

## Gestión de la documentación sanitaria.

---

## Gestión de la documentación sanitaria.

---

### Caso práctico

**Esther** está buscando la historia clínica de una paciente que va a atender.



**Ramón** que en ese momento entra en la consulta le pregunta que le pasa y **Esther** le comenta que está buscando la historia clínica: "ya sabes que la documentación en la asistencia sanitaria es fundamental y perderla o no poder tenerla en el momento de atender a una paciente termina afectando la calidad asistencial".

**Adela**, la odontóloga, más de una vez le ha recordado que la gestión de la documentación clínica, la selección del documento en función de las necesidades y del tipo de servicio clínico implicado es tan importante como el manejo de las aplicaciones informáticas que hoy tenemos a nuestra disposición para facilitarnos este trabajo.

Esta tercera unidad de trabajo está relacionada la gestión de ficheros de pacientes y la documentación clínica. Primero analizaremos los documentos sanitarios, a continuación veremos las aplicaciones informáticas y en tercer lugar la relación de todo el proceso de

atención con los sistemas de calidad.



Materiales formativos de FP Online propiedad del Ministerio de Educación y Formación Profesional

[Aviso legal](#)

# 1.- Documentos sanitarios.

---

## Caso práctico



**Ramón** está ocupado hoy con la selección y clasificación de los documentos de la clínica dental. **Adela**, la odontóloga, le ha encargado que los clasifique según el tipo y las características de los mismos. Ya sabe que debe empezar por separar la documentación sanitaria de la documentación general existente en cualquier centro que presta servicios. Ha estado revisando el contenido y los que proceden, los ha dejado preparados para su archivo.

**Elena**, está haciendo algo parecido en el centro de salud en el que **Claudia** realiza la sustitución de verano. Hoy tiene una jornada de trabajo en la que dispone de un tiempo para la organización de la documentación que ha llegado a la Unidad. La mayoría son peticiones de consulta o notas interconsulta que Claudia se está ocupando de organizar con ayuda del programa informático que tienen instalado en la consulta.

Como ya ha terminado y Claudia todavía está ordenando los documentos recibidos en las correspondientes historias clínicas de los pacientes vistos en la consulta, se ha ofrecido para ayudarla y hacerlo entre las dos. A Claudia le viene bien, se ha dado cuenta del volumen de peticiones analíticas y radiológicas que tiene el servicio y como tienen tiempo, aprovecha para ver los resultados de las mismas, los informes y comentar con Claudia las dudas que le surgen.

## 1.1.- Tipos de documentos sanitarios.

---

Seguro que te imaginas que la documentación es importante en cualquier establecimiento, y por tanto, en la asistencia sanitaria la gestión de la documentación también lo es y refleja, en cierto modo, la calidad asistencial del establecimiento. SE PUEDEN RECOGER EN SOPORTE ANALOGICO O INFORMatico

Veamos algunos conceptos necesarios para la gestión de la documentación:

### Documentación sanitaria.

Podemos decir que la información sanitaria son los datos generados por la asistencia sanitaria, y cuando se documentan, es documentación sanitaria; por tanto, la documentación sanitaria es el conjunto de documentos que informa sobre las actuaciones sanitarias y pueden ser de dos tipos: clínica y no clínica.



### Documentación clínica.

La información clínica es cualquier dato que aporta conocimientos sobre el estado de salud y cuando se documenta recibe el nombre de documentación clínica, por tanto, es aquella que se produce como consecuencia de la atención directa a los pacientes. En general se diferencia por niveles asistenciales: Documentos de uso en Atención Primaria y documentos de uso hospitalario.

Cuando se produce la asistencia a un paciente es necesario cumplimentar una serie de documentos que recojan los datos relativos al proceso, así como los datos personales del paciente, pueden ser:

- Historia clínica.

- Impresos de solicitud de pruebas complementarias.
- Impresos de citación.

## Documentación no clínica.

Son los documentos generados como consecuencia de la gestión, comunicación y atención del paciente. Se pueden recoger en formato papel o soporte informático y más adelante los veremos en detalle.

- Actividades relacionadas con el paciente.
- Actividades relacionadas con la gestión.
- Actividades relacionadas con la comunicación.
- Otros documentos.

## Autoevaluación

La información clínica es cualquier dato que aporta conocimientos sobre el estado de salud y cuando se documenta recibe el nombre de documentación clínica, por tanto, es aquella que se produce como consecuencia de la atención directa a los pacientes.

- Verdadero.
- Falso.

Veo que reconoces las características de la documentación clínica.

Creo que necesitas volver a leer los contenidos y fijarte en el concepto de clínico.

Solución

1. Opción correcta

2. Incorrecto

## 1.2.- Criterios de cumplimentación de documentos.

---

Ya hemos visto que todos los documentos clínicos son una herramienta básica para conseguir un máximo de eficiencia en la comunicación y almacenamiento de la información sanitaria.



Los documentos tienen unas características que se definen para cada centro sanitario, aunque, en términos generales el documento clínico está dividido en 2 zonas, claramente identificadas, cabecera y contenido:

- En la **cabecera** se incluyen 3 áreas, en las que se registran.
  - La identificación de la consulta o unidad.
  - La identificación del paciente.
  - La identificación del tipo de documento.

En el margen se añade el número de historia, que ayuda a ordenar los documentos en la Historia clínica, y códigos de barras que permitan identificar el documento para una posible digitalización.

- El contenido de cada documento es específico según su utilización: peticiones de consulta, de pruebas, informes, etc. En general, suelen ser más prácticos los documentos con el bloque de contenidos en blanco.
- Todos los documentos deben tener un tamaño DIN A-4 y sólo deben estar impresos por una cara, pueden rellenarse a mano, a máquina o con ordenador, pero siempre con letra legible. Se aconseja usar documentos de imprenta, ya que los realizados con fotocopias u otros sistemas al ser de peor calidad terminan resultando poco legibles.
- En el caso de peticiones de pruebas, etc., deben llevar la firma del médico estomatólogo u odontólogo.

En algunas clínicas dentales se suele optar por entregar al paciente un **cuestionario**, que debe rellenar en la sala de espera antes de entrar al gabinete dental. Con este documento el

odontólogo puede detectar rápidamente si han existido o existen problemas de salud importantes y profundizar sobre aquellos aspectos de interés.

En todo el proceso se debe actuar respetando la **seguridad de los datos** de carácter personal, por tanto, se evitará su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, ya que la historia clínica, las copias de seguridad, así como cualquier otro dato relativo a la salud del paciente o del usuario están considerados dentro de las medidas de seguridad de nivel alto. Esto implica que además de todo lo anterior, se debe limitar el acceso del personal a datos personales, a los soportes que los contengan o a los recursos del sistema de información, en el caso de realización de actividades que no requieran el tratamiento de datos personales. La base legal de estas medidas aparece en el Real Decreto 1720/2007.

En el caso de la **documentación no clínica**, para que los documentos puedan ser tramitados deben estar correctamente cumplimentados en lo referido a:

- Remitente: Persona y unidad que lo tramita, cargo que desempeña y firma.
- Destinatario: Al servicio, persona o cargo.
- Motivo por el que se tramita.

## Para saber más

Puedes ampliar los conocimientos sobre la informatización de la documentación clínica en este interesante artículo de Pilar Mazón y Javier Carnicero.

[La informatización de la documentación clínica.](#) (0.03 MB)



## 1.3.- La Historia clínica.

---

Se puede definir como un documento personal y confidencial donde se recoge la información procedente de la práctica clínica relativa al paciente y donde se resumen todos los procesos a que ha sido sometido. La recogida de una serie de datos de los cuales permite realizar una valoración previa necesaria para poder elaborar un correcto plan de tratamiento preventivo y curativo.

La Historia clínica (HC) constituye el elemento clave para el ejercicio profesional sanitario, tanto desde el punto de vista asistencial, pues actúa de recordatorio para el manejo clínico del paciente, como desde el investigador y docente, permitiendo el [análisis retrospectivo](#) de la asistencia sanitaria. Está ligada a las actividades siguientes:

- Atención de personas.
- Evaluación y promoción de la calidad de la atención prestada.
- Investigación y actividades orientadas a la comunidad.
- Docencia.
- Testimonio jurídico-legal.
- Gestión, administración y planificación de recursos.



Actualmente estamos asistiendo a un avance espectacular de la tecnología informática y la HC esta inmersa en ese mundo. Muchas de las exploraciones y técnicas diagnósticas utilizadas en la asistencia médica se producen en aplicaciones informatizadas, como por ejemplo, los resultados de laboratorios, los métodos de diagnóstico por imágenes, estudios de pruebas funcionales, movilización de pacientes, etc.

En la HC informatizada, la información se captura de forma mecanizada y se mantienen en sistemas masivos de almacenamiento de información. El estomatólogo es el responsable de elaborar la historia clínica, que debe expresarse en lenguaje técnico estomatológico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras o tachaduras.

