

Gestión de la información sanitaria: una herramienta en la calidad asistencial

por Carlota Maldonado

Archivera. Jefe de trabajos prácticos de la cátedra *Gestión de documentos*, Escuela de Archivología, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba. C.E.: mcaris@ffyh.unc.edu.ar

Recibido el 9/02/2004. Aceptado el 12/02/2004.

Resumen

Objetivo. El presente trabajo propone establecer la importancia de la gestión de la información en las instituciones sanitarias, integrando los archivos de historias clínicas y la gestión documental en los programas de gestión sanitaria desde un enfoque global en el que deben incluirse todos los documentos, cualquiera sea su soporte (papel, magnético, películas, audiovisual, etc.).

Método. Investigación de campo. Método cualitativo con entrevistas y cuestionarios abiertos al personal que se desempeña en instituciones públicas sanitarias provinciales y nacionales de la ciudad de Córdoba.

Resultados. Se encontraron deficiencias en los registros, en la conservación y en el servicio de la información esencial para la investigación, docencia y práctica clínica.

Conclusiones. Las instituciones sanitarias deberán asumir el reto de evaluar y mejorar los sistemas de gestión de la documentación para el logro de sus objetivos. Sin una cultura basada en la calidad de la información, las nuevas tecnologías no sólo no mejorarán a las instituciones sanitarias sino que inclusive pueden llegar a ser perjudiciales.

Palabras clave

Calidad; Gestión de la información; Historia clínica; Archivo.

Title

Management of the sanitary information: a tool in the welfare quality.

Abstract

Objective. Tries to establish the importance of information management in sanitary institutions, putting archives of clinical records together with documentary management in the sanitary management programs. All this has to be done from a

global point of view in which all documents, whatever their support is (paper, magnetic, films, audiovisual, etc.) have to be included. **Method.** Field investigation. Qualitative method is used including interviews and opened questionnaires to the personnel in provincial and national public sanitary institutions of the city of Córdoba. **Results.** Deficiencies were found in records as well as in conservation and in service offered of the essential information for the research, teaching and clinical practice. **Conclusions.** Sanitary institutions will have to assume the challenge to evaluate and to improve the management of documentation systems in order to achieve their objectives. Without a culture based on information quality, new technologies will not only not improve sanitary institutions but inclusively could turn to be negative.

Keywords

Quality; Information management; Clinical record; Files.

Introducción

Nuestro sistema de salud, al igual que el de muchos países de Latinoamérica, se encuentra ante el gran reto de hacer frente a los incrementos de la demanda y de las necesidades de la población con recursos limitados y de ofrecer, al mismo tiempo, servicios de salud eficientes y de calidad que contribuyan a la mejora de la salud de los ciudadanos. Para ello debemos basarnos en una adecuada organización del sistema de salud, así como de los instrumentos de planificación y de gestión de servicios en pos del logro de la mejora de la eficiencia.

La calidad es uno de los elementos estratégicos a tener en cuenta para acrecentar y modificar los sistemas y las organizaciones de salud. Ella estará de la mano de las mismas organizaciones de salud, como así también de quienes financian el sistema. Prestar asistencia sanitaria acorde con el estado actual de la ciencia, lograr la satisfacción del usuario, asegurar la continuidad de los cuidados y lograr que estos sean los adecuados a las necesidades de los pacientes son algunos de los objetivos prioritarios de la calidad asistencial.

En 1980 Avedis Donabedian definió la calidad asistencial como “aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”¹.

Asimismo, en 1989 la International Organization for Standardization (ISO) definió a la calidad como “el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”².

Esta definición enuncia que: a) la calidad de la asistencia puede ser medida, evaluada y mejorada, debiendo por tanto ser planificada; y b) que está en relación directa con el grado de observación de un determinado objetivo. Por lo cual habrá que definir el o los propósitos que se persiguen a fin de posibilitar la asignación de recursos que permitan el logro de los mismos.

Se puede afirmar, entonces, que el término “calidad” varía en función de quién lo utiliza y por ello tendrá diferentes significados según quien la emplee: la administración, la alta dirección, los profesionales y/o los usuarios.

En una organización se reconoce el valor de la calidad en todos sus ámbitos como parte importante de lo que hoy se da en llamar el “capital intangible” de la misma. Por ello, si hablamos de calidad sanitaria, ésta implica y compromete a todas y cada una de las áreas del sistema de salud en una institución: profesionales médicos, enfermería, laboratoristas, archivo, dirección, etc.

