



## OSASUN SAILA

Agiri klinikoak baloratzeko, aukeratzeko  
eta garbitzeko batzordea  
(AKBAGABA)

## DEPARTAMENTO DE SALUD

Comisión de Valoración, Selección y  
Expurgo de Documentación Clínica  
(COVSEDOC)

COLEGIO DE ÓPTICOS OPTOMETRISTAS  
Delegación nº 5 - BILBAO  
REGISTRO DE ENTRADA

Nº 127/12



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO

2012 ABE. 19  
DTC. 19

Erregistro Orokor Nagusia  
Registro General Central

SARRERA	IRTEERA
Zk.	Zk. 494794

## COLEGIO DE ÓPTICOS-OPTOMETRISTAS

## QUINTA DELEGACIÓN REGIONAL

Att. Presidente/a

C/ Arbolantxa, 6 – 1 Dcha.

48001 Bilbao (Bizkaia)

**GAIA: Dokumentazio klinikoa gordetzea eta garbitzea****ASUNTO: Conservación y Expurgo de la Documentación Clínica**

Jakingo duzueenez 2012ko martxoaren 29ko EHAAn argitaratu zen 38/2012 Dekretua, martxoaren 13koa, historia klinikoari eta osasun-arloko paziente eta profesionalen dokumentazio klinikoaren arloan dituzten eskubide eta obligazioei buruzkoa.

Dekretu hau egin da historia klinikoari buruzko arau bat egiteko beharra zegoelako, historia klinikoaren edukia, erabilera eta kontsulta ondo definitzeko eta eguneratzeko eta paziente eta profesionalen eskubide eta obligazioak eta, oro har, dokumentazio klinikoa ere ondo definitzeko eta eguneratzeko balioko duena, eta osasun-zentro eta -zerbitzu mota guztietan ematen den osasun-asistentzia erregistratzeko aukera emango duena (ospitale handiak nahiz espezialitate-zentroak, lehen mailako arretako egiturak, medikuntzako eta

Como sabéis, en el BOPV de 29 de marzo de 2012 se publica el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica.

La elaboración de este decreto surge ante la necesidad de elaborar una norma en relación a la historia clínica que proporcione una clara definición y actualización de la misma en cuanto a su contenido, uso, acceso y en relación a los derechos y obligaciones de pacientes y profesionales, en relación a la documentación clínica en general, que suponga el registro de la asistencia sanitaria que se produce en todo tipo de centros y servicios sanitarios, desde los grandes hospitales y demás centros de especialidades, pasando por las



erizaintzako kontsultategiak, askotariko osasun-profesionalen kontsultak, hortz-klinikak eta podologiako, psikologia klinikoko edo bestelako jarduera profesionaletako kontsultak).

Historia klinikoa bakarra izango da, bai, behintzat, osasun-zentro edo -instituzio bakoitzean, eta zeinahi dokumentu-euskarritan egin daiteke —ahal bada, elektronikoa—, baldin eta edukiaren benetakotasuna, osotasuna, segurtasuna eta kontserbazioa bermatzen bada eta etorkizunean kopiatzeko aukera badago.

Nabarmendu nahi ditugu, bereziki, dokumentazioa gordetzeko eta garbitzeko dekretu berriak zer nolako aldaketak ekarri dituen (IV. kapitulua). Hala bada, historia klinikoa zaintzea osasun-arloko profesionalei dagokie osasun-jarduera modu indibidualean egiten denean, eta osasun-erakundeei —publiko nahiz pribatuei— osasun-asistentzia osasun-erakundeen esparruan ematen denean (osasun-zentroetan, ambulatorioetan, espezialitateen klinika edo ospitaletan).

Dokumentazio klinikoa gordetzeari dagokionez, erregistraturiko asistentzia-informazioaren benetakotasuna, osotasuna, konfidentziasuna, babesa

estructuras de atención primaria, incluidos consultorios médicos y de enfermería, o los centros y consultas de los diversos profesionales de la salud, como las clínicas dentales, o los gabinetes de podología, psicología clínica, o de cualquier otro ejercicio profesional individual.