## Estructura externa de los elementos de la HC.

En un sistema de HC única por paciente, debe existir una carpeta que [aglutina](#) todos los documentos que se generan para un mismo paciente. Algunas de sus características son:

- Deben ser de cartón, suficientemente consistente y poco gruesa y capaz de soportar durante años el trasiego continuo, con el mínimo desgaste.
- El tamaño es mayor que el de DIN A-4 de los documentos, que contienen.
- Externamente recoge el nombre del paciente, número de HC (ambos deben quedar bien visibles cuando la HC esté archivada) y la identificación del Centro.
- En el interior de la carpeta no pueden permitirse señales o marcas en la carpeta que identifiquen la paciente como VIH+ o situaciones similares. La información sobre alergias medicamentosas debe incluirse en un documento visible, pero nunca en la carpeta.

Como veremos a continuación, la historia clínica consta de [anamnesis](#), exploración y pruebas complementarias.

Para ver un modelo de historia clínica ir al Anexo I de esta unidad

## Autoevaluación

Completa la siguiente frase:

La  clínica es un documento  clínico, personal y , donde se recoge la  procedente de la práctica clínica relativa al  y donde se resumen todos los  de diagnóstico y tratamiento a que ha sido sometido.

Enviar

## 1.4.- La anamnesis.

---

Seguro que alguna vez has acudido a un centro de salud o a un hospital ¿Recuerdas cómo se inició la recogida de información de lo qué te estaba pasando?

- **Interrogatorio o anamnesis.** Recoge datos identificativos del paciente, su historia médica o de salud y sus actitudes, conocimientos y comportamientos en salud oral. Podemos diferenciar tres tipos de datos:
  1. **Datos de filiación del paciente:** En este apartado deben figurar los siguientes datos: número de historia, apellidos y nombre del paciente, fecha de nacimiento y edad (en años y meses, si se trata de un niño), domicilio y ciudad de residencia, teléfonos de contacto, profesión y Número de Identificación Fiscal (NIF) o en su defecto el número del Documento Nacional de Identidad (DNI). Si se trata de un menor de edad, también figurará el nombre de los padres, ocupaciones de estos y niveles socioculturales.
  2. **Historia médica o de salud:** El odontólogo interroga sobre la posible patología general sufrida por el paciente en el pasado (antecedentes personales) y en el momento en que acude a la consulta dental. Igualmente se pregunta por las patologías padecidas por los familiares (antecedentes familiares), la sistemática de este interrogatorio incluye:



- **Antecedentes heredofamiliares y personales:** Problemas de la madre durante el embarazo, complicaciones en el parto, enfermedades normales sufridas en la infancia, calendario de vacunas, hospitalizaciones e intervenciones: ¿Cuáles fueron y cuánto tiempo hace?
- **Antecedentes personales patológicos.** ¿Toma alguna medicación? ¿Cuál? ¿Es usted alérgico a algún medicamento? ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad importante?
- **Factores de riesgo** conforme a características de la zona donde habita, edad, nivel socioeconómico, accesibilidad a los servicios, de higiene, hábitos bucales y de

alimentación.

- Interrogatorio dirigido sobre **aparatos y sistemas** el organismo. Estas preguntas se efectúan porque existen patologías de tipo general que pueden interferir con los tratamientos bucodentales o bien obligan a tomar mayores medidas de precaución. En este sentido, son de especial interés:
- Las **enfermedades** cardiovasculares como procesos cardiacos o hipertensión arterial; las enfermedades hematológicas (coagulopatías, púrpuras); la patología endocrina (diabetes, alteraciones tiroideas); las enfermedades transmisibles (hepatitis, herpes, Infección VIH ) o los trastornos del sistema nervios central (psicosis, epilepsia).
- El **consumo de medicamentos** en el momento actual, es necesario conocer si el paciente está tomando alguna medicación o si ha recibido tratamientos médicos especiales como los tratamientos de radioterapia en la cabeza y cuello.
- **Alergias** a medicamentos como anestésicos, antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos.

**3. Hábitos de salud oral.** En el caso de los niños, es un aspecto muy importante que ayudará a saber cuál será el comportamiento futuro del niño en cuanto a hábitos positivos (cepillado, control de dieta,...) y su actitud ante los distintos tratamientos. Se recogerán en la historia los siguientes datos:

- Visitas anteriores al dentista. Motivo. Fecha de la última visita. Si la experiencia fue positiva o negativa.
- Frecuencia de cepillado, de cambio de cepillo.
- Utilización de pastas fluoradas, de flúor en gel, colutorios o en pastillas, de clorhexidina.
- Otros hábitos: Chupete, succión del dedo, respiración bucal, interposición lingual, posición de dormir.
- Actitud frente al tratamiento y tipo de personalidad.

## 1.5.- La exploración física.

---

¿Recuerdas si, a continuación, te preguntaron por el motivo de la consulta? ¿Sabes qué es la exploración física y qué papel desempeña en el diagnóstico clínico?

**Motivo de la consulta.** Se inicia preguntando a la persona el motivo por el que acude al consultorio dental. Esta necesidad de atención bucodental puede estar motivada por una causa urgente o simplemente tratarse de una revisión o de un tratamiento programado. Cuando la causa es urgente y tras preguntar sobre lo que se tiene, desde cuando se padece y a qué se atribuye, se suele realizar una exploración dental y una exploración complementaria (radiodiagnóstico, etc.) con el fin de establecer el diagnóstico. Si la causa de la visita es una revisión, o iniciar o continuar con un tratamiento, se recurre a la ficha odontológica (odontograma). En ella se indica la patología observada en cada pieza dental, los tratamientos previos instaurados y los que se deben aplicar (exodoncias, obturaciones, endodoncias, etc.).



Existe una serie de preguntas que son conocidas como [preguntas hipocráticas](#) y que permiten orientar con sus respuestas por donde continuar el interrogatorio:

- ¿Qué le pasa?
- ¿Desde cuando?
- ¿A qué lo atribuye?

**Exploración física.** Después de la anamnesis se debe realizar una exploración del paciente detenida y meticulosa. Se emplean los siguientes procedimientos:

- **Inspección.** Se hace por medio de la vista, y son la inspección general, por medio de la vista y sin preparación previa.
- **Palpación.** Se lleva a cabo después de la inspección y que consiste en explorar por medio del tacto las partes externas de cabeza y cuello para apreciar las cualidades físicas de los tejidos, así como su sensibilidad, como el dolor, los movimientos reflejos y los movimientos anormales.
- **Percusión.** Se practica golpeando levemente una región determinada para obtener sonidos, investigar el dolor o producir movimientos.
- **Auscultación:** Es el método que consiste en estudiar los ruidos normales o anormales que se producen principalmente entre los dientes o de la articulación témporomandibular.

En Odontología no se debe olvidar que muchas [enfermedades sistémicas](#), algunas de ellas graves (leucemia, [SIDA](#), etc.) tienen repercusiones manifiestas en la cavidad oral. Por otra parte, pueden pasar desapercibidas [lesiones malignas](#) (úlceras persistentes) o lesiones precancerosas ([leucoplasia](#)) en la lengua, labio o mejilla, mientras se hace un diagnóstico de caries, [enfermedad periodontal](#) o [maloclusión](#).

La **sistemática** en la exploración física a seguir será:

1. Partes blandas y tejido óseo.
2. Oclusión dentaria y hábitos negativos.
3. Exploración dentaria.

## 1.6.- Pruebas diagnósticas y tratamiento.

---



Continuamos con otro apartado de la Historia Clínica, veremos entre otros, los estudios de gabinete, las pruebas de laboratorio y el consentimiento informado.

- **Estudios de gabinete y laboratorio** (en caso de que se requiera). Incluye entre otros, el [Odontograma](#), los [modelos de estudio](#), las radiografías, las etiquetas de implantes, las analíticas de sangre, las anotaciones relativas a las prestaciones profesionales dadas con su fecha, y las especificaciones, si las hubiera y las fotografías.
- **Diagnóstico**. En base a todo lo anterior, el médico u odontólogo emite un juicio clínico sobre el estado de salud o la patología del paciente.
- **Hoja de evolución**. Se debe elaborar cada vez que se proporcione atención al paciente y consta de: fecha y actividad realizada. Además se anotan las conclusiones o los motivos que hacen variar el diagnóstico o el tratamiento.
- **Tratamiento e indicaciones odontológicas**, en el caso de medicamentos se señala la dosis, vía y periodicidad.
- **Informes de interconsulta**. En ocasiones es necesario solicitar una opinión u orientación de otro servicio, para ello existen estas hojas que elabora el odontólogo y debe constar de:
  - Nombre a quien se dirige.
  - Criterios de diagnóstico.
  - Estudios de gabinete y laboratorio.
  - Sugereencias de diagnóstico y tratamiento.
- **Consentimiento informado**: La información al paciente debe expresarse en lenguaje sencillo sin usar terminología técnica, es revocable mientras no inicie el procedimiento y no obliga al odontólogo a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un

- riesgo injustificado al paciente.
- El odontólogo, cuando el procedimiento lo requiera, debe obtener el consentimiento después de la información adicional dada.
  - El **consentimiento informado** debe contar como mínimo:
    - Nombre del paciente, de la institución y del odontólogo o del estomatólogo.
    - Diagnóstico.
    - Acto autorizado de naturaleza diagnóstica o curativa.
    - Riesgos. Molestias. Efectos secundarios.
    - Alternativas de tratamiento. Motivo de elección. Mayor o menor urgencia.
    - Lugar y fecha donde se emite.
    - Autorización al odontólogo para atención de contingencias y urgencias, derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.
  - **Hoja de alta voluntaria.** Se debe realizar cuando el paciente decide no continuar con la atención del odontólogo con plena conciencia de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

## Para saber más

El Instituto catalán de la Salud tiene documentos predefinidos sobre normas post-tratamiento como la que puedes ver a continuación para después de una extracción y en varios idiomas.