La calidad asistencial y su relación con la información

Los sistemas sanitarios han experimentado cambios asombrosos en los últimos años, manteniendo siempre el mismo objetivo: suministrar salud.

Para lograr este objetivo en el momento de tomar decisiones clínicas, tanto los profesionales como los gestores de servicios sanitarios precisan de un elemento común imprescindible: información fidedigna, válida, pertinente y sobre todo, actualizada.

La información puede definirse como un mensaje significativo que permite al receptor de un mensaje disminuir su incertidumbre acerca de un determinado fenómeno, de forma que estará, a partir de ese momento, en condiciones de adoptar decisiones adecuadas.

La información está destinada a resolver determinados problemas, por lo que deberá estar disponible y servir para el desarrollo individual y corporativo. Su utilidad está determinada por su mayor o menor contribución al proceso de toma de decisiones, creación de productos, solución de problemas, etc. Es por ello un elemento esencial en todas las actividades sanitarias, ya sean asistenciales o no, y se estructura como un deber/derecho. Deber de colaborar con los profesionales de la salud (proporcionándoles información y/o permitiendo su obtención), y un derecho esencial a recibirla por parte del paciente.

En la práctica clínica, en el contexto de la relación médico-paciente, convergen diferentes tipos de información: 1) la información clínica procedente del enfermo, 2) la información de gestión asistencial, que permite activar y ordenar los circuitos por los que transita la asistencia al paciente en el propio centro y en el conjunto de la red sanitaria, 3) la información de conocimientos médicos, 4) la cultura, nivel de información y expectativas del paciente.

De alguna manera, todo se convierte en información. Los signos, síntomas, juicios diagnósticos y prescripciones terapéuticas se transforman en información de registro y

recuperación al confeccionar y/o utilizar la historia clínica.

Muchas veces los centros de salud cuentan con datos, tal vez “muchos datos”, pero ello no asegura que logren utilizarlos convenientemente o que se obtenga información de utilidad a partir de esos datos. La información sanitaria es hoy protagonista si se desean mejorar los procesos asistenciales e incrementar la asistencia sanitaria en sus diferentes niveles.

Gestionar la información implica identificar las necesidades de información, qué datos están disponibles y cuáles se deben buscar, cómo acceder a ella, con qué velocidad será transmitida, el grado de eficacia en su utilización y actualización y sobre todo, para qué se la usará y quiénes serán sus destinatarios.

Los responsables de gestionar la información hoy se encuentran con que las nuevas tecnologías ayudan a la recolección y el análisis de los datos, pero no son la panacea a los problemas de gestión, conservación y garantía de confidencialidad de dichos datos. Sin embargo, no podemos negar que la incorporación de las actuales tecnologías de información al trabajo asistencial es ineludible y urgente, siendo éstas rentables si los sistemas son adecuados.

La historia clínica como fuente de información

Cuando se habla de información sanitaria sin duda el centro de atención es la historia clínica.

Esta es un elemento imprescindible, no solo en la labor asistencial, sino también al servir como fuente de información para la investigación y la docencia, permitiendo establecer inclusive los controles de calidad y alimentar de datos los sistemas, tanto de gestión clínica como los de gestión hospitalaria.

En la sociedad de la información la historia clínica no puede continuar siendo la mera recopilación de datos aislados de una enfermedad, de un episodio o de la asistencia prestada en un centro asistencial. La historia clínica actual debe ser un reflejo de la “historia” completa del paciente; debe contener no

sólo la información referida a datos clínicos tradicionales, sino también toda la información clínico-administrativa referida a la gestión del paciente en el sistema sanitario, según un esquema de control y autorizaciones de acceso que garantice la confidencialidad y el uso eficaz de la información.

Se hace necesario, por lo tanto, que todos los datos sanitarios recogidos en las historias clínicas –que deben ser únicas por paciente y por centro– reciban tratamiento específico para obtener la información precisa a cada campo de actuación en que influyen. Y ese tratamiento lo realizan los *archivos de historias clínicas*, cuya función va más allá de la mera custodia y conservación. Su labor se ha extendido al punto de constituirse en un área estratégica dentro del esquema de gestión sanitaria de calidad.

Dos problemas puntuales con relación a la conservación y a la gestión de la información sanitaria son: la falta de espacio físico y el personal del archivo.

Es una realidad que los archivos de historias clínicas de buena parte de centros hospitalarios se encuentran desbordados por el incremento vertiginoso de los documentos generados en la práctica asistencial (documentación clínica y administrativa). Las instalaciones destinadas a archivo han quedado “obsoletas”, no habiendo posibilidad de crecimiento físico por no haberse previsto el espacio necesario o por las características específicas de los edificios.