La historia clínica será única, al menos en cada centro sanitario o institución y se podrá elaborar en cualquier soporte documental, preferentemente electrónico, siempre que quede garantizada la autenticidad, integridad, seguridad y conservación del contenido, y su plena reproducción futura

Queremos llamar, especialmente, la atención sobre los cambios introducidos por el nuevo decreto en cuanto a la conservación y el expurgo de la documentación (capítulo IV). Así, la custodia de la historia clínica le corresponde a las y los profesionales sanitarios cuando la actividad sanitaria se lleve a cabo de manera individual y a las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas, cuando la asistencia sanitaria se preste en el marco de organizaciones sanitarias, como centros de salud, ambulatorios, clínicas de especialidades u hospitales. En cuanto a la conservación de la documentación clínica, la historia clínica deberá conservarse en las condiciones que garanticen la



eta mantentze-lan egokia eta etorkizunean kopiak egiteko aukera bermatzen duten baldintzetan gorde behar da historia klinikoa.

Dokumentu elektronikoak kontserbatzeko, segurtasun-kopiak egin beharko dira aldizka, informazioa gordeta dagoela bermatzeko, eta etengabe kontserbatu behar diren dokumentuetarako, beharrezko bihurketak egingo dira.

Historia klinikoko informazioa bere jatorrizko euskarritik beste euskarri batera ekartzeko edozein prozesutan, edonolakoa dela euskarria, bai digitala edo beste edozein eratakoa, erregistratutako asistentzia-informazioa ez dela aldatuko, benetakoa dela eta iraun egingo duela bermatu behar da, eta datuen eta informazioaren konfidentziasuna bermatu behar da. Segurtasunerako hartzen diren neurri teknikoak eta antolaketa-neurriak osasun-zentro eta -zerbitzuetako barne-protokoloetan jaso beharko dira, 2007ko abenduaren 21eko 1720/2007 Errege Dekretuaren arabera, zeinaren bidez Datu Pertsonalak Babesteari buruzko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoa garatzen duen araudia onartzen baita.

Dokumentazio klinikoa garbitzeari dagokionez, Osasun eta Kontsumo Sailaren menpe, Agiri Klinikokoak Baloetsi,

autenticidad, integridad, confidencialidad, preservación y correcto mantenimiento de la información asistencial registrada, y que asegure una completa posibilidad de reproducción en el futuro.

Para la conservación de los documentos electrónicos se realizarán periódicamente copias de seguridad que garanticen la conservación de la información y se realizarán las conversiones para los documentos de conservación permanente.

En cualquier proceso de traslación de la información de la historia clínica, desde su soporte original a otro soporte, y tanto si es digital como de otra naturaleza, debe garantizarse la inalterabilidad, autenticidad y perdurabilidad de la información asistencial registrada, así como la confidencialidad de los datos y de la información que contienen. Las medidas técnicas y organizativas de seguridad que se adopten deben ser recogidas en protocolos internos de los centros y servicios sanitarios, todo ello de acuerdo con el Real Decreto 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.

En cuanto al expurgo de la documentación clínica, se crea la Comisión de Valoración, Selección y



Hautatu eta Garbitzeko Batzorde (AKBAGABA) sortu da. Zeregin hauek ditu:

- Dokumentazio klinikoak gordetzei eta garbitzei buruzko arauak egitea.
- Osasun-zentro edo -erakundeei eta dokumentazio klinikoaren arloko profesionalen aholku ematea.
- Garbiketa-prozesuak egiteko baimena ematea (hala badagokio, baita dokumentazio klinikoak suntsitzeko ere). Horretarako, osasun-zentroek garbiketa-proposamen bat egin beharko dute, hartarako onartzen diren aginduak betez; gero, garbiketa-prozesuak dokumentatu egingo dira garbiketa-akta baten bidez, eta Agiri Klinikoak Balioetsi, Hautatu eta Garbitzeko Batzordeari bidaliko zaio akta.

Dokumentazio klinikoak bost urtez gorde beharko dira, gutxienez, asistentzia-gertaera bakoitzari alta ematen zaion egunetik kontatzen hasita.

Bost urte horiek igaro ondoren, dokumentazio klinikoak garbitzeko prozesua jar daiteke abian, eta dagokion dokumentu-ereduak suntsitu egin daitezke, hauek izan ezik:

Expurgo de la Documentación Clínica, (COVSEDOC), dependiente del Departamento de Sanidad y Consumo, cuyas funciones serán:

- Desarrollar instrucciones relacionadas con la conservación y expurgo de la documentación clínica
- Asesorar a los centros o instituciones sanitarias y a los y las profesionales en materia de documentación clínica.
- Autorizar todos los procesos de expurgo, (incluido, en su caso, la destrucción de documentación clínica). Para ello, los centros sanitarios elevarán una propuesta de expurgo de conformidad con las instrucciones que se aprueben al efecto; posteriormente los procesos de expurgo se documentarán en un Acta de Expurgo que será remitida a la COVSEDOC.