[Información al paciente sobre la extracción.](#) (0.20 MB)



## 1.7.- Documentos sanitarios no clínicos.

---



Existen actividades sanitarias que generan documentos como consecuencia de la gestión, comunicación y atención del paciente, se denominan documentos sanitarios no clínicos y los podemos clasificar en:

- **Actividades relacionadas con el paciente.**
  - **Tarjeta sanitaria:** Es un documento individual y personalizado que acredita el derecho a la asistencia sanitaria, facilitando el acceso a centros y servicios de forma rápida. Tiene varios formatos.
  - **Cheques de la compañía aseguradora.** En el caso de pacientes que pertenecen a una mutua de seguros, será uno de los documentos que necesitaremos para poder facturar el servicio realizado.
  - **[Servicio de admisión:](#)** Es el encargado de aceptar o facilitar el acceso del paciente al hospital, en este caso al Servicio de Cirugía Maxilofacial.
  - **Servicio de atención al paciente:** Orienta a pacientes y familiares sobre las gestiones relacionadas con la asistencia en el hospital: dudas, reclamaciones, donación de órganos.
  - **Guías de atención y protocolos:** Las guías de atención permiten evaluar la asistencia, valorando si se han seguido los criterios indicados en el protocolo. Los protocolos clínicos son un conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos más adecuados a utilizar ante todo enfermo con un determinado cuadro clínico.
- **Actividades relacionadas con la gestión.**
  - **[Conjunto mínimo básico de datos o CMBD.](#)**
  - **Formularios de actividad.** Es un documento que resume los servicios realizados durante una jornada de trabajo por un equipo asistencial o en una clínica dental.
- **Actividades relacionadas con la comunicación.**

- **Visitas en consulta:** Son los justificantes que elabora el centro sanitario para justificar la ausencia al puesto de trabajo del paciente que es atendido. Existen varios formatos.
- **Partes médicos de [incapacidad temporal](#).** Son función del médico de cabecera, cuando se produce una baja por enfermedad, se precisa de un documento que lo justifique y que se realiza en unos documentos específicos.
- **Otros documentos.**
  - **Certificado de defunción:** Es el documento médico que anota la causa del fallecimiento y los datos personales.
  - **Enfermedades de declaración obligatoria:** Son las enfermedades, que por sus características especiales, deben ser declaradas ala autoridad sanitaria. Existen varios impresos para su notificación: Declaración semanal, declaración urgente, individualizada; y se dispone de protocolos para cada enfermedad.

## 1.8.- Medidas de seguridad de la Historia clínica.

---

Recuerda que la seguridad abarca a todo lo concerniente al paciente, por tanto, es extensible a su información como a su material biológico.

### Medidas de seguridad para ficheros automatizados

En base a lo establecido legalmente por el RD 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, texto consolidado, las clínicas o unidades de salud bucodental deben disponer de medidas técnicas y organizativas que aseguren la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.

- Respecto a los **terminales** o equipos informáticos que contengan datos personales:



No pueden estar en salas de espera, pasillos o en recepciones, salvo que estos terminales estén permanentemente vigilados por el personal de la clínica y/o consultorio dental, y deben disponer de sistemas de bloqueo de acceso en el caso de que dicha persona se ausente por cualquier motivo.

Deben contar con **contraseñas** que impiden el acceso a los datos por personal no autorizado, y disponen de un mecanismo que identifica inequívoca y personalmente a todo usuario que intente acceder a dicho equipo o terminal, verificando su autorización.

- Si la información clínica debe transmitirse por redes de telecomunicaciones, estas aplicaciones informáticas deben **cifrar** los datos personales correspondientes a la salud de un paciente o usuario de los servicios de salud bucodental.
- Es obligatorio realizar **copias de seguridad** de todos los datos relativos a la salud y

disponer de un procedimiento de recuperación de los mismos, estas copias se almacenan en un lugar distinto al que se encuentren los equipos informáticos.

### Medidas de seguridad para material o elementos físicos o genéticos.

En los casos que la prestación de los servicios de salud bucodental implique la extracción de cualquier elemento o muestra física o genética del paciente o usuario de los servicios de salud bucodental, estas se guardan con las mismas medidas de seguridad que se han establecido para los soportes físicos y si es precisa su destrucción, se hará de forma que se impida de forma real y efectiva, que un tercero pueda acceder a los mismos y utilizarlos para obtener o extraer cualquier información de la persona a la que pertenecen.

Para saber mas, ir al Anexo II de esta unidad.

## Autoevaluación

Indica si es cierta la siguiente afirmación: Los Protocolos clínicos son un conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos más adecuados a utilizar ante todo enfermo con un determinado cuadro clínico.

- Verdadero.
- Falso.

Muy bien.

El protocolo surge ante la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. Constituye una ayuda en el proceso de decisión clínica al presentar las alternativas diagnósticas y terapéuticas entre las que elegir.

Solución

1. Opción correcta
2. Incorrecto

## Para saber más

Aquí encontramos el enlace al RD 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, texto consolidado:

<https://www.boe.es/eli/es/rd/2007/12/21/1720/con>

## 1.9.- Aspectos legales.

---

En el apartado anterior has visto que el RD 1720/2007, de 21 de diciembre, **texto consolidado**, es importante en la protección de los datos personales, a continuación señalaremos otros referentes legislativos importantes:

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, texto consolidado:

- El paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso, (en una historia clínica), así como a recibir un informe de alta al finalizar su estancia hospitalaria y al informe de consulta externa.
- La historia clínica se identifica con un número único por cada paciente y debe ser almacenada de forma centralizada en un único lugar.



El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud establece:

El paciente tiene derecho a la comunicación o entrega, a petición del interesado, de un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario.

El Sistema Público debe preservar y garantizar la confidencialidad de los datos contenidos en la historia clínica.

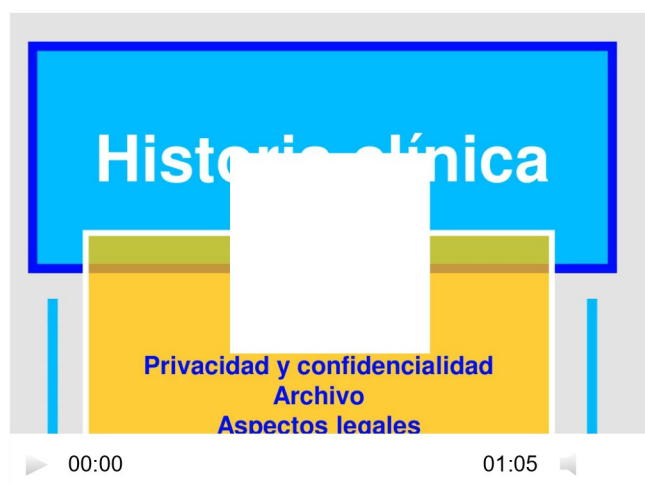
- El acceso a la historia clínica sin [autorización](#), en perjuicio de un tercero, está tipificado como delito grave y está castigado con penas de prisión. Igualmente el profesional que revele o [divulgue](#) datos de la historia clínica será castigado con las mismas penas.
- La historia clínica debe ser un reflejo veraz del curso de la enfermedad. Los datos incluidos entre sus documentos no pueden ser alterados, falseados ni simulados, lo cual constituiría un delito de falsedad documental que está penado por el mismo Cuerpo

Legal.

La Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, texto consolidado:

- Garantiza y protege, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor, intimidad y privacidad personal y familiar.
- Regula el tratamiento de los datos y ficheros, de carácter personal, independientemente del soporte en el cual sean tratados, los derechos de los ciudadanos sobre ellos y las obligaciones de aquellos que los crean o tratan.

## Para saber más



[Resumen textual alternativo](#)

## Autoevaluación

### Ejercicio de relacionar

Norma	Relación	Título
Ley 14/86.	<input type="checkbox"/>	Protección de Datos de Carácter Personal.
RD 63/1995.	<input type="checkbox"/>	Reglamento de desarrollo de la Ley 15/1999, de protección de datos de carácter personal.
Ley 15/1999.	<input type="checkbox"/>	Ley General de Sanidad.

RD  
1720/2007.

Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Enviar

Los objetos o títulos de las normas son: Ley 14/86, General de Sanidad, El RD 63/1995 es el de Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. La Ley 15/1999 es de Protección de datos de carácter personal cuyo desarrollo es el RD 1720/2007.

## Para saber más

Aquí encontramos La Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, texto consolidado:

<https://www.boe.es/eli/es/lo/1999/12/13/15/con>



## 2.- Aplicaciones informáticas en atención sanitaria.

---

### Caso práctico



Está terminando la jornada y a **Esther**, la compañera de **Ramón**, cuando estaba haciendo la copia de seguridad, se le ha ido la luz. Al principio se ha puesto nerviosa pero el apagón no le ha afectado a lo que estaba haciendo porque la consulta dispone de un sistema de alimentación independiente que funciona durante un periodo de tiempo limitado, permitiendo que no se pierdan los datos almacenados.

Ramón está revisando la base de datos para hacer un trabajo de revisión sobre los casos de cáncer oral que han atendido en la consulta estos últimos años y compararlos con las estadísticas nacionales. Como le gusta la informática, piensa elaborar unos gráficos que hagan más comprensible y atractiva la presentación de los mismos.

Cuando **Claudia** le ha llamado para quedar a tomar algo, le ha contado lo que está haciendo y Claudia le ha pedido que le deje colaborar con él. Se ha ofrecido a ir metiendo datos en el ordenador y a revisar las historias clínicas de los pacientes diagnosticados para extraer más datos.

Además, por los primeros resultados que tiene Ramón, no van a tener que revisar muchas historias clínicas y se le ha ocurrido que pueden utilizar Internet para hacer la búsqueda bibliográfica del tema.

## 2.1.- Los Sistemas de información sanitarios.



En la actualidad, todos los centros sanitarios grandes o pequeños, utilizan [sistemas de información sanitarios \(SIS\)](#) para conseguir sus objetivos asistenciales, como la calidad de atención, la eficacia, la eficiencia, la atención al paciente, toma de decisiones y nuevos productos o servicios.

Un **sistema de información** es un conjunto de componentes interrelacionados que recolectan o recuperan, procesan, almacenan y distribuyen información, con el fin de apoyar en el proceso de toma de decisiones y en el control de los servicios prestados en las instituciones de salud; también ayudan a los gestores y directores de hospitales a analizar problemas, visualizar asuntos complejos y crear nuevos productos y servicios.

Los SIS tienen tres funciones: **clínicas, administrativas y tecnológicas**, para ganar eficiencia, brindar mejores servicios y productos con mejor calidad y a costos accesibles, con rentabilidades altas y con la promoción de una competencia sana entre profesionales:

- Constituyen una de las herramientas más importantes para conseguir niveles de eficiencia y productividad más altos en los **procesos asistenciales**, nos permite conocer a los clientes o pacientes, lo que estos necesitan; esto incrementa los ingresos y las utilidades; lo mismo ocurre con los proveedores, mejorando la gestión del almacén.



- Permiten **ahorrar costos** y mejorar la calidad de manejo de datos clínicos, epidemiológicos y sobre los pacientes; integración de datos administrativos y clínicos;

acceso remoto a información médica; acceso a bases de datos especializadas; apoyo para la adopción de decisiones; comunicación a través de medios interactivos, y administración de recursos físicos y financieros.

- Igual que ocurre en nuestro entorno, también en el campo de la atención bucodental los avances de las **tecnologías de la información** y de las **telecomunicaciones** han supuesto cambios como la aparición del comercio electrónico o la navegación por Internet. En esta imagen puedes apreciar las funciones del SIS.

Existe un **marco legal** que condiciona el desarrollo y la implantación de los [sistemas informáticos](#) sanitarios y que podemos agrupar en cuatro líneas principales:

- **Protección de datos personales:** Leyes y reglamentos que establecen delitos, sanciones, y medidas técnicas orientadas a la protección de los datos personales y su uso responsable. Los datos de salud suelen tener la calificación más alta en lo que respecta a medidas de protección y sanciones.
- **Historia clínica (electrónica):** Existen desarrollos legales orientados a regular la conservación, el uso, el acceso a la historia clínica en papel y electrónica.
- **Firma electrónica:** Leyes y reglamentos orientados a desarrollar la firma electrónica para su utilización en contratos electrónicos u otros servicios como la autenticación.
- **Servicios digitales:** Orientados a establecer responsabilidades de las empresas en la prestación de servicios.

## Autoevaluación

Un sistema de  es un conjunto de componentes interrelacionados que  o recuperan, procesan,  y distribuyen información, con el fin de  en el proceso de toma de  y en el control de los  prestados en las instituciones de salud.

Enviar

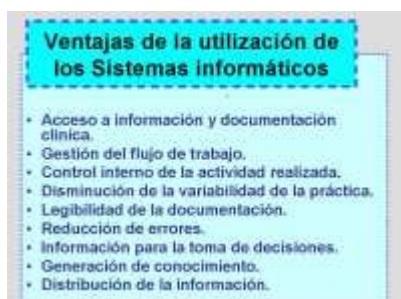
Un sistema de **información** es un conjunto de componentes interrelacionados que **recolectan** o recuperan, procesan, **almacenan** y distribuyen información, con el fin

de **apoyar** en el proceso de toma de **decisiones** y en el control de los **servicios** prestados en las instituciones de salud.

## 2.2.- Componentes tecnológicos.

---

Entendemos por sistema informático de un centro o establecimiento sanitario el conjunto de hardware y software, es decir, incluye ordenadores, impresoras, etc., y también software, sistemas operativos, programas y bases de datos. En esta imagen, aparecen las principales ventajas de la utilización de los sistemas informáticos sanitarios.



Veamos los principales componentes:

- El **hardware**, es decir el equipo físico utilizado para efectuar las actividades de entrada, procesamiento, almacenamiento físico de datos y salida de un sistema de información sanitario. Consta de varios dispositivos de entrada, salida y almacenamiento, así como de dispositivos de telecomunicaciones que enlazan estos dispositivos.
- El **software**, que es un programa que contiene instrucciones detalladas que controlan y coordinan los componentes del hardware de un sistema de información sanitario, es decir, los sistemas de planificación de recursos de administración, de gestión de pacientes, de relaciones con proveedores y de administración del conocimiento los cuales deben ser compartidos por todas las unidades o departamentos que conforman el sistema de salud público o de la clínica dental.
- La **tecnología de conectividad de redes y telecomunicaciones**, que consta de dispositivos físicos como de los software especializados en este tema, el propósito es conectar los equipos físicos del SIS en redes para compartir voz, datos, imágenes, sonido y video; así pues una red es un enlace de dos o más computadoras con el propósito de efectuar las acciones enunciadas anteriormente.
- El desarrollo de los sistemas de información, unido a las tecnologías de la información y comunicaciones, especialmente el **uso de las redes**, está afectando más a un nivel operativo, simplificando el registro y acceso a los datos.

- **Internet**, que es una nueva plataforma de tecnología universal sobre la cual se crean productos, servicios, estrategias y modelos de gestión; también proporciona conectividad necesaria para enlazar diferentes sistemas y redes dentro de los sistemas de salud y otros sistemas informáticos.

Todas estas herramientas, en conjunto con las **personas** necesarias para implementarlas y operarlas, representan recursos que se pueden compartir en toda la estructura sanitaria y constituyen la infraestructura de tecnología de información de cualquier organización de salud.

La **estación médica** es un componente especialmente diseñado para visualizar la historia clínica del paciente desde el que se puede consultar toda la información e incluso hacer interacción con ella y está disponible en el propio gabinete de atención bucodental.

Las aplicaciones informáticas permiten configurarla para mostrar los apartados que interesen, por ejemplo, seleccionado el paciente, se muestran tanto los diagnósticos como los procedimientos aplicados.

Desde la estación médica es posible realizar todas las tareas que el especialista necesite, accediendo a todas las funcionalidades de la aplicación, tanto para consulta como para introducir nuevos datos:

- Consulta de la historia clínica del paciente.
- Introducción de diagnósticos y procedimientos.
- Central de solicitudes: acceso a resultados de pruebas, nuevas solicitudes, etc.
- Informes clínicos.
- Citación.
- Prescripciones médicas.
- Historial Farmacológico.

## 2.3.- Utilidades de las aplicaciones informáticas.

---

¿Has pensado en las utilidades de las aplicaciones informáticas en el caso de la asistencia bucodental? ¿Podemos citar, elaborar informes, planificar la agenda, etc?

### El módulo de agenda y citación.

La planificación de la agenda debe permitir la asignación de citas a los pacientes, de manera que se agilice el proceso.