En la mayoría de los centros de salud se encuentran los denominados “archivos centrales de historias clínicas” y los “archivos pasivos”. En los primeros se conservan aquellas historias clínicas que se consultan frecuentemente. En los segundos, la realidad es muy diferente. Las historias clínicas que no han sido consultadas en un período de cinco años o las que corresponden a pacientes fallecidos son trasladadas desde los archivos centrales hacia estos repositorios para su “conservación” y posterior “valoración”. Sin embargo, todos sabemos que esto no se cumple.

Así como en los archivos centrales las historias clínicas reciben tratamiento adecuado

para su preservación y su utilización como fuente de información clínico/sanitaria, en los archivos pasivos no ocurre lo mismo. Es frecuente observar cómo, en la generalidad de los casos, las historias clínicas son trasladadas en “paquetes” sin recibir tratamiento alguno. Tal estado de abandono genera la autodestrucción de las mismas (pérdidas y daño físico), siendo imposible su consulta con fines de investigación, docencia, jurídicos y sanitarios.

En cuanto al personal que se desempeña en los archivos sanitarios, es necesario destacar que en un sinnúmero de casos éste no se compone de personal especializado (archiveros), sino que es común encontrar a especialistas del área de estadísticas y personal administrativo con muy poco o nada de conocimiento en la ciencia archivística. Ambas situaciones reflejan claramente la problemática a resolver al momento de planificar y llevar adelante la gestión de la información en un área trascendental como es el archivo de historias clínicas.

La historia clínica y la unidad operativa que se encarga de su conservación y gestión –el archivo de historias clínicas– constituye un conjunto de elementos estrictamente clínicos y de gestión para la propia institución.

Es conocido por todos que el extravío de una historia clínica es un auténtico problema. Las consecuencias legales del documento y su trascendencia en la calidad asistencial son de tal magnitud que convierte a quienes se encargan de su gestión y conservación en piezas clave del engranaje de gestión en una institución sanitaria

La gestión de la información en la gestión documental

Desde un enfoque práctico, para conseguir una buena gestión de la información y del conocimiento, las instituciones deben organizar y lograr un buen sistema de “gestión documental”. Intentar establecer estrategias o programas de gestión de la información sin tener esto resuelto es dirigirse con seguridad al fracaso.

El término *gestión documental* o *gestión de documentos* puede tener distintos significados en el contexto de una organización. En la mayor parte de los casos, se entiende como la gestión de los “papeles”, que en casi todos los ámbitos desbordan la capacidad de las personas para guardarlos y recuperarlos cuando los necesitan. En otros, con un nivel tecnológico más desarrollado, gestión documental se asocia a digitalización de imágenes y a escáners que “milagrosamente” hacen desaparecer los papeles.

Quienes trabajan en los archivos saben que “gestión documental” es algo más. El archivo no es un centro aislado e incomunicado del resto de la estructura informativa de la institución y de la sociedad a la que pertenece, sino que, por el contrario, es un nódulo más de gestión de información dentro de un sistema cada vez más complejo e interconectado.

La gestión de documentos es el conjunto de tareas y de procedimientos orientados a lograr una mayor eficacia y economía en la explotación y uso de los documentos cualquiera sea su soporte (y la información contenida en ellos) por parte de las administraciones. Está orientada a asegurar una documentación adecuada, evitar lo no esencial, simplificar los sistemas de creación y uso de los documentos, mejorar la forma en cómo se organiza y recupera la información, proporcionar el cuidado adecuado y la conservación a bajo costo de los documentos en los archivos intermedios o semiactivos, y asegurar la eliminación de aquellos que ya no son de utilidad para la administración o la ciencia.

Para un buen diseño de la gestión documental en una organización se deberán considerar los objetivos que se pretenden conseguir y el ámbito de aplicación del proyecto.

La definición de objetivos debe adecuarse a cada institución. Delimitar el ámbito de aplicación de un programa de gestión documental desde un punto de vista práctico, obliga a considerar un enfoque global en el que tienen que integrarse los archivos en papel,

papel, los documentos electrónicos y las bases de datos.

En cualquier organización existen estas tres realidades, conviviendo de forma tan relacionadas que no se pueden ofrecer soluciones parciales.

Los encargados de la custodia, gestión y servicio de la información sanitaria son responsables de coordinar las tareas encaminadas a proteger toda la información que facilite la continuidad e idoneidad de los cuidados dispensados, evitando la repetición de pruebas diagnósticas, la pérdida y duplicación de la documentación clínica, favoreciendo la adopción de medidas terapéuticas.