La documentación clínica deberá conservarse durante un periodo mínimo de cinco años a contar desde la fecha del alta de cada episodio asistencial.

Una vez transcurridos, estos 5 años, se podrá realizar un proceso de expurgo de la documentación clínica, pudiéndose destruir los tipos documentales que procedan con excepción de los siguientes:

Ex cepto:



\* NO SE PODRÁ DESTRUIR :

- a) Alta-txostena.
- b) Kanpoko kontsulten txosten klinikoa.
- c) Larrialdietako txosten klinikoa.
- d) Lehen mailako arretako txostena.
- e) Laborategiko proben emaitzei buruzko txostena (B eredua).
- f) Irudi-proben txostena.
- g) Erizaintzako zainketen txostena.
- h) Baimen informatua.
- i) Alta borondatez hartzeko orriak.
- j) Txosten kirurgikoa.
- k) Erditze-txostena.
- l) Anestesiari buruzko txostena.
- m) Azterketa osagarriei buruzko txostena.
- n) Anatomia patologikoari buruzko txostena.

Horretaz gain, pazientea hil eta 10 urte igarotzen direnean, berari buruzko informazio kliniko guztia suntsitu ahal izango da, eta suntsitu, halaber, 15 urtean mugimendurik izan ez duen historia klinikoa ere.

Martxoaren 13ko 38/2012 Dekretuak ekarritako arau-aldaketak hain dira garrantzitsuak, ezen gomendagarria baita behar bezala ezagutzea gure autonomia erkidegoan jarduten duten osasun-arloko profesionalak eta osasun-zentroek. Horregatik eskatzen dugu zure laguntza, zure erakundearen ahalik eta gehien zabal dadin arau berria elkargokide artean.

- a) Informe de alta.
- X b) Informe clínico de consultas externas.
- c) Informe clínico de urgencias.
- d) Informe clínico de atención primaria.
- e) Informe de resultados de pruebas de laboratorio, modelo B.
- f) Informe de pruebas de imagen.
- g) Informe de cuidados de enfermería.
- X h) Consentimiento informado.
- i) Hojas de alta voluntaria.
- j) Informe quirúrgico.
- k) Informe de parto.
- l) Informe de anestesia.
- m) Informe de exploraciones complementarias.
- n) Informe de anatomía patológica.

Además, una vez transcurridos 10 años tras el fallecimiento de la persona paciente, se podrá destruir toda su documentación clínica y se podrá destruir la historia clínica que haya permanecido sin movimientos durante 15 años.

La importancia de los cambios normativos introducidos por el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, aconseja que los mismos sean debidamente conocidos por los profesionales y los centros sanitarios que actúen en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma. A cuyo efecto, solicitamos su colaboración a fin de que su institución se le dé la mayor difusión



posible entre sus colegiados.

Edozer kontsulta edo zalantza argitzeko jarri harremanetan Edurne Blanco ([meblanco-san@ej-gv.es](mailto:meblanco-san@ej-gv.es)) edo Marian Balerekin ([mbiale@ej-gv.es](mailto:mbiale@ej-gv.es)) Agiri Klinikoak Balioetsi, Hautatu eta Garbitzeko Batzordeko idazkari edo lehendakariarekin, hurrenez hurren.

Para cualquier consulta o duda al respecto pueden ponerse en contacto con Edurne Blanco, ([meblanco-san@ej-gv.es](mailto:meblanco-san@ej-gv.es)) o con Marian Baile ([mbiale@ej-gv.es](mailto:mbiale@ej-gv.es)) secretaria y presidenta de la COVSEDOC respectivamente.

Zuen laguntzagatik eskerrak emanez,

Agradeciendo su colaboración,

Vitoria-Gasteiz, 2012eko abenduaren 19an / 19 de diciembre de 2012

Izpta. /Fdo.: **Marian Baile Acosta**

AKBAGABA-KO LEHENDAKARIA

PRESIDENTA DE LA COVSEDOC