- La programación de citas médicas se realiza en base a una [planificación](#) previa según bloques de horarios y prestaciones, de forma que se especifican los días de consulta y los horarios (bloques de horarios), así como el número de primeras visitas a atender y el intervalo entre las citas. Las medidas sobre las visitas se pueden controlar por el número de las mismas o por tiempo, a criterio del centro sanitario o del especialista. Además en la definición de las agendas se puede incluir si el especialista necesitará la historia clínica **completa o solamente alguno de sus documentos**.
- Además de la citación normal, el sistema debe soportar la multicitación, mediante la cual sea posible citar a un mismo paciente para diferentes agendas y prestaciones en un mismo día, o en días diferentes pero según los criterios introducidos por el usuario.
- También permiten la **citación repetitiva**, mediante la cual sea posible citar a un paciente para la misma agenda y prestación según la periodicidad definida por el usuario.
- En el caso de Unidades de salud oral del Sistema Nacional de Salud, también se requiere la existencia de una **lista de espera** y una gestión de solicitudes de consultas, donde se muestren las solicitudes realizadas al servicio y/o agenda para el que se está trabajando, pudiendo aceptarlas, rechazarlas o remitirlas. Las solicitudes aceptadas podrán ser citadas directamente desde esta agenda.
- Estos módulos contemplan la **captura de actividad** de consultas externas por servicio,

médico, lugar de consulta y/o rango de fechas.

Las prestaciones o tipo de asistencia sanitaria pueden quedar registradas en tablas auxiliares para elaborar todo tipo de informes posteriores.

El sistema de citación se apoya en un conjunto de tablas auxiliares orientadas a flexibilizar al máximo las prestaciones y a posibilitar todo tipo de informes, entre las que destacan:

- Espacio físico: Consultorio o gabinete donde se prestará la atención sanitaria.
- Prestaciones: Por ejemplo una primera visita, curas, visitas sucesivas, etc. Para cada caso y especialidad se establece un tiempo estándar de atención. Asimismo, se establecen los intervalos entre citas (tiempo que transcurre desde que sale un paciente de la consulta hasta que entra el siguiente).
- Motivo de anulación de cita.
- Motivos de fallo de cita.
- Resultado de la visita.

A partir de la programación realizada con los módulos de citación descritos, el sistema permite recoger la actividad real, tanto programada como imprevista o urgente, reflejando asimismo, los fallos a las citas previas y su motivo, por ejemplo: paciente no presentado, paciente mal preparado (falta de cobertura antibiótica), avería en aparatos, etc.

Pasa saber mas, sobre aplicaciones informáticas ir al Anexo III de esta unidad



## 2.4.- Los informes.

---

En el apartado anterior hemos visto lo referente a la citación y agendas ¿Cómo nos pueden ayudar las aplicaciones informáticas en la elaboración de los diferentes informes asistenciales y técnicos?

### 1. Elaboración de informes asistenciales.

Estas herramientas informáticas permiten definir diferentes modelos de informes asistenciales adaptándolos a los distintos tipos de unidades o clínicas dentales, a partir de la información sobre la actividad asistencial contenida en el sistema de información y utilizando plantillas de programas de tratamiento de texto u otra herramienta, previamente diseñados e imprimir el informe asistencial final.

Se pueden definir tantos modelos de informes, hojas o formularios como se desee: informe médico, hoja de seguimiento, cuestionarios, igualmente se establecen los apartados que lo componen, que podrán ser de texto libre o información extraída de la base de datos.



Los informes sanitarios pueden ser de distintos tipos:

**Informes asistenciales**, utilizando los distintos apartados configurados previamente, se pueden cerrar imposibilitando su modificación y se validan mediante firma electrónica. El informe asistencial ya generado se puede combinar con herramientas de ofimática, para visualizarlo, imprimirlo y almacenarlo.

**Información de actividad hospitalaria**, al generar cada apartado del informe asistencial (diagnósticos, próximas citas, resultados de laboratorios, etc.).

**Otra información**, de cualquier apartado extraído de la base de datos. Por ejemplo, resultados de exploración o los diagnósticos de caries...

## 2. El módulo de archivo.

Los programas informáticos cuentan con la capacidad de almacenar la historia clínica del paciente. Además, una misma historia clínica podrá estar dividida en varias carpetas (radiografías, ecografías, carpeta general, etc.). Los procesos relacionados con archivos (peticiones, préstamos, etc.) se realizarán sobre las carpetas y no sobre la historia clínica, aunque permite que un proceso se aplique a todas las carpetas de una historia clínica.

## 3. Listas de trabajo.

El gabinete o la Unidad de salud oral pueden obtener listas de trabajo de las prestaciones a realizar para cada día.

## 4. Introducción de resultados.

Una vez realizadas todas las pruebas o procedimientos de diagnóstico, exploración o intervención, los resultados de las mismas son introducidos en el sistema en diferentes formatos: numéricos, texto libre o valores predefinidos.

## 2.5.- El módulo de Facturación.

---

Terminamos de conocer las aplicaciones informáticas viendo la gestión de [facturación](#) de la clínica.

En general, la facturación podrá ser directa o a partir de servicios prestados.

- Las aplicaciones permiten hacer una **facturación general** seleccionando los episodios a facturar por una serie de criterios de selección (rango de fechas, servicio, paciente, rango de episodios, etc.). Esto generará una factura distinta por cada garante (compañía de seguros, seguridad social o el propio paciente) y/o paciente, pudiendo también



generar varias facturas del mismo seguro y/o paciente.

- También permiten obtener **facturas globales**, que agrupen todos los episodios atendidos en un periodo dado con cargo a un mismo seguro y también permiten contar con la alternativa de realizar facturas parciales o totales.
- La facturación se realiza basándose en las condiciones de facturación indicadas por el seguro o paciente.
- Otros datos que se contemplan en la factura son el número de copias de factura, si agrupa episodios en una sola factura, la dirección de facturación, etc.
- La valoración de los actos médicos se hace en base al precio de los productos, incluyendo que además a cada seguro o paciente se le puede aplicar el precio normal o su propia tarifa.
- Otras opciones son la capacidad de asignar descuentos, recargos, etc.
- Una vez generadas, las facturas se pueden imprimir una a una o en bloque. También existe la posibilidad de anulación y abonos de facturas, así como de agrupación de actos médicos por conceptos de facturación, dando la posibilidad de poder facturar por estos conceptos, o bien, facturar los actos médicos en detalle.
- Finalmente, los sistemas cuentan con un proceso que traspasa automáticamente la facturación a los módulos de contabilidad, impuestos fiscales y gestión de cobros.

- Se pueden realizar diversas consultas e informes estadísticos como:
  - Ventas (por cliente, por acto médico, por episodio).
  - Episodios pendientes de facturar, etc.

**Régimen económico o tipo de cobertura:** Estos sistemas permiten seleccionar diferentes tipos de coberturas que se harán cargo de los gastos generados por una asistencia o por paciente. Para cada tipo de cobertura se define el tipo de producto que cubre y de qué forma, es decir, se puede indicar como un porcentaje, importe máximo, importe fijo, etc.

**Pagos:** Como el sistema permite la facturación tanto de episodios y/o expedientes completos, la facturación es flexible, y configurable por el usuario, de forma que es posible facturar total o parcialmente cada uno de los conceptos facturables. Por ejemplo, un concepto facturable puede estar facturado al 100%, o puede tener una parte del mismo pendiente de facturar.

## Autoevaluación

Indica si es cierto que el módulo de facturación sólo permite hacer una facturación general seleccionando los episodios a facturar por una serie de criterios de selección.

- Verdadero.
- Falso.

Te recomiendo que vuelvas a repasarlo..

En general, la facturación podrá ser directa o a partir de servicios prestados.

Solución

1. Incorrecto
2. Opción correcta

## 2.6.- Las bases de datos.

---

Una base de datos es un conjunto de datos organizados para servir eficientemente a muchas aplicaciones al centralizar los datos y controlar su [redundancia](#), en vez de que los datos se almacenen en archivos separados para cada aplicación, se guardan físicamente para que se presenten a los usuarios como si estuvieran almacenados en un solo lugar, es decir una sola base de datos da servicio a múltiples aplicaciones.

El sistema de administración de base de datos es en realidad un software que permite centralizar los datos de una organización sanitaria, administrarlos eficientemente y proporcionar, mediante los programas de aplicación o módulos del sistema de información sanitario, el acceso a los datos almacenados, con ello se logra tener un mayor y mejor acceso a la información, además de disminuir los costos de operación y mantenimiento, y controlar su seguridad, punto vital en un sistema de información sanitario, por el tipo de información que estos manejan (historia clínica, exámenes, radiografías, informes médicos, alergias, etc.).



La base de datos clínicos se alimenta con los siguientes apartados:

- Información demográfica: Edad, sexo, estado civil, grupo familiar, posición socio económica, etc.
- Antecedentes y alergias: Son dos componentes de la aplicación que nos permiten definir antecedentes y alergias del paciente (ya sean detectados en un episodio o no).
- Atenciones a cada paciente, agrupadas en episodios y procesos clínicos.
- Diagnósticos y procedimientos, relacionados con cada episodio.
- Solicitudes realizadas sobre un paciente: quirúrgicas, hospitalización, consultas, etc.
- Resultados e informes de pruebas de laboratorio, informes radiológicos, etc.
- Informes: Informes médicos, notas interconsultas, etc.
- Conceptos de facturación: Prestaciones, prótesis, medicamentos, pruebas, información

financiera: costos, cargos.

