propios procesos, como desde el punto de vista de los usuarios.
- Conocer de forma estructurada los objetivos estratégicos para el hospital y para las distintas unidades funcionales, para adecuar el sistema de información en todo momento en la línea de los objetivos marcados.
- Disponer de la cartera de usuarios del sistema de información definida por el centro y de un reglamento para la difusión de la información.
- Elaborar y mantener actualizado un manual de procedimiento interno que garantice el correcto registro, captura, elaboración y difusión de la información, con el siguiente contenido mínimo:
 - ✓ Definición de registros y lugares de recogida de información
 - ✓ Definición de documentos fuente para la captura de información
 - ✓ Definición de unidad, método y frecuencia de recogida de datos
 - ✓ Definición de los niveles de usuarios y circuitos de transmisión de la información
 - ✓ Definición de responsabilidades personales u orgánicas en la recogida y transmisión de datos
- Elaborar un glosario de conceptos y definiciones de la terminología utilizada para la descripción de tareas, así como de datos e indicadores, con especial interés en aquellos empleados para la elaboración de estadísticas e informes para la evaluación de la actividad asistencial.
- Establecer un procedimiento interno para la comunicación de discrepancias en relación con la información suministrada a los distintos usuarios, que actuando como medida de retroalimentación, facilite un mayor grado de implicación de los profesionales sanitarios y, en consecuencia, un desarrollo continuo del sistema de información.

Productos

- **Cuadros de mando:** instrumento de gestión del centro y de cada una de sus unidades de producción. Presentación normalizada de información precisa y sintética para la toma de decisiones, destacando la información relevante y las desviaciones excepcionales.
- **Informes de demanda, actividad realizada y casuística atendida**
- **Informes analíticos de proyecciones de demanda y/o previsiones de actividad:** informes específicos oferta-consumo, para la planificación y organización de la actividad asistencial y de los recursos asistenciales.
- **Informes de elaboración “ad hoc”:** cubren las demandas específicas de información de los distintos niveles de usuarios.
- **Productos para el control y evaluación del sistema de información asistencial:** se engloban en este apartado el conjunto de herramientas diseñadas por el área para garantizar un adecuado control de calidad de la información obtenida y de su análisis posterior:
 - Manuales de procedimiento
 - Glosarios de conceptos y definiciones
 - Protocolos para el control de calidad de los diferentes módulos o subsistemas que configuran el sistema de información asistencial

Indicadores

Indicadores de actividad

- Número de informes realizados

Indicadores de calidad

- Exhaustividad de la cobertura, mediante el cálculo del porcentaje de cobertura
(número de casos o variables recogidas / número total de casos o variables) x 100
- Disponibilidad de la información, mediante el porcentaje de cumplimentación
(número de variables cumplimentadas / número total de variables) x 100
- Evaluación de la consistencia o reproductibilidad de los datos, realizada desde dos perspectivas:
 - Consistencia inter-observador, obtenida entre dos o más observadores al realizar el mismo proceso, de forma independiente y bajo las mismas condiciones.
 - Consistencia intra-observador, obtenida al valorar la realización de un mismo proceso por el mismo observador, en ocasiones diferentes.

La medida de la reproductibilidad se expresa mediante el porcentaje de concordancia o de acuerdo, como porcentaje simple de concordancia, o mediante el índice de Kappa.

El índice de concordancia obtenido en la evaluación de la exactitud de un dato o una medida, es el resultado de la comparación entre el dato originalmente procesado y un valor patrón que actúa como valor verdadero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de la Salud, 1989.
2. López Domínguez O. *Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica*. Madrid: Olalla Ediciones SL, 1997.
3. Cosialls i Pueyo D. Admisiones hospitalarias. Barcelona: Mosby/Doyma Libros S.A., 1995.
4. López O *et al.* *Admisión y Documentación Clínica: una propuesta de futuro*. *Todo Hospital* 1996; 128: 7-16.
5. Club de Gestión de Pacientes. *Guía de Gestión. Proyecto Signo*. Madrid: Subdirección General de Atención Especializada del INSALUD, 1995.
6. Catálogo de funciones del SADC. Borrador de trabajo de las VIII Jornadas Nacionales de Documentación Clínica. Huesca: 21 y 22 de mayo de 1998.
7. Sociedad Española de Documentación Médica. *Memoria*. Barcelona: SEDOM, 1995.
8. Proyecto de Perfil Profesional del Documentalista Médico. Madrid, 16 de mayo de 1992. *Papeles Médicos* 1992; 2: 21-22.
9. Elvira Martínez C. Definición de los productos de los SADC. *Papeles Médicos* 1998; 7(2):4-8.
10. Ferrero C, Giacomini HF. *Las estadísticas hospitalarias y la historia clínica*. Buenos Aires: El Ateneo, 1973.
11. *Guía d'us de la història clínica d'atenció especialitzada*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. Servei Valencià de Salut, 1994.
12. Huffman ER. *Medical Information Management*. Illinois: Physicians Record Company, 1994.
13. *Información y documentación clínica*. Documento final del grupo de expertos. Noviembre 1997. Madrid: Consejo General del Poder Judicial y Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
14. *Información y documentación Clínica. Volumen I*. Madrid Consejo General del Poder Judicial y Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
15. *Información y documentación Clínica. Volumen II*. Madrid Consejo General del Poder Judicial y Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
16. Andreu R, Ricart J, Valor J. *Estrategia y sistemas de información*. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A., 1995.
17. López Piñero JM, Terrada Ferrándiz ML. *Introducción a la terminología médica*. Barcelona: Salvat, 1992.
18. Luna A, Osuna E. Problemas médico-legales en el almacenamiento y custodia de las historias clínicas. *Med Clin* 1987; 87: 631-632.
19. Luna A, Osuna E. Problemas procesales de la utilización de la historia clínica. *Med Clin* 1986; 87: 717-718.

20. Manual de usuario. Normativa de Codificación. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
21. Yetano J, López Arbeloa P, Montero AB. Experiencia del programa de calidad del Servicio de Documentación Clínica del Hospital de Galdácano. Med Clin (Barc) 1993; 101: 613-615.
22. Temes JL., Pastor V, Díaz JL. Manual de Gestión Hospitalaria. Interamericana McGraw Hill, 1992.
23. Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1998.
24. Alberola V, Aleixandre V, Porcell A. Diccionario y vocabulario plurilingüe en Documentación Médica. Valencia: Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, 1999.
25. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
26. Orden de 6 de septiembre de 1984 (Ministerio de Sanidad y Consumo), por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta.
27. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.