



Resolución: sc. **184/2003, de 3 de marzo** R. sc. **184/2003 (3-3)**  
Instrucciones sobre el procedimiento de ordenación y gestión de la documen-

Asunto: .....  
tación clínica en centros asistenciales del Servicio Andaluz de Salud

Origen: **DIRECCION-GERENCIA DEL SAS**

Ambito de Aplicación: **CENTROS ASISTENCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL SAS**

**L**a promulgación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, plantea la necesidad de elaborar una serie de instrucciones, de carácter interno, orientada a hacer efectivo el derecho del paciente a que se proteja la confidencialidad de la información que, referida a su salud, se conserva en los centros sanitarios. En este sentido, el Sistema Sanitario Público de Andalucía, y por ende el Servicio Andaluz de Salud, como garante de la efectividad de éste y otros derechos del ciudadano, está comprometido en establecer los medios necesarios con este fin.

Esta resolución pretende, en consecuencia, fijar una serie de criterios que facilite la gestión de la documentación clínica en los centros asistenciales dependientes del Servicio Andaluz de Salud, garantizando de este modo el derecho de los ciudadanos a que quede constancia de información sobre su salud, así como, a la preservación de la confidencialidad de su contenido.

Por todo lo expuesto y en su virtud, al amparo de las competencias que me han sido conferidas en el Decreto 245/2000, de 31 de mayo, de estructura orgánica básica de Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, esta Dirección Gerencia

## **RESUELVE**

### **Primero. Historia Clínica.**

1. La historia clínica, además de la definición que efectúa la Ley 41/2002, constituye un fichero de datos de carácter personal sujeto a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de aplicación.
2. La historia clínica será única por paciente, y al menos, por centro o institución, y deberá ser identificada por el número único de historia de salud de Andalucía (NUHSA) que figura en la Base de Datos de Usuarios y que será asignado en el primer contacto del paciente con el centro o institución.
3. Los documentos que, como mínimo, componen la historia clínica serán los establecidos en la Ley 41/2002, artículo 15, punto 2.
4. El ejercicio de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones inherentes a la titularidad o propiedad de la historia clínica, corresponde al centro sanitario que la ha generado.
5. Los directores gerentes de hospitales y directores de distritos de atención primaria son los responsables de la custodia de la documentación clínica y garantes de la confidencialidad de la información contenida en ésta, así como, responsables del cumplimiento de la norma que sea de aplicación.
6. No obstante, la responsabilidad que se establece en el punto 5 de esta instrucción primera, se entiende sin perjuicio de la responsabilidad individual de los profesionales sanitarios y no sanitarios de la gestión y la custodia de la documentación asistencial en los términos previstos en el art. 17.5 de la Ley 41/2002.

## **Segundo. Registro de la actividad asistencial.**

Los ciudadanos, en tanto que usuarios de los servicios sanitarios, tienen derecho a que la información clínica obtenida en todos sus procesos asistenciales conste por escrito o en soporte técnico y se incorpore a su historia clínica.

1. La actividad asistencial en los centros de atención primaria informatizados será registrada en la aplicación en uso, y en su defecto, en los documentos en soporte papel.
2. Los hospitales y sus centros periféricos de especialidades registrarán la actividad asistencial en el soporte documental que tengan en uso y, en caso de que el soporte no esté informatizado, con la previsión de que la información contenida pueda ser volcada en éste.

## **Tercero. Utilización de la historia clínica.**

1. Los profesionales asistenciales del centro, que realizan el diagnóstico, tratamiento y llevan a cabo el cuidado del paciente, tienen acceso a la información contenida en su historia clínica, dado que constituye un instrumento imprescindible para la adecuada asistencia del mismo.
2. El acceso a la información contenida en la historia clínica se adecuará a lo establecido en los artículos 16, 17 y 18 de la Ley 41/2002 y en el artículo 15 de la Ley Orgánica 15/1999.
3. El procedimiento de acceso a la información contenida en la historia será el establecido en la Resolución 23, de 4 de junio de 2001, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio

Andaluz de Salud, modificada por la Resolución 111/2003, de 17 de febrero.

4. Los accesos que se produzcan a la información contenida en la historia clínica quedarán puntualmente registrados.
5. Cada centro sanitario establecerá el procedimiento para el préstamo interno de historias, registrándose al menos:
  - Motivo de la petición
  - Solicitante
  - Fechas de salida del archivo
  - Fecha de devolución al archivo

Y elaborarán criterios que rijan el tiempo de permanencia de las historias fuera del archivo, así como los mecanismos para su control.

6. En aquellos casos en que no se reintegre la historia clínica dentro del plazo máximo que establezca el centro, el responsable del archivo informará a la dirección.
7. Se establecerán mecanismos de seguridad que permitan el registro y consiguiente control de toda documentación clínica que salga de su archivo con destino a otro centro sanitario, garantizándose la confidencialidad y custodia de la información contenida.
8. Las solicitudes de acceso al contenido de documentación clínica por parte de los profesionales sanitarios para consulta de la misma, se autorizará siempre que esté debidamente justificada y con manifestación por escrito y firmada del solicitante de conocer la prohibición de sacar la documentación fuera del centro sanitario donde se custodia.

9. Las peticiones de copia de historiales o documentación clínicos, cursadas con motivo de traslados a otras Comunidades Autónomas, se atenderán siempre que sean solicitadas por el Servicio de Salud que corresponda y adjunten o incorporen la petición expresa del usuario titular de la información.
10. En caso de traslados de historias o documentación clínicas, el centro de origen se quedará siempre con el original, salvo las excepciones que se contemplan en la Resolución 23/2001 respecto de las solicitudes efectuadas por Jueces.