El **almacén de datos** consiste en una base de datos que almacena datos actuales e históricos de potencial interés para la toma de decisiones, ya sea a nivel de gestión clínica o a nivel administrativo. El almacén de datos es el que consolida y [estandariza](#) información de diferentes bases de datos con el propósito de que la información se pueda utilizar a través de la organización sanitaria para el análisis y la toma de decisiones, se ponen los datos a disposición de quien los necesite, pero no se pueden modificar, es decir, el usuario no tiene el nivel de acceso requerido para efectuar estas acciones.

Para saber mas, ir al anexo IV de esta unidad.

## 2.7.- Las redes e Internet.

---

El sistema operativo de red [enruta](#) y maneja las comunicaciones sobre la red y coordina los recursos de esta, puede residir en todos los ordenadores de la red o bien en un ordenador servidor dedicado para todas las aplicaciones de la red.

- Las redes también contienen un **conmutador** o concentrador que funciona como punto de conexión entre los ordenadores, estos son dispositivos que conectan componentes de la red enviando paquetes de datos a todos los demás dispositivos conectados. Otro dispositivo que se utiliza para conectar dos o más redes es el [router](#).
- Si se trata de una organización sanitaria más grande y compleja como los hospitales, se establecen [redes de área local \(LANs\)](#). Estas redes se deben enlazar para formar una [infraestructura](#) de conectividad de redes a nivel de toda la organización, la infraestructura de redes de una institución sanitaria grande (hospitales de media y alta complejidad, así como sistemas de salud en general) consta de un gran número de estas LANs enlazadas a otras LANs y a redes corporativas, para ello se requiere una infraestructura de red robusta, la cual utiliza una amplia diversidad de tecnologías, desde el servicio telefónico normal, servicios de Internet, [Wi-Fi](#) y teléfonos inalámbricos, entre otros.

### Plataformas tecnológicas.

En la actualidad casi todas las soluciones de infraestructura tecnológica están basadas en la configuración denominada "Cliente-Servidor"; en este tipo de configuración los ordenadores, ya sean de escritorio o sobremesa, portátiles, etc. y que son denominados "clientes", se enlazan en red a potentes ordenadores llamados "servidores" que proporcionan a las clientes una variedad de servicios y capacidades; todo el trabajo de procesamiento se reparte entre estos dos tipos de equipos.





## Acceso a Internet.

Para lograr establecer estos niveles de conexión, actualmente se debe utilizar la red de redes, Internet, esta es una red que se basa en el conjunto de protocolos de conectividad de redes (TCP/IP); a todos los ordenadores que se conecten a Internet se les asigna una dirección de protocolo de Internet (IP) única, compuesta de un número de 32 bits representado por cuatro cadenas de números que van de 0 a 255, separadas por puntos, sería como el documento nacional de identidad de los ordenadores. El tráfico de datos de Internet es transportado por redes vertebrales transcontinentales de alta velocidad, que oscilan entre 45 Mbps a 2.5 Gbps, los datos son procesados y enviados a un servidor Web que se utiliza para localizar y manejar páginas Web almacenadas en bases de datos de otras redes, localiza las páginas Web que solicita el usuario en la base de datos donde estén almacenadas y las entrega al usuario.

## Para saber más

El Código tipo de tratamiento de datos de carácter personal para odontólogos y estomatólogos de España es un interesante documento que te puedes descargar para conocer más en profundidad este tema.

[Código tipo de tratamiento de datos de carácter personal.](#) (0.25 MB)

### 3.- El Sistema de calidad en salud oral.

---

#### Caso práctico



**Adela** tiene previsto revisar el Plan de Calidad de su clínica dental. Además de contar con los referentes legislativos, un compañero suyo le ha pasado el Plan de Calidad de su clínica para que lo lea, lo valore y vea que aspectos del plan no tiene recogidos y como mejorar el mismo.

Como supone mucho trabajo, les ha pedido a **Ramón** y a **Esther** que le echen una mano en este tema para no prolongarlo demasiado.

Ramón ha elegido trabajar los protocolos clínicos, su amiga **Claudia** le ha dicho en más de una ocasión que su centro de salud dispone de unas guías de práctica clínica y que los profesionales de la Unidad tienen recogidas todos los protocolos y la documentación científico-técnica que lo avalan, de forma que a Ramón le parece que si compara cada uno de los protocolos de las prestaciones sanitarias que son comunes, ya tiene parte del documento del Plan de calidad un poco más avanzado.

En el centro de salud de Claudia, les han pasado una nota interna para comunicarles que próximamente van a pasar una encuesta de satisfacción del usuario y que su Unidad tendrá que recoger doscientas encuestas en un periodo determinado y unos días alternos que les tienen que especificar más adelante.

## 3.1.- La calidad.

---

La calidad es un concepto que tiene muchos puntos de vista y matizaciones ¿Qué es para ti la calidad?

Tradicionalmente el concepto de calidad asistencial se relacionaba con el cumplimiento de normas y estándares científico-técnicos, pero recientemente, ha adoptado una nueva dimensión, donde se concibe como la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario.

Avedis Donabedian, fundador del estudio de la calidad de la atención a la a la salud, define la Calidad Asistencial como "*aquella clase de atención que se espera que pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de valorar el balance de pérdidas y ganancias de los resultados obtenidos*".

La palabra calidad tiene diferentes significados pero en general se relaciona con las propiedades que tiene que tener un servicio o un producto para satisfacer nuestras necesidades, luego la calidad es la percepción que el cliente tiene de un producto o servicio en función de la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades.



Existen varias teorías sobre la satisfacción, la más importante ha sido la teoría de la no confirmación de las expectativas. El rasgo principal de ésta, es que la satisfacción y la insatisfacción son el resultado de la comparación entre las expectativas previas y la percepción o características de la asistencia sanitaria recibida. Cuanto mayor es la diferencia entre lo real y lo esperado, más claramente aparece la satisfacción y la insatisfacción, según la dirección que adopte la divergencia.

Aspectos legislativos.

En España, la calidad aparece en la Ley General de Sanidad 14/86, de 25 abril texto

consolidado que determina, en su artículo 69, que "*la evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud*", y que "*la Administración sanitaria establecerá sistemas de evaluación de la calidad asistencial oídas las Sociedades científicas sanitarias*".

Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud texto consolidado, establece el principio de que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Así, en sus artículos 28.1 y 29 determina que las Comunidades Autónomas garantizarán la calidad de las prestaciones, y que estas garantías de seguridad y calidad serán aplicables a todos los centros, públicos y privados, siendo responsabilidad de las Administraciones Públicas Sanitarias, para los centros de su ámbito, velar por su cumplimiento.

Los diferentes sistemas sanitarios públicos del estado español en base a las leyes vigentes han establecido que el objetivo prioritario de la atención sanitaria debe ser la satisfacción de las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

## Autoevaluación

La Ley 16/2003, de Cohesión y  del Sistema Nacional de Salud establece el principio de la  de la calidad del sistema sanitario y determina que las Comunidades Autónomas  la calidad de las , que serán aplicables a  los centros, públicos y privados, siendo responsabilidad de las  Públicas Sanitarias, velar por su cumplimiento.

Enviar

La Ley 16/2003, de Cohesión y **Calidad** del Sistema Nacional de Salud establece el principio de la **mejora** de la calidad del sistema sanitario y determina que las Comunidades Autónomas garantizarán la calidad de las **prestaciones**, que serán aplicables a **todos** los centros, públicos y privados, siendo responsabilidad de las **Administraciones** Públicas Sanitarias, velar por su cumplimiento.

## 3.2.- Las dimensiones de la calidad.

---

Las clínicas deben contar con un **plan de calidad** documentado, que es la forma como un centro pone en práctica una política de calidad, la orienta, la expresa y la aplica. Es el conjunto de medidas adoptadas para **garantizar** que la asistencia sanitaria es adecuada, segura y de calidad. Este plan abarca todas las dimensiones de la calidad:

- Científico-técnica

Considera tanto la calidad de los equipos y las instalaciones donde se presta la atención sanitaria como el nivel de competencia de los profesionales que la aplican y que además, está regulada académicamente.



- Eficacia

Se define como el grado de consecución de los objetivos propuestos sin tener en cuenta el coste empleado, de forma que, decimos que un procedimiento es eficaz cuando cumple el objetivo para el que ha sido diseñado. Lo que valoramos en este caso es lo adecuado del procedimiento que se presta.

- Eficiencia

La eficiencia mide el grado de consecución de los objetivos propuestos al mínimo coste posible. Un procedimiento, programa, servicio... será más eficiente que otro si, consiguiendo los mismos objetivos, emplea menos recursos.

- Accesibilidad

Se refiere a la posibilidad real de disponer de personal o del servicio que se precise en el momento en que se necesite, de forma que decimos que un servicio sanitario tendría

una elevada accesibilidad si durante 24 horas al día, los 365 días del año, se pudiese acceder al mismo.

También se considera dentro de esta dimensión la cercanía y capacidad de comunicación con los profesionales que prestan la asistencia.

