

Decreto 56/1988, de 25 de abril, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la obligatoriedad de la Historia Clínica. (DOCV núm. 817 de 04.05.1988) Ref. Base Datos 0638/1988

Análisis jurídico

Análisis documental

1988/900638 Decreto 56/1988, de 25 de abril, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la obligatoriedad de la Historia Clínica.

El artículo 61 de la Ley General de Sanidad y el artículo 20 de la Ley del Servicio Valenciano de Salud defienden que el principio de Historia Clínico-Sanitaria única por paciente deberá mantenerse, al menos dentro de los límites de cada institución asistencial, como paso previo a la máxima integración de la información relativa a cada paciente en cada Area de Salud.

La Historia Clínica única por paciente e institución es uno de los instrumentos básicos para la correcta atención al enfermo, evitando la repetición inútil de pruebas o exámenes diagnósticos no recordados o nunca conocidos por el afectado, facilitando por lo tanto un diagnóstico más rápido y un tratamiento más eficaz, a la vez que disminuye el trabajo y los costes para lograrlo.

Asimismo, es necesaria para la formación del estudiante y del médico ya que en ella quedan registrados tanto el progreso del saber médico como la forma de manifestarse la enfermedad.

Por otra parte, es insustituible para la investigación clínica aplicada ya que resulta fundamental para revisar las entidades nosológicas, juzgar la eficacia de las medidas terapéuticas aplicadas y la utilidad de las técnicas exploratorias adoptadas.

Finalmente, sin valorar los datos que de las Historias Clínicas pueden obtenerse es imposible sentar las bases de las necesidades en asistencia sanitaria de la población, evaluar la calidad de la atención brindada al paciente, la del rendimiento y de la adecuación de los recursos sanitarios disponibles, así como establecer las bases de planificación de las necesidades asistenciales.

Aunque en la mayoría de nuestros hospitales existe una tendencia a la Historia Clínica individual, no siempre se dan los requisitos necesarios para que pueda ser considerada como tal y además el resto de instituciones sanitarias en general no cuentan con ella.

En su virtud, a propuesta del Conseller de Sanidad y Consumo, y previa deliberación del Consell de la Generalitat Valenciana en sesión celebrada el día 25 de abril de 1988,

DISPONGO:

Artículo primero

Se establece la obligatoriedad de una Historia Clínica única por paciente e institución que englobe de forma unitaria la documentación generada por la asistencia al enfermo tanto en el área de urgencias como en las áreas de consultas externas y de hospitalización.

Esta obligación será exigible a todos los Centros existentes en la Comunidad Valenciana, tanto públicos como privados.

Artículo segundo

La Historia Clínica debe contener suficiente información para identificar al paciente, documentar las circunstancias por las que se acudió a la institución, informar acerca del régimen de financiación, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento y documentar los resultados obtenidos y las circunstancias del alta. Por ello todas las Historias Clínicas deben contener:

- a) Datos de identificación del paciente: nombre, apellidos, dirección, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, estado civil, profesión y actividad, número de DNI, pariente más cercano o representante legal y forma de contacto con el mismo.
- b) Datos de acceso a la institución: fecha y circunstancias.
- c) Datos relativos al régimen de previsión social o económico que, en su caso, cubra la asistencia sanitaria prestada.
- d) Anamnesis, incluyendo el motivo principal de la consulta, los antecedentes clínicos y fisiológicos, la historia social y familiar de interés a este respecto, y la sintomatología por los distintos aparatos y sistemas orgánicos.
- e) El examen físico.
- f) Las órdenes de exploración diagnóstica y tratamiento.
- g) La autorización del paciente para las exploraciones y tratamiento, excepto en los casos que establece la Ley General de Sanidad en su artículo 10.6.
- h) Las observaciones clínicas que deberán proporcionar un informe cronológico sobre el curso clínico, reflejando cualquier cambio y los resultados del tratamiento.
- i) Informe sobre los procedimientos diagnósticos o terapéuticos realizados y sus resultados.
- j) El informe de alta se entregará según criterio del facultativo al paciente, a un familiar o a su representante legal. Estará constituido por un resumen del curso de la enfermedad, del tratamiento seguido y deberá contener los signos y síntomas que posibilitaron el diagnóstico, la pauta terapéutica realizada, el resultado obtenido señalando los problemas no resueltos y las instrucciones necesarias para continuar el tratamiento. En el caso de fallecimiento, si se efectúa la necropsia se incorporará el pertinente dictamen.

Artículo tercero

Las Historias Clínicas observarán los siguientes requisitos:

- a) Deberán ser normalizadas en su estructura física y lógica con el fin de facilitar su uso por el personal sanitario para la atención al paciente, y permitir la obtención de información con fines administrativos, estadísticos y de evaluación de calidad.
- b) Cualquier anotación en los documentos de la Historia Clínica deberá ser fechada y firmada de forma que permita la identificación del personal sanitario que la realice. Cualquier documento que integre la Historia Clínica de un paciente debe contener los datos identificativos del mismo y su número de Historia Clínica.
- c) Deberán estar escritas a máquina o con letra claramente legible, y se evitará la utilización de símbolos y abreviaturas.
- d) Las Historias Clínicas deberán contener todos los datos enumerados en el artículo segundo.

Artículo cuarto

Las Historias Clínicas son documentos confidenciales, propiedad de la institución. La información necesaria estará a disposición del paciente y del personal sanitario que directamente esté implicado en el diagnóstico y tratamiento del enfermo, ante cualquier demanda asistencial de éste.

Igualmente, se permitirá el acceso a las mismas para la obtención de información estadística sanitaria, de las actividades relacionadas con el control y evaluación de la calidad de la asistencia prestada, de la revisión del rendimiento asistencial, de las encuestas oficiales o de propósitos educativos y de programas de investigación. En todos estos casos quedará plenamente garantizado el derecho del paciente a su intimidad personal y familiar; el personal que acceda a estos documentos ha de guardar el sigilo profesional.

Únicamente podrán ser retiradas de la institución por mandamientos judiciales.

Cualquier otra consulta de la Historia Clínica requerirá el consentimiento escrito del paciente o de su representante legal.

DISPOSICION ADICIONAL

La Consellería de Sanidad y Consumo determinará las medidas a adoptar para la debida conservación y custodia de la documentación clínica de los distintos Centros sanitarios de la Comunidad Valenciana.

DISPOSICION TRANSITORIA

Se concede un plazo de seis meses, a partir de la publicación del presente Decreto, para que los Establecimientos sanitarios con régimen de internado adecúen sus Historias Clínicas a lo regulado en el presente Decreto. La introducción de las Historias Clínicas en el resto de instituciones asistenciales se hará progresivamente según los recursos lo permitan, de acuerdo con lo que la Consellería de Sanidad y Consumo determine reglamentariamente.

DISPOSICIONES FINALES

Primera

Se autoriza al Conseller de Sanidad y Consumo para dictar las medidas y disposiciones necesarias para el mejor desarrollo y aplicación de lo dispuesto en el presente Decreto.

Segunda

El presente Decreto entrará en vigor el mismo día de su publicación en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana.

Valencia, a 25 de abril de 1988.

El Presidente de la Generalitat,

JOAN LERMA I BLASCO

El Conseller de Sanidad y Consumo,

JOAQUIN COLOMER SALA