#### **Cuarto. Custodia de la documentación clínica.**

1. De acuerdo con lo establecido en el artículo 17, punto 1, de la citada Ley 41/2002, los centros sanitarios están obligados a la conservación de la documentación clínica por un plazo mínimo de cinco años, contados a partir de la fecha del alta de cada proceso asistencial.
2. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad para la debida asistencia al paciente, aunque no necesariamente en el soporte original.
3. Las medidas de seguridad, aplicables a las historias clínicas informatizadas, se adecuarán a lo establecido en el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. Estas medidas de acuerdo con el citado reglamento se consideran de nivel alto.

4. Los centros sanitarios dispondrán de espacios específicos y suficientes para el archivo de historias clínicas, que faciliten la gestión y tratamiento habitual de las mismas.
5. Asimismo, se habilitarán zonas reservadas e inaccesibles a personas no autorizadas en plantas de hospitalización, consultas y áreas de radiodiagnóstico, donde puedan ser depositadas las historias clínicas hasta su devolución a los archivos dentro de los plazos que se hayan establecido.
6. Los espacios reservados a archivo estarán dotados con elementos técnicos suficientes que garanticen la conservación material de la documentación clínica almacenada, así como de las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, pérdida y accesos no autorizados.
7. El acceso a los archivos estará restringido exclusivamente a los profesionales que desarrollan su actividad en dichas unidades o quienes, por labores de mantenimiento, deben acceder puntualmente a los mismos, y para aquellos otros que estén expresamente autorizados para accesos determinados.
8. Las direcciones de los centros tendrán conocimiento registrado de todos los profesionales que desarrollan su actividad en el archivo, sea de forma habitual o esporádica, y con detalle de fecha y turno.
9. Los profesionales sanitarios y no sanitarios que, por el desempeño de sus funciones, tienen contacto con la documentación clínica, están obligados al secreto profesional respecto de la información contenida; obligación que subsistirá aunque se extinga la relación profesional. Asimismo, son responsables de la custodia y de la protección de la confidencialidad de dicha información.

10. La vulneración de la confidencialidad, o revelación de datos sujetos al deber de secreto, tendrá el tratamiento que la legislación vigente tenga prevista.

### **Quinto. Eliminación de copias, reproducciones y borradores.**

1. La eliminación de documentos es la destrucción física por cualquier método que garantice la imposibilidad de reconstrucción de los mismos y su posterior utilización, sin perjuicio del posible aprovechamiento de su material o de alguno de sus componentes.
2. Los profesionales adscritos a los archivos o aquellos otros que tienen acceso a la documentación clínica no adoptarán decisiones respecto de su conservación o de la eliminación de copias, borradores y reproducciones de estos documentos, sin contar con la autorización expresa de la dirección del centro sanitario.
3. De acuerdo con lo establecido en el artículo 36 del Decreto 97/2000, de 6 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Sistema Andaluz de Archivos, las copias, reproducciones y borradores que contengan información clínica relacionada con un paciente, deberán ser eliminados; salvo que:
  - Contengan anotaciones originales de interés o los documentos originales no estén localizados o en buen estado de conservación.
  - Aporten datos de interés para el conocimiento del acto documentado.
  - En el caso de los listados de ordenador, éstos estén validados o subsista su valor administrativo.
4. La dirección de los centros sanitarios facilitará recipientes específicos para la recogida de documentación destinada a su

eliminación que reunirán las medidas de protección suficiente para evitar su manipulación; asimismo, fijará la ubicación de éstos en el interior del centro.

5. Para la eliminación física de documentos de contenido clínico se utilizarán sistemas mecánicos que garanticen la total destrucción del soporte en papel, de tal modo, que sea imposible recomponer la información contenida, tal como se expresa en el punto 1 de esta instrucción.

### **Instrucciones transitorias.**

En el caso de que los hospitales y distritos de atención primaria acudiesen a los procedimientos y formas de adjudicación previstos en la legislación de contratación administrativa para contratar los servicios de gestión, custodia o eliminación de documentos con contenido clínico, se deberá garantizar en todo caso la confidencialidad de la información contenida en ellos.

Los contratos que se formalicen deberán incorporar las siguientes cláusulas:

1. El tratamiento de los datos de carácter sanitario y de los documentos clínicos por parte de la empresa adjudicataria deberá sujetarse, en primer lugar, a lo dispuesto en la legislación vigente y, especialmente, a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y a las instrucciones del Servicio Andaluz de Salud en esta materia. En ningún caso, la empresa adjudicataria aplicará o utilizará los datos con fin distinto al del contrato ni los comunicará, ni siquiera para su conservación, a otras personas.



2. Además, la empresa adjudicataria deberá cumplir las medidas técnicas y organizativas previstas en el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, que establece el Reglamento de Medidas de Seguridad de los ficheros automatizados de carácter personal, en concreto, las previstas para datos de carácter clínico-sanitario (fichero de nivel alto).

### **Instrucción final primera.**

Con la presente Resolución, se deja sin efecto lo instruido en la Nota de Circulación de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, de 30 de julio de 2002, sobre tutela de documentación clínica; así como aquellas otras normas de carácter interno, emitidas con anterioridad a ésta, relativas a conservación y tutela de documentación clínica.

### **Instrucción final segunda.**

Las instrucciones contenidas en esta Resolución serán efectivas al día siguiente de la fecha de su firma.

**El Director-Gerente**



**Juan Carlos Castro Álvarez**