- **Satisfacción del usuario**

Además de lo dicho en el apartado anterior que hacía referencia fundamentalmente al usuario, cliente o paciente de la clínica dental o de la unidad de salud bucodental, en la satisfacción también se valora el grado de satisfacción de los profesionales que prestan el servicio.

### 3.3.- Control de calidad interno y externo.

---

El **control de calidad** es la parte del plan de calidad que se refiere a las exigencias y especificaciones en los procesos, procedimientos y documentación que asegura que éstos se hacen y se controlan con el fin de ofrecer una asistencia óptima. Tradicionalmente todas estas actividades se realizaban de una manera mas o menos informal y personalizada y quizá sin ser conscientes de su importancia.

- El primer paso para implantar un Plan de calidad es **estructurar y documentar** de una forma rigurosa todas las actividades del proceso de prestación del servicio En este sistema de control de calidad es obligado introducir un esquema de trabajo que incluya la revisión organizada de nuestra labor, soluciones correctoras y archivo de las conclusiones.



- En segundo lugar, toda la actividad que desarrollamos está basada en una serie de procedimientos técnicos que reúnen una serie de características. Esta actividad es lo que se llama **normalización** y constituye la idea central de un sistema de calidad. La **normalización de las técnicas** es una idea presente en la actividad profesional porque es determinante en el resultado del proceso asistencial.
- En tercer y último lugar, la **evaluación** de la asistencia prestada es el último aspecto del sistema de control de calidad que tiene su punto de partida desde el momento en que se cita al paciente y termina al finalizar la asistencia. Cuando la evaluación es realizada por el propio establecimiento que establece sus criterios de conformidad y se enmarca en una política de control de calidad, se denomina **control de calidad interno**. O por el contrario, si es un equipo de expertos imparciales quien examina los sistemas, procesos y resultados y emite un certificado se trata de un **control de calidad externo**.
- Los resultados de todos los **controles de calidad** y procedimientos deben ser registrados. Los registros de calidad se archivarán un mínimo de cinco años, salvo las



historias clínicas que se conservarán al menos quince años desde la última anotación.

## Autoevaluación

Cuando la evaluación es realizada por una organización externa el propio centro sanitario que establece sus criterios de conformidad y se enmarca en una política de control de calidad, se denomina control de calidad interno.

- Verdadero.
- Falso.

Creo que es conveniente que revise los conceptos antes expuestos.

En efecto el control de calidad establecido por el propio establecimiento es el interno, el que depende de equipos externos se denomina control de calidad externo.

Solución

1. Incorrecto
2. Opción correcta

## 3.4.- Evaluación de la calidad en el gabinete.

---

Seguimos avanzando en el conocimiento del control de calidad. ¿Te imaginas que indicadores del plan de calidad permiten la evaluación en los sistemas de garantía de calidad y por tanto el control de calidad?

Los **indicadores** son aquellos aspectos que permiten medir y evaluar la calidad y que pueden ser agrupados en los siguientes apartados:

- **Organización de la clínica o unidad de salud bucodental;** es el organigrama, con identificación del responsable y del personal, su cualificación y la formación continuada recibida.
- **Recursos humanos, materiales e instalaciones.**
  - Identificación de la clínica o la unidad de salud bucodental y servicios que presta.
  - Identificación del personal y responsabilidad en una tarjeta.
  - Accesibilidad: Horarios de apertura, identificación de las áreas funcionales: recepción, aseos, salidas de emergencia.
  - Instalaciones para los pacientes: Las salas de espera, los aseos de pacientes y acompañantes.
  - Equipamiento e instrumental. Existe un equipamiento e instrumental mínimo general, que son los equipos mínimos de diagnóstico y de intervención para el



ejercicio general de la profesión.

- Zona de esterilización.
- Zona de almacenaje.
- **Seguridad y gestión de los riesgos para pacientes y personal sanitario.**
  - Plan de seguridad microbiológica.
  - Plan de seguridad química.
  - Plan de seguridad radiológica.

- Protocolo de resucitación para dentistas y auxiliares.
- **Recepción y relación con los pacientes.**
  - Publicidad de la consulta.
  - Citación del paciente.
  - Primera cita: Exploración y diagnóstico.
  - Confección de presupuestos.
- **Procesos clínicos:**
  - Protocolos de actuación.
  - Información al paciente: Incluye el documento del Consentimiento Informado.
  - Informe oficial documentado.
  - Instrucciones postintervención.
  - Seguimiento del paciente.
  - Profilaxis bucodental y educación sanitaria.
- **Compras de materias primas y materiales sanitarios:**
  - Listados de laboratorios dentales legalmente autorizados.
  - Entrega y recepción de prótesis y documentación acompañante.
  - Lista de proveedores de materiales y equipos.
- **Proveedores de servicios:**
  - Contrato de servicios con la Unidad Técnica de Protección Radiológica.
  - Contrato de servicios con un Servicio de Protección Ajeno para la Prevención de Riesgos Laborales.
  - Contrato de servicios con empresas de recogida y gestión de residuos biosanitarios, y/o tóxicos y peligrosos.
  - Suscripción de póliza de responsabilidad civil de instalaciones y profesional.
  - Contrato de prestación de servicios de gestoría laboral mercantil.
- **Historia clínica y consentimiento informado.**
- **Procedimientos para reclamaciones de pacientes y clientes:** Debe existir un procedimiento documentado para atender las reclamaciones de los pacientes y sus familiares y se conservarán registros de la gestión de dichas reclamaciones.

## 3.5.- Normas internacionales de calidad: Norma ISO.

---

Hemos visto los indicadores que permiten medir y evaluar, entonces ¿Cuáles son las bases de control de calidad externo? Seguro que más de una vez has oído la palabra ISO asociada a temas de calidad. Veamos las normas ISO más importantes en la asistencia sanitaria.

Los mecanismos externos de control de la calidad asistencial tales como la **acreditación** o la **certificación** se realizan de acuerdo con las normas de la International Organization of Standardization o Norma ISO, o mediante la valoración con el modelo de la European Foundation of Quality Management (EFQM) que sirven para asegurar, o incluso más bien mejorar, la calidad de un servicio evaluado.



ISO en la asistencia sanitaria.

- La actual ISO 9001 está dividida en 20 capítulos, que en la mayoría de los casos evalúan una organización (un centro, un servicio, una empresa) en términos de proceso. Aplicado a la asistencia sanitaria, esta norma ayuda a fortalecer la orientación del proceso de un servicio de salud pero no da ninguna garantía sobre lo apropiado de la selección de tratamientos para pacientes, o los resultados de salud. En general, no trata el proceso clínico y se referirá principalmente al proceso de gestión en que tiene lugar la toma de decisiones clínicas.
- ISO 27799:2008

Esta norma se aplica a la información de salud independientemente del tipo de información, el medio utilizado para almacenar y cualquiera que sea el medio utilizado para transmitirlo. Mediante la aplicación de esta norma internacional, las organizaciones sanitarias deben ser capaces de garantizar un mínimo nivel necesario de seguridad; por ejemplo, los sistemas informáticos de la salud deben permanecer en funcionamiento

durante los desastres naturales o fallos del sistema, o que se debe preservar la confidencialidad e integridad de los datos contenidos.

Respecto al uso de Internet y las tecnologías en la prestación de servicios, y el consiguiente crecimiento del intercambio electrónico de información personal de la salud entre los profesionales de la salud, se debe garantizar la seguridad de las tecnologías informáticas en la asistencia sanitaria.

Esta norma es complementaria a la ISO/IEC 27002:2005, Tecnología de la información, técnicas de seguridad y Código de buenas prácticas para la gestión de la seguridad de la información. Por tanto, la ISO 27799 contiene un plan de acción práctico para la aplicación de la norma ISO/IEC 27002 en un entorno de la salud. En conjunto, estas dos normas definen lo que se requiere en términos de la seguridad de la información en la asistencia sanitaria.

## Autoevaluación

Entre los indicadores de Procesos Clínicos figura el contrato de servicios con la Unidad Técnica de Protección Radiológica, con un Servicio de Protección Ajeno para la Prevención de Riesgos Laborales y con empresas de recogida y gestión de residuos biosanitarios, y/o tóxicos y peligrosos.

- Verdadero.
- Falso.

Revisa los indicadores del Plan de calidad y fíjate que se entiende por procesos clínicos.

Veo que te has dado cuenta de que estos tipos de servicios pertenecen a los indicadores de prestaciones de servicio de la clínica o Unidad de salud bucodental.

Solución

1. Incorrecto
2. Opción correcta

# Anexo I.- Historia clínica.

---

## DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos Nombre Edad Fecha de nacimiento

Domicilio Ciudad C.P. Teléfono

## HISTORIA CLINICA

**Motivo de la consulta**

**Antecedentes familiares y personales.**

Problemas de la madre en el embarazo

Problemas en el parto

Enfermedades de la infancia

vacunación

Hospitalizaciones e intervenciones

**Antecedentes patológicos.**

Corazón:

Riñón, Hipertensión

Diabetes

Alter. coagulación

Anemia

Hepatitis

Fiebre reumática

Infecciones

Epilepsia, Depresión...