La gestión documental debe ser integral, sustentada en la teoría de las tres edades de los documentos, según la cual un documento es activo, semiactivo o no activo y que corresponden a la primera, segunda y tercera edad de los documentos.

Es el sistema más eficaz para implantar procedimientos adecuados y rentables para la creación, mantenimiento, uso y disposición de los documentos.

La planificación y puesta en marcha de un sistema de gestión documental en los centros sanitarios posibilita la conservación adecuada de la documentación para la práctica de la investigación, gestión y administración sanitaria, docencia, evaluación de la calidad asistencial, estadística sanitaria y testimonio documental para la resolución de cuestiones médico-legales.

Conclusiones

En la llamada era de la información, los archivos hospitalarios no pueden seguir asumiendo el rol de meros conservadores de documentos. Los sistemas de información sanitarios, entre los que se incluye el archivo, deberán crear productos y servicios que satisfagan las necesidades de sus usuarios.

La gestión de la información clínico/administrativa, su custodia y conservación debe ser resuelta con criterios de responsabilidad por los directivos de las instituciones sanitarias, asumiendo el compromiso de contar en sus archivos con profesionales idóneos

que lleven adelante los programas de gestión de la documentación necesarios para el logro de los objetivos.

Sin una cultura basada en la gestión de la calidad de la información, las nuevas tecnologías no sólo no mejorarán las instituciones sanitarias sino que inclusive pueden ser perjudiciales.

Referencias

1. Donabedian, Avedis. "The definition of quality and approaches to its assessment". En: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980, v. 1.
2. International Organization for Standardization. *Quality: terms and definitions*. 1989.

Bibliografía

- Brooks, Philips. *El manejo de archivos y documentos*. Curso dictado bajo auspicios del Gobierno Nacional de la República de Panamá y la Universidad de Panamá.
- Couture, Carol; Rousseau, Jean Yves. *Los archivos en el siglo XX*. México: Archivo General de la Nación. Secretaría de Gobernación, 1988.
- Cruz Mundet, José Ramón. *Manual de archivística*. Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez; Pirámide, 1994.
- Donabedian, Avedis. "The definition of quality and approaches to its assessment". En: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980, v. 1.
- Drucker, Peter. *Los desafíos de la administración en el siglo XXI*. Buenos Aires: Sudamericana, 1999.
- Dubosq, Guy; Mabbs, A. W. *Organización del prearchivado*. París: Unesco, 1974. Traducido por José Manuel García, Universidad Nacional de Córdoba. 78 p.
- Dupla del Moral, Ana. *Manual de archivos de oficina para gestores*. Madrid: Comunidad de Madrid. Dirección General de Patrimonio Cultural. Consejería de Educación y Cultura, 1997.
- Kurantov, A. P. "Progreso en la ciencia de

- administración de archivos”. En: *Boletín Interamericano de Archivos*. Córdoba, Argentina: CIDA, 3 (1976), p. 56-73.
- Llansó San Juan, Joaquín. “Sistemas archivísticos y gestión de documentos”: ponencia dictada en Pre-Congreso, XIV Congreso Internacional de Archivos. Sevilla, España, 2000.
- Malagón-Londoño, Gustavo [et al.]. *Administración hospitalaria*. 2da. Edición. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2000.
- Maldonado, Carlota; Szlejcher, Ana L. “Primer Simposium interdisciplinario sobre Historia Clínica Unica y Telesalud”. Córdoba: Universidad Nacional. Facultad de Ciencias Médicas. Secretaría de Ciencia y Tecnología, 1998.
- OPS/OMS. *Planificación y administración de hospitales*. Washington, DC: OPS, 1969. (Publicación científica; 191).
- OPS/OMS. *Ahorro de espacio en el archivo de historias clínicas: el doble cabrá en el mismo espacio*. Washington, DC: OPS, 1973 (Publicación científica. Serie Registros hospitalarios; 25).
- Rhoads, James B. *The role of archives and records management in national information system: a RAMP study*. París: Unesco. General Information Programme and UNISIST, 1983. (PGI-83/WS/21).
- Szlejcher, Ana Leonor. “Organización de archivos vivos”. En: *Boletín del Archivo General de la Provincia de Santa Fe*. Santa Fe, no. 13-14 (1981-1983), p. 9-20.
- Szlejcher, Ana Leonor. “Ciclo vital de los documentos”. En: *Anuario Interamericano de Archivos*. Córdoba, Argentina: CIDA, 13 (1989), p. 119-127.