Alergias

Medicamentos

## HISTORIA BUCODENTAL

**Hábitos positivos:**

Frecuencia de cepillado

Tipo de cepillado

Frecuencia de cambio de cepillo

Tipo de cepillo

Sangra al cepillarse

Utiliza seda dental Frecuencia

Utilización de pastas fluoradas

Utilización de flúor

Visitas anteriores al dentista:

Es la primera visita

Fecha de la última visita

Actitud frente al tratamiento:

Presenta ansiedad

Personalidad psicológica

Exposición al flúor: Lugar de nacimiento Residencia habitual



## Anexo II.- Documento de seguridad de la clínica dental.

---

Todos los centros deben disponer de un **documento de seguridad** en el que se recogen las medidas técnicas y organizativas en función de la normativa vigente y de obligado cumplimiento para el personal con acceso a los sistemas de información. En él se hace constar:

1. Funciones y obligaciones de cada uno de los usuarios con acceso a los datos personales y a los sistemas de información.
2. Registro de incidencias que afecten a los datos de carácter personal, haciendo constar el tipo de incidencia, el momento en que ha tenido lugar, la persona que la realiza, a quien se le comunica, sus efectos y las medidas correctoras aplicadas.
3. El personal sólo tendrá acceso a aquellos recursos que precise para el desarrollo de sus funciones.
4. En el caso del traslado de las historias clínicas, se garantizará la confidencialidad y que dicha información no sea manipulada por terceros durante su transporte.
5. La destrucción de dichos documentos o soportes se realiza mediante sistemas adecuados de destrucción de soportes físicos de datos de carácter personal, como destructoras de papel o de otro tipo de mecanismo.
6. Los soportes que contengan datos relativos a la salud se etiquetarán de manera comprensible para el personal pero imposible de identificar para el resto de personas.
7. El acceso a los locales y lugares donde se encuentren estos ficheros estará restringido única y exclusivamente al personal autorizado y dichas áreas permanecerán cerradas. No deben situarse en pasillos, salas de espera o en la recepción de la clínica y/o consultorio dental, salvo que se adopten mecanismos de seguridad como llaves físicas, tarjetas magnéticas, etc.
8. No se mostrará, ya sea de forma directa o indirecta, cualquier tipo de dato de carácter personal concerniente a los afectados o interesados que consten en los ficheros de los responsables a terceras personas no autorizadas.
9. El archivo de los documentos y soportes con datos personales debe realizarse de forma que se asegure su conservación, localización y consulta de la información así como la posibilidad de ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento.

10. Cuando la documentación se encuentra fuera de los dispositivos de almacenamiento, por ejemplo, para la realización de un tratamiento o de una revisión estadística, etc., la persona que se encuentre al cargo de la misma adoptará todas las medidas necesarias para evitar el acceso de personas no autorizadas.
11. Sólo se pueden hacer copias físicas de los documentos bajo control del personal autorizado y se deben destruir las copias desechadas para evitar el acceso a la información contenida o su posterior recuperación.

## Anexo III.- Estadística y vigilancia epidemiológica.

---

Esta aplicación tiene el objetivo de apoyar las actividades y procesos de los servicios de salud a nivel local y regional y la toma de decisiones para la planificación, ejecución de intervenciones y su evaluación, tanto para la gestión como para la planificación y gerencia de los servicios de salud a nivel nacional.

Se distinguen los siguientes ámbitos de competencia:

### 1. Nivel local:

Es el nivel de usuario que además de generar los datos (en los establecimientos de atención primaria, hospitales y áreas), utiliza la información en forma individual para apoyar el análisis de su gestión y valorar la situación de salud y vigilancia epidemiológica de su propio nivel.

### 2. Nivel regional:

Es el nivel de usuario que valida, supervisa y evalúa los procesos de la atención en salud y los datos generados en el nivel local mediante la revisión, consolidación y análisis de la información que recibe del nivel local y nacional.

### 3. Nivel central:

Es el nivel responsable de generar la estadística nacional y la formulación de la política institucional de instituciones, programas y servicios del sector, mediante el análisis de información individual y consolidada que recibe de los niveles locales y regionales.

### 4. Nivel externo:

Se entiende dentro de este nivel a todo aquel usuario que requiere cierto tipo de información consolidada para investigación, divulgación, conocimiento, comunicación, etc. Pueden ser individuos o personas de la comunidad nacional o internacional, representantes de medios de comunicación, organizaciones y / o instituciones.

## Anexo IV.- Manejo de las bases de datos.

---

El manejo de la base de datos puede ser de dos tipos, la gestión por relaciones y la gestión por jerarquía:

- **Gestión por relaciones:** Los datos se representan como tablas bidimensionales, estas pueden considerarse como archivos. Cada tabla contiene datos acerca de la entidad y sus atributos, entre algunas bases de datos que utilizan este sistema están Microsoft Access, DB2, Oracle y SQL Server; los más utilizados son SQL (tecnología abierta) y Oracle. Las tablas de una base de datos relacional se pueden combinar fácilmente para entregar los datos requeridos por los usuarios, siempre y cuando dos tablas compartan un elemento de datos común; para ello se utilizan tres operaciones básicas, seleccionar, proyectar y unir.
- **Gestión por jerarquías:** Estas bases tienen la capacidad de almacenar y recuperar registros que no solo contengan números y caracteres, sino también dibujos, imágenes, fotografías, voz y video; este tipo de base de datos almacena los datos y los procedimientos que realizan operaciones sobre estos datos como objetos que se pueden recuperar y compartir de manera automática, además tienen la capacidad de definición de datos para especificar la estructura del contenido de la base de datos. El lenguaje más utilizado para este tipo de base de datos es el Lenguaje de Consultas Estructurado o SQL.

# Anexo.- Licencias de recurso.

## RL03\_CONTENIDOS

Recurso

Datos del Recurso

Recurso

Datos del Recur



Autoría: Silvia Portero Cano

Licencia: Uso Educativo no comercial para plataformas de FPaD.

Procedencia: Elaboración Propia.



Autoría: ITE.

Licencia: CC by-

Procedencia: idl



Autoría: Silvia Portero Cano

Licencia: Uso Educativo no comercial para plataformas de FPaD.

Procedencia: Elaboración Propia.



Autoría: Rosa M

Licencia: Uso Ec  
comercial para p  
FpaD.

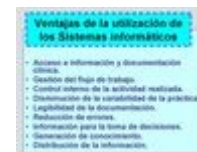
Procedencia: El:



Autoría: ITE.

Licencia: CC by-nc-sa.

Procedencia: idITE=110836



Autoría: Rosa M

Licencia: Uso Ec  
comercial para p  
FpaD.

Procedencia: El:



Autoría: ITE.

Licencia: CC by-nc-sa.

Procedencia: idITE=179240



Autoría: ITE.

Licencia: CC by-

Procedencia: idI



Autoría: ITE.

Licencia: CC by-nc-sa.

Procedencia: idITE=181019



Autoría: ITE.

Licencia: CC by-

Procedencia: idI



Autoría: Ministerio de Educación.

Licencia: Uso Educativo no comercial para plataformas de FPaD.

Procedencia: Elaboración propia.



Autoría: ITE.

Licencia: CC by-

Procedencia: idI



Autoría: ITE.

Licencia: CC by-nc-sa.

Procedencia: idITE=145645



Autoría: ITE.

Licencia: CC by-

Procedencia: idI



Autoría: ITE.  
Licencia: CC by-nc-sa.  
Procedencia: idITE=145719



Autoría: ITE.  
Licencia: CC by-  
Procedencia: idI

PDF

Autoría: Institut Català de la Salut  
Licencia: Copyright (cita)  
Procedencia: Institut Català de la Salut



Autoría: Silvia P  
Licencia: Uso Ec  
comercial para p  
FpaD.  
Procedencia: El;



Autoría: ITE.  
Licencia: CC by-nc-sa.  
Procedencia: idITE=179232



Autoría: ITE.  
Licencia: CC by-  
Procedencia: idI



Autoría: ITE.  
Licencia: CC by-nc-sa.  
Procedencia: idITE=109884.



Autoría: Ministe  
Licencia: Uso Ec  
comercial para p  
FpaD.  
Procedencia: El;



Autoría: ITE.  
Licencia: CC by-nc-sa.  
Procedencia: idITE=193130.



Autoría: Silvia P  
Licencia: Uso Ec  
comercial para p  
FpaD.

Vídeo

Autoría: Rosa Martín.

Licencia: Uso Educativo no comercial para plataformas de FpaD.

Procedencia: Elaboración propia.



Procedencia: El:

Autoría: Silvia P

Licencia: Uso Ec  
comercial para p  
FpaD.

Procedencia: El:



Autoría: Silvia Portero Cano.

Licencia: Uso Educativo no comercial para plataformas de FpaD.

Procedencia: Elaboración propia.



Autoría: Silvia P

Licencia: Uso Ec  
comercial para p  
FpaD.

Procedencia: El: